

THÈSE de DOCTORAT

de l'UNIVERSITÉ TOULOUSE CAPITOLE



Présentée et soutenue le 7 janvier 2025 par

Monsieur Hugo RICCI

L'urgence en santé saisie par le droit

École doctorale : Droit et Science Politique

Spécialité : Droit Public

Unité de recherche : Institut Maurice Hauriou

Thèse dirigée par le Pr. Isabelle POIROT-MAZERES

Composition du jury

*Rapporteur : Monsieur Guillaume ROUSSET, Maître de Conférence,
Université Lyon - Jean Moulin*

Rapporteur : Monsieur Arnaud LAMI, Maître de Conférence, Université Aix-Marseille,

*Examineur : Madame Cécile CASTAING, Professeur des Universités,
Université de Bordeaux,*

*Examineur : Monsieur Mathieu TOUZEIL-DIVINA, Professeur des Universités,
Université Toulouse Capitole,*

*Directrice de thèse : Madame Isabelle POIROT-MAZERES, Professeur des Universités,
Université Toulouse Capitole.*

**UNIVERSITÉ
TOULOUSE
CAPITOLE**



*« L'université n'entend ni approuver ni désapprouver les
opinions particulières de l'auteur. »*

Ce document est le fruit d'un long travail. Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur : ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document. D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite de ce travail expose à des poursuites pénales.

THÈSE DE DOCTORAT

de l'UNIVERSITÉ TOULOUSE CAPITOLE

Présentée et soutenue le 7 janvier 2025 par

Monsieur Hugo RICCI

L'urgence en santé saisie par le droit

École doctorale : Droit et Science Politique

Spécialité : Droit Public

Unité de recherche : Institut Maurice Hauriou

Thèse dirigée par le Pr. Isabelle POIROT-MAZERES

Composition du jury

*Présidente du Jury : Madame Cécile CASTAING, Professeur des Universités,
Université de Bordeaux*

*Rapporteur : Monsieur Guillaume ROUSSET, Maître de Conférence,
Université Lyon - Jean Moulin*

Rapporteur : Monsieur Arnaud LAMI, Maître de Conférence, Université Aix-Marseille,

*Examineur : Monsieur Mathieu TOUZEIL-DIVINA, Professeur des Universités,
Université Toulouse Capitole,*

*Directrice de recherche : Madame Isabelle POIROT-MAZERES, Professeur des Universités,
Université Toulouse Capitole.*

A ma famille et mes amis

REMERCIEMENTS

J'ai eu la chance extraordinaire d'avoir Mme la Professeure Isabelle POIROT-MAZERES comme enseignante en Master, qui m'a transmis sa passion pour le droit de la santé, et c'est un immense honneur et une grande fierté que de l'avoir comme directrice de thèse. Bienveillante, patiente et attentive, ses conseils et son encadrement furent une grande aide dans mes réflexions. Un merci sincère et chaleureux.

Mes remerciements à Messieurs ROUSSET et LAMI pour avoir accepté d'être rapporteurs de mes travaux. Mes remerciements à Madame le Pr. CASTAING et TOUZEIL-DIVINA pour avoir accepté de siéger dans mon jury. Mathieu, encore merci de m'avoir associé à vos différents (et nombreux !) projets universitaires.

Je tiens également à adresser mes remerciements au Professeur Louis LARENG †, avec qui nous avons eu l'occasion d'échanger à plusieurs reprises sur l'évolution de la médecine urgentiste et la longue adaptation du droit, en marge de travaux sur la Protection Civile. Une pensée pour Franck MASSINES †, avec qui j'avais également eu l'occasion de discuter des différentes évolutions des secours préhospitaliers, et qui a toujours manifesté beaucoup de bienveillance à ce sujet.

Un grand merci évidemment pour les nombreux médecins avec qui j'ai pu échanger au sujet de la prise en charge médicale dans l'urgence ; particulièrement le Pr. Vincent BOUNES, les docteurs Julie OUDET, Anna RIBERA-CANO, et Henriette DE RIJCK VAN DER GRACHT, Benoît VIAULT.

Vincent, nos routes se sont croisées d'innombrables fois ces dernières années, échanger a toujours été enrichissant, tout comme travailler à tes cotés.

Anna, tu as toujours eu les pieds fermement ancrés sur terre mais avec une vision à long terme sur les gestions de crises, un impressionnant recul et toujours de bon conseil pour un nouvel angle d'approche sur des thématiques de recherche. Les prescriptions hors AMM en pédiatrie et la recherche perpétuelle de la balance bénéfice-risque sont sources d'inspiration pour la médecine d'urgence et la médecine de catastrophe.

Julie, Henriette et Benoit, merci pour nos discussions sur les prises en charge préhospitalières et hospitalières, qui ont sans doute permis à mes travaux théoriques d’entrevoir que la pratique en est parfois très proche sinon identique, contrairement à ce que nous laisseraient croire bon nombre de professionnels.

Mes remerciements vont aussi vers ma famille et mes amis, qui m’ont aidé à la relecture et soutenu dans mes démarches. Sources de soutien et de motivation, cette thèse n’aurait pu être sans leur présence. Merci André, Sylvie, Alice, Agnès, Justine, Mélissa, Axelle, Alix, Zoé, Julie, Solène, Marilou, Marianne, Charlotte, Laura, Maxime, Nicolas, Louise, Gaël... et tous ceux que je ne peux citer ici...

A ma douce et tendre Angela, ton esprit de réflexion et ton infaillible soutien m’ont apporté bien plus que ce que tu ne veux l’admettre. Autant de mercis qu’il y a de caractères à ce document, pour tes relectures, tes conseils, ta patience, ta profonde bienveillance et ton amour.

Enfin, un grand merci à toutes les personnes, universitaires, professionnelles, associatives et autres, qui, par leurs critiques, constructives, ont contribué à améliorer mes travaux.

SOMMAIRE

Introduction	15
Premiere Partie : La notion d'urgence.....	47
Titre I : Le temps et la gravité	49
Chapitre I : Le Kairos ou le temps de l'opportunité	51
Chapitre II : Les avatars juridiques de la gravité.....	93
Titre II : L'urgence, entre dérogations et aptitudes aux droits	145
Chapitre I : Les ajustements et adaptations du droit à l'urgence en santé.....	147
Chapitre II : L'accélération du temps par l'urgence.....	225
Conclusion de la premiere partie.....	291
Seconde Partie : Les dispositifs de l'urgence.....	293
Titre I : L'urgence en situation courante : l'urgence individuelle.....	295
Chapitre I : L'urgence psychiatrique	297
Chapitre II : L'urgence somatique.....	345
Titre II : L'urgence en situation exceptionnelle : les urgences collectives	411
Chapitre I : Les urgences collectives générées par les accidents et les catastrophes	413
Chapitre II : Les menaces sanitaires graves et les urgences sanitaires.....	479
Conclusion de la seconde partie	547
Conclusion Générale	549

LISTE DES ABREVIATIONS

Abréviation	Terme développé
ABM	Agence de la biomédecine
AFDA	Association Française de Droit Administratif
Aff.	Affaire
AFHSH	Association française des médecins utilisateurs d'hélicoptères sanitaires hospitaliers
AJ Famille	Actualité juridique du droit de la famille
AJ Pénal	Actualité juridique du droit pénal
AJCT	actualité juridique collectivités territoriales
AJDA	Actualité juridique du droit administratif
al.	alinéa
Ass.	Assemblée
Ass. nat.	Assemblée nationale
BJPH	Bulletin juridique du professionnel hospitalier
c/	contre
CAA	Cour Administrative d'Appel
CApTv	Centres Antipoison et de Toxicovigilance
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCass.	Cour de cassation
CCNE	Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé
CDNOM	Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins
CE	Conseil d'Etat
CEDH	Cour européenne des droits de l'Homme
Cf.	<i>confer</i>
CGA	Contrôle général des armées
CGCT	Code général des collectivités territoriales
CGEFi	Contrôle général économique et financier
CGLPL	Contrôleur général des lieux de privation de liberté
ch.	chambre
chron.	chronique
CHU	Centre hospitalier universitaire
Circ.	Circulaire
Civ.	chambre civile
CJA	Code de justice administrative
CJCE	Cour de justice des Communautés européennes
CJIP	convention judiciaire d'intérêt public
CJUE	Cour de Justice de l'Union européenne
concl.	conclusions
Conv. EDH	Convention européenne des droits de l'homme
CPAM	Caisse(s) Primaire(s) d'Assurance Malade
Crim.	chambre criminelle
CSI	Code de la sécurité intérieure

CSP	Code de la santé publique
D.	Recueil Dalloz-Sirey
DC	Conseil Constitutionnel, Décision-Conseil (<i>contrôle de constitutionnalité des lois</i>)
DGOS	Direction générale de l'Offre de soins
DGSCGC	Direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises
dir.	sous la direction de
DMP	dossier médical partagé
Doctr.	Doctrine
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
éd.	édition
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMC	Elsevier Masson Consulte
et al.	<i>et alii</i> (et autres auteurs)
Gaz. Pal.	Gazette du Palais
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
IGA	Inspection générale de l'administration
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGJ	Inspection générale de la Justice
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
JCP	La Semaine juridique, édition générale
JCP A	La Semaine juridique, édition administrations et collectivités territoriales
JDA	Journal du Droit Administratif
JEUR	Journal Européen des Urgences et de Réanimation
JLD	Juge des libertés et de la détention
JOAN	Journal officiel de l'Assemblée nationale
JORF	Journal officiel de la République française
LGDJ	Librairie générale de jurisprudence
LPA	Les Petites Affiches
obs.	observations
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONIAM	Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales
op. cit.	<i>opus citatum</i>
Ord.	Ordonnance
p.	page
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PSM	Postes Sanitaires Mobiles
PUF	Presses universitaires de France
QPC	Question prioritaire de constitutionnalité
RCS	Revue de science criminelle et de droit pénal comparé
RDM	Revue de Droit Médical
RDP	Revue du droit public

RDSS	Revue de droit sanitaire et social
Rec.	Recueil
RFDA	Revue française de droit administratif
RGDM	Revue générale de droit médical
RRJ	Revue de la Recherche Juridique
RTD civ.	Revue trimestrielle de droit civil
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SFAR	Société française d'anesthésie et de réanimation
SFC	Société Française de Cardiologie
SFMC	Société Française de Médecine de Catastrophes
SFML	Société française de médecine légale et d'expertises médicales
SFMM	Société Française de Médecine Maritime
SFMTU	Société Française de Médecine du Travail & d'Urgence
SFSTP	Société Française des Sciences et Techniques Pharmaceutiques
SMFU	Société Française de Médecine d'Urgence
SMUR	Structure mobile d'urgence et de réanimation
Soc Psychol	Journal of Personality and Social Psychology
Soc.	chambre sociale
SoFIA	Société Française des Infirmier(e)s Anesthésistes
SPLF	Société de Pneumologie de Langue Française
SRLF	Société de Réanimation de Langue Française
SSR	Sous-sections réunies
SUdF	Syndicat SAMU - Urgences de France
suiv.	Suivant
QPC	Conseil Constitutionnel, décision relative à une Question Prioritaire de Constitutionnalité
T2A	Tarifification à l'activité
TA	Tribunal administratif
vol.	volume

INTRODUCTION

1. Contrairement à ce qu'elle suggère intuitivement, l'urgence ne fait pas l'objet d'une définition précise, ni dans le domaine de la santé, ni dans le domaine juridique. Cette notion supporte d'ailleurs des appréhensions différentes en fonction des situations et du contexte dans laquelle l'urgence survient : une fuite d'eau sur une canalisation est une urgence pour un plombier, mais ne présente pour autant pas la même urgence qu'une dissection aortique pour un médecin. Nous nous concentrerons bien évidemment sur l'urgence interventionnelle sous le prisme de la santé : l'urgence opérationnelle nécessite une prise en charge qui ne se limite pas au domaine médical, mais englobe tant les secouristes, les policiers et gendarmes, les pompiers, que divers professionnels de santé, des urgentistes aux infirmiers en passant par les ambulanciers.

2. Le 21 septembre 2001 en est une parfaite illustration. A Toulouse, l'usine AZF explose vers 10h, provoquant une secousse équivalente à un séisme de 3,4 degrés sur l'échelle de Richter. Le hangar abritant des engrais à base de nitrate d'ammonium a été pulvérisé par une réaction chimique qui s'est produite entre plusieurs produits entreposés, créant un nuage toxique qui se répand lentement au-dessus de la ville. La déflagration fut d'une telle violence que le bilan initial a fait état de 30 morts et 3 000 blessés. Comme lors d'autres catastrophes, l'urgence était partout, sous diverses formes et à des degrés d'intensité variable. Ses exigences aussi : identification des victimes, évaluation de leur état de santé et de la gravité de leurs blessures, mobilisation des équipes disponibles pour les transporter à l'hôpital comme des médecins pour les soins d'urgence... Dans leur multiplicité et leur diversité, ces urgences semblent rendre vaine la recherche d'une unité conceptuelle, d'un classement ou d'une hiérarchisation, tout en obligeant à réfléchir à une cohérence et une grille d'analyse opérationnelle.

3. Quelques tableaux au soutien de la démarche : urgence individuelle, collective, massive.

Sur une route mouillée, un accident, un véhicule dans le fossé, les secours sont arrivés rapidement sur les lieux. L'une des victimes, polytraumatisée, est transportée dès que l'on parvient à la désincarcérer du véhicule, aux urgences avec un tableau clinique préoccupant, choc hémorragique et grande instabilité hémodynamique. A son arrivée à l'hôpital, elle est

directement transférée au bloc opératoire, intubée et ventilée artificiellement. Devant la gravité de son état, et dans le seul objectif de lui sauver la vie, les médecins décident de réaliser une transfusion de sang complet, à l'encontre des indications expresses d'un document trouvé sur elle qui refusait catégoriquement toute transfusion sanguine, même au péril de sa survie. Comment dans ce cas, l'urgence permet-elle de s'exonérer du cadre juridique drastique du code de la santé publique relatif au respect du consentement ? Comment l'urgence peut-elle conduire le juge à trancher un litige entre le droit de donner son consentement à un traitement médical et le devoir d'intervention des médecins pour sauver la vie ? Existe-t-il d'autres cas dans lesquels l'urgence exonère les intervenants de la législation ou de la réglementation ?

Si le refus de soins somatique en urgence est problématique car il est exprimé dans une temporalité nécessairement très restreinte, qu'en est-il du refus de soins psychiatriques en cas de crise du patient ? N'est-ce pas le propre d'un patient psychiatrique 'en crise' que d'être dans l'incapacité de droit ou de fait, de consentir de façon éclairée aux actes médicaux ?

Explosion, contamination, tuerie, ... Dans le contexte politique actuel, le risque attentats est omniprésent. Or, la menace d'attaques bactériologiques ou chimiques, radiologiques ou nucléaires entraîne un certain nombre de difficultés supplémentaires, en lien avec le risque afférent de propagation extrêmement rapide. Il semble alors impossible d'anticiper ou de planifier des plans d'action face à ces menaces, l'action des intervenants étant de plus fortement ralentie par les équipements de protection à déployer pour intervenir en toute sécurité. Comment se matérialisent les urgences dans ces situations ? Peut-on imaginer une responsabilité des intervenants dans ce contexte ? La finalité poursuivie justifie-t-elle tous les moyens, y compris ceux qui ne seraient ni prévus ni permis ?

Qu'elle se pose à l'échelle d'une population ou d'un individu, une interrogation (parmi maintes autres) apparaît au juriste: comment apprécier le cas d'un intervenant qui effectue un acte médical alors qu'il n'est pas professionnel de santé ? L'injection intramusculaire d'adrénaline qu'il a réalisée a pourtant été salvatrice pour une victime en choc anaphylactique.

4. Cette très grande diversité de situations où elle s'impose en postulat de l'action empêche de saisir la notion d'urgence, tant sur le plan juridique qu'en santé. Les soins délivrés sous son emprise sont susceptibles, faute de cadre préalable, d'être contestés devant le juge, lequel peut alors mobiliser des régimes et développer des raisonnements juridiques différents en fonction des cas d'espèce. Selon les circonstances, et dans le même contexte, l'urgence sera appréhendée différemment en fonction de la qualité de l'intervenant, citoyen *lambda* ou médecin urgentiste. L'urgence peut également se démultiplier, ce qui est généralement le cas

lorsqu'il existe plusieurs victimes graves et un nombre d'intervenants insuffisant pour les prendre en charge toutes simultanément, auquel cas le juge sera beaucoup plus enclin à accepter des entorses à la répartition des compétences des uns et des autres. L'apparente insaisissabilité du sujet empêche de concevoir de prime abord une définition unique de l'urgence, et plus encore de ses dispositifs. Il paraît ainsi pertinent, face à au kaléidoscope des illustrations concrètes, issues du quotidien ou de l'exceptionnel, où le temps s'impose à l'action, de tenter de saisir des lignes de force permettant de caractériser l'urgence et d'en délimiter la portée : existe-t-il des constantes dans l'urgence ? L'opérationnel peut-il, voire doit-il, primer sur certains droits ou libertés, et dans quel contexte et quelles conditions ? Exonère-t-elle, parfois, toujours, les acteurs de leur responsabilité ?

Pour tenter de donner cohérence, si ce n'est unité, à ce qui apparaît d'emblée pluriel, il faut dans un premier temps s'intéresser à l'objet de la recherche en retenant dans une premier temps une approche de l'urgence par les faits, ce qui doit permettre de dégager des constantes tant des situations où elle est mobilisée que des réponses juridiques qui y ont été apportées.

Dans le passé, l'urgence a connu plusieurs évolutions, lesquelles pourront nous éclairer sur les perspectives à venir, mais aussi sur les limites du sujet, très vaste, qui doit être circonscrit (section 1). La démarche des présents travaux de recherche doit par ailleurs être explicitée, tant dans leur justification que dans la méthodologie atypique qui sera utilisée. Enfin, quelques hypothèses et objectifs de recherches initiaux seront formulés pour mieux situer l'analyse (section 2).

Section 1 : Objet de la recherche

*« L'urgence est un état de fait susceptible
d'entraîner un préjudice irréparable
s'il n'y a pas été porté remède à bref délai »¹*

5. L'urgence en santé est une notion complexe, à la définition juridique plurivoque, alors que les situations d'urgence sont fréquentes si ce n'est quotidiennes exigeant un encadrement juridique précis. Les professionnels du droit comme les professionnels de santé s'accommodent de cette « ambiguïté », qui laisse une grande souplesse et une latitude d'interprétation.

6. L'urgence est une notion polysémique, tant de façon générale que dans les différents domaines où elle est susceptible de s'appliquer : en droit l'urgence diffère selon le domaine juridique et en santé selon la spécialité. De fait, si pour les juristes, elle est la condition qui justifie de déroger à une règle ou à l'exercice d'un droit, en santé, elle traverse la pratique de tous les professionnels de santé, qui ne l'appréhendent pas de manière homogène : un médecin urgentiste n'en a pas la même vision qu'un dentiste, un infirmier, un pharmacien... Si l'omnipraticien d'antan tend à disparaître au profit d'une hyperspécialisation, il n'en demeure pas moins que l'urgence se faufile dans toutes les spécialités, décuplant ainsi les difficultés. Par ailleurs, l'urgence peut en effet être ressentie comme telle par le patient ou son entourage, mais non par des professionnels de santé, et inversement, et être ainsi qualifiée différemment.

7. Il existe ainsi de multiples situations identifiées ou perçues comme urgentes, sans qu'il n'en existe de définition précise. De ce fait, l'urgence est une notion large, ce qui permet aux juristes mais également aux professionnels de santé d'apprécier en fonction de la situation si elle est ou non présente : elle autorise et supporte aisément, par nature, l'interprétation². Or, pour une bonne stabilité juridique, le droit doit être clair et précis, afin d'être prévisible ; mais l'interprétation par définition est de nature à remettre en cause cette prévisibilité. Le juge est le principal interprète, mais d'autres acteurs, comme la doctrine, jouent également un rôle actif, au fil de l'eau des cas d'espèces. Si toute recherche scientifique commence par une lacune que l'auteur cherche à combler, même partiellement, la difficulté s'accroît lorsque le sujet n'a de cesse d'évoluer, d'opérer des mutations, en fonction des événements.

¹ Henri CAPITANT, Vocabulaire Juridique, 1936.

² Cette théorie sera abordée plus longuement, voir *infra*, Première partie, titre 1, chapitre 1, section 2, §2.

Le droit est certes en constante adaptation, mais la survenance d'une pandémie mondiale durant les travaux de recherches a amené à revoir le prisme de lecture : il existe autant de façons de traiter le sujet que d'observateurs, et nous essayerons de traiter le sujet aussi largement que possible, mais certains écueils sont toutefois possibles, en fonction de la vision que chacun se fait de la notion étudiée.

8. S'intéresser à l'urgence sous le prisme de la santé, c'est être immédiatement confronté au constat d'une certaine faiblesse d'étude globale de la notion. Bien des aspects en ont été traités, nombreux et de qualité, par de brillants auteurs, tels les travaux sur les urgences collectives et l'avènement d'un ordre public sanitaire, les dérogations aux droits du patient en matière d'information ou de consentement, ou l'étude de la responsabilité médicale, qui mobilise la doctrine administrative comme civiliste ou pénaliste³. Des recherches sont bien consacrées à la notion d'urgence⁴, tant en droit public⁵ ou même médical⁶, sans que soit ici abordée l'intégralité de la chaîne de secours, du témoin oculaire au chirurgien du bloc opératoire. Beaucoup d'auteurs envisagent la notion comme un simple critère, une condition à remplir pour déroger à une règle juridique, sans jamais n'en donner aucune définition. Jamais définie par le code de la santé publique, la notion y apparaît en divers endroits et sous des régimes différents, matérialisée souvent par plusieurs degrés, ce qui explique le recours à de nombreux qualificatifs, de telle sorte qu'il semble complexe d'en donner une définition unique. L'urgence n'est d'ailleurs pas appréciée de la même façon par celui qui en est victime, celui qui en est témoin, et encore moins par le professionnel qui la traite. Et parmi les professionnels, tous ne sont pas juridiquement 'outillés' de la même façon : si les médecins disposent de l'omnipotence pour agir, faut-il se résoudre à considérer qu'il n'existe qu'une urgence *médicale* et occulter ainsi les autres professionnels ou techniciens de la santé ? Le médecin n'est d'ailleurs plus l'omnipraticien d'hier, la tendance étant à la spécialisation, voire l'hyperspécialisation : les urgentistes sont aujourd'hui diplômés en sus de médecine de catastrophe, d'urgence en montagne, etc.

Les autres professionnels sont eux aussi, bien souvent, confrontés à des urgences, pour diverses raisons banales désormais comme la désertification médicale, ou simplement le fait que

³ Philippe JESTAZ, *L'urgence et les principes classiques du droit civil*, Librairie générale de droit et de jurisprudence, 1968 ; Magalie WAGNER, *L'urgence en procédure pénale*, Thèse de doctorat, Université de Strasbourg.

⁴ Pierre-Laurent FRIER, *L'Urgence*, 1987.

⁵ Olivier DUGRIP, *L'urgence contentieuse devant des juridictions administratives*, Thèse de doctorat en droit, 1991.

⁶ Julie MOREAU, *L'urgence médicale*, Thèse de doctorat en droit, Aix-Marseille 3, 2004 ; Gérald KIERZEK, *La médecine d'urgence à l'épreuve du droit*, Thèse de doctorat en droit, Montpellier 1, 2009.

l'urgence est parfois imprévisible, et survienne n'importe où, tant dans un avion en vol que dans l'espace public. Chaque professionnel pourra ainsi qualifier cette urgence comme étant celle de sa spécialité, augmentant d'autant la polysémie de la notion : urgence pharmaceutique, maïeutique, infirmière, dentaire...

9. Le point commun de ces situations est qu'elles induisent un soin par nature non programmé. Tous les soins non programmés ne sont toutefois pas nécessairement urgents. Ce sujet est si vaste qu'il pourrait faire l'objet de recherches autonomes.

Les difficultés pour les protagonistes de se mettre d'accord sur une unique définition, ainsi que la frontière entre les notions d'urgence et de soins non programmés constituent autant d'obstacle à la délimitation de la notion, mais également à la prise en charge du patient, conduisant généralement ce dernier à se présenter au sein du service du même nom, quitte à attendre plusieurs heures, ce qui alimente les risques et essouffle les structures⁷.

L'urgence crée des tensions par la pression qu'elle imprime non seulement à l'accueil du patient mais aussi à la prise de décision : les professionnels de santé entre eux ne sont pas toujours d'accord sur la temporalité des prises en charge. Bien plus, certaines situations pourtant sans rapport avec l'urgence, comme la désertification médicale, une accessibilité financière ou territoriale défaillante, sans parler des délais de consultation pour une médecine spécialisée, finissent par créer de l'urgence. Des étrangers en situation irrégulière qui renoncent aux soins, des parturientes à l'accouchement complexe, des patients sans médecin traitant, avec des pathologies sans gravité, en quête simplement de soins « classiques », qui embolisent des services d'urgence surchargés qui parfois commettent des erreurs, elles-mêmes sources d'urgence... La surcharge de travail induit par ces « consultations », loin de la qualification du service *des urgences*, peut directement impacter les prises en charge vitales et conduire à des retards parfois dramatiques, souvent médiatisés et qui font polémique.

L'enjeu de la recherche sera donc d'identifier des caractéristiques propres à l'urgence en santé, sans équivoque, et de s'intéresser à la temporalité des pathologies afin de tenter de distinguer les cas urgents ou pouvant l'être et nécessitant un recours aux urgences et donc un assouplissement du cadre juridique si nécessaire, des situations qui n'ont rien d'urgentes.

⁷ Les rapports sont si nombreux qu'il est impossible de tous les citer ici. Le Pr. RIOU a largement contribué à l'étude des limites du système, comme le Pr. CARLI ou le Pr. STEG.

10. Il ne s'agit toutefois pas de déterminer dans quelles mesures il est possible d'améliorer le système de santé, les recherches ne se situant cependant pas sur le terrain de la santé publique mais bien dans la sphère juridique, bien que les questions soient parfois étroitement imbriquées, notamment à travers l'enjeu majeur de la régulation des flux de patients, par exemple par l'instauration d'un paiement⁸, ou par l'obligation d'une régulation médicale préalable.

11. Les autorités locales et nationales se sont toutes emparées du sujet, particulièrement durant la pandémie de Covid-19, les problématiques de désertification médicale comme les grèves dans les services d'urgence ou la multiplication des déclenchements de plans blancs rendant le sujet de plus en plus polémique, et donc politique. Paradigme entre tous, la sollicitation massive des urgences durant l'épidémie, puis l'annonce de fermeture quelques mois après de services d'urgence (mai 2022) par les politiques ont rendu le sujet explosif, obligeant le Président de la République à intervenir pour « sauver les urgences », en annonçant un *Ségur* de la santé. L'urgence est de fait indissociable, nous le verrons, du service public de santé.

Une très grande pluralité d'acteurs gravite autour du sujet : les professionnels, les institutionnels, les agences, les collectivités locales, les industriels des produits de santé sans oublier les associations de patients, voire leurs avocats... Les disparités démographiques de la population font que les urgences ne sont pas traitées identiquement sur l'ensemble du territoire, à tel point qu'il est aujourd'hui répandu de parler de « fracture territoriale ». Le principe de libre installation des professionnels libéraux est régulièrement remis en cause⁹, sans succès, tout comme le principe du volontariat pour la permanence des soins¹⁰. L'absence de coordination, ou plutôt de coordination efficace et efficiente entre la pluralité d'acteurs, et

⁸ Instauration d'un forfait patient urgence (FPU) depuis le 1^{er} janvier 2022, Code de la sécurité Sociale, L.160-13

⁹ CDSA, *Déserts médicaux : réflexions sur un maillage sanitaire irrationnel et incohérent*, n°19, p.35-53 ; Yann-Mickael DALMAT, « *Déserts médicaux : pas d'amélioration en vue avant 2030* », Option Bio, volume 35, janvier 2024, n° 681, p. 5.

Mi-septembre 2024, ce n'est pas moins d'une dizaine de textes de lois qui ont été déposés par les députés, notamment concernant l'accès aux soins. Du côté des députés LR, une proposition de loi concernait la réforme de l'AME (proposition n°23, 16^e législature), sujet récurrent glissant parfois vers la suppression (proposition n°1473 de juillet 2023 du RN). Un autre projet portait sur la création d'un service d'urgences de proximité pour encadrer les centres de soins non programmés (n°2502, 16^e législature), mais n'a pas abouti. Voir également les propositions de loi sur le cumul emploi-retraite des médecins libéraux ; sur la réalisation obligatoire par les internes de deux semestres de stage dans une structure ambulatoire située dans un désert médical ; sur la généralisation immédiate de l'accès direct aux kinés ; sur la régulation des médecins diplômés hors UE (les Padhue) ; du côté des écologistes, sur l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé (ratios) ; par les députés Modem, la proposition n°198 (16^e législature), véritable « marronnier » de l'Assemblée, visant à rendre obligatoire l'installation pendant un an dans un désert médical pour les étudiants thésés, ainsi que déploiement d'un service civique médical d'un an...

¹⁰ Code de la santé publique, L.6314-1.

particulièrement entre le secteur hospitalier et l'univers libéral, renforcent d'autant les difficultés de prise en charge des patients en situation courante, que dire alors des situations d'urgence...

12. Il semble donc nécessaire d'étudier la notion comme les différentes situations et conséquences qui en résultent, en essayant de dépasser, mais sans les négliger, les diverses polémiques, quitte à remettre en cause certains *a priori*: le champ de l'urgence n'est pas que médical, n'est pas réservé non plus aux spécialistes, il concerne tous les professionnels sans distinction comme parfois le simple citoyen. N'importe qui peut porter secours à autrui et être confronté à une urgence, raison pour laquelle il faut s'attacher à une première approche l'urgence en santé (§1) avant de tenter d'identifier quelques repères historiques (§2) et délimiter enfin le sujet de recherche (§3).

Paragraphe 1 : Tentative d'approche de l'urgence en santé

13. L'organisation mondiale de la santé donne une définition de la santé comme étant « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (...)* ». Cette définition à la fois positive et négative (en définissant la notion par ce qui est et qui n'est pas) n'est pas juridique, ni même opérationnelle, et laisse un certain nombre d'indéterminations. La santé est un « état », susceptible d'évoluer constamment, contrairement à un statut juridique. Par ailleurs, la santé, propre à chaque individu, ne dépend pas de lui : même avec la plus grande volonté du monde, un malade ou un infirme ne pourra pas guérir seul. Elle devient alors objet politique et enjeu sociétal. Ici, la santé sera surtout étudiée lorsque l'état de santé de la personne est menacé, et impose une action à très bref délais afin de rétablir ou de stabiliser cette dégradation, et ce, dans un cadre opérationnel plus ou moins préalablement organisé.

14. La notion d'urgence est généralement entendue comme une contrainte, une nécessité d'action, par au moins deux aspects : la temporalité et la gravité. Agir dans un temps contraint est nécessairement plus complexe que d'agir dans toute autre temporalité, d'autant plus dans le domaine des soins, où la compression du temps est étroitement liée à un facteur de gravité de l'état de la victime, souvent au risque de sa vie. L'appréciation de la temporalité diffère selon les protagonistes, le patient ressentant l'urgence de façon plus subjective que le professionnel aguerri, qui apprécie plus facilement le temps dont il dispose pour opérer les soins, ou le simple

passant confronté à une situation imprévue. Comme la vitesse de dégradation de l'état de santé n'est pas la même pour toutes les pathologies, les professionnels de l'urgence recherchent à qualifier celle-ci, en fonction de la temporalité qu'ils ont pour agir : s'il faut agir immédiatement, l'urgence est extrême, si elle peut attendre elle est relative, et si elle peut engager le pronostic vital à court terme, elle est qualifiée d'urgence absolue.

15. La définition de l'urgence dépend donc d'une multitude de paramètres, et un des principaux objets de la recherche sera d'appréhender l'urgence à travers le temps comme à travers la gravité. D'autres notions connexes seront également étudiées afin de démontrer l'autonomie de l'urgence.

16. La présente définition sera donc nécessairement évolutive, pour correspondre aux hypothèses dans lesquelles un patient est menacé à brève échéance par sa pathologie ou ses blessures de perdre une fonction de l'organisme, voire la totalité. L'urgence en santé correspond théoriquement à un état de santé d'une ou plusieurs victimes qui imposent une intervention rapide pour traiter les symptômes ou la cause, faute de graves séquelles, jusqu'au décès.

Comme pour d'autres travaux de recherches, le lecteur trouvera dans son expérience, dans son vécu ou celui de ses proches, des illustrations de cette hypothèse : qui peut prétendre n'avoir jamais connu de situation d'urgence ? L'urgence, loin d'être une abstraction, fait partie intégrante de notre quotidien.

Paragraphe 2 : Les apparitions de l'urgence dans l'histoire

17. Le code de la santé publique édicte une règle qui découle de la convention d'Oviedo¹¹, selon laquelle toute intervention médicale ne peut avoir lieu qu'avec le consentement de la personne. Garante des principes de dignité de la personne humaine, de la liberté individuelle et de l'intégrité du corps humain, cette règle n'est toutefois pas absolue, puisqu'en cas d'urgence ou d'impossibilité, les professionnels de santé peuvent y déroger et se passer de l'information et/ou du consentement de la personne. Devant l'absence de définition législative ou réglementaire, la jurisprudence a été amenée à apprécier au cas par cas le recours à ces exceptions, mais sans jamais apporter de définition de l'urgence ou de l'impossibilité. Dans les jurisprudences que nous avons pu consulter, seule la condition et le degré d'urgence sont appréciés, ce qui constitue le point de départ de la présente réflexion autour de la notion d'urgence entendue au sens du droit de la santé.

18. La rareté des études relatives à l'urgence au sens du droit de la santé doit à cet égard être soulevée. Quiconque s'intéresse à cette notion est confronté à la fois au faible nombre d'études doctrinales sur le ce sujet, mais plus encore à la fragmentation de son traitement entre urgence médicale, urgence pharmaceutique, urgence dentaire... La faiblesse explicative de la plupart est également notable, qui se contentent en effet de souligner que l'urgence est ou non présente, c'est-à-dire évoquée comme condition, mais sans jamais en définir les contours. Ces carences constituent un défi épistémologique, toujours stimulant : notre recherche s'attachera à dégager, si faire se peut, une définition de l'urgence en santé et des critères (ou plutôt des indices) permettant de tracer les contours de sa matérialisation, de son apparition et parfois de sa disparition. Pour ce faire, il faut commencer par évoquer quelques étapes historiques où l'urgence a croisé la prise en charge, plus ou moins empirique, plus ou moins étayée de connaissances, des malades, des blessés, des parturientes...

19. Hippocrate conseillait déjà 400 ans avant JC de posséder une trousse médicale pour faire face aux urgences qui pouvaient survenir : la médecine est intimement liée et depuis toujours, à la nécessité de prodiguer certains soins sans délai. Hippocrate relève ainsi qu' « *il faut parfois agir vite, comme lors des défaillances ou ne peuvent pas couler l'urine, ni sortir les matières fécales ou encore en cas de suffocation et quand les femmes font de fausses couches. Les moments favorables pour intervenir passent promptement et la mort survient si*

¹¹ Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine, Conseil de l'Europe, Oviedo, 1997.

*on a trop différé, il faut profiter de l'occasion de porter secours avant qu'elle n'échappe et on sauvera le malade pour avoir su en profiter. Il existe ainsi des occasions opportunes dans toutes les maladies »*¹².

20. Autour du III^e siècle apparaissent des soldats qui portent de l'eau aux blessés. Cette « spécialité » les exempte de corvées et leur permet d'acquérir de l'expérience dans les soins (bandages et pansements d'argiles). Comparables aujourd'hui aux auxiliaires sanitaires, ces soldats sont directement intégrés aux compagnies de combat, sur les champs de batailles, et portent les premiers secours dans des conditions particulières¹³.

21. Les fondements de la médecine d'urgence sont particulièrement imprégnés des guerres, nombreuses et violentes, qui, de l'Antiquité à nos jours, ont conduit à prévoir des prises en charge de plus en plus spécifiques et des organisations de plus en plus pointues : dans un premier temps avec l'instauration d'un triage sommaire pratiqué sous l'empereur Flavius MAURICIUS (VI^e siècle), puis la mise en œuvre de la vision d'Ambroise PARE (XVI^e), laquelle consiste à déplacer le médecin vers le blessé, c'est-à-dire d'envoyer médecins et chirurgiens directement sur le champ de bataille pour prendre en charge les combattants sans délai. Les méthodes d'amputation en quelques minutes (section de toutes les parties molles d'un seul geste du grand couteau courbe, puis section de l'os à la scie, hémostase au fer rouge, puis avec Ambroise PARE, par la ligature des vaisseaux) témoignent aussi de cette pression de l'urgence, mélange de risque hémorragique et de vive douleur, parfois létale. Par la suite, des « ambulances » seront créés par Pierre-François PERCY (XVIII^e)¹⁴ et perfectionnées par Dominique-Jean LARREY (XVIII^e), pour transporter les blessés (sommairement pris en charge) vers des hôpitaux de fortune, puis vers des hôpitaux de campagne. La première prise en charge médicalisée sur le champs de bataille eu pour cadre la campagne d'Egypte, au cours de laquelle des blessés furent transportés à dos de chameaux dans des nacelles individuelles. C'est au sein de l'Armée d'Italie que LARREY met en place en 1797, les « ambulances volantes », voitures à chevaux transportant de deux à quatre blessés, chacune étant dotée d'une solide équipe médicale¹⁵.

¹² E. LITRE, Œuvres complètes d'Hippocrate, Librairie de l'académie impériale de médecine, 1861, cité par X. et J. EMMANUELLI, *La médecine d'urgence*, Paris, Gallimard, 1996, p. 15.

¹³ Helen KING et Véronique DASEN, *La médecine dans l'antiquité grecque et romaine*, BHMS, 2008 ; B. GARRIGUE, *L'histoire des soignants dans l'urgence de Napoléon à nos jours*, SMFU, 2010.

¹⁴ Pierre François PERCY, *Manuel du chirurgien d'armée, ou Instruction de chirurgie militaire*, 1792, Gallica.

¹⁵ Dominique-Jean LARREY, *Mémoires de chirurgie militaire et campagnes*, J Smith (Paris), 1812–1817.

22. Cette prise en charge par étape marque les prémices d'une chaîne de secours. Ainsi, les prises en charge urgentes n'ont cessé d'évoluer, toujours avec le même objectif : stabiliser le patient, et le transporter promptement à l'hôpital¹⁶. L'accueil des « urgences » est alors assuré dans des dispensaires par une sœur qui oriente le patient après avoir déterminé succinctement la gravité de son cas¹⁷, comme le ferait aujourd'hui l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA).

23. Au XIXe, Henry NACHTEL, ancien chirurgien militaire, de retour d'un voyage à New-York, propose la mise en œuvre, dans le sillage des ambulances napoléoniennes, pour un usage « civil », d'un service d'ambulances (charrettes tirées par un cheval), coordonné par un standard télégraphique. Chaque ambulance dispose alors d'un interne-ambulancier pouvant intervenir sur les lieux de l'accident et prendre en charge l'évolution du blessé pendant le transport. Soutenu par Victor HUGO, des ambulances urbaines voient le jour en 1887, avec une garde vingt-quatre heures sur vingt-quatre, chargées du ramassage des blessés sur la voie publique dans la ville de Paris¹⁸. Deux ans plus tard, la même organisation sera déclinée pour le transport des contagieux ou des parturientes, mais cette fois avec des infirmières à leur bord¹⁹, les deux systèmes cohabitant de façon autonome.

Ces ambulances « paramédicalisés » seront supprimées dans un second temps, sous le feu de certaines critiques, notamment du médecin-chef des sapeurs-pompiers de Paris Charles COT s'insurgeant contre le transport rapide et parfois sans précaution des victimes vers l'hôpital. Réorganisé à plusieurs reprises, le service des ambulances des Hôpitaux de Paris est finalement entièrement repris par l'Assistance Publique en 1941.

24. La bataille de Solferino le 24 juin 1859, au cours du conflit qui oppose l'Autriche et la France, marque une étape cruciale. Les services militaires de santé des deux camps sont débordés et abandonnent les soldats à leur sort. Henry DUNANT, de nationalité Suisse, découvre le champ de bataille et décide d'organiser avec d'autres volontaires les premiers secours, le rapatriement et la mise en œuvre d'un hôpital de fortune. Les prises en charge sont sommaires et aucune distinction n'est faite selon la nationalité. Malheureusement, la profonde désorganisation conduit à de très nombreux décès. DUNANT publie en 1862 un livre dans lequel

¹⁶ A cette époque, la méthode était comparable à la finalité « *scoop and run* » toujours d'actualité aux Etats-Unis : transporter le blessé le plus rapidement possible vers un établissement de soins.

¹⁷ LE QUELLEC, *Histoire des urgences à Paris de 1770 à nos jours*, Thèse de doctorat en médecine, 2000.

¹⁸ Henry NACHTEL, « L'organisation à Paris d'ambulances urbaines analogues à celles des grandes villes d'Amérique : premiers secours aux malades et blessés tombés sur la voie publique, dans les ateliers, usines, etc. », avec une lettre de M. Victor HUGO, Paris : G. Masson, 1884.

¹⁹ Les toutes premières équipes paramédicalisées de soins d'urgences « EPASU », de nouveau d'actualité puisqu'en expérimentation depuis 2021 dans de nombreux SMUR, pour prendre en charge les urgences non vitales.

il retrace ces événements, qui fait grand bruit dans l'opinion et émeut les pouvoirs publics²⁰. En réponse, un juriste suisse, Gustave MOYNIER, crée un comité à Genève, le « Comité International de secours aux militaires blessés », qui deviendra le « Comité International de la Croix-Rouge »²¹. Ce comité organise une conférence internationale qui conduit en 1864 à la signature de la première convention de Genève²².

En octobre 1942, la Croix-Rouge constitue des équipes de brancardiers et de secouristes, mais également de médecins et d'infirmiers, pour faire face aux bombardements de la Seconde guerre mondiale, soigner les blessés et aider les sinistrés.

25. Durant cette période, et les années qui suivent, la médecine se transporte de plus en plus au chevet des patients, qu'elle prend en charge médicalement, avec des moyens de plus en plus perfectionnés. Alors qu'émerge la médecine moderne et les avancées spectaculaires de la seconde moitié du siècle, le Dr. Paul BOURRET crée, pour faire face aux accidentés de la route, devenus très fréquents, la première unité mobile médicalisée en 1958²³ ; sur cette base et celle du service mobile de réanimation de l'hôpital Necker, le Pr. Louis SERRE crée à Montpellier un nouveau service d'intervention, le Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), équipé d'hélicoptères et d'ambulances et qui intervient sur appel reçu sur un numéro de téléphone spécialement dédié.

26. Le développement automobile étant très important à cette période, le nombre d'accidents de la route se multiplie, et un autre grand médecin, Pr. Marcel ARNAUD, chirurgien-chef aux Hôpitaux de Marseille, se penche sur l'organisation à adopter pour la prise en charge de ces accidents. Il déclare qu'il ne faut jamais transporter une victime « *qui n'a pas été secourue et bien secourue, c'est-à-dire maintenue en vie, et immobilisée ; car si on ne fait pas d'immobilisation, des tracas existent toujours en dehors de la lésion essentielle, et pendant le transport va survenir le terrible choc qui va aggraver séance tenante et de plus en plus* »²⁴ l'état de santé du blessé. Père-fondateur du secours routier, il est à l'origine de la doctrine visant à envoyer les secours au chevet de la victime, sur les lieux de l'accident. L'urgence médicale était à l'époque centrée sur l'arrêt des hémorragies et la prise en charge traumatique.

²⁰ Henry DUNANT, *Un souvenir de Solférino*, 1862.

²¹ Jacques GUETTARD, « Les conditions d'intervention du Comité international de la Croix Rouge avant belligérance », *Annuaire Français de Droit International*, 1956, n° 1, p. 353-366.

²² Signé par 12 Etats en août 1864, auquel s'ajoute en décembre la Norvège et la Suède.

²³ Paul BOURRET, *Historique des secours d'urgence : les premières expériences françaises de secours médicaux*, La revue des SAMU, n°2, 1977, p. 112-114.

²⁴ Raymond FUSILLIER, SCI et vous, « Marcel Arnaud, 30^e anniversaire de sa mort », septembre 2007.

27. La création du premier SAMU suivra au CHR de Toulouse, créée par le Pr. Louis LARENG en 1968²⁵, destiné à recevoir les appels directement des patients. Ces appels seront dotés d'un numéro court, le fameux « 15 », par Simone VEIL en 1980, en même temps que les SAMU-Centre 15 et la circulaire qui prévoit l'articulation de ces centres avec la médecine privée.

Dans le même temps, le transport pédiatrique commence à se développer, sur le triste double constat des très nombreux accidents routiers impliquant des familles et des difficultés de prendre en charge les enfants de la même façon que les adultes.

28. Aujourd'hui, les équipes préhospitalières sont très diversifiées, comprenant tant des SMUR adultes que pédiatriques, mais également des équipes paramédicalisées de soins d'urgence, des équipes spécialisées dans l'ECMO²⁶, et même des équipes ultraspécialisées, comme l'unité neuro-vasculaire mobile²⁷ qui comprend un scanner embarqué.

Les multiples crises et urgences collectives qui ont frappé la France ces trente dernières années ont participé à la transformation des équipes préhospitalières, tant par la constitution d'équipes spécialisées dans les prises en charge en conditions hostiles ou dégradées (attentats, forcenés, prises d'otages...), que pour faire face à des risques spécifiques (risques nucléaires, radiologiques, biologiques ou chimiques). Il est désormais possible de voir des équipes médicales équipées de gilet pare-balles, intervenir au plus près des victimes, même si cela reste fort heureusement rare.

Les stratégies de prises en charge médicales et paramédicales évoluent en fonction des situations, et les équipes intervenantes bénéficient de plus en plus de formations spécialisées pour faire face à ces situations spécifiques. Dans cette même logique, portée par les avancées de la médecine et les transformations technologiques, la notion d'urgence en santé évolue.

29. Si de nombreux progrès dans les prises en charges multiples ont été réalisés dans un contexte de médecine de guerre, malheureusement les catastrophes naturelles et industrielles ont nécessité la poursuite de ce travail d'organisation, afin de répondre le plus efficacement

²⁵ Jean-Louis DUCASSE et Christian VIRENQUE, *Histoire de la médecine d'urgence en Haute-Garonne: le SAMU 31*, Editions Empreinte, 2021. Toutefois, le décret relatif aux interventions du SMUR ne date que du 30 mai 1997 (Décret n°97-620), bien que le fonctionnement soit précisé par la Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 *relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires*.

²⁶ Equipes de chirurgiens capables d'implanter une machine extracorporelle d'oxygénation, sorte de cœur artificiel externe, qui permet d'augmenter les chances de survie du patient. Ces chirurgies se font sur le lieu de prise en charge du patient (dans la rue, à domicile...).

²⁷ Ambulance de haute technologie comprenant outre un scanner, un laboratoire d'appoint et un système de télémedecine permettant le diagnostic rapide d'AVC, directement sur place. SFMU, 4 décembre 2023, lancement de l'UNV et du projet de recherche ASPHALT. Résultats à paraître en 2027.

possible à des prises en charge démultipliées par le nombre de blessés, aux tableaux cliniques divers, et sur des territoires parfois beaucoup plus étendus qu'un champ de bataille. Les prémices de la médecine de catastrophe sont nées dans les années 1980 de catastrophes « sociologiques » (conflits armés, attentats, mouvements de foules lors de rassemblements...), et les premiers modèles de prises en charge multiples ont été immédiatement mis en œuvre avec les vagues d'attentats parisiens²⁸. S'imposent des formations spécifiques : le premier enseignement universitaire de médecine de catastrophe est ouvert en 1981 sur l'initiative de la Faculté de médecine de Paris-Créteil, avant d'être consacré par la création en 1985 par arrêté d'un diplôme national de capacité en médecine de catastrophe pour former les médecins à ces prises en charge complexes de nombreuses victimes.

La France, comme d'autres pays, a malheureusement dû progresser en la matière, poussée par les circonstances, l'accident industriel d'AZF de 2001, puis les attentats meurtriers de grande ampleur en 2015²⁹ et 2016. Les afflux massifs de victimes ont obligé les soignants et plus largement tous les intervenants à établir des règles de priorité communes, avec des exigences différentes selon le type de catastrophe.

La pandémie de COVID-19 a révolutionné ces règles, de même que la notion d'urgence. D'abord catastrophe biologique de grande ampleur, puis épidémie avant de devenir une pandémie durable, la COVID a nécessité de profondes et constantes adaptations. L'urgence en santé au cœur des épidémies mérite un développement particulier et lui sera consacré dans ce travail, un chapitre dédié³⁰.

30. Dans le même temps que ces évolutions médicales, le droit s'est transformé, tant par les textes que la jurisprudence, avec une reconnaissance progressive de l'autonomie du patient et l'extinction du paternalisme médical. Sans reprendre toute l'évolution du droit, il faut toutefois citer la jurisprudence MERCIER³¹ qui a d'abord posé les bases de la relation contractuelle entre le médecin et son patient, avant que la loi du 4 mars 2002³², rééquilibrant la relation de soins, ne donne fondement législatif aux droits des patients, qui n'étaient auparavant que des devoirs pour les médecins.

²⁸ Orly 1978 et 1983, rue des rosiers 1982, rue de rennes 1986, métro St Michel 1995 et métro Port Royal 1966

²⁹ Cette même année connaît de nombreux événements, dès le mois de janvier, et en novembre 2015 confronte le pays à l'attaque la plus meurtrière, avec 130 morts et 413 blessés.

³⁰ Un chapitre sera ainsi dédié à la Covid19, cf. *infra*, §925 et suivants. Une loi de 1892 nous montre les prémices du cadre juridique assoupli en contexte épidémique, en précisant lors de la grippe de 1889 dite « la grippe russe » que les étudiants en médecine de fin de scolarité « peuvent être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteur en médecine ou d'officier de santé ». Loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice illégale de la médecine.

³¹ Cour de cassation, Civile, 20 mai 1936.

³² Loi n°2002-303, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Si cette relation de soins peut se mettre en place aisément dans le cadre de la médecine classique, elle semble en revanche plus complexe à saisir dans l'urgence, d'autant que celle-ci ne fait l'objet d'aucune définition médicale ou juridique et qu'il n'existe aucun critère qui permet d'identifier clairement une urgence médicale avérée, autorisant d'éventuelles entorses... Il importe ainsi de tenter d'en délimiter le périmètre.

Paragraphe 3 : Délimitation du sujet

*« La vie est la somme totale
des fonctions qui résistent à la mort »³³*

31. L'urgence en droit de la santé étant l'objet de la recherche, il semble nécessaire d'en tracer ou tenter de tracer son périmètre. Les champs de l'urgence en santé étant pluriels, il sera pertinent de prendre en compte la plénitude des situations dans laquelle elle survient, et le lecteur découvrira au fil des chapitres des subtilités sur la définition initialement donnée.

32. La notion d'urgence est susceptible de survenir dans tous les domaines et sous diverses formes. L'urgence c'est d'abord et avant tout une nécessité d'action, au risque sinon, du surgissement ou de l'aggravation d'une menace ; elle peut aussi résider dans la gravité de cette menace, qui peut, en fonction des domaines, produire des effets et des conséquences différents et bien distincts. Cette notion « flexible », susceptible d'une appréciation subjective et évolutive, semble parfois indéterminée, ce qui ne signifie pas pour autant qu'elle est indéterminable : d'autres notions souples comme l'équité, l'égalité, l'intérêt général ou encore l'ordre public permettent d'intégrer les réalités opérationnelles, concrètes, et de corriger certains effets ou conséquences de notions plus rigides qui constituent l'ossature du droit. Le recours comme l'appréhension de cette notion comportent des éléments variables, dont l'appréciation est laissée aux juges.

Le moment durant lequel l'urgence survient est en ce sens primordial, car si l'urgence est une nécessité d'action, elle repose sur l'imminence, c'est-à-dire sur l'opportunité d'action, qui peut être perdue, et l'urgence dite dépassée. Le contenu de cette obligation repose également sur la possibilité ou non d'agir, d'agir vite, et d'agir ou non conformément au cadre juridique en place, au moment de l'action. Si le cadre juridique n'est pas tenable, l'urgence peut, au nom de cette impérieuse nécessité d'action, conduire à en assouplir les bornes, le protagoniste pouvant alors s'exonérer des conditions prévues sans pour autant se voir reprocher cette licence.

L'urgence dote donc de certains pouvoirs de déroger, tant aux compétences, qu'aux formes et procédures. Elle peut de ce fait se révéler dangereuse et attentatoire au(x) droit(s), justement en raison de l'extension des pouvoirs et donc de la capacité ouverte de s'exonérer

³³ Pr. BICHAT, *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, 1800, Bechet Jeune, 1822.

des règles normalement applicables : comme tout pouvoir, sur la crête de l'arbitraire, elle nécessite certains contrepoids.

33. Le domaine d'application de l'urgence sera ici envisagé, nous l'avons indiqué, sous le prisme du droit de la santé ; plus large que le droit médical qui concerne quasi-exclusivement les médecins et les autres professionnels de santé, le droit de la santé englobe les personnels médicaux, les personnels techniques et de soins, les personnels paramédicaux³⁴, mais également les personnels intervenant au titre de la sécurité civile, c'est-à-dire les citoyens sauveteurs, ainsi que les secouristes (associatifs ou sapeurs-pompiers) qui interviennent en préhospitalier pour secourir les victimes en première intention. La recherche s'attachera ainsi à l'ensemble des activités qui recherchent à assurer la protection de la santé des personnes, qu'ils s'agissent d'actes de prompts secours, d'actes de soins ou de diagnostics.

Contrairement au droit médical, pour lequel l'exercice des professions de santé est soumis à l'exigence de diplômes, encadré par diverses dispositions et souvent placé sous le contrôle des ordres, l'intervention urgente en santé mobilise bien des personnels, au-delà de ceux couverts par les dispositions du droit de la santé comme l'illustre cet article du Code de la sécurité intérieure : *« toute personne concourt par son comportement à la sécurité civile. En fonction des situations auxquelles elle est confrontée et dans la mesure de ses possibilités, elle veille à prévenir les services de secours et à prendre les premières dispositions nécessaires »*³⁵. Tout un chacun peut, du fait des circonstances, devenir acteur de la prise en charge d'un patient ou d'une victime, et se trouver saisi par des obligations particulières et parfois protégé par un statut singulier, comme celui de collaborateur occasionnel. Ce cadre de la prise en charge est variable, comme l'est le contexte de l'urgence: si dans le droit médical le patient est pris en charge par un professionnel exerçant au sein d'un établissement, service ou organisme de santé, ou à titre individuel au sein d'un groupement de professionnels, en droit de la santé, *largo sensu*, une victime peut être prise en charge – comme c'est le cas dans la majorité des cas – directement dans l'espace public ou à son domicile. Les exigences ne peuvent donc pas être identiques.

A cet égard, la principale difficulté d'étude du droit de la santé est son morcellement, car alors même que bon nombre de textes sont codifiés dans le code éponyme, l'on retrouve dans d'autres codes, ou dans divers textes législatifs, réglementaires, voire simples instructions, des

³⁴ Voir sur cette thématique le projet universitaire « RASPAIL » qui présente une centaine de professions qui gravitent autour des soins, Journal du Droit Administratif (JDA), 2021 ; Chronique Droit(s) de la Santé ; Art. 342.

³⁵ Code de la sécurité intérieure, L.721-1.

dispositions qui traitent des mêmes thématiques³⁶. Une autre difficulté réside dans l'effacement du caractère normatif de certaines dispositions, et dans la confusion, fréquente sur le terrain, entre les niveaux de normes: les recommandations sont parfois plus suivies que les règlements même si elles ne les respectent pas...³⁷. Ces pratiques questionnent les juristes, car elles posent des questions sur la place et la temporalité du droit, mais également sur son effectivité et sa normativité.

Le droit est traditionnellement conçu comme fondé sur des normes ayant un impact d'ordre juridique, mais depuis quelques années, le droit « souple » prend une place de plus en plus importante, y compris en santé, pratique qui a fortement marqué la gestion de la crise de la Covid-19 et qui semble s'être accélérée depuis. Ces habitudes, recommandations, bonnes pratiques, sont de plus en plus étudiées par les magistrats comme les juristes, et définissent peu à peu certaines règles, ou tout du moins le contour de certaines pratiques. Contrairement au droit « dur », ce droit « gazeux » ne répond pas vraiment aux objectifs attendus, d'intelligibilité, de prévisibilité et de sécurité juridique. Sans doute cette difficulté est liée au domaine de la santé, dans lequel les certitudes sont rares, et le doute fréquent, et la nécessité d'agir souvent impérieuse. Pour reprendre une formule du Conseil d'Etat, les règles pertinentes s'insèrent alors dans un *continuum* normatif, selon « *une échelle de normativité graduée entre le droit souple et le droit dur* »³⁸.

34. Cette nébulosité qui accompagne l'urgence et le droit applicable ne dispense pas de dessiner certaines limites quant aux champs de recherche. Tout d'abord, et cela sera rappelé, la fin de vie et son encadrement juridique ne s'inscrivent pas dans notre sujet : il n'existe pas d'urgence à mourir. De fait, si lien avec l'urgence il y a, il est dans certaines contraintes qui peuvent limiter l'action aux soins jugés nécessaires, notamment en cas de refus de soins, parfois susceptible d'entraîner la mort du patient. Similairement, l'urgence peut également ici être celle qui sous-tend le cas échéant la saisine du juge des référés face à une décision de limitation ou d'arrêt des traitements.

Ensuite, les urgences ne durent pas éternellement, et donc une fois l'état du patient stabilisé, puis admis au sein d'un service en établissement de santé, l'urgence s'éteint en laissant

³⁶ Code de l'action sociale et des familles (notion médico-sociale parfois proche du sanitaire), code de l'environnement (protection de la santé humaine), code de la sécurité sociale (financement), code de la sécurité intérieure (secours et sécurité civile), code de l'éducation (santé-prévention des élèves et des étudiants)...

³⁷ Pour illustration, les secouristes peuvent « prélever » du sang pour effectuer une mesure de glycémie, sur la base des recommandations issues du ministère de l'intérieur, alors même que le code de la santé publique réserve « cet acte médical » à certaines professions de santé.

³⁸ Rapport, 2013, *Le droit souple*, p.134.

place aux soins spécialisés, bien qu'elle puisse à nouveau surgir : dans ce cas, les urgences sont qualifiées par la spécialité ou l'organe concerné : urgence *obstétrique*, urgence *hépatique*... Le cas des rapatriements sanitaires ne sera donc pas traité, puisque pour envisager un transport longue distance, l'état du patient doit nécessairement être stable. Bien que l'urgence puisse survenir à tout instant et sur toute partie du territoire, l'étude sera concentrée sur le territoire de l'hexagone, et dans la temporalité moderne.

Les conséquences et les dispositifs seront naturellement étudiés, tant en situation courante qu'en situation exceptionnelle, mais sans traiter de l'étendue des problématiques de santé publique, de financement et des contraintes purement administratives qui pèsent sur les établissements de santé³⁹ : les patients se présentent indistinctement des structures, avec leurs pathologies, et il appartient aux soignants de les prendre en charge avec les moyens dont ils disposent. L'étude se veut à cet égard transversale et pluridisciplinaire, associant aux sciences juridiques les sciences médicales, pharmaceutiques, de l'infirmier et autres. En revanche, à tenter de saisir les conditions, les incidences comme la justiciabilité de l'urgence ou les responsabilités afférentes, il semble difficile à un juriste, et nous aurons l'occasion de le voir à travers plusieurs exemples, d'imposer des pratiques à des professionnels, qui plus est dans le domaine de la santé.

35. Bien que l'urgence en santé dispose des frontières relativement difficiles à tracer, il faut toutefois tenter de délimiter l'étude du sujet. La spécificité du système de santé et de l'organisation des secours préhospitaliers de la France en font un terrain d'étude fort intéressant et qui se suffit à lui-même au vu de sa complexité ; l'étude sera donc axée sur une dimension spatiale liée à l'hexagone, bien que certains comparatifs soient parfois fait avec les outre-mers comme d'autres Etats. L'intérêt du sujet nous oblige toutefois à faire quelques exceptions pour envisager les urgences transcendant les frontières lors des rapatriements sur de longues distances et entre plusieurs pays, ou d'urgences médicales lors des transports.

³⁹ Autorisation préalables, accréditations...

Section 2 : Démarche de la recherche

36. S'intéresser à l'urgence sous le prisme de la santé, c'est d'abord s'intéresser à l'urgence de manière générale. Nous l'avons souligné, la notion paraît par la multiplicité de ses usages et contextes, insaisissable ce qui, dès lors qu'elle joue un rôle crucial dans le domaine de la santé, justifie la recherche (§1), laquelle sera explicitée dans les choix opérés dans la démarche retenue, d'autant que celle-ci utilise une méthodologie transversale (§2). Enfin, les hypothèses et objectifs de recherches seront énumérés (§3).

Paragraphe 1 : L'intérêt du sujet

37. Lors de nos travaux de recherches, nous avons eu l'occasion de côtoyer bon nombre de professionnels de santé, dont certains définissent simplement la santé de façon binaire, le « zéro » étant la mort, et le « un » étant la pleine santé. La maladie est un état intermédiaire entre ces deux valeurs, et l'urgence existe lorsque la valeur intermédiaire se détériore pour s'approcher du zéro. La difficulté de la médecine, ou plutôt l'une de ses nombreuses difficultés, est d'identifier la raison de l'altération de santé (anamnèse et diagnostic) et de mettre en œuvre le traitement ou les soins adéquats ; tant que ce n'est pas fait, le patient est en quelque sorte placé dans un état du chat de *Schrödinger* : il est impossible de connaître son état prévisible à tout moment. Pire encore, même une fois le traitement mis en œuvre, rien ne garantit que l'état du patient va s'améliorer et revenir à son état initial.

Exercice difficile en situation courante, l'exercice des professions de santé l'est encore davantage en cas d'urgence, car différentes contraintes s'ajoutent aux incertitudes : manque de temps, manque d'outils de diagnostic, manque de recul... C'est pour cette raison que les sciences médicales en ont fait une spécialité. Pour autant, l'urgence médicale peut survenir à tout instant⁴⁰, ce qui expose toutes les professions à connaître ces situations, et plus encore dans des situations complexes (opérations militaires, secours en milieu périlleux, catastrophes naturelles...).

⁴⁰ La mort subite de l'enfant ou de l'adulte étant encore inexpliquée. Voir par exemple : S. ANYS et al., « La mort subite de l'adulte : les 10 ans du Centre d'Expertise Mort Subite (CEMS) de Paris », Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux - Pratique, mai 2022, n° 308, p. 3-10 ; S. ANYS et al., « Mort subite, en quête d'une explication », Annales de Cardiologie et d'Angéiologie, 70, juin 2021, n° 3, p. 129-135.

38. La médecine n'est pas le seul domaine à connaître des urgences. Les autorités publiques connaissent également des situations pressantes, cette même notion peut alors se matérialiser en deux conséquences : soit une disposition est déterminée à l'avance par un régime juridique applicable, auquel cas l'administration applique la règle spécifique liée à l'urgence de la situation ; soit aucune disposition n'a été envisagée préalablement à la survenance de l'urgence et l'administration adopte elle-même une disposition exceptionnelle en réponse à la situation.

Il conviendra de rechercher si ces mêmes conséquences sont envisageables dans le domaine de la santé, en s'aventurant sur le terrain de la recherche de l'adéquation des moyens aux fins : la notion d'urgence est empreinte d'une certaine propension à l'allègement des contraintes qui existent habituellement (I). Identifier l'urgence apparaît alors comme une nécessité (II) pour la prévisibilité du droit applicable.

I. L'urgence, une notion propre aux allègements des contraintes médico-juridiques

39. L'urgence étant une nécessité d'action immédiate ou à brève échéance, la notion est propice à un allègement du cadre juridique applicable. Le code de la santé publique prévoit d'ailleurs que certains droits des patients peuvent être remis en cause en cas d'urgence médicale ou d'impossibilité, et il faudra donc s'interroger sur la réalité de l'urgence comme exonératoire ou dérogatoire, mais également en dehors des dispositions législatives : comme pour certaines théories qui se rapprochent de l'urgence (les circonstances exceptionnelles par exemple), parfois l'urgence prime sur le droit, et permet un fait justificatif. Ainsi, une personne réalisant un acte médical dans l'objectif de sauver une vie humaine ne pourra voir sa responsabilité engagée, ni pénale⁴¹, ni civile⁴², quand bien même l'acte serait invasif (injection d'adrénaline par intramusculaire par exemple) et ne puisse être légalement réalisé en dehors de l'urgence. Pour les professionnels de santé, et nous aurons l'occasion de l'étudier plus longuement, certaines libertés sont permises pour faire face à l'urgence, augmentant ainsi les possibilités d'action dont ils disposent. Les situations graves sont propices à l'allègement des contraintes qui existent, quelles qu'elles soient, et la pandémie récente de COVID-19 l'a démontré à de

⁴¹ L'état de nécessité étant une cause d'irresponsabilité pénale, cf, Code Pénal, 122-5.

⁴² CSI, L.721-1 : « (...) Lorsqu'il résulte un préjudice du fait de son intervention, le citoyen sauveteur est exonéré de toute responsabilité civile, sauf en cas de faute lourde ou intentionnelle de sa part ».

multiples reprises. Un des principaux intérêts de la recherche est donc à la fois l'esquisse d'une définition, mais d'une grille d'analyse : savoir quand l'urgence est constituée, et donc quand les allègements juridiques sont possibles.

40. Alléger le cadre juridique sur le fondement de la gravité est certes une possibilité, mais encore faut-il savoir dans quelle mesure le cadre peut être assoupli, sous quelles conditions, et quelles sont les limites à cet allègement : peut-on tout faire, tout envisager au nom de l'urgence ? Rien n'est moins sûr.

Comme évoqué précédemment, l'urgence peut se qualifier, en fonction des cas, et donc l'allègement peut également être gradué, en fonction des cas d'espèces ; par ailleurs, il existe plusieurs dispositifs de l'urgence, qui diffèrent en fonction de l'urgence concernant un unique patient, ou au contraire qu'il s'agisse d'une urgence collective. Plusieurs hypothèses sont alors envisageables.

II. L'identification de l'urgence, une nécessité

41. L'absence de définition médico-juridique de l'urgence rend son identification particulièrement difficile. Comme nous l'avons vu, la jurisprudence ne propose pas non plus de définition de l'urgence, mais se contente de la notion comme d'une condition : l'urgence est ou n'est pas présente. Au cas par cas cependant, lorsque l'urgence est présente, le juge précise selon les cas d'espèce la gravité de celle-ci en recourant à un qualificatif : grande urgence, extrême urgence, urgence vitale, urgence absolue... Cette évaluation au cas par cas soulève des questions de lisibilité et de prévisibilité du droit en l'absence d'une grille de lecture uniforme : quels critères (ou indices) doivent être remplis pour considérer une situation comme une urgence ? A la lumière des décisions de justice étudiées, la réponse semble de prime abord varier en fonction des professionnels impliqués, des outils de diagnostic disponibles et des circonstances.

42. Les contraintes temporelles et matérielles s'imposent comme deux dimensions structurelles de l'urgence : en fonction du lieu d'intervention, urbain ou rural, du niveau d'équipement technique de l'équipe primo-intervenante, mais également de la qualification de celle-ci, les prises en charge peuvent radicalement différer. La dimension collective de l'urgence doit également être prise en compte. Il est essentiel de distinguer entre l'urgence qui concerne un patient unique et celle qui implique une situation collective (catastrophes

naturelles, crises sanitaires, accidents impliquant de nombreuses victimes). Dans ce dernier cas, l'urgence se complexifie en raison de la nécessité de prioriser les interventions et de gérer un grand nombre de victimes simultanément. Pour autant, la dimension éthique ne doit pas être occultée lors de la priorisation, car si 'toutes les urgences ne se valent pas', les choix opérés sont parfois extrêmement difficiles à faire.

43. Identifier l'urgence, c'est identifier une partie du cadre juridique applicable. Une urgence immédiate, comme un arrêt cardiaque, impose un recours immédiat aux soins, tandis qu'une urgence différée, telle qu'une septicémie – potentiellement mortelle mais encore maîtrisable – pourrait nécessiter une gestion plus 'structurée' et moins dérogatoire.

Paragraphe 2 : Précisions méthodologiques

44. Étudier le droit dans le domaine de la santé sans essayer d’être au plus proche de la réalité serait un non-sens ; pourtant c’est un des domaines dans lequel la pratique vient parfois avant le droit, et où l’influence de la pratique de la médecine est à la fois multiple et complexe⁴³. Les sociétés savantes, les collèges d’experts, *via* les conférences de consensus et les recommandations de bonnes pratiques, les nombreuses agences intervenant en santé comme au-delà (ANSES, ASN...) sont en effet autant de sources possibles dans l’élaboration de procédures, généralement adaptées et déclinées localement. S’agissant de l’urgence médicale, les soignants ne se préoccupent que peu d’éventuels risques juridiques, la pratique étant orientée vers la préservation de la vie, ce qui ne doit pas pour autant nous dispenser de réflexion sur les pratiques, parfois extrêmes, utilisées par les soignants pour aboutir à leurs fins. La méthodologie utilisée sera donc double : celle usuelle en matière juridique, c’est-à-dire une analyse des références doctrinales et jurisprudentielles comme des sources textuelles, qu’elles soit de droit « dur », « posé » ou de *soft law*, droit « gazeux » dont nous pourrions mesurer l’importance quand l’urgence fait pression sur la prise de décision, ensemble complété de littérature grise mais aussi, pour un ancrage dans le réel, de l’étude de revues scientifiques, essentiellement médicales, sans exclure d’autres domaines de la santé. L’objectif est en effet de mettre en exergue la façon dont la pratique conduit parfois à une interruption temporaire des normes, une suspension ponctuelle de l’ordre normal durant le temps de l’urgence, et ce, avant que le droit reprenne son cours normal. L’inscription de ces données scientifiques est nécessaire à l’étude du cadre théorique, en ce que si le droit est partout, il ne peut pas tout : l’effectivité de la norme réside essentiellement dans les comportements de ses destinataires, et lorsque ceux-ci n’appliquent pas la norme, son effectivité est nulle. Prendre en compte le domaine médical en sciences juridiques appliquées à la santé, c’est donc accepter que les règles ne soient parfois pas appliquées ou applicables, et se nourrir des pratiques pour alimenter les apports de cette étude.

Il est donc impossible d’adopter ici une démarche ‘classique’ consistant à simplement étudier le droit uniquement à travers lui, à travers la seule lecture des textes et le seul décryptage de la jurisprudence à la recherche de dénominateurs commun ou d’une tendance selon la traditionnelle méthode du faisceau d’indices. Il ne saurait être envisagé évidemment de

⁴³ Amandine PICARD, *Les influences sur la pratique et les sources du droit médical et biomédical*, Thèse de doctorat, Bourgogne Franche-Comté, 2018.

s'exonérer d'une approche par les sources du droit telles qu'elles appréhendent et encadrent l'invocation de l'urgence mais il est aussi nécessaire, pour la pertinence de l'analyse, de s'attacher à la réalité des terrains d'intervention. L'étude sera donc parfois empirique, et les caractéristiques qui en découlent seront confrontées à plusieurs hypothèses, et réajustées autant que nécessaire, sans pour autant se détacher de la rationalité ou du caractère scientifique de l'étude. Tel a été et demeure l'enjeu : un va-et-vient permanent entre théorie et pratique, emprise du réel et contrainte de l'ordre juridique.

Pour ces mêmes raisons, la démarche sera ainsi aussi transversale (I) que l'impose le sujet (II).

I. Méthodologie de la recherche

Le point de départ de la recherche est l'interrogation qui découle de la lecture du code de la santé publique, qui à plusieurs reprises énonce des droits des patients et des devoirs des praticiens, lesquels, réitère le texte, ne sont applicables que *sauf urgence*. L'urgence est l'une de ces notions dites « souple »⁴⁴, parfois à contenu variable, telle la notion de faute ou celle d'intérêt général, qui permettent d'adapter, sans les abandonner, les qualifications juridiques et donc l'application des règles qui en découlent, en fonction du temps, des évolutions sociétales et parfois du contexte. Si elle est sous-tendue de la même tension, l'urgence médicale n'a pas la même teneur aujourd'hui qu'au Ve siècle av. JC, dans l'île de Kos, au temps d'Hippocrate. Ses caractéristiques ne sont pas les mêmes et les connaissances scientifiques ne sont pas comparables. Pourtant un aspect de la définition de l'urgence pourra subsister, du fait de la souplesse de la définition. En effet, il a été souvent constaté que l'imprécision de certains concepts juridiques confère à leur identification une grande flexibilité : les concepts se définissent à la fois intrinsèquement et au regard de valeurs admises dans une société ou un corps social déterminé, à un moment donné. Ainsi, dans le cadre d'une comparaison et d'un jugement de conformité des comportements de personnes placées dans la même situation, la notion de « bon parent » ne peut être un standard⁴⁵, à l'inverse de celle d'« homme raisonnable »⁴⁶. Si l'on peut en poser d'emblée quelques signes constants, l'urgence doit donc

⁴⁴ J. DABIN, *Théorie générale du droit*, Dalloz, 1969, n°245 et s.; S. RIALS, « *Le juge administratif français et la technique du standard – Essai sur le traitement juridictionnel de l'idée de normalité* », LGDJ, 1988.

⁴⁵ S. SEYRAT, *Le bon père de famille. La signification et la fonction dans le droit*, Thèse de doctorat de droit. Paris 2, 1985.

⁴⁶ Guillaume WEISZBERG, *Le raisonnable en droit du commerce international*, Thèse de doctorat de droit. Paris 2, 2003.

être appréciée aussi *in concreto* – et ses résultats jugés *ex post* –, non seulement selon la situation, mais également en fonction des protagonistes, de leur niveau de formation leur permettant d’y faire face et des moyens à leur disposition : l’urgence s’apprécie différemment lorsqu’il y a une unique victime et des professionnels sur place, que lorsque la victime est isolée, voire en cas de catastrophe face à une pluralité de victimes.

45. Définir l’urgence revient alors à analyser et tenter de figer une représentation de celle-ci, à un moment donné, tout en préservant la complexité de la définition.

Pour ce faire, il faut étudier tant les éléments constitutifs de la notion que ses enjeux, et ses conséquences, sur le plan médical comme juridique. Comme cela a déjà été relevé, l’analyse en droit sera nourrie de références juridiques comme de données issues de revues médicales, biologiques, pharmaceutiques ou autres. Le sujet appelle en effet une grande transversalité.

II. Transversalité du sujet

46. Il est d’évidence pour un rédacteur issu d’un parcours de droit public, que le détour par la théorie du droit public⁴⁷, fondée sur la spécificité et l’approfondissement de la théorie générale du droit, est nécessaire quel que soit le sujet traité, y compris le plus spécialisé et le plus technique. Et si la tendance actuelle tend à la spécialisation, voire l’hyperspécialisation, le décroisement des mécanismes juridiques comme de la recherche éventuelle de réponses, est indispensable à la parfaite compréhension d’une matière aussi transversale que la santé.

47. La théorie du droit public a été édiflée en France par de grands auteurs comme HAURIU, DUGUIT ou encore CARRE DE MALBERG, en justifiant sur le plan théorique les actions de l’Etat, ses finalités, ses modes d’actions, ses droits et ses obligations. Science de fondation de l’Etat, ou de l’Institution⁴⁸, cette vision très théorique du droit, même spécialisée dans le domaine public, est une vision d’ensemble de tous les actes et décisions de l’administration, comme fil rouge de la compréhension de la raison d’être de l’Etat. Plus tard, les Nations-Unies⁴⁹ ont conjointement identifié cette raison d’être dans la protection et la sécurité des citoyens, la dans la garantie de leurs droits et libertés fondamentaux, la promotion du bien-être général, de l’équité et l’égalité devant la loi, dans la défense aussi de la participation politique et de la

⁴⁷ Cf. Jiangyuan JIANG, *Théorie du droit public*, Préface de Jean-Arnaud MAZERES, Juillet 2010.

⁴⁸ Julia SCHMITZ, *La théorie de l’institution du doyen Maurice Hauriou*, septembre 2013.

⁴⁹ Charte des Nations Unies, 1945.

justice sociale et économique. Il apparaît dès lors que le rôle de l'Etat se confond avec la théorie du droit public, au sens matériel, par ses organes, mais aussi au sens formel, par ses décisions. Cette théorie est alors à la fois individualiste (centré sur l'individu⁵⁰) et collectiviste (intérêt général) mais dépasse ces deux visions en recherchant l'équilibre : Machine de protection des individus et de l'action collective, l'administration dépasse ainsi la dualité publique et privée, et s'immisce profondément, par le droit.

48. L'émergence des droits de l'homme de troisième génération, au-delà et différemment des droits individuels et collectifs, illustre ce dépassement : droit à la paix, droit au développement, droit à l'environnement et droit au respect du patrimoine commun de l'humanité⁵¹. Ces droits sont transversaux car ne sont centrés ni sur l'individu, ni sur le collectif, mais sont des droits globaux, intégraux : des droits de l'humanité.

Dans cette lignée, le droit de la santé n'est aujourd'hui ni individuel (uniquement avec un droit des patients), ni collectif (uniquement sur une prise en charge par l'action publique), mais nécessairement transversal. Il transcende la dichotomie apparente du droit public et du droit privé.

Dans cette même logique, le sujet doit être traité de façon décloisonnée entre les sciences médicales et les sciences juridiques, afin d'apporter la transversalité nécessaire à l'étude du sujet. L'interdisciplinarité n'est pas une pratique très courante dans l'univers juridique⁵², mais elle va s'avérer pourtant essentielle ici.

⁵⁰ Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789.

⁵¹ Diego URIBE VARGAS, *La troisième génération des droits de l'Homme*, in *R.C.A.D.I.*, 1984, p. 184, p. 359.

⁵² Interdisciplinarité entendue ici entre les sciences juridiques et les autres sciences. *A contrario*, des congrès interdisciplinaires existent. Cf. « *Congrès interdisciplinaire sur la vaccination en situation sanitaire exceptionnelle : Médecine, Droit & Pharmacie* », Dir. Angela AGAESSE, Alix CRAMON et Hugo RICCI, 7 avril 2022, Toulouse.

Paragraphe 3 : Les hypothèses et objectifs de recherche

49. S'intéresser à plusieurs hypothèses et objectifs de recherche (II) implique au préalable de problématiser l'étude (I).

I. Les problématiques de recherche

50. L'urgence en santé ne fait l'objet d'aucune définition juridique. Enoncer simplement que l'urgence exonère du cadre juridique quiconque y est soumis est donc une aporie. A l'inverse, ne pas admettre que le droit ne soit pas le même en situation courante et en situation d'urgence nous semble impossible. La détermination d'un ou plusieurs régimes juridiques adaptés à l'urgence, ou plutôt aux urgences semble donc nécessaire. Mais pour ce faire, encore faut-il précisément définir l'urgence en santé. Comme évoqué précédemment, l'urgence étant polysémique, non seulement définir la notion est une entreprise complexe, mais nécessite de recourir à l'étude des qualificatifs et de la graduation des urgences entre elles. Il s'agira donc de répondre aux questions : ***Comment l'urgence peut-elle être définie, par quels critères, et n'existe-t-il qu'une forme d'urgence en santé ? Comment la notion s'autonomise-t-elle des notions qui lui sont proches ? Enfin, comment s'exprime l'urgence courante, individuelle, face à des situations d'urgence multiples, d'urgences collectives ou découlant de situations exceptionnelles ?***

II. Les objectifs et hypothèses de recherche

51. Trois principaux apports peuvent résulter de cette étude : une tentative d'élaboration d'une définition médico-juridique de l'urgence en santé, qui pourrait être appliquée aux urgences individuelles, et permettre une étude facilitée des conséquences juridiques pour le patient ou l'auteur du geste ou de la décision. La conception d'un curseur de graduation de l'urgence en fonction des situations permettra de mieux prendre en compte le facteur de gravité des pathologies et la temporalité de prise en charge, dans les situations exceptionnelles, tout en prenant en compte les moyens dont disposent les intervenants. Ce curseur permettra de favoriser une définition adaptative aux différentes situations. Enfin, les dispositifs de l'urgence, tant individuelle que collective seront étudiés, et les conséquences juridiques définies, afin de poser

un cadre juridique applicable aux différentes urgences. Ce cadre juridique pourra être parfois commun, parfois distinct en fonction du qualificatif ou de la nature de l'urgence.

52. L'objectif principal cette thèse est donc d'une part d'identifier et d'explicitier les critères ou indices qui fondent l'urgence et plus spécifiquement l'urgence en santé, particulièrement à travers le facteur temporel et celui de gravité (PARTIE 1), avant d'envisager les conséquences de l'urgence en droit de la santé, en situation normale comme exceptionnelle (PARTIE 2).

PREMIERE PARTIE : LA NOTION D'URGENCE

53. L'urgence est un terme souvent utilisé comme superlatif à l'oral, et interroge quant à sa réalité au sens juridique. Notion évolutive qui se complexifie avec le temps, elle est invoquée largement par les administrés, tant en matière administrative que contentieuse, suscitant des questionnements multiples. La justice se caractérise par sa lenteur ce qui incite les justiciables à invoquer l'urgence afin de saisir le juge plus rapidement. Les procédures dites d'urgence, connaissent ainsi un grand succès⁵³, particulièrement quand les éléments mis en causes sont graves.

54. Cette même gravité est d'ailleurs utilisée par le juge pour justifier le recours à certaines mesures en urgence, afin de préserver le justiciable de l'atteinte grave et immédiate à un intérêt public à la situation du requérant ou aux intérêts qu'il entend défendre.

55. Parfois explicite, parfois implicite, l'urgence est complexe, puisque la notion repose sur deux concepts complexes : la temporalité et la gravité (Titre 1).

Par ailleurs, le juge apprécie la notion d'urgence en fonction des circonstances, suivant la méthode habituelle qui consiste en ne jamais en qualifier les éléments constitutifs, mais en la quantifiant par l'instauration de degrés d'urgence. Cette extension de l'urgence a entraîné des transformations juridiques, qui impose d'étudier des dispositifs de l'urgence (Titre 2).

⁵³ Conseil d'Etat, Chiffres clés 2023 de la juridiction administrative ; Conseil d'Etat, Rapport public 2022 des juridictions administratives, 6 avril 2023.

TITRE I : LE TEMPS ET LA GRAVITE

56. Le temps a toujours été difficile à appréhender par l'Homme, dont l'espérance de vie n'est pas comparable à celui de l'univers ; pourtant, il s'est efforcé de le mesurer, et d'étudier ses conséquences et ses variations⁵⁴. Il semble exister autant de vision du temps que de sciences qui s'y intéressent, et autant de subtilités et d'interprétations que de scientifiques. En philosophie, le temps est synonyme de mouvements⁵⁵, qu'ils soient dû à des changements ou des permanences. Ce qui subsiste au temps suppose qu'il subsiste comparativement à un autre élément de comparaison, nécessairement en mouvement du fait de son altération. En sciences, le temps est le référentiel, ou plutôt la mesure du temps est le référentiel, et les observations scientifiques se font sur l'échelle linéaire de la temporalité. Pourtant, il n'y a pas d'homogénéité dans la prise en considération du temps dans la pluralité des sciences qui l'utilisent comme instrument de mesure : les sciences astronomiques usent d'un temps selon une échelle du million d'années, tout comme les sciences géologiques, alors que les sciences médicales vont s'intéresser à une temporalité à échelle très réduite (en heures, jours ou semaines), et les sciences chronométriques vont rechercher l'exacte mesure du temps. Lors de la rencontre d'un malade avec un médecin, c'est le temps, pris en compte conjointement aux symptômes, qui constituera l'anamnèse, l'histoire de la maladie. Le malade est ainsi tourné vers la recherche du futur dans lequel il sera guéri, tandis que le soignant est tourné vers le passé pour identifier la pathologie, et pouvoir répondre au malade qui recherche à connaître son pronostic : quel sera son avenir ? est-ce que les maux dont il souffre sont soignables, combien de temps durera le traitement ?

57. Le soignant comme le malade sont donc particulièrement imprégnés du temps, car le temps pérenne est celui du savoir, des « données acquises de la science », celui de la stabilité, qu'elle soit juridique ou scientifique, alors que l'écoulement du temps dans la durée est celui de la mesure, celui du *chronos*. L'écoulement du temps est celui de l'attente, apprécié différemment par les soignants, par les patients et leurs familles, alors que l'unité de mesure est la même pour tous ; puis le temps médical, qui s'apprécie selon les spécialités : l'urgentiste dans la minute, les maladies chroniques dans les années. La médecine d'urgence se caractérise donc par la nécessité d'une prise de décision rapide, par l'instantanéité. Et cette instantanéité

⁵⁴ Théories de la relativité restreinte (1905) et générale (1915) d'Albert EINSTEIN.

⁵⁵ Selon ARISTOTE, le temps est le nombre du mouvement selon l'antérieur et le postérieur.

est une notion à elle seule qui transcende la durée, qui correspond à une fiction scientifique, déformable à souhait⁵⁶, malléable, et qui dans l'urgence ne semble pas s'arrêter, car avec cette distorsion temporelle, l'instant permet l'opportunité d'un acte salvateur.

Ainsi, l'urgence réside dans cette temporalité, qui a souvent été illustrée par le dieu grec du Kairos, associée à l'opportunité (chapitre 1).

58. Le temps est également un facteur qui influe dans des proportions plus ou moins grandes sur l'état de santé du patient, à la fois comme facteur d'aggravation ou de guérison. Le temps agit donc en étroite corrélation avec la gravité, aussi faudra-t-il s'intéresser aux situations qui font naître la gravité, ainsi qu'à l'urgence comme notion *sui generis*. L'urgence métamorphose donc le droit, avant de reprendre sa place initiale, interrogeant ainsi les avatars juridiques de la gravité (chapitre 2).

⁵⁶ Henri BERGSON, *Durée et simultanéité*, 1922. Dans son ouvrage il affirme que « l'instant, est ce qui terminerait une durée si elle s'arrêtait. Mais elle ne s'arrête pas. Le temps réel ne saurait donc fournir l'instant ».

CHAPITRE I : LE KAIROS OU LE TEMPS DE L'OPPORTUNITE

59. La conception romaine du temps⁵⁷ qui fait référence au mot « *Tempus* », qui lui-même peut signifier durer, couper ou chaleur, renvoie à l'idée de la rupture. L'expression « tomber à pic » en est d'ailleurs une illustration : le moment de l'opportunité, de l'occasion (terme dont le dérivé signifie tomber) qui est personnifié via « *Occasio* », dont les représentations sont très similaires au Kairos. Ce dernier est traditionnellement représenté comme « *presque chauve sur le devant de la tête* », *[avec des] cheveux en queue de cheval de sorte qu'on pouvait le saisir au passage, mais il avait [aussi] la réputation d'agir vite. C'est pourquoi il est toujours représenté sur le bout des pieds comme s'il allait partir. Tenant dans les mains une balance, il fait un mouvement pour qu'elle penche d'un côté et on voit ainsi comment Kairos apporte l'élément décisif qui nous manquait, qui vient résoudre quelque chose qui nous paraissait insoluble.* »⁵⁸. Cette opportunité de saisir le temps peut signifier deux choses : soit le temps est opportun à la prise d'une mesure, ou au moment à agir (section 1), soit elle permet une prise de décision qui sera différée à un autre moment opportun, elle est l'anticipation (section 2).

⁵⁷ Raymond CHEVALLIER et al., *Aion : le temps chez les romains*, Paris, A. et J. Picard, 1976.

⁵⁸ Marcel DETIENNE et Jean-Pierre VERNANT, *Les ruses de l'intelligence : la mètis des Grecs*, Paris, France, Flammarion, 1974.

Section 1. Le temps opportun en droit

60. Le temps opportun peut être rapide, mais ne peut jamais être instantané, l'instantanéité résidant dans la naissance ou l'extinction d'un fait juridique. Finalement il n'est que la matérialisation certaine d'un point, d'un moment, qui s'inscrit dans une durée au sens chronologique. Le temps de la rapidité peut s'avérer être favorable aux protagonistes (§ 1), mais une trop grande rapidité peut également déboucher sur l'effet inverse (§ 2).

Paragraphe 1 : Le temps de la rapidité, un « allié »

61. Dans les sciences juridiques, le temps est construit. Il fonde les délais, point d'ancrage de procédures, de leur ouverture (*dies a quo*) mais également de leur clôture (*dies ad quem*), par le recours à la prescription par exemple. Justement, cette prescription n'est pas linéaire, n'est pas chronométrique, puisqu'elle peut être interrompue, retardée ou suspendue. Le temps juridique, plus proche du *Kairos* que du *Chronos*, est donc parfois discontinu : il peut d'ailleurs être accéléré dans certaines procédures, particulièrement lorsque l'urgence contentieuse impose des décisions de justices promptes (I), ou au contraire résider sur l'opportunité de rendre une décision, fondée sur 'un délai raisonnable' (II). Le temps juridique est donc relatif, n'étant pas le même selon toutes les situations.

I. Les décisions de justice les plus promptes : l'urgence contentieuse

62. L'expression de la règle de droit peut révéler une dichotomie : soit il est fait application du caractère juridique perpétuel né de principes définis, ancrés et confortés dans le temps (bien qu'étant évolutifs) ; soit il s'agit de prendre en compte l'ambivalence de certaines situations présentant des caractères nouveaux et nécessitant – de par la gravité ou l'urgence –

la prise de mesures provisoires ; à l'instar des référés⁵⁹. Des procédures spéciales⁶⁰ permettent également l'intervention rapide des juges du fond, au regard de l'étroitesse de certains délais.

63. L'appropriation temporelle traduit ainsi la prévalence du temps court, favorable au requérant, sur le temps long qui lui serait défavorable (la mesure aurait sinon été appliquée, en vertu du privilège du préalable), au bénéfice de la sécurité juridique, ou du moins en apparence. En effet, de telles décisions, rapides, suscitent cependant des critiques qui seront développées ultérieurement. La difficulté s'agissant du contentieux réside dans la définition de l'urgence, qui diffère en grande partie de la notion d'urgence développée dans le cadre des présents travaux de recherche : d'une part le contentieux suppose une temporalité plus longue ; s'agissant en particulier du contentieux administratif les référés doivent répondre à des exigences précises pour entrer dans le cadre « urgent » et espérer avoir une réponse du juge sous 48h. Le caractère d'urgence se fonde avant tout sur l'argumentaire écrit déposé par le justiciable, qui doit être suffisamment convaincant faute de quoi le juge des référés peut rejeter la requête par une ordonnance motivée sans qu'il y ait lieu d'entendre les parties oralement (ou à l'écrit) à l'audience⁶¹. L'urgence contentieuse est donc avant tout une urgence à argumenter juridiquement celle-ci, afin d'éviter le rejet du recours ; aussi la condition de procédure qui permet la saisine du juge des référés est également une condition de forme puisqu'elle détermine l'effectivité ou non du référé. Or, dans les situations d'urgence comme au-delà, du point de vue des requérants dont la requête est manifestement fondée, « *l'écoulement du temps équivaut à de l'injustice* »⁶² : face à une situation grave, manifestement illégale, l'absence de rapidité pèse en effet sur le requérant. C'est d'ailleurs pour cette raison que le Pr. Chapus estimait qu'il y avait toujours urgence à « *suspendre l'application de décisions probablement illégales* »⁶³. Mais les situations diffèrent, et les procédures également dans le cadre des référés, et la notion d'urgence contentieuse varie en fonction des procédures envisagées.

⁵⁹ A titre d'exemple : Code de justice administrative, articles L.521-1 à L.523-1.

⁶⁰ C'était le cas par exemple avant le 1^{er} mai 2021 dans le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, aux articles L.512-1 et L.552-1 : « *Le juge des libertés et de la détention est saisi dans les quarante-huit heures suivant la notification du placement en rétention aux fins de prolongation de la rétention au-delà de cette durée. Il statue dans les quarante-huit heures suivant sa saisine par ordonnance au siège du tribunal judiciaire dans le ressort duquel se situe le lieu de placement en rétention de l'étranger* ». Cette partie législative du code a désormais été abrogée par l'ordonnance n° 2020-1733 du 16 décembre 2020.

⁶¹ Code de justice administrative, L.522-1 à L.522-3. L'obligation de justification de l'urgence pèse ainsi sur le requérant. Le requérant doit ainsi justifier de circonstances particulières qui caractérisent une nécessité à court terme.

⁶² Régis FRAISSE, « *Pour la création d'une procédure d'ordonnance simplifiée soumise à un droit d'opposition* », JCP Adm. 2005 (30-34), n° 1293.

⁶³ R. CHAPUS, « *Le juge administratif face à l'urgence* », Colloque Astrafi, rapport de synthèse, Gaz. Pal. 1985, Doctr. p. 317.

64. Ainsi, bien que les notions soient liées voir imbriquées, chacun des domaines de l'urgence n'en pose pas moins des conditions spécifiques, qui permettent ou non l'intervention du juge des référés. D'ailleurs, celui-ci doit nécessairement faire « *apparaître les raisons de droit et de fait pour lesquelles soit il considère que l'urgence justifie la suspension de l'acte attaqué, soit il estime qu'elle ne la justifie pas* »⁶⁴ ; cela permet au justiciable d'éviter que les effets du temps lui paraissent injustes, mais également au juge de souligner qu'il a bien pris en compte les arguments du justiciable, fussent-ils donnés oralement lors de l'audience, comme les arguments de l'administration. L'urgence en effet ne doit pas, ou tout du moins ne devrait pas, enlever aux parties leur droit à un « procès » équitable dans le respect du contradictoire, y compris dans le cadre d'un référé ; la temporalité n'exonérant ici pas les parties ou le juge du respect des conditions de légalités requises.

65. Le référé-suspension se fondait précédemment sur l'existence de « conséquences difficilement réparables », c'est-à-dire sur l'irréversibilité de la situation, ou plutôt lors de l'existence d'un risque de cette irréversibilité. Désormais, l'urgence s'apprécie *in concreto* soit au regard d'un préjudice grave et immédiat⁶⁵ pour le requérant ou un intérêt public⁶⁶, soit au regard des conséquences qui risquent d'être compliquées à faire disparaître. L'urgence est donc ici fondée sur l'exposition à un risque, faisant planer un préjudice grave ou un préjudice irréversible. Or, si le risque est la réunion de trois critères, que sont la probabilité, la gravité et l'incertitude, reste encore pour le justiciable à prouver la réunion des trois : la probabilité doit être forte, et la gravité doit être caractérisée, et spécifiquement dans ce cas, la réversibilité peut être prise en compte. L'incertitude ne pose *a priori* pas de difficulté dans la mesure où elle s'exprime conjointement avec la probabilité. C'est justement cette incertitude qui doit donner au juge l'opportunité de soustraire le justiciable à ce risque, et donc de soustraire le justiciable à une situation potentiellement plus grave encore, dans le cas où le risque se réaliserait. Dans ce cadre, l'urgence contentieuse, à travers une suspension de l'exposition à un risque, est donc favorable au requérant, et n'est finalement que peu défavorable⁶⁷ à la partie adverse, puisque cette dernière n'est elle-même pas exposée au risque. Le recueil Lebon distingue d'ailleurs au sein de ses tables l'urgence dans les référés à travers trois rubriques : « notion »,

⁶⁴ Conseil d'Etat, Section, du 25 avril 2001, 230025, publié au recueil Lebon.

⁶⁵ L'immédiateté concerne la réalisation du préjudice, qui est imminente ; voir Conseil d'Etat, Ordonnance du juge des référés (M. LABETOULLE), du 14 septembre 2001, 238110, mentionné aux tables du recueil Lebon.

A contrario, le préjudice peut être déjà (et encore) en cours de réalisation ; voir en ce sens Conseil d'Etat, Juge des référés, 26/04/2001, 231870, Publié au recueil Lebon.

⁶⁶ Conseil d'Etat, Section, du 19 janvier 2001, 228815, publié au recueil Lebon.

⁶⁷ Toute relativité gardée ; certaines suspensions pouvant être défavorables à l'administration dans la mesure où elle peut l'exposer à d'autres risques.

« présomption », et « existence » ; cette urgence est par ailleurs, dans ces trois cas, cumulativement appréciée au vu de la gravité⁶⁸.

66. Or, pour apprécier l'urgence, le juge se fonde sur deux conditions pour apprécier l'opportunité de se saisir du référé : l'urgence en elle-même, et « *si les moyens invoqués à l'encontre de la décision suscitent un doute sérieux sur la légalité de celle-ci* »⁶⁹. Ainsi, l'appréciation de l'urgence contentieuse réside dans les intérêts en cause au moment du référé-suspension, et pas nécessairement antérieurement, autrement dit : est-ce que l'intervention du juge à très brève échéance est opportune face à la situation ? S'agissant des autres référés⁷⁰ la même logique peut être appliquée, le cas du référé-liberté étant peut-être plus atypique⁷¹. En effet, l'originalité de ce dernier référé est bien de faire état de la méconnaissance grave et manifestement illégale d'une liberté fondamentale⁷², et en réponse le juge peut ordonner toutes mesures nécessaires à la sauvegarde des libertés fondamentales en cause. La diversité de mesures que le juge du référé-liberté peut prononcer change les contours de l'opportunité, car celle-ci pourrait être invoquée plus largement que dans les autres référés ; d'autant que l'opportunité concerne des mesures provisoires... mais uniquement en principe, puisque le Conseil d'Etat a admis que des mesures présentant un caractère définitif puissent exister dans le cadre de cette urgence contentieuse, dès lors « *qu'aucune mesure provisoire n'est susceptible de sauvegarder l'exercice effectif de la liberté fondamentale à laquelle il est porté atteinte* »⁷³. Ainsi, dans le cadre du référé-liberté, non seulement l'opportunité réside dans l'intervention rapide du juge, mais également dans son action, qui ne se limite pas à une suspension des effets du temps, mais peut également intervenir et modifier ces effets, dès lors que la mesure ordonnée ne revêt pas le caractère du provisoire.

67. Pourtant, s'agissant du temps opportun, la question de savoir si le juge des référés peut dans l'urgence, créer une jurisprudence, semble importante au regard de la définition

⁶⁸ Le préjudice devant être immédiat et suffisamment grave ; ou grave et suffisamment immédiat. Ces deux conditions sont cumulatives, comme l'illustre respectivement les deux décisions suivantes : Conseil d'Etat, du 19 janvier 2001, n°228815 (précité), et Conseil d'Etat, Ordonnance du juge des référés, du 1 février 2001, 228875-229018, inédit au recueil Lebon.

⁶⁹ Conclusions sur CE, 28 févr. 2001, *Philippart et Lesage*, RFDA 2001, p. 390.

⁷⁰ Entendu ici au sens des référés urgents, excluant les référés sans condition d'urgence (expertise et provision).

⁷¹ Voir en ce sens Conseil d'Etat, 3ème et 8ème chambres réunies, du 16 juin 2003, 253290, mentionné aux tables du recueil Lebon ; Conseil d'Etat, 2ème et 7ème chambres réunies, du 23 janvier 2004, 257106, mentionné aux tables du recueil Lebon. Dans les 2 décisions, le Conseil d'Etat estime qu'une urgence au sens du référé-suspension n'était pas une circonstance particulière justifiant que l'urgence soit constatée au sens du référé-liberté. Des circonstances très particulières permettent en revanche une présomption d'urgence au sens du référé liberté, voir en ce sens Conseil d'Etat, Juge des référés, du 29 juillet 2003, 258900, publié au recueil Lebon.

⁷² Code de justice administrative, L. 521-2.

⁷³ Conseil d'Etat, 1ère et 6ème chambres réunies, 31/05/2007, 298293, Publié au recueil Lebon.

même de celle-ci. Comme il s'agit en principe d'un ensemble de décisions de justice rendues pendant un temps donné dans une matière du droit, il pourrait sembler que les décisions rendues en urgence ne puissent en principe faire jurisprudence ; d'autant que ces référés ne revêtent pas de l'autorité de la chose jugée. Pourtant, il existe une « autorité provisoire » de la chose jugée assez forte, dans la mesure où les décisions sont exécutoires et obligatoires⁷⁴, et leur portée juridique bien réelle. L'impossibilité théorique de faire jurisprudence est ainsi indéniablement liée à l'aspect temporaire, voire transitoire ou passager, des mesures ordonnées, dans l'attente du jugement de fond, qui tranchera de façon définitive et résoudra le litige. Or, et nous l'avons abordé précédemment, il est parfois opportun pour le juge des référés d'user de mesures qui ne sont pas provisoires, dans le cadre du référé-liberté, et de ce fait il peut aisément être opposé que l'aspect temporaire s'effaçant, un aspect définitif semble apparaître, comme implanté dans la temporalité du litige, et donc nécessairement entraîner des effets juridiques qui peuvent marquer durablement la jurisprudence : à titre d'illustration, s'agissant de l'occupation de la domanialité publique, l'expulsion de l'occupant revêt en effet un caractère définitif, qu'importe que cette expulsion soit ordonnée par le juge des référés ou celui du fond ; il en est de même pour les injonctions ordonnées dans le cadre des référés⁷⁵. C'est à la fois la temporalité, rapide et opportune, mais également et surtout les effets, la portée de l'ordonnance du juge des référés envers les parties, qui fondent la possibilité pour le juge de faire jurisprudence, d'autant que la portée de l'ordonnance est liée au contentieux lui-même : les effets de l'urgence étant suspendus voire définitivement écartés (dans le cadre du caractère définitif de l'injonction par exemple), la décision du juge du fond sera minimisée, dans la mesure où la cristallisation du contentieux sera directement liée à l'urgence et donc la nécessité d'obtenir une décision rapide de la justice administrative⁷⁶. D'autant plus que l'administration comme le justiciable a tendance à se désintéresser au jugement du fond, ce qui a d'ailleurs provoqué l'introduction d'une procédure d'extinction de l'action au fond, par voie de désistement d'office⁷⁷.

⁷⁴ Voir en ce sens Conseil d'Etat, Section du Contentieux, du 5 novembre 2003, 259339, publié au recueil Lebon.

⁷⁵ La tenue d'un spectacle par exemple, semble par nature irréversible, au même titre qu'une décision d'arrêt de traitements médicaux.

⁷⁶ D'autant plus dans les cas de carences de l'administration. Voir en ce sens C. FREIDRICH, « Le référé-liberté en carence de l'administration », *Revue du droit public* - n°5, 01/09/2018 p. 1297.

⁷⁷ Code de justice administrative, R.621-5-2.

II. La temporalité opportune : « les délais raisonnables »

68. Garantie fondamentale d'une bonne justice, la temporalité accordée au juge pour statuer définitivement sur un contentieux doit être jugée raisonnable, faute de quoi, la Justice est considérée comme défailante, et les requérants *« peuvent obtenir la réparation de l'ensemble des préjudices tant matériels que moraux, directs et certains, causés par ce fonctionnement défectueux du service public de la justice et se rapportant à la période excédant le délai raisonnable »*⁷⁸. En outre, même si la durée globale de jugement n'a pas dépassé le délai raisonnable, la responsabilité de l'Etat peut toujours être engagée *« si la durée de l'une des instances a, par elle-même, revêtu une durée excessive »*. Ce droit à un procès rendu dans un délai raisonnable⁷⁹ est par ailleurs l'une des caractéristiques du droit à un procès équitable⁸⁰, en ce qu'il permet de ne pas exposer l'une ou l'autre des parties à une incertitude constante.

69. Une décision récente du Conseil d'Etat est fort intéressante en ce qu'elle argumente précisément l'objectif poursuivi par cet effet de la temporalité : *« le principe de sécurité juridique, qui implique que ne puissent être remises en cause sans condition de délai des situations consolidées par l'effet du temps, fait obstacle à ce que puisse être contestée indéfiniment une décision administrative individuelle qui a été notifiée à son destinataire, ou dont il est établi, à défaut d'une telle notification, que celui-ci a eu connaissance ; qu'en une telle hypothèse, si le non-respect de l'obligation d'informer l'intéressé sur les voies et les délais de recours, ou l'absence de preuve qu'une telle information a bien été fournie, ne permet pas que lui soient opposés les délais de recours fixés par le code de justice administrative, le destinataire de la décision ne peut exercer de recours juridictionnel au-delà d'un délai raisonnable ; qu'en règle générale et sauf circonstances particulières dont se prévaudrait le requérant, ce délai ne saurait, sous réserve de l'exercice de recours administratifs pour lesquels les textes prévoient des délais particuliers, excéder un an à compter de la date à laquelle une décision expresse lui a été notifiée ou de la date à laquelle il est établi qu'il en a eu connaissance ; Considérant que la règle énoncée ci-dessus, qui a pour seul objet de borner dans le temps les conséquences de la sanction attachée au défaut de mention des voies et délais de recours, ne porte pas atteinte à la substance du droit au recours, mais tend seulement à*

⁷⁸ Conseil d'État, Section du Contentieux, 17/07/2009, 295653, Publié au recueil Lebon.

⁷⁹ La notion est également présente en droit de la santé, à l'article L.1111-4 du code de la santé publique, sur le refus de traitement vital qui doit être réitéré dans un délai raisonnable, à l'article L.2324-3 sur les établissements d'accueil d'enfants de moins de 6 ans, ou encore s'agissant de l'injonction de l'autorité de tutelle dans ce même cadre.

⁸⁰ Convention européenne des droits de l'homme, Article 6 ; Charte des droits fondamentaux de l'Union, art. 41.

éviter que son exercice, au-delà d'un délai raisonnable, ne mette en péril la stabilité des situations juridiques et la bonne administration de la justice, en exposant les défendeurs potentiels à des recours excessivement tardifs ».

Il ressort des termes de cet arrêt un impératif, lié à la conciliation de la sécurité juridique avec l'exercice du droit dans une durée peu opportune (en l'espèce, le recours intervenant vingt-deux ans après). En effet, il demeure primordial que les conséquences juridiques induites par l'existence des normes ne soient pas excessivement remises en cause : c'est d'ailleurs là toute la justification de la forclusion, en évitant des demandes jugées trop tardives. Il existe donc ainsi un temps opportun à la saisie d'une juridiction pour trancher un litige. Or, dans cette présente étude, l'urgence par définition contraint à une temporalité très réduite, et de ce fait, impose soit de saisir le juge dans un délai très court, durant la situation litigieuse, soit de saisir le juge *a posteriori*. S'agissant de la seconde hypothèse, l'opportunité temporelle se borne entre la promptitude des délais dit raisonnables (A) et la nécessaire stabilité juridique de ceux-ci (B).

A. Délais raisonnables et promptitude des délais

70. Le temps opportun ne peut être instantané et raisonnable à la fois ; à l'inverse, le temps opportun ne peut être excessivement long s'il veut revêtir le qualificatif de raisonnable. Ainsi, difficile de définir les caractéristiques des délais raisonnables, tant les contentieux diffèrent. Par ailleurs, il est paradoxal de comparer la notion d'urgence, qui suppose une réponse immédiate ou presque, avec la justice, qui tranche les litiges dans un temps ordinairement long. Pourtant, de paradoxe il n'y a pas, dans la mesure où la temporalité médicale et la temporalité de la justice n'empruntent pas la même échelle temporelle : l'urgence n'y est pas appréciée de la même façon ni selon les mêmes critères : la temporalité n'est pas comparable vis-à-vis de l'exposition à un facteur de gravité. Dans le domaine médical, difficile de laisser une personne exposée à un risque de péril sans agir ; pour autant s'agissant de la Justice, l'exposition à un risque d'une gravité similaire n'existe pas. L'exposition du temps n'étant pas la même vis-à-vis des conséquences, l'échelle même du temps peut sembler différente : ce qui devrait être en matière médicale en quelques jours, pourrait l'être en matière contentieuse en quelques mois. Malgré cela, certains domaines de la justice insistent sur la promptitude de délais, à l'instar du droit pénal et de procédure pénale, qui imposent par exemple l'information sans délai au procureur de la République dans le cas d'un placement en garde à vue. Cette exigence est

favorable au prévenu dans la mesure où l'objectif poursuivi est la protection contre toute atteinte injustifiée à la liberté individuelle.

71. Le rythme du temps juridique se voit également accéléré pour correspondre à certains impératifs, comme en droit des affaires, où certains délais de prescription sont plus courts que d'ordinaire⁸¹. Si cela semble parfois paradoxal, la situation l'est davantage en droit de la santé, où l'urgence ne dure que quelques minutes ou quelques jours, ce qui contraste avec l'urgence contentieuse qui tranche dans une temporalité plutôt comptabilisée en jours. Temporalité parfois trop longue : la France a plusieurs fois été condamnée par la CEDH⁸² en raison du caractère délétère du temps sur le droit des justiciables. Ces situations peuvent en effet aggraver les situations personnelles ou économiques des parties en attente d'une décision, mais également avoir un impact négatif sur la santé mentale et le bien-être des justiciables⁸³.

B. Délais raisonnables et stabilité juridique

72. La lenteur du temps, s'agissant du contentieux, porte généralement préjudice aux justiciables les plus fragiles, c'est la raison pour laquelle la justice tente de trancher dans des délais raisonnables, dans un objectif de préservation de l'intérêt général, mais également de garantie de bonne administration de la justice.

Afin de préserver cet objectif, le juge sanctionne les retards abusifs⁸⁴, souvent constitutifs de fautes, et examine minutieusement les délais imposés par les textes. Ces délais 'impératifs' prennent parfois l'allure d'une véritable garantie au profit des intéressés⁸⁵, de sorte qu'aucune décision implicite ne peut naître du silence gardé de l'administration, si elle est défavorable à l'administré.

⁸¹ Délais de la prescription de trois ans par exemple, voir en ce sens, Code civil, article 1839.

⁸² CEDH, 26 mars 2002, *Lutz c. France*, requête n° 48215/99 ; CEDH 8 févr. 2018, *Goetschy c. France*, req. n° 63323/12 ; CEDH 12 oct. 1992, *Boddaert c. Belgique*, n° 12919/87 ; CEDH 27 nov. 1991, *Kemmache c. France*, n° 12325/86 et 14992/89.

⁸³ Cette thématique ne fait pas l'objet de recherches scientifiques.

⁸⁴ Conseil d'Etat, 4 / 2 SSR, du 25 octobre 1967, 68876, mentionné aux tables du recueil Lebon ; Conseil d'Etat, 3 / 5 SSR, du 10 février 1984, 32794 39790, publié au recueil Lebon ; Conseil d'Etat, 2 / 1 SSR, du 4 juillet 2001, 219658, publié au recueil Lebon ; Conseil d'Etat, 9ème sous-section jugeant seule, 28/03/2013, 349933, Inédit au recueil Lebon.

⁸⁵ Conseil d'Etat, Section du Contentieux, 27/04/2011, 335370, Publié au recueil Lebon ; c'est également un principe général de la Convention EDH, voir en ce sens, Cour EDH, 2 mars 2005, n° 71916/01, 71917/01 et 10260/02 ; CEDH 8 nov. 2011, *Raudsepp c/ Estonie*, n° 54191/07).

73. Pour apprécier le délai raisonnable d'un jugement, trois critères d'appréciations sont utilisés⁸⁶ : la complexité de l'affaire, le déroulement de la procédure, et l'existence de circonstances particulières justifiant qu'il soit statué dans des délais plus brefs⁸⁷. Si ces délais sont excessifs, ils sont de nature à mettre en cause son efficacité, et dans une certaine mesure, à aboutir à un déni de justice. Le Pr. Louis FAVOREU définissait déjà en 1964 le déni de justice comme « *un manquement de l'État à son devoir de protection juridictionnelle de l'individu* »⁸⁸. Ce manquement s'apprécie précisément en fonction des circonstances propres à chaque espèce, et la notion de délai raisonnable semble marquée par une certaine élasticité : un délai d'instruction de dix ans peut être considéré comme n'étant pas déraisonnable⁸⁹ ; quand il aurait pu être considéré comme fautif dans d'autres circonstances⁹⁰. Cette temporalité opportune a d'ailleurs évolué, le juge considérant désormais qu'une lenteur anormale n'est pas nécessairement constitutive d'un déni de justice⁹¹, pas plus que le non-respect du délai légal, qui ne permet pas à lui seul « *de caractériser la faute lourde susceptible d'engager la responsabilité de l'Etat au titre du fonctionnement défectueux du service de la justice* »⁹². Toutefois, il existe des cas dans lesquels la lenteur de la justice est constitutive d'une faute lourde⁹³, caractérisée par une inertie confinant à la léthargie.

74. Le temps opportun est donc celui de délais raisonnables, plutôt rapide, mais permettant à chacune des parties de faire mûrir sa défense et son argumentation, et laissant suffisamment de temps pour faire valoir ses droits, sans pour autant subir le temps qui peut placer le justiciable dans une situation inconfortable. Les délais doivent donc être plus proches de la rapidité, sans pour autant tomber dans une rapidité excessive.

⁸⁶ La CEDH applique ses propres critères jurisprudentiels, au nombre de quatre : la complexité de l'affaire, l'attitude du requérant, le comportement des autorités étatiques et l'enjeu de l'affaire selon le point de vue du requérant.

⁸⁷ Alix PERRIN, *Le développement du délai raisonnable*, in « Le temps en droit administratif », AFDA, Actes de colloque, Aix-en-Provence, 2022.

⁸⁸ Louis FAVOREU, *Le déni de justice en droit public français*, Thèse, 1964, LGDJ.

⁸⁹ Cour d'appel de Papeete, chambre civile, 25 janvier 2007, Poroi contre Haut-commissaire de la République, Juris-Data n° 2007-338994, La Semaine Juridique Edition Générale n° 43, 24 octobre 2007, IV 3011.

⁹⁰ Par exemple, Cour d'Appel de Paris, 20 janv. 1999, Gaz. Pal. 1999. P.45. En l'espèce, un délais de procédure de 40 mois devant une cours d'appel est considérée comme fautive.

⁹¹ Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 25 mai 2004, 02-17.745, Publié au bulletin.

⁹² Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 4 juillet 2006, 04-17.584, Publié au bulletin.

⁹³ Cour de cassation, Chambre civile 1, 20 février 2008, 06-20.384, Publié au bulletin ; en l'espèce une procédure judiciaire ayant duré 14 ans, caractérisée par « *une série de faits traduisant l'inaptitude du service public de la justice à remplir la mission dont il est investi* ».

Paragraphe 2 : La trop grande rapidité, un « adversaire »

75. Il est d'usage de relever qu'il ne faut pas confondre urgence et précipitation. La vitesse au sens temporel pourrait en effet avoir de mauvaises conséquences, en raison notamment de l'allègement du cadre formel (I), généralement accusé comme responsable des lenteurs du système, et plus dangereux encore, par la trop grande rapidité au regard des possibilités de mises à mal de grands principes juridiques (II), qui sont eux aussi générateurs de délais plus importants. La Justice doit prendre en considération tant les divers intérêts en présence, permettant tant aux parties de préparer leurs arguments, que de garantir une décision dotée rapidement de force de chose jugée, afin d'éviter une certaine instabilité juridique. Il en est de même s'agissant des délais d'appel : il faut tantôt laisser le temps à la partie perdante en première instance de bénéficier de délais suffisants pour décider ou non de former un recours ; tantôt favoriser la rapidité de la Justice et l'assurance pour la partie gagnante que la décision aura rapidement force de chose jugée. Ainsi la vision négative ou positive de la rapidité dépend fortement du point de vue adopté. L'urgence médicale répond au même mécanisme, entre laisser du temps pour soigner, et médicaliser très rapidement pour soulager la douleur.

I. La rapidité et l'allégement du cadre formel

76. En droit, agir prestement ou dans l'urgence est souvent associé à l'allégement du cadre formel, par le recours à l'assouplissement des « contraintes »⁹⁴ juridiques : réduction des délais *via* des procédures d'urgences (A), ou règlement du litige au fond (B). Dans les deux cas, les procédures accélérées permettent au juge de prendre une décision rapide, afin soit de prendre des mesures provisoires, soit de régler le litige. Il faut ici toutefois rappeler que le requérant doit exercer la voie de recours adéquate, à laquelle sont associés les pouvoirs du juge administratif, pour résoudre son litige, dans les procédures d'urgence comme au fond.

A. Une réponse juridique⁹⁵ partielle et le juge des référés

77. Les dispositions communes aux référés administratifs rappellent l'objectif de rapidité⁹⁶ de la procédure, et de la réponse du juge, tout particulièrement à travers le jugement par un unique magistrat⁹⁷, et diverses adaptations procédurales en référés. Un titre du Code de justice administrative est consacré au juge des référés statuant en urgence, regroupant le « référé-suspension », le « référé-liberté », et le « référé mesures utiles ». Bien qu'il s'agisse d'une procédure accélérée qui aboutisse à une décision provisoire, celle-ci peut suffire au justiciable à l'initiative et éteindre l'affaire au fond. Le référé est certes, en principe, une voie de recours parallèle et distincte du recours au fond, mais certains référés peuvent être exercés sans recours au fond, ce dernier n'étant d'ailleurs parfois jamais déposé lorsque le juge des référés a satisfait à la demande de l'administré. C'est la première contradiction apparente du côté du justiciable : la décision censée être provisoire porte en réalité les mêmes effets que la décision définitive de son point de vue.

La deuxième contradiction est celle du juge des référés, qui ne doit pas empiéter sur l'office du juge du fond, mais doit prendre connaissance du litige principal, pour statuer sur la demande qui lui est faite, ce qui lui vaut la qualification du juge de la superficialité, de

⁹⁴ La dérogation et l'exception sont deux notions qui feront l'objet de développements autonomes, voir *infra* §435 et suivants.

⁹⁵ « Une » réponse et non « la » réponse, le juge des référés statuant au vu du caractère provisoire et non du principal.

⁹⁶ L.511-1 du CJA : « *Le juge des référés (...) se prononce dans les meilleurs délais* ».

⁹⁷ Toutefois, si la nature de l'affaire le justifie, elle peut être renvoyée devant une formation de trois magistrats. Code de justice administrative, L.511-2.

l'évidence et de l'incontestable⁹⁸. La faculté lui a été récemment reconnue par le Conseil d'Etat de se prononcer sur la transmission au Conseil constitutionnel d'une QPC⁹⁹ et de faire juger une exception d'inconventionnalité d'une loi manifestement incompatible avec les engagements internationaux¹⁰⁰.

Le troisième paradoxe s'intéresse à la portée de la décision du juge, en rapport avec l'urgence : l'ordonnance est *en principe* provisoire, mais son effectivité est celle de l'autorité de la chose jugée, car elle peut rarement, dans les faits, être révisée. Tel est le cas à chaque fois que le juge des référés rend une décision à très brève échéance, la mesure prononcée étant *de facto* définitive¹⁰¹.

78. Finalement, la décision *censée* être provisoire semble souvent plus proche d'une décision définitive et l'allégement du cadre juridique aboutissant à cette décision suscite nécessairement plusieurs interrogations sur les garanties du justiciable, au vu des nombreuses dispenses. Celles-ci varient en fonction des référés, parmi lesquelles la dispense de conclusions du rapporteur public ou même celle de l'audience publique. Enfin, cette décision du juge des référés est généralement rendue en premier et dernier ressort¹⁰², n'ouvrant la contestation possible qu'en cassation. Pourtant, les quelques 35 000 décisions en référés rendues chaque année en moyenne rencontrent un certain succès, les justiciables appréciant la rapidité.

Pourtant, cette même rapidité ne devant pas gêner le bon fonctionnement de l'administration : juger, même en urgence, ne revient pas à ordonner des mesures de fond ou des mesures reposant sur des choix de politique de santé publique¹⁰³. La réponse du juge des référés à la question du justiciable est donc généralement une réponse partielle.

⁹⁸ Julien PIASECKI, *L'office du juge administratif des référés : Entre mutations et continuité jurisprudentielle*, Université du Sud Toulon Var, 2008.

⁹⁹ Conseil d'État, 5ème - 6ème chambres réunies, 28/01/2022, 457987, Publié au recueil Lebon. Voir également, en matière de droit de l'union, Conseil d'État, Juge des référés, 16/06/2010, 340250, Publié au recueil Lebon.

¹⁰⁰ Conseil d'État, Assemblée, 24/06/2014, 375081, Publié au recueil Lebon ; Conseil d'État, Section, 11/12/2015, 395009, Publié au recueil Lebon ; Conseil d'État, Assemblée, 31/05/2016, 396848, Publié au recueil Lebon.

¹⁰¹ Par exemple, l'ordonnance rendu le jour même de ne pas se produire en spectacle. Conseil d'État, Juge des référés, 09/01/2014, 374508, Publié au recueil Lebon.

¹⁰² Pour les référés suspension, conservatoire et précontractuel.

¹⁰³ Cette question sera abordée ultérieurement, *infra*, seconde partie, titre 2, chapitre 2. Pour illustration voir : Conseil d'État, Juge des référés, formation collégiale, 22/03/2020, 439674 ; Conseil d'État, Juge des référés, 28/03/2020, 439765 ; Conseil d'État, Juge des référés, 10/12/2020, 447015, Inédit au recueil Lebon.

B. Rapidité du contentieux au fond

« *Jamais la justice n'est autant en danger
que lorsqu'elle se rend trop vite* »¹⁰⁴

79. La question de savoir si la justice doit rendre son office dans des délais rapides, et ce qu'implique cette rapidité, n'est pas nouvelle. La doctrine s'y intéresse depuis longtemps¹⁰⁵, analysant minutieusement les données disponibles et s'interrogeant sur la durée idéale. Plusieurs problématiques existent lorsque la justice est rendue rapidement, notamment celle de la remise en cause du droit au recours effectif¹⁰⁶.

80. Or, justement, en droit comme en santé, la rapidité peut être invoquée comme un moyen de renforcer l'effectivité du recours, par un traitement rapide, autant qu'elle constitue un risque que ce traitement ne soit pas efficace. Le requérant peut en effet s'autolimiter à faire un recours lorsqu'il sait que celui-ci va prendre beaucoup de temps (procès long, comme recours à un spécialiste dans des délais de plusieurs mois).

En droit, et plus particulièrement européen, des procédures rapides peuvent permettre au requérant de saisir rapidement le juge, mais ces mêmes procédures mettent à l'écart certaines garanties procédurales, dans l'objectif de la compression du temps de traitement du litige. La garantie la plus importante ainsi écartée, concerne – paradoxalement – l'expression des parties intéressées : les mémoires doivent être rendus rapidement, mais peuvent aussi être limités, rationalisés « *aux points de droit essentiels* »¹⁰⁷. En cas d'urgence, la phase écrite peut même être supprimée¹⁰⁸, renforçant l'oralité des débats. Or, la compréhension des arguments des deux parties est essentielle à un procès équitable, et l'équilibre entre la grande rapidité de traitement du contentieux au fond et les garanties que le règlement du litige soit effectué de façon qualitative, reste un équilibre fragile.

¹⁰⁴ John FORTESCUE, cité et traduit par J. PRADEL, « *La célérité de la procédure pénale en droit comparé* », Questions contemporaines de science criminelle, Travaux de l'Institut de science criminelle de Poitiers, vol. XVI, Paris, éd. CUJAS, 1196, p. 145.

¹⁰⁵ G. BOLARD et P. DRAI « *Justice hâtive, justice rapide : Quand une justice hâtive retarde l'issue du procès* », Semaine juridique, 1997, n° 45-46, Etude, 4061 ; H. HAENEL, M.-A. FRISON-ROCHE, *Le juge et le politique*, PUF, 1998, p. 198 ; J. VAN COMPERNOLLE, Le droit d'être jugé dans un délai raisonnable : les effectivités d'un droit processuel autonome, in *Études offertes à Jacques Normand - Justice et droits fondamentaux*, Litec, 2003, p. 471 ; Rapport du Ministère de la Justice, *Célérité et qualité de la justice - la gestion du temps dans le procès*, juin 2004 ; Fausto DE SANTIS et Stéphane LEYENBERGER, *Pour une justice indépendante et efficace*, Les Cahiers de la Justice, 3, Dalloz, 2010, n° 3, p. 5-11.

¹⁰⁶ Emilie CHEVALIER, « *La promotion d'une justice rapide remet-elle en cause le droit au recours effectif ? Le cas de la Cour de justice de l'Union européenne* », Revue trimestrielle de droit européen, 2013, n° 4, p. 710.

¹⁰⁷ Règlement de procédure de la Cour de Justice de l'Union Européenne, art. 105.3 et 109.2.

¹⁰⁸ Règlement de procédure de la Cour de Justice de l'Union Européenne, article 111.

81. Dans un autre domaine, la rapidité de la justice est généralement considérée comme sommaire voire expéditive : celui des comparutions immédiates¹⁰⁹. Souvent décriée, cette procédure très accélérée, permet de juger le prévenu séance tenante, alors qu'aucune urgence ne semble présente (d'ailleurs le prévenu peut obtenir un renvoi sur simple demande). Vivement critiquée¹¹⁰ en raison d'un déséquilibre entre le ministère public et la défense, cette procédure semble également aboutir à des sentences plus lourdes¹¹¹ : elle multiplie par huit la probabilité d'un emprisonnement ferme par rapport à une audience classique de jugement¹¹².

82. Dans ces hypothèses, une « trop » grande rapidité conduit à l'allègement du formalisme, particulièrement des délais, mais également de certaines garanties assurées par le respect des formes, comme la rédaction des actes, qui peuvent être remplacés par de l'oral.

Par ailleurs, la collégialité permet de garantir une plus grande indépendance des décisions, y compris dans une décision accélérée, toutefois, elle n'est ni un droit du justiciable, ni un principe fondamental, ni un principe constitutionnel¹¹³. Le recours au juge unique est de plus en plus fréquent¹¹⁴, d'autant qu'il est possible « en toute matière » s'agissant du contentieux civil¹¹⁵, pour les infractions simples en matière pénale¹¹⁶, et dont la liste s'allonge année après année¹¹⁷. Une trop grande rapidité conduit parfois à mettre à mal certains principes juridiques.

¹⁰⁹ Code de procédure pénale, articles 393 à 397-7. Voir également, Hervé VLAMYNCK, « *La procédure de comparution immédiate : vitesse ou précipitation ?* », AJ Pénal, 2011, n°1, p. 10.

¹¹⁰ Adeline HAZAN, Rapport Public du CGLPL, 2019. La comparution immédiate « *est à l'origine de nombreuses courtes peines d'emprisonnement, prononcées dans des dossiers où les magistrats n'ont pas pu disposer des informations qui auraient parfois permis des peines alternatives à l'incarcération* » ; Union des jeunes avocats de Paris, Tribune du Monde, « *Les comparutions immédiates, exception procédurale française, représentent une justice de deuxième classe inacceptable* », septembre 2023.

¹¹¹ Rapport d'information sur les procédures accélérées de jugement en matière pénale, n°17, Sénat, 2005.

¹¹² V. GAUTRON et J.-N. RETIERE, « *La justice pénale est-elle discriminatoire ? Une étude empirique des pratiques décisionnelles dans cinq tribunaux correctionnels* », Colloque « Discriminations : état de la recherche », Alliance de Recherche sur les Discriminations (ARDIS), décembre 2013, Université Paris Est Marne-la-Vallée,

¹¹³ Conseil constitutionnel, n° 2010-54 QPC du 14 octobre 2010.

¹¹⁴ Sur le développement de modalités de traitement de certains contentieux à juge unique en droit public, voir Gabrielle MAUBON, « *Juge administratif : une identité spécifique et des défis multiples* », AJDA, 2024, n°10, p.559

¹¹⁵ Loi n° 70-613 du 10 juillet 1970 modifiant et complétant l'ordonnance n° 58-1273 du 22 décembre 1958 relative à l'organisation judiciaire.

¹¹⁶ Loi n° 72-1226 du 29 décembre 1972 simplifiant et complétant certaines dispositions relatives à la procédure pénale, aux peines et à leur exécution.

¹¹⁷ Loi n°2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice.

II. Rapidité et principes juridiques mis à mal

83. Après avoir vu que certaines dispenses existaient afin d'alléger le cadre juridique, permettant une plus grande célérité dans la prise de décision, il convient de s'intéresser aux conséquences possibles de cette « trop » grande rapidité : elle peut tendre à moins d'objectivité voire même glisser vers la subjectivité (A), et remettre en cause certaines libertés fondamentales (B) comme le respect du principe du contradictoire.

A. La rapidité induisant plus de subjectivité

84. Contrairement au concept de la théorie du droit – qui conçoit le temps comme nécessaire à l'évacuation de l'émotionnel pour les parties, afin de se rapprocher d'éléments factuels – le contentieux de l'urgence considère le temps comme défavorable aux parties, ou au moins à l'une des parties.

85. Afin de faire correspondre le temps du justiciable avec celui de la justice, le législateur a introduit une triple série de mesures, visant à « compresser » la durée de l'instruction : délimiter sa durée, accélérer son rythme et en laisser au juge la maîtrise¹¹⁸. En revanche, le juge refuse de prendre en compte l'existence de conditions particulières justifiant une adaptation du délai raisonnable, fondée sur la vulnérabilité du requérant¹¹⁹. Le juge veille ainsi à ce que l'appréciation du délai raisonnable ne conduise pas à une trop grande subjectivisation des recours.

Pour autant, une certaine rapidité permet de s'assurer que la décision se fondera sur la procédure la plus récente, et éventuellement sur ses travaux préparatoires, qui sont autant d'indices à la compréhension du texte. Si la loi applicable est ancienne, les magistrats auront tendance à interpréter celle-ci au regard des circonstances de l'espèce, et donc la lettre du texte pourra être amoindrie, par la nécessité d'actualiser le sens de cette loi, parfois en provoquant le

¹¹⁸ Caroline LANTERO, « L'accélération du rythme de l'instruction contentieuse », in « Le temps en droit administratif », AFDA, Actes de colloque, Aix-en-Provence, 2022.

¹¹⁹ Au regard de ses conditions matérielles d'existence, voir Conseil d'État, 1ère chambre, 31/03/2017, 403867, Inédit au recueil Lebon ; vis-à-vis de son état de santé, voir CAA de DOUAI, 2ème chambre - formation à 3, 20/11/2018, 16DA01020, Inédit au recueil Lebon ; ou de représailles de la part de son employeur (CAA de Douai, *précité*).

législateur¹²⁰ à élaborer une nouvelle norme pour remplacer l'ancienne, et ainsi prendre en compte l'évolution sociétale.

86. Cette évolution est souvent le fruit d'une prise de conscience collective. En matière pénale, la subjectivité plus forte des décisions prises rapidement, voire de façon expéditive, a été étudiée par une pluralité d'auteurs¹²¹ ; il en ressort que le risque de pression médiatique ou de l'opinion publique sur les institutions est de plus en plus élevé, et pousse le juge à rendre des décisions plus rapidement. La hausse de l'utilisation de procédures contractuelles ou immédiates comme la justice pénale négociée¹²² sont souvent au cœur de discussions¹²³, en ce qu'elles permettent une résolution plus rapide des litiges, mais aussi favorise le caractère parfois obscur des négociations.

De fait, aller à un certain affaiblissement de l'office du juge, et par conséquent de son autorité¹²⁴, la célérité souhaitée par les parties peut les conduire à négocier *via* une convention judiciaire d'intérêt public (CJIP). L'extension de cette convention en matière économique est tout aussi décriée. Elle marque le désengagement des magistrats du siège au profit du parquet, ce qui emporte l'absence de publicité des débats et s'appuie sur des procédés de négociation opaques (l'ensemble des débats et discussions de la CJIP sont couverts « par le secret de la

¹²⁰ Cour de Cassation, Assemblée plénière, du 17 novembre 2000, n°99-13.701, Publié au bulletin, *Nicolas Perruche contre Caisse primaire d'assurance maladie de l'Yonne*.

¹²¹ Voir en ce sens les travaux de Jean DANET, *La justice pénale entre rituel et management*, 2010. V. également : Stéphane BERNHARD, *Les aspects subjectifs et virtuels du système pénal français*, Thèse de doctorat en droit pénal, 2007 ; sur la subjectivité du « droit » à la célérité de la justice devant la CPI, Aurélien LEMASSON, *Justice internationale pénale : procédure*, Répertoire de droit pénal et de procédure pénale, 2023.

¹²² Voir sur ce sujet les travaux de Marc-Etienne O'BRIEN, qui travaille sur la justice négociée au Canada. « *La négociation de plaidoyer selon la Cour suprême du Canada : une perception étroite et dépassée ?* » (2019) 2-2 *Alter Justice* 19-21 ; « *La nécessité d'étudier la pratique de la justice criminelle et ses conséquences : le cas de la négociation de plaidoyer* », (2018) 1-3 *Alter Justice* 19. Voir également, Code de procédure pénale suisse, Code Criminel Canadien, Code des Etats-Unis. Marjorie ECKHOUDT, « *Les premiers pas de la justice pénale négociée en France et au Royaume-Uni* », *Revue internationale de droit économique*, 2021, n°1, p.49 ; Astrid MIGNON-COLOMBET, « *À plusieurs voix: les progrès de la justice pénale négociée* », *Esprit* (Paris. 1932), 496, *Esprit*, 2023 ; Sur le volet fiscal, voir Camille COCLY, *Le particularisme de la répression pénale de la fraude fiscale*, Thèse de doctorat de droit privé et sciences criminelles, 2023, Saint-Etienne.

¹²³ Alice ROUSSEAU, *Fraude fiscale et justice pénale négociée*, *AJ Pénal*, 2021, n°10, p.493 ; Loi n°2016-1691 du 9 décembre 2016 *relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique* (loi qui permet de mettre un terme aux poursuites pénales en contrepartie du versement d'une amende et d'autres dispositions, *via* une convention judiciaire d'intérêt public (CJIP) ; Voir également sur certaines peines « négociées » c'est-à-dire avec le consentement requis, Cour d'appel de Montpellier, 12 février 2014, 13/02098. A. GARAPON, P. SERVAN-SCHREIBER (dir.), « *Deals de justice* », PUF, 2013 ; A. MIGNON COLOMBET, « *Justice négociée - Le deferred prosecution agreement américain, une forme inédite de justice négociée punir, surveiller, prévenir ?* » *JCP* 2013, p. 359.

¹²⁴ L'ordonnance n'emporte pas de déclaration de culpabilité et n'a pas la nature ni les effets d'un jugement de condamnation.

transaction »). Enfin, elle marque l'exclusion des victimes des procédures¹²⁵, sauf celles de l'indemnisation¹²⁶, qui peuvent être incluses dans le champ de la CJIP.

Cette ambiguïté du statut de la victime conduit en effet une profonde remise en cause de ses droits, puisqu'elle ne participe pas à la négociation¹²⁷ et n'approuve pas plus la convention. L'opacité des conventions rend impossible la comparaison entre la demande indemnitaire formulée par la victime et celle obtenue, dans les cas où elle est formulée. Cette volonté de clore rapidement l'action publique, au prix d'une place quasi-nulle laissée à la victime n'est guère satisfaisante, et traduit une remise en cause du respect du contradictoire, mais également de la question des voies de recours¹²⁸. D'autres libertés sont susceptibles d'être remises en cause, au nom de la rapidité.

¹²⁵ Bruno QUENTIN et François VOIRON, « *La victime dans la procédure de CJIP : entre strapontin et siège éjectable ?* », AJ pénal 2021, n°1, p. 15.

¹²⁶ CJIP 29 nov. 2023, n° 16036000071, TJ Paris, 4 déc. 2023, n°1202023, note Ghislain POISSONNIER, *Des aéroports pas si propres*, Dalloz, 10/01/2024. Dans une autre CJIP, l'auteur s'est engagé au versement à titre de dommages et intérêt, des sommes à des associations (en l'espèce, Anticor et Sherpa), TJ Paris, 30 nov. 2022, n° PNF-12097072020.

¹²⁷ Une fois la CJIP conclue, la victime est associée à son processus de validation... mais sans pouvoir contester réellement la décision de validation, ni solliciter une indemnisation complémentaire. Elle ne dispose d'aucune voie de recours.

¹²⁸ Sur cette thématique, il faut préciser que la CJIP n'empêche pas des futures actions indemnitaires, y compris de la victime dont le préjudice aurait été partiellement réparé, voir en ce sens, Tribunal correctionnel de Nanterre, 15^e ch., 18 sept. 2019, D. 2019 p.2137.

B. La remise en cause des libertés fondamentales « au nom de l'urgence » ?

87. Dans un contexte grave et urgent, certaines décisions peuvent être prises sans respecter certaines normes. L'opportunité d'agir passe alors avant le respect de certaines normes, en santé notamment, afin de préserver la vie humaine. A cet égard, la recherche de conciliation entre plusieurs normes juridiques fait l'objet de nombreuses recherches, et de débats qui divisent la doctrine, sur une pluralité de sujets. Le recours à des exceptions aux dispositions légales et réglementaires lorsque l'urgence apparaît, comme en matière médicale l'information ou le consentement¹²⁹ sont parfois de formulations diffuses et difficiles à cerner, comme la recherche de conciliation entre la liberté religieuse, aboutissant à un refus de certains soins susceptible d'entraîner le décès, et la volonté du médecin de préserver la vie¹³⁰. Le conflit des normes n'est pas sans difficulté, d'autant plus en situation d'urgence, car il conduit généralement à prendre une décision rapide, que cette décision soit prise par les soignants ou le juge des référés. Or, une décision contrainte peut affecter les libertés fondamentales et l'option médicale ne devrait pas être opprimée par le temps, mais au contraire reposer sur une argumentation solide, portée par le temps de la réflexion.

88. Surtout, elle doit peut se fonder sur une balance des intérêts en présence, notamment en cas de litige devant le juge des référés, celui-ci pouvant apprécier l'urgence du point de vue du requérant, c'est-à-dire son intérêt à obtenir la suspension, vis-à-vis de l'intérêt général, justifiant l'exécution de la décision administrative. Cette « balance » des intérêts fait parfois partie intégrante de l'appréciation de l'urgence¹³¹, alors même qu'une multitude de critères peuvent entrer en jeu. L'atteinte grave et manifestement illégale à une liberté fondamentale peut alors remplir les conditions du référé-suspension ; pour autant elle ne suffit pas toujours à justifier le recours à la plénitude des pouvoirs du juge du référé-liberté¹³².

89. Pour autant, l'urgence a pour effet de soumettre l'administration à une impérieuse nécessité d'action, propre à assouplir les exigences légales : celles-ci sont moins exigeantes qu'en temps normal. Certaines règles de procédure et de formalisme peuvent alors être écartées en raison de l'urgence, même si elles remettent en cause – en apparence – le droit à un recours

¹²⁹ Ces propos feront l'objet de développements autonomes, voir *infra*

¹³⁰ Les transfusions sanguines feront l'objet d'un développement ultérieur, cf. *infra* § 327

¹³¹ B. CAVIGLIOLI, *Le recours au bilan dans l'appréciation de l'urgence*, AJDA 2003 p.642

¹³² Conseil d'Etat, 3ème et 8ème sous-sections réunies, du 16 juin 2003, 253290, mentionné aux tables du recueil Lebon

juridictionnel¹³³. Le Code des relations entre le public et l'administration prévoit d'ailleurs que l'urgence peut exonérer l'administration du respect de la procédure contradictoire préalable¹³⁴, nécessaire pour les décisions individuelles ou *intuitu personae*. La remise en cause des libertés fondamentales est donc possible, mais le contrôle du juge est alors beaucoup plus sévère, appréciant de façon stricte et selon sa jurisprudence constante, la nécessité que les restrictions soient relatives, temporaires, et localisées : l'urgence autorise certes une remise en cause des libertés, l'administration doit toutefois démontrer qu'elle était placée sur le terrain de l'impossibilité d'agir dans le cadre ordinaire de la légalité, sinon, le juge censurera l'action administrative¹³⁵.

¹³³ Conseil constitutionnel, n° 2016-580 QPC du 5 octobre 2016. Toutefois, la mise en œuvre ne prive pas l'intéressé d'exercer un recours, notamment contre le juge des référés.

¹³⁴ Code des relations entre le public et l'administration, L.121-1 et L.121-2

¹³⁵ Le cas de la Covid-19 étant riche d'enseignement, elle fait l'objet d'un développement autonome, y compris une partie des nombreux arrêtés pris par les municipalités, justifiée par l'urgence. Toutefois, le concours de police administrative générale et spéciale écarte généralement leur action, même en cas d'urgence. Voir *infra* §488.

Section 2. L'opportunité de l'anticipation

90. Pour le Doyen HAURIOU, le temps permet d'établir « *la domination de la volonté humaine sur les faits, en les intégrant d'avance dans un acte de prévision* »¹³⁶, notamment par la voie de la contractualisation : par définition un contrat vise à anticiper les effets qui se dérouleront dans un temps plus lointain que celui de la conclusion. Si la rétroactivité n'a pas d'intérêt dans le sujet de la présente étude, les techniques d'anticipation et les opportunités qui en résultent méritent toute notre attention, en ce qu'elles ont un aspect théorique qui nous semblent être le cœur même de l'exercice médical, emportant avec elle des conséquences pratiques particulièrement importantes.

L'anticipation des effets futurs (§1) est en effet au cœur de l'exercice de l'art médical, afin de contrer la pathologie du patient. En droit, les juristes ont fréquemment recours à des notions ou concepts volontairement larges afin d'anticiper des problématiques futures (§2), en permettant d'interpréter ces concepts à la lumière des faits, et de venir les préciser au besoin.

¹³⁶ Maurice HAURIOU, *Principes de droit public*, 1re éd., Éd. Larose, Paris, 1910, p. 206

Paragraphe 1 : La possibilité d'anticiper des effets futurs

91. L'anticipation d'effets juridiques futurs est une nécessité pour les juristes, qui découle du principe de sécurité juridique. Objet de certains contrats¹³⁷, l'anticipation est présente partout dans l'univers juridique, mais également médical (directives anticipées par exemple). L'anticipation médicale utilise la profondeur du droit pour faire face à l'urgence potentielle ou avérée (I), sans pour autant confondre l'anticipation de l'urgence et l'anticipation dans l'urgence (II).

I. L'anticipation médicale face à l'urgence potentielle ou avérée : la profondeur du droit par l'opportunité

92. Il n'est pas toujours possible d'anticiper une urgence médicale, mais le traitement d'une urgence permet généralement de soustraire la victime à une pluralité d'autres urgences médicales, la défaillance d'une fonction ou d'un organe entraînant à son tour d'autres pathologies. Il est complexe pour le médecin comme pour le juriste d'évaluer l'effectivité de la relation de cause à effet entre une urgence médicale qui a été correctement prise en charge, et les défaillances multiples susceptibles de se produire le cas échéant.

La meilleure anticipation de l'urgence médicale, hormis la prévention, est peut-être la question de l'aval des urgences, largement débattue entre les professionnels et les politiques.

¹³⁷ Droit successoral, vente des choses futures, promesses de contrat...

II. La dichotomie entre l'anticipation de l'urgence et l'anticipation dans l'urgence

93. La réflexion sur l'opportunité de l'anticipation face à l'urgence, ou dans l'urgence, afin de prendre en charge une victime ou un patient, peut conduire les juristes à une adaptation du statut du corps humain¹³⁸. Un cas exemplaire en est fourni par le régime spécifique des dons d'organes. En effet, un certain nombre de règles relatives au don d'organe à des fins de greffe se justifient par le fait que le don peut pallier la défaillance de l'organe d'un autre patient, alors en situation d'urgence. Pour autant, cette défaillance peut être prévue et donc anticipée. Ainsi, dans le cas de défaillance hépatique, l'état de santé du patient est généralement prévisible, marquée par une dégradation progressive de l'état de santé général, le conduisant finalement à un état critique puis à son décès, faute de greffe. L'anticipation de la greffe doit éviter d'exposer le patient à cette situation critique, d'autant que l'éligibilité à une greffe se fait sur le fondement de nombreux critères, parmi lesquels un bon état de santé général : les patients dont l'état de santé s'aggrave sont en effet sortis de la liste d'attente. L'opportunité de l'anticipation réside ainsi dans l'urgence de greffer un nouveau foie au patient, avant que son état de santé ne se dégrade.

94. L'urgence est donc constituée par anticipation, notamment au vu de l'exposition à un facteur de gravité¹³⁹, et il ne s'agit donc pas d'une anticipation dans l'urgence, l'état de santé du patient ne le plaçant pas dans une situation d'urgence. Il s'agit en quelque sorte d'une urgence différée, fondée sur une temporalité plus lointaine, mais réelle en ce qu'elle expose le malade au risque de perdre la vie. Il s'agit en l'espèce d'une anticipation qui doit soustraire le malade à l'urgence médicale (A). *A contrario*, certains patients présentent un état de santé les exposant dans une temporalité très courte à un risque de décès ou de perte d'une fonction ou d'un organe, ce qui impose d'anticiper l'évolution probable de leur état de santé, dans l'urgence, en vue de limiter ces effets à venir (B).

¹³⁸ Voir notamment : Daniel VIGNEAU, *Statut du corps humain, de ses éléments et produits*, Dictionnaire Permanent Santé, bioéthique, biotechnologies, 2024 ; C. BARBERGER, *Protection du corps humain et/ou protection du corps médical ?*, Petites affiches, 1996, n° 25 ; X. BIOY, Biodroit, *De la bioéthique au droit de la bioéthique*, LGDJ, collection Systèmes, 2016 ; L. DEGOY, *Essai sur la nécessité médicale*, thèse Toulouse, 2013 ; J.-P. DUPRAT, *Le statut juridique du corps humain : une construction progressive*, Petites affiches, 3 juill. 1996, n° 80 ; S. PARICARD, *La loi relative à la bioéthique du 2 août 2021 : une modification substantielle mais relativement trompeuse du code civil*, Dalloz 2021, p. 1685.

¹³⁹ Voir en ce sens Partie 1, Titre 2 : Les notions de gravité et de droit – « Les choix en situation de pénurie : l'exemple des greffes d'organes ».

A. *L'anticipation comme soustraction à l'urgence*

95. La possibilité d'anticiper les situations n'existe pas toujours mais la préparation pour faire face aux diversités des situations urgentes existe en revanche. Elle apparaît comme opportune dès lors qu'elle permet non seulement de disposer de personnels formés – évitant ainsi de cumuler aux situations d'urgences des problématiques liées aux procédures ou au fonctionnement du matériel – mais également de provisionner des ressources, matérielles par exemple. Dans ce cas, une bonne anticipation peut permettre de se soustraire à des urgences potentielles, qui existent lorsque l'adéquation des moyens disponibles fait apparaître une disproportion, parfois grave, entre les ressources matérielles disponibles et les besoins. La préparation et la prévention sont les deux principaux moyens de gérer les urgences par anticipation. La préparation permet de réduire la durée et les effets d'une urgence, tandis que la prévention réduit le risque de survenue d'une urgence.

96. Il est très facile d'illustrer cette anticipation comme soustraction à l'urgence, par l'existence de stocks stratégiques de produits de santé¹⁴⁰, qui permettent la protection de la population face aux menaces sanitaires graves (les masques pour faire face aux épidémies virales, les comprimés d'iode stable, le bleu de Prusse pour protéger les populations des irradiations de la thyroïde en cas de menace radioactive). L'objectif de ces stocks nationaux est de faire face aux risques de grande ampleur (pandémie, risques biologiques, chimiques, radionucléaires, de nature accidentelle ou volontaire), et de pallier une rupture inévitable des chaînes d'approvisionnement courant. En effet, les stocks détenus correspondent à un besoin courant, et ne sauraient faire face à un accroissement soudain de la demande. Or, c'est le caractère soudain, allégorie du *Kairos*, qui justement peut faire basculer la gestion de l'événement ; lorsqu'il est possible d'anticiper une gestion, par exemple ici par un stockage stratégique sur le territoire, cette anticipation est de nature à effacer l'urgence médicale susceptible de se produire, par un traitement préventif.

¹⁴⁰ Il sera détaillé ces stocks stratégiques de santé dans le Titre 2 de la Partie 2. Ces produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves font l'objet de l'article L.1413-4 du CSP.

97. L'anticipation opérationnelle permet de se soustraire à une urgence ultérieure, permettant de déroger à certaines règles, toute proportionnalité gardée. Prenons l'exemple d'un incendie, pour lequel les pompiers n'ont pas anticipé la gestion de l'eau. La tentative vaine de recherche de « *la clé de la vanne de la réserve d'incendie* » seulement « *lorsque l'eau a commencé à manquer* »¹⁴¹, et le fait de ne pas avoir « *cherché à ouvrir cette vanne par d'autres moyens* », est constitutif de l'aggravation des conséquences dommageables du sinistre. Cette absence d'anticipation a suscité à une urgence au sens temporel. Le temps étant réduit et la gravité de la menace (l'incendie) augmentant l'un et l'autre corrélativement, il est logique qu'une responsabilité fautive soit recherchée, fondée sur le retard de recherche de la clef, autrement dit sur l'absence d'anticipation.

98. Dans le même temps de la recherche de la clef, la menace de la pénurie d'eau aurait pu (et dû) conduire les sapeurs-pompiers à déroger à certaines règles juridiques, à savoir d'assumer le délit de dégradation volontaire eu égard aux risques, et casser le cadenas permettant l'accès à la vanne. L'illégalité commise étant faite au regard de l'urgence (temporelle) à combattre l'incendie, le fondement de l'état de nécessité était constitué : la destruction du mécanisme de verrouillage de la vanne d'eau était bien un acte nécessaire à la sauvegarde du bien, et il n'y avait aucune disproportion entre le geste et la gravité de la menace, c'est-à-dire la destruction d'un immeuble par l'incendie.

99. L'exemple est toutefois à double tranchant, dès lors que toute l'argumentation repose sur la temporalité et l'opportunité de l'action dans cette temporalité : si dans le cadre d'une vérification d'usage, le SDIS venait à casser ledit mécanisme de verrouillage de la vanne de la réserve d'eau, il serait tenu pour responsable pour faute (la destruction d'un bien), en raison de l'absence d'urgence : l'anticipation opérationnelle n'est pas l'anticipation planifiée.

100. C'est en ce sens qu'en dehors des situations d'urgence, il est nécessaire sinon indispensable de rédiger et tenir à jour différentes procédures et plans nécessaires à l'anticipation de toute problématique opérationnelle potentielle. De même, elle permet par une préparation opportune, notamment la formation des personnels, le stockage et l'entretien des matériels nécessaires.

101. Ainsi, l'anticipation de l'urgence en dehors de celle-ci permet d'absorber une situation de crise. La distribution précoce d'antidotes par exemple, permet de faire face à une

¹⁴¹ Conseil d'État, 3ème chambre jugeant seule, 30/03/2011, 323889, Inédit au recueil Lebon.

situation de crise, et évite ainsi aux patients de subir les effets des toxiques auxquels ils peuvent se trouver confrontés. En l'absence d'anticipation antérieure à l'urgence, il faut composer avec des contraintes supplémentaires. L'anticipation permet une meilleure adéquation des moyens aux fins et donc une urgence mieux prise en charge.

102. Cette logique peut également concerner l'état de santé prévisible d'un malade. Il s'agit alors d'anticiper la dégradation de cet état, en adaptant le traitement lorsque cela est possible, en vue d'éviter d'exposer le malade à un facteur d'urgence médicale. C'est le cas en matière de greffe, le simple besoin constituant une urgence par anticipation, ce qui permet une meilleure prise en charge du patient, par la recherche d'organe compatible dans les meilleurs délais, tout en prenant en compte la disproportion entre le nombre de donneurs et celle de receveurs¹⁴².

103. Il semble donc évident que l'état de santé du patient ne peut être pris seul pour juger une urgence médicale, tout comme la temporalité ne peut être considérée isolément : si l'anticipation médicale face à l'urgence potentielle ou avérée peut permettre de soustraire le patient à cette urgence, à la temporalité plus ou moins grande, elle dépend fortement d'un critère supplémentaire, à savoir la gravité.

Ainsi, l'opportunité de l'anticipation d'une situation ne doit pas être sous-estimée. Elle peut justement permettre la soustraction comme l'ajout d'un critère d'urgence. Sont difficilement quantifiables ou mesurables les urgences qui ont été évitées par l'anticipation de ces situations. En ce sens, les effets des politiques de prévention sur les situations d'urgence sont malheureusement difficilement mesurables tant les facteurs en sont multiples et les hypothèses variées.

¹⁴² Voir en ce sens *infra*, « L'approche par une égalité-équité d'accès ; l'établissement d'un trio de facteur pour une « scorisation » objective et éthique des patients ».

B. L'anticipation dans l'urgence

104. Lorsqu'il n'est pas possible d'anticiper antérieurement à l'urgence, il est parfois possible, et opportun, d'anticiper dans l'urgence, afin d'éviter une autre urgence. En ce sens, il serait plus judicieux d'utiliser le terme *les urgences* au pluriel. Placé dans une situation d'urgence médicale, un patient peut en effet être stabilisé, et être soustrait à d'autres urgences. Les risques étant fondés sur une probabilité, une gravité et des incertitudes, l'action médicale consiste à soustraire le patient à un risque possible, parfois en l'exposant à d'autres risques, notamment en usant de médicaments¹⁴³. La balance bénéfice-risque est toujours étudiée, l'objectif étant *a minima* de stabiliser l'état de santé, et au mieux de l'améliorer. Pour ce faire, il faut parfois anticiper des situations à venir, ce qui suppose une parfaite connaissance de l'évolution probable de l'état de santé du patient, y compris en préhospitalier, alors même que les informations sont généralement peu nombreuses. La logique est celle de la soustraction du patient à un risque plus grand, donc à une urgence plus forte, ce qui implique parfois d'altérer la conscience du patient, par exemple en le plaçant dans un coma artificiel, pour contrer un risque de lésions cérébrales par exemple. L'urgence immédiate peut en effet être différée en urgence plus relative dans la mesure où l'urgence de la situation le permet. Cette logique appliquée aux sciences médicales revient en quelque sorte à traiter les symptômes et non la pathologie, afin de limiter les effets de l'urgence, en réduisant les symptômes et donc la dégradation de l'état de santé du patient. Dans le cadre de l'intervention préhospitalière, des précautions peuvent être prises pour anticiper la possibilité d'une urgence future, et donc en limiter l'impact à court terme, afin de transporter le patient rapidement vers un plateau technique, qui permettra de prendre en charge le patient de façon plus complète.

105. À l'instar de la prise en charge américaine dite du « *pick and run* », les équipes médicales placées dans une situation d'urgence doivent alors compter sur un maillage territorial d'établissements hospitaliers disposant de plateaux techniques pour transporter rapidement le patient vers le service adapté. Ainsi, un patient présentant un accident ischémique transitoire ou accident vasculaire cérébral doit être transporté en urgence vers un service de coronarographie, afin de localiser l'artère obstruée et de procéder à une angioplastie pour rétablir la circulation. Si dans certains cas, les urgentistes peuvent écarter le risque d'un arrêt cardiaque à l'aide de médicaments, le risque n'est écarté que de façon temporaire, et ces

¹⁴³ Tout médicament présentant un risque d'effet indésirable, et plus encore en urgence où le dossier médical du patient n'est pas connu, et où l'usage de médicament hors AMM est récurrent par les services traitant des urgences. Voir en ce sens *infra*, §589.

médicaments peuvent en outre contre indiquer une opération une fois arrivé en milieu hospitalier. La prise en charge de l'urgence tout en anticipant le parcours du patient après la prise en charge préhospitalière est en ce sens assez complexe, puisque toute action de la prise en charge du patient peut entraîner des conséquences sur la suite des soins.

106. Avec l'arrivée de nouvelles formes de médecine d'urgence, la vision du Professeur LARENG de « l'hôpital transportable » au chevet du patient, quel que soit l'endroit, se réinvente, à l'image des équipes mobiles spécialisées dans la mise en place d'ECMO, qui permettent d'opérer un patient en pleine rue, afin de rendre possible un transport ultérieur vers un centre hospitalier spécialisé pour sa prise en charge complète. Dans ce cas, l'anticipation au sein d'une urgence médicale avérée peut conduire de façon contre-intuitive à temporiser la situation, voire à attendre une équipe spécialisée, afin d'offrir au patient une meilleure prise en charge, fût-elle plus tardive. La balance bénéfice-risque se mesure alors entre l'attente d'une équipe spécialisée, c'est-à-dire aux délais de route, en corrélation avec la qualité des soins qui seront offerts par cette équipe spécialisée.

107. L'hôpital transportable, c'est également la miniaturisation d'un certain nombre d'équipements hospitaliers, afin d'emblée d'apprécier l'état de la victime directement sur le lieu de prise en charge, et d'avoir une meilleure connaissance de l'état de santé de celle-ci. L'échographie portative est sans doute la meilleure illustration : inventé en 1956, l'échographe portable est aujourd'hui un outil de diagnostic indispensable, autorise l'imagerie en temps réel, sans effets indésirables.

108. Cette logique d'anticipation des problématiques médicales ultérieures et de réalisation d'un bilan le plus complet possible avant une prise de décision se retrouve également appliqué au milieu juridique.

Paragraphe 2 : L'anticipation des problématiques juridiques futures par l'utilisation de notions ou de concepts volontairement larges

109. L'une des meilleures façons d'anticiper les problématiques juridiques futures est l'utilisation de notions et de concepts volontairement larges, de telle sorte que le législateur laisse l'opportunité au pouvoir réglementaire, voire au juge, de dessiner les contours de la notion au cas par cas, par son interprétation (I). Parfois, c'est même le juge lui-même qui crée *ex nihilo* un cadre juridique sur mesure au litige qui lui est soumis. Cette place laissée au juge est nécessaire pour une bonne anticipation de problématiques juridiques futures, qui sont difficilement prévisibles, mais présente également des risques (II).

I. La théorie de l'interprétation du juge & la création de notions juridiques « sur mesure »

110. Sans reprendre toute la théorie et la philosophie du droit sur cette théorie de l'interprétation¹⁴⁴, il faut toutefois s'intéresser à la possibilité qui s'offre au juge de créer des règles de droit, ou tout du moins d'interpréter des règles existantes, de les compléter, les clarifier ou les préciser, par exemple en établissant des critères pour savoir si telle ou telle condition est remplie. La volonté du législateur peut s'exprimer indirectement, il appartient alors au juge de s'intéresser à l'objectif poursuivi par la loi, y compris par les indications qui ressortent des travaux préparatoires. Parfois le législateur laisse directement au juge le soin de préciser la portée d'une loi, par exemple lors de la réforme des procédures d'urgence devant les juridictions administratives¹⁴⁵. Les parlementaires s'en sont remis au Conseil d'Etat pour « *cerner de façon harmonieuse la notion de liberté fondamentale* »¹⁴⁶. D'autres notions sont volontairement

¹⁴⁴ Pierre SARGOS, *Les sept piliers de la sagesse du droit*, JCP n° 1-2, 12 janv. 2015 ; Marcel WALINE, Le pouvoir normatif de la jurisprudence, *Études Scelle*, t. II, 1950 ; Philippe JESTAZ, La jurisprudence : réflexions sur un malentendu, D. 1987 ; Bruno GENEVOIS, *Le Conseil d'État et l'interprétation de la loi*, RFDA 2002, n°5 ; p877 ; Michel TROPER, *Pour une théorie juridique de l'État*, Paris, PUF, 1994 ; Michel TROPER, *Le problème de l'interprétation et la théorie de la supralégalité constitutionnelle*, PUF, 1994. Voir également Maiwenn TASCHER, *Les revirements de jurisprudence de la Cour de Cassation*, Thèse de doctorat, Droit Privé, 2011.

¹⁴⁵ Marjolaine FOULETIER, *La réforme des procédures d'urgence : le nouveau référé administratif*, RFDA, 2000, n°5, p.963.

¹⁴⁶ S. SUTOUR, *Débats, Sénat*, n° 13, 23 févr. 2000, p. 865 ; Cette liberté fondamentale est celle qui fonde les pouvoirs du juge administratif saisi d'une demande justifiée par l'urgence, au titre de l'article L.521-2 du Code de justice administrative.

laissées à l'appréciation du juge, sans que celui-ci n'en fasse jamais de définition : « la bonne foi » en est un exemple, comme la notion de « raisonnable ».

111. Plusieurs problématiques découlent du fait de cette interprétation, notamment s'agissant de l'application de la jurisprudence dans le temps : la rétroactivité peut conduire à des effets beaucoup plus larges que le contentieux¹⁴⁷ et entraîner une certaine insécurité juridique. En effet, la jurisprudence est par principe rétroactive, et ce n'est que par exception qu'elle peut être prospective. Lorsque les magistrats tranchent un litige, en adoptant une solution inédite ou avec une interprétation nouvelle, la résolution du litige est de nature à remettre en cause d'autres situations similaires. Des affaires continuent d'alimenter cette problématique¹⁴⁸.

Mais à l'inverse, l'interprétation, source de création du droit, peut également être un élément qui permet au juge d'être « créateur du droit » dans les pas du législateur, et donc s'adapter aux situations, même imprévues par ce dernier. Le Conseil constitutionnel est l'exemple le plus flagrant, avec l'extension du bloc de constitutionnalité en 1971, et l'affirmation partielle et parfois aléatoire, à l'occasion de litiges, d'objectif de valeur constitutionnelle¹⁴⁹. La création du droit par le juge est fréquente, certaines solutions étant ensuite reprises par le législateur, d'autres étant combattues¹⁵⁰, comme la célèbre jurisprudence « Perruche »¹⁵¹.

112. Cette opportunité d'anticiper un litige futur, *via* l'interprétation du juge, lui permet de jouer un rôle non négligeable dans la prévisibilité du droit : en venant préciser le droit au moment opportun, le juge limite l'incertitude qui pouvait exister, et cette précision limitera les interprétations futures par les justiciables. La prévisibilité du droit aura pour conséquence une meilleure sécurité juridique. Cette vision peut toutefois être combattue pour au moins deux raisons : la première étant l'incertitude qui peut exister avant la saisine du juge, et la seconde celle résultant justement de la saisine du juge, qui peut aboutir à un revirement de jurisprudence.

¹⁴⁷ Une des plus connues étant la décision de la Cour de cassation, qui « crée » une condition supplémentaire pour la validité d'une clause (en l'espèce la clause de non-concurrence). Voir Cour de Cassation, Chambre sociale, du 10 juillet 2002, 00-45.135, Publié au bulletin. A l'inverse, le Conseil d'Etat a paralysé la rétroactivité d'un revirement de jurisprudence, suivi ensuite par la Cour de cassation, mécanisme ensuite repris dans la Constitution s'agissant des procédures QPC devant le juge constitutionnel. Voir en ce sens : Conseil d'État, Assemblée, 11/05/2004, 255886, Publié au recueil Lebon ; Cour de Cassation, Chambre civile 2, du 8 juillet 2004, 01-10.426, Publié au bulletin ; Conseil Constitutionnel, 19 juin 2008, n° 2008-564 DC ; Constitution, article 61-1.

¹⁴⁸ Jurisprudence *Czabaj* par exemple, CEDH, 2023, n° 72173/17.

¹⁴⁹ Pour illustration, voir Conseil Constitutionnel, n° 2019-823 QPC du 31 janvier 2020.

¹⁵⁰ P. MALAURIE, *La jurisprudence combattue par la loi*, in Mélanges Savatier, Dalloz, 1965, p. 607.

¹⁵¹ Cour de Cassation, Assemblée plénière, du 17 novembre 2000, 99-13.701, Publié au bulletin et la loi du 4 mars 2002 (n°2002-303).

Cette imprévisibilité résultant d'une interprétation nouvelle par le juge, fait peser sur le justiciable une incertitude, celui-ci pouvant certes avoir conscience de la possibilité d'un revirement de jurisprudence, mais ni de son ampleur, ni de sa portée, et encore moins de ses conséquences. D'ailleurs, ce revirement peut être imperceptible : la jurisprudence pouvant être isolée, et n'étant pas nécessairement le fait d'une décision de l'assemblée plénière¹⁵². Lorsque la décision impulsée par une juridiction de premier degré satisfait aux justiciables, est-ce un revirement ? En cas d'appel, voire de Cassation, la question se pose pleinement de savoir si les juges vont aller dans le sens de la décision initiale, ou au contraire argumenter sur un autre fondement.

113. L'interprétation n'étant pas toujours perceptible par le justiciable. En raison des problématiques évoquées, l'opportunité de l'interprétation du juge peut conduire à des bouleversements de situations acquises, ce pourquoi le juge ne procède qu'à des revirements pour des raisons graves, justifiées par l'intérêt du litige qui lui est soumis, comme ce fut le cas dans l'affaire « Perruche ».

Toutefois, justement en raison des faits, la règle posée par le juge pourra précisément ne s'appliquer que dans des situations si précises, que cette règle ne remettra pas en cause la stabilité juridique : elle dégage alors une règle jurisprudentielle « étroite », si précise qu'elle ne peut s'appliquer dans d'autres cas. Cette technique utilise d'ailleurs généralement elle-même des critères volontairement larges ou flous, pour se ménager une solution ultérieure. Ainsi, en établissant des critères pour qualifier une situation et trancher un litige, le juge pourra toujours revenir ultérieurement sur sa décision, en précisant un des critères pour estimer qu'il n'est pas rempli, et donc que sa solution ne s'applique pas en l'espèce. Ainsi, en ne définissant pas précisément la règle jurisprudentielle, le juge se ménage la possibilité d'ajuster cette dernière dans le futur. Cette technique du « glissement de jurisprudence »¹⁵³ est certes souple, mais également insidieuse pour le justiciable.

114. Expression de l'appréciation d'une règle de droit lorsque celle-ci est inadaptée au contexte temporel, l'interprétation va avoir une incidence sur le litige, mais également le droit d'une manière plus général.

En droit de la santé, l'interprétation revêt un sens particulier, car la quasi-totalité des actions des professionnels sont basées non pas sur des textes législatifs ou réglementaires, mais sur des recommandations de bonnes pratiques, c'est-à-dire du droit gazeux. En cas de litiges,

¹⁵² A. ESMEIN, « *La jurisprudence et la doctrine* », RTD Civ. 1902, p.20.

¹⁵³ A. BOLZE, « *La norme jurisprudentielle et son revirement en droit privé* », RRJ 1997-3, p. 868.

ces actions seront éclairées par un expert judiciaire, afin de permettre au juge d'étudier l'opportunité du recours à des actes ou gestes accomplis, plutôt qu'à d'autres, et remettre en cause certaines pratiques.

L'interprétation réside également parfois dans la qualification juridique des faits, qui est particulièrement importante en droit puisque cette dernière permet de refouler ou au contraire de recourir à des concepts juridiques : la qualification des faits suppose une prise de position¹⁵⁴, celle-ci étant motivée par l'application ou non du régime juridique qui se trouve concerné.

Finalement, malgré le travail du législateur qui tente d'être le plus clair et précis possible, c'est toujours *in fine* au juge qu'appartient la possibilité d'inclure ou non des évolutions futures dans l'esprit voulu par le législateur. La théorie de l'interprétation permet donc, même dans un texte précis, d'englober des évolutions futures, en laissant une certaine marge de manœuvre au juge.

115. A l'inverse, parfois le législateur s'en remet au juge et son interprétation, en ne définissant pas volontairement certains concepts. Nous évoquerons ultérieurement la notion d'impossibilité d'informer le patient¹⁵⁵, qui n'est jamais définie, à l'image de l'urgence, ou d'autres notions qui semblent imbriquées les unes dans les autres. Le juge est parfois tenté de qualifier ces notions sans les définir, parfois d'établir des critères ou indices qui forment une esquisse de définition, et parfois de constater que la notion est présente¹⁵⁶. Si cette technique peut présenter un manque de lisibilité pour le justiciable, elle permet dans le même temps de ne pas s'enfermer dans une définition « trop » précise, qui pourrait avoir du mal à s'appliquer ultérieurement.

Dans le même temps, l'affirmation répétée par le juge de solutions similaires voire identiques peut aboutir à l'énoncé de règles dans le droit positif, qui constitue d'ailleurs un socle conséquent du droit administratif¹⁵⁷, peut-être même de la théorie du droit public¹⁵⁸, et

¹⁵⁴ Gabriel MARTY, « *La distinction du fait et du Droit, Essai sur le pouvoir de contrôle de la Cour de cassation sur les juges du fait* » Recueil Sirey 1929 n°115 p. 205.

¹⁵⁵ Voir *infra*, première partie, Titre 2, Chapitre 1.

¹⁵⁶ Pour les référés, l'urgence est une condition, ce qui en fait une notion ambiguë, appréciée de façon partielle, subjective et opportune dans chaque affaire. Voir en ce sens, Patrice CHRETIEN, « *Premier bilan de la réforme des procédures d'urgence dans le contentieux administratif* », RFDA, 2007, n° 1, p.38. Un balisage a été fait par le Conseil d'Etat (Conseil d'Etat, Juge des référés, du 8 janvier 2001, 222814, inédit au recueil Lebon), qui va en ce sens, *via* une méthode de « pesée » des intérêts en présence. Voir également Benoît PLESSIX, *Droit administratif général*, Paris, LexisNexis, 2022, qui qualifie l'urgence comme « *une condition subtile de certains référés (...), l'urgence étant apprécié plus sévèrement dans le référé liberté que dans le référé-suspension, et le référé-mesure utile* » (précité, p. 1507).

¹⁵⁷ Pour illustration : Conseil d'Etat, Section, du 23 juillet 1974, 91338, publié au recueil Lebon ; Conseil d'Etat, Section, du 12 décembre 1986, 57214 57789, publié au recueil Lebon ; Conseil d'Etat, 10ème - 9ème chambres réunies, 28/11/2016, 389733 ; Conseil d'Etat, 6ème et 1ère sous-sections réunies, 19/12/2007, 288017.

¹⁵⁸ Jiangyuan JIANG, préface de Jean-Arnaud MAZERES, *Théorie du droit public*, Paris, Collection Harmattan, 2010.

interroge sur la place du juge dans l'édition de normes, et l'interaction qu'il peut avoir avec le législateur.

II. L'anticipation par l'interprétation, entre le droit légal et le droit prétorien

*« La justice administrative,
qui est une invention du despotisme,
est devenue avec le temps
une garantie constitutionnelle
contre les abus de pouvoir de l'administration »¹⁵⁹*

116. Le temps juridique dévolu à l'édiction des règles de droit se distingue selon l'intervention du législateur ou du juge à différents moments déterminés dans le temps.

A *contrario* du législateur qui dispose pour l'avenir, le juge est compétent pour se prononcer sur des faits passés, matériellement ancrés dans le temps, bien que d'autres conséquences juridiques ressortant de son appréciation puissent survenir par la suite. Ainsi l'interprétation prétorienne du droit matérialise une double temporalité : celle de l'appréciation de faits passés dont le droit permet de traiter mais également de l'implication du droit, énoncé pour certaines situations futures, par l'application de la jurisprudence.

C'est précisément en cela qu'il apparaît non pas une linéarité du droit mais plutôt un enchaînement cyclique d'événements revenant à l'appréciation du droit compte tenu des besoins et des situations relatives à sa modulation dans le temps. La jurisprudence venant en ce sens compléter le rôle du législateur dans l'édiction des normes juridiques réglementant à l'avance la formation des situations à venir au regard de la nécessaire garantie de la sécurité juridique. Le droit du législateur correspond ainsi au droit du temps tandis que celui du juge correspond plutôt au temps du droit.

Le temps juridique résulte donc de l'appropriation du concept atemporel du temps lequel trouve divers modes d'expression : selon un mode cyclique et continu du droit, rencontrant des modifications, dans le temps pour être adapté au mieux aux besoins évolutifs nés de la croissance de l'activité humaine, de l'appréciation de la morale et des situations juridiques à encadrer.

Le temps du droit c'est donc la possibilité de revenir sur des événements passés tout en anticipant le futur et en grevant le temps présent de l'ensemble de ces considérations en vue de

¹⁵⁹ Rodolphe DARESTE, *La justice administrative en France ou Traité du contentieux de l'administration*, La Mémoire du droit, 2012.

garantir au mieux la sécurité juridique dans la société. Le droit public étant largement fondé sur la jurisprudence¹⁶⁰, parfois *ex nihilo*, il convient de s'y intéresser.

117. Les tribunaux se fondent en principe sur le droit écrit pour trancher le litige qui lui est soumis. Toutefois, ils se fondent parfois sur des normes qui ne sont formellement rattachées à aucune disposition du droit écrit¹⁶¹ : les principes généraux du droit. Développés à la suite des événements suivants la période de Vichy, ces principes¹⁶² ont connu un certain essor dans la jurisprudence administrative¹⁶³. Cette « méthode de création » du droit par le juge est principalement issue du droit public¹⁶⁴. D'ailleurs, le juge ne « crée » pas de principe général du droit, mais en constate l'existence, le découvre, cette vision est d'ailleurs fondée par plusieurs décisions du Conseil d'Etat¹⁶⁵, qui démontrent que le principe général du droit préexistait à l'intervention du juge.

Toutefois, le juge détient toujours l'opportunité d'écarter ces principes par la suite, au profit d'un autre : tel est le cas lorsque le Conseil d'Etat affirme qu'aucun « *principe général du droit n'oblige les collectivités publiques à faire appel à la concurrence lors de la passation de leurs contrats* »¹⁶⁶, puis vingt-cinq ans plus tard affirme la situation diamétralement opposée selon laquelle ces contrats doivent être passés selon les modalités des marchés publics au nom des « *principes de liberté d'accès à la commande publique, de l'égalité de traitement des candidats et de transparence des procédures* »¹⁶⁷. En se ménageant une grande marge de manœuvre et en se laissant la possibilité de revenir sur ses décisions à tout instant, le juge saisit l'opportunité de s'adapter constamment aux impératifs de la société, à l'esprit des lois en vigueur, au moment où il rend sa décision. Ces principes sont « mis à jour » en quelque sorte, afin d'éviter qu'ils soient inapplicables par l'administration ou qu'ils n'emportent des conséquences inévitables pour les justiciables¹⁶⁸.

¹⁶⁰ Le périmètre du droit administratif est solidement arrimé au champ de la compétence de la juridiction administrative, à tel point que le droit administratif est parfois résumé *stricto sensu* comme étant le droit appliqué et interprété par le juge administratif. Voir en ce sens, Pascale GONOD, Fabrice MELLERAY et Philippe YOLKA, *Traité de droit administratif*, Paris, Dalloz, 2011.

¹⁶¹ CE, Assemblée, 26 octobre 1945, n°77726, *Sieur Aramu*.

¹⁶² M. LETOURNEUR, *Les principes généraux du droit dans la jurisprudence du Conseil d'État* in Rapport public du Conseil d'État de 1951 ; Yves GAUDEMET, *Droit administratif général*, LGDJ, 2022.

¹⁶³ Bruno GENEVOIS, Mattias GUYOMAR, *Répertoire cont. administratif, Principes généraux du droit : panorama d'ensemble*, juin 2017 ; Jean-Marc MAILLOT, *La théorie administrative des principes généraux du droit : continuité et modernité*, Thèse de doctorat de droit, Montpellier 1, 2001.

¹⁶⁴ E. LAFERRIERE, *Traité de la juridiction administrative*, 1887.

¹⁶⁵ Conseil d'Etat, Assemblée, du 8 juin 1973, 80232, publié au recueil Lebon ; Conseil d'Etat, 4 / 1 SSR, du 3 décembre 1980, 19433, inédit au recueil Lebon ; Conseil d'Etat, Section, du 10 janvier 1930, 97263 05822, publié au recueil Lebon, Conseil d'Etat, Assemblée, du 2 juillet 1993, 124960, publié au recueil Lebon

¹⁶⁶ Conseil d'Etat, Section, du 12 octobre 1984, 34671, publié au recueil Lebon.

¹⁶⁷ Conseil d'Etat, Section du Contentieux, 30/01/2009, 290236, Publié au recueil Lebon.

¹⁶⁸ P. WACHSMANN, *Traité de droit administratif*, Tome 1.

Une des conséquences de l'existence de ces principes généraux du droit est le mode d'interprétation des textes : face à une problématique inédite, le juge s'attache à rechercher l'intention de l'auteur¹⁶⁹, même si cette intention est parfois imperceptible à telle point que la doctrine puisse s'interroger sur son existence : une disposition législative est réputée se conformer aux principes généraux du droit. Ainsi, une énonciation qu'une décision n'est susceptible d'aucun recours ne peut être interprétée par le juge comme excluant le recours en cassation devant le Conseil d'État¹⁷⁰. En agissant ainsi, le juge¹⁷¹ interprète la volonté du législateur – parfois jusqu'à la distordre – ce qui permet en quelque sorte à la loi « d'être toujours d'actualité », *via* des adaptations explicites, qui permettent une certaine anticipation de problématiques du point de vue juridique. Cette technique peut interroger sur l'opportunité du juge d'user de tels pouvoirs, mais peut également se rapprocher par certains aspects du gouvernement des juges¹⁷².

118. Une autre technique consiste, en droit public, à recourir à une notion « de principe », ou « une règle d'ordre public », sans pour autant faire application d'un principe général du droit. Ces deux notions sont présentes en droit de la responsabilité de la puissance publique, afin de déterminer un régime juridique particulier. L'exemple-type concerne la règle selon laquelle « *les personnes morales de droit public ne peuvent jamais être condamnées à payer une somme qu'elles ne doivent pas* »¹⁷³ : énoncé sous forme d'un principe¹⁷⁴, puis d'une règle d'ordre public¹⁷⁵, c'est la volonté du juge d'édicter une règle juridique, durable, mais comme pour les principes généraux du droit, qui n'est fondé sur aucun texte. Cette règle juridique est « proclamée » par le juge en raison d'éléments graves (la préservation des deniers publics), et d'application continue dans le temps, qui finit par en faire une norme du droit positif.

¹⁶⁹ Selon l'école de l'exégèse, bien que cette théorie soit controversé par la doctrine. Cf. JESTAZ et JAMIN, *La doctrine*, 2004.

¹⁷⁰ Conseil d'Etat, Assemblée, du 7 février 1947, 79128, publié au recueil Lebon ; GAJA n°55 de la 20^e édition ; voir également Conseil d'Etat, Assemblée, 12 juillet 1969, 72480, publié au recueil Lebon, note M. WALINE, AJDA 1969 p.559, chron. DEWOST et DENOIX DE SAINT MARC ; Conseil d'Etat, Assemblée, du 17 février 1950, 86949, publié au recueil Lebon, *Dame Lamotte*.

¹⁷¹ Certains concepts sont voisins aux PGD, comme les principes fondamentaux reconnus par les lois de la République (PFRLR), mais puisent leurs fondements dans le bloc de constitutionnalité. Les principes particulièrement nécessaires à notre temps sont énumérés par le constituant et non par le juge.

¹⁷² Les directives anticipées seront étudiées ultérieurement. Voir en ce sens Conseil Constitutionnel, QPC n° 2022-1022 du 10 novembre 2022, et *infra* § 380 : « *Les directives anticipées : 'un consentement préconstitué' ou pré énoncé* ». L'*obiter dictum* pourrait également faire l'objet d'une étude spécifique, en ce qu'elle est une règle de droit énoncé hors du cadre du litige et parfois plus ou moins ancrée dans un texte législatif. Sur cette thématique, voir Cour de Cassation, Chambre civile, du 30 décembre 1936, *Mercier*, Publié au bulletin ; Marie LANNON, *Les « Obiter dicta » du Conseil d'État statuant au contentieux*, Thèse de doctorat de droit, Paris 1, 2014.

¹⁷³ Conseil d'Etat, Section, du 19 mars 1971, 79962, publié au recueil Lebon, RD public, 1972, p.234, note M. Waline.

¹⁷⁴ Conseil d'État, 9ème / 10ème SSR, 10/10/2014, 356722, Publié au recueil Lebon.

¹⁷⁵ Conseil d'État, 5ème - 4ème chambres réunies, 27/06/2016, 384156.

119. Le recours à des catégories juridiques indéterminées, au contenu variable, est une des caractéristiques historiques du droit public : il appartient au juge de délimiter les contours de ces notions, ou d'être l'interprète et de qualifier au cas par cas, ce qui rentre ou ne rentre pas dans ces catégories. Historiquement, la loi n'avait jamais défini les notions de travaux publics ou d'ouvrages publics, le juge ayant dû en dessiner les contours¹⁷⁶, et le législateur a toujours aujourd'hui recours à cette méthode qualifiée de « *notion à texture ouverte* »¹⁷⁷, par exemple sur la notion d'obstination déraisonnable, ou sur les dispositions relatives à la fin de vie, très imprécises et qui conduisent le juge à définir ces notions, ou essayer d'en déterminer des critères¹⁷⁸.

Parfois, ces notions sont définies à l'aide de critères qui sont aussi imprécis, à l'image de l'anormalité, de la circonstance exceptionnelle... et qui permettent de trancher un litige en intégrant dans la règle de droit « *des réalités ou des valeurs sociales que celle-ci n'avait pas pu retenir au moment où elle fut édictée* »¹⁷⁹. Le recours à cette technique permet à la fois au législateur mais également au juge lui-même de procéder aux ajustements « sur mesure » de la règle de droit aux faits et au moment où ils lui sont soumis, et de montrer ainsi une certaine souplesse temporelle. C'est sans doute la raison pour laquelle le droit public est « *un droit fondamentalement jurisprudentiel* »¹⁸⁰ selon le Pr. CHAPUS.

Ces notions « *à texture ouverte* » sont souvent volontairement choisies, l'indétermination du droit constituant parfois un outil stratégique pour l'auteur de la règle, en donnant une marge d'appréciation à ceux qui doivent faire appliquer la règle. En droit routier, de nombreux exemples illustrent cette possibilité, comme la « *vitesse excessive eu égard aux circonstances* »¹⁸¹, qui laisse une grande marge d'appréciation à l'agent pour constater l'infraction ou pour user de pédagogie. En santé, il en est de même avec la notion d'impossibilité, souvent mentionnée au code de la santé publique, mais jamais explicitée.

L'ambiguïté de la répartition de la norme, ou de la définition de la norme applicable, pose en effet la question de savoir si finalement le législateur ne finit pas par donner un certain

¹⁷⁶ Conseil d'Etat, du 10 juin 1921, 45681, publié au recueil Lebon.

¹⁷⁷ E. DJORDJEVIC (dir), « *Le droit et la philosophie analytique* », Droit & Philosophie, n°9, Institut Michel Villey, novembre 2017.

¹⁷⁸ Caroline LANTERO, « *Décisions de limitations et d'arrêt des thérapeutiques actives: les enseignements du contentieux* », Revue du droit public et de la science politique en France et à l'étranger, 2023, n° 4 ; Conseil d'État, Assemblée, 24/06/2014, 375081, Publié au recueil Lebon ; Conseil d'État, Juge des référés, 08/03/2017, 408146, Publié au recueil Lebon, JCP G, note F. VIALLA, 2017 p. 382.

¹⁷⁹ Benoît PLESSIX, *précité*, p.604.

¹⁸⁰ R. CHAPUS, *Droit administratif général*.

¹⁸¹ Code de la route, R.413-17.

pouvoir à l'autorité judiciaire, et ce faisant, confier certains pans du droit *légal* au droit *prétorien*, en confiant le pouvoir au juge par le biais de son interprétation¹⁸².

120. Enfin, il faut aussi évoquer le rôle du juge lorsqu'il incite le législateur à réformer ou préciser les textes en vigueur, *via* son interprétation : véritable « électrochoc », l'affaire Perruche a ainsi contraint le législateur à adopter des dispositions législatives « anti-perruche », après un tollé de l'opinion publique. De même, l'arrêt Bianchi¹⁸³ illustrant la grande liberté dont dispose le juge dans le silence des textes, posant également une problématique d'uniformité entre juridiction judiciaire et administrative, nécessitant l'intervention des parlementaires¹⁸⁴ pour uniformiser les décisions des deux juridictions.

121. Cette question de l'interprétation comme moyen d'anticipation de problématiques futures, permettant de faire face à une certaine gravité, est indétachable de la notion d'urgence, qui est à la fois subjective par ceux qui subissent les effets de l'urgence, et objective pour ceux habitués à travailler dans l'urgence ou avec elle. Il faudra donc étudier ultérieurement les situations dans laquelle la gravité peut exercer une certaine pression rendant nécessaire l'exercice de l'interprétation opportune, mais aussi s'intéresser spécifiquement à l'urgence, qui semble posséder des caractéristiques propres.

¹⁸² Ralf POSCHER, « *The Normative Construction of Legislative Intent* » in « *Le droit et la philosophie analytique* », Droit & Philosophie, n°9, *précité* ; la doctrine est divisée à ce sujet, voir en sens inverse : Anne-Marie LE POURHIET, « *La place de la justice en France : autorité judiciaire et pouvoir juridictionnel* », Servir, 2023/3, n° 521), p. 19-21 ; Arnaud LE PILLOUER, « *Le débat autour de la place de l'autorité judiciaire en France* », Pouvoirs, vol. 178, n°3, 2021, p. 7-20 ; Olivier BEAUD « *Les mots pour le dire : autorité, pouvoir, dans le débat actuel* », Après-demain, vol. 41,nf, n°1, 2017, p. 3-4.

¹⁸³ Conseil d'Etat, Assemblée, du 9 avril 1993, 69336, publié au recueil Lebon.

¹⁸⁴ Loi 2002-303 du 4 mars 2002.

CONCLUSION DU CHAPITRE 1

122. Etudier la temporalité et la gravité comme éléments constitutifs de la notion d'urgence est une évidence, qui se synthétise par l'opportunité, d'anticiper l'action ou d'agir par nécessité. La compression du temps peut aboutir à une urgence temporelle, qui n'est pas nécessairement grave, comme toute gravité n'est pas nécessairement urgente à traiter. Les deux notions sont autonomes, et disposent d'un curseur qui leur est propre, mais les risques qu'ils font courir dans un cas comme dans l'autre sont réels : une temporalité très courte occasionne en droit une remise en cause de certains principes fondamentaux, de la même manière qu'une temporalité trop longue. La nécessité d'agir dans le temps 'idéal' est étroitement liée à la notion d'opportunité, tant pour le juge que le justiciable, mais aussi et surtout par le droit. Le droit étant toujours antérieur au contentieux, même s'il se révèle parfois à son occasion, il est donc parfois inadapté aux évolutions sociétales, et nécessite une constante réadaptation. C'est ce qui explique que parfois, même si ces cas sont rares, le juge doit résoudre le conflit, parfois en créant du droit, parfois en l'interprétant jusqu'à la distorsion du texte sur lequel il s'appuie. Cette distorsion est parfois importante, et le juge s'attache à se ménager une porte de sortie pour le futur : il utilise des catégories souples, des définitions floues, des formulations qui lui laisseront ultérieurement une marge d'interprétation. En somme, il se garde la possibilité de statuer différemment ultérieurement.

123. La recherche permanente de la conciliation entre le fonctionnement de l'administration et les droits et libertés des individus est le propre du juge administratif, mais c'est également une logique commune aux professionnels de santé. Soigner un patient atteint d'une urgence médicale est également la recherche de conciliation entre les soins opérationnels et les droits du patient, même si dans ce parallèle le soignant est à la fois garant du soin comme garant des droits accordés aux patients, c'est-à-dire garant de la mise en œuvre des strictes dérogations ou exonérations nécessaires à son action. Celle-ci sont justifiées par la temporalité réduite, mais surtout par la présence d'éléments graves, qui peuvent prendre plusieurs formes, et se transformer en fonction des situations. Il donc convient désormais de s'intéresser aux avatars juridiques de la gravité.

CHAPITRE II : LES AVATARS JURIDIQUES DE LA GRAVITE

124. Les effets de la notion d'urgence, et tout particulièrement la nécessité d'action, supposent dans un état de droit de délimiter certains seuils de normalité. Il appartient au juge de qualifier ce seuil, généralement en faisant appel à la notion de gravité, qui présente ainsi différentes facettes.

125. Le qualificatif « grave » est susceptible de recouvrir différentes notions (section 1), ou d'être utilisé comme élément de graduation de celle-ci. La qualification de la gravité permet parfois d'en déduire les conséquences, et laisse présager que l'urgence correspond à une gravité *sui generis* (section 2).

Section 1. Les situations dans lesquelles apparaissent la gravité

126. Les notions qui expriment la gravité sont en général liées à l'imprévisibilité et à l'incertitude (§1) ; ou sont au contraire prévisibles et avérées, et se rapprochent alors davantage de l'urgence (§2).

Paragraphe 1 : Les notions apparentées à la gravité

127. Différentes notions marquées de gravité portent en elles une certaine imprévisibilité, comme le risque, l'aléa ou encore la crise. L'expression des incertitudes se traduit par la théorie du risque sur le plan médical comme juridique (I), celui-ci étant inhérent à toute activité, mais dans des proportions qui peuvent être importantes. C'est le cas aussi pour les notions *d'aléa* et de *crise* (II), lesquelles présentent quelques similitudes avec l'urgence.

I. Le risque juridique et médical, expression des incertitudes

128. Il n'est pas ici question d'évoquer la théorie du risque au sens civiliste¹⁸⁵, mais bien de théoriser le risque de façon plus globale. La définition de l'Académie française dans sa 8^e édition retient une exposition à un danger possible, alliée à une notion de hasard pouvant se révéler dangereux. Cette définition très générale doit être précisée s'agissant des sciences juridiques : la théorie du risque se fonde sur la considération du dommage, et fonde un régime de responsabilité sans faute sur le constat que tous les risques ne peuvent être maîtrisés. La responsabilité repose alors sur l'obligation de réparer des risques susceptibles de se produire et d'entraîner des préjudices¹⁸⁶.

129. De cette définition, il est loisible d'isoler au moins trois critères propres à définir le risque, à savoir cumulativement une probabilité, une gravité, et un facteur d'incertitude. La

¹⁸⁵ Voir en ce sens les travaux du Pr. Marcel PLANIOL, largement repris par d'autres auteurs. Voir en ce sens SAVATIER, *Traité de la responsabilité civile en droit français*, 2016 ; René DEMOGUE, *traité des obligations en général*, 1923 ; MARTY et RAYNAUD, *Droit civil*, 1926 ; MAZEAUD et CHABAS, *Obligations : théorie générale*, 1991 ; Olivier DESHAYES, *Théorie des risques*, répertoire de droit civil, 2017 ; Philippe LE TOURNEAU, *Dépassement de la théorie du risque*, *Droit de la responsabilité et des contrats*, 0124.11-012, 2023.

¹⁸⁶ Raymond SALEILLES, *La théorie générale de l'obligation*, LGDJ, 1914 ; Louis JOSSERAND, *Cours de droit civil positif français*, 2e éd., Recueil Sirey, 1933.

première déduction issue de cette définition est l'absence d'imprévisibilité, et donc par antonymie, l'idée que le risque est prévisible. Si la réalisation du risque est sans certitude, en revanche l'exposition à ce risque est bien réelle. La réalisation de ce risque, peut s'analyser par une étude probabiliste, généralement exprimée en pourcentage et plus ou moins fluctuante.

130. Au sens médical, le risque est généralement étudié selon une balance « bénéfices – risques », dont les professionnels recherchent le déséquilibre en faveur des bénéfices escomptés pour le patient. Le risque peut résulter de l'inaction ou de l'action (médicamenteuse, interventionnelle ou chirurgicale) propre à provoquer des effets indésirables, parfois graves.

Cette balance « bénéfices – risques » évalue les avantages et les inconvénients de l'exposition du patient à une pluralité de risques prévisibles et connus, afin de rechercher la solution médicale la plus opportune et adaptée à la gravité de l'état de santé de la victime, et d'éviter une plus grande dégradation ou altération de la santé. Suivant sa déontologie et le code de la santé publique, le praticien est d'ailleurs tenu d'aviser son patient des conséquences possibles de son intervention (hors urgence), de façon à le mettre à même d'en comparer les risques encourus au regard des bienfaits recherchés, d'autant plus si les risques sont singuliers, c'est-à-dire présentant certains dangers¹⁸⁷.

131. Le dommage résultant de la réalisation éventuelle, le risque est alors pris en compte, soit du point de vue privatiste à travers une logique assurancielle fondée sur le versement d'une prime, soit du point de vue publiciste *via* l'engagement de la responsabilité sans faute de la puissance publique ou du régime législatif d'indemnisation. Dans les deux cas, la réparation n'intervient que lors de la réalisation du risque, c'est-à-dire lorsque celui-ci occasionne un dommage ; autrement dit, juridiquement le risque n'existe jamais de façon hypothétique et ne subsiste que le fait selon lequel l'anticipation était possible dans une certaine mesure.

¹⁸⁷ Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 29 mai 1984, 82-15.804, Publié au bulletin. Les risques particuliers étant en l'espèce caractérisée par des investigations présentant certains dangers, notamment une aortographie jugée ni indispensable ni urgente sur un patient de l'âge de 15 ans et ayant entraîné une paraplégie.

132. La logique assurantielle fonctionne selon une logique mathématique¹⁸⁸, se fondant sur des indicateurs de probabilité de réalisation d'un dommage, et permettant d'alimenter des fonds d'indemnisation. Ces fonds seront mobilisés en cas de réalisation du dommage.

133. Si, selon notre définition, tout risque peut sembler normal, les juristes ont pourtant distingué parmi les risques, le risque normal et le risque anormal. Le premier est qualifié de raisonnablement prévisible, tandis que le second est celui qui excède le raisonnable.

134. Dans sa jurisprudence¹⁸⁹, le Conseil d'Etat fonde cette dichotomie de la normalité et de l'anormalité du risque sur une qualification du risque spécial, la spécialité étant constituée dans les situations dans lesquelles elle excède « *les limites de ceux qui résultent normalement* » de la situation envisagée. Ainsi, les situations atypiques sont davantage susceptibles d'être qualifiées de spéciales. Les juges ont par exemple pu considérer que l'exposition à un risque « *commun à l'ensemble de la communauté médicale dont la vocation, indépendamment même des règles déontologiques ou d'organisation de ces professions, est d'être en contact étroit avec les patients* »¹⁹⁰, ne peut donc être un risque qualifié de spécial.

135. Traditionnellement identifié en trois catégories par le Pr. Chapus, le risque spécial peut résulter de choses, de méthodes ou de situations dangereuses. En santé, un rapprochement peut être opéré entre ce risque spécial et les autres risques visés par les textes, en ce que la jurisprudence s'attache à ce que les risques connus fasse l'objet d'une information au patient, celle-ci portant « *sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions*

¹⁸⁸ Il en va différemment en matière de régulation médicale, ce risque ne pouvant être pris en compte de façon similaire : une multiplicité de facteurs extérieurs entre en compte, médicaux comme non médicaux. Dans les facteurs non médicaux, le Centre de Réflexion sur l'Action et les Savoirs Humanitaires de Médecin Sans Frontières définit la valence sociale comme une pression qui pèse sur le médecin régulateur, souvent auto exercée, et qui dépend de tous les facteurs autres que médicaux (nombre de blessés, lieux, circonstances, médias...), et de l'intérêt du médecin pour la situation. De façon plus globale, la notion de valence renvoie à une construction socio-psychologique qui évalue la qualité des relations entre les individus. Une personne isolée bénéficiera ainsi d'un traitement médical différent d'une personne entourée, en raison de la possibilité pour cette dernière d'être surveillée et de bénéficier des gestes de premiers secours en cas d'évolution défavorable. Voir en ce sens, Miguel MARTINEZ-ALMOYNA « *Une équation pour mesurer l'urgence ?* » 08/12/2022.

Le contexte influe nécessairement sur l'évaluation des risques : l'impact socio-psychologique peut être important, tout comme les réactions médiatiques ou politiques. La régulation médicale par téléphone peut laisser planer des incertitudes sur la situation ou sa gravité, mais toujours au bénéfice du patient, et permettre l'envoi de moyens pour la prise en charge de la victime. Cette spécificité peut alourdir l'analyse de la gravité, en raison d'une prévisibilité plus complexe. Cette régulation médicale sera analysée ultérieurement en détail, voir *infra*, §616.

¹⁸⁹ Conseil d'Etat, 28 mars 1919, REGNAULT DESROZIERS, n°62273, publié au recueil Lebon.

¹⁹⁰ Cour administrative d'appel de Paris, 2e chambre, du 5 mai 1998, 96PA00850, inédit au recueil Lebon.

possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus »¹⁹¹. Ce rapprochement peut être poursuivi avec les méthodes thérapeutiques nouvelles qui présentent un risque spécial, parce que leurs conséquences ne sont pas entièrement connues¹⁹². Il conviendra de s'intéresser aux risques prévisibles (A) ou exceptionnels (B).

A. Les risques médicaux prévisibles

136. Les risques liés aux soins sont nombreux, divers et différents en fonction de la nature et l'étendue de l'intervention pratiquée¹⁹³. Certains sont consécutifs aux soins qui ont été exécutés¹⁹⁴, tandis que d'autres sont susceptibles de se révéler à l'issue des soins¹⁹⁵.

137. Ces risques étant prévisibles, ils doivent faire l'objet d'une information préalable au patient, sauf en cas d'urgence ou d'impossibilité. Il est évident qu'en situation courante, il est possible d'informer et de rechercher le consentement préalable, par exemple s'agissant d'une intubation trachéale durant une anesthésie.

138. En revanche, bien que certains risques médicaux soient prévisibles, le patient ne bénéficiera pas d'information en situation d'urgence, celui-ci étant de toute façon généralement inconscient, de cause naturelle ou artificielle (médicaments).

139. Hors urgence, tout risque grave¹⁹⁶ scientifiquement connu à la date des soins comme étant en rapport avec l'intervention ou le traitement envisagé, constitue, même s'il ne se réalise

¹⁹¹ CSP, Article L.1111-2.

¹⁹² Cour administrative d'appel de Lyon, Plénière, du 21 décembre 1990, 89LY01742, publié au recueil Lebon ; CAA Lyon n°89LY01742, précité. « Il ne résulte pas de l'instruction qu'en dépit de la gravité de l'affection dont souffrait M. Serge X., ses jours aient été en danger ». La gravité seule ne suffit donc pas à fonder une situation d'urgence vitale, dès lors que la temporalité n'est pas à court terme.

¹⁹³ Entendue au sens « des soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention ». Code de la santé publique, R.1413-67.

¹⁹⁴ Ou à la suite d'une omission, et entraînant un effet indésirable grave. DRESS, Dossier solidarité et santé n°17, 2010 ; HAS, *Rapport annuel d'activité 2020 sur les événements indésirables graves associés à des soins*, 2022.

¹⁹⁵ TA Strasbourg, 21 avril 1994, M^{me} M. contre Hospices civils de Colmar, n° 912471 ; CDNOM, 05 mai 2015, n°11576, Conclusion du Commissaire du Gouvernement José MARTINEZ, *Echec d'une stérilisation contraceptive et responsabilité de l'hôpital public*, AJDA 1995, n°16, p.1222 ; Conseil d'État, 4ème SSJS, 24/10/2014, 373820, Inédit au recueil Lebon.

¹⁹⁶ Selon P. SARGOS, la définition des risques grave étant « ceux qui sont de nature à avoir des conséquences mortelles, invalidantes, ou même esthétiques graves compte tenu de leurs répercussions psychologiques et sociales », voir en ce sens rapport sous Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 14 octobre 1997, 95-19.609, Publié au bulletin.

qu'exceptionnellement, un risque normalement prévisible¹⁹⁷ dont le patient a le droit d'être informé¹⁹⁸.

140. La majorité des risques médicaux prévisibles sont généralement bien documentés, qu'ils soient minimes ou non, et le juge administratif considère que la simple existence dans la littérature scientifique d'un risque corrélé au type d'intervention suffit à qualifier ce risque comme prévisible.

B. Les risques médicaux exceptionnels

141. Le risque étant – selon la définition ici retenue – basé sur trois critères (une probabilité, une gravité, et un facteur d'incertitude), il semble donc évident que certains sont exceptionnels, dès lors qu'ils sont à la fois incertains et d'une probabilité minime. Ils renvoient par définition à une récurrence très faible, qu'importe leur gravité. Ces risques médicaux exceptionnels sont définis par la jurisprudence comme constitués lors de la réalisation de risque « *dont l'existence est connue mais la réalisation est exceptionnelle* »¹⁹⁹.

142. Alors qualifié d'aléa thérapeutique, c'est « le constat de l'impuissance de l'intervention médicale face à un risque non maîtrisable en l'état des données acquises de la science à la date des soins. Il s'agit même, d'une certaine façon, de la survenance d'un cas fortuit qui est normalement exonératoire de la responsabilité. »²⁰⁰. Pour autant, comme il serait anormal de ne pas indemniser les victimes faute de responsabilité, le législateur a entendu mettre à la charge de la solidarité nationale cette réparation, la notion d'aléa thérapeutique recouvrant trois situations²⁰¹ : l'affection iatrogène, l'infection nosocomiale, et l'accident médical. Ce dernier regroupe les actes de prévention, de diagnostic ou de soins lorsqu'ils ont pour le patient « des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité »²⁰².

¹⁹⁷ Au sens de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique.

¹⁹⁸ Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 12 octobre 2016, 15-16.894, Publié au bulletin ; Conseil d'État, 5ème - 4ème chambres réunies, 19/10/2016, 391538, Publié au recueil Lebon ; Cour administrative d'Appel de Versailles, 4ème Chambre, 21/04/2015, 14VE00517, Inédit au recueil Lebon.

¹⁹⁹ Conseil d'Etat, Assemblée, du 9 avril 1993, *Bianchi*, n°69336, publié au recueil Lebon .

²⁰⁰ Rapport Public de M. Pierre SARGOS, Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 8 novembre 2000, 99-11.735, Publié au bulletin.

²⁰¹ Code de la Santé Publique, article L1142-1.

²⁰² *Ibidem*.

La gravité est entendue au sens réglementaire lorsqu'elle a entraîné le décès, ou un dommage important (supérieur à un certain seuil²⁰³). Cette gravité est toutefois liée à l'anormalité du dommage, afin d'éviter des indemnisations systématiques. Le juge opère une analyse qui consiste à mettre en balance la gravité des conséquences de l'acte médical, vis-à-vis de l'exposition du patient par sa pathologie en l'absence de traitement²⁰⁴.

143. Or, certains risques ne sont pas connus²⁰⁵, et donc sont toujours qualifiés d'exceptionnels : il en est ainsi s'agissant d'actes médicaux innovants ou de portée inconnue, singulièrement lorsque la technique est récente et n'a été mise en œuvre qu'à l'égard d'un nombre limité de patients²⁰⁶. Enfin, certains risques ne sont pas prévisibles car n'étaient pas inhérents à l'acte médical²⁰⁷ entrepris.

144. Pour autant, bien des risques graves mais exceptionnels²⁰⁸ sont connus des professionnels de santé, qui doivent en informer leurs patients, sauf si l'acte de soin apparaît indispensable au traitement, le patient ne disposant alors d'aucune alternative thérapeutique. Le juge présume que même informé des risques, il aurait accepté l'acte, et que seul le préjudice d'impréparation peut être indemnisé²⁰⁹, mais ce qui n'est jamais le cas lors d'une situation d'urgence.

145. Cette comparaison entre l'état hypothétique du patient en l'absence d'intervention médicale, et l'état du patient à l'issue de l'intervention médicale ayant entraîné un dommage constitue une analyse de gravité, qui seule ne suffit pas à permettre l'indemnisation du dommage. En effet, pour que la gravité soit prise en compte, il faut encore la corrélérer avec l'anormalité du dommage, qui réside dans l'exposition à un risque : si le risque est statistiquement jugé comme fréquent, l'anormalité ne peut être utilement invoquée, et malgré la gravité, l'indemnisation peut être écartée²¹⁰. En revanche, si le risque est peu fréquent, alors le dommage est qualifiable d'anormal.

²⁰³ CSP, D. 1142-1.

²⁰⁴ Conseil d'État, 5ème / 4ème SSR, 12/12/2014, 355052, Publié au recueil Lebon.

²⁰⁵ Pour illustration, voir Cour d'appel de Rouen, 23 février 2011, n° 10/01224.

²⁰⁶ Code de la santé publique, L. 1111-2.

²⁰⁷ Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 18 mars 2003, 01-15.196, Inédit.

²⁰⁸ Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 7 octobre 1998, 97-10.267, Publié au bulletin ; Conseil d'État, du 5 janvier 2000, 198530, inédit au recueil Lebon ; Conseil d'État, 5ème - 4ème chambres réunies, 19/10/2016, 391538, Publié au recueil Lebon ; Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 02/07/2010, 323885, Inédit au recueil Lebon.

²⁰⁹ Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, *Beaupère et Lemaitre* 10/10/2012, n°350426, Publié au recueil Lebon ; Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 16 janvier 2013, 12-14.439, Publié au bulletin.

²¹⁰ Voir en ce sens Conseil d'État, 5ème / 4ème SSR, n° 369473 du 29/04/2015, et n°370309 du 15/04/2015. Voir également Conseil d'État, 9ème chambre, 22/03/2017, 387218, Inédit au recueil Lebon

146. Ainsi, la notion juridique de gravité est ici relative, puisqu'un fait grave comme le décès du patient, peut ne pas être indemnisable si l'évolution prévisible l'état de santé du patient, en l'absence de traitement était également fatale. Le juge administratif et le juge judiciaire se fondent sur le même mécanisme, à savoir que la condition d'anormalité n'est remplie que si « *l'acte médical a entraîné des conséquences notablement plus graves que celles auxquelles le patient a été exposé par sa pathologie de manière suffisamment probable en l'absence de traitement* »²¹¹. Cette disproportion entre les conséquences de l'action médicale et l'exposition à un risque résultant de l'inaction est donc primordiale, et se compare aisément à la notion d'imprévisibilité au sens du droit public²¹².

²¹¹ Conseil d'État, 5ème - 6ème chambres réunies, 30/11/2021, 443922. Voir également, Conseil d'État, 5ème / 4ème SSR, 12/12/2014, 355052, Publié au recueil Lebon ; Conseil d'État, 5ème et 6ème chambres réunies, 04/02/2019, 413247 ; Conseil d'État, 5ème - 6ème chambres réunies, 13/11/2020, 427750 ; Conseil d'État, 5ème / 4ème SSR, 29/04/2015, 369473, Publié au recueil Lebon ; Cour administrative d'appel de Lyon, 6ème chambre, 17/03/2022, 20LY02103, Inédit au recueil Lebon ; Cour administrative d'appel de Lyon, 6ème chambre, 06/01/2022, 20LY01441, Inédit au recueil Lebon ; Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 6 avril 2022, 21-12.825, Publié au bulletin ; Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 15 juin 2016, 15-16.824, Publié au bulletin ; Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 11 décembre 2019, 18-24.383, Inédit ; Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 14 décembre 2022, 21-23.032, Publié au bulletin.

²¹² Conseil d'Etat, du 30 mars 1916, 59928, publié au recueil Lebon, Elodie SAILLANT, *L'exorbitance en droit public*, Dalloz 2011.

II. La crise sanitaire, une notion proche mais différente de l'urgence

147. La crise est difficilement prévisible et entraîne lors de sa réalisation des conséquences anormales. La crise est de façon théorique (A) un événement dont la survenance est soudaine mais qui s'inscrit dans la durée. Ainsi, si pendant la pandémie de COVID-19, la menace sanitaire grave a entraîné une urgence sanitaire, elle s'est rapidement ancrée dans la durée, se transformant ainsi en crise sanitaire (2). Les caractéristiques entre crise et urgence diffèrent donc essentiellement sur le plan temporel.

A. La théorie de la crise

148. Le déclenchement d'une crise est soudain, et souvent difficilement prévisible, le point de départ étant généralement un fait générateur grave qui entraîne des réactions en chaîne ; la crise peut donc en susciter plusieurs autres, avec de plus graves répercussions.

149. Contrairement à l'urgence, la crise s'inscrit dans la durée, emportant en réaction des changements plus ou moins profonds, qui ont tendance à perdurer par-delà la crise (troubles psychologiques, pertes économiques à long terme, changements sociaux...).

150. Souvent utilisé à tort en raison de la surmédiation permanente et de l'usage de la sémantique de l'excès à outrance, le terme ne saurait désigner une difficulté ponctuelle (accident, événement isolé...). La crise est marquée par une déstabilisation des institutions dans le fonctionnement ou la réponse à apporter à cet événement.

La notion de crise est donc relative, puisqu'elle dépend du degré de préparation, des compétences, des moyens à disposition²¹³, de la temporalité²¹⁴... et ce qui peut être une crise pour une très petite collectivité locale peut ne pas l'être pour une autre.

La crise peut exister parce que les mécanismes décisionnels habituels ne vont pas ou plus fonctionner pour faire face à la situation : les procédures sont inadaptées ou inadaptables, les rôles et responsabilités confus, la situation perçue comme ingérable, et finalement, la

²¹³ La multiplicité des intervenants est également génératrice de crise, avec le flou sur le pilotage et la prise de décision, les problématiques de coordinations et de communication entre services et la pression vis-à-vis des enjeux. C'est la temporalité qui joue en la défaveur de la crise sur l'aspect négatif de la multiplication des intervenants, laissant à chaque service le temps de s'organiser pour essayer de « tirer la couverture à soi » dans la volonté de prise de décision.

²¹⁴ Une épidémie ou de mauvaises récoltes n'auront pas le même impact au Moyen Age qu'au XXI^e siècle.

défaillance incontrôlable. Cela se produit lorsque la situation est inconnue, les décideurs ne disposant d'aucune information précise s'agissant des causes, des effets immédiats de la crise ou des effets à long terme²¹⁵.

151. Enfin, la crise présente généralement un caractère évolutif, d'amplitude variable, alternant avec des périodes d'accalmie et des périodes de haute intensité. En cas d'inaction des institutions, la crise peut entraîner des dysfonctionnements graves, une interruption, voire se transformer en une « désintégration »²¹⁶. Un certain nombre d'institutions françaises en témoignent d'ailleurs, à l'image du Centre National de la Transfusion Sanguine.

B. La crise sanitaire

152. La crise sanitaire²¹⁷ correspond à la définition précédemment donnée, appliquée à un contexte médical ; celle-ci fait donc planer différents types de menaces (pharmaceutique, logistique, humains...). La crise sanitaire pouvant connaître des pics d'intensités, l'exécutif est appelé à prendre des mesures d'urgence, en vue « *de prévenir et de limiter les conséquences de cette menace sur la santé de la population* ». Ainsi, l'urgence réside dans l'action rapide du pouvoir réglementaire²¹⁸, afin de limiter les dommages, tandis que la crise réside davantage dans les conséquences au long terme. Souvent confondues, les deux notions se rejoignent parfois dans la cause, mais jamais dans les conséquences : l'impact de l'urgence sur la crise est généralement plurifactoriel, et la crise suit l'urgence (et non l'inverse).

153. Les établissements hospitaliers et les personnels disposent de plan d'actions pour faire face aux crises sanitaires²¹⁹, mais qui en réalité sont des mesures d'urgence pour faire face à des situations exceptionnelles, généralement de courte durée et de forte intensité : par exemple un grave accident de circulation ou un attentat impliquant plus de blessés que ne peut en accueillir l'établissement. L'urgence (décisionnelle) sera donc l'organisation en conséquence,

²¹⁵ Patrick LAGADEC, *La gestion des crises : outils de réflexion à l'usage des décideurs*, Paris, Ediscience international, 1994, p.32.

²¹⁶ Patrick LAGADEC, précité.

²¹⁷ Un chapitre sera dédié dans la seconde partie de thèse aux crises ayant un impact sanitaire et à leurs conséquences juridiques en ce qu'elles sont des urgences collectives de prise en charge de patients. Voir *Partie 2, Titre 2, Chapitre 1*.

²¹⁸ Au titre des pouvoirs de police. Le législateur peut également intervenir, mais le processus est souvent plus long. Cette thématique sera plus longuement abordée dans la seconde partie.

²¹⁹ Voir en ce sens *Partie 2, Titre 2, Chapitre 1* « Les crises ayant un impact sanitaire » ; un titre du code de la santé publique est consacré aux « menaces et crises sanitaires graves » (L3131-1 à L3136-2 ; R3131-1 à D3135-2).

dans un laps de temps très réduit (urgence temporelle), par exemple *via* le rappel des personnels²²⁰, et ne peut donc s'inscrire dans la durée. À l'inverse, la crise suppose une réorganisation spécifique et la mobilisation de moyens exceptionnels, en termes de personnels et matériels, mais également de fonctionnement, le tout dans la durée.

154. Une urgence médicale peut dégénérer en crise, notamment avec des pathologies hautement contagieuses, à la propagation rapide. Elle nécessite alors à la fois des moyens adaptés pour traiter la pathologie, mais également pour la contenir et éviter que l'urgence médicale d'un unique patient ou d'un petit groupe de patients, ne s'étende très au-delà, entraînant une crise sanitaire. C'est pour cette raison que les virus hautement contagieux comme ceux de la tuberculose, du SRAS, du MERS ou de la COVID-19 sont autant d'urgences individuelles à contenir la pathologie, soumises à déclaration obligatoire²²¹.

Lorsqu'il n'est pas ou plus possible de contenir l'expansion de la maladie, l'urgence se transforme en crise, appelant des réponses à la mesure de ces événements graves.

155. Les crises sanitaires ou ayant un impact sanitaire comprennent donc nécessairement des phases d'urgences collectives, obéissant à des logiques de médecine de catastrophe, en raison de la gravité des pathologies, mais surtout en raison du très grand nombre de patients à prendre en charge dans le même temps. Les conséquences de la crise sont alors graves, car elles nécessitent de déroger au droit commun pour faire face à l'afflux de patients et d'opérer des choix parfois complexes. Le nombre de lits étant limité dans les services, les crises imposent d'établir des critères plus restrictifs dans la crise qu'en-dehors, et notamment de prioriser les patients et procéder à un tri hospitalier²²².

²²⁰ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 *relative à la politique de santé publique*.

²²¹ Code de la santé publique, D.3113-6 et D.3113-7.

²²² Cette dérogation en situation de pénurie sera traitée ultérieurement, voir *infra*, §444 et suivants.

I. La menace, un vecteur de gravité

156. Plusieurs éléments peuvent exiger une prise de décision de nature à emporter des conséquences graves, dans un contexte incertain, comme sont les catastrophes naturelles, industrielles ou encore sanitaires.

157. Le vocable des « calamités publiques »²²³ est par exemple utilisé pour justifier le recours à un état d'urgence, car fondant un péril imminent. Pour autant, il faut apprécier la nature et la gravité de l'événement, ce qui laisse une certaine souplesse à la définition.

158. Affectant un grand nombre de personnes sur un territoire étendu, cet événement calamiteux survient de façon imprévisible et est « *provoqué par des forces naturelles* »²²⁴. Il est proche, au moins en définition, de la notion de catastrophe, événement brutal résultant d'un phénomène naturel « *qui bouleverse le cours des choses, en provoquant souvent la mort et/ou la destruction* »²²⁵. Dans les deux cas, tant que la menace n'est pas avérée, ni réalisée, elle n'est qu'hypothétique. Mais elle impose une réaction des décideurs, afin de faire face aux conséquences probables. Le législateur français ne définissant pas ces notions, elles laissent aux décideurs une certaine souplesse, et *in fine* au juge le soin d'en établir les contours.

159. Pour que la menace soit un vecteur de pression sur l'administration, il faut que la menace soit dotée d'une certaine probabilité de survenance, c'est-à-dire soit possible, vraisemblable, plausible. Cette probabilité est extrêmement complexe à prendre en compte, tout particulièrement s'agissant des menaces pour l'ordre public : la concrétisation d'une menace terroriste par le passage à l'acte entraîne une hausse de la menace sécuritaire dans la période qui s'en suit, qu'importe qu'elle ait eu lieu ou non sur le territoire national : les attentats de Bruxelles ont justifié la mise en œuvre de mesures préventives²²⁶, justifiées par la proximité, l'actualité, et le risque de réplique.

²²³ Ou « calamités nationales » dans le Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946.

²²⁴ Définition de l'encyclopédie QUILLET de 1965.

²²⁵ Dictionnaire de l'académie française, 9^e édition.

²²⁶ CE, avis consultatif, *projet de loi prorogeant l'application de la loi n° 55-385 du 3 avril 1955 relative à l'état d'urgence*, n° 391519, du 28 avril 2016 ; le Conseil d'Etat évoquant directement le double attentat de Bruxelles, mais fait aussi allusion à plusieurs attaques terroristes du Proche et du Moyen-Orient, et d'Afrique de l'Ouest. L'identification de terroristes grâce à la reconnaissance faciale a alimenté les débats sur l'instauration d'expérimentations de reconnaissance faciale ; voir en ce sens C. ROTILY et L. ARCHAMBAULT, « *Données biométriques issues d'expérimentations de reconnaissance faciale sur le territoire français : un défi à l'aune du droit 2.0* », Dalloz IP/IT 2020, p. 54.

160. Avec le temps, la menace a tendance à être évaluée à la baisse, ce qui n'est pourtant qu'une évaluation. Or, par définition, la menace sécuritaire actuelle, largement fondée uniquement sur le risque terroriste, est une menace de chaque instant, dans des zones faiblement peuplées comme au cœur de grands événements qui regroupent des dizaines de milliers de personnes. Or, pour recourir à la menace comme élément fondateur d'une décision, tout particulièrement d'une décision visant à déroger ou s'exonérer de l'application d'une règle, par exemple en recourant à l'état d'urgence, encore faut-il que la menace soit actuelle, voire imminente dans sa réalisation. C'est cette imminence qui justifie un usage préventif, lequel d'ailleurs est parfois plus curatif que préventif : comme l'explique le Pr. Saint-Bonnet²²⁷, les actions doivent être jugées nécessaires dès lors qu'il n'existe aucun choix, et aucune formule ne peut décrire précisément ce moment, cette situation « où l'évidence qu'il est nécessaire d'agir apparaît dans son adamantine limpidité, c'est-à-dire le moment du non-choix, de la non-appréciation ».

161. La menace doit donc être en partie réalisée, ou tout du moins imminente. Cette menace, même hypothétique, doit comporter une temporalité de réalisation très proche ; en ce sens la menace est donc une pression exercée sur les décideurs, qui les contraignent à recourir à des moyens destinés à éviter la concrétisation, ou en cas de réalisation, propres à la limiter. C'est donc à ces décideurs de choisir les moyens qui pourront être mis en œuvre tout en conservant la possibilité d'élargir ces moyens par le recours à des mécanismes d'exception, justifiés par la gravité de la menace.

162. Cela ne signifie pas à l'inverse que la menace ne peut être durable voire permanente : les menaces industrielles ou sécuritaires sont par définition des menaces qui existent en continu, mais qui ne justifient pas à elles seules de recourir à des mesures qui sortiraient de l'ordinaire. Pour illustration, les sites SEVESO, qui comportent une industrie ayant une activité susceptible en cas d'accident industriels de produire des effets plus ou moins graves, se voient appliquer des plans de prévention des risques technologiques, et ne nécessitent pas systématiquement de recourir à des mesures d'exceptions²²⁸.

²²⁷ François SAINT-BONNET, « L'état d'exception et la qualification juridique », Cahiers de la recherche sur les droits fondamentaux, n° 6, 2008.

²²⁸ Les mesures de prévention sont traditionnellement dévolues à une police administrative ordinaire, et le recours à des exceptions ne peut avoir lieu qu'en raison d'une impérieuse nécessité. Ces mesures seront étudiées ultérieurement, voir *infra*, §409 et suivants

163. La menace comme vecteur de gravité peut également se retrouver en matière environnementale, afin de concilier les libertés publiques et les impératifs de prévention. L'établissement de critères permettant de déroger aux règles générales en cas de menace est donc complexe, car « *la législation d'exception n'est pas une simple alternative à la législation des temps normaux* »²²⁹, et doit donc être fondée sur des critères et des caractéristiques objectives, en ce sens peut-être que la menace n'est pas l'argument le plus adapté pour fonder le recours à une exception. Le recours au principe de précaution peut parfois prêter à confusion²³⁰ lors qu'il se situe hors du droit de l'environnement : utilisé en milieu carcéral²³¹, dans un contexte professionnel²³² ou même médical²³³ ; il agit comme « *une superprévention, permettant d'agir plus vite, plus fort* »²³⁴ et semble donc un outil adapté pour faire face à des menaces.

²²⁹ François SAINT-BONNET, « *L'état d'exception et la qualification juridique* », Cahiers de la recherche sur les droits fondamentaux, n° 6, 2008.

²³⁰ Philippe LE TOURNEAU, Dalloz référence Contrats du numérique, Prolégomènes, §94 : « *Une confusion s'est donc instaurée autour du principe de précaution, étendu à l'excès, hors du champ qui lui a été assigné par le législateur. Il est invoqué à tort et à travers, sous la pression de l'opinion publique, mauvaise conseillère, ne visant pas réellement l'intérêt collectif et aboutissant à une paralysie généralisée. Son invocation est maintenant si générale que l'on peut se demander si la devise de la République n'est pas devenue « Liberté, Égalité, Fraternité, Précaution » !* ».

²³¹ Jean-Philippe MELCHIOR et Omar ZANNA, *Le principe de précaution pour lutter contre la radicalisation en milieu carcéral : une mesure risquée !*, Archives de philosophie du droit, 62, Dalloz, 2020, n° 1, p. 373-383.

²³² Éric DRAIS, *La prévention des risques émergents à l'épreuve du principe de précaution : le cas des nanomatériaux*, Droit et société, vol. 96, n° 2, 2017, pp. 305-320.

²³³ Gilles PAISANT, *Le principe de précaution à l'aune du covid-19*, RGDM n°83, 06/2022.

²³⁴ Georges DAVID, *Risques et principe de précaution en matière médicale*, Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem, 3, Presses Universitaires de France, 2009, n° 1, p. 107-117.

Paragraphe 2 : Danger et péril, des notions qui croisent l'urgence

164. De premier abord, les notions de danger et de péril sont proches de celle de l'urgence, puisque le danger est parfois un fait générateur de l'urgence (I), particulièrement lorsque le danger se réalise et se transforme en péril (II). Les deux notions ont en commun une probabilité, qui ne confère pas de certitude absolue, mais impose une réaction de l'administration.

I. Le danger, potentiellement générateur de l'urgence

165. La notion de danger se retrouve dans plusieurs branches du droit, aussi convient-il d'aborder successivement les matières pénales, sociales, vétérinaires, avant d'en tirer les conclusions.

166. En matière pénale, le code mentionne à 61 reprises le terme 'danger', et intègre un chapitre entier sur la mise en danger de la personne²³⁵, largement axé sur de la probabilité : la section une comporte les risques causés à autrui, en se fondant sur l'exposition à un risque ; la section deux, bien que moins explicite, est articulée sur le délaissement, ce qui suppose une inaction qui expose alors une personne à un risque pour elle-même. La section trois porte sur l'entrave aux mesures d'assistance ou l'omission de porter secours, mais là encore, le succès escompté n'est jamais acquis par avance : il ne s'agit que d'une obligation de moyen et nullement de résultat. Les sections quatre et cinq visent des sanctions pénales, et la protection de l'intégrité du corps humain, et tout particulièrement contre les atteintes effectuées hors du cadre médical. La section six est en revanche beaucoup plus ciblée sur un danger réel et certain, dans la mesure où la qualification pénale ne condamne les auteurs que lorsque la provocation au suicide a été suivie de celui-ci, ou d'une tentative de suicide.

²³⁵ Code Pénal, article 223-1 à 223-21. La section 7 étant relative aux peines complémentaires applicables aux personnes physiques, il n'en est pas fait mention ici.

167. L'exposition au danger emporte une gravité telle que l'atteinte à la personne humaine pourrait être sanctionnable²³⁶ dès lors que l'incitation existe, et non lorsqu'est réalisé le suicide ou sa tentative.

168. La section six *bis* concerne les abus de faiblesse, mais ici uniquement lorsqu'ils se réalisent, excluant donc les tentatives. Il faut en effet que la victime fasse « *à un acte ou à une abstention qui lui [est] gravement préjudiciable* »²³⁷. Il existe dans certaines hypothèses législatives²³⁸, des cas de mise en danger délibérée de la personne d'autrui²³⁹, par action ou par omission, mettant en danger de façon directe ou non la sécurité des personnes. La gravité réside donc ici dans l'exposition d'une personne à un risque (par action ou inaction), sans que soient exactement précisés les contours de celui-ci.

169. En considérant la jurisprudence en la matière, il apparaît que le risque encouru est le décès, la perte d'un organe ou fonction de l'organisme, ou l'altération de l'état de santé physique ou psychique²⁴⁰. Ainsi, presque de façon mathématique, la notion de danger s'apprécie en fonction de l'exposition à un risque grave pour la santé, au vu d'éléments concrets, corrélés avec la probabilité de réalisation de ce risque ; plus l'exposition est élevée et le risque grave, et plus la probabilité est haute, plus le danger est important.

170. En somme, les pénalistes considèrent donc le danger comme une action ou inaction entraînant une exposition à un risque très grave, et avec une probabilité de réalisation du risque forte, avec l'idée sous-jacente de nuire, même non intentionnellement²⁴¹ : à l'inverse si l'idée sous-jacente est celle de la préservation de la vie, l'exposition à un danger reste possible si l'exposition est proportionnée aux moyens aux fins, ce qui fonde une exception à ce principe²⁴².

²³⁶ L'objet de la réflexion n'étant pas ce cas précis, mais en pareille hypothèse il conviendrait d'établir des critères qui ne cibleraient que les états d'ignorance ou de faiblesse pour les cas non suivis d'effets, et renverraient pour les autres cas à un délit d'incitation et non de provocation, calqué par exemple sur l'incitation à la haine, à la violence ou à la discrimination raciale.

²³⁷ Code Pénal, article 223-15-2.

²³⁸ Le Code Pénal prévoyant que de l'infraction soit intentionnelle, bien que la jurisprudence déduise souvent l'intentionnalité des faits eux-mêmes.

²³⁹ Code Pénal, Article 121-3.

²⁴⁰ Les atteintes psychologiques peuvent avoir des répercussions graves et ne doivent pas en ce sens être minimisées.

²⁴¹ Yves MAYAUD, *La faute caractérisée selon la Cour de cassation*, RSC 2001 p.577 ; Jérôme CHACORNAC, *Le risque comme résultat dans les infractions de mise en danger : les limites de la distinction des infractions matérielles et formelles*, RSC 2008 p.849 ; Evelyne MONTEIRO, *Atteintes à l'environnement et infractions de mise en danger : vers une incrimination commune en Europe ?* RSC 2005 p.509 ; DENIS et SAINTAMAN, *Journal Spécial des Sociétés, Crise du covid-19 et mise en danger d'autrui*, n° 26, 18 avr. 2020.

²⁴² Il s'agit alors de l'état de nécessité, prévu par l'article 122-7 du Code Pénal.

171. D'ailleurs dans la même logique, le Code de la santé publique comporte 128 occurrences du terme « danger », seul ou associé au terme « imminent » ou « grave ». Etonnamment, il n'est formulé qu'à une unique occasion comme un « danger pressant »²⁴³, qui aurait sans doute mérité l'usage du terme urgence pour une plus grande lisibilité, puisqu'il s'agit ni plus ni moins en l'espèce du cas de l'urgence maïeutique²⁴⁴, occasion manquée pour le législateur de reconnaître son existence²⁴⁵. A première lecture, ces occurrences sont très souvent liées à une indication temporelle et peuvent recouper la notion de danger au sens pénaliste.

172. La notion de danger est donc davantage liée à l'urgence au sens du Code de la santé publique, et autorise voire impose à celui qui en est témoin de réaliser un certain nombre d'actes, qui ne sont autorisés que dans ce cadre²⁴⁶.

Le risque est mieux défini par certains articles²⁴⁷, qui le présentent comme « tout événement ou effet indésirable qui entraîne la mort, met en danger la vie (...) nécessite une hospitalisation ou la prolongation de l'hospitalisation, provoque une incapacité ou un handicap important ou durable, ou bien se traduit par une anomalie ou une malformation congénitale ». Cette qualification des conséquences de l'exposition à un danger semble parfaitement correspondre. Il faut toutefois y ajouter une certaine proximité temporelle, si ce n'est une imminence, afin qu'elle tende vers l'urgence : c'est cette imminence qui justifie la plus grande flexibilité vis-à-vis des règles et procédures habituelles.

Le législateur a d'ailleurs opéré un croisement de l'urgence médicale et du danger ponctuel grave et imminent²⁴⁸ pour autoriser les autorités administratives à bénéficier de la même souplesse dans l'habilitation à prendre des mesures en réaction, selon la même logique qui vaut aussi pour les professionnels de santé²⁴⁹.

²⁴³ CSP, Article R.4127-325.

²⁴⁴ L'urgence médicale entendue au sens large peut être déclinée dans chaque spécialité de professions de santé, comme avec l'illustration maïeutique ici choisie, et chaque profession de santé a ses propres contraintes face à l'urgence, en fonction de ses compétences.

²⁴⁵ Et aurait peut-être pu ouvrir la voie à des protocoles spécifiques dans cette hypothèse, à l'instar des PISU pour les infirmiers.

²⁴⁶ La contention est un exemple d'extension de compétence, y compris en extrahospitalier et alors que les secours ne disposent d'aucune prérogative justifiant le recours à la force physique, réservé aux psychiatres en établissement de santé (CSP, L.3222-5-1) voir en ce sens Bertrand QUAGLIERINI et Nicolas GENOTELLE, « *Le consentement du patient aux actes de secours lors d'interventions extrahospitalières* », Médecine & droit, 2019, Elsevier Masson SAS, 2019, n° 157, p. 89-101. ; Veron Paul, « *Le juge et la liberté d'aller et venir des personnes âgées en institution* », Médecine & Droit 2017, p. 25-36. Cette extension de compétence s'agissant des professionnels de santé dans l'urgence sera traitée ultérieurement.

²⁴⁷ Lié à la qualification d'événement (ou effet) indésirable grave, voir en ce sens, CSP, R1123-46.

²⁴⁸ CSP, L.1311-14.

²⁴⁹ Cet assouplissement sera traité ultérieurement dans les urgences collectives. Aux fins d'illustrations, se référer aux articles L1311-4 et L4113-14 du CSP.

173. Ainsi, le danger peut se définir au sens juridico-sanitaire comme une spécificité de l'urgence médicale à venir, car encore non réalisée voire hypothétique, quand bien même la probabilité serait forte, qui expose à des risques graves comme la perte de la vie, une incapacité ou un handicap important ou durable, une anomalie ou une malformation congénitale, ou la nécessité corrélative d'une hospitalisation.

174. Le danger est donc concrètement apprécié, sur la base d'éléments réels : à des fins d'illustration, la notion de « *danger pour la sécurité du pays où il se trouve* » au sens du droit international humanitaire²⁵⁰ est apprécié en fonction « *des motifs sérieux et avérés* »²⁵¹, fondé sur « *un risque réel de subir des traitements prohibés* »²⁵², et à l'exposition « *à un risque réel de se voir infliger des traitements* » inhumains ou dégradants. Le danger est donc nécessairement pris en compte lorsqu'il est avéré même s'il est fondé sur un ou plusieurs risques hypothétiques, dès lors que la probabilité de réalisation du risque est forte.

175. En droit du travail, les salariés²⁵³ disposent d'un droit d'alerte en situation de danger grave et imminent, mais la loi ne précise pas cette notion de 'danger grave et imminent' ; une ancienne circulaire²⁵⁴ précisait qu'il s'agissait de « *tout danger de produire un accident ou une maladie entraînant la mort ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente ou temporaire prolongée* » ou « *susceptible de se réaliser brutalement dans un délai rapproché* ». Cette notion semble très proche de l'urgence médicale, dans la mesure où la gravité est entendue comme susceptible d'entraîner la mort, ou de provoquer une atteinte à un organe ou une fonction de l'organisme.

Pour autant, ce danger grave et imminent ne concerne pas les conditions de travail habituelles, ou au titre de la relation de travail²⁵⁵, mais bien des situations spécifiques, le danger devant être avéré et non hypothétique ou simplement éventuel. Cette définition semble là encore correspondre à des situations urgentes, puisque comme pour les pénalistes, le danger est entendu comme une exposition à un risque très grave.

²⁵⁰ Convention de Genève, article 33.

²⁵¹ Conseil d'État, 7ème - 2ème chambres réunies, 28/03/2022, 450618.

²⁵² Conseil d'État, n°450618, précité.

²⁵³ Via un membre de la délégation du personnel au comité social et économique qui exerce ces droits d'alerte. Code du travail, art. L. 2312-60.

²⁵⁴ Circ. Min. DRT n° 93/15, 25 mars 1993, BOMT n° 93/10, p. 99.

²⁵⁵ Cour de cassation, civile, Chambre sociale, 10 décembre 1997, 95-42.661, Publié au bulletin ; Cour de cassation, civile, Chambre sociale, 3 février 1998, 96-42.062, Publié au bulletin ; Cour de cassation, civile, Chambre sociale, 3 novembre 2010, 09-42.360, Inédit ; Cour de cassation, civile, Chambre sociale, 9 février 2016, 14-18.567, Inédit ; Isabel ODOUL-ASOREY, *Champ du droit d'alerte du représentant du personnel*, Soc. 14 octobre 2020, n° 19-11.508, Revue de droit du travail 2020 p.760.

176. En regard, les vétérinaires entendent par danger sanitaire « les dangers qui sont de nature à porter atteinte à la santé des animaux et les maladies d'origine animale qui sont transmissibles à l'homme (...) »²⁵⁶, et qui concernent tant les animaux, les végétaux que les aliments. Contrairement à ce qui a été précédemment relevé, il n'est pas ici question de l'urgence de prime abord, puisque le danger est à la fois permanent (lutte contre ces menaces vétérinaires) et ponctuel (lutte contre des épisodes ou cas particuliers).

177. Le danger existe ici à travers un double visage : ordinaire et exceptionnel. Ordinaire en raison de la lutte quotidienne *via* des actions de prévention et de surveillance, et exceptionnel lors de la survenance d'épisode présentant un risque ou susceptible de présenter un risque pour la santé humaine ou animale. Si l'urgence n'est pas toujours expressément mentionnée dans ce cadre, il ne fait aucun doute que le danger qui plane sur la santé humaine permet de recourir à des exceptions législatives et réglementaires, notamment en termes de délais, dans le cadre de plan d'intervention sanitaire d'urgence²⁵⁷. La police sanitaire étant justifiée par l'intérêt général de protection de la santé publique, elle peut dans ce cadre prendre les mesures provisoires jugées utiles, ce qui inclut des abattages d'urgence²⁵⁸.

178. Proche de la notion de risque, la notion de danger suppose donc une gravité qui peut résulter de l'exposition au danger, mais également une probabilité de réalisation d'un dommage. La différence entre les deux notions réside dans l'élément concret qui est propre au danger ; là où le risque est hypothétique²⁵⁹, le danger est réel. S'il n'est pas en principe certain, il peut dans certaines hypothèses glisser vers ce critère. Par définition, l'urgence est dangereuse, en ce que la temporalité réduite voire l'imminence de réalisation du danger ne laisse pas le temps habituel pour la prise de décision ou pour la réalisation d'un geste technique.

179. Pour autant, est-il possible d'utiliser le danger pour caractériser l'urgence ? Le danger est finalement davantage un fait, générateur d'une réponse qui elle est prise en urgence ; l'urgence étant la conséquence du danger, et donc de ce fait, la gravité en est la cause, qu'importe qu'elle soit ou non réalisée.

²⁵⁶ Code rural et de la pêche maritime, L.201-1.

²⁵⁷ Règlement (UE) 2016/429 du 9 mars 2016 et règlement (UE) 2016/2031 du 26 octobre 2016.

²⁵⁸ Code rural et de la pêche maritime, L.231-1 ; Cour Administrative d'Appel de Nantes, 3ème Chambre, 29/03/2012, 10NT01367, Inédit au recueil Lebon ; Cour Administrative d'Appel de Bordeaux, 6ème chambre (formation à 3), 18/03/2008, 06BX00859, Inédit au recueil Lebon ; Cour Administrative d'Appel de Nantes, 3ème Chambre, 29/03/2012, 10NT01368, Inédit au recueil Lebon.

²⁵⁹ Bien qu'en sciences juridiques, le risque ne soit souvent considéré que lors de sa réalisation, en théorie la notion demeure hypothétique. Cf. *infra*, §128 et suivants.

180. La notion de danger est généralement employée comme qualificatif d'un contexte, c'est-à-dire comme cause, et généralement sans description de celui-ci, ce qui explique que peu de professionnels usent de la notion dans le domaine de la santé. Si la notion a en commun certains éléments avec l'urgence, elle ne doit pour autant jamais être confondue avec elle. Le danger est en effet davantage lié au contexte qu'aux conséquences.

II. Le péril, l'urgence grave et imminente

181. Plus précis encore que le danger, le péril suppose une imminence temporelle, et donc une nécessité d'agir immédiatement ou dans un temps très court. En l'absence d'action, le péril conduit à une gravité plus élevée que le danger, généralement la mort. C'est en ce sens qu'il est malvenu de parler de « *non-assistance à personne en danger* » quand le terme le plus idoine serait celui de « *non-assistance à personne en péril* », puisque le délit d'omission de porter secours à personne en péril suppose un danger qualifié de grave et imminent pour la victime. Aussi il ne s'agit plus ici d'une simple probabilité de gravité, mais bien d'éléments précis quant à la gravité, avec un péril vital ou une ou plusieurs atteintes irréversibles.

182. En ce sens, un rapprochement peut être opéré entre ce délit de non-assistance et la protection des mineurs, dite « de l'enfance en danger »²⁶⁰. La saisine repose sur la transmission d'une information préoccupante, généralement *via* la Cellule départementale de Recueil des Informations Préoccupantes²⁶¹ ou le Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger. Cette information préoccupante fera l'objet d'une analyse, d'une évaluation, puis d'une enquête qui permettent la prise d'une décision de nature administrative (accompagnement, aide à domicile, aide financière, action éducative au domicile, accueil provisoire...), qui semble relativement loin de l'immédiateté, au vu des délais de traitement. En revanche, en cas de péril, c'est bien directement auprès des services de police ou de gendarmerie, ou auprès du Procureur de la République que le signalement sera réalisé, et les autorités judiciaires pourront prendre toutes mesures utiles, y compris dans une temporalité très courte, de protection judiciaire

²⁶⁰ Le Pr. Didier REBUT estime d'ailleurs le délit constitué par un élément matériel dès lors qu'un péril est impérativement et expressément constaté et par un élément moral qui repose sur la conscience du péril ainsi que la volonté de ne pas porter assistance. Voir en ce sens Cour d'appel de Poitiers, 3 février 1977, Recueil Dalloz 1978, p. 34.

²⁶¹ Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 *réformant la protection de l'enfance*.

(ordonnance de placement, saisine d'un juge des enfants²⁶² ou/et d'instruction, obligation d'assistance éducative en milieu ouvert, placement judiciaire...). Toutes ces mesures, même rapides, sont en réalité assez éloignées du péril qui, pour un adulte comme un enfant, nécessite une action immédiate²⁶³ visant à retirer ou éloigner la personne de la cause du danger, en vue d'éviter sa réalisation.

183. La jurisprudence en a dessiné les contours, soulignant que le péril est « un état dangereux ou une situation critique qui fait craindre de graves conséquences pour la personne qui y est exposée et qui risque, selon les circonstances, soit de perdre la vie, soit des atteintes corporelles graves »²⁶⁴. Le Pr. REBUT précise qu'il s'agit d'un manque de rigueur que d'user de la formulation « péril imminent » puisqu'en réalité c'est le risque de perdre la vie ou des atteintes corporelles grave qui est imminent et non le péril, celui-ci l'étant de façon intrinsèque.

184. Il est alors indispensable dans ces hypothèses d'assister la personne ainsi en péril, puisque le Code pénal punit l'abstention d'assistance à autrui, ce qui sous-entend que le délit existe même dans les cas pour lesquels il n'est pas possible de conjurer le péril.

185. S'agissant de ce délit, l'élément moral est caractérisé dès lors que l'auteur savait qu'il avait les moyens ou tout du moins certains moyens, même inadaptés ou insuffisants, et qu'il s'est volontairement abstenu. En ce sens, il convient de rappeler que l'abstention volontaire d'assistance à personne en péril peut²⁶⁵ se limiter à la provocation d'un secours, ce qui emporte l'effet pervers qu'un certain nombre de citoyens se réfugient désormais²⁶⁶ dans le simple appel à un service de secours, quittant les lieux après l'appel en même temps qu'ils téléphonent... Le nombre insuffisant de personnes formées, de même que le défaut de réactualisation de ces formations, est déplorable, puisqu'emportant un double effet : le citoyen

²⁶² Remerciements à Madame Odile BARRAL, première vice-présidente coordinatrice des juges des enfants au Tribunal Judiciaire de Toulouse, et Monsieur Laurent PARAYRE, Directeur territorial adjoint de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) de la Haute-Garonne, de l'Ariège et des Hautes-Pyrénées pour leurs explications sur les outils juridiques pour lutter contre les phénomènes de délinquance chez les mineurs, souvent en les protégeant de leurs entourages. Merci également à Monsieur Jacques MARTINON, vice-président chargé des fonctions de juge des libertés et de la détention au Tribunal Judiciaire de Toulouse pour ses éclairages « de terrain » sur les possibilités d'action du JLD dans une temporalité « rapide ».

²⁶³ Le propos est à tempérer, puisque *via* l'intervention des services de police ou de gendarmerie permet de geler la situation dans l'attente de la décision judiciaire.

²⁶⁴ Tribunal correctionnel de Rouen, 9 juillet 1975, Recueil Dalloz 1976 p. 531.

²⁶⁵ L'action personnelle est en effet de plus en plus rarement imposée par la jurisprudence, qui se limite davantage à l'appel des secours ; l'article 223-6 du code pénal étant rédigé de façon alternative entre deux hypothèses d'intervention : « *soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours* », ce qui n'impose donc nullement de faire les deux cumulativement.

²⁶⁶ Pratiques constatés en 2021, 2022 et 2023 en Haute-Garonne, sur la base des témoignages recueillis auprès des opérateurs téléphoniques du 17, 18 et 15. La méthode est empirique, faute d'étude scientifique sur la question.

ne dispose ni de la compétence pour porter secours, ni celle de nature à appréhender la gravité, sans connaissance ne serait-ce que de la prise de conscience du péril.

186. Ce qui intéresse le juge étant la volonté de ne pas porter secours, l'appréciation est difficile dans les cas qui se limitent à un simple appel après avoir quitté les lieux, ce qui pourrait également s'analyser comme le reflet d'une volonté de ne pas porter soi-même secours et de se limiter uniquement à provoquer ce secours. Comme l'écrit le Pr. REBUT, l'abstention coupable « *est donc celle qui est observée, alors que son auteur a conscience du péril et qu'il sait qu'il peut apporter assistance à sa victime* »²⁶⁷, et l'infraction pénale peut sembler trop restrictive, mais une adaptation législative paraît difficile si elle n'est pas accompagnée d'une obligation de formation initiale et continue permettant d'apprécier la gravité potentielle des situations. L'exemple malheureusement fréquent des signalements de véhicules dans le fossé par des automobilistes ne s'arrêtant pas pour prendre connaissance de la présence des occupants, avec possiblement des victimes inconscientes incarcérées, est significatif dans le sens où il ne pourrait alors être reproché à l'appelant le délit, puisqu'ignorant l'existence même du péril potentiel : le péril ne pouvant être présumé, mais devant être constaté.

187. Une évolution législative de ce délit serait souhaitable, afin de limiter sinon supprimer ces pratiques. La reformulation paraît toutefois complexe, dès lors qu'elle nécessite de prendre en compte les spécificités de chaque situation : il s'agirait en quelque sorte d'imposer aux citoyens de rester sur place le temps nécessaire à la provocation d'un secours, fût-ce par le moyen d'une information complète, ce qui nécessite *a minima* de rester sur place, et au besoin, de se laisser guider par les secours par un questionnaire adapté, ou des gestes de premiers soins expliqués par téléphone. Ceci permettrait d'apprécier l'existence d'un péril. Plus encore, il faut miser sur la formation²⁶⁸ afin d'élever le niveau de compétence global en matière de prise en charge des victimes, avant toute autre évolution législative.

188. Justement, pour apprécier l'existence du péril, il convient de l'étudier sous le prisme médical. Le péril peut décrire une situation dangereuse, grave, pour laquelle l'issue est potentiellement mortelle pour le patient, généralement associée à la terminologie « vitale » pour cette raison : l'usage du terme « péril vital » ou « pronostic vital engagé » désigne ainsi une situation critique pour laquelle la vie est en jeu. Pour autant la distinction entre les deux, bien qu'assez ténue, existe. Le péril vital est en effet celui qui nécessite une intervention médicale

²⁶⁷ *Ibidem*.

²⁶⁸ Le Premier Ministre avait fixé de façon très (trop) ambitieuse lors du comité interministériel pour la Santé du 26 mars 2018 la volonté de former 80% de la population française aux gestes qui sauvent d'ici 2022.

immédiate pour sauver la vie d'un patient (arrêt cardio-respiratoire, hémorragie...), tandis que le pronostic vital est l'évaluation à court terme de la situation médicale post-interventionnelle, pour qualifier la probabilité de survie, qui correspond à une espérance de vie de quelques heures à quelques jours²⁶⁹. Un pronostic vital engagé signifie donc que l'état de santé du patient est grave, l'aggravation de cet état étant possible à tout moment, nécessitant à nouveau une intervention médicale à très court terme.

189. Ce pronostic vital est apprécié à partir de l'évolution clinique, basée sur la rapidité du déclin fonctionnel, l'atteinte d'organes vitaux, l'altération des signes vitaux, et la présence d'autres symptômes spécifiques (anorexie-cachexie, dysphagie, dyspnée, œdèmes...) susceptibles d'altérer l'état de santé.

Le péril quant à lui est apprécié en prenant également en compte la gravité, mais sans présager des suites : le péril résulte d'une détresse vitale (neurologique, respiratoire ou cardiaque), le patient étant exposé à la mort si les soins rapides et adaptés ne sont pas mis en œuvre²⁷⁰.

La distinction entre péril et pronostic vital n'est donc pas le facteur de gravité, mais la une temporalité, puisque le pronostic vital prend en compte l'évolution dans les prochaines heures ou jours, contrairement au péril qui est imminent. En outre, le pronostic vital prendra davantage en compte les facteurs connexes à l'état de santé, tel que l'âge, la condition médicale préalable, etc.

190. Le péril au sens médical est donc la notion qui suppose une intervention immédiate afin d'éviter l'engagement d'un pronostic vital : il est donc toujours une urgence ; à l'inverse l'urgence ne suppose pas toujours de péril²⁷¹. L'urgence médicale peut dans certains cas nécessiter une intervention à court terme, c'est-à-dire dans les heures qui suivent ; en revanche, un péril au sens médical suppose une urgence nécessitant une intervention dans les minutes qui suivent.

191. Si l'urgence ne suppose pas toujours de péril c'est parce qu'elle s'apprécie au moment où l'intervention paraît nécessaire, en fonction des éléments propres de la situation ; en ce sens le qualificatif de péril n'est pas toujours qualifiable instantanément par la personne

²⁶⁹ Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs, *Évaluation du Pronostic vital engagé à court terme*, Mai 2017.

²⁷⁰ HAS, *Évaluation de la prise en charge de l'urgence vitale en établissement selon le référentiel de certification*, décembre 2022.

²⁷¹ Y compris dans des domaines autres que purement médicaux. Voir en ce sens CAA Rennes, 28 janv. 1975, *Gaz. Pal.* 1975, n°1 p.193, note Du Rusquec.

intervenante, elle peut l'être a posteriori par le juge. Mais ce n'est pas parce que le juge ne qualifie pas l'existence du péril que l'urgence disparaît : la simple nécessité de porter secours à une personne âgée, qui avait chuté dans une cavité profonde d'où elle n'a pu sortir par ses propres moyens, suffit à qualifier l'urgence, quand bien même la victime est finalement sortie pratiquement indemne de cet accident²⁷². L'urgence ne peut ainsi être définie en fonction de la qualification finale du péril, voire du résultat obtenu, faute de quoi le secours à personne serait rendu vain par les citoyens, faute de certitude. C'est là une partie de la difficulté s'agissant du péril, certains risques particuliers (électriques, chimiques...) pouvant mettre en péril une victime et justifier l'intervention d'un citoyen, sans même que le celui-ci ait connaissance de ces risques pour la victime, ou pour lui-même. Ainsi, le juge sera toujours vigilant, lors de l'appréciation du litige, à prendre en considération les connaissances de l'intervenant et apprécier sa volonté de sauver la victime, plutôt que l'existence réelle ou non d'un péril nécessitant son intervention.

192. Nous avons donc la certitude que même si cette jurisprudence 'Gaillard' est isolée, la simple intervention d'un citoyen motivée par l'urgente nécessité de porter secours à la victime devrait suffire à le protéger juridiquement²⁷³, et que cette protection devrait être systématique lorsque le péril est avéré.

Ainsi, la gravité doit être appréciée à la date à laquelle elle sert au fondement de l'action, ou du fait juridique, et « *se prononcer en fonction de faits postérieurs reviendrait à porter un jugement rétroactif sur l'action et serait absurde du point de vue logique* »²⁷⁴. Cette logique ne vaut toutefois le plus souvent que dans le domaine de la santé.

193. Dans le domaine administratif en effet, certains événements postérieurs peuvent révéler une absence d'urgence, et être annulés par le juge administratif, qui prend en compte le délai d'application : si celui-ci apparaît comme excessif, ce dernier pourra alors annuler la décision de l'administration comme ne remplissant pas de condition d'urgence, en raison du délai d'exécution qui laisse penser à ce que la procédure normale peut être utilisée en lieu et place.

²⁷² Conseil d'Etat, Section, du 9 octobre 1970, n°74635, « Dame GAILLARD », publié au recueil Lebon.

²⁷³ En lui appliquant le régime des collaborateurs occasionnels du service public.

²⁷⁴ P-L FRIER, *L'Urgence*, LGDJ, 1987, p.92.

S'agissant du péril, le retard de l'administration à davantage tendance à accroître l'urgence qu'à la réduire : l'inaction crée au fil du temps une nécessité de plus en plus importante²⁷⁵.

194. Sur le fondement de ce péril, l'autorité publique ne peut donc être empêchée d'adopter une décision urgente, même s'il aurait été souhaitable d'intervenir plus précocement pour éviter cette situation et la survenance de cette urgence.

Le recours à l'urgence résulte donc d'un retard dans la mise en œuvre d'une réaction à une situation, qui « *ne vise pas à moraliser le comportement de l'administration mais à assurer une protection de l'ordre public. Or il peut être urgent d'assurer le maintien de l'ordre alors que la situation était parfaitement prévisible mais que l'administration ne l'avait pas prise en considération* »²⁷⁶.

Une telle situation prévisible sans prise en compte par l'administration semble difficile s'agissant de l'urgence médicale, en raison de sa très grande spécificité, ce pourquoi il est nécessaire d'étudier l'urgence médicale comme notion *sui generis*.

²⁷⁵ Le cas le plus classique d'illustration est l'arrêté de péril pris sur le fondement de l'habitat menaçant ruine : dans le cas où une intervention de l'administration est tardive, soit en raison de tentatives de l'administration de trouver des solutions alternatives et/ou amiables, soit en raison du caractère privé de certaines mesures de rénovations, ce retard est susceptible d'aggraver la menace sur l'habitation.

²⁷⁶ L. NIZARD, *Les circonstances exceptionnelles dans la jurisprudence administrative*, Librairie générale de droit et de jurisprudence, 1962, p.118.

Section 2. Une notion de gravité sui generis : l'urgence médicale

195. L'urgence entendue de façon large concerne les cas dans lesquels une intervention doit être immédiate, afin de soustraire la cause, améliorer la situation ou empêcher l'aggravation du phénomène observé. L'urgence sous-tend la prise de décision dans un contexte d'incertitude, principalement par manque de temps, qui rend plus difficile l'établissement d'un diagnostic et donc des soins appropriés.

196. L'évolution sociétale actuelle, qui a tendance à recourir aux superlatifs fréquemment, suscite quelques difficultés à saisir la notion d'urgence, qui désigne uniquement à la nécessité d'agir de façon pressante. Le sigle SAMU par exemple, signifie « Service d'Aide Médicale Urgente », qui renvoie à une situation qui nécessite une action rapide ; pour autant la médecine d'urgence ne vise pas à une situation précise, mais bien un mode d'exercice dans des délais de prise en charge très brefs. Or, les professionnels de santé ne ressentent pas nécessairement l'urgence de la même façon que l'entourage des victimes, qui a généralement bien du mal à définir l'urgence : la notion « *est plus facilement ressentie que définie* »²⁷⁷. Les juristes par ailleurs, n'identifient pas de critères de l'urgence, mais se bornent généralement à en faire une caractéristique de procédure, sorte « de case à cocher », pour savoir si la forme est respectée ou non, sans jamais la définir. La notion est donc condamnée « *à l'obscurité, à la polysémie et à la transversalité* »²⁷⁸.

197. Toutefois il semble possible de distinguer l'urgence opérationnelle de l'urgence contentieuse (injonctions, procédures accélérées...). Dans les deux cas, la gravité est une des causes de l'urgence (§1), tout comme son intensité (§2), bien que l'une comme l'autre soient variables en fonction des situations.

²⁷⁷ Philippe JESTAZ, « *L'urgence et les principes classiques du droit civil* » Librairie générale de droit et de jurisprudence, 1968.

²⁷⁸ Pierre-Laurent FRIER, *L'Urgence*, LGDJ, 1987.

Paragraphe 1 : L'urgence, la gravité comme cause

*« La mort est une urgence nulle de gravité extrême ;
Son seul traitement est le deuil »²⁷⁹*

198. De façon générale, l'essence de l'urgence est temporelle : l'urgence caractérise les situations dans lesquelles le temps est oppressant. Or, il n'existe pas d'urgence sans gravité : c'est en effet cette dernière qui exerce une pression sur celui qui la subit, en nécessitant une action rapide. Cette action diffère : dans le droit administratif (I) l'urgence n'est en effet pas appréciée de la même façon que dans le domaine de la santé (II).

I. L'urgence en droit administratif

199. L'urgence en droit administratif repose sur une volonté de réparer un événement ou un fait qui s'est déjà réalisé, même partiellement, afin soit d'en limiter les effets, soit d'en contrer les conséquences. A l'inverse, l'urgence peut également être invoquée de façon préventive, afin d'écarter une menace susceptible d'intervenir à très brève échéance. Dans les deux cas, l'urgence découle l'accélération du temps comme facteur de gravité (A), et les mesures prises dans l'urgence pour y faire face (B).

²⁷⁹ Dr. Miguel MARTINEZ ALMOYNA (un des pères fondateurs des SMUR).

A. *L'accélération du temps comme facteur de gravité*

200. L'urgence découle d'une situation grave, à laquelle celui qui y est soumis doit nécessairement réagir, afin d'éviter ou de limiter les conséquences. L'action entreprise par nécessité doit être immédiate ou à très court délai, afin d'éviter que la situation ne s'aggrave. Différents auteurs se sont intéressés à cette notion, en droit civil²⁸⁰, en droit public général²⁸¹ comme en droit administratif²⁸², ou dans d'autres spécialités²⁸³.

201. Le Pr. Olivier DUGRIP a articulé ses recherches sur l'urgence²⁸⁴ à partir du constat que l'urgence reposait sur un délai bref résultant d'une contrainte temporelle, visant à limiter les effets dommageables de l'écoulement du temps sur une situation litigieuse. En se fondant ainsi sur la temporalité, usant de la notion d'urgence au sens de la promptitude, l'auteur n'en tient pas moins compte d'une certaine gravité. Dans ses développements, l'auteur utilise le critère de l'écoulement du temps comme source de conséquences dommageables.

En effet, si par certains aspects les caractéristiques ou les critères d'identifications de l'urgence sont parfois difficiles à cerner, c'est également sans doute en raison d'une multiplicité d'usage de ce terme, dans des domaines d'applications multiples, allant de l'arrêté municipal de péril imminent²⁸⁵ désormais intitulé « arrêté de mise en sécurité »²⁸⁶, aux procédures en référés ou encore aux procédures accélérées.

202. L'urgence peut naître de la lenteur ou de l'inaction de l'administration, lenteur qui finit par provoquer des conséquences graves, exigeant une réaction rapide. La temporalité et la

²⁸⁰ Philippe JESTAZ, *L'urgence et les principes classiques du droit civil*, Librairie générale de droit et de jurisprudence, 1968 ; Christine CHODKIEWICZ, *L'urgence en matière de conflits de juridictions*, 2000.

²⁸¹ Pierre-Laurent FRIER, *L'Urgence*, 1987 ; Anne VANDER STICHELE, *La notion d'urgence en droit public*, Bruxelles : Bruylant, 1986.

²⁸² Christian GABOLDE, *Essai sur la notion d'urgence en droit administratif français*, 1952.

²⁸³ Julie MOREAU, *L'urgence médicale*, Thèse de doctorat en Droit, Aix-Marseille 3, 2004 ; MICHEL Geoffroy, *La notion d'urgence en droit administratif de l'environnement*, Thèse de doctorat, Limoges, 2006.

²⁸⁴ Olivier DUGRIP, *L'urgence contentieuse devant des juridictions administratives*, Coll. Les grandes thèses du droit français, Presses Universitaires de France - PUF, 1991.

²⁸⁵ Code de la construction et de l'habitation, ancien article L511-3.

²⁸⁶ Ordonnance n° 2020-1144 du 16 septembre 2020 relative à l'harmonisation et à la simplification des polices des immeubles, locaux et installations.

gravité sont donc liées, le temps pouvant finir par provoquer une certaine gravité (effondrement d'immeuble par exemple)²⁸⁷.

203. Outre ces critères liés à une gravité et une temporalité, de façon générale, et comme il sera développé ci-après s'agissant de la théorie de l'exception, l'urgence entraîne de façon générale une limitation du cadre temporel qui nécessite juridiquement un assouplissement du cadre formel. Cet assouplissement étant proportionné à l'urgence, il ne s'agit pas d'une suppression de ce cadre, mais peut y tendre, comme c'est le cas dans la théorie des circonstances exceptionnelles²⁸⁸, l'administration ne respectant pas la légalité ordinaire, mais ne pouvant pour autant s'exonérer de tout cadre. Là encore, cette théorie fonde son existence sur une gravité et une anormalité, et comme pour l'urgence, une certaine imprévisibilité. Afin que l'administration puisse être en mesure de « *prendre des mesures d'extrême urgence en vue de pourvoir aux nécessités du moment* »²⁸⁹, le juge administratif admet par exemple une extension des pouvoirs de l'administration, à condition que ces mesures soient adaptées et strictement nécessaires. C'est en ce sens et par le biais de l'exigence d'un cadre, même assoupli, lié à des principes juridiques fondamentaux comme les principes de proportionnalité et d'adéquation des moyens aux fins, que l'urgence peut s'exprimer à travers un assouplissement du cadre formel.

204. L'assouplissement du cadre étant lié à l'urgence par le jeu de la proportionnalité, il est évident qu'il peut y avoir dès lors plusieurs urgences, ou plusieurs degrés d'urgence ; d'ailleurs, le juge use tantôt du qualificatif « urgence », tantôt « extrême urgence », ou encore « très grande urgence ». Mais même sans qualifier l'urgence, le juge doit parfois rechercher si la condition d'urgence est remplie, notamment dans le cadre des référés qui l'exigent, et recherche donc des critères qui définissent les contours de l'urgence au sens du droit. En droit

²⁸⁷ En ce sens, un adage latin « *tempus edax rerum* » indique que le temps détruit tout, ou en fonction des traductions, dévore tout. La Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales impose en effet un délai raisonnable, et non rapide, la terminologie « raisonnable », bien que sujette à débat parmi la doctrine, n'en demeure pas loin inconciliable avec l'urgence, ou tout du moins avec la définition de l'urgence selon les critères qui sont ici posés. La Cour EDH appréciant le caractère raisonnable en fonction de la complexité de l'affaire, l'enjeu du litige, et éventuellement des contraintes spécifiques, seules des mesures prises à titre conservatoire peuvent revêtir la caractéristique de l'urgence, c'est-à-dire dans l'objectif de limiter les effets dommageables du temps sur la situation. Cf. Pascal DOURNEAU-JOSETTE, *Convention européenne des droits de l'homme : jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme en matière pénale*, Répertoire de droit pénal et de procédure pénale, Dalloz, Mars 2021.

²⁸⁸ Voir *infra* §474 : « *La Théorie des circonstances exceptionnelles* ».

²⁸⁹ Conseil d'Etat, 4 juin 1947, *Entreprise Chemin*, n° 79511.

administratif, l'urgence est parfois simplement un critère de recevabilité²⁹⁰, qui est considéré ou non comme rempli, dans la recherche d'une atteinte grave et immédiate, découlant de l'un des trois éléments suivants : un intérêt public²⁹¹, la situation du requérant²⁹², ou les intérêts que le requérant défend²⁹³. Le juge prend donc en considération des éléments objectifs, au regard de la gravité de l'atteinte et de la temporalité, mais se fonde également, ou est du moins tenté de se fonder également sur des éléments plus subjectifs, comme le risque de changement brutal d'une situation, qui apparaîtrait difficilement réversible²⁹⁴, ce qui revient en quelque sorte à mesurer les effets de la décision sur la situation du requérant.

205. La notion d'urgence en droit public général ne se définit donc pas sous forme d'une limite stricte et objective, mais plus sous forme d'un *continuum* des effets et conséquences, les effets de l'atteinte justifiant ou non d'un assouplissement de la procédure pour faire face à une atteinte grave et rapide, qui apparaît comme difficilement réversible et inéluctable. Il s'agit de permettre à « l'administration de mener à bien sa mission de service public » car « il est toujours urgent de mettre fin à la paralysie du service public »²⁹⁵.

206. Ici l'administration appréciera l'urgence *ex ante*, contrairement au juge, saisi en cas de contentieux, qui lui opérera une appréciation *ex post* ; une variation de l'appréciation est

²⁹⁰ En l'absence d'urgence, le juge des référés peut la rejeter en vertu de l'article L. 522-3 du CJA. Le juge considère parfois l'urgence comme une condition de saisine ; Conseil d'Etat, Ordonnance du juge des référés, du 20 mars 2001, 230462, mentionné aux tables du recueil Lebon ; Conseil d'Etat, Ordonnance du juge des référés, du 11 juillet 2001, 235603, mentionné aux tables du recueil Lebon ; Conseil d'Etat, 2ème et 7ème sous-sections réunies, 02/03/2012, 352013. Pour autant, l'urgence doit prendre en compte l'ensemble des circonstances de chaque contentieux, Conseil d'Etat, Section, du 28 février 2001, 229562 229563 229721, publié au recueil Lebon. Pour autant, le juge doit toujours faire apparaître les éléments qui le conduisent à considérer la condition ou non d'urgence, voir en ce sens Conseil d'Etat, Section, du 28 février 2001, 229562 229563 229721, publié au recueil Lebon, Conseil d'Etat, Section, du 25 avril 2001, 230025, publié au recueil Lebon ; Conseil d'Etat, 6 / 4 SSR, du 21 novembre 2001, 229809, mentionné aux tables du recueil Lebon.

²⁹¹ Conseil d'Etat, 6ème / 1ère SSR, 05/12/2014, 369522 ; Conseil d'Etat, Section, du 19 janvier 2001, 228815, publié au recueil Lebon, note Mattias GUYOMAR, *Les conditions de mise en œuvre du référé-suspension*, AJDA, 2001, p.150, et note Bertrand SEILLER, *Du neuf avec du vieux : l'urgence en matière de référé-suspension*, Recueil Dalloz 2001, p.1414 ; Conseil d'Etat, 2ème et 7ème sous-sections réunies, 02/07/2008, 310548, Publié au recueil Lebon.

²⁹² Conseil d'Etat, Section, du 28 février 2001, 230112 230520, publié au recueil Lebon ; Conseil d'Etat, 4 / 6 SSR, du 19 octobre 2001, 234352, publié au recueil Lebon ; Conseil d'Etat, Juge des référés, du 1 février 2002, 241204, mentionné aux tables du recueil Lebon ; Conseil d'Etat, 2ème - 7ème chambres réunies, 24/02/2022, 454047.

²⁹³ Conseil d'Etat, Ordonnance du juge des référés, du 19 novembre 2001, 240084, publié au recueil Lebon ; Conseil d'Etat, du 19 septembre 2003, 260199, mentionné aux tables du recueil Lebon ; Conseil d'Etat, 5 / 7 SSR, du 13 novembre 2002, 248310, publié au recueil Lebon.

²⁹⁴ Conseil d'Etat, 5ème et 4ème Paragraphes réunies, 18/11/2009, 327909.

²⁹⁵ J. ARRIGHI DE CASANOVA, Conclusion du Commissaire du gouvernement, Conseil d'Etat, Section, du 9 juillet 1997, 163099, publié au recueil Lebon ; AJDA n°09 du 20/09/1997 p.701.

susceptible d'être perceptible, puisque toute personne placée en urgence²⁹⁶ ne l'appréciera pas de la même façon. C'est pourquoi le juge administratif s'attarde davantage sur l'existence ou non d'une urgence, que sur la qualification de celle-ci, et s'attarde davantage sur les atteintes qui découle de l'urgence, que sur sa description.

B. Les atteintes comme facteurs de gravité

207. L'urgence administrative est à la fois une contrainte, nécessaire et encadrée, et un risque pour les libertés publiques. Bon nombre de procédures constituées pour anticiper des situations d'urgence, comme l'état de siège, les circonstances exceptionnelles sont souvent évoquées, comme étant des outils nécessaires à la République pour faire face à certaines situations graves et imprévues.

La même logique se retrouve dans l'expropriation²⁹⁷, ou des procédures spécifiques²⁹⁸, et permet de répondre à des besoins ou contrer des risques imprévus et graves : c'est sa fonction.

Pour autant, les conséquences qui en découlent sont aussi susceptibles d'emporter de graves atteintes, notamment aux libertés publiques. Ces conséquences sont observables dans des états d'urgence, beaucoup plus que dans des situations d'urgence ; prenant la forme d'un glissement de certaines exceptions dans la norme ordinaire²⁹⁹.

Certaines conséquences restent toutefois observables dans des situations d'urgence, ce qui justifie de recourir à l'urgence contentieuse, qui permet aux justiciables de saisir le juge dans des délais très courts.

²⁹⁶ Ce phénomène s'appelle l'effet tunnel. Camille LAKHLIFI et *al.* *Analyse exploratoire du phénomène d'effet tunnel dans les événements indésirables associés aux soins*, Santé Publique, 34, SFSP n°HS1, 2022 ; Benoît BATAILLE et *al.*, *Formation à la gestion des situations violentes en contexte hospitalier*, Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, 32, mars 2013, n° 3, p. 165-169. Voir également Nicolas LASSOUTANIE, *Urgence estimée par le patient versus urgence évaluée par le médecin dans le cadre des soins non programmés en médecine générale*, Th. Médecine Générale, Toulouse 3, 2021.

²⁹⁷ Voir en ce sens la décision n° 2013-338/339 QPC du 13 septembre 2013 ; Conseil d'État, 6ème / 1ère SSR, 05/12/2014, 369522. Fondé sur l'utilité publique, le juge a eu l'occasion d'accepter comme « urgent » l'aménagement d'un chemin départemental : Conseil d'État, 3 / 5 SSR, du 3 octobre 1973, 83491, mentionné aux tables du recueil Lebon, un lotissement communal : Conseil d'État, Section, du 22 avril 1977, 99106, publié au recueil Lebon, ou la création d'une nouvelle autoroute : Conseil d'État, 5 / 3 SSR, du 17 juin 1983, 06525, mentionné aux tables du recueil Lebon.

²⁹⁸ A l'image des marchés publics, qui peuvent être attribués sans réunion préalable en cas d'urgence impérieuse (CGCT, L.1414-2). Conseil d'État, 7 / 10 SSR, du 1 octobre 1997, 151578, publié au recueil Lebon ; Cour Administrative d'Appel de Marseille, 6ème chambre - formation à 3, 12/03/2007, 04MA00643, Inédit au recueil Lebon, note Laurent MARCOVICI, *L'urgence impérieuse dans les marchés publics*, AJDA 2007, n°27, p.1460

²⁹⁹ Sur l'introduction progressive dans le droit commun de normes issues initialement de mesures d'exceptions, voir notamment « *L'hypothèse de la guerre contre le terrorisme* », Cahn OLIVIER et Alix JULIE (dir.), Paris, Dalloz, 2017. Les articles doctrinaux sont très nombreux à ce sujet, certains étant cités dans la seconde partie, sur l'urgence en situation exceptionnelle : les urgences collectives.

208. Si la mission essentielle des autorités publiques est de maintenir l'ordre public³⁰⁰, cette mission est en principe soumise au principe de légalité qui « *oblige l'administration tant que l'ordre public n'est pas en cause* »³⁰¹ et lorsque celui-ci est en cause, le juge est indéniablement conduit à autoriser cette violation de la légalité sur le fondement « *de la hiérarchie des valeurs sociales, où l'ordre public détient la position suprême* »³⁰². L'impératif finaliste est cependant discutable, d'autant que la finalité de l'ordre juridique est en principe à l'origine d'un principe de relativité des moyens, c'est-à-dire un instrument en vue d'obtenir certains résultats, autrement dit une technique juridique, qui par essence est fondée sur la proportionnalité. Ainsi, justifier l'emploi de certains moyens pour arriver à ses fins n'est pas sans risques, notamment pour les libertés fondamentales, car il pourrait aboutir *in fine*, à une inversion entre la norme ordinaire et la situation d'exception³⁰³, ou aboutir à une remise en cause de certaines libertés (exemple de la conciliation entre sécurité/liberté).

209. La proportion des moyens aux fins est juridiquement déterminée en fonction de certaines hiérarchies de valeurs, et tempérées par certains impératifs de temps et de lieux.

Comme l'illustre le Pr. NIZARD, « *la fin ne justifie pas tous les moyens, seulement ceux qui sont nécessaires à sa réalisation* »³⁰⁴ ; ce qui peut impliquer des atteintes graves aux libertés publiques. Ainsi face à une situation grave, les pouvoirs publics peuvent édicter en urgence des mesures qui emportent des conséquences graves. L'urgence est donc admise en fonction des exigences de l'ordre social, la finalité étant toujours d'assurer la protection de l'intérêt général, ce que résume le Préfet JOUANDET avec sa formule « *l'intérêt primaire de respecter le droit est alors dépassé par l'intérêt supérieur de rétablir la mission sociale du droit* »³⁰⁵. Face à l'urgence, le juge administratif joue ainsi un rôle fondamental, celui d'un interprète d'un droit en perpétuelle adaptation, équilibriste entre les différents intérêts en présence.

210. Saisi en urgence par le biais des référés administratifs, le juge peut ordonner la suspension de l'exécution d'une décision administrative, prendre toute mesure urgente nécessaire à la sauvegarde d'une liberté fondamentale, ou prendre toute mesure utile à titre

³⁰⁰ Le Conseil Constitutionnel a dégagé comme un intérêt général ayant valeur constitutionnelle le maintien de l'ordre public, comme devant être concilié avec la liberté individuelle et celle d'aller : Décision n° 80-127 DC du 20 janvier 1981. Le maire est également tenu du maintien de l'ordre dans sa commune, notamment à travers le maintien de la salubrité, de la sûreté et de la tranquillité publiques (CGCT, L.2215-1). Souvent qualifiée de mission régalienne, la sécurité se décompose classiquement selon le triptyque « Police, Justice, Défense », comme une des raisons d'être de l'Etat. Olivier DIDRICHE, *Services publics régaliens*, Répertoire de service Public, Dalloz, 2020.

³⁰¹ Louis NIZARD, *La jurisprudence administrative des circonstances exceptionnelles et la légalité*, LGDJ, 1963.

³⁰² *Ibidem*.

³⁰³ Introduction progressive dans le droit commun de normes issues initialement de mesures d'exceptions.

³⁰⁴ Louis NIZARD, *ibidem*.

³⁰⁵ Jean JOUANDET, « *Le régime des crises* », Thèse de Doctorat de Droit, 1969.

conservatoire³⁰⁶. Cette urgence contentieuse permet au juge d'être saisi à très brève échéance pour étudier la gravité des conséquences qui découlent directement de la mise en œuvre de procédures administratives, et éventuellement de moduler ces procédures ou de les suspendre afin de minimiser ces conséquences, dans l'attente de la décision du juge du fond.

211. L'urgence contentieuse, contrairement à l'urgence médicale, est difficilement définissable : elle renvoie davantage « à un consensus social, à un ressenti collectif, à une perception commune »³⁰⁷ qu'à une définition précise. Le juge s'attache donc à étudier la légalité des initiatives de l'administration, en prenant en compte que cette dernière a agi sous la pression temporelle et de la nécessité d'action. Certaines situations nécessitent en effet de « *pourvoir en extrême urgence aux nécessités du moment* »³⁰⁸, ce qui permet une action de l'administration irrégulière, sans être illégale pour autant. D'ailleurs, le recours au juge est toujours possible, ce dernier étant amené à examiner la régularité des décisions prises par l'administration, y compris à très brève échéance³⁰⁹.

³⁰⁶ Code de Justice Administrative, L.511-1 à L.523-1.

³⁰⁷ Benoît PLESSIX, Droit administratif général, Paris, LexisNexis, 2022, p.689.

³⁰⁸ CE, Section, 27 novembre 1953, Chambre Syndicale de la propriété bâtie de la Baule, Lebon 1953 p.519.

³⁰⁹ Par le biais des référés ; voir en ce sens, Code de la justice administrative, L.521-2.

II. L'urgence opérationnelle : l'urgence en santé

212. Si la définition de l'urgence médicale apparaît complexe du fait de la multiplicité de ses aspects, l'urgence peut d'une certaine façon regrouper des notions précédemment évoquées, puisque la menace qui pèse sur la victime ou le patient l'expose à un risque, voire un aléa, entraînant avec cela un danger voire un péril, qui impose une action immédiate dans un contexte incertain.

Le point commun réside nécessairement dans la gravité qui découle soit de l'état initial de la victime ou du patient, soit de son état à court terme pouvant s'aggraver significativement, avec un risque de décès, de perte d'une fonction ou d'un organe, d'incapacité ou de handicap important ou durable.

213. La temporalité qui découle de cette gravité avérée ou potentielle est dans le domaine médical une temporalité quasi immédiate, et nécessite une réaction sans délai des professionnels de santé, mais contrairement au péril qui se limite à une temporalité extrêmement réduite et une gravité qui réside majoritairement dans le décès, doit s'entendre de façon plus extensive : l'urgence médicale, et plus largement en santé³¹⁰, se distingue en ce qu'une urgence peut être certes liée à la perte de la vie, mais également à la perte d'un organe, ou d'une fonction de l'organisme³¹¹.

214. Cette urgence est parfois qualifiée d'urgence associée à une spécialité médicale : le risque de perdre un œil est alors une urgence ophtalmique, une urgence liée au mauvais fonctionnement des reins une urgence néphrologique, etc. Le facteur de gravité concernant un organe ou une fonction, l'état de santé du patient est considéré dépendre de celui-ci pour être admis dans le service correspondant. Une urgence pouvant entraîner une autre, les soignants doivent parfois réorienter leur patient dans le service le plus adéquat pour prendre en charge, y compris conjointement, la ou les urgences du patient. C'est également en ce sens que l'urgence peut être multiple et permet d'associer des urgences dites « primaires » et des urgences secondaires : il faut traiter ces urgences par ordre de priorité, sur le même patient. L'urgence peut donc recouvrir plusieurs temporalités, mais toujours à court terme en raison de l'état de santé du patient.

³¹⁰ Les présentes recherches sont en effet articulées au sens du droit de la santé, qui comprend bien évidemment les problématiques médicales, mais également l'urgence pharmaceutique, maïeutique ou encore psychiatrique.

³¹¹ Le terme d'urgence fonctionnelle est également utilisé dans certains documents, notamment émis par les sociétés savantes, et concerne les atteintes pouvant entraîner des handicaps.

215. La gravité de l'état de santé, liée à l'existence d'un péril ou d'une atteinte fonctionnelle ou lésionnelle fonde donc en grande partie l'existence ou non d'une urgence, dès lors qu'elle est entendue corrélativement avec une temporalité de réalisation réduite. En effet, de nombreuses pathologies sont caractérisées par une évolution lente, prévisible, et bien que les conséquences sur la santé soient comparables, n'imposent pas des soins urgents (cancers, maladies cardio-vasculaires...).

La nécessité d'action à court terme réduit la qualité des soins, en raison de la difficulté de prise en compte de la totalité du dossier médical du patient. Il ne saurait ainsi nullement être reproché à des soignants d'avoir pris certaines décisions en fonction des éléments dont ils disposaient, et alors même qu'ils ne pouvaient disposer de la totalité des éléments permettant un diagnostic complet : en ce sens le *damage control*³¹², qui réside dans le principe selon lequel une action rapide est entreprise, tout en sachant qu'elle est incomplète et ne vise qu'à gagner du temps. Ces actions visent à différer l'urgence immédiate à une urgence en quelques heures et permettent d'accéder à des interventions médicales programmées (à très courte échéance), ce qui est révélateur d'incertitudes qui demeurent, et que le juge prendra en considération dans l'établissement de ces décisions. Il en appréciera souverainement les données dont disposaient les soignants au moment même où ils ont pris la décision.

216. La difficulté réside dans l'appréciation de cette gravité, alors même que le temps est compté et qu'il est difficile d'apprécier la situation du patient de façon globale eu égard au peu de temps disponible, et parfois à l'inconscience de la victime. Ainsi, l'urgence n'est pas la même en fonction de la gravité des conséquences, ce qui explique le recours à différentes classifications³¹³ des urgences. D'autant qu'il faut prendre en compte d'autres critères dans la prise en charge de l'urgence médicale, comme le lieu où elle se trouve (préhospitalière ou hospitalière), les ressources disponibles... Dans le cas d'une urgence médicale, la prise en charge idéale est celle qui permet de corréler la gravité avec l'admission dans un service de spécialisé, afin de préserver et rétablir l'état de santé du patient.

217. La gravité s'appréciera donc eu égard à un risque de décès à très court terme du patient, alors que son état de santé ne le laissait pas présager³¹⁴, une brusque aggravation de

³¹² Voir *infra*, §810 et suivants.

³¹³ Par ailleurs, les moyens du service public hospitalier n'étant pas en permanence en adéquation avec les besoins de soins urgents de la population, il faut parfois prioriser les interventions médicales en établissant une échelle de l'urgence médicale, ce qui est loin d'être une chose aisée au vu des très nombreux outils disponibles pour établir des classifications des urgences. Voir en ce sens Société Française de Médecine d'Urgence, Recommandations formalisées d'experts, « *Le triage en structure des urgences* », 2013.

³¹⁴ Ce qui exclut les personnes très âgées, les patients très malades...

l'état de santé, un traumatisme ou une maladie soudaine, qui nécessite une intervention médicale sans délai ou à brève échéance pour éviter des complications et donc des facteurs de gravité supplémentaires.

218. Une difficulté supplémentaire doit être prise en compte et qui concerne des patients qui au cours ou détours d'un examen médical remplissent finalement ce critère : un banal examen peut en effet révéler un critère de gravité, alors même que l'état de santé du patient ne laissait rien présager avant ledit examen, et que l'inverse peut également être vrai. Le patient intrinsèquement « porteur » de l'urgence n'est considéré comme tel que lors de la révélation de son état.

219. Ainsi, un patient « bien portant » de prime abord peut voir sa prise en charge totalement réadaptée lors des résultats de ses examens faisant par exemple apparaître une dissection aortique, amenant les soignants à le considérer comme porteur d'une pathologie d'une gravité extrême³¹⁵. En pareille hypothèse, le juge s'intéresse aux examens pratiqués³¹⁶ ou à l'interrogatoire à caractère médical³¹⁷ permettant d'aboutir au diagnostic et à la caractérisation de l'urgence, mais également à la suite de la prise en charge. Le juge apprécie à la fois la temporalité entre la réalisation des examens et l'établissement du diagnostic³¹⁸, mais également entre celui-ci et la prise en charge du patient³¹⁹.

Ainsi, des délais anormalement élevés entre diagnostic et prise en charge sont *a priori* toujours révélateurs d'une faute³²⁰ s'agissant par exemple d'une dissection aortique, tandis qu'un retard fautif dans le diagnostic de la dissection aortique est beaucoup plus difficile à caractériser.

³¹⁵ E. STEINMETZ, *Diagnostic et prise en charge immédiate des dissections aortiques*, Journal de Médecine Vasculaire, Volume 47, Supplément, 2022, Pages S23-S24, ISSN 2542-4513.

³¹⁶ Cour administrative d'Appel de Marseille, 01/10/2020, 19MA04677, Inédit au recueil Lebon.

³¹⁷ Cour Administrative d'Appel de Marseille, 2ème chambre - formation à 3, 03/12/2012, 11MA04425, Inédit au recueil Lebon.

³¹⁸ Cour administrative d'appel de Paris, Formation plénière, du 15 juin 2005, 01PA03237, publié au recueil Lebon ; sur la pluralité de professionnels conduisant à ce retard, voir Cour administrative d'appel de Douai, 2ème chambre, du 1 juillet 2003, 00DA00233, inédit au recueil Lebon.

³¹⁹ Ce « défaut de mobilisation des moyens disponibles » s'apparente à l'obligation de mobiliser tous les moyens dont il dispose, sans obligation de résultat, quitte à transférer le patient dans un autre établissement ou un autre service : Conseil d'Etat, 5 / 7 SSR, du 16 juin 2000, 196255, publié au recueil Lebon.

³²⁰ La jurisprudence est très complète à ce sujet. Voir pour illustration : Cour administrative d'Appel de Marseille, 2ème chambre, 25/11/2022, 21MA00341, Inédit au recueil Lebon ; en l'espèce le patient est décédé presque trois heures après le diagnostic, durant un transfert hélicoptéré. Voir également : Cour Administrative d'Appel de Marseille, 2ème chambre - formation à 3, 12/03/2015, 10MA03054, Inédit au recueil Lebon ; Cour administrative d'appel de Versailles, 4ème Chambre, 29/12/2009, 08VE02135, Inédit au recueil Lebon.

220. La difficulté réside donc dans la présence de pathologies graves « invisibles » quand un examen fait subitement apparaître une urgence médicale. La gravité de la situation est l'un des éléments fondateurs de l'urgence médicale, un des éléments déterminants, mais qui ne peut être apprécié seul : elle doit être corrélée à une imminence temporelle.

221. L'urgence médicale est donc grave en ce qu'elle nécessite l'intervention du corps médical immédiatement ou à très court délai, et parce que la vie et la santé de la victime ou du patient sont en jeu, soit totalement (pronostic vital), soit partiellement (perte d'une fonction ou d'un organe).

222. Finalement, la gravité en santé est d'appréciation complexe, car elle s'apprécie à l'instant de l'examen médical réalisé, au temps du Kairos, et en ce sens probablement beaucoup plus susceptible de variations en santé que dans d'autres domaines.

Paragraphe 2 : L'urgence : la gravité comme conséquence potentielle

223. Le simple usage du mot « urgent », bien que de plus en plus utilisé à tort dans notre société où les superlatifs sont employés communément, est généralement synonyme de gravité. Ce qui est urgent entraîne une prise en charge immédiate ou sans délai, donc une nécessité d'action, qui, à défaut, peut s'avérer délétère. Cette nécessité d'action est parfois si forte qu'elle impose à celui qui y est soumis de s'exonérer des règles ordinaires pour parvenir à ses fins. C'est le cas par exemple lorsqu'un citoyen constatant qu'un enfant en bas âge est enfermé seul dans un véhicule en plein soleil, par forte chaleur, décide de casser la vitre pour lui porter secours ; le risque de décès par hyperthermie étant bien réel³²¹, il permet l'exonération des règles pénales liées à la dégradation du véhicule. En santé, cela peut également permettre à un citoyen de réaliser des soins ou des actes médicaux sans être médecin³²².

224. L'urgence peut conduire à des dérives pouvant emporter de graves répercussions (I). En général toutefois, les conséquences juridiques de l'urgence en droit de la santé³²³ sont généralement limitées par le recours à des médecins pour la prise en charge, qui en ont d'ailleurs fait une spécialité (II).

³²¹ Karen HO, Ripudaman MINHAS, Elizabeth YOUNG et al., « *Paediatric hyperthermia-related deaths while entrapped and unattended inside vehicles: The Canadian experience and anticipatory guidance for prevention* », *Paediatrics & Child Health*, 25, avril 2020, n° 3, p. 143-148.

³²² Voir en ce sens le paragraphe en *infra* sur les secours maritimes et en milieu périlleux (§668) ; l'éloignement important de ressources médicale en mer permettant de s'exonérer de l'infraction d'exercice illégal de la médecine.

³²³ A titre d'exemple, une injection intramusculaire ou beaucoup plus rare, une exsufflation du poumon à l'aiguille. Voir Seconde Partie, Les dispositifs de l'urgence, *infra* (§521) p.293

I. La conséquence de l'urgence : la gravité des possibles dérives

225. Se trouver placé dans une situation d'urgence est nécessairement inconfortable, d'autant en l'absence d'habitude ou de formation spécifique, le citoyen *lambda* oscillera entre deux attitudes : résoudre la situation sans aucune entorse à la légalité, ce qui parfois peut sembler illusoire ; soit tout tenter pour résoudre la situation, y compris en enfreignant des règles juridiques.

226. L'administration quant à elle, n'hésite que rarement à mettre en œuvre dans l'urgence des mesures exceptionnelles et qui entraînent des conséquences importantes sur le plan juridique : mise en suspens de certains droits, extension de certains pouvoirs, etc. Or, le recours à ces mesures de façon régulière porte en elle des dangers qui lui sont intrinsèques : d'une part elle offre aux dirigeants un panel de pouvoirs beaucoup plus grand (des prérogatives exorbitantes), auquel il est difficile de résister une fois revenu à la normale, et d'autre part, cet extension des pouvoirs a parfois un champ d'application très large³²⁴.

227. Il reste souvent des résidus des états d'urgence dans le droit ordinaire ; l'utilisation abusive de l'urgence peut non seulement vider la notion de son sens, mais remettre en question certaines normes protectrices pour les patients ou les citoyens : certaines mesures édictées en situation d'urgence ont ainsi tendance à subsister même après la disparition de l'urgence³²⁵, par le mécanisme de l'inscription dans le droit commun de certains pouvoirs qui n'étaient pas initialement autorisés en dehors de l'urgence.

228. S'il est plus facile d'illustrer possibles dérives de l'urgence sécuritaire au travers des libertés publiques qu'au travers de l'urgence médicale, toutefois les conséquences sont comparables : l'urgence peut être utilisée à tort à des fins d'intimidation³²⁶, et s'avère difficile à remettre en cause.

³²⁴ Rapport d'information déposé par la commission des affaires européennes *relatif à l'État de droit dans les contextes des états d'urgence sanitaire* (M. Philippe BENASSAYA et Mme Coralie DUBOST), n°4616, octobre 2021

³²⁵ Olivier LE BOT, « *Un état d'urgence permanent ?* », RFDA, Dalloz, 2018, n° 6, p. 1115 ; Conseil d'Etat, Avis sur un projet de loi relatif à la prorogation de certaines mesures de lutte contre le terrorisme du code de la sécurité intérieure, n°393348, Conseil d'Etat, Avis sur un projet de loi prorogeant l'application de la loi n° 55-385 du 3 avril 1955 relative à l'état d'urgence, n°393347 ; voir également les avis du Conseil d'Etat n° 391124 du 2 févr. 2016 ; n° 391834 du 18 juill. 2016 et n° 392427 du 8 déc. 2016. Jean-Louis HALPERIN, et al., *L'état d'urgence : de l'exception à la banalisation*, Presses universitaires de Paris Nanterre, 2017 ; Stéphanie HENNETTE-VAUCHEZ, *La démocratie en état d'urgence : quand l'exception devient permanente*, Paris, Éditions du Seuil, 2022 ; Joel COSSARDEAUX, « *Sécurité : l'exécutif veut pérenniser l'arsenal de l'état d'urgence* », Les Echos, 2017.

³²⁶ C. TREGUIER, « *L'urgence laisse place à l'arbitraire* », Politis, 3 décembre 2015.

229. La France a d'ailleurs au cœur de la crise sanitaire des années 2019-2020-2021 été amenée à utiliser cette notion de façon large, parfois même de façon abusive au sens du juge constitutionnel. Ce dernier considère que certains pouvoirs octroyés sur le fondement du recours à l'urgence étaient inconstitutionnels, au regard de l'intensité des restrictions qu'ils imposaient aux droits et libertés fondamentales³²⁷.

Les conséquences du recours à l'urgence sont donc parfois paradoxales (A), puisque l'urgence invoquée ne s'éteint pas avec la situation, mais semble perdurer au-delà. La gravité de l'urgence découle donc grandement de sa fonction dérogoire (B).

A. Un paradoxe : l'urgence 'durable'

230. Recourir à la notion d'urgence entraîne un paradoxe : d'un côté un appareil législatif ou réglementaire censé inscrire le droit dans la durée, mais qui est largement influencé par l'actualité pour en redéfinir constamment le contenu, et de l'autre, le recours à la notion d'urgence comme censée en suspendre provisoirement l'application pour répondre à une situation exceptionnelle, mais qui tend à se prolonger, entraînant une confusion entre l'exception durable et la norme provisoire.

231. Ce paradoxe a été largement commenté par un auteur, Giorgio AGAMBEN qui qualifie le passage d'une mesure provisoire à une mesure exceptionnelle comme « *une technique de gouvernement [qui] menace de transformer radicalement (et a en fait déjà sensiblement transformé) la structure et le sens de la distinction traditionnelle entre les différentes sortes de Constitution. L'état d'exception se présente dans cette perspective comme un seuil d'indétermination entre démocratie et absolutisme* »³²⁸. Ainsi, lors de l'usage de la notion d'urgence, celui qui en bénéficie est tenté de conserver les pouvoirs accordés et de les utiliser y compris en dehors de la notion d'urgence, qu'importe l'échelle. Bien que plus flagrant à l'échelle d'un Etat que d'un individu, la mécanique reste la même, et AGAMBEN considère qu'une « *démocratie 'protégée' n'est pas une démocratie* », et « *qu'un Etat de droit qui se défend en suspendant certaines de ses propres règles n'est déjà plus un Etat de droit* »³²⁹. Or, la suspension de certaines normes prévues et encadrées par le droit³³⁰, susceptible d'un recours

³²⁷ Pour illustration, voir Conseil Constitutionnel, Décision n°2021-824 DC du 5 août 2021.

³²⁸ Giorgio AGAMBEN, *État d'exception*. Homo Sacer, II, 1. Éditions du Seuil, 2003.

³²⁹ *Ibidem*.

³³⁰ Suspension du droit commun pendant une durée déterminée, au profit d'un droit spécial, par exemple la suspension des pouvoirs de police de l'autorité civile à l'autorité militaire en cas d'état de siège en France.

et d'une annulation ou d'un encadrement, en fait nécessairement une mesure fondée en fait et en droit. De ce fait, l'Etat qui y recourt est à notre sens un Etat de droit. Mais toute la subtilité réside dans l'effectivité du recours au droit ordinaire pour remettre en cause un droit suspendu. Carl SCHMITT quant à lui considère que l'utilisation massive d'une exception³³¹ peut être nécessaire, qu'elle est inséparable de l'Etat de droit, et ne peut donc être qualifiée de dérive puisqu'elle est prévue par le droit.

232. En France, l'utilisation de l'état d'urgence sécuritaire dans la durée a été également une expression de ce paradoxe entre urgence et durée, norme exceptionnelle et norme durable : l'existence d'une menace durable³³², qualifiée de péril imminent durant plus de deux mois en est pour le moins discutable³³³, ce régime exceptionnel se plaçant dans la durée, et s'insinuant ainsi dans la légalité 'normale'.

La mécanique instaurée³³⁴ emporte un effet pervers, puisque « *le garant des libertés devient un combattant, le garde devient le guerrier qui voit en toute personne un ennemi et qui oublie sa mission de sentinelle des droits et libertés* »³³⁵. Dès lors, l'urgence peut emporter des conséquences aussi graves que la cause justifiant son recours, conséquences qui d'ailleurs peuvent même s'alourdir au fil du temps.

233. Parfois l'urgence est invoquée non pas par l'Etat, mais par des particuliers, qui souhaitent le concours de la force publique pour faire exécuter une décision ; or le Conseil d'Etat a admis que l'administration pouvait en cas de nécessité, s'abstenir d'exécuter la décision, ou tout du moins d'accorder les moyens nécessaires à l'exécution (comme la force publique), tout particulièrement lorsque son intervention risquerait de compromettre l'ordre public³³⁶. En effet, dans certaines situations, le concours de la force publique risque d'entraîner des troubles plus graves que ceux que fait naître l'inexécution de la décision ; et dès lors l'administration s'abstient. Pour autant, est-ce possible de qualifier l'inaction d'urgente ? Où

³³¹ Article 48 dans la constitution de la République de Weimar.

³³² Conseil d'Etat, Juge des référés, 27/01/2016, 396220, Publié au recueil Lebon.

³³³ Serge SLAMA « *Un état d'urgence qui s'installe dans la durée est une épée de Damoclès sur nos libertés* ». Journal du Droit Administratif, 2016, in Dossier 01 « Etat d'urgence ».

³³⁴ La même logique aurait pu s'appliquer à la crise sanitaire, or crise sécuritaire et crise sanitaire nous semblent difficilement comparables, la première étant fondée sur des risques difficilement mesurables et qualifiables (le terrorisme), la seconde pouvant être observée, mesurée, qualifiée (taux d'incidence en épidémiologie, taux de positivité des tests, taux de reproductivité, tension hospitalière...). La nécessité étant beaucoup plus mesurable dans le second cas, certaines conséquences n'en demeurent pas moins similaires (assignations à résidence/confinement par exemple), et seront étudiés ultérieurement.

³³⁵ Marie-Laure BASILIEN-GAINCHE, « *Etat d'urgence et lutte contre le terrorisme. La mécanique de l'entropie* », Journal du Droit Administratif, 2016, in Dossier 01 « Etat d'urgence ».

³³⁶ Conseil d'Etat, 30 novembre 1923, *Sieur Couiteas*, n°38284 et n°48688, publié au recueil Lebon.

est-ce urgent d'attendre ? La vitesse et l'inaction sont deux notions antinomiques, et l'urgence ne réside finalement que dans le choix de la décision, et non pas dans la mise en œuvre de cette décision. Face à l'urgence, l'administration peut en effet décider d'agir, y compris par inaction, en respectant le droit ou en y dérogeant. Choisir d'user d'une abstention de l'administration est une action positive puisqu'elle est motivée par une action volontaire : « *la décision de ne pas agir peut être non seulement nécessaire, mais urgente. S'il n'est pas urgent de s'abstenir, il peut être urgent de s'abstenir !* »³³⁷.

La même logique peut s'appliquer au domaine de la santé, dans un contexte d'épidémie par exemple, mais semble plus complexe à appréhender s'agissant de l'invocation de particuliers à particuliers. Nous y reviendrons ultérieurement s'agissant de la crise sanitaire de la COVID-19. Dans tous les cas, le recours à la force publique pour des soins semble quelque peu excessif dans ce domaine.

B. La gravité de l'urgence découlant de sa fonction dérogatoire

234. Les mesures prises dans l'urgence sont généralement dérogatoires, fondées sur l'urgence et la nécessité d'action ; la finalité de la décision de l'administration est en relation directe avec l'urgence de la situation. En effet, plus la situation est grave et dangereuse, plus elle exige de l'administration des décisions contraignantes dont les conséquences emportent des répercussions graves. En ce sens, le Conseil d'Etat use de la notion d'urgence plus facilement pour fonder des mesures restrictives aux droits et libertés des individus : évacuations de zones résidentielles en cas d'incendie ou d'éruption volcanique, restriction à la liberté d'aller et venir dans des situations de menaces sanitaires graves... Ainsi, en cas d'urgence, la réponse de l'administration est d'autant plus forte que la gravité de la situation l'exige et permet l'édiction de normes contraignantes et ce, en raison de la finalité poursuivie, c'est-à-dire lorsque le respect du droit ordinaire ne suffit pas à atteindre la finalité poursuivie.

235. L'administration ne peut ainsi généralement user de moyens ordinaires pour faire face à cette situation extraordinaire, et recourt ainsi à des moyens justifiés par l'adéquation de moyens aux fins. Par exemple, l'urgence permet d'exécuter d'office les décisions de l'administration³³⁸, alors que dans les mêmes circonstances, si la temporalité n'imposait pas de

³³⁷ Pierre-Louis FRIER, *L'Urgence*, LGDJ, 1987.

³³⁸ Conclusion du Commissaire Romieu sous TC, 2 décembre 1902, *société immobilière Saint-Just*, n°00543, publié au recueil Lebon ; voir également Conseil d'Etat, du 7 août 1909, *Winkell*, n°37317.

décision rapide, le juge aurait pu être tenté de qualifier la mesure de voie de fait, ou d'acte administratif illégal. Les réquisitions prises sur le fondement de l'urgence en sont un exemple, puisque les autorités compétentes peuvent procéder à la « *réquisition des moyens nécessaires aux secours* »³³⁹, fussent-ils privés, et que la notion de secours peut être entendue au sens large : elle peut viser par exemple aussi bien l'assainissement permettant la distribution d'eau potable, que la réquisition de moyens agricoles pour faire face aux incendies³⁴⁰, à l'appel à des secours formés à des interventions à haute technicité (par exemple les secours spéléologiques)...

236. Ces mesures prises pour combattre l'urgence peuvent également engendrer des conséquences graves, notamment pour les personnes faisant l'objet de réquisition (atteinte au droit de propriété, restriction de la liberté d'aller et venir...) : bien que la proportion soit toujours recherchée par l'administration, il n'en demeure pas moins que les conséquences de l'action administrative sont susceptibles de créer des conséquences graves, et d'entraîner des dérives attentatoires aux libertés³⁴¹.

237. S'agissant du domaine de la santé, ces dérives sont fortement limitées par le recours à des spécialistes de l'urgence, habitués à travailler dans des conditions dégradées, qu'ils convient d'étudier.

³³⁹ Code de la sécurité intérieure, L.742-12.

³⁴⁰ Cour administrative d'appel de Lyon, 3ème chambre - formation à 3, 23/12/2008, 06LY02329, Inédit au recueil Lebon.

³⁴¹ Voir en ce sens *infra*, Titre 2, Chapitre 2, Section 2 : « *La menace sanitaire sans précédent : l'exemples du SARS-CoV-2, des conséquences juridiques lourdes pour faire faces à l'urgence* ».

II. Des urgences médicales à la médecine d'urgence, une limitation des dérives potentielles

238. L'urgence entraîne donc un certain nombre de conséquences lorsqu'elle est mise en œuvre, tout particulièrement quant aux pouvoirs accrus dont dispose le ou les protagonistes, pour faire face à la situation. Si cette extension est parfois assimilée à de l'autoritarisme ou de la dictature, c'est peut-être en ce que la situation qui résulte de l'urgence conduit à une suspension provisoire du droit. Utilisée comme un outil, l'urgence est ainsi appréhendée par le droit comme facteur d'élargissement des compétences et de pouvoirs, pour atteindre l'objectif poursuivi, mais dans un cadre défini. Cette vision de l'urgence est toutefois généralement fondée sur des situations d'exceptions, non des situations auxquels la confrontation est quotidienne.

239. En effet, lorsque l'urgence est un mode d'exercice quotidien, la délimitation de la norme et de l'exception se pose différemment : en matière médicale, les urgentistes ne sont (en principe) pas confrontés à des pathologies « ordinaires », mais par définition urgentes, puisque c'est le motif qui justifie leur saisine³⁴². Ce mode d'exercice atypique renvoie à une spécialisation rendue nécessaire par le cadre d'exercice, radicalement différent de l'exercice « classique » fondé sur un suivi régulier du patient.

240. L'existence de médecins spécialisés existe au moins depuis Galien, et s'est véritablement intensifiée avec le développement d'hôpitaux et de services spécialisés, notamment au XIX^e siècle. Dans les écoles de médecine universitaire, cette pratique de la spécialisation a été jugée comme essentielle à la recherche et à l'enseignement médicaux, en France comme dans d'autres pays d'Europe³⁴³. Les médecins, quelle que soit leur spécialité, ont en effet souvent à connaître des urgences, dont l'appréciation peut différer, en fonction de leur domaine d'exercice : un ophtalmologue peut traiter des urgences ophtalmiques, un cardiologue des urgences cardiaques, etc. Malgré le socle commun d'apprentissage avant l'internat, certaines spécificités liées à l'exercice de la profession en urgence, voire en urgence comme mode exclusif d'activité, ont cependant conduit la création d'un diplôme d'études

³⁴² Des pathologies « ordinaires » qui n'ont pas été prises en charge à temps et qui se transforment en urgence existent également.

³⁴³ George WEISZ, « Naissance de la spécialisation médicale dans le monde germanophone », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 156-157, n°1-2, 2005, pp. 37-51.

spécialisées de médecine d'urgence en 2015³⁴⁴, qui a été mise en œuvre lors de la rentrée 2017, qui permet « *d'adapter la formation des urgentistes aux exigences de la médecine d'urgence moderne, en particulier dans l'étendue de son exercice (adulte et pédiatrique, médical et chirurgical, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital)* »³⁴⁵. Organisée en trois phases (socle, approfondissement, consolidation), la formation est transversale, avec des modules communs à plusieurs spécialités, des modules spécifiques à la spécialité, mais prenant en compte la multiplicité des cas (urgences pédiatriques par exemple, réanimation...), et des stages en autonomie, sous supervision.

241. Cette extension progressive des compétences des médecins et le basculement de l'urgence comme mode d'exercice quotidien contribue à créer un cadre d'exercice atypique. Toutefois, ce mode d'exercice est complémentaire aux autres, les urgentistes étant spécialisés dans une réponse rapide aux pathologies graves et parfois imprévisibles.

242. L'objectif est donc de former des professionnels aguerris, et conscients que le mode d'exercice diffère grandement. Pour reprendre le parallèle précédent avec les situations d'exception du droit public, « *est souverain celui qui décide de la situation exceptionnelle* »³⁴⁶, tout comme de ces conséquences : le médecin décide à la fois de la qualification de la situation, et de ses conséquences, plus ou moins suspensives du droit ordinaire. Toutefois, en créant la spécialité de la médecine d'urgence, de façon paradoxale, l'urgence devient la norme. De ce fait, la spécialité fonde « le droit ordinaire » de l'urgence médicale, y compris en termes de responsabilité³⁴⁷.

Ainsi ces situations pour pouvoir être traitées efficacement, doivent bénéficier d'une prise en charge des plus précoces, et ce, quel que soit le secteur d'activité où elles surviennent. L'urgence impose une décision double : celle de la qualification et celle de l'action réalisée en conséquence ; et ladite qualification en santé emporte avec elle des conséquences potentiellement graves vis-à-vis des droits du patient³⁴⁸.

³⁴⁴ Arrêté du 13 novembre 2015 *fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine*. Le DESC de médecine d'urgence existe toutefois depuis 2004, et auparavant existait une capacité de médecine d'urgence (entre 2004 et 1998), qui remplaçait la capacité d'aide médicale urgente (entre 1986 et 1998). Ces médecins étaient principalement des médecins généralistes.

³⁴⁵ Bruno RIOU, 2017 : « *L'an 1 du diplôme d'études spécialisées de médecine d'urgence* », Annales Française de Médecine d'urgence, n°7, 2017.

³⁴⁶ Carl SCHMITT, Théologie politique, publié en 1922.

³⁴⁷ Conseil d'Etat, Section, du 20 juin 1997, 139495, publié au recueil Lebon. Le commissaire du gouvernement insiste dans ses conclusions sur le fait que le passage de la faute lourde à la faute simple ne supprime pas pour autant la prise en compte de la difficulté de l'action administrative. La responsabilité sera traitée ultérieurement dans la seconde partie.

³⁴⁸ Voir *Seconde partie : Les conséquences juridiques de l'urgence en droit de la santé*.

243. Pour autant, les professionnels de l'urgence sont formés à ces techniques, en raison notamment de l'intensité des décisions qu'ils ont à prendre, dans une temporalité très réduite lors de la mise en œuvre d'actions pour stabiliser l'état de santé du patient. Ainsi, les professionnels de santé ont comme objectif et finalité, la suppression de l'urgence : le maintien abusif de l'urgence médicale est en contradiction apparente avec l'exercice de la médecine. L'urgence médicale ne saurait par nature perdurer dans le temps, car l'urgence préhospitalière n'excède généralement pas quelques heures, la stabilisation de l'état de santé permettant son transport en milieu hospitalier. Une fois en milieu intra hospitalier, le patient ne demeure rarement plus d'une journée dans le service d'urgence, avant d'être transféré dans le service spécialisé selon son état, qui le soignera de façon ordinaire³⁴⁹. Ainsi, le mode d'exercice limite les dérives notamment grâce à la formation adaptée délivrée aux professionnels de l'urgence médicale. Cette formation permet d'envisager plus sereinement le cadre médico-juridique applicable, qu'il s'agisse notamment des cas de transfusion sanguine en urgence, ou des prescriptions hors AMM en préhospitalier³⁵⁰.

³⁴⁹ Cf. *infra*, « *La Chaîne de Survie Intra-Hospitalière* », (§705) p.403

³⁵⁰ Le cadre médico-juridique sera abordé dans la seconde partie.

CONCLUSION DU CHAPITRE 2

244. Au terme de ce chapitre, l'urgence apparaît indéniablement fondée sur une certaine gravité, et bien que d'autres théories soient également fondées sur cette gravité, l'urgence se révèle autonome, notamment en raison de la temporalité qui impose une réaction immédiate. La gravité peut résulter d'un certain nombre d'éléments et de notions qui croisent l'urgence, et commandent une réaction, par nécessité. Cette réaction peut être hors norme, justifiée par la volonté de préserver la vie humaine ; cet écart ne saurait être sanctionné, car il est conditionné par la volonté de tout mettre en œuvre, à la mesure de l'urgence et de façon proportionnée.

245. Si l'urgence médicale justifie de s'écarter des normes ordinaires, il convient de rappeler que le droit français connaît d'autres théories qui justifient l'emploi d'un droit « extra » ordinaire, notamment la théorie de l'exception et la théorie de la dérogation. Il convient ainsi de s'interroger sur la façon dont ces théories s'articulent, afin de comprendre si l'urgence tend davantage à la dérogation ou à l'exonération de la norme ordinaire. L'étude de ces théories permettra également de poursuivre la réflexion sur l'adéquation des moyens aux fins, et d'affiner la recherche de proportionnalité.

CONCLUSION DU TITRE 1

246. La notion d'urgence, polymorphe, doit être entendue comme existante dès lors que la temporalité est courte, et que la gravité est forte : la corrélation des deux impose alors une action, cette nécessité pouvant être contrainte par les situations, particulièrement lorsqu'il existe une inadéquation entre l'urgence et les moyens pour y faire face. Celui qui est confronté à l'inconnu de l'urgence agira de façon différente que celui qui y est habitué et en capacité de prendre des mesures préventives pour y faire face.

247. L'urgence en droit de la santé n'est pas nécessairement liée à la contrainte d'évaluer plusieurs urgences entre elles, lorsque celles-ci surviennent simultanément. En revanche, des situations exceptionnelles peuvent rendre inévitable la hiérarchisation des urgences, afin de définir des priorités de prises en charge. Il conviendra ainsi de s'intéresser aux dispositifs de l'urgence, tant en situation courante qu'en situation exceptionnelle.

TITRE II : L'URGENCE, ENTRE DEROGATIONS ET APTITUDES AUX DROITS

248. Il convient de s'intéresser à l'impact de l'urgence sur les droits des patients et les obligations des professionnels de santé. Le code de la santé publique reconnaît à toute personne le droit d'être informée sur son état de santé, le débiteur de l'obligation étant le professionnel de santé, et seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser³⁵¹. Le consentement libre et éclairé du patient doit également être recherché, sauf à ce que la personne soit hors d'état d'exprimer sa volonté et en cas d'urgence ou d'impossibilité³⁵². Afin de tenter de restituer les conséquences juridiques de l'urgence dans le domaine de la santé, il semble donc important de commencer par l'étude des ajustements et adaptations du droit, face à l'urgence en santé (Chapitre 1).

249. Pour autant, la prise en charge ne se résume pas uniquement à l'information et au consentement des patients, et il conviendra également de s'intéresser à la prise en charge opérationnelle du patient, en termes de ressources médicales et logistiques, afin d'envisager la totalité des conséquences juridiques de l'urgence sur le patient. L'accélération du temps par l'urgence (Chapitre 2), nous le verrons, ne doit pas omettre la recherche de l'adéquation des moyens aux fins, les prises en charge ne pouvant être comparables en préhospitalier et en milieu hospitalier.

³⁵¹ Code de la Santé Publique, L.1111-2.

³⁵² Code de la Santé Publique, L.1111-4.

CHAPITRE I : LES AJUSTEMENTS ET ADAPTATIONS DU DROIT A L'URGENCE EN SANTE

250. L'information et le consentement du patient sont dus aux patients, c'est-à-dire qu'ils constituent des droits par principe, et que seules des situations spécifiques peuvent dispenser les professionnels de leur respect. Ces situations sont prévues par des dispositions législatives, réglementaires et déontologiques, et visent l'urgence ou l'impossibilité. Le consentement libre et éclairé découlant de l'information, il conviendra dans un premiers temps d'étudier l'information face à l'urgence (Section 1), puis de s'intéresser au consentement (Section 2).

Section 1. Information et urgence

« Le contrat médical correspond nécessairement
à un acte de confiance double :
celui d'un ignorant envers un savant,
celui d'un faible envers un protecteur »³⁵³

251. Si la victime ou le patient est, hors urgence, nécessairement placé dans une relation de soin asymétrique vis-à-vis des professionnels de santé, il l'est encore davantage en urgence : le patient souffre d'un mal qui doit être soigné rapidement, parfois quitte à déroger à certains de ses droits fondamentaux, notamment le droit d'être informé³⁵⁴. Toutefois, si le malade s'en remet totalement aux sachants, il ne peut renoncer à l'exercice de ses droits tout comme il ne peut délier ses soignants de leurs devoirs. Il importe ainsi au médecin « *de libérer et éclairer une volonté asservie et obscurcie par l'ignorance de son état* »³⁵⁵ en informant son patient de l'ensemble des éléments pertinents à sa disposition. D'ailleurs, dans le cadre de l'urgence, la notion de « relation de soin », paraît abstraite, la notion de relation désignant « *une dimension de la sociabilité humaine [qui] révèle des facteurs cognitifs et émotionnels à l'œuvre* »³⁵⁶. Pourrait lui être substituée la notion « d'interaction », qui est plus significative, puisqu'elle « *suppose une mise en œuvre concrète de deux personnes qui vont développer entre elles une succession d'échanges* »³⁵⁷.

252. Le fondement de l'obligation d'information du médecin à l'égard de son patient trouve l'une des origines dans l'arrêt Teyssier de 1942³⁵⁸, unanimement reconnu comme faisant de l'information un élément du contrat médical³⁵⁹ qui se crée entre le patient et médecin. Quelques années plus tard, l'affaire « MARTIN contre BIROT »³⁶⁰ détaille davantage les obligations qui pèsent sur le médecin : « *vu les articles 1147 et 1315 du Code civil ; Attendu que, si le contrat qui se forme entre le chirurgien et son client comporte, en principe,*

³⁵³ René SAVATIER, Henri PEQUIGNOT, Jean-Marie AUBY, et Jean SAVATIER. *Traité de droit médical*. Librairies techniques, 1956.

³⁵⁴ Le devoir d'information du professionnel de santé trouve son fondement dans l'exigence du respect du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine. Voir en ce sens, Cour de Cassation, Chambre Civile 1, du 9 octobre 2001, n°00-14.564, Publié au bulletin.

³⁵⁵ Diane ROMAN. *Le respect de la volonté du malade, une obligation limitée ?* Revue de droit sanitaire et social, Dalloz, 2005, pp.423-441.

³⁵⁶ Gustave-Nicolas FISCHER, *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, 2ième édition, Dunod, 1996

³⁵⁷ *Idem*.

³⁵⁸ Cour de Cassation, Chambre des requêtes, 28 janvier 1942, Teyssier.

³⁵⁹ Cour de Cassation, Chambre civile 1, 3 juin 2010, 09-13.591, Publié au bulletin.

³⁶⁰ Cour de Cassation, Chambre civile, 29 mai 1951, *Consorts Martin contre Birot*.

l'obligation pour le praticien de ne procéder à telle opération chirurgicale déterminée, par lui jugée utile, qu'après avoir au préalable obtenu l'assentiment du malade, il appartient toutefois à celui-ci, lorsqu'il se soumet en pleine lucidité à l'intervention du chirurgien, de rapporter la preuve que ce dernier a manqué à cette obligation contractuelle en ne l'informant pas de la véritable nature de l'opération qui se préparait, et en ne sollicitant pas son consentement à cette opération ».

253. La jurisprudence est constante en matière d'information préalable du patient, finalement relié au principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine³⁶¹ et au droit au respect de l'intégrité corporelle. Ce dernier ne permet aucune atteinte au corps sans le consentement de la personne concernée, laquelle doit être préalablement informée³⁶². Les mêmes exigences existent par ailleurs en droit européen³⁶³. La loi du 4 mars 2002³⁶⁴ institue ce droit dans le code de la santé publique dans l'article L. 1111-4 qui présente l'information comme un facteur déterminant de la décision du patient concernant sa propre santé, fondant une décision conjointe.

254. En situation courante (hors urgence), chaque individu fait le choix individuel et libre de consulter un médecin, support de la confiance qui se forme entre le professionnel de santé, qui l'informe et répond à ses questions et interrogations. Le motif de consultation, les informations échangées ou cours de la consultation sont alors soumises aux impératifs du respect de la vie privée et du secret professionnel.

En cas d'urgence, afin d'établir un diagnostic rapide, l'ensemble des informations du malade doivent circuler rapidement entre les professionnels de santé, mais également de l'entourage vers ces professionnels. Par ailleurs, le patient n'a pas d'autre option que s'en remettre au médecin, qu'il ne choisit pas : il ne peut que faire confiance au soignant pour sa prise en charge. Pour autant, tout au long de la prise en charge, le patient doit être informé par son médecin, droit qui s'impose même sous la pression de l'urgence (§ 1), mais de façon plus elliptique (§ 2).

³⁶¹ Cour de Cassation, n°00-14.564, *précité*; et plus récemment : C. Cassation, Civ. 1^{re}, 12 juin 2012 n° 11-18.327.

³⁶² Code civil, article 13-3. Voir en ce sens Cour de cassation, Chambre civile 1, 28 janvier 2010, 09-10.992, Publié au bulletin. Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 *relative au respect du corps humain*.

³⁶³ CEDH, 2 juin 2009, n° 31675/04.

³⁶⁴ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*.

Paragraphe 1 : Le droit à l'information pour le patient, y compris pendant un épisode d'urgence médicale

255. L'information du patient par le professionnel de santé, particulièrement ciblé sur les médecins, est l'un des fondements du droit de la santé. La délivrance de l'information (I) comprend un certain nombre d'éléments qui nécessitent une attention particulière, tout comme l'exige la détermination des destinataires de celle-ci (II). De façon plus singulière l'information doit aussi être étudiée au regard de la douleur et de l'altération des capacités (III).

I. La délivrance de l'information dans l'urgence

256. La délivrance d'information requiert du temps, de la disponibilité, et un environnement adapté ; bien souvent, elle exige d'être délivrée de façon progressive et réitérée chaque fois que nécessaire. Or, la notion même d'urgence exclut cette temporalité, ou en tous cas la réduit considérablement.

257. Du point de vue juridique, une information pour le patient doit être donnée, et *a fortiori* comprise, bien que le simple fait de donner l'information ne suffise pas, et que l'urgence puisse être synonyme de conditions dégradées (douleurs, bruits, préoccupations diverses...). Il faut ainsi s'intéresser au contenu et à la qualité de l'information (A), à ses modalités et aux preuves (B), ainsi qu'à sa temporalité (C), l'information étant délivrée tout au long de la prise en charge du malade.

A. Contenu et qualité de l'information

258. Si l'information en droit de la santé est essentielle et permet à tout un chacun de consentir de manière libre et éclairée aux soins auxquels il peut être soumis, notamment dans le cadre de l'urgence, il n'en demeure pas moins que l'information ne peut être cantonnée à cette stricte fonction préalable du consentement. Son contenu dépend de la personne qui la porte à la connaissance de la victime ou du patient et sa qualité doit toujours être garantie.

259. Le patient doit être informé afin d'être à même d'apprécier la gravité potentielle de sa pathologie. Cette information doit porter sur son état de santé (véritable bilan thérapeutique³⁶⁵, qui dans l'urgence peut se résumer à un diagnostic présumé ou probable), comme sur son évolution éventuelle³⁶⁶ bien que cela soit parfois complexe dans l'urgence³⁶⁷. Certaines situations très spécifiques peuvent poser la question du refus du patient d'être informé, qui sera étudiée ultérieurement³⁶⁸.

³⁶⁵ P. SARGOS, « *Jurisprudence civile de la Cour de cassation en matière médicale* », Rapport de la Cour de cassation pour 1996, La Documentation française, 1997.

³⁶⁶ Et donc nécessité de contacter le service d'aide médicale urgente si les symptômes persistent ou s'aggravent en pareille hypothèse, faute de quoi le médecin ne fournit pas aux patient « *l'information appropriée qu'appelait le contexte de son intervention* ». Voir en ce sens CDNOM, 19 décembre 2018, n°13393. Cette information se fait toujours conformément aux données acquises de la science. Voir en ce sens Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 5 mars 2015, 14-13.292, Publié au bulletin.

³⁶⁷ Notamment face au mutisme du patient. Voir en ce sens Cour d'appel de Douai, ch. 03, 16 avril 2015, n° 15/307.

³⁶⁸ Deux maladies non infectieuses figurent par ailleurs sur la liste des maladies à déclaration obligatoire, Code de la santé publique, article L.3113-1, R3113-4, D.3113-6 et D.3113-7. Le mésothéliome étant un cancer lié à l'exposition à l'amiante, la révélation d'une urgence paraît éloignée de la réalité. Le saturnisme infantile, lié à une intoxication au plomb, paraît plus plausible en urgence. Si le patient « à un droit à l'ignorance », il ne faut pas pour autant que ce refus d'être informé puisse représenter un danger pour autrui, notamment le risque de contamination ; voir en ce sens Arrêté Ministériel du 22 octobre 2012 *habilitant le préfet du département de l'Aveyron à prendre des mesures de confinement de toute personne atteinte d'une pathologie hautement contaminante*. Le Préfet avait motivé sa décision par le refus de l'individu atteint d'une forme de tuberculose résistante et contagieuse de suivre « *le traitement qui lui a été proposé et de se tenir isolé des autres personnes saines de son entourage* ».

B. Teneur de l'information

260. Le patient sera informé dans la mesure du possible (ce qui suppose notamment qu'il soit conscient) sur les gestes entrepris, mais également la nature de l'opération ou de l'intervention, son ampleur et ses conséquences possibles, et les risques et les complications potentielles³⁶⁹. Tant que l'urgence n'est pas à son paroxysme, l'information sera adaptée comme un curseur sur une échelle : le contenu de l'information, habituellement dense, et relativement complexe, l'est encore plus en situation d'urgence et nécessite une formation accrue du personnel. Les centres d'enseignement des soins d'urgence jouent à cet égard un rôle important, en formant les personnels infirmiers et médecins à parler à leur patient et leur expliquer l'ensemble des gestes entrepris en situation d'urgence.

261. Une intervention décidée rapidement, dans une urgence certaine, peut conduire un médecin à n'être pas en mesure d'informer totalement son patient, dans la mesure où le praticien *« ne pouvait savoir exactement l'ensemble des gestes qu'il aurait à réaliser suivant l'évolution au cours de l'intervention »*³⁷⁰. Cette situation est très commune dans le cadre de la chirurgie exploratoire, ou dans le cadre d'une urgence rendant nécessaire d'agir rapidement, sans pour autant pouvoir mettre en œuvre tous les outils de diagnostic préopératoires normalement utilisés avant une opération. Le médecin peut ainsi se borner à informer le malade sur *« la gravité de la situation et de la complexité du geste qu'il allait devoir peut-être accomplir »*³⁷¹. C'est ici la temporalité qui impose de se restreindre à une information générale sur un passage dans un bloc opératoire par exemple, la gravité seule ne suffisant pas. Surtout que dans l'urgence, il n'existe pas toujours de dossier médical de suivi du patient : entre le primo intervenant et le retour au domicile du patient, une multiplicité de personnels est susceptible d'intervenir sans pour autant avoir une parfaite coordination des informations dont ils disposent, pour informer le patient au fur et à mesure de sa prise en charge.

³⁶⁹ Si en situation courante, une information complète est nécessaire, elle ne l'est pas dans les cas pour lesquels il n'existe aucune alternative thérapeutique : les juges considèrent que l'absence d'alternative thérapeutique fonde l'intervention comme étant impérieusement requise, de telle sorte que l'absence d'information n'est pas de nature à être sanctionnée. Voir en ce sens : CDNOM, 05 mai 2015, n°11576 ; Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 06/03/2015, 368010, Inédit au recueil Lebon ; CDNOM, 4 juillet 2015, n°12474 et n°12143. En l'absence de risques normalement prévisibles, le droit à l'information ne saurait être méconnu. Voir en ce sens, Cour administrative d'Appel de Versailles, 4ème Chambre, 21/04/2015, 14VE00517, Inédit au recueil Lebon.

³⁷⁰ CDNOM, 22 mars 2005, n°8967.

³⁷¹ *Ibidem*.

262. L'information doit donc en principe être délivrée quant aux actes envisagés, mais également sur la qualité des intervenants³⁷², seule l'urgence exonérant ces derniers de détailler leur statut (médecin, interne, infirmier, externe...).

263. Hors urgence, une situation grave impose au praticien d'expliquer en quoi consiste exactement l'intervention qu'il estime nécessaire, son ampleur et ses conséquences possibles³⁷³. Le patient doit être à même d'appréhender la gravité potentielle de sa pathologie et des complications potentielles, et être informé des suites susceptibles de se produire. Dans les cas d'une pathologie de gravité majeure, elle doit inciter le médecin à une particulière vigilance en matière d'information sur ce point en attirant l'attention du patient de façon formelle sur ce qui pourrait en résulter³⁷⁴. Si cette gravité est corrélée à une temporalité d'action très courte, alors, et seulement à ce moment-là, l'information pourra ainsi être réduite de façon drastique. Dans tous les cas toutefois, l'information délivrée devra être de qualité, c'est-à-dire « *simple, approximative, intelligible et loyale* »³⁷⁵, bien que l'approximation disparaisse par la suite³⁷⁶ pour une « *information loyale*³⁷⁷, *claire et appropriée* », qui sera reprise dans le code de déontologie médicale³⁷⁸. La clarté ou la simplicité doivent être appréciées en fonction du patient, l'information devant être « *adaptée à sa personnalité et à son état* »³⁷⁹ ; le vocabulaire médical complexe sera jugé inadapté³⁸⁰, privilégiant le critère de la bonne compréhension par le patient³⁸¹. Dès lors que chaque personne dispose d'une capacité d'assimiler l'information de

³⁷² Cour d'appel de Rouen, ch. civile 01, 10 février 2016, n° 15/00929 ; en l'absence de caractère d'urgence, le patient devait être informé que l'anesthésie serait réalisée par un infirmier en lieu et place d'un médecin. Ce qui signifie donc par opposition, que l'urgence exonère de détailler la qualité des intervenants par exemple, mais également de façon extensive, sur les gestes médicaux et paramédicaux entrepris.

³⁷³ CDNOM, 04 mai 2013, n° 11073.

³⁷⁴ CDNOM, 05 mai 2015, n°11576.

³⁷⁵ Cour de cassation, Chambre Civile 1, 21 février 1961 (publication n°115).

³⁷⁶ Cour de cassation, Chambre Civile 1, 5 mai 1981, Gazette au Palais, 1981, p.352.

³⁷⁷ La loyauté de l'information médicale étant très peu explicitée par la jurisprudence, c'est sans nul doute par sa nature délicate, « *aux confins de la déontologie, de la psychologie, du droit, de la courtoisie et de la peur* ». Étude de M. Jean-François BURGELIN, procureur général près la Cour de cassation, « *L'obligation d'informer le patient expliquée aux médecins* », in Rapport annuel et Étude annuelle de 1999, [en ligne] disponible sur www.courdecassation.fr. L'information doit ainsi être donnée au moment opportun, c'est-à-dire qu'elle ne doit pas être tardive, ni dans des conditions inopportunes, telle qu'une position d'examen ou d'intervention. Voir en ce sens Conseil d'État, 4ème et 1ère chambres réunies, 24/10/2018, 404660 ; Conseil d'État, 4ème / 5ème SSR, 19/09/2014, n°361534, mentionné aux tables du Recueil Lebon ; CDNOM, 21 février 2019, n°13422, précité.

³⁷⁸ Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale ; R.4127-35 du CSP.

³⁷⁹ *Idem*.

³⁸⁰ Voir en ce sens : CNOM, 25 novembre 2013, n°11906. Voir également Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 16 janvier 2013, 12-14.097, Inédit.

³⁸¹ Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, recommandations de mars 2000 « *Information des patients. Recommandations destinées aux médecins* ».

façon différente, les magistrats recherchent si l'information a été personnalisée, témoignant « d'une écoute et d'une réactivité adaptées et des explications appropriées »³⁸².

C. Modalité et preuve de délivrance de l'information

264. Les modalités de délivrance de l'information reposent sur l'information orale, y compris en cas d'urgence, au cours d'un entretien individuel ou accompagné³⁸³.

265. L'entretien individuel est la modalité de délivrance de l'information par défaut³⁸⁴, en ce que le code de la santé publique en fait mention dans le même article que celui du droit à l'information des patients, sans évoquer les autres possibilités. Durant l'entretien individuel, il existe un principe de primauté de l'information orale³⁸⁵, qui découle de la nécessité du dialogue afin de s'assurer que l'information soit comprise et complète dans le sens où le médecin doit être en mesure de répondre aux interrogations de son patient.

266. Si l'urgence ou l'impossibilité dispensent les professionnels de leur obligation d'information, il convient toutefois d'opérer une première distinction, lorsqu'il est impossible d'informer une personne sur son état de santé, par exemple si celle-ci est inconsciente³⁸⁶, et qu'il existe en outre une urgence médicale. Le cumul de ces deux éléments justifie effectivement et sans aucun doute d'exonérer les professionnels de santé de cette obligation d'information. Cependant, cette exigence sera toutefois nécessairement transférée au bénéfice de la personne de confiance ou des proches de la victime, à condition qu'ils soient présents. L'urgence médicale primant sur l'obligation d'information, si dans un cadre préhospitalier

³⁸² CDNOM, 10 juillet 2019, n°13853.

³⁸³ Si le patient peut être accompagné dans un certain nombre de cas, les proches souhaitant entourer le malade, il convient toutefois de s'assurer du souhait de celui-ci quant à l'information de ses proches, ou à son information en présence de ses proches. C'est assez complexe dans l'urgence, où la proximité des proches peut être difficile à gérer. Dans un contexte d'urgence, cet entretien peut prendre davantage la forme d'un recueil d'informations qu'une transmission (recherche des antécédents médicaux...) d'une information aux personnes présentes.

³⁸⁴ CSP, article L.1111-2.

³⁸⁵ Ainsi, le professionnel n'a pas à constater par écrit que l'information a bien été délivrée ; CA Paris, 1ère ch. B, 5 mars 1987, D. 1987, 419, 1ère esp., obs. J. PENNEAU, Civ., 1ère, 29 mai 1984, D. 1985, 282, 3ème esp., note BOUVIER. Même en l'existence d'écrit, les indications orales priment s'il ressort de celles-ci qu'elles sont comprises, voir en ce sens CDNOM, 20 juillet 2011, n°11125.

³⁸⁶ Si la victime est inconsciente, dans tous les cas préhospitaliers, la médecine considère qu'il existe une urgence d'origine traumatique, métabolique, toxique ou neurologique entraînant l'inconscience, et que l'urgence est de découvrir l'origine de cette inconscience, permettant une prise en charge adaptée. Aussi, il ne sera pas traité de l'inconscience sans urgence, qui d'une part en préhospitalier ne peut être affirmée avec certitude (en l'absence d'examen complémentaires, réalisables à l'hôpital), et d'autre part serait probablement traitée de la même façon.

aucun proche n'est présent, cette information sera différée en milieu hospitalier, plus à même de réaliser cette action.

267. L'exonération de l'information ne semble toutefois pas être absolue mais davantage conçue de façon parcellaire et en ce sens, plusieurs cas sont à envisager.

Lorsque la victime est consciente, mais en situation d'urgence médicale, tout dépend de la pathologie de la victime. Pour autant, les intervenants tentent d'informer la victime sur les actions entreprises, sur l'état actuel 'visible'³⁸⁷ de la victime, les gestes et manœuvres effectués et leur utilité.

268. Par ailleurs, plus la situation nécessite une intervention ou un acte médical dans un temps réduit, plus la fenêtre de l'information se réduit. Dans l'hypothèse où le patient est conscient, mais qu'un risque vital apparaît de façon subite, même si le malade pourrait être informé, le temps passé à l'informer, dans la volonté seconde de recueillir son consentement, peut s'apparenter à « une perte de temps » et donc une perte de chance de survivre à ce risque vital. Cette hypothèse semble cependant de portée limitée dans la mesure où la parole ne ralentit pas nécessairement la mise en œuvre d'opérations médicales.

269. L'information a souvent une incidence directe sur l'état de santé du patient, et cela peut être au profit du patient, comme à son détriment : une personne peut ainsi être rassurée d'être informée sur des gravités finalement relatives, être apaisée de se sentir prise en charge par une équipe compétente, et ainsi voir ses constantes se tempérer³⁸⁸. A l'inverse, une victime à qui l'on annonce une opération très invasive par exemple, ou la gravité de son cas, est susceptible de manifester de la peur et de l'anxiété, qui peuvent dégrader de façon significative son état de santé. Dans les deux cas, lui resteront différentes craintes : être transportée dans un lieu inconnu, être prise en charge par des équipes qui le sont également, avoir mal, subir des complications... Si ces craintes existent également dans le cadre des urgences hospitalières, elles sont cependant minorées par le fait de se savoir au sein même d'un établissement de santé. Dans le cas du préhospitalier, l'information par les professionnels de santé est à replacer dans son contexte, c'est-à-dire au mieux au domicile de la victime, et au pire sur la voie publique ou

³⁸⁷ En l'absence de matériel très sophistiqué d'imagerie, les médecins se basent essentiellement sur la clinique du patient.

³⁸⁸ Les « constantes » sont les valeurs de chaque organe, la tension artérielle indiquant le fonctionnement du cœur, qu'il faut corréliser avec le pouls, la fréquence et l'amplitude respiratoire qui se corréle avec la saturation en oxygène contenue dans le sang, la douleur exprimée, la température...

dans un lieu public avec du monde, du bruit, de la luminosité parfois inadaptée³⁸⁹, autant de facteurs qui sont défavorables à la communication, l'écoute et la compréhension.

270. Initialement à la charge du malade³⁹⁰, la preuve appartient désormais³⁹¹ à « celui qui est légalement ou contractuellement tenu d'une obligation particulière d'information »³⁹², c'est-à-dire au médecin³⁹³ ou à son établissement, qui peut la rapporter par tout moyen, essentiellement à partir du dossier médical. Lorsque plusieurs médecins prennent en charge le même patient, ce devoir d'information pèse sur chacun d'eux en ce qui le concerne, ou, s'agissant d'une même intervention, prescrite par un médecin et réalisée par un autre, ce devoir d'information pèse sur les deux médecins³⁹⁴, ce qui peut être qualifié d'obligation partagée.

271. Par ailleurs, un médecin qui reçoit un patient doit vérifier que l'intéressé a, antérieurement, effectivement reçu l'information³⁹⁵ prévue, et à défaut la délivrer. En cas de difficultés, la preuve de délivrance pourra être présumée et être apportée par tous moyens³⁹⁶.

272. L'absence de contestation de certains éléments est de nature à fonder un premier type de présomption que les obligations légales aient été remplies³⁹⁷. A l'inverse, en cas de litige, le patient n'a pas à rapporter de preuve négative, c'est-à-dire d'inexécution de l'obligation, ce qui serait par ailleurs extrêmement délicat et enlèverait toute l'effectivité de la norme. Ce qui

³⁸⁹ Pour se rendre compte de la situation que peut vivre une victime dans ce cas, l'exemple le plus parlant est celui d'un accident de la circulation, impliquant des opérations de désincarcération, longues et bruyantes, des odeurs, des flash des gyrophares... autant de facteurs qui rendent peu probable la compréhension d'informations complexes données par le médecin.

³⁹⁰ Cour de Cassation, Chambre civile, 29 mai 1951, *Consorts Martin contre Birot*.

³⁹¹ Pour un rappel sur l'évolution, voir Didier CHAUVAU, *L'obligation du médecin d'informer le patient*, RFDA 2000, p. 641 ; Pierre Bon, « Devoir d'information du médecin : alignement de la jurisprudence administrative sur la jurisprudence judiciaire » RFDA 2000, p. 654 ; Jean PENNEAU, « Le médecin étant tenu d'une obligation particulière d'information vis-à-vis de son patient, c'est à lui qu'il incombe de prouver qu'il a exécuté cette obligation », Recueil Dalloz 1997, p.319.

³⁹² Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 25 février 1997, 94-19.685, Publié au bulletin.

³⁹³ CSP, Article L.1111-2, Alinéa 7. Il appartient au médecin « de fournir tout élément de preuve sur la nature et la qualité des informations qu'il a données à son patient pour permettre au juge, sur la base de ces éléments, de décider si cette information a été loyale, claire et appropriée » CDNOM, 22 novembre 2010, n°10600

³⁹⁴ Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 14 octobre 1997, 95-19.609. D'autant que « le degré de diligence du praticien s'accroît avec sa spécialisation », voir en ce sens Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 18 décembre 2002, 01-03.231, Publié au bulletin.

³⁹⁵ Conseil d'État, 5ème - 6ème chambres réunies, 13/11/2019, 420299.

³⁹⁶ Les juges admettent ainsi tout document, y compris des extraits de journal intime, ainsi que les échanges, oraux ou écrit (correspondance, mails ...), tant avec le personnel paramédical qu'avec des proches. Voir en ce sens CDNOM, 07 avril 2017, n°12171 ; Cour d'Appel de Dijon, 10 juillet 2014, 12/02147 ; CDNOM, 07 avril 2017, n°12171, précité.

³⁹⁷ Conseil d'État, 4ème / 5ème SSR, 18/03/2015, 363985.

explique que la juridiction administrative³⁹⁸ ait mis à la charge du médecin la charge de la preuve avant qu'elle soit législativement consacrée³⁹⁹.

Le second type de présomption est d'origine prétorienne⁴⁰⁰, et repose sur l'existence d'un très large spectre d'informations qui permettent de penser de façon suffisamment objective que l'obligation a été respectée. L'existence de divers entretiens avec le médecin, la prise de décision après un temps de réflexion très long, la manifestation de l'hésitation et de l'anxiété avant l'opération, ou la suite des événements⁴⁰¹, constituent un faisceau d'indices soutenant la présomption que le praticien a informé son patient des risques⁴⁰². Dans des situations présentant un caractère plus dramatique et d'évolution plus rapide, le temps de réflexion étant dès lors plus court, l'existence d'une information maintes fois répétée, et d'échanges quotidiens avec les différents intervenants, constitue également une présomption d'information⁴⁰³.

Enfin, certaines informations sont présumées par l'existence de la délivrance d'autres éléments : par exemple l'ignorance de l'engagement du pronostic vital ne saurait être raisonnablement soutenue lorsque les médecins ont expliqué la gravité de l'état de santé du patient, et qu'il convenait de limiter les soins à des soins palliatifs et de confort⁴⁰⁴, ce qui par ailleurs avait déjà été fait à l'occasion de précédentes hospitalisations. L'existence de la délivrance d'un certain nombre d'informations permet donc de présumer que d'autres ont éventuellement été données.

273. Dans une prise en charge urgente, le malade est plus que susceptible d'être pris en charge par plusieurs médecins, et il revient à chaque médecin, indépendamment des autres, d'informer son patient des éléments dont il dispose et relevant de sa discipline (urgentiste, chirurgien, radiologue...) : il ne peut supposer que d'autres médecins l'ont déjà informé. En ce sens, la traçabilité de l'ensemble des éléments d'information donnés au patient est primordiale, et permet d'assurer « une continuité de l'information », tout particulièrement s'agissant d'une succession d'informations issues de plusieurs spécialités. Ainsi, en préhospitalier, dès lors que des informations sont connues, elles suivent le patient jusqu'à son hospitalisation, et l'ensemble des documents sont versés au dossier médical. Par ailleurs, les magistrats se fondent sur le

³⁹⁸ Conseil d'État, Section, du 5 janvier 2000, n°181899, publié au recueil Lebon.

³⁹⁹ Par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*.

⁴⁰⁰ Ici, le juge est tant judiciaire, administratif que disciplinaire.

⁴⁰¹ CDNOM, 11 janvier 2013, n°11371.

⁴⁰² Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 14 octobre 1997, 95-19.609, Publié au bulletin.

⁴⁰³ CDNOM, 08 février 2016, n°12413, 12414, 12415, 12416. En l'espèce, l'existence de cette présomption est d'autant plus renforcée qu'il est indiqué sur les comptes rendus que, lors de chaque consultation, le patient et sa mère ont reçu à chaque fois toute l'information devant être dispensée et que le médecin traitant a également reçu cette information, de même que l'ensemble des pièces versées au dossier médical.

⁴⁰⁴ CDNOM, 24 avril 2017, n°12900, 12901, 12902 et n°12903 (même espèce contre 4 médecins différents).

dossier médical⁴⁰⁵, comme moyen de preuve, pour résoudre les litiges, aussi de plus en plus d'établissements se dotent-ils de logiciels horodatés par une entreprise tierce.

D. La temporalité de l'information : une information a priori et a posteriori

274. Si l'information avant les investigations, traitements ou actions de prévention est nécessaire, cette information *a priori* doit nécessairement être complétée *a posteriori* afin d'être complète ; comme expliqué précédemment, l'information délivrée au patient dans l'urgence et sur le lieu de sa prise en charge est généralement minime, et peu assimilée par le patient.

En fonction de l'état de la victime, l'information préhospitalière porte sur l'état de santé de la personne et son évolution probable, assortie de réserves (en attendant le résultat des examens pour confirmer), sur le déroulement des soins et leur nécessité, sur les bénéfices escomptés des soins, et sur la suite de la prise en charge. Le volet de l'information quant aux risques « *fréquents ou graves normalement prévisibles (...) ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus* » ne sera alors pas abordé⁴⁰⁶, l'urgence justifiant légalement de la dispense de ces éléments, qui ne seront abordés qu'en cas de refus de soin ou de transport.

275. L'information hospitalière est nécessairement plus complète que l'information préhospitalière, en ce que les conditions sont plus favorables à la délivrance de celle-ci. Pour autant, elle doit être délivrée le plus précocement possible, afin de permettre au patient de l'assimiler, et réitérée avant l'intervention⁴⁰⁷. Une délivrance très tardive de l'information, par exemple avant l'entrée au bloc⁴⁰⁸ ou sur la table d'opération⁴⁰⁹, est susceptible d'être fautive en ce qu'elle n'est pas loyale⁴¹⁰.

⁴⁰⁵ Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 4 janvier 2005, 02-11.339, Publié au bulletin.

⁴⁰⁶ Voir *infra*, Partie 1, Titre 2, Chapitre 1.

⁴⁰⁷ CDNOM, 13 février 2007, n°9526. En l'espèce, opération réalisée dans des conditions difficiles. La chambre disciplinaire a estimé que le praticien, même s'il avait informé sa patiente de la nature et des risques de l'intervention quelques mois auparavant, se devait de lui en rappeler les caractéristiques avant l'intervention.

⁴⁰⁸ CDNOM, 5 septembre 2012, n° 11304.

⁴⁰⁹ Voir en ce sens CDNOM, 21 février 2019, n°13422.

⁴¹⁰ Voir *infra*, sur la loyauté de l'information.

276. S'agissant de certaines informations, notamment à destination de la parturiente sur les conditions de sa prise en charge au moment de l'accouchement, l'information doit être dispensée préalablement au déclenchement de l'accouchement. Une fois le processus engagé, « *dans un contexte nécessairement marqué par l'urgence et par une inquiétude inévitable de la patiente* »⁴¹¹, cette information n'a plus lieu d'être, la concentration devant porter avant tout sur l'accouchement, sans accroître davantage l'inquiétude de la patiente.

Par analogie, cette logique peut s'appliquer à toute situation dont l'information peut être faite préalablement à la situation d'urgence. Des malades suivis pour certaines pathologies par des praticiens, ne sauraient utilement reprocher à des urgentistes de ne pas les informer de façon complète alors que cette information aurait dû être délivrée au moment opportun, et que l'urgence rend justement plus complexe, d'autant plus que l'urgentiste n'est généralement pas informé du contenu du dossier médical complet de la victime⁴¹².

Une information postérieure à l'intervention suppose *a priori* que les facteurs provoquant l'urgence initiale se soient estompés, voire aient disparu, et qu'ainsi une partie de l'information puisse être éventuellement délivrée une fois l'état du patient stabilisé. Cette information porte sur le déroulement de son intervention, l'éventuelle survenance d'un événement indésirable au cours de celle-ci, un échec⁴¹³, ou encore la découverte de risques nouveaux.

La pratique qui consiste à informer un patient du déroulement de son opération lors de son réveil de l'anesthésie générale ou au sortir de la salle d'examen est particulièrement regrettable, alors que le patient est toujours sous anesthésie résiduelle. Cette pratique ne permet pas au patient d'assimiler ladite information. Cette dernière, orale, et dont la délivrance ne paraît que peu loyale, doit donc être renouvelée, et assortie d'une information écrite sur le compte rendu obligatoire⁴¹⁴.

⁴¹¹ CDNOM, 28 mai 2014, n°11889.

⁴¹² L'existence du dossier médical partagé (DMP), et sa démocratisation tend à ce que le contenu du dossier médical soit plus facilement accessible aux médecins urgentistes, mais, en 2020, cela ne reste encore qu'anecdotique, seul 12,3 % de la population ayant ouvert un DMP, et 9,7 % des patients l'alimentant eux-mêmes, et 20 % des médecins alimentant les DMP de leurs patients. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, « *Plus de 8 millions de DMP désormais ouverts* » 20 décembre 2019, [en ligne] ameli.fr ; en 2023 65,7 millions d'assurés sont dotés d'un profil « Mon Espace Santé », soit plus de 90% des français, pour autant, seuls 7,9 millions d'utilisateurs ont activé le service, soit 11,5% des personnes détenant un espace santé. Statistiques issues de l'agence du numérique en santé au 17/02/2023.

⁴¹³ Conseil d'État, 5ème - 4ème chambres réunies, 16/06/2016, 382479. Voir aussi AJDA 2016. 1264 ; D. 2016. 1501, obs. F. VIALLA ; D. 2016. 2187, obs. M. BACACHE, A. GUEGAN-LECUYER et S. PORCHY-SIMON. En cas de retard dans la transmission de l'échec d'une intervention, il est possible de demander réparation au titre d'un surcroît d'anxiété, voir en ce sens CAA de PARIS, 3ème chambre, 16/06/2016, 15PA02209, Inédit au recueil Lebon.

⁴¹⁴ CDNOM, 19 mars 2019, n°13438.

277. S'agissant des services d'urgences, une étude suisse⁴¹⁵ s'est interrogée sur la précision avec laquelle les patients se souviennent des informations délivrées après leur sortie et dans quelle mesure les patients quittent le service d'urgence bien informés. Les informations analysées l'ont été durant les conversations de sortie, et non directement après l'intervention comme cela peut encore arriver en France (la pratique voulant parfois que le praticien informe le patient dès son réveil). Si 82% des patients se souvenaient correctement des informations reçues sur le diagnostic, seuls 56% se souvenaient des examens prévus. Au total, 43% seulement des patients sont sortis du service d'urgence correctement informés du diagnostic, des examens prévus et du suivi, ce qui révèle d'importants déficits d'information à la sortie des services d'urgences, plus d'un patient sur deux ayant oublié ou déformé des éléments. Heureusement, s'agissant de la partie de l'information qui concerne le traitement médicamenteux à suivre (nom du médicament, posologie, durée, effets secondaires), le passage auprès d'un autre professionnel de santé, le pharmacien, permettra de pallier cette perte d'information, par une information supplémentaire lors de la dispensation.

⁴¹⁵ Hans MARTY et al., « *How well informed are patients when leaving the emergency department? comparing information provided and information retained* », Emergency Medicine Journal, 30, BMJ Publishing Group Ltd and the British Association for Accident & Emergency Medicine, Janvier 2013, n° 1, p. 53-57.

II. Les destinataires de l'information & les limitations possibles

278. Le premier bénéficiaire de l'information délivrée est le patient, mais d'autres personnes peuvent être destinataires de cette information (A). Des limitations sont prévues dans un certain nombre d'hypothèses (B). Le patient peut demander à connaître, *a posteriori* de l'urgence médicale, les destinataires de l'information médicale le concernant, car il s'agit de données personnelles, qui plus est de santé, et l'établissement est tenu de donner suite à cette demande⁴¹⁶.

A. Les destinataires/bénéficiaires de l'information délivrée dans l'urgence médicale

279. Parmi les destinataires de l'information, le premier visé est bien évidemment le patient (1), mais cela peut également comprendre son entourage (2), et son médecin traitant (3). Des cas particuliers (4) existent également, parfois sources de complexité dans l'urgence.

1. Le premier bénéficiaire de l'information : le patient

280. L'information concerne uniquement le patient, le médecin n'étant pas tenu « *d'informer les proches du malade et de recueillir leur consentement* » sauf lorsque celui-ci est « *dans l'impossibilité de donner son accord* »⁴¹⁷. Une interprétation négative permet de déduire que le médecin doit, en cas d'impossibilité d'informer directement le patient, informer la personne de confiance, si celle-ci a été désignée préalablement, ou en son absence, les proches présents. Les recommandations de bonnes pratiques imposent la nécessité de tracer dans le dossier médical toute consultation de celui-ci par un professionnel de santé, ainsi que le motif justifiant de cette consultation⁴¹⁸. Les professionnels de santé pouvant à cette occasion alimenter le dossier médical du contenu de l'information délivrée à la personne de confiance.

⁴¹⁶ CJUE 12-1-2023 Aff. 154/21, *RW c/ Österreichische Post AG*. Deux exceptions ou limitations existent : s'il est impossible d'identifier les éventuels destinataires ou encore si la demande est manifestement infondée ou excessive ; voir en ce sens, Règlement (UE) 2016/679 dit « RGPD ».

⁴¹⁷ Cour de cassation, Chambre civile 1, 6 décembre 2007, 06-19.301, Publié au bulletin.

⁴¹⁸ Recommandation de bonne pratique, *Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé*, Haute Autorité de Santé, mai 2012.

281. Cette impossibilité d'informer revêt diverses formes, en fonction de l'état médical de l'intéressé, les exemples donnés par les recommandations mentionnant tant l'inconscience que les troubles de la conscience et de la compréhension : « *coma, accident vasculaire cérébral, maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées, maladies psychiatriques...* »⁴¹⁹. Hormis ces cas pour lesquels le majeur n'est pas en mesure de recevoir l'information⁴²⁰, le professionnel de santé délivre à la personne une information adaptée à ses facultés de compréhension et compte tenu de son état.

Ce régime n'est pas sans rappeler celui s'appliquant aux majeurs protégés⁴²¹, qui favorise « *dans la mesure du possible, l'autonomie* »⁴²², puisque dans les deux cas le patient va recevoir lui-même l'information, qui sera adaptée en fonction de ses facultés de discernement. Les patients, bien que parfois un peu désorientés, sont ainsi informés dès lors qu'ils ne présentent pas de troubles de l'entendement qui rendraient impossible le recueil de l'information⁴²³.

282. Par ailleurs, le patient doit être le bénéficiaire de l'information quel que soit son âge⁴²⁴, même si le juge a eu de très rares occasions de s'exprimer sur un défaut d'information pour un mineur. Un défaut d'information d'un patient de 14 ans et ses parents a notamment été recherché, dans des conditions qui semblent implicitement être les mêmes que s'agissant d'un majeur⁴²⁵. De la même façon, un patient de 13 ans ayant suivi une intervention du coude, après avoir été informé d'une façon qui le « *mettait à même de donner, en connaissance de cause, un consentement éclairé à l'acte de soins* »⁴²⁶ auquel il s'est « *soumis avec l'accord de ses représentants légaux* », est réputé avoir été informé, et ne saurait ainsi être fondé à dénoncer un défaut d'information.

283. Dans ces deux cas, même si les conditions ne sont pas détaillées, il semble que le juge recherche l'existence de la délivrance de l'information dans les mêmes conditions s'agissant de malade mineur comme majeur, les faisant dans les deux cas des acteurs de leur

⁴¹⁹ *Idem.*

⁴²⁰ C'est-à-dire inconscient, ou ne parlant pas la langue et dans l'attente d'un traducteur, personne en situation de handicap...

⁴²¹ Majeurs placés sous sauvegarde de justice, curatelle, tutelle, ou ayant rédigé un mandat de protection future

⁴²² Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs.

⁴²³ CDNOM, 29 novembre 2018, n°13493.

⁴²⁴ Les mineurs ayant le droit « *de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité* », comme en dispose l'article L.1111-2 du Code de la santé publique.

⁴²⁵ Cour administrative d'appel de Bordeaux, 2ème chambre - formation à 3, 17 janvier 2017, 14BX03276, Inédit au recueil Lebon.

⁴²⁶ Cour Administrative d'Appel de Marseille, 2ème chambre - formation à 3, 05/06/2014, 12MA02306, Inédit au recueil Lebon.

santé ; en cas d'urgence, la délivrance de l'information sera donc dans la mesure du possible similaire entre majeur et mineur, tout en prenant en compte l'âge du patient.

2. L'information de l'entourage du patient pris en charge : sa personne de confiance ou ses proches

284. Toute personne majeure est encouragée⁴²⁷ à désigner une personne de confiance, et qui plus est avant toute admission ou à l'occasion de celle-ci au sein d'un établissement de santé. Dans un cadre urgent, il convient de s'intéresser à la désignation préalable de la personne de confiance, et non de sa désignation sur le moment, qui serait nécessairement fragile sinon irrecevable, en fonction de l'état de santé du malade.

285. Cette désignation préalable permet la consultation de la personne de confiance, dans le cas où le malade serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin⁴²⁸, mais également un accompagnement du patient en état d'exprimer sa volonté, dans ses démarches et lors des entretiens médicaux, afin de l'aider dans ses décisions.

S'agissant des mineurs, il faut souligner l'impossibilité légale de désigner une personne de confiance⁴²⁹, mais ils peuvent désigner une personne majeure qui joue un rôle d'accompagnement similaire⁴³⁰, en cas de refus d'informer le ou les titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé.

286. Une distinction étant faite entre la personne à contacter en cas d'urgence et la personne de confiance, l'interrogation demeure pleine et entière quant au contenu de l'information. S'agissant de la personne à contacter en cas d'urgence, le contenu sera nécessairement plus succinct que pour la personne de confiance, cette dernière bénéficiant d'une prévalence de son témoignage sur la volonté de la personne, et devant recevoir dans le cas où le malade ne serait plus en état, de recevoir l'information, il est loisible de penser, que l'information sera plus complète quant à l'état de santé du patient et son évolution probable, permettant ainsi à ladite personne de confiance de se préparer à cette possibilité.

⁴²⁷ Il est proposé au patient de désigner une personne de confiance à diverses occasions, tant lors de campagne de prévention, sur le dossier médical partagé, lors de toute hospitalisation, dans le cadre du suivi par le médecin traitant, etc.

⁴²⁸ CSP, Article L.1111-6.

⁴²⁹ CSP, *précité*, « toute personne majeure peut désigner une personne de confiance (...) ».

⁴³⁰ CSP, Article L.1111-5 et L.1111-5-1.

287. La déontologie impose qu'un pronostic vital soit révélé avec « *circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception* »⁴³¹, ce que le juge administratif concilie avec le secret médical comme ne s'opposant pas « *à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance (...) reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part* »⁴³². Cette information concerne notamment les risques de décès à court terme, ce qui est présumé s'agissant des personnes âgées dont l'état de santé est très dégradé, les proches ne pouvant ignorer que le pronostic vital est engagé, de sorte que le médecin n'a pas la nécessité d'insister à cet égard⁴³³.

288. Le patient atteint dont le pronostic est fatal peut s'opposer à ce que soit révélée à ses proches cette information, mais il est le seul à pouvoir le faire, les proches ne pouvant cacher cette information au malade⁴³⁴.

289. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à son consentement, la personne de confiance est consultée en son lieu et place. Si en l'absence de personne de confiance le médecin peut consulter les proches présents, cela semble demeurer plus qu'une possibilité, la jurisprudence insistant que le fait que « *le médecin n'est tenu d'informer les proches du malade et de recueillir leur consentement que lorsque celui-ci est dans l'impossibilité de donner son accord* »⁴³⁵. Par ailleurs, « *en cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance (...) reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part* ». Si le soutien direct semble inexistant dans l'hypothèse où le patient est inconscient, il en est de même lorsque que la personne est hors d'état de s'exprimer pour d'autres raisons (ex : intubation). Il convient dans ce cas de rester très prudent quant à la communication d'éléments médicaux à l'entourage du patient, qui, de toute façon, n'est pas une obligation hormis en cas de pronostic fatal⁴³⁶.

290. S'agissant des personnes dont l'état de conscience est altéré, les proches présents sont informés, même lorsque la recherche du consentement n'est pas nécessaire, tant sur l'état

⁴³¹ Code de la Santé Publique, article R. 4127-35.

⁴³² Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 6 décembre 2007, 06-19.301, Publié au bulletin.

⁴³³ CDNOM, 28 avril 2017, n°129001. Voir également *infra* sur les présomptions (§688).

⁴³⁴ Cour administrative d'appel de Versailles, 4ème Chambre 9 juillet 2013, n° 12VE00024.

⁴³⁵ Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 6 décembre 2007, 06-19.301, Publié au bulletin.

⁴³⁶ CDNOM, 16 avril 2014, n°11740.

de santé que sur les soins et l'évolution probable. Cet état de santé comporte une appréciation sur la gravité, et éventuellement l'existence d'un pronostic vital en jeu, mais pour autant, s'agissant de l'évolution probable, le médecin « *quelle que soit la maîtrise qu'il a de son art, ne peut anticiper le moment approximatif de l'issue fatale de l'un de ses patients* »⁴³⁷, et n'a ainsi pas à informer la famille en ce sens. En revanche, les proches n'ont pas nécessairement à connaître le diagnostic, et encore moins les personnes ne faisant pas partie de la famille, faute de quoi le médecin outrepasserait son devoir d'information vis-à-vis de ses obligations liées au secret professionnel⁴³⁸.

291. Si les proches ne sont pas présents, en l'absence d'obligation déontologique ou légale d'information à ceux-ci, le praticien peut donc légitimement ne pas délivrer une information complète, y compris en cas de survenance d'un arrêt cardiaque aussitôt récupéré, de telle sorte qu'il n'a eu aucune incidence⁴³⁹. Le pronostic fatal étant dès lors exclu, les proches n'ont pas à en être informés, bien que cela demeure préférable.

292. S'agissant des urgences psychiatriques, le directeur de l'établissement informe, dans un délai de vingt-quatre heures suivant l'admission, la famille de la personne qui fait l'objet de soins⁴⁴⁰.

3. L'information du médecin traitant et la transmission d'informations entre médecins

293. Le médecin appelé en urgence auprès d'un malade doit, « *si celui-ci doit être revu par son médecin traitant ou un autre médecin* »⁴⁴¹, ce qui en réalité semble toujours être le cas dans une situation d'urgence, sauf à ce que le médecin assure lui-même le suivi, « *rédiger à l'intention de son confrère un compte rendu de son intervention et de ses prescriptions qu'il remet au malade ou adresse directement à son confrère en en informant le malade* ». Par

⁴³⁷ CDNOM, 23 janvier 2015, n°12026

⁴³⁸ CDNOM, 20 novembre 1991, n°4850. En l'espèce, des proches d'un patient en état de coma ont été informés, sans attendre les résultats des examens en cours et de façon détaillée, de « *l'existence d'une forte présomption d'un diagnostic de séropositivité au virus de l'immunodéficience humaine chez ce malade* ».

⁴³⁹ CDNOM, 16 avril 2014, n°11740

⁴⁴⁰ Code de la santé publique, Article L3212-1

⁴⁴¹ CSP, Article R4127-59, L.3212-1 2°. Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 18 décembre 2014, 13-26.816, Publié au bulletin, Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 8 juillet 2021, 20-23.333, Inédit et Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 26 octobre 2022, 20-23.333, Publié au bulletin.

ailleurs, l'information du médecin traitant⁴⁴² est obligatoire pour le médecin qui prend en charge un malade à l'occasion d'une hospitalisation, par tout moyen, et en tenant informé celui-ci « *des décisions essentielles auxquelles ce praticien sera associé dans toute la mesure du possible* »⁴⁴³.

294. En cas de prise en charge conjointe d'un même patient, les médecins qui « *collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade (...) doivent se tenir mutuellement informés* »⁴⁴⁴, et ce, indépendamment de l'existence ou non d'une urgence. L'objectif étant d'assurer la continuité des soins, quelles que soient les circonstances⁴⁴⁵, une lecture combinée des deux articles permet de préciser la collaboration à l'examen ou au traitement du malade : l'information sur des éléments médicaux du patient doit garantir le suivi médical en cas de changement de prise en charge du patient, c'est-à-dire que la collaboration peut être simultanée⁴⁴⁶, ou dans le temps. Un médecin qui, soupçonnant que son patient a été victime d'un accident vasculaire cérébral, ce qui constitue une situation d'urgence, envoie son patient à l'hôpital, et sans prévenir celui-ci de l'arrivée de son patient, manque ainsi à son devoir de communication de l'information dont il dispose. Ce manquement étant doublé d'un second, celui de faire état de ses constatations et de la suspicion de ladite pathologie, cette carence dans l'information est susceptible d'entraîner un retard dans la prise en charge du patient⁴⁴⁷. Si effectivement le médecin fait appel à un service des urgences pour traiter son patient, entendu comme « *l'aide de tiers compétents* »⁴⁴⁸, s'il ne communique pas avec ceux-ci, l'obligation déontologique ne saurait être remplie. Cette assistance résulte ici d'une simple communication de médecin à médecin des informations sur l'état de santé du patient, nécessaire pour la bonne prise en charge médicale. A l'inverse, un médecin ne saurait faire patienter un patient admis aux urgences, du seul fait que le médecin l'ayant adressé n'a pas effectué cette transmission d'information, laissant le patient en souffrance⁴⁴⁹.

⁴⁴² L'article R4127-63 du code de la santé publique ne mentionne pas de médecin traitant mais en lieu et place mentionne « *le praticien désigné par le malade ou son entourage* ».

⁴⁴³ *Idem.*

⁴⁴⁴ CSP, Article R4127-64.

⁴⁴⁵ CSP, Article R4127-47.

⁴⁴⁶ L'absence d'information d'un praticien à un autre sur l'arrêt d'un traitement étant un comportement fautif. Voir en ce sens, CDNOM, 08 septembre 2016, n°12637. L'absence de communication des informations qui sont nécessaires aux praticiens pour exercer leurs choix thérapeutiques, en connaissance des éventuelles contre-indications médicales, est fautive en ce que les obligations du chirurgien vis-à-vis de l'anesthésiste ne peuvent se limiter aux seuls gestes chirurgicaux. Voir en ce sens Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 28 octobre 1997, 95-17.274, Publié au bulletin.

⁴⁴⁷ CDNOM, 15 décembre 2017, n°13329.

⁴⁴⁸ CSP, Article R4127-32.

⁴⁴⁹ CDNOM, 10 mars 2014, n°11681.

295. Ainsi, la communication d'un médecin à un autre se doit d'être parfois insistante, faire valoir l'impérieuse nécessité d'une intervention si elle existe, et communiquer l'ensemble des résultats dès que possible. La prise en charge conjointe d'un patient en dehors de toute concertation dans un premier temps, est de nature à entraîner de multiples erreurs de prescription, retarder l'intervention, et empêcher les médecins de poser le bon diagnostic, autant de multiples et graves manquements⁴⁵⁰. Le médecin ne peut en outre se retrancher derrière d'hypothétiques informations « *qui auraient été données par d'autres praticiens, et dont l'étendue n'est en tout état de cause pas connue, pour se soustraire à ses responsabilités* »⁴⁵¹. La responsabilité pèse ainsi sur chaque praticien, de façon personnelle.

4. Les cas particuliers : une communication complexe dans l'urgence

296. Dans une situation urgente, l'information envers d'autres bénéficiaires que le patient lui-même semble secondaire, tant pour les personnes qui ne seraient en mesure de recevoir l'information (a), que pour les autorités administratives, judiciaires et/ou sanitaires qui doivent être informées des causes ayant entraîné l'état du patient dans certains cas (b). Pourtant cette information doit être faite, même si elle peut être différée.

a. Les personnes qui ne sont pas à même de recevoir l'information

297. De récentes modifications⁴⁵² du code de la santé publique sont venues préciser sinon renforcer les modalités de délivrance de l'information s'agissant des majeurs protégés, en indiquant que l'information doit être délivrée d'une manière adaptée à leur capacité de compréhension. L'information est également délivrée à son représentant. Le majeur protégé est donc informé comme toute personne majeure, de façon personnalisée.

⁴⁵⁰ CDNOM, 13 septembre 2018, n°13475 et 13472.

⁴⁵¹ Cour d'appel de Caen, chambre civile 1, 16 janvier 2018, 16/00060.

⁴⁵² Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 *relative au régime des décisions prises en matière de santé, de prise en charge ou d'accompagnement social ou médico-social à l'égard des personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection juridique*.

298. S'agissant des mineurs, le code civil dispose que « *chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant* »⁴⁵³, et la « *séparation des parents est sans incidence sur les règles de dévolution de l'exercice de l'autorité parentale* »⁴⁵⁴. Une lecture conjointe du code civil avec le code de la santé publique, est intéressante en ce que le médecin appelé à donner des soins à un mineur doit « *s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires* »⁴⁵⁵. Si le praticien doit mettre en œuvre tous les moyens dont il dispose pour atteindre ce but précis de la recherche du consentement, l'information n'est pas mentionnée, sans doute en ce qu'elle est le corollaire obligé du consentement. Par ailleurs, si les parents exercent en commun l'autorité parentale⁴⁵⁶, en réalité, l'information d'un seul des deux parents suffit, lorsqu'il s'agit d'un acte usuel. Et y compris dans l'urgence, le médecin doit tenter de joindre ce parent, et ce n'est qu'à défaut qu'il peut agir pour donner les soins nécessaires.

299. La notion de soins usuel n'étant définie législativement, la doctrine⁴⁵⁷ et la jurisprudence donnent au cas par cas quelques pistes : sont considérés comme tels les soins obligatoires comme le sont les vaccinations, les soins courants qui revêtent une certaine routine, ou les soins qui sont habituels pour l'enfant, ce qui indique qu'usuel n'est pas nécessairement synonyme d'absence de gravité.

300. Au titre des soins usuels, nous pouvons citer le cas d'une ablation de dent de sagesse, acte pour lequel un seul consentement suffit⁴⁵⁸. À l'opposé, la délivrance d'un antidépresseur ne constitue – *a priori* – pas un acte usuel, aussi le consentement des deux parents est-il nécessaire, bien que celui-ci puisse être présumé dans certaines hypothèses⁴⁵⁹ : en l'espèce, une jeune fille de seize ans consulte un psychiatre sur demande du père, qui la sollicite en urgence, et le diagnostic d'une dépression modérée à sévère ainsi que d'un trouble anxieux est posé. L'évocation de « *la prescription d'un antidépresseur, non comme une simple éventualité, mais comme une nécessité à envisager à brève échéance* » au père, qui fait connaître au médecin « *sa propre position et ses fortes réserves, sans aller jusqu'à une opposition formelle à la*

⁴⁵³ Code Civil, article 372-2.

⁴⁵⁴ Code Civil, article 373-2.

⁴⁵⁵ Code de la santé publique, R. 4127-42.

⁴⁵⁶ Code civil, article 372.

⁴⁵⁷ Adeline GOUTTENOIRE, *Autorité parentale*, Répertoire de droit civil, décembre 2019.

⁴⁵⁸ CDNOM, 14 décembre 2012, n°11430.

⁴⁵⁹ CDNOM, 29 octobre 2014, n° 11037bis.

prescription », et lui fait savoir que s'il venait « à prescrire l'antidépresseur ce serait sous sa seule responsabilité », constitue une présomption que l'information a été délivrée. La mère qui consulte à nouveau le spécialiste, deux jours plus tard, et à la suite d'une violente crise, c'est-à-dire dans un contexte nécessitant une prise de décision rapide⁴⁶⁰, peut en revanche obtenir à une prescription sans l'aval du père, le Conseil d'État rappelant à cette occasion qu'« *un acte médical ne constituant pas un acte usuel ne peut être décidé à l'égard d'un mineur qu'après que le médecin s'est efforcé de prévenir les deux parents et de recueillir leur consentement ; qu'il n'en va autrement qu'en cas d'urgence, lorsque l'état de santé du patient exige l'administration de soins immédiats* ».

En l'espèce, la patiente, âgée de 16 ans, aurait pu opposer le secret médical à ses parents afin de garder le secret sur son état de santé⁴⁶¹. La conciliation entre les deux droits que sont l'autorité parentale et le droit de garder le secret sur son état de santé⁴⁶², est parfois épineuse. Il convient de penser de façon raisonnable que, placé dans une situation d'urgence, le mineur doit être accompagné dans sa prise en charge⁴⁶³, sinon par ses parents, au moins par une personne majeure de son choix, qui recevra l'information afin de donner effectivité à l'accompagnement du mineur.

301. Par ailleurs, pour le Conseil de l'ordre, une simple consultation, qui n'a donné lieu à aucun acte invasif ni à aucune prescription ou examen complémentaire est bien un acte usuel⁴⁶⁴. Certaines prescriptions médicales, bien que ne revêtant pas la qualification d'acte médical usuel, sont admises en raison de l'urgence comme n'ayant pas à recueillir l'aval des deux parents⁴⁶⁵. A l'inverse, d'autres prescriptions médicamenteuses semblent relever systématiquement des actes usuels, même en l'absence d'urgence⁴⁶⁶. Des prescriptions médicales ordonnées à l'occasion d'hospitalisations psychiatriques de brève durée effectuées

⁴⁶⁰ Qui peut ainsi être qualifié de « situation d'urgence au sens de l'article R. 4127-42 du code de la santé publique, autorisant l'absence d'information du père de la jeune fille mineure », à la condition de relever « les éléments précis qui justifiaient en quoi cette aggravation était de nature à caractériser » ladite situation d'urgence. Voir en ce sens Conseil d'État, 4ème SSJS, 07/05/2014, 359076, Inédit au recueil Lebon.

⁴⁶¹ Dans les conditions prévues par l'article L.1111-5 du Code de la Santé Publique.

⁴⁶² Uniquement dans les cas pour lesquels l'action médicale s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, ce qui semble être le cas dans les situations urgentes.

⁴⁶³ La question de l'âge et des conditions est développée quelques paragraphes suivants, avec l'émergence d'un « majorité sanitaire ».

⁴⁶⁴ CDNOM, 21 janvier 2019, n°13591.

⁴⁶⁵ Voir en ce sens CDNOM, 21 décembre 2018, n°13446. Bien que la prescription d'un anxiolytique ne puisse être regardée comme un acte médical usuel, un fort niveau d'anxiété peut fonder cette prescription comme étant urgente, sans pour autant avoir à en informer les deux parents séparés.

⁴⁶⁶ CDNOM, 16 mars 2017, n°13256.

avec l'accord d'une jeune fille et l'autorisation écrite de sa mère dotée de l'autorité parentale conjointe⁴⁶⁷, peuvent aussi relever de cette qualification.

La rédaction de certificats, acte médical, est réputée être usuelle dès lors qu'il ne s'agit pas d'actes importants, « *intéressant la vie de l'enfant* »⁴⁶⁸.

En matière de droit de la santé, la notion d'acte usuel demeure ainsi mal définie, de telle sorte qu'il semble ainsi plus opportun d'invoquer l'urgence, qui dépasse cette nécessité d'information et permet l'action des médecins. Dès lors, le médecin qui, consulté par l'un des deux parents, dirige un enfant mineur vers un service d'urgence afin de se voir confirmer un diagnostic et de recevoir les soins appropriés, n'a pas à prévenir le second parent, pas même qu'il n'a besoin d'obtenir son consentement pour ce faire⁴⁶⁹.

En urgence, la jurisprudence du CDNOM admet d'ailleurs qu'aucun des deux parents d'un enfant soit informé dans le cas d'une situation « *rapidement évolutive, dans laquelle une surveillance médicale constante de l'enfant était indispensable* »⁴⁷⁰. En l'espèce, un seul médecin était à l'œuvre pour tenter de sauver un nouveau-né dont la pathologie évoluait très rapidement et le tableau clinique particulièrement préoccupant.

302. L'information des titulaires de l'autorité parentale, en l'absence d'éléments juridiques contraires admis par l'existence de l'urgence, se fait prioritairement en face à face, afin de permettre la justification de la qualité de l'autorité parentale⁴⁷¹. Toutefois des éléments généraux et des prescriptions peuvent éventuellement être données par téléphone. En revanche, une fois établie la qualité du correspondant, rien ne s'oppose à ce que l'information soit délivrée de façon distante, par exemple par téléphone.

303. Il existe enfin une dernière hypothèse dans laquelle les titulaires de l'autorité parentale n'ont pas à être informés : celle d'un mineur en mauvais état de santé, et qui s'oppose à ce que ses parents soient informés sur son état, ou sur « *les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé* »⁴⁷² de ce dernier. Le praticien, ici entendu

⁴⁶⁷ CDNOM, 17 octobre 2012, n°11446.

⁴⁶⁸ CDNOM, 06 avril 2018, n°13171.

⁴⁶⁹ CDNOM, 20 février 2018, n°13121. Par ailleurs, un praticien qui se verrait opposer le refus d'un traitement « *par la personne titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur [et qui] risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur* » (CSP, L. 1111-4, alinéa 6) peut soigner celui-ci, c'est-à-dire délivrer les soins indispensables.

⁴⁷⁰ CDNOM, 23 juillet 2019, n°13625.

⁴⁷¹ CDNOM, 29 mars 2013, n°11460.

⁴⁷² CSP, L.1111-5.

comme le médecin ou la sage-femme⁴⁷³, doit alors se faire confirmer sa volonté de garder le secret sur son état de santé vis-à-vis de ses parents, et veiller à ce qu'il soit accompagné d'une personne majeure de son choix. Cette information peut ainsi être totale, ou dans certains cas partielle, et ne porter que sur une partie du dossier médical⁴⁷⁴. Cette information doit être mentionnée par écrit, et elle est opposable aux parents⁴⁷⁵.

304. La question se pose évidemment de l'âge à partir duquel un enfant peut décider, légalement, de s'opposer à ce que l'information sur son état de santé soit communiquée à ses parents. Le Professeur Georges FAURE a ainsi théorisé l'émergence d'une « majorité sanitaire »⁴⁷⁶, à côté de la majorité légale. Nécessairement fondée sur des éléments dont l'objectivité est relative – son existence n'étant pas affirmée clairement par les textes – elle pourrait être fondée sur le degré de maturité du mineur, sa capacité à exprimer sa volonté, son argumentation... et ainsi davantage reposer sur une fourchette d'âge, plutôt que sur un âge précis. Pour essayer d'objectiver cette majorité, pourrait être utilisé par analogie l'âge de 11 ans, qui est relevé pour consultations au sein des planning familiaux⁴⁷⁷ ; ou de 13 ans⁴⁷⁸ qui ouvre la possibilité de s'inscrire au registre national des refus⁴⁷⁹ ; voire celui de 16 ans, qui permet au mineur de choisir son médecin traitant⁴⁸⁰ et de bénéficier de sa propre carte d'assurance maladie⁴⁸¹. Cette majorité sanitaire peut se concilier avec l'incapacité juridique, dans le sens où la minorité n'est pas « *un obstacle à l'exercice personnel de certains de ses*

⁴⁷³ L'article L.1111-5-1 du Code de la Santé Publique étend cette possibilité aux infirmiers mais uniquement en ce qui concerne la sauvegarde de la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure.

⁴⁷⁴ Conseil d'État, 10ème / 9ème SSR, 17/11/2006, 270863, Inédit au recueil Lebon. CADA, avis n° 20150229 du 19 mars 2015, *CHRU de Brest*. Voir en ce sens S. RENARD et E. PECHILLON, *Accès au dossier médical du mineur*, Santé mentale 2017, n° 215.

⁴⁷⁵ CSP, article R.1111-6.

⁴⁷⁶ G. FAURE, « *Vers l'émergence d'une majorité sanitaire, La loi du 4 mars 2002 : continuité et nouveauté en droit médical* », collection Ceprisca, PUF, 2003.

⁴⁷⁷ Circulaire n° 5899-SG du 28 novembre 2016 *relative à l'actualisation du cahier des charges des Maisons des adolescents*.

⁴⁷⁸ Age que l'on retrouve dans la décision Cour Administrative d'Appel de Marseille, 05/06/2014, 12MA02306, *précité*.

⁴⁷⁹ CSP, art. L. 1232-2. Mais assorti de conditions de vérifications, voir en ce sens Cour Administrative d'Appel de Lyon, 3 nov. 2009, n°06LY02462.

⁴⁸⁰ Code de la sécurité sociale, article L162-5-3.

⁴⁸¹ Possibilité offerte par l'article L.160-2 du Code de la Sécurité Sociale. La mise en œuvre de la Protection Universelle Maladie (PUMA) prévue par la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 *de financement de la sécurité sociale pour 2016* introduit la possibilité pour les enfants de se voir délivrer une carte vitale à partir de 12 ans. Voir Marie-Christine DE MONTECLER, *Vers une protection universelle maladie*, AJDA 2015, p. 1834.

droits qui, dans le cadre de la relation soignante, se développent en même temps que progressent sa maturité et son aptitude à décider »⁴⁸².

Toutefois, les mineurs placés dans une situation urgente, hormis les cas des actes relevant de l'intime⁴⁸³, éprouvent sans doute le besoin d'être entourés par leur famille dans cette épreuve, ce que l'on devine sans certitude, dès lors que le contentieux et la doctrine sont ici quasi-inexistants.

b. Les personnes qui doivent être informées des causes ayant entraîné l'état du patient

305. Dans une volonté de protection de l'ordre public, certaines personnes doivent être informées non pas du dossier médical, mais des causes ayant entraîné l'état du patient, et éventuellement de son état. Cette information à destination des autorités judiciaires⁴⁸⁴, administratives⁴⁸⁵ et/ou sanitaires⁴⁸⁶ doit être conciliée avec le secret médical.

306. Toute personne peut signaler aux autorités⁴⁸⁷ les « *privations ou sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique* »⁴⁸⁸. Ce signalement n'est pas obligatoire, « *dès lors que la loi laisse à la conscience de chaque médecin l'opportunité de dénoncer ou*

⁴⁸² Dorothee GUERIN et Stéphanie RENARD, *Réflexions sur la jeunesse en droit de la santé*, RDSS 2018 p.106. Ces propos sont toutefois nuancés par l'absence d'autonomie financière, qui limite fortement l'effectivité de certains droits, particulièrement avant 16 ans, où le mineur ne peut pas bénéficier d'un remboursement personnel de ses frais médicaux et pharmaceutiques.

⁴⁸³ Ingrid Maria, *Représentation et administration légale*, 236.42, Dalloz action Droit de la famille, 2020-2021.

⁴⁸⁴ Tout professionnel de santé peut porter à la connaissance du procureur de la République, s'il a l'accord du patient, « *les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises* ». L'accord du patient n'est pas nécessaire lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique.

⁴⁸⁵ C'est le cas des maladies professionnelles, Code de la sécurité sociale - Article D461-1. Les professionnels de la santé ou de l'action sociale ont la possibilité d'informer l'autorité préfectorale « *du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une* ». Les conditions cumulatives sont importantes, non seulement le caractère dangereux est parfois difficile à établir, mais qui plus est, il faut encore savoir, c'est-à-dire pouvoir affirmer, que l'individu détient ou va acquérir une arme. Ces conditions sont non seulement imprécises dans un contexte de soins d'urgence, mais encore probablement irréalisables.

⁴⁸⁶ C'est le cas pour les maladies à déclaration obligatoire, pour éviter les fléaux et épidémies. Voir en ce sens Décret n° 2018-342 du 7 mai 2018 complétant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire.

⁴⁸⁷ Autorités judiciaires, médicales ou administratives, ce qui inclut la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être.

⁴⁸⁸ Code Pénal, article 226-14.

non de tels faits »⁴⁸⁹, mais à condition que l'enfant ne soit pas en condition de péril imminent. Dans ce dernier cas, la possibilité se transforme en obligation⁴⁹⁰.

Le cas des blessures par armes à feu doit attirer l'attention des soignants, en ce qu'il appelle à des précautions particulières⁴⁹¹ et doit déclencher un signalement dès lors que les soignants estiment que le patient présente un caractère dangereux, fût-il un tiers à la victime.

⁴⁸⁹ Cour d'Appel d'Aix-en-Provence, 20 juin 2005, n° 878/D/2005 ; JurisData n° 2005-282067.

⁴⁹⁰ Code Pénal, Article 223-6. Si l'article 434-1 du même code exonère les personnes tenues au secret médical de l'infraction d'entrave à la saisine de la justice, cela concerne le crime « *dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets* », contrairement à l'entrave aux mesures d'assistance et de l'omission de porter secours, pour lesquelles il n'existe aucune exonération possible s'il existe un péril imminent.

⁴⁹¹ Tout particulièrement en préhospitalier, les soignants étant éventuellement obligés de manipuler l'arme. Précautions qui ne sont en pratique que rarement prises, comme le rappellent les faits divers de ces dernières années. À titre d'illustration, voir l'article du Huffington Post du 23/02/2021 « *Un stylo-pistolet trouvé sur un patient à Nice blesse deux infirmières* », [en ligne] disponible sur www.huffingtonpost.fr.

B. La limitation de l'information ou de ses destinataires : l'opposition préalable et la rétention thérapeutique

« Le moyen pour le chirurgien de se faire obéir de ses malades
c'est de leur exposer les dangers qui résultent pour eux de leur désobéissance. (...)
Il les atténuera, les adoucira ou les taira si le malade est pusillanime ou bénin,
de crainte qu'il ne se désespère »⁴⁹².

307. Si le code de la santé publique dispose que la volonté de la personne doit être respectée lorsqu'elle souhaite « être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic (..), sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission »⁴⁹³, le respect de la volonté du malade ne dispense pas le praticien de fournir une information claire et loyale au patient sur la gravité de son état, et lui dispenser des soins consciencieux en s'aidant des méthodes scientifiques les plus appropriées et en se gardant de tout remède illusoire⁴⁹⁴. L'opposition à la délivrance de l'information semble être applicable s'agissant des mineurs, qui peuvent par ailleurs également garder le secret sur un traitement ou une intervention à l'égard des parents⁴⁹⁵. Dans cette hypothèse, c'est non seulement le mineur mais également ses parents qui sont maintenus dans l'ignorance du diagnostic ou du pronostic, comme sur l'état de santé ou à l'ensemble des informations concernant sa santé. Si en principe dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès à ces informations est effectivement exercé par l'autorité parentale, c'est uniquement en l'absence d'opposition préalable. Cette opposition étant opposable même après le décès⁴⁹⁶, l'effectivité de cette norme par laquelle un mineur⁴⁹⁷ peut non seulement refuser d'être informé sur son propre état de santé, mais également que le soient ses parents en lieu et place, en fait un droit particulièrement remarquable.

308. Les professionnels de santé peuvent également limiter l'information délivrée au patient « pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience »⁴⁹⁸. Ce cas existe en cas de diagnostic ou de pronostic grave. Cette rétention thérapeutique existe également en

⁴⁹² Henri de Mondeville, *Chirurgie*, traduction française par E. Nicaise, 1893, Bibliothèque nationale de France

⁴⁹³ Code de la Santé Publique, L.1111-2.

⁴⁹⁴ CDNOM, 06 juin 1998, n°6666.

⁴⁹⁵ CSP, article R.1111-6.

⁴⁹⁶ Code de la santé publique, l'article L. 1110-4, dernier alinéa du V « en cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations médicales la concernant, à l'exception des éléments relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure, le cas échéant, s'est opposée à l'obtention de leur consentement (...) ».

⁴⁹⁷ Il est non seulement probable, mais également souhaitable que cela ne concerne uniquement le cas du mineur disposant d'une majorité sanitaire. Cette notion est par ailleurs développée en *infra*, §303.

⁴⁹⁸ Code de la santé publique, R4127-35, second alinéa.

urgence, mais est généralement temporelle dans la mesure où l'information sera reportée dans le temps (à condition que le délai ne soit pas trop long⁴⁹⁹). Elle peut être mise en œuvre lorsqu'elle est justifiée dans l'intérêt du malade, apprécié « *en fonction de la nature de la pathologie, de son évolution prévisible et de la personnalité du malade* »⁵⁰⁰. Un praticien confronté à un accouchement présentant un « *pronostic neurologique et vital de l'enfant particulièrement péjoratif* »⁵⁰¹, qui décide de ne pas informer et de ne pas proposer « *un choix moralement très difficile à assumer entre la césarienne et ses risques et la naissance par voie basse d'un enfant qui présentait des atteintes neurologiques sans réel espoir d'amélioration* » n'est pas fautif, cette omission étant dictée « *par des raisons légitimes témoignant d'un souci d'humanité* »⁵⁰². Les magistrats prennent en compte la gravité de la situation, la nécessité d'action rapide face à cette gravité, et les incertitudes quant à l'état de santé de l'enfant à naître, pour fonder la possibilité de ne pas délivrer l'information à la parturiente.

309. Aujourd'hui, si le médecin prend en compte « *la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension* »⁵⁰³, il peut effectivement adoucir ou/et amoindrir l'information donnée à son patient, la circonspection étant par définition une retenue prudente de l'information, et qui prend en compte les circonstances environnantes⁵⁰⁴, sous réserve que l'on puisse effectivement cerner la personnalité du patient dans une situation urgente. Il ne peut en revanche taire totalement ce pronostic de son propre chef. Lorsque la déontologie impose qu'un « *pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection* »⁵⁰⁵, il faut à notre sens que le médecin prenne en compte l'urgence, la douleur éventuelle, et l'éventuel choc psychologique. Il peut évidemment se fonder sur les éléments dont il dispose pour présumer de la personnalité de son patient (profession, entourage, réaction face aux examens précédents...) mais cela reste particulièrement délicat.

⁴⁹⁹ Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 14 février 1973, 71-11.822, Publié au bulletin. En l'espèce, délai de 6 mois entre l'intervention au cours de laquelle une aiguille de Reverdin s'est brisée et dont un fragment est resté dans l'abdomen de la patiente. Le médecin traitant ayant assisté à l'intervention, le chirurgien a été mis hors de cause, contrairement à son confrère qui a commis une faute en maintenant sa patiente dans l'ignorance de l'origine de ses douleurs, créant ainsi un préjudice d'inquiétude.

⁵⁰⁰ Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 23 mai 2000, 98-18.513, Publié au bulletin.

⁵⁰¹ Cour d'appel de Toulouse, 27 février 2006, n° 05/02439.

⁵⁰² Le praticien ayant fait le choix de taire l'information dans l'objectif « *d'éviter aux parents un choc psychologique et de les placer devant un cruel dilemme, et que ce faisant il a rempli les obligations que son serment lui impose de respecter* ». Voir en ce sens l'arrêt précité.

⁵⁰³ Code de la santé publique, R4127-35, premier alinéa

⁵⁰⁴ Issu du latin « *circumspicere* », la circonspection pourrait être traduite par le regard porté autour de soi, autrement dit, en prenant en compte les circonstances de l'espèce, et adoptant une attitude réservée et prudente à l'égard du patient.

⁵⁰⁵ CSP, Article R4127-35, troisième alinéa.

III. L'information rendue difficile dans un contexte de douleur et d'altération de conscience

« Quand on cède à la peur du mal,
on ressent déjà le mal de la peur »⁵⁰⁶

310. Il est loisible de penser raisonnablement que la première volonté de la victime est que l'on soulage sa douleur éventuelle, parfois intense, qui altère ainsi les capacités de compréhension (A). En pareille hypothèse, l'information qui suivra ne pourra être assimilée, ou dans une moindre mesure. D'un autre côté, la prise en charge de la douleur entraîne souvent des effets secondaires de nature à provoquer une altération des capacités de compréhension (B), ce qui fonde une dichotomie que le « *primum non nocere* » ne résout que dans une moindre mesure.

A. La douleur et l'altération des capacités de compréhension

311. La douleur est une information nécessaire au diagnostic et à sa prise en charge⁵⁰⁷, permettant la localisation spontanée ou lors d'une palpation ou d'un examen, d'une zone, d'un organe ou d'un muscle qui apparaît comme provoquant ladite douleur. Généralement importante, voire insupportable, elle est sans doute le premier élément qui déclenche la volonté pour le patient ou son entourage de consulter rapidement un médecin. Celui-ci s'interroge sur son mécanisme, son origine et sa localisation, autant d'informations nécessaires au diagnostic⁵⁰⁸.

⁵⁰⁶ Pierre-Augustin CARON DE BEAUMARCHAIS, « *Le Barbier de Séville* » in *Œuvres complètes*, 1865.

⁵⁰⁷ L'absence totale de sensation de douleur (algotaraxie) est une pathologie très rare, dénommée insensibilité congénitale à la douleur ou analgésie congénitale.

⁵⁰⁸ La douleur peut revêtir un grand nombre de caractéristiques et de formes : centrale, en ceinture, erratique, exquise, fantôme, fulgurante, gravitative, irradiante, pongitive, projetée, pulsatile, référée, sourde, tensile, térébrante... autant d'éléments qui sont utiles pour le médecin.

312. Les juges peuvent être amenés à prendre en compte l'impact des douleurs sur les fonctions physiologiques, sensorielles, mentales et psychiques de la victime⁵⁰⁹. C'est donc en toute logique qu'il faut s'intéresser à l'impact de la douleur vis-à-vis de la capacité de compréhension de l'individu. Le malade diminué dans son physique par l'existence de la douleur, l'est également dans sa conscience, alors que le soignant bénéficie de la possibilité de le soulager, plaçant ainsi le malade dans une situation tant de vulnérabilité que de dépendance. Affaibli dans sa volonté, notamment celle d'être informé, il peut également voir sa raison altérée et ne pas avoir la capacité de comprendre ce qui lui est dit. La douleur plonge ainsi la personne qui la subit dans l'immédiateté de sa souffrance, qui vient jusqu'à modifier sa perception du cours du temps, « *le passé et le futur [n'ayant] plus de sens, seuls comptent l'acte ou les actes dont un soulagement pourrait venir* »⁵¹⁰. Pourtant, si la médecine est définie comme devant « *guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours* »⁵¹¹, historiquement la douleur n'a que peu été prise en charge, considérée comme une fatalité, ou encore jusqu'à récemment, comme ne pouvant exister, notamment chez les enfants⁵¹².

⁵⁰⁹ Mission qui incombe à l'expert dans tout type d'affaires. Sur les atteintes aux fonctions physiologiques et la notion de déficit fonctionnel permanent, se rapporter à la décision Cour de cassation, Chambre civile 2, 28 mai 2009, 08-16.829, Publié au bulletin. Les missions d'expertises étant généralement fixées en référence aux définitions de la nomenclature DINTILHAC (Jean-Pierre DINTILHAC, *Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels*, Conseil national de l'aide aux victimes, Juillet 2005), la formulation « *douleurs sur les fonctions physiologiques, sensorielles, mentales et psychiques de la victime* » se retrouve très largement au sein de décisions de justice. La douleur étant assimilée à un handicap au sens de l'article L.114 du Code de l'action sociale et des familles.

⁵¹⁰ Paul DENIS, « *Restriction de la douleur, douleur de la restriction* », Le Carnet PSY, vol. 177, no. 1, 2014, pp. 37-40.

⁵¹¹ Cet adage est attribué à Hippocrate, Ambroise Paré, ou encore Louis Pasteur, sans pour autant qu'il existe des preuves probantes.

⁵¹² Ce n'est qu'en 1987 qu'une étude publiée dans *The Lancet* démontre que les bébés opérés étaient beaucoup plus stables avec la prise en charge de la douleur que sans. A l'époque, « *Le petit enfant, disait-on, était trop immature, la douleur ne pouvait pas être ressentie et, même s'il la ressentait, il n'en souffrait pas comme un adulte, et sûrement l'oubliait très vite* » (Annie GAUVAIN-PIQUARD et Michel MEIGNIER, *La Douleur de l'enfant*, Calmann-Lévy, avril 1994). Il était donc courant d'opérer les nouveau-nés sans analgésique, simplement avec des produits paralysants. Sur ce sujet, voir Claude Guillon, *À la vie à la mort : Maîtrise de la douleur et droit à la mort*, Éditions Noësis, avril 1997 ; Yves HATCHUEL, *Les conséquences à long terme de la douleur chez l'enfant*, Le Coq-héron, volume n° 181, n° 2, 2005, pp. 59-67.

B. Prise en charge de la douleur et altération de la conscience

313. La lutte contre la douleur est un enjeu de santé publique⁵¹³, qui répond à un objectif d'humanité, d'éthique et de dignité, mais c'est également un droit⁵¹⁴ pour toute personne que de « *recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée* »⁵¹⁵. C'est un devoir pour le médecin que de « *s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement* »⁵¹⁶, qui inclut la douleur morale tant que physique. Souvent sous-estimée ou mal évaluée⁵¹⁷, la prise en charge de la douleur demeure un axe d'amélioration récent.

314. En préhospitalier, avec une faible connaissance des antécédents de la victime, et parfois une pathologie potentiellement évolutive, les équipes médicales vont mettre en œuvre un certain nombre de techniques. En premier lieu, et de façon systématique⁵¹⁸, toute membre douloureux sera immobilisé, afin de réduire le foyer de la douleur. Cette immobilisation permet de discuter avec la victime, et donc de l'informer sur les moyens mis en œuvre pour sa prise en charge, mais également de questionner la victime sur ses antécédents, afin de recueillir toutes informations utiles à sa prise en charge. Dans certains cas, des antalgiques seront nécessaires avant ou après l'immobilisation afin de lutter contre la douleur, et dans tous les cas, le patient doit être informé et rassuré sur le fait que sa douleur sera prise en compte.

315. Depuis 1993⁵¹⁹, les préconisations des sociétés de médecine d'urgence font de la recherche d'une douleur, y compris qui n'est pas exprimée, et de son traitement « *un objectif*

⁵¹³ Circulaire du 2 Mars 2006 *relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte des personnes hospitalisées*, n°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90.

⁵¹⁴ Loi n° 95-116 du 4 février 1995 *portant diverses dispositions d'ordre social*.

⁵¹⁵ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*.

⁵¹⁶ Code de la santé publique, R. 4127-37.

⁵¹⁷ M. GALINSKI M. RUSCEV, et al. « *Prise en charge de la douleur aiguë sévère chez l'adulte en médecine extrahospitalière : enquête nationale auprès des médecins de SMUR* ». in Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, volume 23, n° 12 (1 décembre 2004), p.1149 à 1154.

⁵¹⁸ Sauf contre-indication médicale. Le praticien ne prenant en charge la douleur de façon systématique étant de nature à constituer une faute. CNOM, 25 novembre 2013, n°11906.

⁵¹⁹ IIIe Conférence de consensus en Médecine d'urgence, Créteil, avril 1993.

prioritaire de toute équipe de soin »⁵²⁰. Cet objectif, confirmé⁵²¹ et réaffirmé⁵²², doit s'exprimer par l'antalgie ou l'analgésie précoce : c'est-à-dire de façon préhospitalière, rapide (voie intraveineuse ou inhalation de gaz, plutôt que par voie orale), efficace pour éviter toute conséquences délétères de la douleur, et poursuivie à horaires fixes, le temps nécessaire. Ainsi, toutes les douleurs doivent être prises en charge⁵²³, et bien qu'il n'existe pas – encore – de jurisprudence préhospitalière, la responsabilité pour non prise en charge de la douleur pourrait être fondée sur le code de déontologie⁵²⁴.

316. En matière hospitalière, l'absence de tout traitement antalgique, pourtant nécessaire⁵²⁵ compte tenu de l'état de souffrance et de la pathologie, a été jugé comme fautif et de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier⁵²⁶. Des méthodes alternatives à l'usage de médicaments sont parfois utilisées⁵²⁷, mais rarement au sein des services d'urgences.

317. L'utilisation de médicaments analgésiques emporte avec elle des effets secondaires, qui sont de façon quasi systématique une baisse de concentration, de la somnolence, voire l'inconscience ; pour soulager de très fortes douleurs, l'usage de certains médicaments est parfois nécessaire, ce qui inclut l'usage d'anesthésiant. La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation a ainsi défini la sédation-analgésie procédurale préhospitalière comme « l'utilisation le plus souvent combinée d'agents analgésiques et d'agents sédatifs qui vont avoir pour action de modifier l'état de conscience d'un patient »⁵²⁸. Ainsi, en traumatologie, les réductions et réalignements de fractures ou de luxations, de même que « l'urgence de terrain » peut se rajouter à une urgence médicale, et nécessiter de mobiliser rapidement un

⁵²⁰ N. SIMON, M. ALLAND, D. BRUN-NEY, P. BOURRIER, et al. *Le traitement médicamenteux de la douleur de l'adulte dans un service d'accueil et d'urgence*. Reanim Urgence 1993; 2:321-7.

⁵²¹ Albert TRINH-DUC, Aline SANTIN, et al., *Actualisation 2007 de la IIIe Conférence de consensus en médecine d'urgence : le traitement médicamenteux de la douleur de l'adulte dans le cadre de l'urgence*, Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement (2008) n°9, 248-278.

⁵²² M. OLIVIER, N. LECOULESN, M. QUINTARD, « *Prise en charge thérapeutique d'une douleur aiguë en médecine d'urgence chez l'adulte aiguë en médecine d'urgence chez l'adulte et le grand enfant et le grand enfant* » in La Revue des SAMU – Médecine d'Urgence, 2007 p. 25 à 34.

⁵²³ Seuls les cas des insuffisants respiratoires et de quelques autres pathologies doivent être examinés très méticuleusement afin de mettre en balance les effets délétères de la douleur avec l'effet dépresseur des antalgiques morphiniques sur le système respiratoire.

⁵²⁴ L'article 37 du code de déontologie médicale impose au médecin de s'efforcer en toute circonstance de « *soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement* ».

⁵²⁵ Nécessaire dans le sens où il est mis en évidence que le centre hospitalier ne prouve pas l'impossibilité ou l'inexistence de contre-indications à la mise en place d'un traitement antalgique, la charge de preuve étant ici mise à la charge de l'établissement et non du patient.

⁵²⁶ Cour administrative d'appel de Bordeaux, 3ème chambre (formation à 3), du 13 juin 2006, 03BX01900, inédit au recueil Lebon.

⁵²⁷ Laurence WARIN, *Prise en charge de la douleur à l'hôpital : de l'intérêt de l'hypnoanalgésie*, RDSS 2020, p.95.

⁵²⁸ Xavier COMBES, *Sédation procédurale en milieu préhospitalier*, Journée d'Urgences Vitales, SFAR, Congrès 2019.

patient traumatisé (exemple des accidents sur la voie publique). S'ensuit que la prise en charge de la douleur intense ne peut être conciliée avec la délivrance d'une information que difficilement.

Paragraphe 2 : Les conséquences de l'absence d'information en cas d'urgence ou d'impossibilité

318. L'information étant un droit pour le patient, et un devoir pour le médecin, l'inexécution est de nature à créer un préjudice qu'il convient d'indemniser en recherchant la responsabilité du praticien ou de son établissement, responsabilité qui trouve de larges limites dans le cadre de l'urgence.

319. La recherche de responsabilité pour défaut d'information se fait généralement par le biais de la perte de chance⁵²⁹, et/ou du préjudice d'impréparation⁵³⁰. Dans les deux cas, il s'agit pour les magistrats de déterminer le comportement du patient, s'il avait eu connaissance de l'information.

320. Le juge administratif doit systématiquement se prononcer sur la nature et l'importance des dommages physiques et des troubles dans les conditions d'existence subis par l'intéressé, en prenant en compte cet équilibre entre les risques de l'intervention et les risques encouru en cas de refus de traitement. Ce rapprochement peut permettre d'affirmer que le patient aurait renoncé à s'exposer à certains risques, s'il avait été informé, donc à refuser une intervention, et qu'auquel cas « *la réparation du dommage résultant de la perte (...) d'une chance de se soustraire au risque qui s'est réalisé et dont il n'a pas été informé doit être fixée à l'intégralité des différents chefs de préjudices subis* »⁵³¹. Or, en cas d'urgence, si l'intervention est vitale ou apparaît comme impérieusement requise, de telle sorte que le patient « *ne dispose d'aucune possibilité raisonnable de refus, le défaut d'information ne peut normalement entraîner une perte de chance* »⁵³². Le défaut d'information en l'absence d'alternative, même fautif, n'a donc pas à être indemnisé⁵³³.

⁵²⁹ Conseil d'État, Section, du 5 janvier 2000, 181899, publié au recueil Lebon ; Conseil d'État, du 5 janvier 2000, 198530, inédit au recueil Lebon.

⁵³⁰ Cour d'appel de Reims, 12 février 2019, 18/004581 ; les deux préjudices étant autonomes, voir en ce sens Cour de Cassation, Chambre civile 1, 23 janvier 2014, 12-22.123, Publié au bulletin.

⁵³¹ Conseil d'État, 5 / 7 SSR, du 27 février 2002, 184009, publié au recueil Lebon.

⁵³² Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 06/03/2015, 368010, Inédit au recueil Lebon ; Conseil d'État, 5 / 7 SSR, du 15 janvier 2001, 184386, mentionné aux tables du recueil Lebon. Voir également Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 10/10/2012, 350426, Publié au recueil Lebon ; Cour de Cassation, Chambre civile 1, 3 juin 2010, 09-13.591, Publié au bulletin.

⁵³³ Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 13 novembre 2002, 01-00.377, Publié au bulletin, Cour de Cassation, Chambre civile 1, 27 novembre 2013, 12-27.961, Inédit ; Conseil d'État, 5ème - 4ème chambres réunies, 19/10/2016, 391538, Publié au recueil Lebon ; Conseil d'État, Section, 20/11/2020, 419778, Publié au recueil Lebon.

321. S'il existe une ou plusieurs alternatives thérapeutiques moins risquées, la solution peut être distincte dans la mesure où l'intervention n'est pas nécessairement impérieusement requise⁵³⁴, le juge se fondant sur l'équilibre entre « *l'information [qui] aurait dû mettre en parallèle d'une part, les risques encourus, limités et le bénéfice escompté et d'autre part (...) l'évolution prévisible de son état de santé en cas d'inaction* »⁵³⁵. Or, encore faut-il disposer du temps nécessaire pour prendre ladite décision médicale ou non, ce qui peut s'avérer complexe dans l'urgence médicale.

322. Le préjudice d'impréparation peut résulter d'une intervention nécessitant d'être programmée à court terme, et non dans l'urgence absolue ; et qui sans aucune information, peut conduire à un « *préjudice moral résultant de l'impossibilité dans laquelle [la patiente] a été placée de mieux admettre psychologiquement la nécessité de l'intervention* »⁵³⁶. Cette situation découle d'un défaut d'information alors que la délivrance de l'information était possible, y compris dans un délai relativement court, ce qui exclut l'impossibilité d'informer.

323. L'urgence étant dérogatoire, il convient de s'intéresser aux conséquences de l'urgence médicale sur le droit des patients, tant dans l'urgence (I) seule que cumulativement avec l'impossibilité (II).

I. L'urgence : une limitation, non exclusive, de l'information

324. Le droit de toute personne d'être informée est une obligation qui pèse sur le praticien, et que la juridiction ordinaire qualifie parfois de devoir⁵³⁷. Lorsqu'elle utilise cette formulation, cela peut être parce qu'il est reproché au médecin de n'avoir pas été insistant, alors que le cas « *aurait dû inciter le médecin à une particulière vigilance en matière d'information et à attirer l'attention de sa patiente de façon formelle sur ce qui pourrait en résulter, puis à l'informer régulièrement des évolutions susceptibles de se produire* »⁵³⁸. Cela peut également être le cas lorsque l'information semble ne pas avoir été tout simplement délivrée sur un acte

⁵³⁴ En réalisant un équilibre entre le risque effectivement réalité, et un éventuel autre risque probable le cas échéant ; voir en ce sens Cour Administrative d'Appel de Nantes, 3ème chambre, 07/04/2016, 14NT02841, Inédit au recueil Lebon.

⁵³⁵ Cour d'appel d'Aix-en-Provence, ch. 10, 13 février 2014, n° 2014/00070.

⁵³⁶ Cour d'appel d'Angers - ch. A - 19 septembre 2017 - n° 15/00614.

⁵³⁷ Cette qualification n'est pas systématique. Sur 335 décisions (au 31/05/2020) qui invoquent un défaut d'information du patient ou d'un tiers, seules 44 décisions mentionnent expressément le devoir d'information. Les autres décisions faisant état de manquements (ou non) aux obligations déontologiques.

⁵³⁸ CDNOM, 04 juin 2015, n°11812.

complémentaire⁵³⁹. *A contrario*, si le patient a bénéficié de toutes les informations nécessaires, le praticien n'a donc pas manqué à son devoir d'information⁵⁴⁰.

325. En matière d'information, la notion d'urgence doit être entendue comme une intervention « *imposée par une nécessité évidente ou un danger immédiat pour le patient* »⁵⁴¹. Bien qu'en l'espèce, les magistrats aient utilisé la conjonction de coordination « ou » qui laisse supposer une alternative, il est possible de penser que ces deux conditions sont plutôt cumulatives : une intervention dont la nécessité paraît évidente ne suffit pas⁵⁴², encore faut-il que l'inaction entraîne un danger immédiat pour le patient, pour le priver de son droit à l'information.

Par exemple, lors d'un accouchement par césarienne, le médecin constatant une fragilité de l'utérus ne peut opérer une ligature des trompes, même avec l'accord de la patiente donnée sur le moment ; l'inaction n'entraînant aucun danger immédiat, le consentement ne pouvant être regardé comme éclairé à cette mesure de stérilisation en l'absence d'urgence ou de caractère nécessaire au vu de l'intervention initiale.

Ainsi, l'existence d'un danger immédiat ne suffit pas à dispenser d'information, pour une intervention dont la nécessité serait discutable. Selon une interprétation jurisprudentielle négative, sans doute aurait-il fallu que cela soit « *nécessaire en vue de prévenir des risques sérieux pour la santé* »⁵⁴³. Là encore l'interrogation sur l'utilisation du « ou » comme alternatif ou cumulatif se pose. En l'espèce, la Cour administrative d'appel relève qu'il « *ne résulte pas de l'instruction qu'elle aurait été urgente, ou même nécessaire en vue de prévenir des risques sérieux* ».

326. L'urgence utilisée comme une exception à la délivrance d'information relative aux actes réalisés doit dès lors être entendue au sens de « mesures conservatrices », permettant au patient d'être stabilisé, à moins que l'intervention apparaisse indiscutablement nécessaire, et sans d'autre alternative thérapeutique. Les magistrats ont utilisé cette logique⁵⁴⁴ s'agissant d'une intervention visant à désobstruer ses coronaires, justifiée par un impératif vital. Le patient

⁵³⁹ CDNOM, 05 janvier 2007, n°13021.

⁵⁴⁰ CDNOM, 22 janvier 2015, n°12028.

⁵⁴¹ Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 11 octobre 1988, 86-12.832, Publié au bulletin.

⁵⁴² Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 18 juillet 2000, 99-10.886, Publié au bulletin.

⁵⁴³ Cour Administrative d'appel de Lyon, 6ème chambre - formation à 3, 08/07/2008, 05LY01377, Inédit au recueil Lebon.

⁵⁴⁴ Conseil d'État, 5 / 7 SSR, du 15 janvier 2001, 184386, mentionné aux tables du recueil Lebon.

n'a été informé, alors même qu'une telle information eut été possible⁵⁴⁵ et que ce défaut constitue une faute, celle-ci ne peut engager la responsabilité de son auteur, en l'absence d'alternative thérapeutique moins risquée que l'opération réalisée.

327. Pour exclure totalement la notion de faute, il faut que le médecin ne dispose pas de la possibilité matérielle d'informer, par exemple en ne disposant pas du temps nécessaire⁵⁴⁶. Une opération réalisée en extrême urgence, face à une situation grave, et pour laquelle le médecin n'a disposé que de quelques instants entre l'arrivée dans la structure et l'accomplissement du geste opératoire vital est une parfaite illustration de cette impossibilité d'informer⁵⁴⁷. Illustration qui renforce également le fait que l'exception au droit à l'information « *sauf urgence ou impossibilité* », s'entend de façon cumulative et non alternative.

En ce sens, une intervention sur un patient, pratiquée en urgence le jour même de sa prise en charge, et à laquelle il « *ne pouvait se soustraire* » dès lors qu'aucune « *alternative thérapeutique n'existait* »⁵⁴⁸ ne peut prétendre à une indemnisation du fait du défaut d'information sur les risques de complications, et la perte de chance de les éviter en refusant les soins.

328. Les transfusions sanguines chez les témoins de Jéhovah ont à ce propos confirmé notre thèse des conditions cumulatives, en qualifiant la situation d'urgence comme étant constituée « *lorsque le pronostic vital est en jeu et en l'absence d'alternative thérapeutique* »⁵⁴⁹.

Bien que la décision du Conseil d'État de 2001 ne mentionnât que l'absence de consentement, et non l'information, la situation est aujourd'hui extrapolable à l'information : les refus de soins fondés sur les convictions religieuses d'un patient qui serait inconscient, et ne pourrait dès lors être informé, ne peuvent engager la responsabilité du praticien pour défaut d'information, ni, en cas contraire, retarder la réalisation de l'intervention justement dans le but d'informer son patient. En effet, malgré l'intervention du législateur⁵⁵⁰, le Conseil d'État a

⁵⁴⁵ Par souci de tournure de phrase, la négation initiale a été renversé en affirmation : « *qu'il n'est pas contesté que M. Z..., n'avait pas été informé de l'existence de tels risques ; qu'une telle information n'était pas impossible contrairement à ce que soutient le centre hospitalier ; (...)* ».

⁵⁴⁶ Pour illustration, n'est pas une urgence le fait de procéder à une intervention alors que la personne était hospitalisée depuis 5 jours au sein de l'établissement, dans un état stable. Voir en ce sens : Cour d'appel d'Aix-en-Provence, ch. 10 - 3 mars 2016 / n° 14/20020. Cette notion de « temps nécessaire » est à rapprocher du « temps opportun », voir *infra* §68 et suivants.

⁵⁴⁷ CDNOM, 07 février 2002, n°7815.

⁵⁴⁸ Cour administrative d'appel de Bordeaux, 2ème chambre - formation à 3, 16/05/2017, 15BX02850, Inédit au recueil Lebon.

⁵⁴⁹ Conseil d'État, Assemblée, du 26 octobre 2001, 198546, publié au recueil Lebon.

⁵⁵⁰ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

poursuivi son raisonnement : le respect de la volonté du patient doit être concilié avec la nécessité d'« *un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état* »⁵⁵¹.

Les interventions postérieures du législateur en 2005 et 2016⁵⁵² ayant renforcé le respect de la volonté du malade en fin de vie, et « dépenalisé » l'abstention de porter secours dans ce cadre, bien que discuté par la doctrine⁵⁵³, la question se posait toujours de savoir si le droit à la vie – droit fondamental – l'emportait sur un autre, celui du droit au consentement.

Une jurisprudence de 2006 conclut qu'il « *ne saurait être reproché au médecin, qui doit respecter la volonté du malade, d'avoir éventuellement tardé à pratiquer une intervention vitale, alors qu'il ne pouvait la réaliser sans procéder, contre la volonté du patient, à une transfusion sanguine* »⁵⁵⁴.

Une jurisprudence récente, postérieure à la loi CLAEYS-LEONETTI, reprend ces principes et exclut toute faute de la part des soignants, d'avoir procédé à deux transfusions sanguines en situation d'urgence vitale⁵⁵⁵. En revanche, le juge reconnaît une faute lors d'une troisième transfusion, alors que la patiente était consciente et avait réitéré à plusieurs reprises son refus de ce traitement, d'autant que les médecins l'avaient préalablement sédaturée pour l'empêcher de s'y opposer à nouveau.

Saisie en référé, la haute juridiction a refusé d'enjoindre à des médecins de renoncer à une transfusion sanguine expressément refusée par le patient⁵⁵⁶, soulignant que les médecins n'avaient pratiqué « *des actes indispensables à [la] survie [du patient] et proportionnés à son état, alors qu'il était hors d'état d'exprimer sa volonté* ». La proportionnalité a été appréciée strictement, la haute juridiction s'étant appuyée sur le volume de sang utilisé, strictement nécessaire à la survie, et donc plus réduit qu'il ne l'aurait normalement été pour un autre patient.

Nous rejoignons donc le Pr. QUIVIGER en ce qu'il serait difficile de comprendre « *que sauver la vie d'un patient puisse être une 'faute'* »⁵⁵⁷ en situation d'urgence absolue et engageant le pronostic vital du patient.

⁵⁵¹ Conseil d'État, Ord., 16 août 2002, *Feuillatey*, n° 249552.

⁵⁵² Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 *relative aux droits des malades et à la fin de vie* et Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 *créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie*.

⁵⁵³ Pierre-Yves QUIVIGER, *Du droit au consentement. Sur quelques figures contemporaines du paternalisme, des sadomasochistes aux Témoins de Jéhovah*, *Raisons politiques*, n° 46, 2012/2, p.79.

⁵⁵⁴ Cour d'appel d'Aix-en-Provence, ch. 10, 21-12-2006 n° 04/10962.

⁵⁵⁵ Tribunal Administratif de Bordeaux, 15 juillet 2020, n° 1902340, décision infirmée par la Cour administrative d'appel de Bordeaux, 2ème chambre, 20/10/2022, 20BX03081, qui admet que la 3^e transfusion sanguine est fautive en raison de l'état de conscience de la patiente et de sa sédation préalable à l'acte de transfusion.

⁵⁵⁶ Conseil d'État, Juge des référés, 20/05/2022, 463713, Inédit au recueil Lebon ; Caroline LANTERO, *Réflexions sur la fondamentalisation des droits des patients. L'exemple de la violation du consentement*, *RDSS*, 2022, n° 02, p. 216 ; Xavier BIOY, *Refus de soins vitaux, vingt ans après*, *AJDA*, 2022, n° 29.

⁵⁵⁷ Pierre-Yves QUIVIGER, « *Du droit au consentement. Sur quelques figures contemporaines du paternalisme, des sadomasochistes aux Témoins de Jéhovah* », *Raisons politiques*, 46, Presses de Sciences Po, 2012, n° 2, p. 79-94.

329. La jurisprudence actuelle s'intéresse ainsi à quatre conditions⁵⁵⁸ pour trancher un litige entre une personne refusant des soins indispensables pour sa survie et un médecin qui tente par tout moyen de lui sauver la vie : le médecin doit avoir préalablement informé son patient des soins proposés, des conséquences de ses choix et de leur gravité, donc des risques encourus⁵⁵⁹, et doit avoir préalablement tout mis en œuvre pour s'efforcer de convaincre le patient d'accepter les soins indispensables.

Naturellement, cette grille de lecture ne s'applique que lors d'une situation mettant en jeu le pronostic vital du patient, c'est-à-dire dans une situation extrême.

L'acte médical constitue alors un acte indispensable et proportionné à l'état de santé du patient, dans le but de le sauver, et en l'absence d'alternative thérapeutique.

330. Lorsque ces conditions sont remplies, la jurisprudence admet la possibilité pour les soignants de passer outre le principe « de la volonté absolue du patient », et donc de basculer dans le régime des soins forcés. A titre d'illustration, lorsqu'un détenu se livre à une grève de la faim prolongée, « *il ne peut être traité sans son consentement, sauf lorsque son état de santé s'altère gravement et seulement sur décision et sous surveillance médicales* »⁵⁶⁰. Ce refus de soins étant écarté au profit de la décision médicale certes par la nécessité d'assurer la sécurité de ces détenus, mais surtout par la volonté de protéger la vie, car cette grève de la faim constitue « *un acte volontaire dont la durée est a priori indéterminée et peut aller jusqu'à la mort.* »⁵⁶¹

Pour certains auteurs, cela se justifie par une « *certaine conception de l'autonomie, entendue comme 'capacité de poser et de respecter des devoirs universels' qui implique, des lors, la conclusion selon laquelle 'celui qui refuse un soin vital' n'est pas autonome* »⁵⁶².

331. Par ailleurs, sans qu'il soit fait état de quelconque conviction religieuse, cette solution est également applicable en matière d'accouchement. Bien qu'informée de l'état de souffrance de son enfant, lors de l'accouchement, une patiente qui refuse une épisiotomie, persiste dans ce refus au point de mettre en danger la vie de l'enfant à naître, alors qu'elle en est informée, ne saurait reprocher ensuite au médecin d'avoir passé outre au refus de l'intervention, qui se justifiait par l'urgence et la nécessité de sauvegarder la vie et l'état de

⁵⁵⁸ La CEDH ayant également validé de raisonnement. Voir en ce sens, CEDH, 29 avril 2002, n° 2346/02, *Pretty c./ Royaume-Uni*.

⁵⁵⁹ De telle sorte que le refus soit éclairé, voir en ce sens Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 15 novembre 2005, 04-18.180, Publié au bulletin.

⁵⁶⁰ Code pénitentiaire, R322-4

⁵⁶¹ CCNE, La santé et la médecine en prison, nov. 2006, Avis n°94.

⁵⁶² Stéphanie HENNETTE-VAUCHEZ, « *Kant contre Jéhovah ? Refus de soins et dignité de la personne humaine* », Recueil Dalloz, décembre 2004, p. 3154-60.

l'enfant⁵⁶³. Cette solution semble toujours d'actualité si l'épisiotomie est réalisée dans un contexte d'urgence vitale et que l'acte apparaît comme indispensable à la survie de la parturiente et proportionné à son état⁵⁶⁴.

II. L'impossibilité : une exclusion d'information de la victime mais non de ses proches

332. L'impossibilité d'informer peut avoir plusieurs causes : soit le patient n'est pas en état de recevoir ou de comprendre l'information (A), soit l'état du patient évolue au cours d'une intervention, et les soignants découvrent des éléments nouveaux (B). Dans les deux hypothèses, les conséquences seront similaires (C).

A. Les cas d'impossibilité de recevoir ou de comprendre l'information

333. S'il a déjà été traité du cas des majeurs protégés, il faut désormais s'intéresser aux majeurs⁵⁶⁵ qui présentent des difficultés permanentes⁵⁶⁶ de compréhension de l'information, et pour lesquels, dans le silence des textes législatifs, réglementaires et l'absence de recommandations de bonnes pratiques⁵⁶⁷, il convient de s'interroger.

334. S'agissant des personnes ne parlant et/ou ne comprenant pas la langue française, cela ne suffit pas, en temps normal, pour dispenser les professionnels de leur obligation d'information, d'autant plus avec le développement des solutions de traductions numériques. En situation d'urgence en revanche, cette hypothèse semble devoir subsister.

⁵⁶³ CDNOM, 16 septembre 2010, n°10563. En raison des conséquences sur la parturiente et/ou sur celle de l'enfant à naître: Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). *Déchirures périnéales obstétricales et épisiotomie : aspects techniques. Recommandations pour la pratique clinique : Prévention et protection périnéale en obstétrique.*

⁵⁶⁴ Il n'existe pas de jurisprudence sur cette question pour le moment, ni en cas d'indication fœtale (risque pour l'enfant), ni en cas de risque pour la parturiente.

⁵⁶⁵ Les mineurs étant généralement accompagnés de leurs parents, l'information pourra éventuellement être traduite par ce biais, sauf dans le cas où ceux-ci sont également dans la même situation, ou qu'ils sont injoignables, auquel cas la problématique demeure la même.

⁵⁶⁶ Le cas de l'inconscience, a priori passagère, ayant été précédemment traité.

⁵⁶⁷ Les recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information mentionnés à l'article L.1111-2 du code de la santé publique n'évoquent pas ces hypothèses.

335. Les patients personnes déficientes auditives (surdité sévère    profonde) ont droit de bénéficier d  une transcription écrite, voire de l  assistance si nécessaire d  un interprète en langue des signes française s  ils en font la demande⁵⁶⁸. Bien qu  il existe des unités d  accueil et de soins pour sourds, permettant la prise en charge par des professionnels usant de la langue des signes, ces unités sont essentiellement destinées    la médecine interne, et de ce fait, peu disponibles au sein des structures d  accueil des urgences. Un numéro d  urgence pour personnes sourdes ou malentendantes, le 114, doublé d  une plateforme num  rique⁵⁶⁹ permet de communiquer les alertes et de les relayer vers le service d  urgence ad  quat⁵⁷⁰ ; mais il ne permet pas de délivrer une information médicale dans un cadre urgent. Reste la possibilité de transcrire par écrit l  information orale, qui suppose de prendre un temps plus important, ce qui n  est pas toujours possible, possibilité qui doit par ailleurs être utilisée avec précaution, une partie des patients rencontrant des difficultés avec l   crit, la syntaxe entre langue des signes et français étant diff  rente⁵⁷¹.

B. La découverte d   l  ments nouveaux lors d  une opération

336. Si le patient est informé avant une opération sous anesthésie générale, mais qu  en cours d  intervention apparaissent des éléments nouveaux, ou que son état évolue, il ne pourra alors pas être informé des actes complémentaires, même s  ils ne sont pas réalisés en urgence.

337. Par exemple, lorsqu  au cours d  un entretien préalable    une intervention, un médecin évoque l  existence d  une tumeur cancéreuse, qui impose une opération d  ex  r  se-biopsie « *en urgence pour poser un diagnostic certain* » [c  est-  dire une opération dont l  objet est de déterminer la nature exacte de la tumeur], que le patient accepte, il ne livre alors nécessairement qu  une information partielle, puisque la finalité de l  op  ration est de poser le diagnostic. L  absence d  information sur les risques « *d  entra  ner des séquelles nerveuses* », par le praticien

⁵⁶⁸ Loi né 2005-102 du 11 février 2005 *pour l   galit   des droits et des chances, la participation et la citoyenn  t   des personnes handicapées*, article 78.

⁵⁶⁹ www.appel.urgence114.fr Site internet rattaché au CHU Grenoble-Alpes qui dispose de la possibilité de contacter des professionnels de santé en langage des signes français, communication vocale, échange de message et transcription en braille. Il existe également une application pour smartphone.

⁵⁷⁰ Qui peut être le SAMU Centre 15, mais aussi un service de police ou de gendarmerie, ou d  incendie et de secours.

⁵⁷¹ Dominique GILLOT, *Le droit des sourds, 115 propositions*, rapport au Premier ministre, juin 1998 ; Audrey SITBON *Baromètre Santé Sourds et Malentendants 2011/2012*,   ditions INPES, 2015 ; Jean DAGRON, *Sourds et soignants, deux mondes, une médecine*, édition InPress, 1999.

qui découvre pendant l'intervention ladite tumeur, caractérise ainsi « *l'impossibilité pour le praticien de délivrer une information éclairée* »⁵⁷².

En l'espèce, aucune autre méthode de diagnostic n'était susceptible de parvenir à un résultat certain, comme cela est souvent le cas en matière oncologique, et seule une biopsie permet d'identifier précisément la tumeur et donc de poser un diagnostic précis⁵⁷³. En outre, le chirurgien s'est limité à l'opération d'exérèse-biopsie et s'est abstenu de procéder à la résection complète de la tumeur. Il semble évident qu'il ne saurait être reproché au chirurgien d'un défaut d'information sur des risques qu'il ne peut prévoir, bien que la doctrine puisse être partagée, et s'interroger sur la nécessité d'informer « *sur les conséquences de cet examen en fonction non seulement d'une pathologie supposée probable, mais aussi de toute autre pathologie envisageable, même si on la suppose peu probable en raison de sa rareté, quelle que soit cette rareté dès lors que cette pathologie est envisageable* »⁵⁷⁴. Cette possibilité doit pourtant être exclue, puisque d'une part l'opération s'imposait en urgence, et ne laissait donc par au praticien le temps de réaliser une liste de toutes les possibilités⁵⁷⁵, y compris sur les pathologies et maladies rares éventuellement envisageables⁵⁷⁶, et d'autre part, puisque, l'information étant un préalable au consentement, celui-ci ne pouvait être donné par le patient⁵⁷⁷.

La jurisprudence ultérieure⁵⁷⁸, accrédiatera cette hypothèse en refusant d'indemniser un défaut d'information dès lors qu'il n'apparaît que le patient n'a « *aucune possibilité raisonnable de refus à l'intervention* »⁵⁷⁹.

338. Un autre cas de figure existe également, celui qui s'impose en cours d'intervention et qui ne pouvait être anticipé, en raison de la découverte fortuite lors de l'opération. Un acte chirurgical complémentaire peut ainsi s'imposer « *en cours d'intervention, comme une nécessité anatomique, en présence de tissus obstructifs que seules les 'constatations visuelles préopératoires' avaient permis de déceler* ». La question est alors de savoir s'il vaut mieux

⁵⁷² Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 26 octobre 2004, 03-15.120, Publié au bulletin.

⁵⁷³ Ce sont les analyses anatomopathologiques qui sont faites sur cette biopsie qui permettent de l'identifier, ici, comme une tumeur nerveuse bénigne très rare.

⁵⁷⁴ Jean PENNEAU, « *Droit médical : panorama 2004* », Recueil Dalloz 2005, n°403.

⁵⁷⁵ Qui aurait, par définition, nécessité de longues explications, et donc retardé par la même l'intervention.

⁵⁷⁶ Qui ne serait par ailleurs pas compris par le patient, qui rappelons-le, n'a pas fait d'études de médecine, contrairement à l'auteur précité. Enfin, semble-t-il qu'il était impossible au médecin d'informer son patient dans la mesure où il ignorait encore au jour de la réalisation de l'acte, la nature du tissu et donc l'existence éventuelle du préjudice.

⁵⁷⁷ Ce consentement n'étant donc pas « éclairé » de toutes les possibilités, mais justifié par l'impossibilité d'informer. Voir en ce sens, *infra* sur le consentement (§362 et suiv.). Et cela même si le patient n'avait pas donné son consentement pour la réalisation de cet acte précis.

⁵⁷⁸ Voir *supra*, sur les risques exceptionnels.

⁵⁷⁹ Cour administrative d'appel de Douai, 2e chambre - formation à 3, 20/01/2015, 13DA00330, Inédit au recueil Lebon.

s'abstenir de pratiquer un acte chirurgical complémentaire, réveiller le patient et obtenir son consentement pour une seconde opération, ou au contraire pratiquer l'acte en vue d'éviter de faire courir au patient les risques liés à une nouvelle intervention⁵⁸⁰.

Si cet acte complémentaire est nécessaire, le Professeur Louis DUBOIS s'interroge : « *dispenser le malade d'une seconde intervention n'est-ce pas tout simplement faire preuve d'humanité ?* »⁵⁸¹. Pour autant que cet acte complémentaire soit d'une nécessité évidente, ce qui peut exclure la notion de danger immédiat pour le patient, cette possibilité n'a pas depuis été reprise par la jurisprudence. L'impossibilité d'informer d'un geste nécessaire apparu au cours de l'intervention est donc admissible, pour éviter de réveiller le patient et d'intervenir à nouveau⁵⁸².

339. Enfin, l'impossibilité d'informer peut exister dans les cas où les risques liés à l'intervention sont totalement imprévisibles, et découlent de complications en cascade⁵⁸³.

C. Les conséquences de l'impossibilité d'informer le patient préalablement à un acte ou une intervention médicale

340. Dans le cas où il est impossible d'informer le patient préalablement à un acte médical, la haute cour administrative considère que le défaut d'information n'est pas fondé dès lors qu'il n'existe « *pas d'alternative thérapeutique moins risquée* », et qu'une abstention thérapeutique « *aurait comporté un risque de complications cardio-vasculaires sensiblement supérieur à la moyenne* »⁵⁸⁴, autrement dit, que l'intervention présente un caractère indispensable. C'est en ce sens la nécessité qui ressort comme cause d'exception à l'obligation d'information, justifié au vue de la gravité de la situation.

Ainsi, si le patient n'est pas en mesure de recevoir ou de comprendre d'information de la part des professionnels de santé, même en l'absence d'urgence, le juge peut considérer qu'en l'absence de possibilité raisonnable de refus à l'intervention, le patient ne peut se prévaloir d'un manque d'information⁵⁸⁵.

⁵⁸⁰ Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 22 mai 2002, 00-19.817, Publié au bulletin.

⁵⁸¹ Louis DUBOIS, note sous Civ. 1^{re}, 22 mai 2002, « *Impossibilité d'informer : acte complémentaire réalisé au cours d'une intervention chirurgicale* », RDSS 2002, p. 483.

⁵⁸² Cour d'appel de d'Aix-en-Provence-, ch. 10, 22 novembre 2018, n° 17/11529.

⁵⁸³ Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 18 décembre 2002, 01-03.231, Publié au bulletin.

⁵⁸⁴ Conseil d'État, 5^{ème} et 4^{ème} sous-sections réunies, 11/07/2011, n°328183.

⁵⁸⁵ CAA Douai, 20/01/2015, n°13DA00330, *précité*.

Section 2. Le consentement et l'urgence

*« Lorsque la mort attaque,
le malade est en péril et le médecin doit agir,
fût-ce sans ou contre le consentement du malade »⁵⁸⁶*

341. Si le point de départ de l'obligation de consentir aux actes médicaux est généralement pour la doctrine la jurisprudence Mercier⁵⁸⁷ à laquelle est associé l'arrêt Teyssier⁵⁸⁸, la consécration de ce principe naîtra explicitement avec la loi dite « de bioéthique »⁵⁸⁹ et la décision du Conseil Constitutionnel associée⁵⁹⁰. Si la relation contractuelle continue de perdurer dans les relations libérales, au sein du service public en revanche, le patient est un usager, et se trouve ainsi placé dans une relation qualifiée par certains de « fonctionnelle »⁵⁹¹, même si la première rédaction du code de déontologie médicale mentionnait uniquement que « *le médecin doit s'efforcer d'imposer l'exécution de sa décision* »⁵⁹², ce qui en matière de consentement est assez limité.

La décision des sages associe cette loi de bioéthique à un ensemble de principes⁵⁹³ qui tendent à assurer le respect du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine⁵⁹⁴.

342. C'est donc très naturellement que peu de temps après⁵⁹⁵, le code de déontologie médicale a imposé aux médecins l'obligation de rechercher le consentement de la personne

⁵⁸⁶ C. LABRUSSE-RIOU, *L'intégrité du corps humain est protégée par le consentement et malgré le consentement*, in *L'homme, la nature et le droit*, Christian BOURGEOIS, 1988, p. 335.

⁵⁸⁷ Cour de Cassation, Chambre Civile, 20 mai 1936.

⁵⁸⁸ Cour de Cassation, Req., 28 janv. 1942.

⁵⁸⁹ Loi n° 94-654 du 29 juillet 1994 *relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal*.

⁵⁹⁰ Conseil Constitutionnel déc. n°94-343/344 du 27 juill. 1994.

⁵⁹¹ Caroline LANTERO, « *Vers la reconnaissance du défaut d'information comme chef de préjudice autonome ?* » AJDA 2010, n°38, p. 2169.

⁵⁹² Décret n°47-1169 du 27 juin 1947 *portant code de déontologie médicale*.

⁵⁹³ Conseil Constitutionnel, *décision précitée*, considérant 18.

⁵⁹⁴ Voir en ce sens les décisions du Conseil Constitutionnel suivantes : DC n° 2001-446 du 27 juin 2001, *Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception* ; DC n° 2004-498 du 29 juillet 2004, *Loi relative à la bioéthique* ; QPC n° 2010-71 du 26 novembre 2010, *Mlle Danielle S.* ; DC n° 2013-674 du 1er août 2013, *Loi tendant à modifier la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique en autorisant sous certaines conditions la recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires* ; DC n° 2015-727 du 21 janvier 2016, *Loi de modernisation de notre système de santé* ; QPC n° 2017-632 du 2 juin 2017, *Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébrolésés*.

⁵⁹⁵ Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 *portant code de déontologie médicale*.

examinée ou soignée. L'instauration d'une charte du patient hospitalisé⁵⁹⁶ a renforcé ce consentement, avant son inscription dans la partie législative du code de la santé publique⁵⁹⁷.

343. Si le droit au consentement a pu être analysé par le passé comme un droit de veto, c'est-à-dire un droit d'opposition à toute intrusion corporelle, par l'expression de l'article 16-3 du code civil, il n'en est rien. Ce consentement doit être considéré comme un véritable acte de volonté, celle d'une adhésion ou d'un refus, et non une simple possible opposition. Ce consentement ne devrait d'ailleurs pas porter uniquement sur le soin, mais bien plus largement sur la prise en charge complète du patient, et c'est en ce sens que le médecin devait s'efforcer « *d'obtenir l'exécution du traitement* » au sens du décret du 28 novembre 1955⁵⁹⁸. Il sera par la suite le fondement de l'expression de la codécision médicale⁵⁹⁹. L'exigence du consentement libre et éclairé préalable à l'intervention médicale a par ailleurs été qualifiée⁶⁰⁰ de liberté fondamentale⁶⁰¹. Le consentement n'est toutefois nécessaire que lorsque l'état du patient lui permet de consentir à l'intervention thérapeutique jugée nécessaire. Le cas échéant, l'atteinte à l'intégrité du corps humain⁶⁰² est ainsi permise eu égard à la nécessité thérapeutique pour la personne dans l'incapacité d'y consentir.

344. La recherche du consentement n'est soumise à aucune condition de forme⁶⁰³ (hormis pour quelques exceptions⁶⁰⁴ qui ne correspondent pas à des situations urgentes), l'hypothèse de recourir à un document ayant d'ailleurs été jugé inenvisageable par le comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, face au danger d'une bureaucratisation de la relation patient-médecin, au profit d'une signature arrachée au patient peu de temps avant l'acte médical. Si les patients hospitalisés sont libres de quitter l'établissement à tout moment, le cas de l'urgence impose des précautions. La conciliation entre la situation qui impose au médecin d'intervenir, et la volonté de respecter le consentement du patient, qui peut éventuellement refuser l'acte, est parfois difficile.

⁵⁹⁶ Charte du patient hospitalisé. Circulaire ministérielle n°95-22 du 6 mai 1995 *relative aux droits des patients hospitalisés*, Annexe. La Charte a ensuite été réactualisée par la circulaire n°2006-90 du 2 mars 2006.

⁵⁹⁷ CSP, L.1111-4.

⁵⁹⁸ Décret n°55-1591 du 28 novembre 1955 *portant code déontologie médicale et remplaçant le règlement d'administration publique n° 47-1169 en date du 27 juin 1947*.

⁵⁹⁹ Voir *infra*, §367 et suivants.

⁶⁰⁰ Conseil d'État, Ord., 16 août 2002, *Feuillatey*, n° 249552.

⁶⁰¹ Au sens de l'article L. 521-2 du code de justice administrative. Le recueil de ce consentement est une des manifestations du principe d'inviolabilité du corps, qui fait écho au principe de dignité de la personne humaine.

⁶⁰² Code civil, article 16-3.

⁶⁰³ Cf. DP santé, *Droit des patients: consentement à l'acte médical*, Éditions Législatives. C. LANTERO, *Réflexions sur la fondamentalisation des droits des patients. L'exemple de la violation du consentement*, RDSS 2022, p.216.

⁶⁰⁴ La chirurgie esthétique, le don d'organe de son vivant, l'aide médicale à la procréation, l'interruption volontaire de grossesse ou encore la recherche biomédicale, situations qui ne semblent pas comporter de notion urgente.

345. Pour autant, la disponibilité du corps humain ne semble pas fonder un droit à disposer librement de son corps ou de sa personne, et cette notion de libre disposition de son corps croise la dignité, la vie privée et les libertés personnelles, mais également les règles sociétales.

346. Par ailleurs, une dichotomie apparaît naturellement entre le médecin qui maîtrise la quasi-totalité des enjeux médicaux, le savoir médical, les tenants et les aboutissants, et le patient, en situation de souffrance, devant être soigné dans les plus brefs délais, et tenté de simplement consentir en ce qu'il soit soulagé de ses douleurs. À ce propos, Louis Portes⁶⁰⁵ écrira que face au patient « *le médecin n'a en aucune façon le sentiment d'avoir à faire à un être libre, à un égal, à un pair qu'il puisse instruire véritablement. Tout patient est, et doit être pour lui, comme un enfant à apprivoiser, non certes à tromper - un enfant à consoler, non pas à abuser – un enfant à sauver, ou simplement à guéri* »⁶⁰⁶.

La recherche du consentement du patient est donc toujours complexe en ce que l'information initiale, même donnée de façon complète – ce qui est illusoire – ne permet pas en elle-même de comprendre la réalité des enjeux qui portent sur l'acte médical. C'est d'ailleurs en ce sens qu'il est possible d'envisager un dernier relent de paternalisme médical, le *pater* détenant le pouvoir de décision sur les patients qu'il protège, et détenant sa légitimité de sa connaissance : dans l'urgence, subsiste davantage qu'en dehors, ce rapport inégalitaire, qui peut tenter le soignant de continuer à appliquer la médecine hippocratique en ce que le médecin doit conseiller « *aux malades le régime de vie capable de les soulager, et [écarter] d'eux tout ce qui peut leur être contraire ou nuisible* »⁶⁰⁷. Si l'information est le corollaire du consentement, l'urgence pose un certain nombre de questions sur l'expression du consentement (section 1) et sa possible absence face à des situations qui ne la permettent pas (section 2).

⁶⁰⁵ Président du conseil national de l'Ordre des médecins et Membre de l'Académie nationale de médecine au début du XX^{ème} siècle.

⁶⁰⁶ L. Portes, *A la recherche d'une éthique médicale*, éd. Masson, 1954.

⁶⁰⁷ Serment d'Hippocrate.

Paragraphe 1 : L'aptitude à consentir et les situations urgentes

*« Il n'y a pas d'échappatoire pour le médecin.
Même quand il s'efforce de se décharger
du choix sur le malade et sa famille
en leur fournissant
le plus grand nombre possible de données propres à les éclairer,
c'est neuf fois sur dix au médecin que finira par revenir ce choix »⁶⁰⁸*

347. D'une manière générale, pour le droit des obligations la formation d'un contrat repose sur le consentement d'une personne qui est en mesure d'émettre une volonté, c'est-à-dire apte juridiquement, mais également physiquement et intellectuellement. Ici, ne nous intéressent pas l'incapacité d'exercice ou l'incapacité de jouissance qui sont prévues et encadrées par des textes, mais bien l'absence de consentement au sens civiliste (I) qui, nous le verrons, pourtant n'empêche pas la poursuite des soins, le consentement médical dépassant la notion contractuelle (II) et se fondant sur d'autres éléments juridiques.

I. L'expression du consentement et ses caractéristiques face à l'urgence médicale

348. La nécessité de l'expression du consentement s'agissant des majeurs ne pose aucune difficulté en temps normal, fondée en droit et en fait. Plus délicate s'agissant des patients mineurs, cette expression peut revêtir plusieurs formes (A), conjointe avec les parents, la personne de confiance, ou bien exclusive (B). Ce consentement comporte ainsi des similitudes avec celui du majeur protégé (C).

⁶⁰⁸ Professeur Jean HAMBURGER, *La puissance et la fragilité*, Paris, Flammarion, 1972, p. 104.

A. La nécessité du consentement et l'aptitude juridique

349. Contrainte précédemment évoquée⁶⁰⁹, le médecin appelé à donner des soins à un mineur doit « s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires »⁶¹⁰. Mais lorsque la personne mineure voit ses liens de famille rompus, et bénéficie directement du remboursement de ses soins au titre de la protection maladie universelle, alors seul son consentement est requis⁶¹¹.

B. L'expression de volonté du mineur et le consentement parental

*« Pas plus que l'enfant scolarisé ne peut être réduit
à sa dimension d'élève, l'enfant malade
- ou protégé du risque de le devenir –
ne peut se laisser résumer à un statut de 'patient' »⁶¹²*

350. Les mineurs disposent d'un consentement autonome dans trois domaines, que sont la recherche biomédicale⁶¹³, le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain⁶¹⁴, et la contraception et l'interruption volontaire de grossesse⁶¹⁵. Aucun ne semble invocable directement en urgence, aussi faut-il s'intéresser à l'existence d'un consentement associé à celui de ses parents⁶¹⁶.

351. Si la question des actes usuels a déjà été traitée⁶¹⁷, il faut toutefois opérer une distinction : si en principe sont concernés des actes habituels et sans gravité, il faut toutefois

⁶⁰⁹ Cf *infra*, §281, §297, §302.

⁶¹⁰ Code de la santé publique, article R. 4127-42.

⁶¹¹ Code de la santé publique, article L1111-5.

⁶¹² Frédéric JESU, *L'enfant, sujet de soins*, Journal du Droit des jeunes, n°184, avril 1999.

⁶¹³ CSP, L. 1122-2 : « (...) Ils sont consultés dans la mesure où leur état le permet. Leur **adhésion personnelle** en vue de leur participation à la recherche impliquant la personne humaine est recherchée. En toute hypothèse, il ne peut être passé outre à leur refus ou à la révocation de leur acceptation ».

⁶¹⁴ CSP, Article L1221-5. Une opération de prélèvement de sang ou de ses composants en vue d'une utilisation thérapeutique pour autrui « ne peut alors être opérée qu'à la condition que chacun des titulaires de l'autorité parentale y consente expressément par écrit. Le refus de la personne mineure fait obstacle au prélèvement ». Don du sang uniquement, le don d'organe étant interdit pour les mineurs (CSP, L.1231-2).

⁶¹⁵ CSP, Article L5134-1 « **Le consentement des titulaires de l'autorité parentale** ou, le cas échéant, du représentant légal **n'est pas requis** pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures ».

⁶¹⁶ CSP, L.1111-4 « Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est **apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision** ».

⁶¹⁷ Cf. *infra*, §300. Voir également §590.

souligner que l'admission d'un mineur dans un établissement est en principe prononcée à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale⁶¹⁸ (et non des deux).

Par ailleurs ce principe connaît une exception, dès lors qu'il existe un état de nécessité, l'établissement pouvant alors prononcer l'hospitalisation de lui-même, sans avoir à demander la permission aux parents. L'urgence est donc en ce sens dérogatoire à cette nécessité d'obtenir l'accord des parents. L'admission est ici à distinguer des soins.

352. Concernant cette admission, si le mineur est seul à se présenter, plusieurs cas de figures peuvent se présenter :

Si l'autorisation écrite d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération « ne pourrait en cas de besoin être obtenue à bref délai de ses père, mère ou tuteur légal en raison de leur éloignement, ou pour toute autre cause, ceux-ci doivent, dès l'admission du mineur, signer une autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération »⁶¹⁹.

Si les responsables légaux sont en mesure de donner une autorisation écrite à bref délai, *« celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire »*.

Si le consentement ne peut être recueilli ou en cas de refus du représentant légal, *« il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence »*. Toutefois, si ce refus risque de compromettre la santé ou l'intégrité corporelle du mineur, *« le médecin responsable du service peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent »*.

Enfin, en cas d'urgence, le médecin peut décider seul de l'intervention.

353. Si le mineur s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé⁶²⁰, le médecin n'est alors pas tenu de rechercher le consentement de l'autorité parentale, mais uniquement lorsque que *« le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé »*. Aucune précision explicite n'est apportée quant à la capacité de discernement, la lucidité, dont doit être titulaire ce mineur.

354. Le législateur a exigé que le mineur qui reçoit les soins sans le consentement des titulaires de l'autorité parentale soit accompagné d'une personne majeure de son choix. Si le

⁶¹⁸ CSP, Article R1112-34.

⁶¹⁹ CSP, Article R1112-35.

⁶²⁰ Code de la santé publique, L.1111-5.

majeur choisi accompagne effectivement le mineur dans les actes de soins, il n'a absolument aucun rôle légal sur le consentement du mineur : il n'est ni consulté, ni consultable. La protection du mineur reposant sans doute davantage dans un soutien moral, qui plus est dans une situation de détresse, et éventuellement de conseil vis-à-vis du consentement, sans plus. Par ailleurs, le mineur ne peut qualifier son accompagnant de personne de confiance, et ne peut ainsi pas lui confier les attributions qui y sont liées : seules les personnes majeures peuvent désigner une telle personne de confiance⁶²¹. Et deux hypothèses sont dès lors possibles : soit le législateur a entendu faire de la personne désignée une personne de confiance, auquel cas il aurait dû en faire mention de façon explicite, ce qui aurait permis un rattachement juridique aux droits et obligations qui découlent d'une telle désignation⁶²² ; soit au contraire le législateur a été frileux et n'a pas entendu donner à cette personne l'opportunité d'exercer l'ensemble des prérogatives dont dispose la personne de confiance.

A notre sens, la question revêt une importance lourde de sens, en ce que dans la première hypothèse, quel que soit l'état du patient mineur, les parents peuvent ne pas être informés et le mineur peut continuer à garder le secret, même placé dans une situation d'urgence engageant son pronostic vital ou l'amenant à être dans l'impossibilité de consentir, ce qui nécessitera pour les médecins de rechercher un consentement auprès de ladite personne majeure accompagnante, *de facto* personne désignée de confiance. La poursuite de la protection du secret voudrait en effet que cette logique puisse exister. Or, dans la seconde hypothèse, le consentement de l'accompagnant n'ayant pas à être recherché, il conviendra pour les soignants de contacter la famille afin de recueillir le consentement, mais ce qui nécessite une divulgation du secret.

355. Le rôle de la personne de confiance n'est pas de consentir en lieu et place du malade, mais bien de rendre compte de la volonté de cette personne⁶²³. Pour ce faire, et en vue de connaître cette volonté, la personne de confiance peut accompagner le patient (avec l'accord de celui-ci) dans l'ensemble de ses démarches et entretiens médicaux. Le code de la santé publique va toutefois plus loin en indiquant que cela doit permettre de « *l'aider dans ses décisions* ». En ce sens, si la décision ne lui appartient pas, il semble évident que cette personne de confiance influe plus ou moins fortement sur le consentement du patient, et sans doute plus encore placée dans une situation urgente. Lorsqu'en revanche, le malade n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté, la personne de confiance « *a une mission de référent auprès de l'équipe médicale* »⁶²⁴

⁶²¹ Code de la santé publique, L.1111-6.

⁶²² Cf. *infra*, §283 et suivants.

⁶²³ Code de la Santé Publique, article L1111-6.

⁶²⁴ Code de l'action sociale et des familles : annexe 4-10.

en ce sens qu'elle sera la première personne consultée « *lors de tout questionnaire sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et recevra les informations nécessaires* » pour exprimer la volonté du patient. Le consentement n'est donc pas celui de la personne de confiance à la place du patient, mais bien l'expression du consentement au travers de la personne de confiance, qui par ailleurs l'emporte sur toute autre expression du consentement ou témoignage, y compris de la famille ; il ne s'agit donc pas d'un représentant légal du malade.

Le choix fait de l'institution de la « personne de confiance » est également issu du fait que la notion de « proches » dans le code de déontologie médicale⁶²⁵ est assez vague, et ne garantit pas plus que le lien familial, la légitimité de veiller sur les intérêts du patient dans l'impossibilité de le faire lui-même.

Pour autant, ni le législateur ni la déontologie n'imposent expressément le recueil du consentement de la personne de confiance, et seule la notion d'information est clairement explicitée. Par ailleurs, l'utilisation du terme « consulté » à l'égard de la personne de confiance peut effectivement porter à confusion, dans le sens où la consultation correspond à l'action de délibérer, c'est-à-dire de donner son avis dans l'objectif de prendre une décision, il semble que cela approche davantage du consentement que de la simple information passive. Le terme « consentement » n'étant pas explicitement mentionné, il suffit de se pencher sur le code de l'action sociale et des familles pour connaître la limite de cette consultation, explicitement indiqué : la personne de confiance « *n'aura pas la responsabilité de prendre des décisions concernant vos traitements [...] celle-ci appartient au médecin* »⁶²⁶. Ainsi, hormis le cas de la recherche biomédicale envisagée dans les conditions prévues par la loi où l'autorisation de la personne de confiance sera requise, le consentement de la personne de confiance n'est nécessaire.

356. S'agissant de la famille ou des proches, ce n'est qu'à défaut de personne de confiance que le médecin est tenu de prévenir et informer, sauf urgence ou impossibilité.

⁶²⁵ Code de la Santé Publique, article R. 4127-36.

⁶²⁶ Code de l'action sociale et des familles : annexe 4-10, *précité*.

C. L'expression de volonté du majeur protégé et le tuteur

357. Des évolutions récentes des droits des personnes majeures protégées sont venues renforcer et préciser l'obligation de recueillir la volonté du majeur protégé, et même d'inverser le régime de la protection : désormais, le domaine de la santé est un « *acte dont la nature implique un consentement strictement personnel* »⁶²⁷, qui ne peut donc « *jamais donner lieu à assistance ou représentation de la personne protégée* »⁶²⁸, et ainsi, la personne protégée « *prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet* »⁶²⁹.

⁶²⁷ Code civil, art. 458.

⁶²⁸ *Idem.*

⁶²⁹ *Idem.*

II. Les caractéristiques du consentement assouplies face à l'urgence

*« C'est au médecin, par l'information qu'il donne,
de libérer et éclairer une volonté asservie
et obscurcie par l'ignorance de son état »⁶³⁰*

358. Le code de la santé publique dispose qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne (A)⁶³¹. Ce consentement dont la teneur (B) est renouvelable et révocable apparaît dans l'urgence plus proche de l'assentiment que de la véritable codécision. Pour autant, le défaut de recueil peut ouvrir la porte à des sanctions.

A. Les caractères du consentement dans l'urgence

359. Le consentement est libre (1) et éclairé (2), mais également renouvelable et révocable (3).

1. Un consentement libre

360. L'expression d'un consentement libre, c'est-à-dire non soumis à des contraintes externes, exempt de toute pression ou contrainte, peut sembler tout relatif face à l'urgence, puisque par définition, la temporalité exerce une contrainte tant sur le patient que sur le soignant : le temps ne permet pas un délai de réflexion que l'on jugerait suffisant dans des cas courants. Pour les mêmes raisons, ce consentement ne peut être renouvelé, là encore l'urgence exerçant une contrainte en ce que la prise en charge ne peut attendre.

361. Les cas pour lesquels le consentement n'est pas libre recouvrent diverses hypothèses, comme l'altération des facultés mentales, l'existence d'une douleur si vive qu'elle exerce une contrainte sur le patient (qui souhaite être soulagé)... L'incapacité à exprimer un consentement libre ne signifie pas pour autant l'incapacité totale à consentir aux soins ; il faut donc parfois

⁶³⁰ D. ROMAN, *Le respect de la volonté du malade : une obligation limitée ? op. cit.* p. 425.

⁶³¹ CSP, L.1111-4.

davantage considérer la volonté du patient davantage qu'en terme de consentement, la seule liberté du patient est finalement de s'exprimer, puisqu'il ne peut pas toujours consentir de façon libre et éclairé.

362. Cette liberté d'expression est à mettre en relation avec l'absence de formalisme lié au recueil du consentement, qui se fait dans la majorité des cas par l'oralité, avant les soins. Il peut toutefois être formulé *ex post* : le comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé considère que si les secours sont provoqués par les proches, le consentement du patient est alors sollicité rétrospectivement⁶³² lorsqu'il est à nouveau en mesure de s'exprimer.

2. Un consentement éclairé⁶³³

363. Le Code de la santé publique, pour sa part, s'intéresse au consentement comme droit de veto, mais plus encore comme consentement éclairé. Il lie en effet intimement consentement et information : l'information étant une garantie que le consentement sera éclairé, c'est en effet celle-ci qui permet au patient de prendre sa décision après avoir comparé les avantages qu'il tirera de l'intervention, au regard des risques encourus.

364. Dans l'urgence, il est admis de présumer que le consentement existe même sans information, dès lors que la victime a elle-même suscité l'intervention, la sollicitation d'un service d'urgence suppose la volonté d'être pris en charge par celui-ci. En effet, l'urgence ne permet pas nécessairement aux soignants de rendre claire, compréhensible, intelligible l'information permettant d'éclairer le consentement. Néanmoins, ce consentement demeure : un patient peut même dans l'urgence, refuser les soins.

365. Dans l'urgence, c'est le niveau d'information qui est amené à évoluer, plutôt vers une simplification voire une restriction du niveau d'information, et ainsi l'expression du consentement sera nécessairement amputée de la lumière qu'aurait apportée l'information. De ce fait la volonté du patient s'exprime davantage sous forme d'assentiment ou d'adhésion, que de véritable consentement. En réalité, c'est l'absence de consentement, voire le refus de consentir, qui pose davantage de difficultés, qui seront abordés quelques lignes plus loin.

⁶³² CCNE, Avis n°58, 12 juin 1998.

⁶³³ Cf. *supra*.

S'il ne semble pas poser un véritable obstacle, c'est en raison de sa nature : si le consentement à l'acte médical peut être considéré comme un consentement de nature contractuelle par la doctrine, il est en réalité distinct du « contrat » médical, en ce qu'il est uniquement un consentement qui autorise, qui permet, la réalisation de l'acte.

Ainsi, « le contrat médical constitue seulement le cadre à l'intérieur duquel le consentement permissif est une permission de chaque instant »⁶³⁴, permission d'opérer une atteinte corporelle dans un cadre dérogatoire au droit pénal⁶³⁵. Ce consentement étant de nature permissive, il protège le médecin, sans forcément engager le patient dans un lien contractuel, mais davantage dans une démarche thérapeutique dans son intérêt.

3. Un consentement renouvelable et révocable

366. Le consentement étant intimement lié à l'information, c'est donc en toute logique que ce consentement est renouvelable autant de fois que nécessaire, en fonction des informations nouvelles, des clarifications apportées ou des éventuelles questions et discussions posées par le patient. Le corollaire est également qu'en fonction des éléments nouveaux, ce consentement peut être retiré à tout moment. Ainsi, il appartient aux professionnels de vérifier le maintien du consentement avant un acte médical, et il n'est pas possible de passer outre le refus, y compris exprimé dans la nuit précédant une intervention⁶³⁶. Il ressort d'une jurisprudence constante que la révocation ou rétractation du consentement peut intervenir à tout moment, et n'est assujettie à aucun formalisme⁶³⁷, alors même que le consentement peut revêtir un formalisme particulièrement lourd dans certaines hypothèses (pour le don d'organe notamment, le consentement doit être exprimé devant le président du tribunal judiciaire ou le magistrat désigné par lui, qui s'assure au préalable que le consentement est libre et éclairé et que le don est conforme aux conditions prévues par la loi). Si l'existence d'un certain formalisme pour l'expression du consentement paraît importante au vu de la réalisation de certains actes médicaux, l'absence de parallélisme des formes et procédures en matière de santé est une garantie, sinon la garantie quasi « ultime » de la liberté fondamentale du respect dû au

⁶³⁴ Xavier PIN, *Le consentement en matière pénale*. L.G.D.J., 2002.

⁶³⁵ En ce sens, le consentement pourrait même être qualifié de consentement justificatif, en ce qu'il est une des conditions permettant la dérogation à l'atteinte du corps humain en droit pénal.

⁶³⁶ Voir en ce sens Cour administrative d'Appel de Nantes, 3ème chambre, 29/09/2017, 15NT03537, Inédit au recueil Lebon.

⁶³⁷ CSP, article L.1231-1.

corps et à la personne humaine ; c'est également l'affirmation de l'exclusion de toute forme contractuelle.

B. La teneur du consentement dans l'urgence

367. Placée dans une situation d'urgence, la teneur du consentement n'est pas là même que dans une situation courante, se rapprochant encore davantage de l'assentiment que de la véritable codécision (1). Pourtant, le défaut de recueil du consentement ou sa violation peut ouvrir la porte à des sanctions (2).

1. Consentement, assentiment et codécision

368. Lorsque le patient donne son consentement, il adhère à la nécessité de l'acte, et donc par ce fait manifeste une certaine codécision : refuser de donner son consentement, c'est décider seul ; accepter, c'est décider en accord avec son médecin, et donc codécider. Pourtant, cette codécision est nécessairement plus limitée dans une situation urgente que dans une situation dénuée de tout facteur de contrainte temporelle. Ainsi, si dans ce dernier cas, la discussion s'engage entre patient et praticien sur les différentes thérapeutiques possibles, notamment lors de la délivrance de l'information, elle se réduit face à l'urgence : le consentement sera alors restreint et donc la codécision altérée.

369. En dehors de toute situation d'urgence, la codécision⁶³⁸ est déjà difficile, puisque « *le patient se réserve de plus en le droit de contester, d'aller voir un autre médecin ou tout simplement de ne pas suivre la prescription qui lui est faite* »⁶³⁹. Pour qu'elle soit véritablement formée, cette codécision nécessite que « *les deux parties se sont entendues* », c'est-à-dire un échange, qui « *suppose que chacun informe l'autre, que chacun écoute l'autre* »⁶⁴⁰. En dehors cet échange, il n'y a donc pas de codécision, mais un simple consentement « passif »⁶⁴¹.

⁶³⁸ A. LAUDE, B. MATHIEU, D. TABUTEAU, *Droit de la santé*, PUF, 3ème éd. 2014, n° 335 ; Diane ROMAN, *Le respect de la volonté du malade : une obligation limitée ?* RDSS 2005, p. 427.

⁶³⁹ André DEMICHEL, *La notion juridique de décision médicale*, Sociologie Santé, 1991, n° 5.

⁶⁴⁰ M.-L. MOQUET-ANGER, *Droit hospitalier*, LGDJ, 2014, n° 460.

⁶⁴¹ Entendu comme « *l'acceptation passive d'une décision prise par un autre* », et non comme « *l'expression d'une participation active du malade aux décisions qui le concernent, l'expression d'une responsabilité sur sa propre santé* », selon les termes utilisés par Bernard Kouchner, JOAN, 3 octobre 2001, p. 5319.

370. Par ailleurs, la notion de codécision comporte une différence d'objet très importante, et qui se révèle encore davantage lorsque le péril rôde : s'agissant du médecin, l'objet de la décision repose sur une intervention sur son patient, dans un objectif de sauvegarder sa santé ; tandis que pour le patient, l'objet n'est autre que son propre corps ou son propre état de santé. Décider conjointement, certes, mais avec une finalité très différente, et donc un engagement et une mobilisation peu comparable.

D'autant plus que décider repose en principe sur un équilibre de choix, en prenant en compte différents aspects, avantages, inconvénients, priorités... Mais en aucun cas le patient, fût-il médecin, n'est un expert sur ses propres priorités vitales et encore moins sur des priorités collectives⁶⁴².

371. Le corollaire de la codécision ou même du consentement est la possibilité pour le patient de ne pas s'investir dans la décision médicale et de s'en remettre au praticien. En ce sens, le consentement peut donc revêtir la forme d'un assentiment large, un acquiescement portant sur une direction des soins à prendre davantage qu'un consentement précis. C'est cette vision du consentement qui semble le plus susceptible de s'appliquer à toute situation d'urgence, bien plus qu'à une véritable codécision.

372. S'il est acquis que la décision médicale est détenue conjointement par le « sachant » mais également par le patient, il existe toutefois un déséquilibre quant à la formation du consentement, puisque le patient est tributaire des explications et du savoir du professionnel de santé : ainsi, l'absence de formalisme pour la rétractation du consentement semble rééquilibrer les intérêts en présence, pour venir peser dans la balance du patient. Le Pr. Truchet considère d'ailleurs que les sciences juridiques ne permettent pas d'appréhender ce consentement comme une forme de décision au sens juridique, puisque ce consentement médical semble être *sui generis* et qu'il convient pour le juriste de se garder de la tentation de « *traiter la décision médicale comme il traite la décision juridique, en l'insérant dans un processus normatif* »⁶⁴³. Le consentement ne peut être entendu comme donnant au patient un « pouvoir » aussi important que l'est l'influence médicale, concentrée autour de la connaissance dans son domaine de spécialité médicale, et dont le patient ne dispose pas. Le consentement n'est finalement que la faculté d'expression d'une acceptation ou d'un refus. Il reste cependant indispensable à la prise de décision médicale, et c'est en ce sens qu'il convient dès lors de parler de décision conjointe ou de codécision.

⁶⁴² Voir *infra* sur le tri collectif (§960 et suivants).

⁶⁴³ D. TRUCHET, « *La décision médicale et le droit* », *AJDA* 1995, p. 611.

2. Le défaut du recueil du consentement ou sa violation

373. Comme étudié précédemment, le consentement est un droit du patient⁶⁴⁴, et sa violation entraîne un préjudice moral⁶⁴⁵ que le juge devrait indemniser, dans la même logique qu'en cas de violation du droit à l'information : en effet, découle du défaut d'information la privation de la faculté pour le patient de donner un consentement éclairé, ce qui est de nature à entraîner un préjudice pour le patient. Si le défaut ou la violation du consentement ne semble exister de façon autonome (hormis en matière de recherche biomédicale⁶⁴⁶), c'est parce qu'il semble au vu de la jurisprudence, être un accessoire de l'information : la violation du consentement ne s'exprime qu'à travers le défaut d'information. Ainsi, c'est le défaut d'information qui prive le patient d'un consentement éclairé, et qui remet en cause l'existence de ce consentement lorsqu'il y a lieu de penser qu'il peut subsister un doute sur le fait que le patient aurait tout de même consenti à l'acte médical. On parle alors de perte de chance, et éventuellement de préjudice d'impréparation, lorsqu'il existe « *un préjudice moral résultant d'un défaut de préparation aux conséquences d'un risque, qui, dès lors qu'il est invoqué, doit être réparé* »⁶⁴⁷.

⁶⁴⁴ CSP, article L.1111-4.

⁶⁴⁵ Voir en ce sens, Cour de cassation, Première chambre civile, 12 juin 2012, n° 11-18.327.

⁶⁴⁶ Voir pour illustration Cour de cassation, Chambre criminelle, 24 février 2009, 08-84.436, Publié au bulletin.

⁶⁴⁷ Cour de Cassation, Chambre civile 1, 25 janvier 2017, 15-27.898, Publié au bulletin.

Paragraphe 2 : L'absence de consentement et le refus des soins d'urgence

« Même le respect de la volonté du malade,
au moins dans certains cas très précis,
doit céder devant le maintien de la vie »⁶⁴⁸

374. Avant de s'intéresser aux cas des patients qui se trouvent dans l'impossibilité de consentir (II) en raison de leur état de santé ou de troubles psychiatriques qui imposent une prise en charge spécifique, il faut s'intéresser du point de vue pénal aux actes réalisés sans recherche de consentement, et donc imposés à la personne (I). Le refus de soin est une hypothèse particulière, puisque le patient ne consent pas aux soins, ce qui n'est pas sans poser de difficultés dans l'urgence (III).

I. Absence de consentement et dispositions pénales

375. Toute personne ayant droit au respect de son corps, le principe juridique est donc la protection de l'intégrité corporelle⁶⁴⁹, le droit interdisant un grand nombre d'atteintes au corps humain dans la vie comme après la mort⁶⁵⁰. Un certain nombre de dérogations existent, et en matière médicale, qui autorisent de porter atteinte à l'intégrité du corps humain, mais il faut pour cela la réunion de quatre conditions⁶⁵¹ : un diplôme spécialisé⁶⁵², le consentement du soigné⁶⁵³, la finalité médicale⁶⁵⁴ et la spécification de l'acte⁶⁵⁵.

⁶⁴⁸ R. DENOIX DE SAINT MARC, *Mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie*, Doc. Ass. nat., n° 1708, p. 649, 30 juin 2004.

⁶⁴⁹ Code Civil, Article 16-1.

⁶⁵⁰ Mathieu TOUZEIL-DIVINA, Magali BOUTEILLE-BRIGANT, et Jean-François BOUDET, éd. *Traité des nouveaux droits de la mort*. 2 volumes. Éditions l'Épitoje. Lextenso.

⁶⁵¹ S. HOCQUET-BERG et B. PY, *La responsabilité du médecin*, Heures de France, 2006.

⁶⁵² Les auteurs précités mentionnent « le titre de médecin », ce qui est à notre sens beaucoup trop réducteur, puisque divers intervenants préhospitaliers comme hospitaliers font des actes invasifs, et ne sauraient être poursuivis pour ces faits. Un secouriste qui mesure la glycémie d'une victime collecte une goutte de sang après avoir piqué la victime, et pourtant il n'est pas titulaire d'un titre de médecine. Il en est de même pour l'ambulancier, l'infirmier, etc. qui sont autorisés à réaliser ces actes par des dispositions législatives ou réglementaires.

⁶⁵³ Consentement qui doit être recueilli préalablement, hormis dans l'hypothèse dans laquelle « son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir », Code Civil, article 16-3

⁶⁵⁴ Il existe des actes médicaux sans finalité thérapeutique, notamment la chirurgie esthétique, dont la finalité n'est pas une activité de prévention ou de diagnostic, ni soin sur une personne malade, mais au contraire de réaliser des actes médicaux sur une personne en bonne santé. C'est pourquoi la finalité thérapeutique qui existait autrefois a été remplacée par la finalité médicale via la loi du 27 juillet 1999 (n°99-641). Ces actes n'étant pratiqués dans un contexte urgent, il n'y a pas lieu de développer.

⁶⁵⁵ Cette catégorie renvoie directement au diplôme qui permet ou non la réalisation de certains actes.

376. Toutefois, l'urgence via l'invocation de l'état de nécessité, permet de déroger également à ces conditions, et cette « exception de l'exception » mérite d'être abordée. L'état de nécessité – en matière médicale – découle du code pénal, en ses articles 122-4 et 122-7 qui disposent que n'est pas pénalement responsable « *la personne qui accomplit un acte commandé par l'autorité légitime, sauf si cet acte est manifestement illégal* » ou « *la personne qui, face à un danger actuel ou imminent qui menace elle-même, autrui ou un bien, accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne ou du bien, sauf s'il y a disproportion entre les moyens employés et la gravité de la menace* ». Ainsi, l'absence de consentement en situation d'urgence ne peut être sanctionné pénalement.

377. Si la condition de consentement du soigné peut être écarté en urgence, ce n'est pas la seule : la condition de diplôme peut également l'être⁶⁵⁶. Seuls subsistent la finalité et la qualité de l'acte envisagé, l'urgence permettant « *de déroger aux conditions ordinaires du consentement à la relation médicale et aux conditions ordinaires de l'assentiment à l'acte médical.* »⁶⁵⁷. Si l'individu s'expose au danger de mort, le médecin ne peut aller au-delà de la tentative de persuasion. Si l'individu est en péril de mort, le médecin doit le secourir, y compris, si nécessaire, contre son gré. C'est pour cette raison que nous avons précédemment⁶⁵⁸ fait le choix de définir par les sciences juridiques la notion de danger vis-à-vis de celle de péril : le danger n'est qu'hypothétique, alors que le péril suppose une réelle gravité pour la santé, et c'est justement cette gravité, voire l'engagement du pronostic vital qui peut « *légitimer le forçage des soins. La nécessité médicale est une fois encore un fait justificatif primant l'exigence du consentement : elle relève d'un état de nécessité autorisant le praticien à imposer au patient une intervention effectuée pour préserver un intérêt supérieur à tout autre, la vie humaine* »⁶⁵⁹. Dans ces hypothèses, « *les traitements les plus importants, et en particulier les interventions chirurgicales, doivent être pratiqués sur la personne du patient sans son consentement ou malgré son refus préalable de traitement* »⁶⁶⁰. Le CCNE a validé en 2005 ce type de raisonnement dans les situations urgentes en affirmant par exemple que « *le refus d'une césarienne ou d'une transfusion doit pouvoir être entendu en dehors des situations*

⁶⁵⁶ Voir *infra* sur le Service de Santé des Armées par exemple (§683), qui permet à des personnels militaires non-médecins de pratiquer des actes médicaux, parfois techniques et sophistiqués, dans les hypothèses d'isolement. Des formations civiles existent également pour se former et se préparer à faire face à des situations médicales complexes en situation d'isolement (haute montagne, zones désertiques...).

⁶⁵⁷ Bruno PY, *Urgence médicale, état de nécessité, et personne en péril*, AJ pénal 2012 p. 384.

⁶⁵⁸ Voir *infra*, §165, §181.

⁶⁵⁹ P. HENNION-JACQUET, *Le paradigme de la nécessité médicale*, RDSS 2007. 1038.

⁶⁶⁰ Bruno PY, *Urgence médicale, état de nécessité, et personne en péril*, AJ pénal 2012. 384.

d'urgence »⁶⁶¹. Le juge administratif a suivi ce raisonnement, et réaffirmé récemment ce principe⁶⁶² s'agissant des transfusions sanguines réalisées en urgence, et déjà traitées précédemment, en insistant sur la proportionnalité de l'acte (par exemple en étudiant le volume de sang utilisé).

II. L'absence de possibilité de consentir et l'urgence médicale

378. En cas d'urgence, plusieurs hypothèses peuvent avoir comme finalité une impossibilité de consentir : le cas des mineurs (A), les personnes inconscientes (B), et les personnes atteintes de troubles psychiatriques (C).

A. Le cas des mineurs

379. Si le droit d'exprimer son consentement constitue une liberté fondamentale, ce droit trouve sa limite dans l'existence d'une urgence et l'impossibilité⁶⁶³, qui permet les interventions et les investigations souhaitées par les médecins. Ce principe étant énoncé de façon générale, il tend à s'appliquer à tous, majeurs, mineurs, protégés ou non. S'agissant des mineurs, deux spécificités méritent d'être relevées ; l'une découle du code de déontologie, qui impose au médecin appelé à donner des soins à un mineur de « *s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires* »⁶⁶⁴. Loin de toute obligation, il s'agit de tout mettre en œuvre pour atteindre le résultat, mais sans finalité d'objectif. Il ne s'agit ni plus ni moins d'une obligation de moyen et non de résultat : le médecin doit tout mettre en œuvre pour obtenir le consentement, ce qui suppose qu'il ait réussi au préalable à joindre la famille. Ainsi, en cas de refus, le médecin reste libre d'intervenir. L'autre spécificité réside dans l'urgence, puisqu'en pareille hypothèse, le médecin peut être confronté à deux situations : soit

⁶⁶¹ CCNE, 14 avr. 2005, avis n° 87, Refus de traitement et autonomie de la personne, www.ccne-ethique.fr

⁶⁶² Conseil d'État, Juge des référés, 20/05/2022, 463713, Inédit au recueil Lebon.

⁶⁶³ L'impossibilité seule présente le même intérêt, mais n'est traité qu'à travers l'urgence. Les cas des maladies créant des troubles cognitifs entraînent bien souvent une réelle difficulté à entrevoir un consentement libre et éclairé ; l'altération des fonctions cognitives entraîne une dégradation du jugement et du discernement, qui rend difficile sinon impossible l'expression du consentement, ou un éventuel refus. Pourtant, l'absence d'urgence permet de mieux prendre en compte ces situations, notamment en faisant appel à la famille, bien que « mieux » ne signifie pas pour autant que cette prise en charge ne puisse pas être améliorée.

⁶⁶⁴ CSP, R.4127-42.

l'urgence est relative et lui permet de tenter de joindre les parents ou le représentant légal, mais cela n'aboutit pas, auquel cas il se limitera aux seuls soins nécessaires ; soit l'urgence est telle qu'il délivre directement de tels soins.

B. La personne inconsciente ou hors d'état d'exprimer sa volonté

380. Le consentement étant réputé personnel⁶⁶⁵, la capacité est intimement liée à la compétence nécessaire à l'expression de ce consentement : il faut d'une part une véritable aptitude à entendre et comprendre, et d'autre part un libre arbitre (faute de quoi le consentement ne peut être ni libre, ni loyal).

Une personne est en situation de vulnérabilité face à l'urgence, et la compétence nécessaire au consentement peut être quelque peu altérée, voire totalement, plaçant la personne hors d'état d'exprimer sa volonté. En pareille hypothèse, le consentement peut être préconstitué ou en tout cas pré énoncé par le patient (1), et de façon complémentaire ou subsidiaire en fonction des cas, les intérêts peuvent être pris en compte par des représentants spécifiques (2).

1. Les directives anticipées : « un consentement préconstitué » ou pré énoncé

381. Si pour les mineurs, le législateur n'a pas envisagé la possibilité de la rédaction des directives anticipées⁶⁶⁶, toute personne majeure⁶⁶⁷ peut effectuer cet acte. L'objectif est d'exprimer la volonté, qu'il est possible d'entendre ici au sens de consentement pré énoncé, « *pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté* », c'est-à-dire les hypothèses dans lesquelles la personne ne serait en mesure d'exprimer son consentement. Cependant, ces directives anticipées sont ciblées sur l'expression de la volonté de la personne s'agissant de sa fin de vie « *en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux*⁶⁶⁸ ». Ainsi, hormis les cas de la fin de vie, ce consentement « par anticipation » ne peut être utilement invoqué, d'ailleurs, il est

⁶⁶⁵ Code Civil, article 459 : « (...) la personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet ».

⁶⁶⁶ Ce qui, dans le cadre de la « majorité sanitaire » pourrait en réalité être pourtant le cas, possibilité qui pourrait par exemple exister s'agissant des jeunes atteints de pathologies en forme grave et/ou incurable.

⁶⁶⁷ Code de la Santé Publique, R.1111-17.

⁶⁶⁸ Code de la Santé Publique, L.1111-11.

possible pour le médecin (à l'issue d'une procédure collégiale) de refuser d'appliquer ces directives⁶⁶⁹ si elles sont « *manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient* »⁶⁷⁰. Cette décision doit être portée à la connaissance de la personne de confiance si elle existe, ou à défaut de la famille ou des proches.

En outre, les directives anticipées ne sauraient s'imposer au médecin dans les cas d'urgence vitale, « *pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation* » ; ainsi l'absence de possibilité de consentir, justifié par l'urgence vitale, exonère également le médecin de l'application du consentement anticipé. Toutefois, cette exonération ne semble pas totale, puisqu'à cette exception existe une exception, dans les cas où le patient est atteint d'une maladie grave ou pense être proche de la fin de sa vie, le malade peut indiquer s'il accepte ou refuse que soit entrepris certains actes, dont la finalité est justement la prise en charge de l'urgence vitale : la réanimation cardiaque ou/et respiratoire.

382. Une évolution législative visant à une extension des directives anticipées pourrait être considérée pour englober un plus grand nombre de situations ; mais devant l'imprévisibilité totale des actes médicaux envisagés face à autant de situations médicales, un pareil projet paraît bien complexe : l'acte est aussi hypothétique que la raison de le pratiquer imprévisible. Par ailleurs, même dans l'hypothèse d'un refus catégorique de certains actes médicaux, « *strictement nécessaires au bon déroulement des actes permettant sa survie* »⁶⁷¹, le médecin pourra passer outre, puisque le consentement du patient ou son refus n'est pas requis, celui-ci étant placé dans une situation d'urgence et dans l'impossibilité de s'exprimer.

⁶⁶⁹ Cette possibilité n'est pas contraire à la Constitution, cf. Conseil Constitutionnel, QPC n° 2022-1022 du 10 novembre 2022. Les directives anticipées ne peuvent en effet « *s'imposer en toutes circonstances, dès lors qu'elles sont rédigées à un moment où la personne ne se trouve pas encore confrontée à la situation particulière de fin de vie dans laquelle elle ne sera plus en mesure d'exprimer sa volonté en raison de la gravité de son état* ». V. également : Conseil d'État, Juge des référés, formation collégiale, 19/08/2022, 466082, Inédit au recueil Lebon et Conseil d'État, Juge des référés, formation collégiale, 29/11/2022, 466082, Inédit au recueil Lebon.

⁶⁷⁰ La formulation de l'article L.1111-11 du code de la santé publique peut laisser entrevoir une possibilité de critères cumulatifs : « *sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale* ». Pourtant, l'ancien article L.1111-17 prévoyait déjà l'hypothèse du critère manifestement inapproprié des directives anticipées dans deux hypothèses (si le cas de correspond pas à la situation médicale du patient, ou si le patient n'est pas dans une situation où seuls l'alimentation, l'hydratation et autres traitements le maintiennent en vie artificiellement). Dès lors, il y a lieu de penser que l'usage du « et » se veut alternatif et non cumulatif. C'est cette hypothèse qui est détaillée ici.

⁶⁷¹ Conseil d'État, Juge des référés, 20/05/2022, 463713, Inédit au recueil Lebon.

2. La représentation du patient par la personne de confiance, la famille ou les proches

383. L'expression du consentement du patient à certains égards, au travers de la famille ou des proches a été prévue à plusieurs reprises avant même l'instauration de la personne de confiance. Comme précédemment, il ne s'agit pas à proprement parler d'un consentement, mais davantage de l'expression d'un témoignage qui permet de présumer du consentement du patient. L'affaire LAMBERT⁶⁷² a été notamment l'occasion pour le Conseil d'État d'affirmer que le médecin devait accorder une importance toute particulière à la volonté que le patient peut avoir, le cas échéant, antérieurement exprimée, sous la forme de directives anticipées ou sous une autre forme. Désormais, ce n'est qu'en l'absence de directives anticipées que le médecin « recueille le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, tout autre témoignage de la famille ou des proches », pour les cas dans lesquels la personne serait dans une « phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause » qui la placerait hors d'état d'exprimer sa volonté. Cette obligation étant très précise, il y a lieu de s'interroger sur les autres possibilités qui pourraient exister : par négation, le médecin n'est donc nullement tenu de rechercher l'expression de la volonté du patient en dehors des cas graves ou incurables, et l'urgence permet quasiment toujours l'intervention envisagée, y compris donc pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation.

⁶⁷² CE, Assemblée, 24 juin 2014, *Mme Lambert*, n° 375081, 375090 et 37509 et Cour de cassation, Assemblée plénière, 28 juin 2019, 19-17.330 19-17.342, Publié au bulletin.

III. Le refus de soin et l'urgence médicale

*« L'obligation faite au médecin
de toujours respecter la volonté du malade [...] si elle puise son fondement dans les principes d'inviolabilité et d'intégrité du corps humain, [...] n'en trouve pas moins sa limite dans l'obligation qu'a également le médecin, conformément à la finalité même de son activité, de protéger la santé, c'est-à-dire en dernier ressort, la vie elle-même de l'individu »⁶⁷³*

384. Comme cela a été précédemment évoqué, le patient peut voir ses facultés de compréhension atteintes, ainsi, il convient au cas par cas de préserver le patient des décisions qu'il pourrait prendre et se révéler néfastes pour lui-même. Le législateur impose ainsi que la décision d'un patient qui mettrait en péril sa vie ne puisse être prise que de façon réitérée et après un délai raisonnable de réflexion. Le médecin peut toutefois agir à l'encontre de la volonté du patient, et ce sans commettre de faute, dans le cas où le patient est en hors d'état de manifester sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale et inscrite dans le dossier médical. La possibilité de refuser les soins (A), ne signifie donc pas pour autant qu'il existe un droit à décider de sa propre mort (B).

A. La possibilité de refuser les soins

385. La possibilité de refuser les soins est offerte en dehors de l'hypothèse de l'urgence vitale, et peut donc exister dans tous les autres cas d'urgence plus relatives. Les conditions pour refuser les soins pour soi-même (1) sont assez éloignées de celles que l'on prend pour autrui (2), qui laisse plus de latitude aux soignants.

⁶⁷³ Cour administrative d'appel de Paris, Plénière, du 9 juin 1998, 95PA03104, publié au recueil Lebon.

1. Les conditions pour refuser les soins

386. Les conditions nécessaires à l'expression du refus de soins sont en principe peu nombreuses, d'autant que le principe du consentement, et donc de la possibilité de refus, demeure en dehors du cas qui placerait la personne hors d'état d'exprimer sa volonté⁶⁷⁴, ou en situation d'urgence ou d'impossibilité⁶⁷⁵. Par ailleurs, hormis le cas dans lequel le refus du patient met sa vie en danger, ce dernier n'a pas besoin de réitérer sa décision, dès lors qu'il a été informé des conséquences de ses choix. Ce principe, fondé sur l'article 16-3 du code civil, pose que nul ne peut être contraint à une intervention médicale⁶⁷⁶, en vertu du principe de l'intégrité du corps humain.

Si pour l'expression du consentement, l'oralité demeure le principe, en matière de refus de soins, le législateur a imposé que l'ensemble de la procédure soit inscrit dans le dossier médical du patient, afin d'anticiper tout contentieux de la part du patient ou de sa famille.

387. Comme déjà évoqué s'agissant du mineur, il n'existe pas de possibilité de refuser les soins de façon générale, mais uniquement pour certains actes. Étonnamment, la rédaction des articles change en fonction des actes, ce qui ne rend pas nécessairement lisible et uniforme le droit des mineurs dans ce domaine. Aussi semble-t-il nécessaire que le législateur reprenne ces articles en vue de les uniformiser.

Ainsi, en matière de don du sang, le refus du mineur fait obstacle au prélèvement⁶⁷⁷. De même, le mineur dispose d'un droit de veto en matière de prélèvement de moelle osseuse réalisé en l'absence d'autre solution thérapeutique et au profit d'un frère ou d'une sœur⁶⁷⁸, et peut ainsi refuser cet acte, même en présence du consentement des titulaires de l'autorité parentale. A l'inverse du refus, une mineure peut consentir seule à une interruption volontaire de grossesse⁶⁷⁹. Enfin, dernière hypothèse, le mineur peut être purement et simplement écarté de l'acte : c'est le cas pour les prélèvements de tissus ou cellules, ou collecte de produits du corps humain en vue de don⁶⁸⁰.

⁶⁷⁴ Le patient placé dans l'impossibilité de pourvoir seul « à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté » serait alors hors d'état d'exprimer sa volonté.

⁶⁷⁵ Code de la Santé Publique, L.1111-4.

⁶⁷⁶ Voir en ce sens Cour de cassation, Chambre civile 2, du 19 mars 1997, n° 93-10.914.

⁶⁷⁷ Code de la Santé Publique, L.1221-5.

⁶⁷⁸ Code de la Santé Publique, L.1241-3.

⁶⁷⁹ Code de la Santé Publique, L.2212-7.

⁶⁸⁰ Code de la Santé Publique, L.1241-2.

388. Cette question du refus de soin est difficile à admettre pour les parents. Elle l'est encore plus, associée au secret sur leur état que les enfants peuvent leur opposer, singulièrement dans l'hypothèse où le mineur a la possibilité de refuser les soins indispensables, et qu'il peut alors perdre la vie. Par ailleurs, si le secret est opposé de son vivant, il perdure au sein du dossier médical, y compris après le décès : l'article L.1110-4 du code de la santé publique prévoit en effet que le dossier médical ne soit pas consultable par les ayants droit en cas de refus du défunt, étant précisé que le mineur ne fait pas exception à la règle.

389. Les problématiques particulières souvent associées à l'adolescence⁶⁸¹, expliquent sans doute la volonté du législateur de protéger les mineurs vis-à-vis de leurs parents ; à l'inverse cela ne doit pas permettre au mineur « de se laisser mourir », volontairement ou non, et face à l'urgence médicale, les soins indispensables seront délivrés, quitte à ce que le mineur opposant un vif refus soit également pris en charge sur le plan psychiatrique. L'urgence et la liberté de prescription justifient ce type de prise en charge, le médecin ne faisant qu'accomplir un acte qui serait qualifié, là encore, d'indispensable à sa survie et proportionné à son état.

Il en est de même pour un majeur protégé refusant un soin vital (bien qu'il existe plusieurs hypothèses en fonction de la mesure de protection⁶⁸²). D'ailleurs, ce refus est généralement considéré par les soignants comme l'expression de son incapacité à opérer un choix sage et réfléchi. Si l'état de santé du mineur protégé est jugé incompatible avec le fait de « *prendre seul une décision personnelle éclairée* »⁶⁸³, une personne chargée de sa protection devra prendre les « *mesures de protection strictement nécessaires pour mettre fin au danger que son propre comportement ferait courir à l'intéressé* »⁶⁸⁴. Ainsi, le médecin pourra avec l'accord de la personne chargée de sa protection, aller à l'encontre du majeur protégé. En dehors de l'urgence, en cas de désaccord, le juge sera saisi.

Ainsi, le majeur protégé pourra beaucoup plus difficilement refuser les soins, personnellement ou par le biais de la personne chargée de sa protection, que ne le pourrait faire un majeur disposant de la pleine capacité. Double protection du législateur à l'égard du majeur

⁶⁸¹ Le cas particuliers des adolescents n'est pas ici traité, bien que bon nombre de grands problèmes de santé publique se cristallisent sur cette tranche d'âge, et qu'une meilleure connaissance des caractéristiques de ce public permettrait une meilleure prise en charge. Voir en ce sens : P. ALVIN, I. GASQUET, et al, *Les adolescents aux urgences hospitalières. À propos d'une enquête menée à l'AP-HP*, Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, Volume 50, Issue 8, 2002, Pages 571-576 ; L. LACROIX, S. MANZANO, et al, *Intoxication éthylique aiguë chez les adolescents admis aux urgences : un nouveau fléau ?* Journal Européen des Urgences, Volume 22, 2009, Pages A83-A84 ; et V. DAO, D. BARRUEL, et al, *Les adolescents aux urgences psychiatriques : motifs de consultation, diagnostics psychiatriques et orientation*, Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 2023.

⁶⁸² Laurence PECAUT-RIVOLIER et Thierry VERHEYDE, « *Majeurs protégés : mesures de protection juridique et d'accompagnement* », Répertoire de procédure civile, Dalloz 2024.

⁶⁸³ Code civil, article 459. Voir également article 440.

⁶⁸⁴ *Idem*.

protégé donc, contre lui-même et contre son protecteur et qui autorise le médecin à délivrer les soins indispensables si ce refus est de nature à entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur protégé⁶⁸⁵.

2. Le refus de soins pour autrui : le cas des parents vis-à-vis de leurs enfants mineurs

390. Pour affirmer que les parents⁶⁸⁶ détiennent la capacité de s'opposer à des soins, il faut s'intéresser à l'autorité parentale, qui est définie comme « *un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant (...) pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne* ».⁶⁸⁷ Cette autorité parentale ne permet pourtant pas aux parents de décider seuls du consentement ou d'un refus de soins, en ce que l'enfant doit être associé aux décisions qui le concernent, en prenant en compte son âge et son degré de maturité. Plus l'âge de l'enfant est important, plus l'association doit être forte, le passage de l'enfance à l'âge adulte se faisant du point de vue du législateur sanitaire par un glissement progressif. La déontologie médicale mentionne non pas une obligation de résultat visant au recueil de son consentement, mais davantage une obligation de moyen : le médecin « *appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement* »⁶⁸⁸. L'utilisation du verbe « s'efforcer » est significative en ce qu'il est un terme fort, qui sous-entend la mobilisation sans ménagement du médecin pour arriver à ses fins ; cette obligation de moyens frôlant presque l'obligation de résultat. Dans une situation urgente, le médecin doit en premier lieu tenter de joindre les parents, et ce n'est qu'à défaut que le médecin doit donner les soins nécessaires. Il existe toutefois des domaines pour lesquels le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale⁶⁸⁹.

391. Dans tous les cas, lorsqu'il existe la possibilité de recueillir l'avis de l'intéressé, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible. L'avis ne signifie pas pour

⁶⁸⁵ Code de la Santé Publique, article L.1111-4.

⁶⁸⁶ Ayant l'exercice de l'autorité parentale.

⁶⁸⁷ Code civil, Article 371-1.

⁶⁸⁸ CSP, R. 4127-42.

⁶⁸⁹ CSP, L.1111-5 « *lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé* ».

autant le consentement ou le refus, le choix revenant davantage aux parents qu'au médecin, toutefois, une lecture conjointe avec l'article suivant du code de déontologie médicale apporte une précision, en ce que le médecin qui se trouverait dans une situation dans laquelle il estime que l'intérêt de l'enfant est mal compris ou mal préservé par son entourage, se doit le défendre, quitte à éventuellement utiliser l'avis de l'enfant contre l'absence de consentement de ses parents.

Ce pouvoir de consentir ou de refuser de donner ce consentement n'est donc pas absolu. Et encore moins lorsque la vision civiliste de l'autorité parentale est confrontée à la sphère médicale : la recherche de l'assentiment de l'enfant qui tantôt devait être simplement associé aux décisions le concernant devient une obligation de rechercher systématiquement le consentement du mineur, devenu apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision⁶⁹⁰. Il s'agit d'un véritable droit à la codécision médicale, certes partagée avec ses parents, mais qui lui permet éventuellement d'aller à l'encontre de ses parents, c'est-à-dire éventuellement consentir alors que les parents seraient opposés.

392. La finalité de garder le secret sur l'état peut être motivée par le souhait pour le mineur de bénéficier d'un soin pour lequel les parents sont opposés, et que l'enfant souhaite ainsi outrepasser l'autorité parentale en opposant le secret et donc en écartant la consultation des parents.

Cette situation est difficilement décelable pour les soignants, sauf à ce qu'une situation conflictuelle antérieure existe, et que le mineur souhaitant éviter une seconde situation, présage du refus de soin de ses parents, et demande l'application de ces dispositions pour anticiper ce refus de soin et passer outre. La notion de sauvegarde de la santé exclut toutefois un certain nombre d'actes médicaux.

La sauvegarde de la vie du mineur semble dès lors supérieure à la protection du secret, en ce que seule la nécessité médicale donne des droits si importants à l'enfant mineur vis-à-vis de ses parents, la préservation de la vie emportant les droits privés⁶⁹¹.

393. S'agissant du refus de soins par l'un ou les titulaires de l'autorité parentale, les dispositions légales permettent au médecin de délivrer « *les soins indispensables* »⁶⁹² dès lors

⁶⁹⁰ CSP, L.1111-4 alinéa 7.

⁶⁹¹ Fanny VASSEUR-LAMBRY, *Le secret professionnel/médical : une protection forte dans l'intérêt du patient*, RGDM, n° 69, 2018, p. 97-112. Le secret n'étant en dehors des hypothèses médicales, opposable à l'autorité parentale, l'auteur en conclut que l'obligation pour le médecin de garder le secret « *est dictée par un intérêt public, la sauvegarde de la vie du mineur, et non par le simple désir de l'enfant de garder le secret sur son état, au mépris des prérogatives parentales* ».

⁶⁹² CSP, L.1111-4.

que le refus « *risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur* »⁶⁹³. D'une part le médecin doit être devant une pathologie pour laquelle le refus risque d'entraîner des conséquences dont la gravité serait réelle, c'est-à-dire influencer d'une façon importante sur l'état de santé du mineur, et d'autre part ces conséquences ne doivent pas uniquement découler de l'évolution probable de la pathologie, mais bien du refus des titulaires de l'autorité parentale eux-mêmes. Finalement, le législateur autorise le médecin à agir dès lors que l'inaction parentale est de nature à entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, ce qui peut apparaître comme particulièrement délicat à qualifier juridiquement, en fonction des situations. La notion de soins indispensables est par ailleurs assez vague, en ce qu'elle ne définit pas précisément les traitements qui pourraient être donnés, et qui peuvent apparaître comme indispensables pour le médecin mais pas nécessairement pour les parents. Ainsi, s'agit-il des traitements qui sont imposés par la sauvegarde de la santé du mineur ? Auquel cas la sauvegarde peut exclure la prise en charge de la douleur⁶⁹⁴, ce qui d'ailleurs semble être le cas pour la Cour Européenne des Droits de l'Homme⁶⁹⁵, puisqu'il appartient aux soignants de mettre en œuvre les procédures légales. En l'espèce, le litige aurait dû être porté devant les tribunaux et « *c'est à tort que les médecins chargés de traiter le premier requérant ont considéré qu'ils se trouvaient dans un cas d'urgence* ». Ce qui signifie que l'urgence peut résider dans une douleur intense, avec la nécessité de la soulager rapidement.

394. L'urgence justement, impose au médecin de « *donner les soins nécessaires* ». Contrairement au paragraphe précédent, non seulement le consentement des parents n'est pas nécessaire, l'urgence exonérant du consentement, et entraînant une impossibilité pour les parents de refuser aux soins, mais elle permet au médecin de délivrer des soins autrement plus larges que les simples soins indispensables. La différence de terminologie est ici particulièrement importante, la distinction entre « indispensable » et « nécessaire » méritant une attention spécifique. Le terme indispensable renvoie en effet aux soins dont le patient ne peut se passer, tandis que le terme nécessaire renvoie à ce qu'il faut faire, c'est-à-dire un ensemble de soins qui se justifient par l'état du patient. Ainsi, si précédemment par exemple il a été fait mention de la prise en charge de la douleur, comme ne pouvant être indispensable, il

⁶⁹³ *Ibidem*.

⁶⁹⁴ La douleur faible à forte, sans que la douleur soit intense, car une douleur intense est de nature à entraîner une syncope vasovagale réflexe, liée à la douleur. Voir en ce sens les recommandations professionnelles de la HAS « *Pertes de connaissance brèves de l'adulte : prise en charge diagnostique et thérapeutique des syncopes* », Mai 2008, qui contrairement à son titre, fait également un état des lieux chez les enfants.

⁶⁹⁵ CEDH, Quatrième section, 9 mars 2004, affaire Glass c. Royaume-Uni, requête n°61827/00.

paraît ici absolument évident que la prise en charge de la douleur est nécessaire, et en ce sens l'urgence semble ouvrir une marge de manœuvre beaucoup plus grande.

395. La notion de sauvegarde de la santé doit être rapprochée de celle de soins indispensables, envisagée par le code de la santé publique comme étant de nature à surpasser le refus de la personne titulaire de l'autorité parentale, en vue d'éviter que ce refus entraîne des conséquences graves pour la santé du mineur⁶⁹⁶.

396. D'ailleurs, en cas de refus de signer l'autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération, l'urgence permet de procéder aux interventions mêmes chirurgicales. En dehors de l'urgence, ce n'est que « *lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du service peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.* »⁶⁹⁷. Ce sujet complexe du refus de consentement par les parents vis-à-vis de leurs enfants a fait l'objet de discussions doctrinales unanimes : être parent ne permet pas de mettre en péril la vie de son enfant déjà placé en situation d'urgence médicale⁶⁹⁸.

B. Le refus de soin et l'absence de droit de décider de sa propre mort

397. Le Conseil constitutionnel a donné son interprétation des dispositions législatives relatives au patient hors d'état d'exprimer sa volonté d'arrêter son traitement, dans sa décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017 : il appartient au médecin⁶⁹⁹ d'arrêter ou de ne pas mettre en œuvre, au titre du refus de l'obstination déraisonnable, les traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou sans autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

Le juge administratif a par ailleurs précisé que lorsque le patient hors d'état d'exprimer sa volonté est un mineur, « *il incombe au médecin, non seulement de rechercher, en consultant sa famille et ses proches et en tenant compte de l'âge du patient, si sa volonté a pu trouver à*

⁶⁹⁶ CSP, L.1111-4.

⁶⁹⁷ CSP, R.1112-35.

⁶⁹⁸ Voir par exemple : Christine DESNOYER, « *Le refus parental de soins : quelle collaboration entre l'institution hospitalière et l'autorité judiciaire ?* », RGDM, n° 73, 2019, p. 109-127 ; Paul VÉRON, *Décision médicale et minorité : l'impossibilité pour les titulaires de l'autorité parentale d'imposer au médecin le choix d'un traitement*, RGDM, n° 65, 2017, p. 93-108. A titre d'illustration, la possibilité de choix des parents ne leur permet même pas de se soustraire aux vaccinations obligatoires, voir en ce sens Décision n° 2015-458 QPC du 20 mars 2015, Epoux L.

⁶⁹⁹ A l'issue d'une procédure collégiale.

s'exprimer antérieurement »⁷⁰⁰. En dehors de ce cas lié à l'obstination déraisonnable, les professionnels de santé peuvent décider d'intervenir dans le but de préserver la vie si celle-ci est menacée, dans les conditions déjà évoquées.

398. Pour autant, subsistent des cas pour lesquels le refus de soin pour les patients peut conduire à réduire, parfois drastiquement, son espérance de vie, parfois en dégradant brusquement son état de santé.

Le droit français comme européen a toujours affirmé une absence de droit de mourir, en se basant sur l'article 2 de la convention européenne des droits de l'homme, garantissant un droit à la vie, mais ne pouvant « *être interprété comme conférant un droit diamétralement opposé, à savoir un droit à mourir ; il ne saurait davantage créer un droit à l'autodétermination en ce sens qu'il donnerait à tout individu le droit de choisir la mort plutôt que la vie* »⁷⁰¹, mais aussi sur l'article 8, comme ne constituant pas une ingérence disproportionnée dans la vie privée.

⁷⁰⁰ Conseil d'État, Juge des référés, formation collégiale, 05/01/2018, 416689, Publié au recueil Lebon.

⁷⁰¹ CEDH, 29 avril 2002, Pretty c. Royaume-Uni, n°2346/02.

CONCLUSION DU CHAPITRE 1

*« Lorsqu'en raison d'une situation d'urgence
le consentement approprié ne peut être obtenu,
il pourra être procédé immédiatement
à toute intervention médicalement indispensable
pour le bénéfice de la santé de la personne concernée »⁷⁰²*

399. En conclusion, il semble qu'en matière d'information et de consentement face à l'urgence médicale, et dès lors que l'intervention revêt un caractère d'inévitabilité et en l'absence d'alternative thérapeutique, le défaut d'information ne peut être source de responsabilité pour les praticiens ou leurs établissements. Au terme de notre étude, il nous est permis d'affirmer que les dispositions du code de la santé publique « *sauf urgence ou impossibilité* » doivent être entendues de façon cumulative pour une dispense totale d'information. Au sens alternatif en effet, l'urgence ne suffit pas à dispenser d'informer le patient sur un certain nombre d'éléments ; quant à elle, l'impossibilité seule, sans notion d'urgence, ne dispense finalement que partiellement l'information auprès du patient, et justement de façon opposée à celle de l'urgence : s'il est facile d'informer un patient dans une situation d'urgence, par exemple qu'il sera effectué une injection pour soulager sa douleur, sans lui indiquer les risques éventuels, dans une situation inverse, une personne avec qui la communication est impossible, par exemple parlant une langue étrangère, verra rechercher des solutions alternatives pour lui donner l'information, par exemple en faisant appel à un traducteur, ou en passant par un support écrit. Cela suppose, pour l'organisation du service, de faire traduire ou écrire uniquement les informations jugées les plus essentielles, puisque les actes de soins, par exemple le changement d'une poche de perfusion dans un service d'urgence, eu égard aux circonstances, pourra se faire avec une information parfois très réduite.

400. S'agissant du consentement, dès lors que le patient est placé dans une situation de danger immédiat pour la vie et sa santé, celui-ci ne semble finalement que superfétatoire, dans la mesure où le refus est exclu. Bien que cette vision puisse être totalement contredite sur le

⁷⁰² Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine : convention sur les droits de l'homme et la biomédecine, Article 8, Oviedo, 4 avril 1997.

fondement de l'autonomie de la volonté, et qu'y compris dans les situations d'urgence, l'objectif doit demeurer la recherche du consentement du patient dans toutes les situations qui le permettent, ce consentement ou son absence revient pour l'équipe soignante à prendre en charge le patient pour tous les actes permettant la sauvegarde de sa vie.

401. Certes, en cas de refus, les soins prodigués seront uniquement ceux jugés nécessaires, notamment vis-à-vis de l'objectif de sauver la vie du patient, auquel cas le terme d'accessoire devrait mieux correspondre que superfétatoire, mais toujours est-il que l'urgence exonère beaucoup plus largement l'absence de recherche de consentement, ou l'absence de consentement tout court, que l'absence d'information du patient dès lors que cela est possible. Ainsi, contrairement à l'information, pour laquelle le fondement demeure cumulativement « l'urgence et l'impossibilité », s'agissant du consentement, la simple exigence de l'urgence, entendue comme vitale (qui met en danger la vie du patient et risque d'entraîner le décès faute d'intervention médicale) suffit à exonérer les médecins de rechercher le consentement de la personne. D'autant plus que le refus du patient d'être sauvé pourrait être entendu comme le manque de lucidité du patient, voire une altération de ses facultés, et donc ne pas revêtir les caractéristiques exigées par le consentement. Par parallélisme, le refus de soin ne saurait être fondé juridiquement... Finalement, la notion de nécessité semble intrinsèquement liée à l'urgence *via* le prisme du consentement, puisque si l'intervention s'avère nécessaire, qu'importe la volonté du patient, les professionnels de santé chercheront à préserver la vie.

402. Cette volonté de préservation de la vie marque également l'accélération du temps, l'urgence permettant d'assouplir le cadre juridique applicable, donnant une plus grande liberté à celles et ceux qui y sont confrontés.

CHAPITRE II : L'ACCELERATION DU TEMPS PAR L'URGENCE

403. Comme pour la gravité et les différentes notions afférentes, certaines théories peuvent être mises en œuvre lors d'événements graves : l'exception et la dérogation.

La théorie de l'exception peut être entendue comme un mécanisme juridique qui permet aux autorités de faire face à une gravité telle qu'il est difficile de prendre les mesures qui s'imposent, soit en raison des délais, soit en raison de rigidités procédurales, et permet de suspendre temporairement ces procédures. Les mesures doivent être proportionnées aux finalités visées, c'est-à-dire ne pas aller au-delà de ce qui est strictement nécessaire.

404. L'analyse de la nécessité peut parfois être complexe, surtout lorsque les circonstances entourant ces mesures sont exceptionnelles. Dans de telles situations, les exceptions déjà prévues par le droit (section 1) sont appliquées en fonction des circonstances. En l'absence d'un cadre juridique adapté, le juge peut autoriser certaines illégalités en se basant sur des théories jurisprudentielles (section 2). Ces approches se traduisent par un assouplissement significatif du cadre juridique, tenant compte de la disproportion des moyens dont dispose l'administration pour faire face à une multitude de demandes ou à la spécificité de celles-ci.

Section 1. La théorie de l'exception et de la dérogation : l'adéquation des moyens aux fins

405. Les finalités poursuivies par l'administration sont *a priori* toujours⁷⁰³ la satisfaction de l'intérêt général et du service public, et pour y parvenir, elle dispose de moyens, à savoir de prérogatives de puissance publique. Ces moyens servent les fins, par la recherche de l'équilibre entre les moyens mis en œuvre et la finalité poursuivie.

406. Cette recherche d'adéquation, c'est-à-dire des moyens exactement appropriés à la recherche de la finalité, s'illustre par l'adage « la fin ne justifie pas tous moyens » ; pour autant, il n'est pas de fins sans moyens. Ces moyens ne sont pas pour autant adaptés ou adaptables en toutes circonstances, tout particulièrement dans la gravité. Ainsi, pour mieux se protéger juridiquement et faire face aux menaces futures, les institutions politiques ont depuis toujours⁷⁰⁴ eu recours à des dispositifs permettant de suspendre les règles habituelles, enclenchant des mécanismes permettant de faire face à des événements graves ; souvent par la concentration des pouvoirs au profit de l'exécutif.

407. Ces mécanismes, quasiment invisibles dans les régimes autoritaires, sont en revanche très visibles et très médiatisés dans les régimes démocratiques contemporains, selon deux approches historiques.

La plus ancienne est l'approche finaliste, la finalité justifiant les moyens mis en œuvre, quels qu'ils soient : elle s'illustre par la théorie de la souveraineté de Jean Bodin⁷⁰⁵.

La plus récente est l'œuvre des positivistes et normativistes qui considèrent⁷⁰⁶ qu'un acte ne peut être valable que s'il est conforme au droit positif. La désobéissance ne peut donc être justifiée, même en vertu d'un principe supérieur. Pourtant, les positivistes acceptent l'existence de périodes exceptionnelles, dans lesquelles il est possible de s'écarter du droit, sans pour autant que cela n'engendre une illégalité : « *necessitas non subditur legi* ». L'imminence d'un danger autorise celui qui est exposé à être l'interprète du bien commun, ce qui permet d'obéir à la nécessité en cas d'urgence, autant que d'obéir à la loi, du moins selon la vision de Saint-

⁷⁰³ Cette fin apparaît incontournable et indépassable. Voir Boris TARDIVEL, *Recherche sur le finalisme en droit administratif français*, Thèse de doctorat de droit public, 2002.

⁷⁰⁴ Depuis la République Romaine et son modèle de « consul-dictateur ».

⁷⁰⁵ Jean BODIN, *Les six livres de la République*, 1576.

⁷⁰⁶ Hans KELSEN, *Justice et droit naturel*, 1959. Voir également *Théorie pure du droit*, 1934 ; Alf ROSS, *On Law and Justice*, 1953 ; Herbert HART, *Le Concept de Droit*, 1961.

Thomas. D'autres auteurs⁷⁰⁷ considèrent à l'inverse qu'une situation exceptionnelle ne peut justifier de s'éloigner du droit, et que le droit doit donc anticiper ces événements, par la création de cadres juridiques qui prennent en compte des situations dérogatoires, et doivent permettre l'adaptation du droit en toutes circonstances.

Nombre d'auteurs ont écrit sur la question. Le Doyen HAURIOU par exemple admet que la loi ne peut tout prévoir, et qu'il faut donc permettre à l'administration d'agir en pareille circonstance. Le Commissaire du Gouvernement Jean ROMIEU écarte le recours au juge à cette occasion, avec la célèbre illustration « *il est de l'essence même du rôle de l'administration d'agir immédiatement et d'employer la force publique sans délai ni procédure, lorsque l'intérêt immédiat de la conservation publique l'exige ; quand la maison brûle, on ne va pas demander au juge l'autorisation d'y envoyer les pompiers* »⁷⁰⁸.

408. Ainsi voici venue la notion d'urgence, qui cristallise la volonté d'adaptation du droit à la réalité concrète et dans une temporalité très réduite : la recherche de l'adéquation des moyens à la finalité poursuivie permet parfois le recours à l'exception, c'est-à-dire la soustraction légale à une règle, (§ 1), ou justifie de déroger au droit (§ 2).

⁷⁰⁷ Carl SCHMITT considère par exemple que la souveraineté étatique est absolue, ce qui permet à l'État de perdurer en dehors de la norme juridique dans des situations exceptionnelles. Cf. Augustin SIMARD, Carl SCHMITT, *Légalité et légitimité*, Presses de l'Université de Montréal, 2015.

⁷⁰⁸ Tribunal des conflits, 2 décembre 1902, Société immobilière de Saint-Just, n°00543.

Paragraphe 1 : L'exception, une soustraction légale à une règle

409. La théorie de l'exception (I) réside essentiellement dans l'idée selon laquelle certaines situations nécessitent une adaptation par rapport à la règle générale, soit en raison de leurs spécificités, soit en raison du retard qu'à le droit sur la situation, nécessitant la mise en œuvre d'outils juridiques offrant une grande souplesse pour tenter de garantir la sécurité juridique : la partie en présence ne doit pas craindre le recours ultérieur au juge, surtout lorsque l'exception est invoquée pour faire face à un événement d'une particulière gravité (II).

I. La théorie de l'exception

*« Le premier conseil que la raison donne à l'homme
par rapport à un être malfaisant
est de se soulever contre lui, de lui résister,
et de le détruire même s'il est possible. »⁷⁰⁹*

410. L'exception semble omniprésente en droit positif, le terme étant largement utilisé dans tous les domaines et se retrouve logiquement dans la jurisprudence, de façon parfois intensive. Pourtant, cette notion est peu définie, notamment par les textes eux-mêmes ou la doctrine, alors même que l'exception se distingue de la dérogation ou de notions voisines, comme la dispense ou l'exonération. Mais dans le même temps, la même doctrine critique largement la multiplication des exceptions et l'inflation législative et réglementaire, comme faisant perdre le sens du principe et la lisibilité du droit. Difficile de leur donner tort, tant les exemples de textes fondés sur une volonté de simplification se traduisent concrètement sur l'adoption d'une solution plus complexe encore... A des fins d'illustration, comment ne pas citer la loi de simplification des relations entre l'administration et les citoyens⁷¹⁰, qui érige le principe selon lequel le silence gardé de l'administration vaut acceptation : le nombre d'exceptions et de dérogations est tel que l'État a dû mettre œuvre un outil de téléservice spécifique pour que les usagers puissent s'y retrouver parmi les 1490 cas possibles ! Le nombre

⁷⁰⁹ Jean- Jacques BURLAMAQUI, *Éléments du Droit naturel*, 1775, pp. 309- 312.

⁷¹⁰ Loi n° 2013-1005 du 12 novembre 2013 *habilitant le Gouvernement à simplifier les relations entre l'administration et les citoyens*.

d'exceptions, supérieur aux cas d'application du principe, donne également du grain à moudre à la doctrine⁷¹¹ sur la thématique du glissement entre principe et exceptions.

411. Mais cette complexité traduit également la réalité de nos sociétés actuelles, qui tendent vers une plus grande technicité, une plus grande précision⁷¹², et une spécialisation qui vire parfois à l'hyperspécialisation. Ce constat n'est pas nouveau, comme le Pr. Truchet⁷¹³ l'a souligné en relevant que la construction du droit public ne saurait demeurer binaire, face à la diversité et à la complexité des administrations. À l'occasion d'un colloque en 2014, plusieurs auteurs⁷¹⁴ ont tenté de démontrer que le droit n'était pas binaire (règle – exception), mais plutôt ternaire, en prenant en compte la résolution du conflit, comme présentant au cas par cas une possibilité de solution juridique nouvelle pour la résolution du litige. En effet, pour faire face à une collision entre un principe et une exception, le juge a tendance à trouver un subterfuge pour trancher, par le recours à des principes juridiques généraux, qui feront jurisprudence. Ainsi, si l'exception est en principe une exception légale, c'est-à-dire est publiquement déclarée, conçue pour poursuivre un but identique à celui de la règle, l'exception concède parfois dans la pratique un aménagement ou une exonération, qui peut être transitoire. L'exception peut aussi être fondée dans l'interprétation ou dans l'application de la norme par le juge.

L'exception peut aussi être un moyen usé par la défense, en soutenant que le principe juridique à l'œuvre ne peut être appliqué dans la situation précise, en vertu de règles procédurales non respectées : le fond est alors écarté en raison du non-respect de la forme : exception d'illégalité, exception d'incompétence, exception d'inconstitutionnalité ou d'inconventionnalité, exception de procédure, etc.

412. Par ailleurs – à la différence de la dérogation – la règle et l'exception étant édictées par le même organe⁷¹⁵, le recours à une exception suppose une volonté affirmée de protection de certaines spécificités.

⁷¹¹ J.-P. DEROSIER, « *La nouvelle règle, "Le silence vaut acceptation" si rarement applicable* », JCP Adm. 2014, n° 2305 ; D. POUPEAU, « *Le silence de l'administration vaut accord, sauf si...* », AJDA 2014. 2156 ; S. Braconnier, et al., « *Le silence de l'administration vaudra acceptation, Big bang ou trou noir juridique ?* », JCP 2013, n° 1324

⁷¹² Ces propos sont nuancés par un rapport sénatorial qui décrit la France comme addicte aux normes, à tel point que les auteurs constatent une réécriture constante et inutile des normes législatives. Cf. Françoise GATEL et Rémy POINTEREAU, *Rapport d'information fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation, relatif aux États généraux de la simplification*, n°542, Sénat, 2023.

⁷¹³ D. TRUCHET, « *La structure du droit administratif peut-elle demeurer binaire ? A propos des catégories juridiques en droit administratif* », in Etudes de l'Université Paris II-Clés pour le Siècle, Paris, Dalloz, 2000.

⁷¹⁴ M. FATIN-ROUGE STEFANINI, A. VIDAL-NAQUET (dir.) *La norme et ses exceptions. Quels défis pour la règle de droit ?* Bruylant, 2014.

⁷¹⁵ C'est la manifestation du principe de parallélisme des compétences.

413. De façon plus fondamentale, l'exception est un mécanisme qui permet de ne pas relever du droit commun ou de la règle générale. L'exception et la spécialité sont à distinguer : la spécialité prévaut sur le général, tandis que l'exception est un contournement du général. Ainsi, dans un domaine spécial, la spécialité est la règle⁷¹⁶, et le général l'exception, tandis que dans le domaine général, le raisonnement est construit à l'inverse.

L'exception ayant la même valeur juridique que la règle initiale, elle existe en corrélation directe avec la norme générale (l'exception nécessite une norme pour exister). L'adage « *l'exception confirme la règle* »⁷¹⁷ en est une illustration : la simple existence d'une exception doit permettre de rappeler à tout un chacun la règle générale, qui lui est donc temporellement antérieure⁷¹⁸ ; mais principe et exception peuvent être renversés, comme cela a été le cas lors de la simplification évoquée précédemment du principe du silence gardé de l'administration qui vaut acceptation. Ce renversement entre règle et exception n'est pas le seul qui puisse faire perdre en lisibilité la hiérarchie qui existe entre ces deux notions : les exceptions pouvant encore être imbriquées entre elles, et dans ce cas, exception sur exception vaut retour à la règle initiale, c'est-à-dire au principe. Et dans de rares hypothèses, une exception supplémentaire peut encore s'ajouter, et la règle s'effacer au profit de l'exception (les cas de triple exception⁷¹⁹).

414. Finalement, l'exception a pour objet d'exclure la règle, ou d'en limiter ses effets ; elle supprime une fraction plus ou moins grande d'une norme, par l'édiction d'une autre. Dans ses travaux de recherches, Céline GUEYDAN⁷²⁰ évoque différentes modalités d'exception au regard du champ d'application qui peut être matériel, temporel, spatial ou personnel. Une diversité des exceptions existe sur le plan matériel plus que les autres, avec des exceptions explicites ou implicites, les exceptions-substitution, les exceptions-exclusion, les exceptions ouvertes et les exceptions fermées ; sans pour autant que cette diversité ne remette en cause le régime juridique de l'exception.

415. En revanche, l'exception juridique et l'état d'exception sont dissociables, bien que ces deux notions emportent la limitation des effets juridiques. Un état d'exception est en effet prévu en amont de sa mise en œuvre, ce qui suppose de ne pas recourir à la notion d'état de nécessité, puisque « *toute norme présuppose une situation normale* »⁷²¹. Ainsi, le recours à un

⁷¹⁶ « *Specialia generalibus derogant* » ; les règles spéciales dérogent aux règles générales.

⁷¹⁷ Bien que l'expression latine complète soit « *exceptio probat regulam in casibus non exceptis* » ; l'exception confirme la règle pour les cas non exceptés.

⁷¹⁸ M. CARPENTIER, *Norme et exception. Essai sur la défaisabilité en droit*, précité.

⁷¹⁹ Pour une illustration, voir l'article 1242 du Code Civil.

⁷²⁰ L'exception en droit public, précité.

⁷²¹ C. SCHMITT, *Théologie politique*.

état d'exception dépend non pas de critères bien précis, mais d'une situation particulière dans l'instant, « *qualifiée d'anormale par la jurisprudence au regard des pouvoirs dont disposait l'administration* »⁷²². Le juge apprécie ainsi l'action de l'administration en prenant en compte la mission qu'elle poursuit, mais également les moyens dont elle disposait. Ainsi, le juge administratif s'attache généralement davantage à contrôler l'élargissement des pouvoirs de l'administration plutôt que leur opportunité, et qualifie la situation d'anormale dès lors que l'administration ne pouvait agir « normalement ».

416. Par ailleurs, une exception et un état d'exception n'ont pas la même fonction, et encore moins les mêmes effets : un état d'exception peut suspendre certaines garanties ou certaines libertés, et le degré de mise à l'écart de la règle initiale est donc nécessairement plus important. Le recours à l'état d'exception est donc également étroitement lié à des circonstances exceptionnelles, ce qui semble expliquer une gravité plus importante. Le contexte de mise en œuvre étant déterminant⁷²³ et justifiant que pendant une courte durée les règles de droit prévues pour des périodes « calmes » soient suspendues ou écartés.

Le recours à un état d'exception emprunte le même mécanisme que l'exception, en ce qu'elle permet de ne pas appliquer les contraintes juridiques qui constituent les règles, et d'adapter au besoin ces dernières dans un temps déterminé.

417. La notion d'exception est donc spécifique, intrinsèquement, en ce qu'elle supprime l'application d'une fraction d'une autre norme, sans pour autant la remettre en cause, et qu'elle peut exister sans limitation de durée, contrairement à l'état d'exception.

418. La fonction de l'exception est donc de prendre en compte les spécificités qui existent dans la réalité, et de les traduire dans les textes, afin d'éviter les vides juridiques ou les adaptations ou aménagements qui découleraient de ce vide juridique dans la pratique.

L'exception remplit donc une mission de cohérence du système juridique, en évitant les bouleversements parfois brutaux qui pourraient survenir à l'occasion d'un contentieux. La Constitution permet par exemple au Conseil constitutionnel de faire exception au principe d'abrogation immédiate d'un texte⁷²⁴, en différant la date d'abrogation de la décision, toujours

⁷²² L. NIZARD, *La jurisprudence administrative des circonstances exceptionnelles et la légalité*, Librairie générale de droit et de jurisprudence, 1962.

⁷²³ François SAINT-BONNET, *L'état d'exception*, Paris, France, Presses universitaires de France, 2001.

⁷²⁴ Article 62, alinéa 2 « *Une disposition déclarée inconstitutionnelle sur le fondement de l'article 61-1 est abrogée à compter de la publication de la décision du Conseil constitutionnel ou d'une date ultérieure fixée par cette décision. Le Conseil constitutionnel détermine les conditions et limites dans lesquelles les effets que la disposition a produits sont susceptibles d'être remis en cause* ».

dans une volonté de garantir une plus grande cohérence et une certaine sécurité juridique. Le Pr. CARCASSONNE avait en ce sens indiqué qu'en confiant au Conseil, au cas par cas, « *la détermination des conditions et limites dans lesquelles les situations acquises peuvent être remise en cause, l'article ne ferme pas complètement la porte à l'hypothèse à des effets de nullité pour le passé qui iraient au-delà de la seule abrogation pour l'avenir* »⁷²⁵. Le Conseil lui-même a ainsi indiqué à l'occasion d'une question prioritaire de constitutionnalité que « *si, en principe, la déclaration d'inconstitutionnalité doit bénéficier à l'auteur de la question prioritaire de constitutionnalité et la disposition déclarée contraire à la Constitution ne peut être appliquée dans les instances en cours à la date de la publication de la décision du Conseil constitutionnel, les dispositions de l'article 62 de la Constitution réservent à ce dernier le pouvoir tant de fixer la date de l'abrogation et reporter dans le temps ses effets que de prévoir la remise en cause des effets que la disposition a produits avant l'intervention de cette déclaration* »⁷²⁶. L'objectif est alors d'user, au cas par cas, de l'exception afin de ne pas remettre en cause la totalité des décisions ou des actes pris sur le fondement de ladite inconstitutionnalité, et d'assurer une stabilité juridique.

419. La fonction de l'exception est donc d'anticiper et de prévoir les contradictions entre les normes, mais également d'organiser l'articulation entre celles-ci dans des hypothèses particulières, pour éviter une certaine insécurité juridique. Malgré les apparences de fragmentation du droit, l'exception n'est pas nécessairement un outil qui déstabilise le droit par le droit, mais qui participe à sa cohérence et sa stabilité : elle permet de maintenir la règle générale et de faire coexister deux règles qui sont contradictoires et de même valeur juridique (règle et exception), en appliquant l'une ou l'autre en fonction de certaines catégories ou dans certaines circonstances.

Le Pr. François SAINT-BONNET justifie la mise en œuvre de règles contradictoires au vu de la finalité poursuivie, « *les exceptions fondées sur la sauvegarde d'un intérêt supérieur ne justifient la mise en échec de la règle que dans la mesure où son respect conduirait à se détourner de cette finalité. [...] l'exception résulte d'une comparaison des finalités entre le respect des premières et la défense des secondes. Nul intérêt n'est en soi supérieur, il ne l'est que par rapport à une situation et à une finalité donnée* »⁷²⁷.

⁷²⁵ Guy CARCASSONNE, *La Constitution*, 11^e édition, Coll. Point, 2011.

⁷²⁶ Décision 2010-110 QPC - 25 mars 2011 - M. Jean-Pierre B. [Composition de la commission départementale d'aide sociale] - Non-conformité partielle.

⁷²⁷ F. SAINT-BONNET, « *Exception, nécessité, urgence* », in D. ALLAND, S. RIALS (dir.), *Dictionnaire de la culture juridique*, PUF, 2003.

420. Aux fins d'illustration, prenons l'exemple du devoir d'obéissance hiérarchique des fonctionnaires : cette obéissance s'arrête dès lors que la finalité poursuivie est manifestement illégale et de nature à compromettre gravement un intérêt public⁷²⁸. Dans ce cas, la règle et l'exception expriment des finalités très différentes, à savoir d'un côté le bon fonctionnement des services publics, et de l'autre l'impérieuse nécessité de ne pas imposer à des fonctionnaires des actes manifestement illégaux. En réalité, l'objectif est le même, et l'opposition entre la règle et l'exception n'est qu'apparente⁷²⁹ ; en filigrane c'est bien la volonté de protection de l'intérêt général qui justifie tant le principe que l'exception. L'exception n'est pas ainsi toujours prise sur le fondement d'une finalité différente et ne fragmente pas cette finalité.

421. Si de nombreux auteurs aiment à parler de fragmentation du droit⁷³⁰ par la multiplication des exceptions, il est possible de leur opposer au moins deux réserves.

La première tient au travail de codification à droit constant, qui permet de rationaliser la lecture des textes, et de les regrouper pour une lecture plus aisée. Même si par définition, la codification à droit constant ne remet pas en cause les nombreuses exceptions qui peuvent exister, elle permet parfois de les mettre en lumière.

La seconde limitation tient à l'euphémisation du droit interne et son internalisation : le droit de l'Union peut parfois conduire à l'extinction ou l'atténuation de certains particularismes et certaines exceptions, bien que cette limitation soit relative⁷³¹.

⁷²⁸ CGFP, L.121-10.

⁷²⁹ Hans Kelsen a défendu l'unité entre les normes générales et les exceptions à celles-ci, en construisant la notion de normes juridiques non indépendantes, voir en ce sens Hans Kelsen, *Théorie pure du droit*.

⁷³⁰ Anne-Charlotte MARTINEAU, *Le débat sur la fragmentation du droit international. Une analyse critique*, RTD Eur. 2016 p.VIII ; Bruno OPPETIT, *L'hypothèse du déclin du droit*, 1986, n° 4 ; Stéphane MANSON, *La mise à disposition de leurs données publiques par les collectivités territoriales*, AJDA 2016 p.97 ; Nicole BELLOUBET-FRIER, *Le principe d'égalité*, AJDA 1998 p.152 ; Jean-Charles JOBART, *Dérogation aux normes réglementaires : un pouvoir préfectoral*, AJCT, 2022, p.72 ; Fabrice MELLERAY, *Une nouvelle crise de la notion d'établissement public*, AJDA 2003, p.711.

⁷³¹ Notamment par une « surtransposition » en droit interne. Élisabeth LANDROS-FOURNALES, *La « surtransposition » des directives européennes en droit interne*, Recueil Dalloz 2019 p.2360.

II. L'exception, un mécanisme juridique opportun pour faire face à une situation grave

422. L'exception telle qu'entendue précédemment est donc une soustraction légale à une règle applicable, qui entre en jeu lorsque certaines conditions sont réunies. Un certain nombre d'exemples législatifs et réglementaires ayant été abordés, il convient désormais de s'intéresser à l'exception au sens de la Constitution française, qui comprend un article permettant une exception très forte aux autres dispositions constitutionnelles.

423. L'article 16 est en effet axé sur le rétablissement des institutions et de l'ordre public, sans considération aucune pour la garantie des libertés : la fin justifie-t-elle les moyens dans la rédaction de cet article ? L'habilitation du Président de la République à prendre « *les mesures exigées par ces circonstances* » peut le laisser croire au vu de la gravité de la situation, d'autant que le rôle du Conseil Constitutionnel est limité aux conditions de recours à l'article 16, et que les actes du Président ont valeur législative.

Il ne s'agit toutefois pas d'une simple exception, mais bien d'un régime d'exception comme il en existe d'autres (A), avec plus ou moins d'atteintes aux droits et libertés en fonction des hypothèses. Ces atteintes sont modulées par la nécessité et justifiées par la proportionnalité (B).

A. Les régimes d'exception, une réaction urgente à des faits graves

424. Le commissaire du gouvernement Corneille dira à l'occasion de l'affaire Baldy⁷³² que « *la liberté est la règle, la restriction de police l'exception* ». Pourtant, du régime d'exception Tréveneuc⁷³³ aujourd'hui oublié mais toujours en vigueur⁷³⁴, à la mise en garde⁷³⁵ désormais abrogée⁷³⁶, au régime de l'état de siège, de celui dit « des pleins pouvoirs » de l'article 16 de notre Constitution, ou encore des régimes dit « d'urgence », qu'ils le soient pour des motifs généraux, antiterroristes ou sanitaires, les régimes d'exception sont nombreux, sans pour autant satisfaire pleinement la doctrine qui s'interroge sur la pertinence de créer des régimes *ad hoc* en fonction de la typologie de la situation et de sa gravité.

L'opportunité⁷³⁷ semble ainsi supérieure à sa pertinence, pour mieux se préparer aux situations à venir, sans pour autant que la pertinence soit à remettre en question.

425. C'est ainsi qu'est né le dernier régime d'exception en date, portant sur l'urgence sanitaire⁷³⁸. A la fois important par sa force légale et par le biais de l'intervention du parlement, qui répond à la fois aux impératifs de l'État de Droit et de la démocratie, la création de ce régime *ad hoc* fonde une rédaction plus claire et semble plus adaptée que certaines des mesures déjà existantes⁷³⁹ : des fondements juridiques « précaires » auraient conduit le juge administratif à « *examiner la validité des mesures prises par le Gouvernement à l'aune de la théorie des circonstances exceptionnelles* », ce qui aurait amené le juge à « *prouver [que le Gouvernement] ne pouvait aucunement agir autrement. Même face à un juge enclin à valider ces mesures, il n'aurait pas pu s'exonérer de son obligation de justification. Plus encore, des fondements juridiques précaires permettaient à minima d'espérer que les mesures prises resteraient*

⁷³² Conseil d'État, du 10 août 1917, 59855, publié au recueil Lebon.

⁷³³ Loi du 15 février 1872 *relative au rôle éventuel des conseils départementaux dans des circonstances exceptionnelles*.

⁷³⁴ La Loi n° 2013-403 du 17 mai 2013 *relative à l'élection des conseillers départementaux, des conseillers municipaux et des conseillers communautaires, et modifiant le calendrier électoral* a modifié la loi de 1872 précitée, en permutant le terme de « conseiller généraux » par celui de « conseiller départementaux ».

⁷³⁵ Ordonnance n°59-147 du 7 janvier 1959 *portant organisation générale de la défense*.

⁷³⁶ Ordonnance n° 2004-1374 du 20 décembre 2004 *relative à la partie législative du code de la défense*.

⁷³⁷ Stéphanie RENARD, « *L'état d'urgence sanitaire : droit d'exception et exceptions au droit* », Revue des droits et libertés fondamentaux, n°2020, chron. 13 ; Didier TRUCHET, « *Covid 19 : Point de vue d'un "administrativiste sanitaire"* », Blog Jus politicum, 27 mars 2020.

⁷³⁸ Véronique CHAMPEIL-DESPLATS, « *Qu'est-ce que l'état d'urgence sanitaire ? D'un état d'urgence à l'autre, ou l'intégration des régimes d'exception dans les États de droit contemporains* », Revue française d'administration publique, 176, Institut national du service public, 2020, n° 4, p. 875-888 ; Olivier BEAUD et Cécile GUERIN-BARGUES, « *L'état d'urgence sanitaire : était-il judicieux de créer un nouveau régime d'exception ?* », Recueil Dalloz, avril 2020, n° 16, p. 891 ; Danièle CRISTOL, « *La Covid-19 : à nouveau danger, régimes exceptionnels* », Revue de droit sanitaire et social, Dalloz, 2020, n° 5.

⁷³⁹ Emmanuel TAWIL, « *Lutte contre le covid-19 : les nouvelles mesures de police administrative restrictives de libertés adoptées par le gouvernement* », Gazette du Palais, n°12, p 10.

absolument exceptionnelles et strictement justifiées par l'urgence »⁷⁴⁰. Or, difficile de prouver que l'action du gouvernement ne pouvait se faire autrement, d'autant que le Code de la Santé Publique prévoyait déjà la possibilité d'un confinement, « *en cas de menace sanitaire grave appelant des mesures d'urgence, notamment en cas de menace d'épidémie* »⁷⁴¹. En outre, difficile d'argumenter sur la possibilité d'organiser plusieurs confinements successifs, la récurrence de certaines mesures et leur inscription dans la durée ne pouvant dès lors être qualifiée « d'exceptionnelle », et encore moins justifiée par l'urgence. C'est en ce sens qu'a été précédemment développée l'idée selon laquelle l'urgence sanitaire se transforme rapidement en crise sanitaire⁷⁴² ; la théorie des circonstances exceptionnelles ne pouvant être invoquée de façon pérenne, il fallait que le régime d'exception soit nécessairement fondé sur une base juridique plus solide, et la base législative était préférable à celle jurisprudentielle.

426. Or, ce même raisonnement peut être également tenu pour la création d'autres régimes d'exception *ad hoc*, et c'est d'ailleurs le cas avec le régime sécuritaire ; à la prochaine crise, sera probablement consacré un nouveau régime d'exception : l'ampleur de la prochaine crise, environnementale, industrielle⁷⁴³, climatique ou même économique, se traduira sans doute par la création de nouveaux régimes *ad hoc*.

Dans ces futurs régimes d'exception, il y a fort à parier que la loi habilite le Gouvernement à agir par voie d'ordonnance dans les conditions de l'article 38 de la Constitution, comme c'est le cas dans l'état d'urgence sanitaire, se rapprochant peu à peu de l'article 16, bien que la collégialité gouvernementale demeure et puisse faire l'objet d'un contrôle par un juge⁷⁴⁴.

427. Le plus ancien de nos régimes d'exception est l'état de siège, né sous le Second Empire⁷⁴⁵ et aujourd'hui constitutionnalisé, il peut être déclaré dans deux hypothèses : en cas de péril imminent résultant d'une guerre étrangère ou d'une insurrection armée. Dans ces deux cas, la gravité ne fait aucun doute, ni dans l'élément déclencheur, ni sur les risques qui pèsent

⁷⁴⁰ Antonin GELBLAT et Laurie MARGUET, « *État d'urgence sanitaire : la doctrine dans tous ses états ?* », La Revue des droits de l'homme, Actualités Droits-Libertés, le 20 avril 2020.

⁷⁴¹ Loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur, créant l'article L.3131-1, en vigueur du 29 août 2007 au 24 mars 2020.

⁷⁴² Voir *infra*, §874. Un développement spécifique sera ultérieurement réalisé, dans la seconde partie, dans un chapitre consacré aux urgences sanitaires.

⁷⁴³ Les deux pouvant être liés, comme pour l'explosion suivi d'un incendie dans l'usine de Lubrizol de Rouen, le Préfet ayant confiné une partie de la population, fermé les établissements scolaires et recommandé de ne pas consommer les récoltes.

⁷⁴⁴ Contrôle effectué par le Conseil d'État pour les ordonnances non ratifiées, et par le Conseil Constitutionnel pour les lois de ratifications des ordonnances, DC ou QPC. Pourtant, dans l'état d'urgence sanitaire, les délais ont été suspendus « au regard des circonstances particulières de l'espèce », voir en ce sens Décision n° 2020-799 DC du 26 mars 2020.

⁷⁴⁵ Loi du 9 août 1849 sur l'état de siège.

sur les institutions de la République. La forte extension des pouvoirs de police et le recours à l'autorité militaire⁷⁴⁶ sont autant de moyens de faire face à la gravité de la menace mais sont susceptibles à des fins préventives⁷⁴⁷ de porter atteinte à certaines libertés. Ce régime est le plus ancien, et aussi probablement le plus lourd de conséquences avec un transfert de compétences entre autorités civiles et militaires. Il vient se substituer profondément au droit ordinaire et la question pouvait se poser à l'époque d'une substitution de l'état de droit par un état de police ; aujourd'hui cette substitution semble difficilement réalisable.

428. Tous ces régimes d'exception ont en commun d'entrer en action uniquement en présence de circonstances graves, avec une nécessité de prises de décision à très court terme, et une urgence à réagir qui nécessite de concentrer « *le pouvoir entre les mains de certaines des autorités qui d'habitude exercent le pouvoir, [de leurs donner] des compétences plus étendues et [de leur permettre] de porter atteinte aux libertés fondamentales* »⁷⁴⁸. Il convient donc de s'intéresser au fondement de cette nécessité et à la recherche de proportionnalité entre les atteintes aux libertés et les finalités poursuivies.

⁷⁴⁶ Code de la défense, L. 2121-1 à L. 2121-8.

⁷⁴⁷ Conseil d'État, 6 août 1915, *Delmotte et Senmartin*, n°54583.

⁷⁴⁸ Michel TROPER, « *L'état d'exception n'a rien d'exceptionnel* », *Le droit et la nécessité*, Paris, Presses Universitaires de France, 2011, p. 99-109.

B. La nécessité et la proportionnalité

429. Le caractère indispensable, impérieux, de la mise en œuvre à la fois d'un régime d'exception et de dispositions propres à ce régime, répond à une volonté du pouvoir exécutif de parer à la gravité de la situation et de ses conséquences. Il s'agit à la fois de se doter d'un outil, le régime, et de le mettre en œuvre sous différentes formes.

430. Le régime d'exception que constitue l'état d'urgence antiterroriste mis en œuvre dans un contexte post-attentat⁷⁴⁹ est en effet un outil, qui vient renforcer les pouvoirs de police sur le territoire français, dans un objectif visant la prévention d'actes nouveaux. Il s'agit d'un élargissement du cadre juridique existant, ou d'un assouplissement de celui-ci, afin de donner davantage de pouvoir aux représentants de l'État⁷⁵⁰ (notamment) en vue de faire face aux situations. L'usage de ces pouvoirs, comme l'assouplissement du cadre, doivent l'un comme l'autre être fondés sur la nécessité d'action, c'est-à-dire l'obligation impérieuse d'agir.

En dehors de cette hypothèse, ce n'est pas parce que le titulaire du pouvoir en dispose, qu'il peut en user librement : l'exception ne remet pas en cause l'état de droit, il assouplit uniquement le droit ordinaire, de telle sorte qu'il est doté de moyens permettant de faire face à une situation qui ne l'est pas. En ce sens, même dans un contexte de terrorisme, il n'appartient pas au maire d'une commune de déléguer⁷⁵¹ un service public de police administrative à des citoyens volontaires bénévoles, en dehors de circonstances exceptionnelles⁷⁵².

Le juge administratif ne s'est pas engagé sur le terrain de la nécessité de l'action de façon directe, mais il a invoqué l'absence de circonstances exceptionnelles pour sous-entendre que la création d'une garde citoyenne communale ne peut être légalement invoquée dès lors qu'elle n'apparaît pas nécessaire, précisément par l'absence de carence ou l'absence d'insuffisance avérée des services de police existant. La dérogation ne saurait en ce sens exister sans nécessité.

431. Par ailleurs, selon la jurisprudence constante du Conseil d'État⁷⁵³, ces mesures, même prises dans un contexte d'exception, doivent être proportionnelles aux risques. La nécessité et la proportionnalité sont parfois confondues, notamment par le juge administratif

⁷⁴⁹ Décret n° 2015-1475 et n° 2015-1475 du 14 novembre 2015 *portant application de la loi n° 55-385 du 3 avril 1955*.

⁷⁵⁰ Loi n°2016-987 du 21 juillet 2016 *prorogeant l'application de la loi n° 55-385 du 3 avril 1955 relative à l'état d'urgence et portant mesures de renforcement de la lutte antiterroriste*.

⁷⁵¹ Conseil d'État, Assemblée, 17 juin 1932, *Ville de Castelnaudary*, n° 12045.

⁷⁵² Tribunal Administratif de Montpellier, Juge des référés, 19 janvier 2016, n°1506697 et Tribunal Administratif de Montpellier, 5 juillet 2016, n°1506696.

⁷⁵³ Conseil d'État, 19 mai 1933, *Benjamin*, n°17413 et n°17520.

lui-même⁷⁵⁴, qui considère parfois que la proportionnalité englobe l'adaptation, la nécessité et la proportion entre la mesure et le risque. Ce « triple test de proportionnalité », également mis en œuvre par le juge constitutionnel, est en réalité double, la nécessité pouvant être « autonomisée », comme c'est parfois le cas en droit européen⁷⁵⁵ : la proportionnalité est alors l'étude des « charges imposées » ou des « inconvénients causés », qui ne doivent pas être « *démesurés par rapport aux buts visés* », c'est-à-dire qu'ils doivent revêtir un caractère raisonnable, adéquat ou approprié de la mesure⁷⁵⁶.

432. Une mesure nécessaire, mais non adaptée à l'objectif poursuivi et sans proportionnalité avec celui-ci, n'en demeure pas pour autant nécessaire, et le juge pourra alors adapter la mesure, par une modulation visant à rétablir le déséquilibre. Or, une mesure futile, de peu de conséquences, qui ne serait pas nécessaire, doit être annulée tant bien même la proportionnalité entre la mesure et l'objectif poursuivi est correcte : la nécessité est le premier critère à rechercher, comme élément de procédure intangible. Nécessité sans équilibre et équilibre sans nécessité sont en effet deux choses distinctes, dont la légalité ne saurait être analysée de la même façon. Il ne s'agit pas dans un contexte d'exception de prendre des mesures qui ne seraient pas nécessaires, tout comme dans un contexte courant : c'est la nécessité, le caractère indispensable, qui justifie la dérogation au vu de la finalité poursuivie. En reprenant l'exemple de la garde biterroise, en supprimant la notion de garde statique devant les bâtiments publics et de surveillance générale qui sont des missions dévolues à l'État, la mise en place d'un réseau de citoyens signalant aux agents de la force publique tout trouble à l'ordre public ou comportement délictueux, dans le cadre d'une menace terroriste forte, n'apparaît pas manifestement disproportionnée, ni inadaptée entre la menace terroriste et la mise en place de ce réseau. En faisant abstraction des missions dévolues aux agents de la force publique (surveillance de la voie publique et des bâtiments publics), c'est bien l'absence de nécessité qui serait retenue par le juge administratif pour annuler la création de cette garde, en prenant en compte les considérations de temps et de lieux.

En cas de carence ou d'insuffisance avérée des services de police sur une commune, la nécessité d'une telle action peut alors naître de ces carences et justifier le recours à des mesures exceptionnelles. Cette nécessité d'action est le fondement de la théorie des circonstances

⁷⁵⁴ Conseil d'État, Assemblée, 26 décembre 2011, *Association pour la promotion de l'image et autres*, n° 317827

⁷⁵⁵ Si la sanction dépasse la nécessité, elle peut ainsi être annulée, voir en ce sens CJCE, 16 déc. 1992, *Commission c/ Grèce*, aff. C-210/91.

⁷⁵⁶ CJCE, 12 janv. 2006, *Agrarproduktion Staebelow*, aff. C-504/04 ; CJCE, 12 déc. 2006, *Allemagne c/ Parlement et Conseil*, aff. C-380/03.

exceptionnelles, qui permet dans une situation d'exception d'assouplir le cadre juridique pour permettre l'action de l'administration.

433. Cette action, désormais permise par la nécessité, doit alors revêtir les caractéristiques de proportionnalité, c'est-à-dire la recherche d'un équilibre entre la mesure prise par l'administration et les conséquences qui vont découler de cette mesure. L'adaptation de la mesure vis-à-vis des conséquences forge ainsi l'adaptation des moyens mis en œuvre à l'égard de l'objectif poursuivi, et garantit ainsi la proportionnalité des moyens aux fins.

434. Dans le domaine pénal, la nécessité est d'ailleurs distincte de la proportionnalité, et l'état de nécessité⁷⁵⁷ constitue une exception au principe de responsabilité pénale. La nécessité doit être présente au regard de la sauvegarde d'une personne ou d'un bien, ce qui constitue le second critère de mise en œuvre de cette irresponsabilité pénale, et faire face à un danger actuel ou imminent, qui constitue le premier critère.

Cette exception au principe de responsabilité pénale comporte en son sein une autre exception : elle ne saurait être invoquée s'il existe une disproportion entre les moyens mis en œuvre et la gravité de la menace.

Ce n'est donc pas la recherche de la proportionnalité qui est à l'œuvre dans la rédaction de cet article, c'est bien son absence, c'est-à-dire le point de rupture de la proportion, la disproportion⁷⁵⁸ qui fonde le retour au principe de la responsabilité pénale.

La nécessité et l'urgence remplissent des fonctions qui sont différentes, la nécessité seule ne saurait autoriser des dérogations visant uniquement à éviter tout retard, en ce sens l'urgence demeure autonome, et avec des caractéristiques plus étendues qu'en cas de seule nécessité : par exemple s'agissant des mesures de police il convient de rappeler que celles-ci ne sont légales qu'à la condition d'être nécessaires⁷⁵⁹.

⁷⁵⁷ Code Pénal, 122-7.

⁷⁵⁸ Cette inversion entre recherche de proportionnalité et absence de disproportion manifeste fera l'objet d'un développement ultérieur ; voir *infra* sur la proportionnalité (§644, §948, §954).

⁷⁵⁹ Voir en ce sens JESTAZ, *L'urgence et les principes classiques du droit civil*, LGDJ, 1968 ; NIZARD, « *Les circonstances exceptionnelles dans la jurisprudence administrative* », LGDJ, 1962.

Paragraphe 2 : La dérogation, une théorie juridique permettant la prise en compte de certaines spécificités imprévues

435. Contrairement à l'exception qui découle d'un texte et donc possède la même valeur normative que le principe auquel il est rattaché, la dérogation est avant tout une théorie (I) qui se fonde sur l'existence d'un fait juridique et non pas d'une norme, et qui est susceptible de se manifester par divers aspects. Elle vise à ne pas appliquer la règle générale, ou tout du moins ne pas en sanctionner le non-respect. Elle est également un moyen de prendre en compte diverses spécificités, parfois aussi complexes que nombreuses, pour opérer des choix difficiles. Le contexte de pénurie (II) en est un parfait exemple, car il oblige à recourir à des outils à la base des scores de priorisations.

I. La théorie de la dérogation

436. Lorsque le cadre juridique applicable à la situation précise est difficilement applicable, voire ne l'est pas du tout, mais que l'administration se doit d'intervenir, motivée par la poursuite d'un intérêt juridique supérieur, elle peut décider de ne pas appliquer le droit normalement applicable à la situation.

437. Contrairement à l'exception, qui est adoptée par l'auteur de la norme générale, la dérogation peut intervenir à un niveau juridique différent, par exemple lorsque l'autorité devant appliquer la norme générale prend la décision de ne pas le faire⁷⁶⁰. La dérogation est par définition l'action d'écarter l'application de la règle dans un cas particulier. Le Pr. CORNU souligne que la dérogation s'oppose à l'exception en ce « *qu'elle n'arrache à la règle qu'un seul cas concrètement déterminé* »⁷⁶¹, généralement pour faire bénéficier à l'intéressé d'un régime plus favorable que d'ordinaire. Il s'agit donc d'une soustraction à un régime juridique qui serait pourtant normalement applicable. Cette notion est donc proche, sinon semblable à la dispense, qui permet à un individu déterminé de ne pas faire une chose pour lequel il est

⁷⁶⁰ Le choix a été ici fait d'occulter le débat de qualification des normes étant ou n'étant pas juridique en fonction de si son non-respect était l'objet d'une sanction, ce qui revient peu ou prou au débat sur l'effectivité des normes, c'est-à-dire comportementalement respectée.

⁷⁶¹ Gérard CORNU, *Vocabulaire Juridique*, Association Henri Capitant.

normalement tenu⁷⁶² ; à l'inverse la dispense peut autoriser une chose en principe interdite⁷⁶³. Le mécanisme est très exactement identique, les dispenses nécessitant une habilitation préalable de l'autorité qui la délivre ; il en est également de même avec l'exemption ; aussi ces deux notions sont rangées, elles, dans la catégorie de l'exception.

438. Ainsi, l'exception serait un mécanisme statique⁷⁶⁴, composante de la norme initiale, tandis qu'à l'inverse la dérogation serait un mécanisme dynamique, puisqu'elle se situe au niveau de l'autorité chargée de l'exécution et que cette dernière peut se réserver la possibilité de ne pas appliquer la règle de droit en vigueur. En principe, pour que le mécanisme soit juridiquement viable, il faudrait donc que l'auteur de la norme initiale habilite l'autorité chargée de l'appliquer à écarter la règle : la règle de principe est bien applicable, mais elle n'est pas appliquée. Cette définition n'est pas sans difficulté, car elle suppose un pouvoir d'appréciation et de décision de l'autorité chargée d'appliquer la règle, qui n'est pas toujours évident. À ce titre, il convient d'emblée de relever qu'une exception peut également connaître des dérogations, et qu'une dérogation peut connaître des exceptions. C'est généralement le cas lorsque l'opportunité de mettre en œuvre la règle est confiée à une autorité. En matière d'urbanisme par exemple, en plus de certaines règles et exceptions énoncées, une petite marge de manœuvre peut être laissée, afin d'adopter des adaptations mineures aux règles de servitudes⁷⁶⁵. Or, avec la consolidation des textes d'urbanisme, et la technicité de plus en plus importante, la dérogation a tendance à devenir une exception directement prévue par les textes : la multiplication des normes implique la multiplication des exceptions, sur des matières techniques, afin de s'adapter aux réalités.

439. La dérogation est également distincte de l'exception en ce qu'elle peut émaner d'un organe n'ayant pas la même place dans la hiérarchie des normes : la dérogation est en quelque sorte une exception à la norme, cette dernière étant établie *via* le processus d'habilitation qui est réalisé au même niveau que la norme générale. Or, s'agissant de la dérogation, l'opportunité d'application ou de non-application est transférée à un organe plus bas dans ladite hiérarchie. La dérogation permet par exemple à un décret d'écarter une loi, tout comme peuvent le faire des parties à un contrat, pourvu qu'il ne s'agisse pas d'une loi impérative ou d'ordre public.

⁷⁶² Dispense d'information par exemple. CSP, L.1111-2.

⁷⁶³ En droit pénal, sur les dispenses de peine se référer aux articles 132 et suivant du code pénal ; s'agissant du service national voir les articles L35 à 39 du code du service national ; en droit d'asile voir R313-14 et suivant du CESEDA ; en matière de mariage voir les articles 145, 165 du Code Civil.

⁷⁶⁴ Aude ROUYERE, *Recherche sur la dérogation en droit public*, Thèse en Droit Public, Bordeaux 1, 1993.

⁷⁶⁵ Code de l'Urbanisme, L.152-3.

440. Ce qui est fort intéressant avec la dérogation, c'est que l'administration peut choisir d'écarter l'application d'une règle sur un motif qu'elle apprécie, et peut en l'absence d'alternative, parfois aller jusqu'à déterminer une solution nouvelle, adaptée à la situation. Le motif peut en être la nécessité, l'urgence, ou tout autre notion qui justifierait de ne pas appliquer une règle, généralement une notion qui fait appel à une certaine anormalité (pénurie, crise...). Lorsque le juge s'intéresse à la justification du recours à la dérogation, il analyse la situation de façon similaire à l'exception : sous le prisme du principe d'égalité⁷⁶⁶. En effet, le justiciable revendique un traitement égal et aura tendance à réclamer la solution la plus favorable à son cas. Toute dérogation devra donc être justifiée et étudiée conjointement avec le principe applicable, tout comme s'agissant de l'exception, puisque « *le respect du principe d'égalité impose en conséquence une appréciation de l'équilibre existant entre le principe et l'exception* »⁷⁶⁷. Pourtant, à l'inverse, la dérogation peut être justifiée dans des circonstances particulières⁷⁶⁸, à la condition qu'il y ait une parfaite adéquation entre la situation et la dérogation. La dérogation remplit ainsi une fonction d'adaptation dans le système juridique, entre une norme applicable en théorie et une spécificité rendant opportune la non-application de ladite norme, alors qu'aucune exception ne le permet. La dérogation est le plus souvent un fait juridique, qu'une règle établie : ainsi certaines tolérances administratives sont du domaine de la dérogation et par définition précaires, contrairement à l'exception, connue de tous et donc opposable. En ce sens, Céline GUEYDAN⁷⁶⁹ indique qu'une des distinctions les plus flagrantes est que l'exception est une norme (caractère de plein droit), tandis que la dérogation est une décision (existence d'une appréciation souveraine). Cette décision est le fruit de la mise en œuvre d'un pouvoir⁷⁷⁰, les règles juridiques provoquant un effet dérogatoire n'étant identifiables que par l'effet qu'elles produisent. Ainsi, la dérogation s'illustre généralement, voire exclusivement, à travers l'activité de déroger.

441. Le législateur peut lors de la rédaction d'un texte, contraindre l'autorité administrative à mettre en œuvre une volonté législative, en lui interdisant d'y déroger, sous aucun prétexte⁷⁷¹. Le droit international connaît quelques illustrations similaires, qui en font

⁷⁶⁶ Xavier MAGNON, « *Le juge face à l'exception. (Re)lecture générale du jugement d'égalité par le prisme de l'exception illustrée par la jurisprudence QPC* », La norme et ses exceptions : quels défis pour la règle de droit ?, Bruylant, 2014, p. 257-276.

⁷⁶⁷ Xavier MAGNON, *précité*.

⁷⁶⁸ Ces circonstances seront détaillées ultérieurement, voir *infra*, §484.

⁷⁶⁹ Céline GUEYDAN, L'exception en droit public, Thèse de doctorat, Aix-Marseille, 2017.

⁷⁷⁰ Françoise LEURQUIN-DE VISSCHER, *La dérogation en droit public*, Belgique, ed. Bruylant, 1991.

⁷⁷¹ A titre d'illustration, voir Code rural et de la pêche maritime, L.223-7 et L.223-9 ; Code monétaire et financier, R. 518-37.

des droits ou principes supraconstitutionnels⁷⁷², puisqu'ils ne permettent aucune dérogation, qu'importent les circonstances⁷⁷³. A l'inverse, dans le silence du texte, la dérogation reste possible, pourvu qu'une habilitation existe.

442. La question peut toutefois se poser de la dérogation sans habilitation. C'est le cas des tolérances, ou tout du moins de certaines tolérances, qui sont de fait illégales. Elles concernent en effet des activités illicites mais pour lesquelles l'administration refuse⁷⁷⁴ d'appliquer la règle ; plus précisément refuse (de façon formelle⁷⁷⁵ ou non) d'utiliser les moyens qu'elle a en sa possession pour sanctionner une illégalité dont elle a connaissance. En quelque sorte, l'illégalité est couverte par l'administration, ce qui peut sembler paradoxal. Cette tolérance peut prendre plusieurs formes : soit l'administration a connaissance d'une illégalité de la part d'un administré, et par action ou inaction refuse d'intervenir, soit l'intervention est minorée. Dans les deux cas, elle détient les moyens d'agir, mais opère un choix, par abstention ou inaction partielle.

443. C'est ce mécanisme de tolérance utilisé pour déroger à une règle⁷⁷⁶ qui nous intéresse tout particulièrement ici, puisque si nous avons énoncé plus haut que si certaines tolérances

⁷⁷² Nous considérons en effet qu'il existe des principes supraconstitutionnels, inscrits dans des conventions internationales ou de certains principes généraux du droit, qui irriguent la totalité du droit. A titre d'illustration, les articles 3 et 7 de la CEDH ne peuvent faire l'objet d'aucune limitation ni de dérogation (article 15 CEDH), ce qui en fait une norme impérative intangible et absolue. Ces PGD ne sont pas né *ex nihilo* mais bien qu'ils n'aient pas toujours l'appui de texte écrit, voir en ce sens R. CHAPUS, *Droit administratif général*, 15e éd., Montchrestien, 2001, Tome I, n° 139, p. 111. Pourtant, certains principes, objectifs exigences de valeur constitutionnelle ne trouvent pas leur fondement dans un texte écrit, mais dans l'esprit général de diverses dispositions, comme la DDHC. Voir en ce sens D. ROUSSEAU, *Droit du contentieux constitutionnel*, 5e éd., Montchrestien, 1999, p. 107. Deux exemples peuvent être donnés : Décision n° 79- 104 DC du 23 mai 1979, *Loi modifiant les modes d'élection de l'assemblée territoriale et du conseil de gouvernement du territoire de la Nouvelle- Calédonie et dépendances et définissant les règles générales de l'aide technique et financière contractuelle de l'État* ; et décision n° 79- 105 DC du 25 juillet 1979, *Loi modifiant les dispositions de la loi n° 74- 696 du 7 août 1974 relatives à la continuité du service public de la radio et de la télévision en cas de cessation concertée du travail*. Ainsi, dès lors que « le principe constitutionnel dégagé par le Conseil constitutionnel est finalement le même que le principe général du droit proclamé par le Conseil d'État, que l'un et l'autre ont des sources d'inspiration identiques, qu'ils se nourrissent du texte mais n'en sont pas dépendants, alors rien n'empêche de leur reconnaître une seule et même valeur, une valeur constitutionnelle ». Jean-Marc MAILLOT, *La théorie administrativiste des principes généraux du droit : continuité et modernité*, Thèse de doctorat, Montpellier 1, 2001 ; publié en 2003 aux éditions Dalloz, Nouvelle Bibliothèque de Thèses. Or, la DDHC qui a valeur constitutionnelle irrigue la Constitution, par exemple via la séparation des pouvoirs, et s'impose à elle, y compris pour le pouvoir constituant dérivé. Selon cette logique, et bien que la DDHC soit matériellement au même niveau que la Constitution, les principes généraux qui en découlent semblent de valeur supérieure à elle puisque s'imposant à elle, y compris dans ses effets futurs.

⁷⁷³ Y compris « en cas de guerre ou en cas d'autre danger public menaçant la vie de la nation ». CEDH, Art. 15

⁷⁷⁴ Le refus est important, puisque c'est l'élément qui le distingue de la carence ou de l'impuissance de l'administration ; voir en ce sens Conseil d'État, Assemblée, *Ministre des finances et ville de Bordeaux c/ Sastre*, 7 mai 1971, 74669 74977, publié au recueil Lebon et Conseil d'État, Assemblée, du 20 mars 1974, 90547, publié au recueil Lebon.

⁷⁷⁵ Conseil d'État, 6 / 2 SSR, du 28 janvier 1976, n°93373, mentionné aux tables du recueil Lebon.

⁷⁷⁶ La distinction entre la tolérance administrative et l'exception est illustrée, mais de façon peu explicite, dans l'arrêt de la Cour de cassation, Chambre criminelle, 30 juin 2009, n°08-81.859, Publié au bulletin.

étaient de fait illégales⁷⁷⁷, c'est qu'elles ne recouvrent pas la totalité de celles-ci, et que l'administration détient le pouvoir de décider au cas par cas : elle n'est en effet pas « *tendue d'utiliser les moyens dont elle dispose pour mettre, à tout prix, un terme aux infractions dont se rendent coupables les citoyens. La règle traditionnelle en matière pénale suivant laquelle le ministère public est maître d'apprécier l'opportunité de poursuivre un délinquant s'étend à l'action administrative* »⁷⁷⁸. Cette règle dite de « l'opportunité des poursuites » s'applique dans le silence des textes, puisqu'elle n'existe qu'en l'absence d'un texte spécial obligeant les poursuites. L'administration ne saurait en effet être tenue de façon générale d'une exécution immédiate et intégrale⁷⁷⁹, et détient toujours souverainement un pouvoir d'appréciation, qui lui donne le choix des moyens⁷⁸⁰, comme le choix du moment qu'elle juge opportun. Le fondement de cette liberté d'action de l'administration réside « *en partie à la diversité des prérogatives qui peuvent lui être confiés et, tout particulièrement, à une autorité de régulation à qui est classiquement dévolue une palette d'outils pédagogiques, incitatifs et coercitifs pour assurer l'effectivité de la règle de droit dont elle est la gardienne* »⁷⁸¹. En partie, puisque la même liberté existe s'agissant des administrations qui n'ont à leur disposition qu'un seul moyen d'action⁷⁸². Dans les faits, face à une gravité certaine, et pour justifier certaines dérogations opérées dans l'urgence, l'administration a tendance à agir avec une plus grande souplesse dans l'acceptation de ces dérogations. Le réel fondement de cette liberté d'action de l'administration réside ainsi dans sa plénitude de la mission qui lui est confiée : l'intérêt général⁷⁸³. Et celui-ci justifie aisément la recherche d'une balance entre la légalité et d'autres intérêts en présence, qui peuvent parfois conduire à « couvrir » des illégalités au nom de « *l'ensemble des intérêts généraux dont elle a la charge* »⁷⁸⁴. Distincte du pouvoir discrétionnaire de l'administration,

⁷⁷⁷ La tolérance est une possibilité discrétionnaire de l'administration, qui est plus ou moins grande selon la possibilité de censure du juge. Voir en ce sens Pierre-André LECOCQ, *Le pouvoir de dérogation de l'administration*, Thèse de Doctorat en Droit Public, 1971.

⁷⁷⁸ Conclusion du commissaire du gouvernement M. GENTOT, sur l'affaire CE, Assemblée, du 7 mai 1971, *précité*.

⁷⁷⁹ Conclusion du commissaire du gouvernement J. KAHN sur la décision CE, Sect., 27 janvier 1961, Sieur Vannier, n°38661.

⁷⁸⁰ Le libre choix des moyens est un « *élément de discrétionnalité que comporte la compétence administrative* » selon le Doyen AUBY ; J-M AUBY « *L'obligation gouvernementale d'assurer l'exécution des lois* », Jurisclasseur périodique, édition générale, 1953, n°1080.

⁷⁸¹ Conclusion du rapporteur public A. LALLET, sous Conseil d'État, 10ème - 9ème chambres réunies, 16/10/2019, 433069, *Association La Quadrature du Net et association Caliopen*, Publié au recueil Lebon.

⁷⁸² Conseil d'État, du 20 mars 1974, n°90547, *précité*.

⁷⁸³ Le Conseil d'État ayant par exemple admis que l'administration puisse s'abstenir de déclencher des poursuites en raison d'un intérêt général ; voir en ce sens Conseil d'État, 8ème et 3ème Paragraphes réunis, 30/09/2005, 263442, Publié au recueil Lebon. En l'espèce, le Préfet du Finistère avait implicitement refusé de faire dresser un procès-verbal de contravention de grande voirie à l'encontre de la société Total, en estimant que la coopération avec la société Total devait être préservée pour assurer le traitement des conséquences du naufrage du navire Erika.

⁷⁸⁴ Conseil d'État, Section du Contentieux, 30/11/2007, 293952, Publié au recueil Lebon ; Conseil d'État, 9ème - 10ème chambres réunies, 18/03/2019, 410628, Publié au recueil Lebon ; Conseil d'État, 2ème et 7ème Paragraphes réunies, 04/07/2012, 334062.

cette règle de l'opportunité des poursuites participe à l'élargissement de ce pouvoir discrétionnaire, mais peut toutefois faire l'objet d'un contrôle restreint du juge, et d'un contrôle entier uniquement dans les cas pour lesquels un droit individuel est expressément reconnu par la loi. Cette tolérance administrative ne peut être à l'œuvre qu'au cas par cas, en fonction des circonstances de l'espèce, les tolérances administratives qui sont affirmées de manière générale n'emportant pas les mêmes conséquences. Qualifiées de « *tolérances administratives expresses* »⁷⁸⁵, ces contours⁷⁸⁶ ne sont pas toujours très nets en raison de leur plus ou moins transparence : d'une part, certaines administrations peuvent affirmer ne pas poursuivre certains auteurs, d'autre part, d'autres administrations peuvent plus subtilement opérer des directives implicites, par des consignes qui produisent les mêmes effets⁷⁸⁷. Les conséquences en sont les mêmes, puisqu'il est très difficile pour les tiers d'avoir connaissance de l'existence de tolérances expresses : lorsque l'administration décide de ne pas sanctionner une illégalité, même explicitement, c'est soit oralement, soit par le biais de notes de service, qui ne sont pas accessibles aux citoyens⁷⁸⁸.

444. S'agissant de certaines tolérances administratives pour lesquelles l'illégalité n'est pas certaine, la question de la qualification en dérogation existe, dans la mesure où l'administration a un doute sur la légalité ou plutôt l'illégalité, mais décide de ne pas engager de poursuite sur le fondement de ce doute⁷⁸⁹. C'est tout particulièrement le cas s'agissant des situations d'urgence, qui portent intrinsèquement une capacité à la fois à l'exception prévue par les textes, et à la dérogation : l'exception en ce qu'elle permet de ne pas appliquer des normes générales prévues par les textes, et dérogatoire en ce que l'administration accepte que ne soient pas appliqués certains textes lorsqu'une situation d'urgence est présente.

⁷⁸⁵ Fanny GRABIAS, *La tolérance administrative*, Thèse de doctorat de Droit Public, Université de Lorraine, 2016. Cette qualification a été inspirée des travaux de Lucile TALLINEAU, « Les tolérances administratives », AJDA 1978, pp. 3-38.

⁷⁸⁶ Et donc les conséquences qui en découlent. CE, 24 juillet 1936, *Syndicat de défense des grands vins de la Côte d'Or* ; Conseil d'État, Section, du 8 juillet 1966, n°63732 n°63548, publié au recueil Lebon ; et à l'inverse voir Conseil d'État, 6ème et 5ème chambres réunies, 29/01/2018, n°407350.

⁷⁸⁷ Consigne de classement sans suite indépendamment des cas d'espèce par exemple.

⁷⁸⁸ Le recours en excès de pouvoir (REP) étant possible lorsque l'administration communique publiquement cette tolérance, c'est-à-dire le refus de faire respecter une règle de droit. Mais comme l'administration dispose d'un pouvoir discrétionnaire important quant aux moyens mis en œuvre pour faire respecter la règle de droit, l'introduction d'un REP peut sembler vain. Par ailleurs, l'administration pourrait invoquer une protection de l'intérêt général comme s'opposant, au moins temporairement, à une action visant à faire cesser ces illégalités.

⁷⁸⁹ C'est en ce sens que la tolérance est une technique jugée par P-A LECOCQ (*précité*) comme « *particulièrement perturbatrice de l'unité et de la force du système juridique. Processus dérogatoire permanent, volontairement inélaboré, et généralement anti-juridique* ».

En effet, l'urgence impose à l'administration une action, mais peut également de façon diamétralement opposée, imposer à l'administration une inaction. Cette inaction s'illustre par exemple par la jurisprudence COUTEAS⁷⁹⁰. Dans la recherche d'un intérêt général, l'administration peut alors laisser perdurer une illégalité, en raison de la gravité plus importante qui résulterait en cas d'action.

C'est en ce sens que pour faire face à une gravité plus ou moins forte, le juge peut avoir à recourir à des théories juridiques comme la théorie des circonstances exceptionnelles, dérogatoire au droit commun, et dont la légalité n'est pas certaine, puisqu'elle n'est généralement démontrée comme existante, qu'*a posteriori* ; ou à ne pas poursuivre l'auteur de l'infraction, qui a agi par état de nécessité⁷⁹¹, quand bien même l'action entreprise serait totalement illégale⁷⁹².

⁷⁹⁰ Conseil d'Etat, 30 novembre 1923, n°38284 et n°48688, publié au recueil Lebon.

⁷⁹¹ Voir *infra*, §490 et suivants.

⁷⁹² Tant bien même elle soit légalisée par la suite. Pour illustration, face à la gravité extrême et l'urgence avérée de mettre un terme aux attentats de 2015, un fonctionnaire de police a délibérément ouvert le feu sur un assaillant, de dos et à l'occasion d'un rechargement de son arme. Cette action, illégale à l'époque (homicide volontaire), a entraîné une réflexion législative qui a conduit à la possibilité d'intervention prévue au code de la sécurité intérieure en son article L.435-1. C'est en ce sens que les théories de l'état de nécessité et des circonstances exceptionnelles tiennent davantage de la dérogation que de l'exception. Voir en ce sens *infra*, §490 et §506.

II. Déroger en situation de pénurie : l'exemple des greffes d'organes, parfaite illustration de l'adéquation des moyens aux fins par la « scorisation » ?

445. Emprunté au vocabulaire économique⁷⁹³ comme caractérisant un déséquilibre entre « l'offre » et la « demande », le terme 'dérogation' désigne le manque de certaines choses utiles, ou de biens nécessaires à la vie⁷⁹⁴. Il est donc difficile au vu de la définition de parler de pénurie s'agissant d'organes⁷⁹⁵, dans la mesure où ceux-ci ne sont pas produits, mais plutôt prélevés. Toutes les pénuries emportent certaines conséquences et risques pour la santé comme l'indique l'Espace éthique de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris⁷⁹⁶.

446. Ce terme est souvent utilisé s'agissant des prises en charge médicales pour lesquelles il existe de très fortes tensions, soit d'approvisionnement, soit de ressources humaines. Les soignants doivent ainsi opérer des choix, choix de priorisation ou d'accès aux soins, ce qui n'est pas sans difficulté : la prise en charge médicale étant fondée sur des critères médicaux, nationaux et donc uniformes, il n'y a pas lieu d'envisager une quelconque analyse ou comparaison économique, si ce n'est au travers d'hypothèses à écarter.

Les récentes évolutions en matière de dons et greffes d'organes⁷⁹⁷ ne remettent pas en cause ces choix. Alors même que le cercle des donneurs a été élargi, la tension reste extrêmement forte et la rareté qui en résulte impose de déroger à la norme en santé qui voudrait que l'on prenne en charge la totalité des patients sur un pied d'égalité. Les soignants devant établir une priorisation, trois approches peuvent être utilisées pour définir les critères qui seront utilisés : l'approche individualiste et utilitariste (A), celle de l'égale liberté (B) ou celle de l'« égalité-équité » d'accès (C).

⁷⁹³ M. MARMOT et al, *Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. The Lancet. 2008 Nov 8;372(9650):1661-9; Daron ACEMOGLU, *Economics. Foundations of societal inequality*. Science. 2009 Oct 30;326(5953):678-9; Thomas PIKETTY, *Inequality in the long run*. Science. 2014 May 23;344(6186):838-43; Margaret COLEMAN, et al. *Factors affecting U.S. manufacturers' decisions to produce vaccines*. *Health Aff (Millwood)*. 2005 May-Jun;24(3):635-42; Philippe ABECASSIS, et Nathalie COUTINET. « Caractéristiques du marché des médicaments et stratégies des firmes pharmaceutiques », *Horizons stratégiques*, vol. 7, n°1, 2008, pp. 111-139.

⁷⁹⁴ Dictionnaire de l'Académie française, 4e édition (1762), Dictionnaire de l'Académie française, 8e édition (1935), Dictionnaire de l'Académie française, 9e édition (en cours).

⁷⁹⁵ Seuls les organes qui sont concernés par les règles de répartition de l'Agence de la Biomédecine seront ici utilisés à des fins d'illustrations, à savoir cœur, poumon, foie, intestin, rein et pancréas ; et prélevés sur personnes décédées. Voir en ce sens, *Procédures d'application des règles de répartition et d'attribution des greffons prélevés sur personne décédée*, Agence de la Biomédecine, octobre 2014.

⁷⁹⁶ Damien BLUMENFELD, *La situation de pénurie d'organes et le refus des familles*, 31 juillet 2009 [en ligne]. disponible sur www.espace-ethique.org.

⁷⁹⁷ Loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique, dite « quatrième version de la loi de bioéthique ».

A. L'établissement des critères de priorisation d'accès à la greffe au travers de l'approche individualiste et utilitariste : des hypothèses à écarter

447. L'approche utilitariste, développée (ou contredite) par de nombreux auteurs⁷⁹⁸, se fonde sur un calcul socio-économique, et vise à rechercher le bien-être collectif en maximisant le bien être du plus grand nombre. Elle s'oppose à l'individualisme, qui voudrait rechercher le plus haut niveau de bien être pour chaque individu, fût-ce au détriment d'autres individus. La principale faiblesse de l'utilitarisme est alors le non-respect des droits individuels : ne se souciant que de la somme des satisfactions, cette approche peut en effet conduire à écarter le droit de l'un au profit de la communauté. Selon elle, un calcul permettrait d'obtenir un score de priorisation pour de potentielles attributions d'organes : une quantité d'utilité (collective) produite à travers des actions, à laquelle est soustraite l'utilité (individuelle) perdue, à travers l'effort engendré. En d'autres termes, les soins devraient être priorisés en fonction des responsabilités et de liens familiaux⁷⁹⁹, de la contribution potentielle du malade à la société (mérites potentiels), ou des services rendus (mérites passés). Ainsi, l'existence d'un facteur élitiste (fondé sur les fonctions exercées ou services rendus à la société) serait déterminant pour l'attribution des soins, plus encore lorsque ceux-ci sont limités, comme pour les greffes. Non seulement cette vision – effroyable – ne devrait jamais s'appliquer en situation ordinaire, mais encore moins en situation de gravité nécessitant des choix de priorisation, justifiant de déroger à la règle ordinaire.

448. Dans l'approche utilitariste, les prélèvements pourraient également être rémunérés, afin d'équilibrer l'écart considérable entre l'offre et la demande, en vue de maximiser le bien-être du plus grand nombre.

Cette vision, largement critiquable dans le sens où l'extrême pauvreté peut pousser à la vente d'un de ses organes, pose des questions éthiques : « *convient-il que les pauvres*

⁷⁹⁸ Véronique MUNOZ-DARDE. « *Faut-il abandonner la position originelle ?* », Les Études philosophiques, vol. 145, n°2, 2023, pp. 69-86 ; John HARSANYI, « *Can the Maximin Principle Serve as a Basis for Morality ? A Critique of John Rawls's Theory* », American Political Science Review, no 69, 197 ; L. Buchak, « *Taking Risks Behind the Veil of Ignorance* », Ethics, n°127, 2017.

⁷⁹⁹ Nicholas RESCHER « *The allocation of exotic medical lifesaving therapy* », in Unpopular Essays on Technological Progress, Pittsburgh, 1980, p.36 « *toutes choses égales par ailleurs, la mère d'enfants jeunes doit avoir priorité sur le célibataire entre deux âges et sans enfants* ».

pourvoient à la santé des riches ? La pauvreté peut-elle être soulagée en échange de la santé humaine ? La pauvreté peut-elle compromettre la dignité humaine et la santé ? »⁸⁰⁰.

Dans une logique proche, l'approche individualiste ou égoïste amène aux mêmes questions éthiques : ceux ayant le plus de moyens (financiers) ont davantage de chances de se procurer une greffe. Une société ne saurait cautionner la mise en place d'un tel système inégalitaire, et les dérives de cette nature doivent être évitées⁸⁰¹.

B. L'approche de l'égalité de John Rawls

449. Afin de concilier des besoins multiples et des ressources limitées, il est possible de se fonder sur les écrits de John RAWLS⁸⁰², qui semblent transposables en France au vu des rapprochements possibles avec une partie du droit de la sécurité sociale. La terminologie même de sécurité sociale renvoie très exactement à l'idée selon laquelle la société garantit à ses membres, un ensemble de droits, en écartant la logique du marché. En matière de santé par exemple, l'accès aux soins (ici entendu au sens des soins couverts ou remboursables), n'est en effet fondé sur aucun autre critère que celui d'être assuré. L'État se basant sur des données scientifiques recoupant fréquences et gravités des pathologies, l'organisation du système de santé permet ainsi de prendre en charge les patients graves, y compris avec des ressources limitées, sur la base d'estimations d'occurrences.

450. RAWLS défend l'idée selon laquelle le fonctionnement des institutions doit garantir que toute personne dispose de libertés fondamentales⁸⁰³, quantitativement égales ou du moins compatibles avec un ensemble de liberté pour tous. Les statuts, fonctions ou positions, doivent être accessibles à tous, selon le talent. Il s'agit en effet pour lui d'une égalité des droits, mais aussi des chances. Considérant qu'il n'est pas possible pour des citoyens se considérant comme

⁸⁰⁰ Recommandation n°1611 du Conseil de l'Europe, relative au Trafic d'organes en Europe, 2003 ; Rapport de la Commission des questions sociales, de la santé et de la famille, Conseil de l'Europe, Trafic d'organes en Europe, numéro 98223, juin 2003.

⁸⁰¹ Le niveau d'instruction, mesuré selon le dernier diplôme obtenu par le patient, semble parfois être pris en compte sur des facteurs extra-médicaux, bien que les données de l'étude scientifique soient critiquables car elles ne concernent que les États-Unis en 2013, et sur la base de seulement 216 répondants. Cf. Christian BAUDELLOT, Yvanie CAILLE, Olivier GODECHOT, Sylvie MERCIER. *Maladies rénales et inégalités sociales d'accès à la greffe en France*. Population (édition française), 2016, 71 (2016/1), pp.23-51; Voir également Janeczko LL, 2013, « *Why nephrologists exclude patients from referral for kidney transplant: A survey* », American Society of Nephrology's annual meeting in Atlanta.

⁸⁰² John RAWLS, *Théorie de la justice*, Paris, Ed. Points, 2009.

⁸⁰³ L'auteur évoque le droit de vote et d'éligibilité, la liberté d'expression et de réunion, de conscience et de pensée, de détenir de la propriété personnelle, et la protection contre l'arrestation et la dépossession arbitraire.

égaux d'adhérer à un principe qui permettrait de plus grands avantages pour certains, car se faisant nécessairement au détriment d'autres personnes, il faut donc offrir à ceux qui le souhaitent la possibilité d'accéder à ces mêmes avantages.

Farouchement opposé à la méritocratie, le philosophe propose un « principe de différence », basé sur une certaine redistribution : « *ceux qui ont été favorisés par la nature quel qu'ils soient peuvent tirer avantage de leur chance à condition seulement que cela améliore la situation des biens moins lotis.* »⁸⁰⁴. Ce fonctionnement, proche de la redistribution, est aussi celui en partie celui de l'assurance-maladie, par une lecture diamétralement contraire : les patients défavorisés sur un plan médical doivent être pris en charge, y compris sur le plan financier par le biais d'une solidarité nationale, et particulièrement par les personnes qui elles ne sont pas malades, mais cotisent. Le système de facturation n'est pas un système péréquatif pour tous les motifs, mais la forfaitisation⁸⁰⁵ pour un certain nombre d'actes médicaux, fonde une certaine égalité. Contrairement à l'approche utilitariste, la réussite redistributive ne reflète pas le mérite, puisque les libertés sont les mêmes pour tous.

Pour la gestion des greffes, quelle approche permettrait d'opérer une sélection des receveurs pour gérer la priorisation ? Probablement uniquement l'égalité des chances, c'est-à-dire une étude minutieuse de l'appariement donneur-receveur et de la compatibilité anatomique, et sans doute aucun autre critère. Selon cette conception, un tirage au sort serait probablement donc, la seule possibilité pour placer tout patient dans la même liberté d'accès à la greffe, et avec les mêmes chances.

⁸⁰⁴ John RAWLS, *précité*.

⁸⁰⁵ Que dire à ce sujet de la fameuse T2A, aujourd'hui mode de financement dominant des établissements de santé publics et privés, qui exclue ainsi tout le travail de prévention, de veille et vigilance, heureusement compensé (en partie) par d'autres modes de financement.

C. L'approche par une égalité-équité d'accès : l'établissement d'un trio de facteurs pour une « scorisation » objective et éthique des patients

451. Opérer des choix en situation de pénurie revient à assurer une prise en charge reposant sur une balance gravité/rapidité : là encore le principe est la priorisation des patients les plus graves vis-à-vis des autres patients, mais en prenant en compte du fait que l'un des deux critères ne doit pas être contraint au point de supprimer la prise de décision. Cette prise de décision, en effet, est nécessaire pour déterminer les moyens mis en œuvre pour prendre en charge ces patients dans les services, mais également solliciter l'attribution d'organes auprès de l'agence de la biomédecine.

452. Cette démarche d'inscription et de priorisation sur des liste de demandeurs d'organe, s'applique surtout en situation de tension entre donneurs et receveurs, et doit nécessairement trouver quelques adaptations en situation de forte pénurie.

453. S'agissant de l'attribution d'organes, il faut évoquer la rareté, qui induit une inadéquation entre les besoins et la disponibilité (en 2023 seul environ un patient sur six pouvait espérer être transplanté dans l'année, avec 21 886 demandeurs et seules 5637 greffes réalisées⁸⁰⁶), et rend ainsi nécessaire une certaine priorisation, afin d'ajuster les greffons disponibles avec la liste des patients en attente. Cette priorisation, qui pourrait s'apparenter à du tri médical⁸⁰⁷ se fonde sur l'établissement de critères⁸⁰⁸, qui déterminent un score, lequel « classe » les receveurs sur une liste. Cette classification s'opère en fonction de l'organe (par exemple greffon hépatique, cardiaque ou pulmonaire), selon la méthode CHILD-PUGH-TURCOTTE ou le système MELD⁸⁰⁹ ou encore le modèle COCPIT⁸¹⁰. Elle prend également en compte d'autres facteurs, comme en matière de greffe rénale, laquelle se fonde sur des critères d'histocompatibilité immunologique (appariement donneur-receveur), qui donnent d'excellents résultats, justifiant une priorité universelle.

La durée d'attente, expliquée par le *ratio* donneur/receveur, peut dépasser pour certaines pathologies les dix années, ce qui malheureusement altère l'état de santé du patient au point de

⁸⁰⁶ Rapport médical et scientifique pour l'année 2020 de l'Agence de la Biomédecine ; Rapport de la Cour des Comptes, *Les missions de l'Agence de la biomédecine après la dernière loi de bioéthique*, janvier 2024.

⁸⁰⁷ Cette question sera plus amplement développée dans la Partie II.

⁸⁰⁸ Collège Universitaire des Enseignants de Néphrologie, NÉPHROLOGIE, 7^e édition, Ellipses ; Éric THERVET, *Évaluation et sélection des donneurs d'organe*, EMC - Néphrologie

⁸⁰⁹ Model for End-Stage Liver Disease.

⁸¹⁰ Comparative outcomes and clinical profiles in transplantation.

compromettre l'accès à la greffe⁸¹¹, lorsqu'elle intervient. La complexité de l'attribution des scores résulte donc non seulement de la disponibilité, ou de l'histocompatibilité, mais encore de la temporalité, qui plus elle se prolonge, plus elle tend vers une gravité qui s'accroît. Elle augmente le risque que la greffe ne soit pas un succès, conduisant à choisir un autre patient. Par ailleurs, il faut préciser qu'il existe des scores adultes ou pédiatriques, tous plurifactoriels, car il ne s'agit nullement d'opérer une discrimination sur l'âge seul.

454. Ici, la temporalité et la gravité sont étudiées conjointement avec l'adéquation des moyens aux fins, car ces trois paramètres interdépendants fondent en quelque sorte une balance à trois plateaux. Cette étude conjointe est complexe, plus encore si la temporalité est très réduite⁸¹², comme cela est le cas en cas d'urgence vitale⁸¹³. Dans cette situation, il est prévu que si l'analyse « *des risques et des avantages fait apparaître que les avantages escomptés pour le receveur l'emportent sur les risques qui découlent de données incomplètes, la greffe de cet organe peut être envisagée, même si toutes les données minimales [ne sont pas disponibles]* »⁸¹⁴. Cette dérogation réglementaire cherche ici à équilibrer les intérêts en présence et faciliter l'attribution d'une greffe afin d'éviter une amplification de la gravité (qui se traduirait inévitablement par le décès), même si les ressources nécessaires (greffons) sont extrêmement réduites tant en nombre qu'en histocompatibilité.

455. Outre ces critères médicaux liés à la maladie, d'autres critères interviennent, comme l'indice de masse corporelle, le sexe du donneur et du receveur, ou encore la situation clinique du donneur⁸¹⁵. L'exemple du score utilisé pour les reins⁸¹⁶ semble parfaitement applicable à l'approche égalité-équité d'accès, en ce sens que ce score combine des critères d'équité (durée d'attente sur la liste, durée de dialyse, difficulté d'accès à la greffe), d'efficacité (appariement HLA donneur-receveur, risque d'immunisation), et enfin de faisabilité (appariement en âge qui

⁸¹¹ MEIER-KRIESCHE. et al., « *Effect of waiting time on renal transplant outcome* », *Kidney International*, 58, septembre 2000, n° 3, p. 1311-1317.

⁸¹² Agence de la Biomédecine, *Procédures d'application des règles de répartition et d'attribution des greffons prélevés sur personne décédée*, octobre 2014 : « *En dehors du score, une proposition prioritaire du greffon peut notamment être faite successivement au bénéfice des receveurs suivants : ceux dont la vie est menacée à très court terme, ceux pour lesquels la probabilité d'obtenir un greffon est très faible, les enfants* ».

⁸¹³ Pour les greffons cardiaque, pulmonaire et cardio pulmonaire, l'ABM mentionne même des « super-urgence ».

⁸¹⁴ Arrêté du 4 novembre 2014 fixant les modalités de sélection clinique des donneurs d'organes, de tissus et de cellules.

⁸¹⁵ Notamment listé par l'arrêté susmentionné : « *risque potentiel de transmission par le donneur potentiel de la maladie de Creutzfeldt-Jakob ou d'autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles ; néoplasie maligne (antécédent ou condition actuelle) ; résultats des tests et analyses réalisés selon les modalités prévues par l'arrêté du 22 juin 2011 et l'arrêté du 23 décembre 2010 susvisés et dont les résultats interdisent ou permettent la greffe dans les conditions prévues par ces deux arrêtés ; autres maladies transmissibles (condition actuelle) ; toxicomanie par voie intraveineuse (antécédents ou condition actuelle)* ».

⁸¹⁶ Agence de la Biomédecine, *Guide du Score Rein*, Pôle Qualité des Données, 08/12/2020.

permet d'attribuer les greffons ayant une durée potentielle de fonctionnement proportionnée à l'espérance de vie du receveur, et distances routières entre les lieux de prélèvements et de greffe). Combinés, tous ces scores déterminent un Score National d'Attribution au Patient (Score NAP), qui apparaît comme purement factuel. Ce score met ainsi tous les patients sur une « égalité-équité » qui priorise l'attribution des greffons de façon à prendre en charge le plus grand nombre de spécificités.

456. Des contraintes techniques, liées aux transports, sont utilisées par ailleurs pour certains organes comme le foie, pour lequel « le modèle gravitaire⁸¹⁷ a été paramétré pour mobiliser les greffons sur une large distance uniquement pour les malades les plus urgents et greffer les autres en proximité »⁸¹⁸. Les distances routières, exprimées en minutes pour mieux prendre en compte les réalités du relief, permettent qu'à distance égale, le patient plus grave soit en principe prioritaire, et ce même si le patient moins urgent est relativement plus proche du greffon. Ainsi, l'étude des critères plurifactoriels permet un juste équilibre entre égalité d'accès et équité d'accès, sur la base d'un score qui cherche à équilibrer les facteurs d'équité, d'égalité, d'efficacité et de faisabilité, solution qui semble largement acceptable et difficilement perfectible⁸¹⁹, surtout en raison de l'urgence à opérer la greffe.

⁸¹⁷ Une exception a été intégrée, s'agissant des donneurs ou receveurs de moins de 40 ans, pour lesquels l'interaction score-distance n'est pas prise en compte.

⁸¹⁸ Agence de la Biomédecine, Guide du Score Foie, Pôle Qualité des Données, 08/04/2019

⁸¹⁹ Toute comparaison gardée avec le tri médical en situation collective, qui sera abordé ultérieurement. La différence réside sur la place du curseur dans l'urgence, qui permet ou non d'opérer plus ou moins objectivement ce tri, et en fonction du nombre de critères admissibles pour concilier l'urgence médicale et l'adéquation des moyens à mettre en œuvre de façon à prendre en charge le plus grand nombre de victimes en un temps acceptable en termes de prise en charge.

Section 2. Les théories de l'état de nécessité et des circonstances exceptionnelles

457. Comme l'urgence, les circonstances exceptionnelles sont souvent invoquées lorsque l'administration se trouve dans des situations critiques et qu'elle ne peut faire usage de mécanismes ordinaires. L'état de nécessité quant à lui impose une action, tout comme l'urgence, en raison de la gravité. Ainsi, les deux théories que sont l'état de nécessité et la théorie des circonstances exceptionnelles emportent une volonté de faire face à un élément de gravité, par une action qui dans des circonstances ordinaires serait illégale, mais dès lors que l'action est moins grave que la menace, il permet d'échapper aux conséquences juridiques de l'illégalité en cause. La menace d'un fait plus grave que l'illégalité constitue ainsi le point de convergence des deux théories (§2), qui se distinguent par des critères et des conséquences différentes (§1).

Paragraphe 1 : La distinction entre la théorie de la nécessité et celle des circonstances exceptionnelles

458. La théorie de l'état de nécessité renvoie directement à la nécessité d'action face à une situation grave (I), qui se retrouve dans le domaine pénal comme médical, tandis que la théorie des circonstances exceptionnelles (II) s'intéresse davantage à un assouplissement du cadre formel.

I. La théorie de la nécessité d'action, l'état de nécessité, face à la gravité

459. La nécessité se définit comme le caractère « *de ce qui ne peut pas ne pas être* »⁸²⁰. Cette définition quasiment philosophique renvoie à l'impérieuse nécessité d'action, du fait d'une circonstance ou d'une situation déterminée, autrement dit, la nécessité s'impose par son

⁸²⁰ Selon la formule du Dictionnaire de l'Académie Française, 9^e édition.

caractère indispensable. Cet état de nécessité se retrouve largement à tous les niveaux juridiques, tant dans la Constitution⁸²¹ qu'au travers des législations⁸²² et de la jurisprudence⁸²³.

460. La nécessité d'action, qui puise son fondement dans la gravité de la situation, peut conduire de façon exceptionnelle à un accroissement des pouvoirs de l'administration, de façon parfois très importante. Ainsi, l'usage de l'article 16 de la Constitution du 4 octobre 1958 ne mentionne pas explicitement « les pleins pouvoirs » au président de la République, se bornant en une formulation volontairement vague : « *le président de la République prend les mesures exigées par ces circonstances* ». De même, le principe de proportionnalité n'est pas explicité, mais se retrouve au travers « l'inspiration » de ces mesures, qui visent à « *assurer aux pouvoirs publics constitutionnels, dans les moindres délais, les moyens d'accomplir leur mission* ». Ainsi, dans la même logique que précédemment énoncé, la nécessité d'agir en vue d'un objectif précis et préalablement défini permet à l'administration, si elle est placée dans une situation grave et immédiate, d'étendre ses pouvoirs, de façon exceptionnelle, afin de disposer des moyens nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

461. Cette nécessité justifie la restriction du contrôle juridictionnel à l'égard des décisions prises par ordonnances dans le domaine législatif, alors justement que seule la loi est susceptible de créer les plus graves atteintes aux libertés publiques. Cette même nécessité peut également accroître les pouvoirs d'un ensemble d'administrations afin de faire face à une situation grave, « *en cas de péril imminent résultant soit d'une guerre étrangère* »⁸²⁴ ou « *d'une insurrection à main armée* »⁸²⁵, qui permet au Conseil des Ministres de mettre en place l'état de siège prévu à l'article 36 de la Constitution. La gravité de la situation autorise en effet le transfert des pouvoirs de police à l'autorité militaire et permet des restrictions de libertés publiques beaucoup plus fortes que ce qu'autorise le droit commun.

462. Bien évidemment, le silence de la Constitution sur les autres dérogations ou exceptions n'interdit nullement d'invoquer des procédures qui existaient de façon antérieure,

⁸²¹ Voir les articles 16 et 36 de la Constitution.

⁸²² Législation pénale, mais également législation sur l'état d'urgence, etc.

⁸²³ Au travers notamment de la théorie des circonstances exceptionnelles. Voir pour illustration, Conseil d'État, du 29 mars 1901, n°94580, publié au recueil Lebon, Conseil d'État, du 28 juin 1918, n°63412, publié au recueil Lebon ; Conseil d'État, du 28 février 1919, 61593, publié au recueil Lebon ; Conseil d'État, Assemblée, du 2 mars 1962, n°55049 et n°55055, publié au recueil Lebon ; Conseil d'État, Assemblée, du 19 octobre 1962, n°58502, publié au recueil Lebon.

⁸²⁴ Code de la défense, L. 2121-1.

⁸²⁵ Lois du 9 août 1849 *relative à l'état de siège* et du 3 avril 1878 *relative à l'état de siège* ; ces deux lois ont été abrogés par l'ordonnance n° 2004-1374 du 20 décembre 2004 *relative à la partie législative du code de la défense*.

ou spécialement conçues par le législateur en période de crise, permettant la coexistence de plusieurs régimes. Le Conseil Constitutionnel⁸²⁶ a par ailleurs confirmé que ces dérogations aux libertés publiques étaient possibles, et même nécessaires, en affirmant qu'il « *appartient au législateur d'opérer la conciliation nécessaire entre le respect des libertés et la sauvegarde de l'ordre public sans lequel l'exercice des libertés ne saurait être assuré* ». Ainsi, l'adoption de notre Constitution n'a pas remis en cause l'existence des dispositifs législatifs antérieurs permettant d'accroître de façon exceptionnelle les pouvoirs de l'administration en vue de faire face à une situation grave, tant bien même ce dispositif reste inappliqué depuis plus d'un siècle, à l'instar de la Loi Tréveneuc⁸²⁷.

463. La nécessité ne doit toutefois pas être entendue ici sans situation urgente, puisque cette théorie fonde son existence à titre subsidiaire de toute autre, et ainsi être l'ultime recours⁸²⁸ : elle n'intervient que lorsqu'aucune autre solution ne peut être mise en œuvre.

464. Difficile en matière d'état de nécessité de ne pas mentionner le code pénal pris en son article 122-7, qui justement, permet une exception au principe de la responsabilité pénale. Cet article se base sur la situation dans laquelle une personne se voit contrainte de faire un acte illégal en vue de préserver ou sauvegarder « un intérêt supérieur ». Se fondant sur un danger actuel et imminent, les juges sont alors amenés à apprécier si le risque hypothétique est « *de nature à entraîner des conséquences plus redoutables* »⁸²⁹ plus grave l'action qui a été entreprise. Par ailleurs, le danger doit être inévitable, au sens où le requérant ne saurait invoquer légitimement l'état de nécessité lorsqu'il s'est volontairement placé dans une situation de devoir commettre une infraction en cas de survenance prévisible du danger⁸³⁰.

465. De façon plus fondamentale, la gravité de l'inaction étant supérieure à celle de l'action, l'intervention ou l'action « au nom de ce qui est nécessaire » permet ainsi de rétablir

⁸²⁶ Décision n° 85-187 DC du 25 janvier 1985, *Loi relative à l'état d'urgence en Nouvelle-Calédonie et dépendances*.

⁸²⁷ Loi du 15 février 1872 *relative au rôle éventuel des conseils départementaux dans des circonstances exceptionnelles* ; voir en ce sens, Olivier PLUEN, *La loi « TREVENEUC » de 1872 : un régime d'exception oublié*, in « État d'urgence » dir. ANDRIANTSIMBAZOVINA, FRANCOS, SCHMITZ & TOUZEIL-DIVINA, *Journal du Droit Administratif*, 2016.

⁸²⁸ D'une certaine façon, Thomas HOBBS en évoquant les critères d'utilité du recours à la force se rapproche de cette vision, comme d'autres philosophes des lumières, mais sans évoquer ces notions, et il est ainsi possible que le lecteur actuel soit en réalité orienté à la lumière des principes modernes pour voir dans les textes anciens ce qui n'était pas encore.

⁸²⁹ Cour de cassation, chambre criminelle, 28 juin 1958, Recueil Dalloz 1958, p. 693. Voir également pour une illustration plus récente, Cour de cassation, criminelle, Chambre criminelle, 21 mai 2019, 18-83.513, Inédit

⁸³⁰ Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 22 septembre 1999, 98-84.520, Publié au bulletin ; Cour de cassation, criminelle, Chambre criminelle, 1 juin 2010, 09-87.159, Publié au bulletin.

l'équilibre, justifiée par un intérêt supérieur. S'agissant du droit de nécessité, c'est-à-dire de la légitime défense, « *la peine portée par la loi ne pourrait être plus grande que la perte de la vie pour celui qui aurait dépossédé l'autre de sa planche de salut. Une telle loi pénale n'aurait aucune force répressive ; car la menace d'un mal encore incertain (de la mort par suite de la sentence du juge) ne peut surpasser la crainte d'un mal certain (celui de périr). Par conséquent, le fait de la conservation par violence ne doit pas être jugé innocent, il est vrai, mais seulement impunissable* ». ⁸³¹ Le Pr. CORNU définit cet état de nécessité comme la « *situation d'une personne qui ne peut sauvegarder ses intérêts légitimes ou ceux d'autrui qu'en commettant un acte délictueux* ». Cette intervention étant nécessaire par définition, elle « *constitue un fait justificatif et supprime en conséquence l'infraction, lorsque sont réunies certaines conditions concernant le péril encouru et l'acte commis* » ⁸³². Sans doute est-ce le même mécanisme qui justifie de façon systématique l'extinction du délit d'exercice illégal de la médecine s'agissant des militaires en opérations extérieures ⁸³³ pratiquant des gestes très invasifs sans être titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné normalement exigé pour l'exercice de la profession de médecin ⁸³⁴.

466. La notion d'intérêt supérieur comme justifiant de la nécessité d'action se retrouve en matière d'autorité parentale, en vertu de l'article 3 de la Convention internationale des droits de l'enfant du 18 mai 2005, qui impose l'usage de la terminologie de « la primauté de l'intérêt supérieur de l'enfant », imposée par la Cour de Cassation aux juridictions du fond ⁸³⁵. Le droit pénal fait par ailleurs un certain nombre de mentions à la nécessité, bien que celles-ci ne soient pas à notre sens assimilables à la théorie de l'état de nécessité, mais davantage à des principes de la justice pénale : nécessité des incriminations, nécessité des peines, nécessité de la procédure. Bien que ces principes partagent le principe de l'ultime recours, il s'agit de principes au sens de « *motifs qui commandent l'action et sert de norme pour le jugement* » ⁸³⁶, et non applicables dans le même sens littéral à un « état », qui renvoie à la situation dans laquelle est placée la personne, et qui va généralement jusqu'à définir la personne par la place occupée dans cette situation (personne en état second, état de choc, état d'ivresse...).

⁸³¹ Emmanuel KANT, *Doctrine du Droit*, 1797, *Introduction*, Appendice § II.

⁸³² Gérard CORNU, *Vocabulaire Juridique*, 10^{ième} et 12^{ième} éd., Presses universitaires de France.

⁸³³ Ce cas particulier des secours en opération extérieure par le service de santé des armées, comprenant des personnels non soignants mais formés à des actes en principe réservés à des médecins est abordé dans la partie 2.

⁸³⁴ Voir en ce sens l'article L4161-1 du Code de la Santé Publique.

⁸³⁵ Voir en ce sens Cour de cassation, Première chambre civile, 17/03/2007, n° 06-17.869 et n° 06-12.655

⁸³⁶ Dictionnaire de l'Académie Française, 9^e édition.

467. L'État de nécessité imposant une action, il faut toutefois s'intéresser à la circonstance ou à la situation déterminée, exerçant cette contrainte d'action.

468. Celle-ci peut résider dans l'urgence qui nécessite de façon indispensable l'exécution d'office d'une mesure⁸³⁷ ; d'ailleurs Saint Augustin a affirmé que « *la nécessité ne connaît pas de loi* » dans le sens où, dans un temps pressé, la nécessité impose aux gouvernants de prendre des solutions adaptées. L'adage « *necessitas non tollit jus sed suspendit* »⁸³⁸ trouve ici toujours écho à cet état de nécessité dans le sens où le droit ne s'efface pas, mais demeure en revanche suspendu, tout particulièrement quant à ses effets. Les situations de crises qu'ont eu à traverser la France sont également parfois marquées de cette notion de nécessité à travers les mécanismes mis en place ; l'article 16 de notre Constitution justifie de l'intervention du chef de l'État au travers de la nécessité d'action.

Il est évidemment possible de discuter si cette mesure est rattachable ou non à l'état de nécessité dans le sens où il s'agit d'une situation d'exception, et qui ne devrait pas en principe être liée à la commission d'actes illégaux, d'autant plus que le Président est protégé en vertu d'un statut juridictionnel propre⁸³⁹. En effet si l'état de nécessité est généralement entendu au sens d'infraction législative, elle pourrait en ce sens être rapprochée ici d'une « infraction constitutionnelle », à condition cependant de justement ne pas remplir les conditions prévues à l'article 16, par exemple si le Président n'opérait pas la consultation officielle du Premier Ministre, des Présidents des assemblées ou du Conseil Constitutionnel, en raison d'une impossibilité, y compris matérielle (décès de l'un d'entre eux par exemple). Car si toutes les conditions sont remplies, il semble plus opportun de rattacher l'article 16 à l'existence de circonstances exceptionnelles, et donc à sa théorie, bien que là encore, le droit étant ici prévu à l'avance, il serait peut-être opportun de parler d'un droit à la dérogation plutôt que d'une dérogation à un droit.

469. La circonstance imposant une réaction peut également être liée à une opération de secours à une personne. S'agissant de la qualification pénale de l'omission de porter secours ou assistance à personne en péril, il est expressément mentionné que le fait pour quiconque est en mesure « *par son action immédiate* »⁸⁴⁰ de porter assistance, et de s'abstenir volontairement est de nature à commettre ledit délit. L'immédiateté ne signifie pas ici que l'action est en cours

⁸³⁷ Tribunal des conflits, 2 décembre 1902, *Société immobilière de Saint-Just*, n°00543, publié au recueil Lebon.

⁸³⁸ « La nécessité ne supprime pas le droit, mais le suspend ».

⁸³⁹ Voir en ce sens l'article 53-2, 67 et 68 de la Constitution du 4 octobre 1958.

⁸⁴⁰ Code Pénal, article 223-6.

d'exécution, mais simplement l'imminence, qui peut être directement rattachée à l'idée d'une certaine urgence, liée à une temporalité très réduite. La nécessité d'action est fondée dès lors que la personne a eu les moyens d'empêcher la survenance du péril, ou la soustraction de la victime au danger de l'exposition au péril, et qu'elle s'est abstenue. Ainsi, en cas de péril imminent et constant, toute personne en mesure de prêter son action personnelle ou provoquer un secours, est tenue d'agir.

L'infraction pénale est ici fondée sur l'omission, qui a *contrario* impose une réelle nécessité d'action. La situation et l'existence d'un péril rendent nécessaire l'action, fût-elle exceptionnelle, et cet état de nécessité peut – comme précédemment – être entendu corrélativement à une cause d'irresponsabilité pénale, dès lors que l'action est nécessaire, quand bien même cette même action serait illégale. Le juge se fondant sur l'appréciation des moyens aux fins, il appréciera souverainement les moyens employés, et donc éventuellement les infractions pénales commises, au vu de la gravité de la menace.

Pour autant, il ne s'agit pas de prendre des risques inconsidérés, car la nécessité d'action est fondée lorsqu'il n'existe pas de risque pour la personne intervenante. L'infraction d'omission de porter secours étant intentionnelle, le délit est fondé lorsque « *le prévenu ne pouvait se méprendre sur la gravité du péril auquel se trouvait exposée la personne* »⁸⁴¹. La nécessité d'action est donc mesurée en comparant les moyens mis en œuvre pour faire face à la gravité de l'atteinte en cause. Toutefois, ici comme précédemment⁸⁴² la nécessité d'agir ne prend pas en compte d'éventuelles conséquences qui n'étaient pas souhaitées. Les conséquences sont alors généralement celles qui sont appréciées par les juges, et non l'intentionnalité de celle-ci, la nécessité étant appréciée en fonction des éléments qui précèdent la réalisation de la manifestation de la nécessité, y compris les facteurs environnementaux.

En droit pénal, le juge se réfère aux circonstances, aux moyens employés et aux conséquences⁸⁴³. Or, justement, lors de la réalisation de la situation, créant ainsi la nécessité d'action, la mesure des conséquences probables est difficile à mesurer, et accrue avec la présence de stress.

Ce mécanisme juridique se retrouve en santé : un professionnel de santé qui, placé dans une situation d'urgence, met en œuvre des soins ayant des conséquences à moyen terme pour

⁸⁴¹ Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 17 février 1972, 70-91.746, Publié au bulletin.

⁸⁴² Comme indiqué précédemment, la volonté de maîtriser la situation n'emporte pas toujours la volonté des conséquences qui en découlent.

⁸⁴³ Cour de cassation, criminelle, Chambre criminelle, 18 mai 2010, 09-85.559, Inédit.

le patient, ne pourra être condamné sur ce seul fait, le contentieux prenant en compte les circonstances dans lesquelles ont été réalisés les soins litigieux.

470. En matière médicale, la nécessité d'action est à la fois la finalité et la condition : c'est la finalité au travers de la protection de la santé, individuelle ou collective⁸⁴⁴, et il s'agit du fait justificatif de l'atteinte au corps humain (C. Civ. Article 16-3). C'est très exactement cette nécessité qui permet d'écarter bon nombre de dispositions du code de la santé publique en cas d'urgence et d'impossibilité, la nécessité de l'acte médical étant fondée sur l'intérêt du patient. La finalité poursuivie s'exprime à travers la soustraction au péril, souvent constituée par un risque de perdre une fonction ou un organe, voire sa vie. S'agissant du refus de soins, l'action d'outrepasser la volonté du patient se justifie au nom de la nécessité médicale⁸⁴⁵ de préservation de la vie humaine.

471. Des exceptions existent toutefois à cette nécessité d'action, s'agissant d'actes ne correspondant à aucune finalité médicale de prévention ou de soin, à l'image de la stérilisation à visée contraceptive, de l'interruption volontaire de grossesse⁸⁴⁶, ou d'interruption médicale de grossesse. C'est d'ailleurs même peut-être cette absence de finalité médicale qui autorise *in fine* l'invocation de la clause de conscience⁸⁴⁷. Par ailleurs, s'agissant de la chirurgie esthétique,

⁸⁴⁴ Patricia PHENNION-JACQUET, *Le paradigme de la nécessité médicale*, RDSS 2007, n°6 du 09/11/2007, p. 1038

⁸⁴⁵ Conseil d'État, Assemblée, du 26 octobre 2001, 198546, publié au recueil Lebon ; Conseil d'État, référé, 16 août 2002, n° 249552, Mme F. et Mme F., épouse G ; Conseil d'État, Ord., 16 août 2002, *Feuillatey*, n° 249552 ; la solution était quelque peu affaiblie avec l'édiction des directives anticipées, pour autant le Conseil d'État a réaffirmé récemment sa position : Conseil d'État, Juge des référés, 20/05/2022, 463713, Inédit au recueil Lebon ; Cour administrative d'appel de Bordeaux, 2ème chambre, 20/10/2022, 20BX03081. Pour le juge judiciaire, voir Cour d'appel d'Aix-en-Provence, ch. 10, 21-12-2006 n° 04/10962.

⁸⁴⁶ La finalité n'étant pas médicale, mais existant en raison de l'existence d'un état de nécessité fondé sur la volonté de préserver un intérêt au moins égal à celui de l'enfant, celui de sa mère. Patricia HENNION-JACQUET, *D'un avortement... l'autre ?* Recueil Dalloz n°37, 2007 p.2648.

⁸⁴⁷ David HIEZ, *La clause de conscience ou la conscience source du droit ?* Dalloz, 2006, 5 ; Marie-Hélène BERNARD-DOUCHEZ, « *Les paradoxes de la clause de conscience en droit médical* », Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole, LGDJ, 2010 ; et sur l'hypothétique future clause de conscience dans le suicide assisté : Guillaume ROUSSET, « *La clause de conscience en matière d'aide active à mourir - Réflexion prospective sur un outil essentiel* », La Semaine Juridique Edition Générale, juillet 2023, n° 26, p. 1272.

la nécessité médicale étant toute relative⁸⁴⁸, le législateur contrebalance l'absence de nécessité par une information et un consentement renforcé, le formalisme particulier visant à imposer la volonté du patient, comme une nécessité, venant ainsi se substituer à la nécessité thérapeutique. Ce raisonnement semble toutefois fragile, puisque les dispositions relatives à la fin de vie ne prévoient pas⁸⁴⁹ la possibilité de recourir à l'euthanasie, même avec toutes ces formalités renforcées autour de l'information et du consentement, alors même que la nécessité médicale pourrait hypothétiquement se fonder sur la volonté de soulager les souffrances et la prise en charge de la douleur.

472. La finalité de la nécessité médicale peut s'exprimer par anticipation, par exemple dans le cas de la médecine prédictive⁸⁵⁰, permettant de prendre en compte prématurément les facteurs environnementaux, et le recours à des actes de dépistage de prévention, ciblés en fonction des patients.

473. La nécessité médicale peut être également entendue en tant que moyen, généralement au service d'une décision non médicale, voire explicitement au service d'une mesure pénale. C'est le cas lors de soins pénalement ordonnés⁸⁵¹, pour lesquels la nécessité médicale est un moyen au service du juge pénal (par exemple pour la désintoxication à des drogues dans le cadre d'addictions), et dont la nécessité comme finalité n'appartient donc plus au médecin : les professionnels qui assurent les soins n'ont pas la possibilité de se prononcer sur l'opportunité de la mesure, et sont donc davantage des « instruments » au service de la justice, que des moyens au service du soin du patient.

⁸⁴⁸ Il en est de même s'agissant de la médecine de l'amélioration, dont les frontières sont parfois minces avec la médecine thérapeutique. Voir au sujet des neurosciences l'avis de 2013 du CCNE n° 122 « *Recours aux techniques biomédicales en vue de « neuro-amélioration » chez la personne non malade : enjeux éthiques* ». Au sujet des technologies de l'information et de la communication, voir Avis du groupe européen d'éthique n° 20 du 16 mars 2005 *aspects éthiques des implants Tic dans le corps humain*. La question du dopage existe aussi, pour laquelle nécessité médicale n'existe pas en tant que telle. Les nouvelles technologies ouvrent également la voie à l'émergence du « Body hacking »; voir en ce sens T. DADIA et al *Neuralink: The Ethical 'Rhythmic of Reading and Writing to the Brain*. *AJOB Neurosci.* 2019 Oct-Dec;10(4):187-189; B. FIANI et al. *An Examination of Prospective Uses and Future Directions of Neuralink: The Brain-Machine Interface*. *Cureus.* 2021 Mar 30;13(3):e14192; C. LI et W. ZHAO, *Progress in the brain-computer interface: an interview with Bin He*. *Natl Sci Rev.* 2020 Feb ;7(2) :480-483. Ce transhumanisme n'est pas nouveau, voir en ce sens les nombreux écrits du Pr. Xavier LABBEE ; Béatrice JOUSSET-COUTURIER, *Le Transhumanisme*. 2016 ; Gilbert HOTTOIS, *Le Transhumanisme Est-il Un Humanisme ?*, 2014.

⁸⁴⁹ Du moins pas encore, même si vraisemblablement la législation évoluera dans les prochaines années vers des mesures plus souples d'assistance en fin de vie, soit par le suicide assisté, soit par une euthanasie aux caractéristiques particulières qu'il conviendra d'encadrer juridiquement, et qui sera peut-être le fruit d'une nouvelle qualification.

⁸⁵⁰ La nécessité d'information des membres de la famille en cas de diagnostic d'une anomalie génétique grave est par exemple nécessaire au vu de la finalité médicale poursuivie.

⁸⁵¹ Code de procédure pénale, article 138, 10°.

C'est également le cas s'agissant de la nécessité de révéler la manifestation de la vérité, par le recours à l'expertise technique du médecin ou du biologiste. La médecine légale n'est en ce sens pas une médecine sanitaire, mais une « médecine judiciaire », c'est-à-dire ordonnée non pas par la volonté de prévenir ou de guérir, mais bien d'éclairer la justice.

C'est enfin le cas s'agissant de la nécessité imposée par la gestion des risques sanitaires, qui certes peut être comparée à la finalité de protection de la santé collective, mais uniquement de façon indirecte, presque par ricochet : l'information doit être transmise aux pouvoirs publics, qui pourront prendre les mesures nécessaires. La nécessité d'information des autorités judiciaires, administratives et/ou sanitaires des causes ayant entraîné une altération de l'état d'un patient, est un moyen et non une finalité. Aussi les maladies professionnelles sont-elles soumises à un impératif de déclaration⁸⁵² pour la protection sociale des salariés. Les signalements au Procureur de la République⁸⁵³ en cas de sévices ou privations constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession par un professionnel, répondant à un objectif pénal et non-médical, tout comme le signalement à l'autorité préfectorale du caractère dangereux⁸⁵⁴ des personnes détenant une arme ou souhaitant en acheter une. La nécessité d'information des autorités sanitaires répond ainsi à un objectif indirect de préservation de l'ordre public sanitaire, tout particulièrement sur les maladies à déclaration obligatoire, pour éviter les fléaux et épidémies⁸⁵⁵.

⁸⁵² Code de la sécurité sociale - Article D.461-1.

⁸⁵³ Code Pénal, article 226-14, 3°.

⁸⁵⁴ Code Pénal, article 226-14, 4°.

⁸⁵⁵ Code de la santé publique, article L.3113-1, R.3113-4, D.3113-6 et D.3113-7.

II. La théorie des circonstances exceptionnelles

*« Lorsque les circonstances sont exceptionnelles,
le droit positif des temps normaux choque tellement le sentiment
que le juge se fait du droit naturel ou de l'équité,
qu'il agit délibérément comme s'il y avait lacune du droit »⁸⁵⁶*

474. À côté des circonstances exceptionnelles (A) nées de la jurisprudence administrative en 1918 et 1919⁸⁵⁷, certaines circonstances sont qualifiées de particulières ou très particulières (B) sans toutefois avoir des contours définis textuellement, ce qui revient à laisser libre cours au juge. Le droit de l'Union mentionne même des circonstances extraordinaires⁸⁵⁸, formule qui ne sera reprise en jurisprudence qu'à l'occasion de litiges résultant de ce droit européen. D'autres circonstances sont parfois invoquées, comme les circonstances extraordinaires en droit des transports aériens, mais en raison de la spécificité dans leur applicabilité, ils ne seront pas retenus ici⁸⁵⁹.

A. Les circonstances exceptionnelles, fondées sur la gravité

475. La théorie des circonstances exceptionnelles a en commun avec l'urgence l'existence d'une situation spécifique, qui sort de l'ordinaire. Ces notions sont proches mais ne doivent pas être confondues, en effet, *« les circonstances exceptionnelles impliquent toujours ou presque toujours la notion d'urgence, mais la réciproque n'est pas vraie »*⁸⁶⁰. Les effets juridiques n'en sont pas de même nature. Les circonstances exceptionnelles, théorie née des pouvoirs de guerre, permettent en effet de méconnaître certaines règles de formes⁸⁶¹ et des règles procédurales (par

⁸⁵⁶ Marcel WALINE, « *Le pouvoir normatif de la jurisprudence* », dans *La technique et les principes du droit public. Études en l'honneur de Georges Scelle*, Paris, L.G.D.J., 1950.

⁸⁵⁷ Conseil d'État, Heyriès, 28 juin 1918, 63412, publié au recueil Lebon ; Conseil d'État, Dame Dol et Laurent, 28 février 1919, 61593, publié au recueil Lebon.

⁸⁵⁸ Règlement (CE) n° 261/2004 du Parlement européen et du Conseil du 11 février 2004 *établissant des règles communes en matière d'indemnisation et d'assistance des passagers en cas de refus d'embarquement et d'annulation ou de retard important d'un vol, et abrogeant le règlement (CEE) n° 295/91*.

⁸⁵⁹ Les circonstances insurmontables ont parfois été comparées aux circonstances particulières, mais la Cour de cassation a estimé que les circonstances insurmontables ne sont pas des circonstances particulières, voir en ce sens Cour de cassation, criminelle, Chambre criminelle, 20 mars 2007, 06-89.050, Publié au bulletin ; Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 10 mai 2001, 01-81.441, Publié au bulletin. Sur ces circonstances, voir également, Code de Procédure Pénale, article 130-1, 627-6 et 627-10 ; Code de Justice Militaire, L.212-114 et L.212-184 ; Code de la Justice Pénale des Mineurs, D.322-1. Une disposition pénale particulière est contenue dans l'article L.621-8 du Code Minier, aux mêmes finalités procédurales à l'égard de la garde à vue.

⁸⁶⁰ Raymond ODENT, *Contentieux administratif*, Dalloz, 2007.

⁸⁶¹ Conseil d'État, 16 mai 1941, *Courant*, Lebon, p. 89.

exemple un élargissement de la compétence de l'auteur). Le pouvoir de l'autorité administrative peut ainsi se voir renforcé, ce qui n'est pas le cas dans l'urgence.

476. La définition des circonstances exceptionnelles est ainsi difficile à cerner, les contours en étant mouvant en fonction de la jurisprudence, mais toujours construite sur l'adéquation des moyens aux fins et la prise en considération des impératifs de l'administration vis-à-vis des contraintes de temps et de lieux. Il faut en effet que l'administration soit face à une menace qui l'empêche d'user de moyens ordinaires, et qu'une nécessité d'action contraigne l'administration à s'affranchir de la légalité ordinaire au nom de l'intérêt général.

La proportionnalité pourrait également être ajoutée à cette définition, sans que cela soit nécessaire, puisque l'équilibre doit être rompu entre l'illégalité de l'acte administratif et la situation, et c'est justement cette rupture qui détermine la menace grave qui pousse l'autorité administrative à s'affranchir de ces conditions de forme pour rétablir l'équilibre. Aussi la proportionnalité est-elle intrinsèque au principe de la théorie des circonstances exceptionnelles.

Trois conditions sont généralement requises pour que la théorie entre en action : que les mesures soient prises en raison d'une situation exceptionnelle ; que l'administration soit dans l'impossibilité d'agir conformément au principe de légalité ; et enfin que les mesures prises soient justifiées par un intérêt public suffisamment important pour déroger au principe de légalité.

477. Placé dans une situation de ce type, le juge administratif autorise l'empiétement de compétences⁸⁶², et plus la situation est particulière, plus cet empiétement peut être important, qui peut aller jusqu'à autoriser un simple citoyen à prendre des décisions revêtant une autorité similaire à celle des autorités administratives. Ainsi, dans des situations particulières, le Conseil d'État a pu admettre la légalité d'un Conseil municipal de fait qui a réquisitionné des denrées alimentaires⁸⁶³. Les règles de forme et procédure peuvent également être allégées⁸⁶⁴ voire supprimées⁸⁶⁵ : les pouvoirs de l'administration sont ainsi étendus dès lors qu'il est impossible d'agir autrement, c'est-à-dire dans le respect de la légalité « ordinaire ».

⁸⁶² Voir en ce sens M. HAURIOU, sous l'arrêt *Dame Dol et Laurent*, et L. DUGUIT, *Traité de droit constitutionnel*, Tome III, p. 758, qui estiment respectivement que le recours à la notion d'urgence aurait suffi à emporter un mécanisme selon lequel les pouvoirs de police de l'administration varient avec les circonstances, et que les mesures prises en cette période pouvaient être justifiées par une extrême urgence.

⁸⁶³ Conseil d'État, Section, 5 mars 1948, *Sieur Marion et autres contre Commune de Saint-Valéry-sur-Somme*, Lebon 113 ; RD publ. 1948. 270, note GERVAIS ; S. 1948. 3. 53, note CALON.

⁸⁶⁴ Conseil d'État, 28 mars 1947, n° 81678.

⁸⁶⁵ Conseil d'État, Assemblée, du 12 avril 1972, n°82681, publié au recueil Lebon.

478. Lorsque le juge admet les circonstances exceptionnelles comme autorisant un assouplissement de la légalité, il faut souligner qu'il se fonde sur la justification selon laquelle l'administration ne pouvait agir autrement qu'en enfreignant la légalité⁸⁶⁶, dans un objectif plus important qui est le service de l'intérêt général. Le commissaire du gouvernement HELBRONNER avait explicité dans ses conclusions⁸⁶⁷ l'intérêt général comme étant « *le droit supérieur pour une nation d'assurer son existence, et de défendre son indépendance et sa sécurité* ». De façon traditionnelle, le juge administratif apprécie la nécessité de l'action, l'adaptation des mesures au vu des circonstances, et bien évidemment la proportionnalité entre les mesures prises et l'objectif poursuivi⁸⁶⁸. Cet objectif doit être supérieur à la légalité pour créer une rupture de proportionnalité entre la situation et les moyens « traditionnels » dont dispose l'administration, lui permettant d'assouplir le principe de légalité en vue de corriger les moyens, afin que l'administration puisse effectivement administrer. Il paraît évident que cet assouplissement ne peut être que très temporaire, la limitation de la durée étant l'adéquation entre les moyens mis en œuvre et la situation, qui demeure une exception.

En toute logique, cet assouplissement ne saurait excéder la période qualifiée d'exceptionnelle. Dans ce cadre, l'administration agit en vertu non pas de la légalité « ordinaire », mais n'agit pas pour autant dans l'illégalité dans la mesure où elle ne peut être sanctionnée par le juge si les conditions ci-évoquées sont réunies : il s'agit d'une légalité « extraordinaire », un cadre juridique spécial, reposant sur le principe de la dérogation au droit, tout du moins la dérogation au droit ordinaire. Cette légalité réside dans la sauvegarde d'un principe suffisamment important pour exiger de déroger à la légalité, souvent illustré par la notion d'intérêt supérieur⁸⁶⁹.

479. La logique est similaire en matière pénale, mais également dans le cadre de l'urgence sanitaire. En pénal les délits non intentionnels commis en raison d'une faute exposant autrui à un risque d'une particulière gravité qui ne pouvait être ignoré, peuvent être rapprochés du code de la santé publique qui insiste sur la prise en compte « *des compétences, du pouvoir et des moyens dont disposait l'auteur des faits dans la situation (...), ainsi que de la nature de ses*

⁸⁶⁶ Conseil d'État, *Laugier*, 16 avril 1948, Lebon p.161.

⁸⁶⁷ Conseil d'État, *Syndicat national des chemins de fer de France et des colonies*, 18 juillet 1913 ; Rec. 875, conclusion du Commissaire du Gouvernement Helbronner ; RD publ. 1913.506.

⁸⁶⁸ Conseil d'État, 19 octobre 1962, Canal, Robin et Godot, n° 58502. La proportionnalité étant (en l'espèce) entre l'importance et la gravité des atteintes, vis-à-vis des principes généraux du droit pénal, qui ne fonde pas une nécessité permettant l'usage de la théorie des circonstances exceptionnelles.

⁸⁶⁹ Continuité du service public essentiel par des réquisitions, mise en œuvre de moyens exorbitant au service de la défense nationale...

missions ou de ses fonctions »⁸⁷⁰. Là encore, pour faire face à une certaine gravité par l'exposition à un risque, le juge va apprécier l'adéquation des moyens mis en œuvre, en fonction de ses compétences techniques, fonctionnelles et organisationnelles, au regard des finalités poursuivies, à savoir de ne pas exposer autrui à des risques d'une particulière gravité (ou tout du moins pas de façon fautive).

480. En droit de la santé, les circonstances exceptionnelles sont plus rares. Plus encore, les circonstances exceptionnelles et le caractère exceptionnel des circonstances⁸⁷¹ ne doivent pas être confondus : les circonstances exceptionnelles sont caractérisées par une menace qui dépasse la légalité ordinaire et qui permet de déroger à la légalité ordinaire en vertu d'un intérêt supérieur ; à l'inverse le caractère exceptionnel des circonstances réside dans la singularité de la situation, rare voire extrêmement rare, l'usage de la terminologie « exceptionnel » étant ici entendu dans le sens d'une fréquence très réduite. Or, dans la théorie des circonstances exceptionnelles, il n'y a pas de recherche de notion de fréquence, ce qui signifie qu'en dehors des considérations de temps et de lieux, la théorie peut être invoquée fréquemment, voir régulièrement⁸⁷².

481. La théorie permet de justifier de manquements aux règles de formes et de compétences par l'administration : un empiétement de compétence ne pourra ainsi être condamné en ces circonstances, alors qu'elle le serait en période normale. De façon théorique, il est difficile pour les États démocratiques de faire face à des situations graves, de lutte, sans être nécessairement amenés à bousculer certains principes juridiques qui pourtant fondent la force et la vertu de ces États. Comme l'indiquait le Pr. ROBERT, « *l'apparente faiblesse des démocraties devant les situations d'urgence tient moins du fait qu'elle n'aurait pas les moyens de se défendre qu'à circonstance qu'elle répugne à l'idée de s'en servir* »⁸⁷³.

482. Le choix de privilégier l'action à l'égard de la paralysie⁸⁷⁴ est pourtant ce qui permet de s'affranchir du cadre juridique institué en contrainte, pour en user comme un instrument de maîtrise de la situation : les réquisitions d'une « administration » se substituant à

⁸⁷⁰ CSP, L.3136-2.

⁸⁷¹ Il n'existe qu'une seule illustration de l'usage de cette terminologie dans ce domaine (vérifications faites au 03/09/2024), voir en ce sens Cour de cassation, Civile, Chambre civile 1, 28 juin 2012, 11-19.265, Publié au bulletin.

⁸⁷² Toute proportion gardée, car il faut toutefois une certaine anormalité, bien que cette dernière soit appréciée par la jurisprudence au regard des pouvoirs dont disposait l'administration, et non par la nature ou l'origine des circonstances.

⁸⁷³ Jacques ROBERT, « *Les situations d'urgence en droit constitutionnel* », Revue internationale de droit comparé, 1990, n° 2, p. 751-764.

⁸⁷⁴ Formule empruntée à Jacques-Henri STAHL.

l'administration défaillante sont ainsi admises⁸⁷⁵, tout comme l'empiétement des compétences du législateur. La théorie des circonstances exceptionnelles entraîne ainsi, comme pour l'urgence une limitation du cadre temporel autorisant un assouplissement du cadre formel.

483. L'urgence est le motif de l'action dérogatoire, fondée par l'obligation d'action c'est-à-dire la nécessité, tandis que les circonstances exceptionnelles ne sont que des éléments de fait extérieur et non des motifs. Les deux notions peuvent donc être dissociées, puisque l'urgence apparaît comme un motif de l'adaptation des règles de droit sans que des circonstances exceptionnelles interviennent de façon directe ou indirecte. Bien évidemment, l'existence de circonstances particulièrement graves agit sur l'urgence, plus facilement admissible en cas de crise, de danger majeur pour l'intérêt public ou de nécessité avérée pour les pouvoirs publics de faire face à certaines circonstances. Le caractère exceptionnel des circonstances n'est en réalité « *qu'un élément de fait extérieur qui permet dans une situation donnée en fonction de la finalité poursuivie et des intérêts protégés par le droit initial de reconnaître ou de nier l'existence de l'urgence* »⁸⁷⁶. Ainsi, l'urgence peut résulter de circonstances exceptionnelles, mais les circonstances exceptionnelles ne peuvent être invoquées seules, sauf à justifier d'un rapport de proportionnalité entre la finalité, les moyens, et l'intérêt à préserver.

484. Sources de confusion tant la notion est élastique, les circonstances exceptionnelles ne sont nullement adaptées au droit de la santé, et doivent ainsi rester cantonnées à la sphère administrative : elles ne produisent en elles-mêmes aucun effet, contrairement à l'urgence qui emporte des possibilités de dérogations.

⁸⁷⁵ Conseil d'État, Section, 5 mars 1948, *Sieur Marion et autres contre Commune de Saint-Valéry-sur-Somme*, n° 86937.

⁸⁷⁶ Pierre-Laurent FRIER, *précité*.

B. Les circonstances particulières ou très particulières, fondées sur la singularité

485. La notion de circonstances particulières semble particulièrement appréciée des juges, comme en témoigne le nombre d'occurrences particulièrement élevé⁸⁷⁷ : près de 13 000 pour les Cours administratives d'appels, 3 400 pour le Conseil d'État, et 3700 pour la Cour de cassation. Récemment, même le Conseil constitutionnel y a fait allusion⁸⁷⁸. Le code de la santé publique renvoie également à ces circonstances particulières⁸⁷⁹, majoritairement pour écarter l'application de certaines normes, appréciées de façon discrétionnaire par le professionnel⁸⁸⁰.

486. La portée de la qualification de « circonstances particulières », semble ainsi importante pour le juge administratif qui s'en sert d'outil pour accentuer la spécificité de certaines situations et fonder une nécessité permettant au justiciable de recourir à certaines procédures : « *le requérant qui saisit le juge des référés (...) doit justifier des circonstances particulières caractérisant la nécessité pour lui de bénéficier à très bref délai d'une mesure de la nature de celles qui peuvent être ordonnées* »⁸⁸¹. La particularité n'étant pas explicitée, il convient de l'entendre au sens de la singularité ; et le contentieux administratif semble placer l'urgence comme un élément déterminant de ces circonstances particulières, permettant l'accès aux référés. Si l'urgence n'est pas explicitement toujours citée, la notion de délai ou d'époque⁸⁸² est omniprésente, et la simple présence de circonstances particulières permet de s'exonérer de ces délais. Les considérations de temps ne sont pas en reste, puisque l'existence de circonstances locales particulières permet de justifier le recours à des restrictions, notamment de police administrative spéciale⁸⁸³.

487. S'il fallait situer les circonstances exceptionnelles par rapport aux circonstances particulières, les premières seraient les plus dérogatoires, et donc les plus encadrées ; à l'inverse les secondes seraient plus souples, permettant « *de tenir compte de la spécificité d'une situation sans pour autant reconnaître à l'administration des pouvoirs dérogeant trop fortement aux*

⁸⁷⁷ Recherche réactualisée au 17/12/2023.

⁸⁷⁸ Conseil constitutionnel, DC n° 2020-799, *précité*.

⁸⁷⁹ L'article L. 5125-17 du Code de la Santé Publique mentionne à une unique reprise des « *circonstances ou de particularités locales* », à l'occasion des gardes pharmaceutiques pratiquées par les officines pour répondre aux demandes urgentes en dehors des heures d'ouvertures.

⁸⁸⁰ R.1161-7, R.4127-44, R.4127-316, R.4312-18, R.4321-90.

⁸⁸¹ Conseil d'État, Juge des référés, 20/11/2019, 435785.

⁸⁸² Conseil d'État, Assemblée, du 12 juillet 1969, 76089, publié au recueil Lebon.

⁸⁸³ Conseil d'État, 25/05/2020, 440565, Inédit au recueil Lebon.

règles de forme comme de fond »⁸⁸⁴. Toutefois la notion de circonstances particulières se transforme lorsqu'elle bénéficie aux requérants et non à l'administration, en circonstances « très » particulières. Ces dernières accordant encore plus de souplesse au juge pour fonder des exceptions⁸⁸⁵, notamment procédurales, au bénéfice du justiciable.

Ainsi en matière de fin de vie, le médecin doit se fonder sur un ensemble d'éléments, médicaux et non médicaux, qui dépendent de circonstances particulières⁸⁸⁶ à chaque patient, qui imposent au médecin, ou plutôt à l'équipe médicale de façon collégiale, de prendre en compte chaque situation dans sa singularité. La spécificité peut ainsi être constituée en raison « *de l'ampleur et de la difficulté des questions d'ordre scientifique, éthique et déontologique qui se posent à l'occasion de l'examen* », qui exigent alors l'établissement d'un cadre jurisprudentiel construit sur des préconisations établies par des institutions reconnues⁸⁸⁷, écrites, et de nature à éclairer les magistrats.

488. Enfin, la notion de circonstances particulières peut se fonder sur un critère temporel ou géographique : le lieu est susceptible de déterminer des circonstances particulières, renforcé par des périodes spécifiques. La notion de « circonstances locales particulières » est ainsi née dans un contexte jurisprudentiel⁸⁸⁸, qui autorise l'intervention des collectivités locales dans un contexte spécifique : ce qui est possible à un moment donné ne le sera plus dès lors que les circonstances changeront. Principalement axé sur l'échelon communal⁸⁸⁹, la notion de circonstances locales particulières permet la prise en compte de la singularité géographique, ce qui n'est pas sans difficulté dans la définition de la terminologie « local », d'autant plus que les frontières n'en sont jamais définies.

489. La notion de concours entre pouvoirs de police⁸⁹⁰ implique une subordination de la police administrative inférieure, avec une possibilité d'aggravation locale des mesures définies

⁸⁸⁴ Jean-Marie PONTIER, *Les circonstances particulières*, AJDA 2021, n°19, du 31 mai 2021, p.1077.

⁸⁸⁵ Toujours en vertu d'un intérêt supérieur, même non explicite. Pour illustration, voir Conseil d'État, 5ème chambre, 19/07/2016, 386590, Inédit au recueil Lebon. En l'espèce, une justiciable bénéficiant de l'aide juridictionnelle a vu son avocate omise du tableau en cours d'instance, et la seconde avocate n'avait entrepris aucune démarche lors des audiences, ni présente ni représentée. La cour a admis un report des délais « *de façon à s'assurer de l'effectivité de l'assistance* » de la justiciable.

⁸⁸⁶ Conseil d'État, Assemblée, 14/02/2014, n°375081, Publié au recueil Lebon.

⁸⁸⁷ En l'espace, les institutions sont : l'Académie nationale de médecine, le Comité consultatif national d'éthique et le Conseil national de l'Ordre des médecins. Voir CE n°375081 précité.

⁸⁸⁸ Conseil d'État, Section, du 30 mai 1930, n°06781, *Chambre syndicale du commerce en détail de Nevers et Guin*, publié au recueil Lebon.

⁸⁸⁹ Conseil d'État, Section, du 18 décembre 1959, 36385 36428, publié au recueil Lebon.

⁸⁹⁰ Romain DEMANGEON, *Les concours de police*, Thèse de doctorat de droit public, Université de Lorraine, 2020 ; Fabrice MELLERAY, « *Les concours entre polices spéciales* », AJDA, 2020, n° 22 ; J.-B. GUYONNET, « *Police générale – police spéciale : une crise sans fin ?* » in *Les classifications en droit administratif*, dir. Xavier DUPRE DE BOULOIS.

par les autorités supérieures : le niveau local peut en raison de circonstances particulières, compléter, préciser ou aggraver les dispositions édictées au niveau supérieur⁸⁹¹ ; en revanche l'inverse est proscrit⁸⁹², en vertu du principe dit de la non-contradiction des dispositions supérieures.

490. Finalement, les considérations de temps et de lieu sont considérées comme circonstances particulières, locales ou non, en raison du risque d'atteinte à l'ordre public ou ses composantes, et l'administration déroge ainsi au principe de subordination de la police administrative, tout en adoptant des mesures administratives respectueuses de la proportionnalité de la mesure à l'égard de l'importance de la menace : la gravité permet de justifier des restrictions plus fortes en raison de la nécessité d'action, qui ne remet pas pour autant en cause le principe de proportionnalité.

⁸⁹¹ Conseil d'État, 5 / 7 SSR, du 23 juin 2000, 167258, publié au recueil Lebon. Voir également, Conseil d'État, Section, du 18 décembre 1959, 36385 36428, publié au recueil Lebon ; Conseil d'État, du 18 avril 1902, 04749, publié au recueil Lebon.

⁸⁹² Conseil d'État, du 11 octobre 1963, 54097 ; Conseil d'État, du 17 juillet 1953, 18244 ; Cour administrative d'appel de Marseille, 5ème chambre - formation à 3, du 4 avril 2005, 01MA02513, inédit au recueil Lebon ; Conseil d'État, 2 / 6 SSR, du 26 juin 1996, 132043, mentionné aux tables du recueil Lebon ; Conseil d'État, 5 / 3 SSR, du 31 juillet 1996, 126120 126684, publié au recueil Lebon.

Paragraphe 2 : La convergence des deux théories : la menace d'un fait plus grave que l'illégalité

491. La théorie de l'état de nécessité et celle des circonstances exceptionnelles ont en commun une disproportion entre la menace qui plane sur la situation et les moyens dont dispose l'administration pour y répondre, raison pour laquelle, dans certaines circonstances précédemment énoncées, l'illégalité est permise.

492. La constatation du fait que la menace est plus grave que les conséquences de l'illégalité amènent nécessairement à s'interroger sur l'équilibre et la recherche du juste, qui est selon Aristote « *un milieu entre des extrêmes qui, autrement, ne seraient plus en proportion* »⁸⁹³. Les sciences juridiques, souvent représentées par la symbolique de la balance, en ce qu'elles représentent cet équilibre, cette proportionnalité entre des principes juridiques parfois opposés en apparence, entre droits individuels et collectifs et entre intérêts particuliers et intérêt général. Ce sont des sciences qui se fondent si profondément dans cette volonté de trouver l'équilibre, juste, que le terme de justice est intrinsèquement lié à cette notion.

La proportionnalité, notion enracinée depuis plusieurs siècles⁸⁹⁴ en France et en Europe, voire une exigence supraconstitutionnelle⁸⁹⁵, se définit comme « *un rapport, une adéquation, entre les moyens employés par l'administration et le but qu'elle vise* »⁸⁹⁶. Ainsi, la disproportionnalité s'exprime au travers de la rupture d'une gravité à l'égard d'une autre, singulièrement entre la violation de la légalité et l'exposition à une menace encore plus grave (§ I), tout en imposant une réaction face à la gravité (§ II).

⁸⁹³ Aristote, *Ethique de Nicomaque*, Flammarion, 1992.

⁸⁹⁴ Bien que l'existence de la proportionnalité soit très discutable en Grèce Antique, notamment par l'inexistence d'adéquation des moyens mis en œuvre vis-à-vis de la finalité recherchée. « *Si, pour se défendre contre un détresseur, il le tue (...) il sera tenu pour justifié* », PLATON, *Traité des lois*, livre IX. Pour autant, la recherche de proportionnalité, au travers de la modération, existe en droit romain (Code justinien, droit canonique, 1323-5).

⁸⁹⁵ Nous considérons en effet qu'il existe des principes supraconstitutionnels, inscrits dans des conventions internationales ou s'agissant certains principes généraux du droit, qui irriguent la totalité du droit. Voir en ce sens *infra*, §440.

⁸⁹⁶ Guy BRAIBANT, « *Le principe de la proportionnalité (de la sanction à la faute)* », in *Mélanges offerts à Marcel Waline. Le juge et le droit public*, 2nd volume, Paris, LGDJ, 1974, p. 297-306.

I. Disproportion manifeste entre l'illégalité et la menace

493. Les théories de l'état de nécessité et des circonstances exceptionnelles ont en commun le mécanisme de légitimation de l'action de la personne ou l'institution, dès lors qu'il existe une proportion entre les moyens (illégaux) mis en œuvre pour y faire face et la menace, plus grave encore que l'illégalité commise. Plus précisément, c'est la négation qui est utilisée, en ce sens que le juge ne met pas expressément en œuvre le principe de proportionnalité (A) mais s'attache davantage à rechercher s'il existe une disproportion manifeste (B) entre les moyens et la finalité recherchée.

A. Le principe de proportionnalité

494. Le principe de proportionnalité contraint la puissance publique, en ce sens qu'elle ne peut limiter la liberté que « *dans la mesure indispensable à la protection des intérêts publics* »⁸⁹⁷. La puissance publique opère ainsi sous le contrôle du juge un équilibre entre l'intervention et la protection des libertés. Cette adéquation entre les moyens employés et la finalité poursuivie, en conformité avec les protections des libertés, se fonde sur des critères proches de la légitime défense, c'est-à-dire l'emploi de mesures appropriées, nécessaires et proportionnées. L'adaptation des mesures étant les moyens mis en œuvre pour atteindre l'objectif, la nécessité d'action se fonde sur l'utilisation des moyens mis en œuvre ou à disposition de la puissance publique, afin de réaliser l'objectif poursuivi. Enfin, la proportionnalité réside, s'agissant des mesures de police administrative, dans les mesures mises en œuvre, par la recherche de l'adaptation de celle-ci, vis-à-vis des faits qui l'ont motivée, et surtout aux finalités poursuivies par son auteur⁸⁹⁸. Le juge administratif français aussi adopte une grille de lecture proche, sinon identique, à celle du juge constitutionnel allemand⁸⁹⁹ et constitutionnel français⁹⁰⁰.

495. Le juge opère donc un élargissement de la notion de proportionnalité, en lui rattachant trois critères qui sont intrinsèquement liés : la proportionnalité est comparable à la

⁸⁹⁷ Jurgen SCHWARZE, *Droit administratif européen*, Bruylant, 2^{ème} édition, 2009.

⁸⁹⁸ Conseil d'État, 19 mai 1933, Benjamin, n° 17413.

⁸⁹⁹ Tribunal constitutionnel fédéral d'Allemagne, *BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom*, BvR 2656/18, 24 mars 2021.

⁹⁰⁰ Décision n° 2008-562 DC du 21 février 2008, *Loi relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental*.

pertinence (auquel cas il faut l'adapter), la nécessité (s'il existe d'autres moyens moins attentatoires aux libertés, il convient de les utiliser pour ne pas créer de disproportions), et enfin, la proportionnalité elle-même, qui est entendue par les magistrats au sens strict, en ce qu'elle « ne doit pas, par les charges qu'elle crée, être hors de proportion avec le résultat recherché »⁹⁰¹. Ces critères ont été affirmés à plusieurs reprises⁹⁰², sans pour autant que « l'appropriation par le Conseil d'État du triple test de proportionnalité n'induit en elle-même un resserrement du degré de contrôle du juge »⁹⁰³. Ce contrôle du juge intervenant *a posteriori*, il revient en effet à ce dernier de rechercher l'équilibre entre la finalité poursuivie et les moyens mis en œuvre pour y arriver.

496. C'est d'ailleurs de la même logique dont use la Cour Européenne des droits de l'homme, cherchant à concilier « les rapports entre les droits fondamentaux et les objectifs d'intérêt général poursuivis par les autorités étatiques »⁹⁰⁴, par le recours au principe de proportionnalité, reconnu comme principe général du droit de l'Union⁹⁰⁵ avant d'être inscrit à l'article 5 du Traité de l'Union Européenne (§4) : « En vertu du principe de proportionnalité, le contenu et la forme de l'action de l'Union n'excèdent pas ce qui est nécessaire pour atteindre les objectifs des traités. (...) ». La nécessité d'action, aux fins d'atteinte des objectifs, rend là encore possible un certain nombre de dérogations, à la condition que celles-ci ne soient pas excessives, ou manifestement disproportionnées. Cette appréciation de la proportionnalité est toutefois difficilement mesurable, et le juge a tendance à s'intéresser aux hypothèses qui dépassent la frontière de la proportionnalité, sans pour autant la tracer explicitement. C'est d'ailleurs ainsi que dans une jurisprudence ancienne, les hauts magistrats ont eu à établir que l'interdiction d'une réunion publique était possible, à la condition qu'il soit démontré « un degré de gravité tel »⁹⁰⁶ que le dépositaire du maintien de l'ordre, en l'espèce le maire, ne puisse maintenir l'ordre autrement que par l'interdiction de la tenue de ladite réunion.

497. Ainsi, et sans définir réellement la limite qui permet de séparer de façon claire les conditions d'emploi de cette mesure de police administrative (interdiction de la tenue de la

⁹⁰¹ M. GUYOMAR et X. DOMINO, « Le passeport biométrique au contrôle : empreintes et clichés », Chroniques, AJDA, 2012, n°01, 16 janvier 2012 p. 37.

⁹⁰² CE 19 févr. 1909, Abbé Olivier, req. n° 27355 ; CE sect. 26 avr. 1968, Sieur Morel et Sieur Rivière, req. n° 69456, Lebon 264 ou encore CE sect. 4 mai 1984, Préfet de police c/ Guez, req. n° 49153 ; ces décisions sont reprises de l'article de M. GUYOMAR et X. DOMINO, *précité*.

⁹⁰³ M. GUYOMAR et X. DOMINO, *précité*.

⁹⁰⁴ K. GRABARCZYK, *Les principes généraux dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme*, Presses universitaires d'Aix-Marseille, février 2008.

⁹⁰⁵ CJCE, 17 décembre 1970, *Internationale Handelsgesellschaft*, aff. 11/70.

⁹⁰⁶ Conseil d'État, 1933, Benjamin, *précité*.

réunion publique), le juge se fonde sur un degré de gravité implicitement important, certes, mais surtout sur un contrôle de proportionnalité basé sur la recherche d'un équilibre entre maintien de l'ordre public et liberté de réunion. À cette occasion, il admet que l'interdiction était finalement l'ultime recours ; et par la même, qu'en l'absence d'éléments probants sur la réalité des troubles, il existe une disproportion entre la mesure prise et l'objectif affiché, qui était la préservation du bon ordre.

498. Le contrôle de proportionnalité est finalement une recherche de la disproportion, qui peut se comprendre comme un renversement du contrôle opéré. Pour autant, comme indiqué précédemment, le juge ne définit jamais la frontière entre une mesure proportionnelle et une mesure qui ne l'est pas. Le critère intrinsèque de l'adaptation des mesures mises en place, en fonction de l'objectif poursuivi, correspond finalement à une adéquation des moyens aux fins qui apparaît comme un socle décisionnel important.

499. C'est ce socle décisionnel qui pourrait être rendu autonome par le juge ; ce dernier pourrait l'analyser en prenant en compte la gravité de la situation, et la nécessité de réaction de l'administration, laquelle se devrait de mettre en œuvre un certain nombre de mesures pour limiter les conséquences qui en découlent. Lors de la mise en œuvre, l'administration doit alors rechercher une graduation entre les mesures prises, et les conséquences qui peuvent survenir.

500. Cette spécificité de l'analyse de l'adéquation des moyens aux fins, entendue de façon autonome, prend tout son sens dans l'urgence plus que dans tout autre situation, puisque contrairement à des situations courantes, la nécessité d'action face à une gravité certaine se fait également au regard des informations dont dispose la personne agissante, au moment où elle fait usage de la mesure. Ainsi, la spécificité réside dans l'action, parfois précoce, sans attendre la dégradation de la situation, dès lors qu'au moment de la prise de décision, cette action apparaît comme nécessaire. L'adéquation des moyens aux fins pourrait intervenir quasiment dans les mêmes conditions que s'agissant du « contrôle de disproportionnalité », mais en ne se limitant pas uniquement aux seules atteintes portées à un droit fondamental ; mais bien plus largement à un ensemble de situations, en vérifiant si pour la poursuite de l'objectif légitime, il y a adéquation avec ce but, et si une autre action aurait éventuellement pu être prise en lieu et place, de façon plus graduée.

501. Occulter du contrôle de proportionnalité le socle des droits fondamentaux, et élargir le principe juridique à d'autres situations par le biais d'un contrôle des moyens aux fins, permettrait de régler des conflits en prenant en compte la spécificité des situations d'urgence,

sans pour autant diluer totalement le droit, au nom de la dérogation ou de l'exception. En ce sens, l'utilisation d'un défibrillateur avant le 5 mai 2007⁹⁰⁷ par tout citoyen peut apparaître comme disproportionnée sur un malaise d'une personne consciente, puisque non nécessaire, inadaptée et donc, de façon stricte, illégale. En effet, même si l'usage était alors réservé à un nombre restreint de personnels formés, en faisant une analyse de l'adéquation des moyens aux fins, l'usage de ce matériel n'apparaît pas comme manifestement disproportionné, dès lors que l'illégalité de l'usage est effacée par la gravité de l'état de la victime, au regard des informations dont dispose le citoyen portant assistance, au moment où il en fait usage et avec les connaissances souvent limitées dont il dispose.

Ainsi, il ne s'agirait pas de condamner la personne prêtant son concours simplement pour avoir fait un usage illégal d'un matériel, sur la base décisionnelle de l'absence d'un degré de gravité tel qu'aucune autre mesure ne pouvait assurer la sauvegarde de l'état de la victime. Pour faire cette analyse, il faut prendre en compte dans le facteur de proportionnalité d'éléments extérieurs aux intervenants mais qui influent directement sur la réponse apportée en termes de graduation.

En ce sens, s'il est facile pour le juge de trancher un litige visant un professionnel, formé comme n'ayant pas usé des moyens adaptés, il semble plus complexe de prendre en compte ces éléments pour un néophyte *via* le principe de proportionnalité tel qu'il est entendu aujourd'hui dans les juridictions. Cette réflexion est toutefois très relative en ce que la jurisprudence peut tout à fait prendre en compte le niveau de formation ou de compétence de l'intervenant, et graduer la réponse en fonction⁹⁰⁸.

502. L'adéquation des moyens aux fins peut finalement s'entendre – du point de vue du juge – non comme un contrôle de proportionnalité, mais à un contrôle de situation qui ne semble pas « manifestement disproportionné ».

⁹⁰⁷ Décret n° 2007-705 du 4 mai 2007 *relatif à l'utilisation des défibrillateurs automatisés externes par des personnes non-médecins et modifiant le code de la santé publique.*

⁹⁰⁸ Cette affirmation fera l'objet d'un développement ultérieur. Voir *infra* « La prise en charge d'une victime par un citoyen 'bon samaritain' », voir en ce sens §601 et suivants.

En prenant en compte le facteur probabiliste au regard des informations dont dispose la personne au moment où elle fait usage des moyens litigieux, le juge est alors en mesure de prendre en compte explicitement l'urgence comme limitant fortement ces informations⁹⁰⁹.

Ce biais de l'absence d'informations est en effet de nature à susciter des erreurs médicales, y compris dans la surenchère de la prise en charge, par exemple dans décision d'une opération prise en urgence au vu de la douleur, alors même « *qu'il n'y avait aucune urgence vitale à traiter cette pathologie* »⁹¹⁰. Des études scientifiques s'intéressent à ce phénomène depuis quelques années seulement⁹¹¹, et devraient probablement être sources de réflexion s'agissant de l'urgence, pour apprécier l'adéquation des moyens mis en œuvre avec les finalités recherchées, en fonction des ressources disponibles, y compris en termes de ressources intellectuelles, c'est-à-dire de la capacité à faire face aux situations sans perdre ses moyens⁹¹².

A. La disproportion « manifeste »

503. La théorie des circonstances exceptionnelles a en commun avec l'urgence qu'elle suppose la survenance brutale d'événements d'une certaine gravité, qui met l'administration en situation quasi impossible de prendre des décisions. Le juge accepte alors qu'il soit dérogé aux règles, notamment procédurales, si la menace liée à l'inaction de l'administration est plus forte que l'irrégularité ou l'illégalité de la mesure prise pour y faire face. En prenant en compte cette disproportion, le juge vient rééquilibrer les moyens d'action de l'administration et rétablir une certaine proportionnalité avec la menace qui revêt un caractère grave et certain. Il autorise de

⁹⁰⁹ De par le manque de formation d'une multiplicité d'intervenants dont le métier n'est pas toujours lié à l'urgence, même si ces propos seront nuancés par l'existence au sein de la quasi-totalité des spécialités médicales d'urgences spécifiques (urgences ophtalmiques, urgences pédiatriques, urgences traumatiques...), voire dont le métier est sans aucun lien avec la prise en charge (citoyens sauveteurs...) et dont la formation initiale, lorsqu'ils en disposent, est très insuffisante et généralement sans formation continue ; sans parler de « l'effet tunnel » dans la prise de décision en situation d'urgence, qui supprime tout recul durant la démarche de prise en charge, et favorisant donc bon nombre d'erreurs. La conséquence étant la limitation des capacités « *des humains dans certaines conditions à prendre en compte et à traiter toutes les informations potentiellement disponibles* » ; voir en ce sens KRUGLANSKI et al. *Bias and error in human judgment*. Eur J Soc Psychol 1983; 13:1-44.

⁹¹⁰ Cour administrative d'appel de Nantes, 3ème chambre, 12/04/2019, 17NT01541, Inédit au recueil Lebon.

⁹¹¹ E. FIORATOU, et al (2010), *No simple fix for fixation errors: cognitive processes and their clinical applications*. Anaesthesia, 65: 61-69; O'SULLIVAN et SCHOFIELD. *Cognitive bias in clinical medicine*. J R Coll Physicians Edinb 2018; 48:225-32; STIEGLER, et al. *Cognitive errors detected in anaesthesiology: a literature review and pilot study*. Br J Anaesth 2012 ;108 :229-35.

⁹¹² Ce qui prendra en compte, comme c'est déjà le cas, le niveau de formation, l'acquisition de compétences spécifiques comme des diplômes universitaires, et l'expérience.

ce fait l'administration à déroger au principe de légalité à condition que cette dérogation n'entraîne pas à son tour une disproportion trop importante⁹¹³.

504. Dans la même logique, le code pénal prévoit une clause d'irresponsabilité de la personne qui « *face à un danger actuel ou imminent qui menace elle-même, autrui ou un bien, accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne ou du bien, sauf s'il y a disproportion entre les moyens employés et la gravité de la menace* »⁹¹⁴. Cette disproportion est également invoquée par la Cour EDH au titre des peines ou traitements inhumains ou dégradants, puisqu'une « *peine nettement disproportionnée peut, à la date de son imposition, être qualifiée de mauvais traitement, contraire à l'article 3* »⁹¹⁵ de la CEDH, où, plus étonnant encore, au titre de l'erreur manifeste, par le Conseil Constitutionnel qui s'auto-autorise la vérification d'une éventuelle « *disproportion entre l'infraction et la peine encourue* »⁹¹⁶, avec de vives critiques doctrinales⁹¹⁷, d'autant plus que la nécessité des sanctions est difficile à établir, et plus encore s'agissant de la proportion de la sanction au regard de l'infraction, qui relève en principe d'une décision politique de la seule compétence du législateur.

Le Conseil Constitutionnel use aussi de la formulation « *disproportion manifeste entre l'infraction et la peine encourue* »⁹¹⁸, qui semble plus appropriée, le qualificatif « manifeste » ne laissant ici aucune marge d'interprétation puisqu'il signifie que la réalité de la disproportion est évidente, flagrante, voire incontestable. Le juge administratif opère également de la sorte⁹¹⁹ en attachant le qualificatif 'manifeste' à près d'une décision sur deux, tout comme le juge judiciaire dans un arrêt sur cinq⁹²⁰.

505. Pour apprécier la proportionnalité, sont recherchés d'une part des conditions relatives à l'agression, et d'autre part des critères liés à la nécessité de l'acte défensif. L'adéquation des unes envers les autres permet d'apprécier de la proportionnalité, ou plutôt de

⁹¹³ Valérie GOESEL-LE BIHAN, « Conseil constitutionnel et état d'urgence : état des lieux », AJDA, Dalloz, 2017, n° 36, p. 2033.

⁹¹⁴ Code Pénal, article 122-7.

⁹¹⁵ CEDH, 4ème Sect., 17 janvier 2012, *Harkins et Edwards c/ Royaume-Uni*, n°71537/14.

⁹¹⁶ Conseil constitutionnel, n°86-215 DC du 03 septembre 1986 et n°97-395 DC du 30 décembre 1997.

⁹¹⁷ E. FORTIS, « La nécessité des peines », revue de sciences criminelles et droit pénal comparé, 2012 ; Bertrand DE LAMY, « Le principe de la légalité criminelle dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel » Les Nouveaux Cahiers du Conseil constitutionnel (26). p. 16-20 ; 3 O. DECIMA, S. DETRAZ et E. VERNY, Droit pénal général, LGDJ, coll. « Cours », 2014.

⁹¹⁸ Conseil constitutionnel, n° 86-215 DC, précité ; n° 87-237 DC du 30 décembre. 1987 ; n° 2015-481 QPC du 17 septembre 2015. Au total, près de 76 décisions-conseils sont emprunts de cette formulation.

⁹¹⁹ A titre d'exemple, voir Conseil d'État, 10ème et 9ème chambres réunies, *Société Vera*, 30/05/2012, n°351551

⁹²⁰ A la date des recherches menées sur le nombre d'occurrences de « disproportion manifeste » cités, quelques 677 décisions judiciaires en font état, et 459 décisions administratives, contre 2061 occurrences de « disproportion » pour le judiciaire (soit environ 22%), et 1452 décisions administratives (soit environ 47%).

l'absence de disproportion. Un élément particulier de la défense doit être analysé : l'intentionnalité. Bien que la jurisprudence ait admis de rares exceptions⁹²¹, une évolution est juridiquement souhaitable, car ce même mécanisme peut s'appliquer en dehors du cas précis de la légitime défense. En effet, la condition d'intentionnalité prête à confusion en ce qu'elle n'est pas analysée que spécifiquement sur l'action entreprise à titre défensif, mais en sa globalité. L'analyse porte en effet tant sur l'action que sur ses conséquences, qu'elles soient volontaires ou non. Or, se défendre implique toujours « *la connaissance ou la conscience d'une agression et la conscience et la volonté d'écarter le danger dont on est menacé : on ne se défend pas par imprudence ou par inadvertance. Il s'agit là d'un but immédiat de défense, c'est-à-dire de la représentation psychique d'un objectif à atteindre, éviter le mal dont on est menacé ; mais il n'est nullement nécessaire de vouloir réaliser une infraction précise de coups, de blessures, d'homicide...* »⁹²². En ce sens, la confusion entre la volonté de se défendre, toujours intentionnelle, conscientisée par son auteur, n'emporte pas pour autant la volonté des conséquences qui en résultent.

La situation se présente le plus souvent dans un contexte de haute intensité, d'actions rapides et d'absence de délai de réflexion ; à l'image de l'urgence médicale, la volonté de maîtriser la situation n'emporte pas toujours la volonté des conséquences qui en découlent.

En imaginant une pathologie comme un agresseur et un citoyen comme un défenseur, lors d'un arrêt cardio-respiratoire, le citoyen va tout mettre en œuvre pour essayer de sauver la vie de la victime, quitte à lui casser des côtes lors de manœuvres de réanimation. L'intentionnalité est alors exprimée par la mise en œuvre de la réanimation, en revanche les conséquences ne sont pas intentionnelles. Si la défense doit être nécessaire pour éviter les conséquences néfastes du péril en cause, cela ne signifie pas pour autant que les conséquences de la défense soient à analyser de la même façon que les hypothétiques conséquences de l'agression.

Ainsi, lorsque la volonté de commettre une action illégale l'est dans l'intentionnalité de parer à une menace plus grave encore (plus illégale), le mécanisme d'action dans un objectif de protection devrait alors fonder la proportionnalité des moyens aux fins. En des termes simples, le juge devrait toujours se poser la question de savoir ce qui est le plus grave : la menace ou les moyens mis en œuvre pour y faire face ? Ainsi, inutile de s'intéresser à l'intentionnalité des conséquences, qui d'ailleurs ne sont pas toujours prévisibles.

⁹²¹ Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 9 novembre 1993, 92-85.490, Inédit ; Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 28 septembre 1999, 99-81.213, Inédit ; Cour de cassation, criminelle, Chambre criminelle, 24 avril 2013, 13-81.397, Inédit ; Cour de cassation, criminelle, Chambre criminelle, 12 mars 2013, 12-82.683, Publié au bulletin.

⁹²² Roger BERNARDINI, *Légitime défense*, Répertoire de droit pénal et de procédure pénale, octobre 2017.

506. Dans le cadre de l'urgence, comme parfois dans le cadre du recours au principe de précaution, les mesures doivent être adoptées rapidement, ce qui peut exacerber le risque de disproportion manifeste. En droit de l'Union, si les mesures adoptées en urgence, et celles adoptées au titre de la précaution ne se confondent pas, elles sont généralement des mesures conservatoires. De plus, les mesures de précaution sont souvent adoptées en urgence⁹²³, même si le tribunal indique que « *le recours au principe de précaution n'implique pas nécessairement une situation d'urgence* »⁹²⁴.

En droit de l'Union, l'urgence peut permettre l'édiction d'une interdiction générale si elle est justifiée par un intérêt public supérieur⁹²⁵, afin de faire face à une situation qui présente des incertitudes mais qui fait courir un risque considérable (de propagation de la maladie en l'espèce), limité dans le temps, « *à savoir quatre semaines, de sorte que les inconvénients causés par la décision ont été, eux aussi, relativement limités* ». Le juge ayant ainsi considéré que la Commission n'a pas dépassé « *les limites de ce qui était nécessaire pour atteindre le but visé par la décision* » et qu'ainsi la décision litigieuse « *ne viole pas le principe de proportionnalité, en tout cas pas de manière manifeste et grave* ». Bien que l'arrêt soit un peu ancien, il demeure très éclairant sur l'usage du qualificatif « manifeste », puisque c'est la seule fois où le tribunal a implicitement admis que la proportionnalité n'avait pas été respectée, mais que dans la mesure où ce non-respect n'était pas manifeste et grave, il n'y avait pas lieu de faire droit aux requérants.

⁹²³ Maud CINTRAT, *La santé de l'animal d'élevage : recherche sur l'appréhension de l'animal en droit sanitaire*, Thèse de doctorat, Aix-Marseille, 2017.

⁹²⁴ Tribunal de première instance (deuxième chambre) du 21 octobre 2003, *Solvay Pharmaceuticals BV contre Conseil de l'Union européenne*, Affaire T-392/02, paragraphe 135.

⁹²⁵ Tribunal de première instance (troisième chambre) du 13 décembre 1995, *Vereniging van Exporteurs in Levende Varkens et autres et Nederlandse Bond van Waaghouders van Levend Vee et autres contre Commission des Communautés européennes*. Affaires jointes T-481/93 et T-484/93.

II. La nécessité d'action imposée par la gravité, quoique illégale

507. La théorie de l'état de nécessité et celle des circonstances exceptionnelles ont en commun que face à ces situations, elles imposent à l'administration une réaction. Cette nécessité d'action peut être une action entreprise illégalement, ce qui semble justifié dans certaines circonstances. Si la justification est possible par le recours à une dérogation comme une tolérance administrative⁹²⁶, le juge peut également lorsque le contentieux le nécessite, décider au cas par cas de créer des dérogations en lieu et place de l'administration.

508. Cet acte de nécessité⁹²⁷ repose sur une situation de nécessité et une analyse de gradation des illégalités en présence. La nécessité de faire face semble parfois évidente dans certaines situations graves (catastrophe naturelle, actes terroristes, épidémies...) sans pour autant que les outils juridiques à disposition ne soient toujours existants ou adéquats. Il est alors nécessaire de déroger provisoirement à l'application des règles ordinaires, d'autant plus dans un impératif contraint par le temps : l'urgence.

Mais cette notion renvoie à une contrainte, ce qui conduit à s'interroger sur ce qui impose cette nécessité. Cette contrainte peut provenir de la situation elle-même, de la conviction de son utilité sociale ou de raisons personnelles ou morales⁹²⁸. Il est ainsi généralement difficile d'identifier précisément l'origine de la nécessité d'action, et la connaissance de la norme ne suffit pas à cerner la volonté de faire ou de ne pas faire⁹²⁹.

509. S'agissant par exemple de la légitime défense⁹³⁰, la volonté de se défendre est une décision personnelle, alors que dans certaines situations la fuite est possible ; les dispositions pénales n'imposant pas la fuite ni la riposte, les auteurs qui affirment que l'acte de défense doit constituer l'unique solution pour se soustraire au danger se fourvoient, comme l'explique Émile GARÇON : « le droit n'est pas tenu de céder devant l'injustice, et la fuite, souvent honteuse, ne peut pas être une obligation légale »⁹³¹. Pour autant, la contrainte est intrinsèque à la situation,

⁹²⁶ Voir *infra*, §441.

⁹²⁷ Sarah CASSELLA, *L'état de nécessité en droit international public*, Thèse de doctorat, Paris 1, 2009.

⁹²⁸ Michel TROPER, *Le droit et la nécessité*, Paris, Presses Universitaires de France, Coll. Léviathan, 2011.

⁹²⁹ En reprenant l'exemple de M. TROPER, *précité*, celui qui se jette à l'eau pour sauver une personne de la noyade ne le fait pas parce qu'une norme juridique lui impose, mais davantage par une auto-contrainte, une obligation morale.

⁹³⁰ Il s'agit d'une exception au principe de la responsabilité pénale, et non d'une dérogation.

⁹³¹ Émile GARÇON, *Code Pénal annoté*, 1951 ; une unique décision contentieuse mentionne précisément une possibilité de prendre la fuite comme étant exclusive de toute légitime défense, voir en ce sens Cour de cassation, criminelle, Chambre criminelle, 7 septembre 2010, 09-87.967, Inédit.

qu'importe que la personne choisisse la fuite ou un acte défensif, dans les deux cas elle y est contrainte, par une utilité individuelle, celle de sauver sa vie.

510. La nécessité d'action est de ce fait une action dont le caractère est jugé indispensable par la personne qui agit. La même logique est applicable s'agissant des théories dérogatoires qui imposent une action : c'est à la personne placée dans l'inconfortable situation de décider face à la gravité de l'action nécessaire, d'y faire face, sans toujours savoir si son action est ou non illégale.

Prenons l'exemple de l'omission de porter secours à personne en péril : la simple provocation de l'action des secours suffit à lever la qualification pénale et le délit (par exemple la personne qui enfreint une règle le fait par sa propre volonté, en cassant une vitre pour accéder à une victime qui suffoque). Cette nécessité d'action qui existe dans l'état de nécessité est accentuée pour l'administration, dès lors qu'elle dispose de prérogatives de puissance publique, et qu'en vertu de ces prérogatives, la théorie des circonstances exceptionnelles légitime qu'elle agisse : finalement le choix de privilégier l'action à la paralysie s'impose par elle-même à l'administration.

511. La nécessité d'action peut donc être justifiée par une exception, mais elle peut également l'être par une dérogation. Lors des attentats de 2015, un fonctionnaire de police a neutralisé un assaillant qui se trouvait être de dos et qui n'était manifestement pas en train de commettre d'exaction. La légitime défense ne saurait être constituée dans ce cas, mais, au vu de l'utilité sociale de mettre fin aux crimes⁹³², aucune poursuite n'a été engagée contre le policier. La volonté d'interrompre l'exécution des crimes est une chose, mais sa mise en œuvre est imposée par la nécessité de mettre fin à la gravité extrême de la situation, quitte à y mettre fin de façon illégale⁹³³.

512. La question de savoir si la finalité justifie les moyens mis en œuvre n'est pas nouvelle, et la doctrine a largement étudié cette épineuse problématique ; en l'occurrence, il faut admettre que dans l'urgence et pour faire face à une gravité extrême, la fin a justifié les moyens. Mais c'est uniquement parce qu'il n'y a pas eu disproportion manifeste entre la gravité initiale de la situation et l'illégalité de l'action que ce moyen ait été admis.

⁹³² Le rapport de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale relate cette intervention comme le facteur déterminant de l'arrêt de la tuerie, ayant mis un terme à l'exécution du plan du commando terroriste. Les rapporteurs soulignant que « *la gestion des premières minutes est cruciale* », et nécessitant l'établissement d'une procédure d'urgence absolue.

⁹³³ Le code pénal, dans son article 122-5 alinéa 2, prévoit expressément que l'irresponsabilité pénale ne concerne qu'un acte autre qu'un homicide volontaire.

513. La nécessité d'action est donc une contrainte, qui impose une réaction qui est généralement illégale, mais qui sera « légalisée » *a posteriori* par l'institution sociétale⁹³⁴, en recourant à la technique dérogatoire.

L'urgence est particulièrement révélatrice de cette nécessité d'action, et des conséquences qui en découlent face à la gravité des situations : si l'administration dispose d'un pouvoir discrétionnaire quant au choix du moment de son action, comme de ses modalités, cette liberté disparaît en cas d'urgence, car l'administration est contrainte par le contexte temporel de l'urgence comme de la gravité qui en découle : de l'urgence découle une nécessité d'action, qui doit être rapide.

514. La gravité quant à elle est « indispensable pour que la nécessité et l'urgence puissent être admises. Elle sert à caractériser le seuil de déclenchement minimal à partir duquel [la dérogation] devient éventuellement nécessaire »⁹³⁵ ; elle découle du caractère potentiellement irréversible de la situation et justifie l'intervention même illégale de l'administration, en vue de protéger des intérêts jugés supérieurs à l'illégalité. Gravité et illégalité sont donc parfois intimement liées dans l'urgence, l'illégalité pouvant à la fois venir de la situation initiale⁹³⁶ comme de l'action de l'administration ; et ce n'est pas l'absence de contentieux qui prouve l'absence de dérogation de ce type, bien au contraire : l'absence de contentieux indique que les autorités administratives qui dérogent à une règle, par nécessité, le font avec suffisamment de tact et de diligence pour éviter que cette action ne se retrouve au contentieux.

⁹³⁴ Julia SCHMITZ, *La théorie de l'institution du doyen Maurice Hauriou*, Thèse de doctorat en Droit, 2009, Université Toulouse 1 Capitole.

⁹³⁵ Pierre-Laurent FRIER, *L'Urgence*, Thèse remaniée, LGDJ, 1987.

⁹³⁶ Voir en ce sens Conseil d'État, du 23 octobre 1959, n°40922 et CE, Section, 14 décembre 1962, *Sieur Doublet*.

CONCLUSION DU CHAPITRE 2

515. La théorie de l'exception peut finalement se résumer comme étant normative, puisque fondée de la même façon que la norme ordinaire, et applicable lorsque certaines situations sont réunies. En revanche, la dérogation est la non-application de la norme, volontaire, et qui n'emportera pas de conséquences sur le plan juridique, cette dérogation étant justifiée par la nécessité d'action, même illégale, en présence d'un facteur d'urgence.

516. Lorsque la nécessité d'agir est imposée par une situation grave nécessitant une réaction immédiate, l'urgence remplit une fonction de soustraction aux règles de droit commun, soit par le mécanisme de l'exception lorsque celle-ci a été préalablement anticipée et peut être applicable, soit par la théorie de la dérogation qui permet de ne pas appliquer une règle ou régime juridique afin de surmonter l'urgence et la gravité des conséquences qui en découlent.

517. L'urgence porte ainsi intrinsèquement en elle ce pouvoir ou cette fonction⁹³⁷, la possibilité de s'abstraire légalement ou non de la légalité. Dans cette dernière hypothèse, la gravité de l'atteinte permet en effet de se soustraire à l'illégalité ou ses conséquences juridiques, afin de permettre aux mesures prises par l'administration de parvenir à la finalité recherchée. Ainsi, si dans bon nombre de textes, l'urgence est mentionnée comme un motif permettant d'échapper à la règle, au même titre que la force majeure, cette échappatoire n'est pas pour autant permise au titre des exceptions prévues par la totalité des textes. Dans ce cas, l'auteur de la disposition juridique qui s'est abstenu de les définir « *laisse ce soin à celui qui sera chargé de veiller à son application, c'est-à-dire au juge* »⁹³⁸, pourvu qu'il soit saisi : point de contentieux s'il n'y a point de litige. Lorsque la décision est illégale mais qu'elle satisfait tous, aucune sanction ne sera recherchée ; et quand bien même la sanction serait recherchée, le juge pour y donner droit, devra être confronté à une disproportion manifeste entre l'illégalité et la menace. Ce renversement du principe de proportionnalité n'est pas sans difficulté pour le requérant zélé qui voudrait absolument confondre l'auteur de l'illégalité commise pour combattre une situation grave et menaçante.

⁹³⁷ G. PAMBOU TCHIVOUNDA, « *Recherches sur l'urgence en droit administratif français* », RDP, 1983, p. 81-133.

⁹³⁸ Lucien NIZARD, *La jurisprudence administrative des circonstances exceptionnelles et la légalité*, précité.

CONCLUSION DU TITRE 2

518. Au terme de l'analyse des conséquences juridiques de l'urgence en droit de la santé, il apparaît que l'urgence permette de déroger aux droits des patients. Cette dérogation peut être plus importante lorsque l'urgence se cumule à l'impossibilité.

L'information pouvant être délivrée dans la plupart des hypothèses dans lesquelles le patient est conscient et en état de consentir aux soins, celle-ci sera toujours autant que possible délivrée, même partiellement, dans le cadre d'échanges entre le patient et le soignant. En revanche, la recherche du consentement, bien qu'elle ne soit jamais inutile, ne saurait être obligatoire en cas d'urgence et d'impossibilité. La recherche du consentement n'est pas non plus obligatoire dans les cas d'urgences dans lesquels il n'existe pas d'alternative thérapeutique à la solution préconisée par les professionnels de santé.

Ainsi, contrairement à l'information, pour laquelle le fondement est tout à la fois « *l'urgence et l'impossibilité* », s'agissant du consentement, la simple exigence de l'urgence, entendue comme vitale (qui met en danger la vie du patient et risque d'entraîner le décès faute d'intervention médicale) suffit à exonérer les médecins de rechercher le consentement de la personne.

Le refus du patient d'être sauvé pourrait être entendu comme le manque de lucidité du patient, voire l'altération de ses facultés. Dans ce cas, le consentement ne semble de toute façon pas remplir les caractéristiques exigées par la déontologie.

519. L'urgence individuelle étant désormais identifiée quant à son mécanisme et à ses conséquences juridiques, il convient à présent de s'intéresser à l'articulation de ces urgences individuelles avec les exigences collectives. L'urgence en effet peut prendre une dimension exceptionnelle, extraordinaire, notamment en cas de crise sanitaire ou de menaces sanitaires graves.

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

520. La notion d'urgence permet donc au nom de l'impérieuse nécessité d'action, d'agir y compris en dérogeant aux règles établies, pour arriver à la finalité poursuivie.

L'urgence en droit de la santé doit donc s'entendre comme une situation de détresse d'une ou plusieurs victimes, exposées à un péril ou à un risque de perdre une fonction ou un organe, voire un risque de décès et ce à très brève échéance. L'état de la (ou des) victime impose des soins immédiats ou dans une temporalité très courte pour y survivre, ou pour ne pas que ce processus devienne irréversible. Faute de soins rapides et adaptés, la ou les victimes risquent en effet des lésions irréversibles, la perte d'une fonction (ex : appareil locomoteur) ou la perte d'un organe (ex : amputation, ablation...).

521. L'urgence individuelle étant désormais identifiée quant à son mécanisme et à ses conséquences juridiques, il convient à présent de s'intéresser à l'articulation de ces urgences individuelles avec les exigences collectives. L'urgence en effet peut prendre une dimension exceptionnelle, extraordinaire, notamment en cas de crise sanitaire ou de menaces sanitaires graves.

SECONDE PARTIE : LES DISPOSITIFS DE L'URGENCE

522. Après avoir étudié la notion d'urgence, de façon générale et appliquée au droit de la santé, il convient désormais d'envisager les conséquences juridiques du recours à cette notion dans des situations qui peuvent être aussi variées que différentes. L'urgence peut en effet s'exprimer de multiples façons ; l'urgence peut être préhospitalière en situation classique comme en situation dégradée, soit au sein de services spécialisés dans l'accueil des urgences, soit au sein de services spécialisés dans le traitement de pathologies ou d'organes spécifiques. Là encore, la prise en charge et donc les conséquences juridiques de l'urgence ne seront pas les mêmes dans des situations dites 'courantes' et dans des situations sanitaires d'ampleurs exceptionnelles.

523. L'urgence sera donc étudiée sous le prisme de l'environnement qui entoure le patient, essentiel pour la prise en compte de l'adéquation des moyens aux fins ; nous rechercherons ainsi les incidences de l'urgence en droit de la santé au travers les situations liées aux urgences individuelles (Titre 1), avant de comparer avec l'urgence en situation exceptionnelle et la prise en charge d'urgences collectives (Titre 2). Cette étude devrait permettre de mettre en évidence les incidences de l'urgence face à la multiplicité des situations ; sans oublier de s'interroger sur la prise en charge simultanée des urgences individuelles et collectives, généralement au sein de deux circuits patients identifiés précocement.

TITRE I : L'URGENCE EN SITUATION COURANTE : L'URGENCE INDIVIDUELLE

524. Il convient de s'intéresser à l'impact de l'urgence sur les droits des patients et les obligations des professionnels de santé. Le code de la santé publique reconnaît à toute personne le droit d'être informée sur son état de santé, le débiteur de l'obligation étant le professionnel de santé, et seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser⁹³⁹. Le consentement libre et éclairé du patient doit également être recherché, sauf à ce que la personne soit hors d'état d'exprimer sa volonté et en cas d'urgence ou d'impossibilité⁹⁴⁰. Afin de tenter de constituer les conséquences juridiques de l'urgence dans le domaine de la santé, il semble donc important de commencer l'étude par le cas des urgences psychiatriques (Chapitre 1), qui pose un certain nombre de problématiques, et semble une impossibilité pour le patient de consentir librement aux soins.

525. Ces urgences doivent impérativement avoir une origine somatique, à l'exclusion d'une pathologie psychiatrique, car la prise en charge ne se fait pas du tout dans les mêmes conditions. Malheureusement, certains patients se retrouvent dans « l'entre-deux », notamment dans le cas d'ivresse éthylique aiguë : n'étant pas en état de donner un consentement libre et éclairé, le patient rentre dans les cas pour lesquels il existe une impossibilité d'information de la part des professionnels de santé, mais nécessite des soins. La problématique se pose quand le patient souhaite sortir du service contre avis médical, la capacité du patient étant altérée...

Dans les lieux publics, les forces de sécurité intérieure peuvent conduire – à ses frais – le patient vers une chambre de sûreté⁹⁴¹, après examen médical. Or, si le patient nécessite d'être admis pour raison de santé, de façon paradoxale son consentement est en principe recherché, alors justement que son état le prive de discernement. En cas de refus, l'usage⁹⁴² est de recourir à des sédatifs et une contention physique si nécessaire, avec parfois un recours à l'isolement du patient. Le cadre juridique lié à la contention et l'isolement⁹⁴³ est celui des personnes faisant

⁹³⁹ Code de la Santé Publique, L.1111-2.

⁹⁴⁰ Code de la Santé Publique, L.1111-4.

⁹⁴¹ Code de la Santé Publique, L.3341-1.

⁹⁴² Xavier DE LENTAGNE DE LOGIVIERE, Maxime GIGNON, Carole AMSALLEM et al., « Aspects médico-légaux de l'ivresse éthylique aiguë », *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*, 27, décembre 2015, n° 4, p. 208-215.

⁹⁴³ Code de la Santé Publique, L.3211-3, L.3222-5-1.

l'objet de soins psychiatriques, et semble peu adapté à ces cas d'altération de la santé, y compris mentale, en raison de la présence de toxiques⁹⁴⁴.

Ces pathologies sont généralement refusées par les psychiatres, estimant qu'il n'existe aucune pathologie psychiatrique, la maladie ayant pour origine la prise de substances toxiques, ce sont les urgences somatiques (Chapitre 2) qui doivent les prendre en compte.

526. Les urgences « générales » prennent en charge des patients pour une multiplicité de motifs, et la prise en charge de l'urgence ne se résume pas uniquement à l'intervention des médecins, mais englobe une prise en charge opérationnelle du patient, en termes de ressources médicales et logistiques.

⁹⁴⁴ Le cas de l'alcool a été pris, mais la réflexion pourrait être similaire s'agissant d'autres substances comme les drogues médicamenteuses utilisées hors prescription (benzodiazépines, opiacés), ou les drogues (cannabis, cocaïne...).

CHAPITRE I : L'URGENCE PSYCHIATRIQUE

527. Les médecins généralistes sont les plus consultés en cas de problématique psychologique ou psychiatrique, avec 15 à 40% de prise de rendez-vous pour ce motif⁹⁴⁵, et si la profession est bien formée pour les pathologies somatiques, c'est rarement le cas pour les problèmes psychiques. Un rapport de l'IGAS souligne à cet effet que les généralistes sont à l'initiative de 90% des prescriptions d'antidépresseurs, les praticiens n'adressant que peu leurs patients vers les dispositifs spécialisés. La conséquence en est qu'en l'absence de prise en charge adaptée, certains patients présentent des phases aiguës, nécessitant un recours aux urgences sans que paradoxalement, à l'issue, de dispositif d'accompagnement ne soit prévu. Des patients sont ainsi admis de façon cyclique au sein des urgences, en phase de crise. L'admission en soins psychiatriques se fait en principe avec le consentement du patient (section 1), mais en cas d'impossibilité, le recours aux soins sans consentement est nécessaire (section 2), particulièrement dans l'urgence des phases aiguës. Des problématiques médico-juridiques sont communes aux deux modes d'admission comme l'inadaptation des urgences générales pour accueillir ces patients non-somatiques, l'absence de continuité des soins à l'issue de l'hospitalisation, ou la délicate question de la lucidité du consentement.

528. Les pathologies psychiatriques se révèlent progressivement pendant l'enfance ou l'adolescence alors que le constat alarmant révèle que « *la pédopsychiatrie n'a jamais eu autant de cas à traiter et si peu de moyens* »⁹⁴⁶. Il est pourtant démontré⁹⁴⁷ que plus de 35% des pathologies psychiatriques adultes débuteraient avant 14 ans, 48% avant 18 ans et 62,5% avant 25 ans. Seules 37,5% des pathologies psychiatriques se développent après 25 ans, dont une part variable est liée aux facteurs environnementaux et à la vieillesse. Les urgences psychiatriques infanto-juvéniles (section 3) nécessitent la mise en œuvre de procédures spécifiques, et l'encadrement juridique semble avoir besoin d'une réforme en profondeur.

⁹⁴⁵ Rapport Public, *Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution*, IGAS, octobre 2019.

⁹⁴⁶ Pascale FAUVEAU, « *Pédopsychiatrie en devenir : une histoire à jouer sur les mots* », Vie sociale et traitements, 2022, volume 4, n°156, p. 34-40.

⁹⁴⁷ Marco SOLMI, et al., « *Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies* », Molecular Psychiatry, 27 janvier 2022, n° 1, p. 281-295.

Section 1. Les urgences psychiatriques et le consentement du patient

530. Depuis 2002, les patients sont de plus en plus ‘acteurs’, à la fois dans leur prise en charge médicale, mais plus largement en santé. Leur participation à la prise de décision est organisée, à travers une information aussi complète que le permettent leur état et leurs facultés de compréhension, et le consentement aux soins. En pratique, l’exercice est parfois difficile, particulièrement pour les patients hors d’état d’exprimer leur volonté, en raison de l’altération de leurs facultés mentales, de leur âge, ou de leur pathologie.

Un patient peut en effet être dans l’incapacité, de droit ou de fait, de consentir de façon éclairée aux actes médicaux – et donc de consentir seul – ce qui impose qu’une tierce personne puisse ou doive prendre des décisions. Pour les majeurs protégés le juge désigne ce tiers, et la loi délimite l’étendue des décisions que ce tiers peut prendre ; toutefois la procédure est longue, et n’est généralement mise en place que lorsque le majeur est durablement empêché de décider seul⁹⁴⁸. S’agissant des troubles passagers, rendant impossible l’expression du consentement, les procédures sont plus complexes. Il appartient au médecin d’obtenir le consentement de son patient, alors que justement le praticien constate l’existence de troubles mentaux. Toute la difficulté réside alors dans l’évaluation de l’aptitude du patient à consentir.

En matière de psychiatrie, le principe est en effet celui de la liberté des soins (§1) et le régime juridique applicable est le même que pour les soins somatiques. Toutefois, en raison de l’existence de troubles mentaux, la possibilité de refuser les soins en tout ou partie (§2) est difficile à appréhender, tout comme la faculté de quitter l’établissement après une admission en urgence (§3).

⁹⁴⁸ Cette procédure repose sur une constatation médicale d’une altération des facultés et de ses conséquences sur la nécessité de la personne d’être assistée. Code civil, article 431.

Paragraphe 1 : L'admission en urgence avec le consentement

531. Il faut d'emblée rappeler ici que le code de la santé publique traite des soins psychiatriques à l'image des soins somatiques, c'est-à-dire que le patient dispose des mêmes droits⁹⁴⁹ et libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause. Le recours aux soins avec le consentement est privilégié lorsque l'état de la personne le permet, c'est-à-dire que la volonté du patient de se faire soigner repose sur une décision « libre et éclairée ».

532. La question du libre arbitre chez les patients souffrant de troubles psychiatriques fait l'objet de nombreuses discussions chez les professionnels de santé comme du droit, et pose un certain nombre de difficultés. Le consentement permet l'hospitalisation libre, ce qui signifie que « l'hospitalisation sans consentement est exclue, quel que soit l'état du malade, dès lors qu'il consent à être hospitalisé »⁹⁵⁰. C'est ce postulat qui pose un certain nombre de difficultés.

D'une part, l'acceptation des soins n'empêche pas nécessairement le consentement du patient, l'état de compréhension pouvant être altéré par la pathologie. A l'inverse, difficile d'affirmer qu'un patient acceptant les soins nécessite une hospitalisation sous contrainte. La liberté de choix des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques reste sujette à caution, la frontière entre la capacité et l'incapacité de consentir aux soins étant parfois délicate⁹⁵¹, tout comme l'adhésion aux soins ou leur refus.

D'autre part, compte tenu de cette possible altération des facultés cognitives, la situation d'un patient en hospitalisation libre en psychiatrie semble difficilement comparable avec celle d'un patient somatique, particulièrement en raison de l'étroite surveillance qui sera mise en œuvre tout au long de son séjour.

533. Tous les patients font l'objet d'une surveillance médicale, motif justifiant généralement leur hospitalisation par le besoin de soins fréquents. Obligatoire et de nature à engager la responsabilité de l'établissement en cas de faute⁹⁵², cette surveillance est accrue d'autant, s'agissant des secteurs psychiatriques, le juge la considérant de façon distincte des

⁹⁴⁹ CSP, L.3211-2. Les patients disposent « des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause ».

⁹⁵⁰ Didier TRUCHET, *Malades mentaux*, Répertoire de droit civil, Dalloz, 2006.

⁹⁵¹ Cyril HAZIF-THOMAS, *La liberté de choix des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques*. Thèse de doctorat, Rennes 1, 2016.

⁹⁵² CSP, L.6111-1. Voir sur l'absence d'évaluation par un psychiatre un patient admis dans un service somatique, Anne ROBERT, « Défénestration d'un patient en phase confusionnelle, et en l'absence d'évaluation psychiatrique », *Santé mentale et Droit*, vol. 22, octobre 2022, n° 5, p. 757-760. La faute simple suffit, Conseil d'Etat, Section, 5 janvier 1966, *Hawezack*.

autres pathologies, en soulevant éventuellement la nécessité pour l'équipe soignante d'adapter le régime d'hospitalisation. Cette obligation de vigilance renforcée, y compris en hospitalisation libre, se justifie par la dangerosité potentielle des patients pour eux même ou autrui⁹⁵³, et prend plusieurs formes :

La nécessité d'adapter l'hospitalisation en cas de tentatives de fugues, le défaut de surveillance ayant alimenté un contentieux très abondant, traduisant parfois une carence dans l'adaptation des locaux, ou l'attitude du personnel. Il ne peut toutefois être opposé une absence de recours à des méthodes coercitives en hospitalisation libre⁹⁵⁴, celle-ci n'étant pas possible sauf en cas de basculement vers une hospitalisation sans consentement. L'établissement doit impérativement prévenir la famille en cas de fugue, et contacte généralement les forces de sécurité intérieure si le patient est jugé dangereux⁹⁵⁵. La préservation de la liberté d'aller et venir⁹⁵⁶ étant une dimension importante y compris en secteur psychiatrique, elle illustre la recherche d'un équilibre précaire entre liberté et sécurité, d'autant plus dans un contexte d'urgence.

La prévention des risques suicidaires est complexe⁹⁵⁷, parfois sous-évaluée⁹⁵⁸, et la responsabilité de l'État en cas d'échec à protéger l'intégrité humaine contre elle-même reste limitée. Cette prévention se heurte en effet au caractère volontaire de l'hospitalisation, qui peut – en principe – être révoqué à tout moment. La délicate question qui se pose est de savoir si cette hospitalisation 'consentie' dédouane l'établissement de son obligation de surveillance, et la réponse varie en fonction des cas d'espèces, essentiellement en fonction du comportement

⁹⁵³ F. LALANDE et C. LEPINE, Rapport de l'IGAS, *Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter*, mai 2011.

⁹⁵⁴ Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 12/03/2012, 342774 ; Cour administrative d'appel de Bordeaux, 2ème chambre, 17/12/2019, 17BX03814, Inédit au recueil Lebon ; Cour administrative d'appel de Nancy, 3ème chambre - formation à 3, 23/07/2015, 14NC00556, Inédit au recueil Lebon.

⁹⁵⁵ Voir pour illustration, Conseil d'Etat, 3 / 5 SSR, du 10 décembre 1982, 33373, mentionné aux tables du recueil Lebon ; toutefois aucune mesure législative ou réglementaire ne confie cette mission aux forces de sécurité intérieures. Voir en ce sens, Code de procédure pénale, article 230-19 et suivants. La décision de placement d'office en établissement psychiatrique peut toutefois constituer une base légale pour inscrire le patient au fichier des personnes recherchées, notamment lorsqu'il s'enfuit dudit établissement, comme le patient dont il ne fait aucun doute qu'il constitue une menace grave pour la sécurité publique ou la sûreté de l'Etat. Voir en ce sens Décret n° 2010-569 du 28 mai 2010 *relatif au fichier des personnes recherchées*.

⁹⁵⁶ Cette liberté constitue un droit fondamental, que contrôle le Conseil Constitutionnel en censurant certaines dispositions législatives (n° 2011-135/140 QPC). Les conditions de limitation de la liberté de circulation est prévue par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 *de modernisation de notre système de santé*, notamment avec l'instauration de registres de suivi et de traçabilité.

⁹⁵⁷ Cour Administrative d'Appel de Marseille, 2ème chambre - formation à 3, 17/06/2013, 11MA00769, Inédit au recueil Lebon ; Cour administrative d'appel de Douai, 2e chambre - formation à 3 (bis), 11/05/2010, 09DA00013, Inédit au recueil Lebon ; Cour Administrative d'Appel de Nantes, 3ème Chambre, 07/07/2011, 11NT00473, Inédit au recueil Lebon.

⁹⁵⁸ Tribunal administratif de Marseille, 22 novembre 2011, n°1005400 ; Conclusion du Rapporteur Public Gilles ROUX, « Responsabilité pour sous-estimation du risque suicidaire d'un patient », AJDA 2012, n°5, p.284 ; Cour administrative d'appel de Paris, 3e chambre, du 11 juillet 1997, 96PA00943 96PA01213, inédit au recueil Lebon.

du patient⁹⁵⁹, de l'imprévisibilité de son geste⁹⁶⁰, et des antécédents suicidaires⁹⁶¹, et parfois de l'aménagement des locaux⁹⁶².

534. Cette nécessité de surveillance⁹⁶³ s'agissant des soins libres n'est toutefois pas absolue, et constitue une obligation de moyen et non de résultat⁹⁶⁴. Elle s'apprécie « *en fonction de la pathologie du malade et de sa situation administrative* », ce qui induit une certaine tolérance de la part des magistrats, y compris dans les contextes de soins sans consentement, dès lors que le patient est déterminé et qu'il est impossible de l'empêcher de passer à l'acte⁹⁶⁵. Il s'agit donc pour le juge d'apprécier in concreto la prévisibilité du passage à l'acte, ou de fugue, et d'apprécier les mesures mises en œuvre par les professionnels pour y faire face. Si l'imprévisibilité des agissements est généralement soulignée par les magistrats⁹⁶⁶ pour écarter la responsabilité de l'établissement, la jurisprudence est fluctuante, parfois contradictoire⁹⁶⁷. La notion juridique d'obligation de surveillance des patients hospitalisés librement en psychiatrie paraît ainsi incertaine, d'autant que le contentieux reste pour la majorité cantonnée au premier ressort et à l'appel.

Si le législateur ne prévoit pas explicitement une surveillance constante pour les différentes formes de soins libres, qui pourrait être attentatoire à la vie privée, la surveillance doit toutefois permettre d'assurer la sécurité physique et morale des patients accueillis. La prise en charge des patients souffrant d'addiction doit par exemple permettre d'éviter les conduites à

⁹⁵⁹ Voir pour illustration sur l'absence de faute : Conseil d'État, 5 / 3 SSR, du 29 janvier 1999, 185034, inédit au recueil Lebon ; Cour administrative d'appel de Nancy, 3ème chambre - formation à 3, du 14 octobre 2004, 99NC00266, inédit au recueil Lebon ; Conseil d'État, 5 / 3 SSR, du 16 avril 1980, 01643 02777, inédit au recueil Lebon.

⁹⁶⁰ Conseil d'État, n°01643, *précité* ; Cour administrative d'appel de Nantes, 3e chambre, du 30 décembre 1999, 96NT02160, inédit au recueil Lebon.

⁹⁶¹ Cour Administrative d'Appel de Marseille, 3ème chambre - formation à 3, 19/10/2006, 05MA00624, Inédit au recueil Lebon ; Cour Administrative d'Appel de Nancy, 3ème chambre - formation à 3, 14/06/2007, 06NC01095, Inédit au recueil Lebon.

⁹⁶² Cour administrative d'appel de Nancy, 3e chambre, du 29 janvier 1998, 95NC00177, inédit au recueil Lebon ; Cour administrative d'appel de Nancy, 3ème chambre - formation à 3, du 27 janvier 2005, 00NC00459, inédit au recueil Lebon.

⁹⁶³ Code de la Santé Publique, L.6111-1.

⁹⁶⁴ Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 13 octobre 1999, 97-16.216, Publié au bulletin.

⁹⁶⁵ Cour administrative d'appel de Douai, 2e chambre, du 16 octobre 2001, 98DA01966, inédit au recueil Lebon ; Cour Administrative d'Appel de Marseille, 3ème chambre - formation à 3, 25/01/2007, 05MA01245, Inédit au recueil Lebon ; Conseil d'État, 5 / 3 SSR, du 29 janvier 1999, 185034, inédit au recueil Lebon.

⁹⁶⁶ Conseil d'État, 5 / 3 SSR, du 5 mars 1975, 91211, publié au recueil Lebon.

⁹⁶⁷ José COELHO, « Responsabilité du fait du suicide de patients psychiatriques en hospitalisation libre : quelle obligation de surveillance ? », AJDA, 2008, n°9, p.441 ; V. DUJARDIN, « L'obligation de surveillance dans les établissements de santé mentale - Essai d'analyse jurisprudentielle », dossier BJPH oct. 2007, n° 101.

risques⁹⁶⁸, tout particulièrement l'accès aux drogues au sein de l'établissement de santé ou à ses abords. D'une manière plus générale, des actions préventives doivent éviter tout accident mettant en jeu la sécurité des personnes, le système de santé mentale étant le plus confronté aux violences, mais également celui ayant le plus de difficultés à le prévenir et le gérer⁹⁶⁹. L'état de santé d'un patient lors d'une sortie d'essai⁹⁷⁰ doit être surveillé, et en cas de dégradation doit conduire l'établissement à envisager une nouvelle hospitalisation⁹⁷¹, parfois dans l'urgence, et engage l'établissement le cas contraire.

535. Une des principales problématiques que peuvent rencontrer des patients admis en hospitalisation libre, par exemple pour un épisode dépressif, est la confrontation directe avec d'autres pathologies psychiatriques, souvent mélangées dans les services d'urgence qui ne sont que rarement sectorisés par pathologie, mais également à la violence subie ou provoquée par les malades mentaux. La littérature scientifique démontre qu'une fraction variable des patients admis en psychiatrie présente un risque accru de violence, les addictions majorant encore ce risque⁹⁷². Les troubles mentaux graves (schizophrénie, trouble délirant et trouble de l'humeur), même sans cette majoration, génèrent un risque d'homicide plus élevé que celui constaté dans la population générale⁹⁷³ (jusqu'à seize fois plus important), ce qui fait peser un risque pour les soignants et les autres patients admis dans l'établissement. Le patient consentant se retrouve de plus généralement enfermé dans une unité de soins regroupant des patients avec et sans consentement, sans tenir compte de leur état clinique, et augmentant d'autant le risque d'agression entre malades⁹⁷⁴. Pour établir l'existence d'une faute dans l'organisation du service hospitalier au titre du défaut de surveillance d'un patient atteint d'une pathologie psychiatrique,

⁹⁶⁸ Cour Administrative d'Appel de Marseille, 2ème chambre - formation à 3, 11/07/2011, 09MA01562, Inédit au recueil Lebon ; Jean-Marc PANFILI, « *La surveillance en soins psychiatriques : difficultés liées à la consommation de produits toxiques et à la cohabitation de certains patients* », Droit, Déontologie & Soin, 14, mars 2014, n° 1, p. 54-62.

⁹⁶⁹ Rapport de l'IGAS, *Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter*, 2011.

⁹⁷⁰ Ces sorties d'essai répondent à un régime juridique spécifique, de la responsabilité sans faute de la puissance publique, mais qui n'est pas plus longuement développé en l'absence d'urgence.

⁹⁷¹ Cour administrative d'appel de Marseille, 3ème chambre - formation à 3, 01/10/2009, 07MA03488, Inédit au recueil Lebon

⁹⁷² P. S. APPELBAUM et al., « *Violence and delusions: data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study* », The American Journal of Psychiatry, 157, avril 2000, n° 4, p. 566-572 ; S. BONNET et al., « *Insight et dangerosité psychiatrique : revue de la littérature* », L'Encéphale, 43, avril 2017, n° 2, p. 146-153

⁹⁷³ S. RICHARD-DEVANTOY, « *Risque d'homicide et troubles mentaux graves : revue critique de la littérature* », L'Encéphale, 35, décembre 2009, n° 6, p. 521-530.

⁹⁷⁴ Peu d'études scientifiques sont disponibles à ce sujet. A. LADOIS-DO et al., « *Patients agressés en milieu psychiatrique : revue de la littérature et implications cliniques* », Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Volume 66, Issue 1, 2018, Pages 53-62. L'étude conclue pourtant que ces expositions à la violence restent des cas ignorés et/ou non prises en charges par les soignants, et pouvant développer un trouble de stress post-traumatique ultérieurement. Voir également, rapport de l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) 2022, qui signale les passages à l'acte entre des patients violents et d'autres patients.

le juge doit tenir compte « lorsque l'état de santé de ce patient fait courir le risque qu'il commette un acte agressif à son égard ou à l'égard d'autrui non seulement de la pathologie en cause et du caractère effectivement prévisible d'un tel passage à l'acte, mais également du régime d'hospitalisation, libre ou sous contrainte, ainsi que des mesures que devait prendre le service, compte tenu de ses caractéristiques et des moyens dont il disposait »⁹⁷⁵. Ce contrôle d'adéquation des moyens aux fins permet d'exonérer la responsabilité de l'hôpital, particulièrement aux urgences générales, puisque dans l'attente de la prise en charge par un professionnel de santé, tout comme dans l'attente d'un examen psychiatrique, il est généralement difficile de prévoir le caractère violent de ces patients.

Ces situations incitent généralement les patients à refuser les soins et demander à quitter l'établissement.

Paragraphe 2 : La possibilité de refuser les soins psychiatriques : mythe ou réalité ?

536. Le retrait du consentement du patient est parfois synonyme de basculement vers une hospitalisation sous contrainte, d'autant plus en urgence. Par ailleurs, l'appréciation du consentement est difficilement vérifiable, justement en raison du trouble, ce qui semble ne pas poser de véritables problèmes, sauf en cas de retrait du consentement, qui peut conduire des professionnels de santé à considérer ce refus de soin comme n'étant pas éclairé... et ne pas le prendre en compte. Cette absence de parallélisme entre consentement et refus de soins est problématique.

537. S'agissant dans un premier temps du consentement, il faut replacer l'information préalable à ce consentement comme très limitée voir quasi-inexistante, à la fois sur la pathologie⁹⁷⁶, comme sur les effets indésirables des traitements. Ces derniers sont pourtant bien identifiés, mais les psychiatres préférant éviter d'effrayer leur patient ou de diminuer l'observance thérapeutique, choisissent de les occulter : 64% ne mentionnent pas l'effet sédatif

⁹⁷⁵ Conseil d'État, 5ème - 6ème chambres réunies, 29/09/2021, 432627.

⁹⁷⁶ Les études scientifiques montrent que les psychiatres n'informent que partiellement, voire pas du tout, les patients atteints de certaines pathologies. Seuls 13,% des psychiatres informent systématiquement (ou le plus souvent) leur patient du diagnostic de schizophrénie par exemple, alors qu'ils informent ces mêmes patients du traitement envisagé à plus de 90%. Même lorsque le patient demande le nom de la maladie, seuls 20% des psychiatres leur répondent précisément. Cf. J. GREMION et al, « Place de l'information dans le consentement aux soins des patients schizophrènes. À propos d'une enquête réalisée auprès de 74 psychiatres du Val-de-Marne », Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 159, septembre 2001, n° 7, p. 522-528 ; F. BAYLE, et al. « Enquête sur l'annonce du diagnostic de schizophrénie en France ». L'Encéphale, 1999, vol. 25, n°6, p. 603-611.

des médicaments prescrits, 88% ne signalent pas les effets secondaires graves, comme le syndrome malin des neuroleptiques, pouvant pourtant amener le patient à une profonde confusion, agitation, voir le coma⁹⁷⁷. D'ailleurs, l'information sur la durée du traitement est également occultée, particulièrement pour les pathologies chroniques, seul un psychiatre sur trois mentionnant un traitement sur plusieurs années, un sur dix suggérant un traitement à vie. Les deux principaux obstacles à la délivrance d'une information complète étant le déni du patient comme l'image stigmatisante de la plupart des maladies mentales dans la société⁹⁷⁸, les psychiatres tendent alors à s'écarter des obligations légales et déontologiques et à concevoir l'information comme un processus qui s'inscrit dans la durée et dans une continuité d'action thérapeutique, et non comme un préalable aux soins. C'est probablement pour cette raison que les patients arrivant aux urgences ne sont pas ou peu informés, et donc pas ou peu aptes à consentir.

538. Le patient atteint de troubles psychiatriques, qui se présente librement aux urgences, est admis en soins libres, et dispose donc de la faculté de refuser les soins. Mais deux situations principales posent une difficulté particulière :

Le refus de soins lié à la pathologie mentale, lié à l'absence de corollaire entre le consentement et le refus de soins : si le patient consent aux traitements, son consentement sera considéré comme valide, alors qu'à l'inverse s'il refuse les soins, le patient pourra être admis sans son consentement, si ces troubles sont de nature à présenter des risques pour lui-même ou autrui. Cette situation paradoxale interroge nécessairement sur la validité juridique de ces soins « libres », susceptibles de se transformer en contrainte à tout moment.

La seconde situation concerne le refus de soins somatiques, en raison de troubles psychiatriques. Il n'est – en principe – pas possible de contraindre un patient refusant des soins somatiques⁹⁷⁹, y compris si ce refus a pour origine un trouble psychiatrique. Il faut donc prendre en charge le patient sur le plan psychiatrique, y compris sous la contrainte, puis une fois soigné (ou stabilisé), rechercher le consentement du patient pour des soins somatiques. Les recommandations de bonnes pratiques⁹⁸⁰ prennent l'exemple de l'appendicite : tant que le pronostic vital n'est pas engagé à court terme, le refus de soins s'oppose aux soignants.

⁹⁷⁷ J. GREMION et al, *précité*.

⁹⁷⁸ Voir pour illustration sur le cas de la schizophrénie, F. PETITJEAN, « *Information du patient atteint de troubles schizophréniques et information de l'entourage* », *Annales Médico-Psychologiques*, vol, 157, n°7, 1999, p. 484

⁹⁷⁹ Des exceptions existent toutefois, développées dans le chapitre sur le consentement.

⁹⁸⁰ Société Française de Médecine d'Urgence, *Recommandations de Bonne Pratique Clinique, Prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences*, 2021.

L'urgence médicale permet toutefois de contraindre le même patient aux soins qui s'imposent, dans les conditions déjà évoquées⁹⁸¹.

539. Les patients qui partent sans soins représentent une problématique de plus en plus récurrente⁹⁸², bien que peu d'études soient disponibles à ce sujet. Si l'état de santé du patient « en fuite » présente un caractère inquiétant, un recours aux forces de sécurité intérieure peut être envisagé, en lien avec le procureur de la République⁹⁸³. Or, si dans ce cadre le patient est retrouvé à son domicile et qu'une procédure est mise en œuvre (SDRE) pour prendre en charge le patient sans son consentement, celle-ci ne permet pas de pénétrer dans le domicile contre son gré⁹⁸⁴.

La mise en œuvre d'une procédure (SDDE) n'est généralement pas envisageable si le patient s'est présenté aux urgences, qu'il a fait l'objet d'une consultation, et que dans l'attente de résultats d'exams, il est sorti à l'insu du service : dans ce cas il a été admis en hospitalisation libre, et peut quitter le service à tout moment. La procédure de soins sur décision du directeur de l'établissement ne permet d'ailleurs pas la mise en place de moyens coercitifs si le patient a quitté l'établissement. Seule la commission d'un crime ou d'un délit puni d'une peine d'emprisonnement (flagrance) permettra le placement en garde-à-vue de la personne souffrant de troubles, et un examen médical dans le cadre de la compatibilité permettra éventuellement de basculer sur une admission sur décision du Préfet.

540. Une des principales problématiques liées aux urgences psychiatriques libres est que le patient, bien qu'ayant donné son accord pour son admission, reste libre de partir à tout moment, y compris contre l'avis des médecins⁹⁸⁵. Les médecins peuvent cependant avoir recours à la contrainte s'ils estiment que le patient est dangereux pour lui-même ou autrui, et que cette rétention ne dure que le temps strictement nécessaire⁹⁸⁶ à la mise en œuvre de

⁹⁸¹ C'est-à-dire lorsque le pronostic vital est en jeu et en l'absence d'alternative thérapeutique. Le médecin pouvant alors réaliser un acte indispensable à la survie du patient et proportionné à son état. Cf. *infra*, §327.

⁹⁸² Philippa BAIN et al. « Patients sortant sans soins : qui, pourquoi, que deviennent-ils, qu'est-ce qui aurait pu les retenir, reviendront-ils : une étude cas-témoins », SMFU, Urgences-SAMU-SMUR, Centre hospitalier de Carcassonne, Carcassonne, 2015.

⁹⁸³ CPP, article 74-1.

⁹⁸⁴ Sauf à ce que la situation présente un péril grave et imminent, auquel cas l'état de nécessité peut être invoqué. Voir en ce sens Vincent VIOUJAS, *Les sorties d'essai des patients hospitalisés d'office en psychiatrie : à la recherche d'un équilibre en réinsertion des patients et protection de la société*, RGDM, n°36, 2010, p.267-290.

⁹⁸⁵ CSP, R. 1112-62.

⁹⁸⁶ Conseil d'Etat, 1 / 4 SSR, du 17 novembre 1997, 155196, publié au recueil Lebon ; Conclusion du commissaire du gouvernement B. STIRN, « Le maintien d'une personne contre son gré dans un établissement psychiatrique en dehors des procédures légales constitue une voie de fait », AJDA n°1, 1990, p.54.

l'admission pour péril imminent. Mais pour mettre en œuvre ces mesures, faut-il encore que le patient ne sorte pas à l'insu du service...

La surveillance des patients incombe à l'établissement, qui doit prendre en compte la singularité et les aspects psychologiques du patient⁹⁸⁷. Dans le cas contraire, le défaut de surveillance peut constituer une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service, de nature à engager la responsabilité de l'établissement. Le juge s'intéresse au comportement du patient pour qualifier la faute, à la prévisibilité⁹⁸⁸ ou non de son départ prématuré (coutumier des faits...), et à sa pathologie pouvant rendre nécessaire une surveillance spécifique (dépression⁹⁸⁹, tendance suicidaire...). S'il existe un danger grave et imminent, et que le patient s'est enfuit, les services de police et/ou de gendarmerie pourront être avisés, dans la perspective que le patient retrouvé fasse l'objet d'une admission sans son consentement.

Si l'état de santé du patient le justifie, la transformation de l'hospitalisation libre en soins contraints est donc possible, par exemple pour empêcher sa fuite, sur décision médicale. Ce recours à des mesures de contention ou d'isolement doit être strictement limité dans le temps nécessaire à la mise en œuvre de la procédure administrative, et doit être proportionné aux nécessités de l'urgence, d'autant plus qu'elle n'est fondée que sur l'état de nécessité. La problématique ici est que la mise en jeu du pronostic vital n'est pas toujours évidente (la contention étant prescrite par anticipation d'un éventuel passage à l'acte), et qu'ainsi l'acte médical accompli (contention physique et/ou chimique) n'a pas pour but de sauver le patient, mais pour objectif la mise en œuvre de soins qui paraissent manifestement nécessaires, pour un patient dont il est établi qu'il ne dispose pas de sa totale faculté de discernement⁹⁹⁰, et donc pas d'aptitude à consentir ou à refuser les soins. Un meilleur encadrement juridique devrait renforcer les droits des patients placés dans ces situations ambivalentes, mais également donner un cadre plus protecteur pour les professionnels de santé confrontés à ces choix.

541. Pour autant, le patient admis en soins psychiatriques reste libre de refuser les soins tant en établissement de santé qu'en ambulatoire, en soins à domicile, et lors de séjours à temps partiel ou de courte durée. Si en établissement de santé, ce refus de soin n'est pas toujours pris

⁹⁸⁷ CSP, article L.6111-1.

⁹⁸⁸ Cour Administrative d'Appel de Marseille, 2ème chambre - formation à 3, 18/01/2011, 08MA01242, Inédit au recueil Lebon.

⁹⁸⁹ Cour administrative d'appel de Douai, 2e chambre - formation à 3 (bis), 11/05/2010, 09DA00013, Inédit au recueil Lebon.

⁹⁹⁰ Cyril HAZIF-THOMAS, *La liberté de choix des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques*. Dir. Marie-Laure MOQUET-ANGER, Thèse de doctorat, Droit, Université Rennes 1, 2016 ; Karine BERARD, *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain*, Dir. Guillaume ROUSSET, Thèse de doctorat, Droit, Lyon, 2017.

en considération par les soignants et conduit à des sorties à l'insu du service, la question du refus de soins s'agissant de l'ambulatoire ou des soins à domicile est plus difficile à appréhender.

Paragraphe 3 : La volonté de quitter l'établissement, avec ou sans l'accord des soignants

542. L'hospitalisation libre suppose la possibilité pour le patient de partir à tout moment, y compris contre avis médical. Or, la nature même des troubles psychiatriques impose aux soignants une surveillance accrue par rapport aux pathologie somatiques, et entraîne *de facto* une certaine pression exercée sur le patient : en cas de volonté de quitter le service, le patient peut se voir opposer le refus médical, le médecin pouvant estimer nécessaire la transformation de l'hospitalisation libre en hospitalisation sans consentement. Le professionnel peut alors retenir le patient, y compris par la contrainte, durant le temps nécessaire à la mise en œuvre de la procédure⁹⁹¹ de l'hospitalisation sous contrainte. Fort heureusement, ce cas de figure n'est pas systématique. Elle interroge toutefois sur la portée réelle des dispositions légales, mais également sur l'effectivité de la prise en compte du consentement du patient, dans la mesure où l'acceptation aux soins est envisagée par les soignants, mais pas le refus. Deux arguments peuvent alors être examinés : soit la pathologie est évolutive, le consentement donné lors de l'admission est valable, et le refus de soins n'est que l'expression d'une phase aiguë du patient, qui ne peut donc être considéré comme un lucide, et justifie pleinement le recours à des soins forcés. Soit la pathologie est stable, et les soignants ne devraient donc pas pouvoir remettre en cause la capacité du patient à refuser les soins : s'ils le faisaient, les soignants remettraient en cause le consentement initial du patient aux soins. La question est donc complexe.

543. Si s'agissant des soins somatiques le consentement est le fruit d'une certaine réflexion, lucide, manifestant sa volonté et son adhésion aux soins, la notion de consentement semble un peu différente en matière de psychiatrie, appréhendée de façon plus tacite, implicite ou présumée par les soignants. La notion de consentement « libre et éclairé » est souvent écartée, particulièrement en urgence, parce qu'elle suppose la connaissance de la pathologie, et donc la compréhension de l'information donnée par les soignants, mais également la manifestation d'une décision active. Or, généralement, le patient limite l'expression de sa volonté par l'adhésion à un programme de soins visant à le soigner, parfois à courte échéance

⁹⁹¹ Conseil d'Etat, 1 / 4 SSR, du 17 novembre 1997, 155196, publié au recueil Lebon.

et non sur le long terme⁹⁹². Cette logique se retrouve dans plusieurs pays, la présomption⁹⁹³ jouant un rôle beaucoup plus important en matière de consentement en psychiatrie qu'en matière somatique.

544. Relent d'un certain paternalisme médical, cette présomption est malheureusement très souvent mise en avant, le médecin se réfugiant derrière sa libre admission, et estimant mieux percevoir la nécessité des soins que le patient n'a la capacité de le faire. D'ailleurs, le patient peut renoncer aux informations nécessaires à l'expression de la prise de décision, en matière somatique comme psychiatrique : de nombreux patients se limitent à solliciter les soignants en vue de traitements, sans pour autant rechercher à comprendre la nécessité ou non de ceux-ci, ou sans rechercher leur inscription dans un programme de soins plus vaste. Un praticien canadien⁹⁹⁴ s'est longuement intéressé à l'information qui devrait être transmise aux patients en psychiatrie, permettant l'expression du consentement, ou son retrait, et éventuellement son départ du service. Articulée sous sept aspects, cette réflexion éthique est très riche d'enseignements, en ce qu'elle permet d'anticiper bon nombre de problématiques susceptibles de se produire ultérieurement :

La nature et l'objectif des soins proposés doivent être expliqués au patient, mais également les motifs qui dictent ces choix. En expliquant la nature de soins, mais aussi leur fréquence et leur durée de façon précoce et explicite, les patients sont probablement mieux à même de consentir ou de refuser les soins, et cela permet d'éviter une adhésion aux soins fondée sur un quiproquo sur la durée du traitement.

Les avantages et les risques des soins proposés, c'est-à-dire les bénéfices escomptés pour la santé mentale du patient, mais également les effets indésirables, et éventuellement les contraintes liées aux services psychiatriques (règlement intérieur, etc.).

Les autres options thérapeutiques susceptibles d'être valables pour le même patient, à la fois du point de vue thérapeutique mais également le mode d'hospitalisation (hôpital de jour, ambulatoire, soins à domicile...).

L'impact des soins sur le mode de vie du patient, qui peut être parfois très important, notamment en raison du recours fréquent à des médicaments entraînant des effets secondaires

⁹⁹² Les urgences psychiatriques n'ayant pas vocation à assurer les soins dans la durée.

⁹⁹³ Grainne NEILSON et Gary CHAIMOWITZ, « *Le consentement libre et éclairé aux soins en psychiatrie* », Canadian Journal of Psychiatry, 60, avril 2015, n° 4, p. 1-12 ; Peter LEPPING « *Consent in psychiatry—an ethical review* » Psychiatric Bulletin, 2003, n°27, volume 8 p. 285-289.

⁹⁹⁴ Fay Adrienne ROZOVSKY et Lorne Elkin ROZOVSKY, « *The Canadian law of consent to treatment* », Butterworth Legal Publishers, 1990.

lourds (baisse de la concentration ne permettant pas la conduite de véhicules...), et nécessitant d'adapter parfois les modes de vie pendant le traitement.

Les aspects économiques des soins, notamment les dépassements d'honoraires s'ils existent, mais aussi les restes à charge pour le patient, etc.

L'identification du médecin référent du patient, qui peut être différent lors de l'admission dans le service, mais plus largement de l'équipe soignante, leurs rôles et fonctions, leurs compétences.

Enfin, les conséquences d'un refus de traitement, et l'évolution prévisible de la santé du patient, avec une réflexion du psychiatre sur la capacité d'évaluation du patient à se projeter dans une éventuelle dégradation de sa santé. C'est ce dernier point qui semble le plus à même de faire basculer le statut du patient désireux de quitter l'établissement vers une hospitalisation sous contrainte.

545. La volonté de quitter le service ou l'établissement est généralement liée à un refus de soins et devrait donc être exprimée par un patient jouissant de la plénitude de ses facultés mentales, chose déjà parfois complexe en psychiatrie ; mais en plus, le psychiatre devrait théoriquement s'interroger sur la future dégradation de sa santé mentale pour justifier d'un basculement vers une hospitalisation sous contrainte. Dans un premier temps, cela pose au juriste la difficulté de l'appréciation du consentement, qui s'il n'est pas remis en cause par le patient, est présumé juridiquement valide même si le patient voit ses facultés mentales altérées⁹⁹⁵. Ensuite, c'est l'appréciation du pronostic qui peut sembler complexe, en raison de la difficile appréciation de la temporalité de la dégradation de l'état de santé du patient par le psychiatre : quel laps de temps justifie le recours à la contrainte ? La dégradation doit-elle être à très court terme ? Cette dégradation de la santé du patient suffit-elle, ou doit-elle être complétée par un facteur de dangerosité du patient pour lui-même ou autrui ?

Des témoignages⁹⁹⁶ de patients ayant vécu ce basculement du mode d'hospitalisation relatent généralement l'expression de leur volonté de quitter l'établissement. Du côté des scientifiques, pour certaines pathologies, c'est l'expression d'une crise, avec un risque

⁹⁹⁵ Par la pathologie ou par les traitements médicamenteux, certains médicaments affectant particulièrement les facultés de discernements. HA KAISER. "Essential points in capacity evaluations" Mental Disability Law. Halifax Department of Psychiatry, October 2003; Grainne NEILSON et Gary CHAIMOWITZ, « *Informed Consent to Treatment in Psychiatry* », Canadian Journal of Psychiatry. 60, Avril 2015, n° 4, p. 1-11.

⁹⁹⁶ L'Antre-2, « *C'est du soin si c'est contraint ? - Enquête autour de témoignages sur les soins sans consentement* », octobre 2021, Rennes.

immédiat ou à très court terme⁹⁹⁷, c'est-à-dire l'existence de troubles mentaux altérant leurs capacités, et nécessitant une surveillance médicale constante.

546. Cette question de l'imposition de la contrainte en psychiatrie, y compris en hospitalisation libre, n'est pas nouvelle⁹⁹⁸, d'autant que les patients étant parfois mélangés (admis en hospitalisation libre et sous contrainte), c'est alors la totalité des patients, qui ne peuvent circuler librement dans le service⁹⁹⁹. Or, imposer les soins est problématique, probablement de façon plus exacerbée encore pour des soins avec le consentement du patient, qui 'subit' des contraintes (privation des effets personnels, port du pyjama hospitalier...). Ces contraintes sont mal vécues par les patients et les incitent à manifester leur volonté de quitter l'établissement. Les études démontrent également leurs contre-efficacités vis-à-vis des soins¹⁰⁰⁰, particulièrement sur des pathologies liées aux addictions, mais également certaines pathologies comme la schizophrénie. Pour ces pathologies, les soignants doivent donc permettre aux patients de sortir librement, en conservant si possible un lien avec eux, plutôt qu'en recourant à la contrainte au risque d'entraîner un repli, un accès de violence ou une phase aiguë¹⁰⁰¹.

⁹⁹⁷ HAS, Rapport, *Les suicides et tentatives de suicide de patients - Analyse de 795 cas déclarés dans le cadre du dispositif de déclaration des EIGS entre mars 2017 et juin 2021*, 2022 ; National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health. "The assessment of clinical risk in mental health services". Manchester: University of Manchester; 2018; Ministry of Health Malaysia. *Guideline on suicide risk management in hospitals*. Putrajaya, MHA; 2014 ; M. PACAUD-TRONCIN et al., « Evaluation du potentiel suicidaire des personnes prises en charge par un secteur de psychiatrie : premiers résultats sur 250 patients ». Rev Fr Psychiatr Psychol Méd 2005;9(90):15-8 ; A. SAÏDI, « Urgence psychiatrique : sous-estimation des antécédents suicidaires... et suicide du patient », Santé mentale et Droit, 23, septembre 2023, n° 5, p. 945-947.

⁹⁹⁸ Caroline GUIBET LAFAYE, « Imposer la contrainte en psychiatrie : une question éthique ? », Liberté et contrainte en psychiatrie. Enjeux éthiques, LEH, 2014.

⁹⁹⁹ N. CANO, « Pratiques psychiatriques et perspectives éthiques », Éthique et santé (2009) 6, p. 3-10.

¹⁰⁰⁰ Précité.

¹⁰⁰¹ IGAS, Rapport « Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter », mai 2011, n°RM2011-071P.

Section 2. Les urgences psychiatriques rendant impossible l'expression du consentement

547. Lorsqu'une personne présente des troubles mentaux rendant impossible son consentement, et que son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante ou régulière¹⁰⁰², il est possible d'admettre le patient sans son consentement au sein d'un établissement de santé, sur décision du directeur de l'établissement. La compromission de la sûreté des personnes ou l'atteinte grave à l'ordre public peut entraîner une hospitalisation sous contrainte au sein d'un établissement autorisé à exercer en psychiatrie, sur décision du représentant de l'État¹⁰⁰³, ce qui peut se produire lors de phases aiguës des pathologies psychiatriques. Dans ces phases, qu'elles se produisent hors de l'établissement ou au sein de celui-ci, il est possible de recourir à de la contention physique et/ou chimique ou à un isolement du patient. La principale difficulté est l'appréciation des troubles mentaux¹⁰⁰⁴, qui se fait plus fréquemment *via* les services d'urgences médicales somatiques (§1) que psychiatriques (§2), avec une nécessité d'exclure toute pathologie somatique qui pourrait expliquer les symptômes du patient.

Une autre difficulté réside dans l'information devant être délivrée au patient, qui doit intervenir « *le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission, ainsi que des raisons qui la motivent* »¹⁰⁰⁵. Cette information devrait logiquement être écartée en raison de l'urgence – le péril imminent étant d'ailleurs une des raisons invoquées pour l'hospitalisation sous contrainte – et le patient en phase aiguë est parfois dans un état « *tel qu'il ne pouvait être informé de la décision d'admission* »¹⁰⁰⁶ lors de son admission¹⁰⁰⁷.

¹⁰⁰² Code de la santé publique, L.3212-1 et suivant et L.3222-1.

¹⁰⁰³ Code de la santé publique, L.3213-1 et suivants, et R. 3213-1 et suivants.

¹⁰⁰⁴ R. GOUREVITCH, et al. « *L'urgence psychiatrique et le sentiment d'urgence hors des urgences : que faire en amont des services ad hoc ?* », L'Encéphale, 47, février 2021, n° 1, p. 82-84.

¹⁰⁰⁵ Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 15 octobre 2020, 20-14.271, Publié au bulletin.

¹⁰⁰⁶ Cour de cassation, civile, n°20-14.271 précité.

¹⁰⁰⁷ Ce qui renforce l'idée selon laquelle l'urgence et l'impossibilité doivent être entendues cumulativement et non alternativement pour écarter les dispositions du code de la santé publique sur l'information et le consentement (L.1111-4). En psychiatrie, le principe demeure celui de l'information précoce du patient, sauf impossibilité, auquel cas cette information est différée.

Paragraphe 1 : L'urgence médicale & les urgences générales

548. La plus évidente difficulté médico-juridique est celle qui se pose lorsqu'un patient nécessitant des soins psychiatriques est adressé dans un établissement de santé qui n'assure pas la prise en charge de ces personnes. Les urgentistes doivent alors à la fois prendre en charge le patient, mais aussi organiser son transfert vers un établissement disposant d'un service adapté, le tout dans des délais conformes à son état de santé et au plus tard sous quarante-huit heures.

549. La première difficulté est d'ordre matériel : ces services ne sont pas adaptés à ce type de patient, et en l'absence de secteur fermé, de nombreuses restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles sont susceptibles d'être pratiquées, à commencer par la contention chimique et/ou physique.

550. La deuxième difficulté est d'ordre médico-juridique : la mise en œuvre d'une contention physique ou médicamenteuse reste à la libre appréciation des professionnels de santé afin de permettre la résolution d'une situation d'urgence, mais elle a tendance à perdurer durant tout le temps nécessaire à la transformation du régime d'hospitalisation libre du patient vers un régime sans consentement, ou vers le retour à une situation plus apaisée. Le recours à une contention physique ou chimique ne signifie donc pas nécessairement – dans les faits – la mise en place d'une procédure de soins sans consentement, et rend ainsi difficilement quantifiables et traçables ces actes¹⁰⁰⁸. Aux urgences, les cas d'agitations liés à une consommation de toxiques sont très fréquents, et nécessitent parfois le recours à une contention, sans pour autant déboucher sur une admission en soins psychiatriques. L'admission au sein d'un service psychiatrique étant liée à une éviction préalable de problématique somatique, durant toute la durée des examens, le patient peut ainsi être placé dans une situation qui est celle de l'hospitalisation libre, mais avec le recours à des traitements proches de soins sous contraintes¹⁰⁰⁹. La prise en charge de l'agitation en urgence est avant tout basée sur la sécurité du patient et de l'équipe de soins. Considérée à ce titre comme une urgence absolue, la prise en charge de l'agitation aiguë nécessite une équipe, avec le recours au besoin à des kits de contention, et à des associations médicamenteuses.

¹⁰⁰⁸ Toutefois, la commission départementale des soins psychiatriques, prévu à l'article L3222-5 du code de la santé publique veille à prévenir ce genre de situation.

¹⁰⁰⁹ La liberté de prescription des médecins étant érigée au rang de principe général du droit : Conseil d'Etat, 10/7 SSR, du 18 février 1998, 171851, mentionné aux tables du recueil Lebon, note Marc JOYAU « Libertés médicales, principes généraux du droit et Nouvelle-Calédonie » RFDA 1999 p.47. Voir également, sur l'utilisation des contentions physiques en hospitalisation libre, l'étude SécuRéa du CHU de Toulouse & de la SFAR, à paraître.

Compte tenu de l'agitation délétère à un examen somatique de qualité, la solution la plus simple pour l'équipe soignante est souvent la contention associée à un traitement sédatif prudent. Cette prescription est difficile à mettre en œuvre, car le médecin ne connaît généralement pas les antécédents médicaux ; de plus, cette prescription est généralement faite sans le consentement du patient, pourtant admis en soins libres... Des complications graves ont pourtant été rapportées avec la contention (asphyxie, blessures, strangulation, décès...) ¹⁰¹⁰.

Si les soins psychiatriques n'échappent pas aux droits des patients, qui imposent la délivrance de l'information ¹⁰¹¹, et la recherche de son consentement, même lors des soins forcés, ces droits sont temporairement écartés, en raison de leur impossibilité de consentir, en étroite corrélation avec les troubles qui affectent ces patients.

551. Une importante difficulté que connaissent les urgences psychiatriques réside dans la prise en charge initiale du patient par les urgences générales, hospitalières ou préhospitalières, sans équipe spécialisée, et le refus quasi-systématique de transfert vers un service spécialisé (par ce dernier). Ce refus des psychiatres s'explique par le besoin d'exclure toute possibilité de pathologie somatique avant d'envisager une prise en charge psychiatrique. La conséquence directe est que le patient, en crise, est maintenu au sein des urgences générales, durant de longues heures, le temps nécessaire à la réalisation d'une batterie de tests permettant d'exclure toutes pathologies somatiques ¹⁰¹².

Certes, certaines pathologies somatiques peuvent engendrer des symptômes d'allure psychiatrique, comme ceux liées à la prise de toxiques (cocaïne, alcool...), de certains médicaments (ex : corticothérapie), ou encore liés à une pathologie sous-jacente. Mais ces examens sont longs, et nécessitent de bloquer un box de consultation, qui doit être adapté (vidé de tout objet dangereux), et suffisamment grand pour permettre une éventuelle contention.

¹⁰¹⁰ Wanda MOHR et al., « *Adverse Effects Associated with Physical Restraint* », The Canadian Journal of Psychiatry, 48, juin 2003, n° 5, p. 330-337.

¹⁰¹¹ A la fois sur la décision d'admission prise par le directeur d'établissement ou par le représentant de l'État dans le département ainsi que chacune des décisions de maintien et des raisons qui les motivent. L'information doit également porter sur le programme de soins. Cour de cassation, Chambre civile 1, 25 mai 2023, 22-12.108, Publié au bulletin. La question de l'information, plus générale, donnée dans l'urgence fait l'objet d'un chapitre dédié. Voir *infra* p.149. Voir également Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 20 mars 2024, 22-21.919, Inédit ; note M. COUTURIER, « *Soins psychiatriques sans consentement : la simple présence au dossier d'un certificat médical ne suffit pas au juge pour valider le renouvellement de la mesure* », Dictionnaire permanent Santé, bioéthique, biotechnologie, Juin 2024, n°359, p.10.

¹⁰¹² Une étude montre qu'au moins un examen complémentaire est mené chez 61% des patients concernés, contre 28% des autres patients. A l'issue de ces examens, seuls 2,4% présentaient un trouble organique. Nathan HABER, et al., « *Évaluation médicale aux urgences du patient à présentation psychiatrique* », Soins Psychiatrie, 42, septembre 2021, n° 336, p. 19-22. Ces examens sont toutefois indispensables, certaines pathologies somatiques prenant l'expression de pathologies psychiatriques. Alexandre HAROCHE et al., « *Les maladies neurologiques à expression psychiatrique : importance de l'examen neurologique* », Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 175, juin 2017, n° 5, p. 462-468.

552. Par ailleurs, dans le même temps, il faut rappeler que l'urgence psychiatrique peut être synonyme de dangerosité du patient pour autrui ou pour lui-même et que la très difficile appréciation dans l'urgence de cette perception médicale de la dangerosité est parfois mal traduite dans les ordonnances (à la fois justifiant une hospitalisation sous contrainte comme pour les ordonnances d'isolement ou de contention), et que le juge aura donc d'autant plus de mal à apprécier.

Le régime juridique applicable aux mainlevées des mesures prévoit qu'aucune nouvelle mesure ne puisse être prise dans les quarante-huit heures à compter de la décision de levée, sauf élément nouveau : or, en cas de nouvelle phase aiguë du patient, il ne s'agit pas réellement d'un élément nouveau, mais davantage d'un état de dangerosité qui préexistait. Par ailleurs, la situation délicate qu'entraînent les décisions de justice prévoyant la sortie d'une hospitalisation sous contrainte se résume à l'opposition entre une décision clinique et une privation de liberté. Dans un secteur déjà sinistré, la mainlevée pose nécessairement la question de la responsabilité en cas de passage à l'acte violent : *« le malheureux patient violent jouira alors pleinement de sa citoyenneté retrouvée. L'avocat chargé de le défendre pourra toujours tenter de plaider la responsabilité du JLD qui l'a libéré de ses chaînes. La cour appréciera, selon la formule consacrée »*¹⁰¹³. Ces difficultés juridiques sont si importantes que seuls les spécialistes arrivent à appréhender les situations, et rendent encore plus complexe l'accueil de ces patients au sein des urgences générales, qui ont tendance en cas de refus de transfert du patient en psychiatrie, à laisser sortir le patient pour éviter toutes ces difficultés... La littérature internationale¹⁰¹⁴ est pourtant unanime : un patient en crise renvoyé vers une consultation ambulatoire, sans se préoccuper de l'effet désastreux de la non prise en charge de la souffrance de celui-ci, est délétère, d'autant qu'un nombre significatif de patients ne s'y rendra pas. La présence d'un psychiatre au sein des urgences générales devrait donc être systématique, à la fois pour une évaluation des patients à présentation psychiatrique, mais également pour une prise en charge précoce de ces patients.

¹⁰¹³ Pierre François GODET, « *La psychiatrie lave plus blanc* », L'Information psychiatrique, volume 97, 2021, n° 7, p. 535-539.

¹⁰¹⁴ C. DAMSA, et al., « *L'intervention de crise dans un service d'urgences psychiatriques diminue le nombre d'hospitalisations volontaires en psychiatrie* », Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 161, novembre 2003, n° 9, p. 693-699 ; H. BENGELSDORF et al., « *The cost effectiveness of crisis intervention. Admission diversion savings can offset the high cost of service* », The Journal of Nervous and Mental Disease, 181, décembre 1993, n° 12, p. 757-762 ; Michel DE CLERCQ, *Urgences psychiatriques et interventions de crise*, éd. De Boeck & Larcier, 1997.

L'élaboration d'une filière spécifique au sein des urgences générales est également en questionnement, de nombreux patients consultant aux urgences souffrant de pathologies psychiatriques préexistantes, ou susceptibles d'évoquer des pathologies naissantes¹⁰¹⁵.

553. Les pathologies psychiatriques étant difficilement évaluables de la même façon que les pathologies somatiques, les agents d'orientation sont souvent en grande difficulté, d'autant qu'ils sont les moins formés¹⁰¹⁶. Certaines pathologies sont dites « faussement rassurantes », les patients minimisant leurs symptômes (dépression par exemple¹⁰¹⁷), ce qui rend l'évaluation d'orientation complexe, tout comme la mise en œuvre d'une surveillance adéquate¹⁰¹⁸. Divers outils d'aide à l'évaluation de l'urgence existent¹⁰¹⁹, mais ils ne remplacent pas l'examen médical. Une particularité de cet examen est qu'il est parfois collectif, regroupant le patient et sa famille ou le tiers à l'origine de la demande d'hospitalisation. Si le patient accepte en effet d'être conduit aux urgences, il peut toutefois être dans un comportement d'opposition passive. L'interrogatoire des proches est souvent celui qui apporte les éléments cliniques les plus importants¹⁰²⁰, ce qui a contrario rend extrêmement complexe l'évaluation de patients arrivant seuls.

554. Les profondes difficultés que connaissent les urgences, doublées de la difficulté de présence des psychiatres, secteur également sinistré, conduisent malheureusement *in fine* les professionnels de santé confrontés à des pathologies psychiatriques aux urgences générales à deux choix : soit les admettre en secteur psychiatrique, avec ou sans le consentement du patient, lorsqu'un service est en capacité d'accueillir le patient ; soit en cas de refus du service, de laisser partir librement le patient, en l'orientant vers un praticien ou une structure psychiatrique.

¹⁰¹⁵ Philippe LE CONTE et al., « Accueil d'un patient suspect d'une pathologie psychiatrique en structure des urgences », Soins Psychiatrie, 42, juillet 2021.

¹⁰¹⁶ Diana CLARKE et al, « Emergency department from the mental health client's perspective », International Journal of Mental Health Nursing, 16, 2007, n° 2, p. 126-131.

¹⁰¹⁷ Le suicide survenant dans 90% des cas sur un terrain psychiatrique déjà connu ; il s'agit de la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans. OMS. *Prévention du suicide: l'état d'urgence mondiale*, 2014 ; voir également OMS, « *Global Health Estimates 2016: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016* », 2018

¹⁰¹⁸ Pablo CARRILLO, et al, « L'évaluation psychiatrique au service d'accueil des urgences : particularités sémiologiques », Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 176, octobre 2018, n° 8, p. 803-809.

¹⁰¹⁹ La plus utilisée étant le tableau de la *Royal Hobart Mental Health Triage Scale*.

¹⁰²⁰ *Précité*.

Paragraphe 2 : Les urgences psychiatriques sans consentement en établissement spécialisé

555. Le principe même du consentement repose sur la capacité du patient à donner son accord aux soins ; en matière psychiatrique la question de la capacité se pose évidemment, puisqu'elle est souvent la raison première de la mise en œuvre de procédures de soins sous contrainte.

556. La capacité est la faculté de compréhension, qui empruntée du latin *capacitas*, désigne l'aptitude à la jouissance de certains pouvoirs, mais qu'ils ne détiennent pas nécessairement. L'aptitude possède deux dimensions : « *l'aptitude juridique à l'exercice d'une fonction ou d'un droit et l'aptitude intellectuelle à exercer ses fonctions ou ses droits. Les juristes s'occupent surtout de la première signification puisque le titre juridique vaut présomption de compétence intellectuelle* »¹⁰²¹. Or justement, cette division de l'aptitude peut être appréhendée de deux façons : soit le patient dispose des droits et libertés individuelles qui ne souffrent que de restrictions limitées¹⁰²² et ce sont donc ses facultés de compréhension qui sont altérées, ce qui justifiait¹⁰²³ autrefois l'utilisation du terme « aliéné » comme diminutif du mal dont est atteint le patient, qui repose sur une altération des facultés mentales, privant dès lors ledit malade de la conscience de ses actes, et donc par extension de leurs conséquences. Soit, ses compétences intellectuelles demeurent, mais la pathologie impose des soins psychiatriques en milieu fermé, et ainsi les libertés individuelles sont restreintes ; c'est ce qui peut arriver lors de troubles qui se manifestent par épisodes.

557. Dans les deux cas, l'aptitude à consentir n'est pas totale, ce qui justifie, de manière cumulative avec la pathologie, le recours à des soins psychiatriques sans consentement. Lorsque l'aptitude est jugée être suffisamment 'retrouvée', la personne peut alors être admise au sein d'un service de soins psychiatriques libres¹⁰²⁴, qui demeure le principe.

¹⁰²¹ E. MAULIN, « Compétence, capacité, pouvoir », in *La compétence*, actes du colloque, AFDA, 2008, p. 33.

¹⁰²² Code de la Santé Publique, Article L3211-3.

¹⁰²³ La justification n'en est pas une en réalité, et il est extrêmement réducteur de considérer la personne uniquement par le mal dont elle est atteinte, en notre humble avis cela porte atteinte à la dignité de la personne humaine, et qui plus est, de la personne malade. Que dire dès lors ? Appeler les patients par la typologie de leurs maladies ? Les cancéreux, les aliénés, les infectieux, les hémateux... Cela semble particulièrement détestable en ce que cette pratique efface une part d'humanité et amène à considérer la maladie uniquement, sans considération pour la personne.

¹⁰²⁴ CSP, Article L3211-2.

558. Deux urgences peuvent fonder l'admission au sein d'un service psychiatrique, en l'absence de consentement : soit la gravité de la situation et la dangerosité entraîne une atteinte à l'ordre public, ce qui fonde l'intervention du représentant de l'État (II), soit la nécessité de protéger le patient contre lui-même, fonde la demande d'une tierce personne (I). Dans cette dernière hypothèse, en l'absence de tiers et lorsqu'il existe un péril imminent, le directeur de l'établissement peut prononcer l'admission. Bien qu'exclusivement hospitalière dans les textes, les équipes SMUR sont régulièrement sollicitées pour faciliter ces prises en charge¹⁰²⁵.

Ces modalités d'admission ne sont pas sans rappeler des notions déjà évoquées¹⁰²⁶ de gravité, et de temporalité restreinte. Dans ces situations, les troubles mentaux rendent impossible le consentement du patient, et l'état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète¹⁰²⁷. Enfin, une spécificité concerne les personnes détenues souffrant de troubles mentaux (III), qui peuvent également faire l'objet de soins psychiatriques sans consentement¹⁰²⁸. La personne est alors informée le plus rapidement possible, et de façon appropriée à son état de la décision d'admission, mais également des raisons qui la motivent¹⁰²⁹. Ses droits et les voies de recours qui lui sont ouvertes sont également communiqués, lui permettant de saisir un juge, chargé de vérifier la nécessité de la mesure (IV). Toutefois, des problématiques récurrentes se posent, notamment s'agissant du recours à l'isolement et à la contention (V), en principe réservé uniquement aux soins sans consentement, et pourtant parfois utilisé pour des patients en hospitalisation libre.

¹⁰²⁵ G. OUARAD et al., « Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers : de l'appel au SAMU à l'hospitalisation », *Encéphale*, 48, Elsevier Masson SAS, 2022, n° 3, p. 273-279.

¹⁰²⁶ Voir *infra*, « Les avatars juridiques de la gravité » (§124), p.93.

¹⁰²⁷ L'article L3211-2-1 du code de la santé publique prévoit toutefois des alternatives, notamment « des soins ambulatoires, des soins à domicile (...) des séjours à temps partiel ou des séjours de courte durée à temps complet (...) » ; dans ce cas aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard du patient, ce qui s'agissant d'une atteinte à l'ordre public ou d'un péril imminent semble peu probable eu égard à l'urgence.

¹⁰²⁸ CSP, L.3214-1.

¹⁰²⁹ La procédure étant alors celle de l'hospitalisation sous contrainte, avec des aménagements prévus par le code pénitentiaire.

I. L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent

559. L'admission en soins psychiatriques se fait sur décision du directeur de l'établissement de soins, à la demande d'un tiers (A) sur le fondement de deux certificats médicaux (un seul en cas d'urgence). Par exception, si aucun tiers n'est identifié, l'admission peut être prononcée au regard du péril imminent (B)¹⁰³⁰.

A. L'admission sur décision du directeur de l'établissement, à la demande d'un tiers

560. L'admission à la demande d'un tiers requiert plusieurs conditions : que les troubles dont souffre le patient rendent impossible son consentement, et que son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier¹⁰³¹. Si son état impose seulement une surveillance médicale régulière, le patient est pris en charge sous toute autre forme que l'hospitalisation (soins ambulatoires, des soins à domicile, séjours à temps partiel ou séjours de courte durée à temps complet).

561. Cette procédure peut être mise en œuvre par une procédure de droit commun, lorsque la prise en charge n'est pas urgente, et la demande du tiers doit être justifiée par deux certificats médicaux circonstanciés, datant de moins de quinze jours, et établis par des médecins différents. En outre, le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ce qui exclut « *tous les médecins exerçant dans des centres hospitaliers et des services relevant d'établissements qui ont fusionnés* »¹⁰³². En cas de non-respect de cette condition, l'admission porte « *nécessairement atteinte aux droits du patient (...) et justifie la mainlevée de la mesure par le juge des libertés et de la détention* »¹⁰³³. Le second certificat peut en revanche émaner d'un médecin de l'établissement.

Les certificats médicaux doivent indiquer les caractéristiques de la maladie du patient, la nécessité de recevoir des soins et constater l'état mental de la personne malade. Afin d'éviter une hospitalisation arbitraire, les médecins concernés ne peuvent être de la famille du

¹⁰³⁰ Sophie THERON, *Les soins psychiatriques sans consentement*, Aide-Mémoire, 2017.

¹⁰³¹ Code de la santé publique, L.3212-1.

¹⁰³² Cour de cassation, Chambre civile 1, 11 juillet 2019, 19-14.672, Publié au bulletin.

¹⁰³³ Cour de cassation, Chambre civile 1, 5 décembre 2019, 19-22.930, Publié au bulletin.

patient¹⁰³⁴. Il existe ainsi une réelle exigence d'indépendance du médecin chargé de la rédaction du certificat médical, le non-respect de cette exigence entraînant la mainlevée de la mesure¹⁰³⁵ s'il en est résulté une atteinte aux droits de la personne qui en faisait l'objet¹⁰³⁶.

562. En cas d'urgence, c'est-à-dire lorsqu'il existe un péril imminent pour la santé de la personne, la procédure peut – à titre exceptionnel – être mise en œuvre avec un unique certificat médical¹⁰³⁷.

563. Dans les deux cas, la demande, doit être manuscrite¹⁰³⁸, datée, signée et clairement identifiée, à laquelle est désormais jointe une copie d'une pièce d'identité du demandeur¹⁰³⁹, qui doit être un membre de la famille du malade ou « *une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci* »¹⁰⁴⁰.

564. Les mineurs sont exclus de ces procédures¹⁰⁴¹, et ne peuvent être hospitalisés qu'à l'initiative des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, c'est-à-dire en soins libres, ce qui nécessite de recueillir le consentement de l'intéressé¹⁰⁴². Si le mineur conteste les soins psychiatriques, il dispose de la faculté de saisir le juge des enfants¹⁰⁴³. Toutefois, les mineurs peuvent être admis en soins sans consentement sur décision de placement, prise par le juge des enfants en assistance éducative, ou par le procureur de la République, en cas d'urgence¹⁰⁴⁴.

La question du statut particulier du patient mineur au sein des urgences psychiatriques ne fait que peu l'objet de dispositions particulières au sein des dispositions légales ou réglementaires, mais il existe pourtant des structures qui accueillent ces jeunes dans des

¹⁰³⁴ Code de la santé publique, L.3212-1 : « Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni du directeur de l'établissement (...) qui prononce la décision d'admission, ni de la personne ayant demandé les soins ou de la personne faisant l'objet de ces soins ».

¹⁰³⁵ Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 5 décembre 2019, 19-22.930, Publié au bulletin ; sur l'analyse des motifs voir Tony GODET, et al., « Soins psychiatriques sans consentement : étude des motifs de mainlevées de 117 mesures », Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 175, octobre 2017, n° 8, p. 679-684.

¹⁰³⁶ Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 10 février 2021, 19-25.224, Publié au bulletin.

¹⁰³⁷ Émanant au besoin d'un médecin de l'établissement.

¹⁰³⁸ Si la personne qui demande les soins ne sait pas ou ne peut pas écrire, la demande est reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur de l'établissement qui en donne acte ; R.3212-1 du CSP.

¹⁰³⁹ Obligation est faite au directeur d'établissement de s'assurer de l'identité de la personne qui formule la demande de soins. Code de la santé publique, L.3212-2.

¹⁰⁴⁰ Code de la santé publique, L.3212-2.

¹⁰⁴¹ Cour de cassation, Chambre civile 1, 18 mai 2022, 22-70.003, Publié au bulletin.

¹⁰⁴² A. KIMMEL-ALCOVER, *L'autorité parentale à l'épreuve de la santé des mineurs : chronique d'un déclin annoncé*, RDSS 2005. 265 ; Pauline CURIER-ROCHE, *A propos de l'interdiction d'une hospitalisation sous contrainte d'un mineur sur décision d'un directeur d'établissement*, RDSS, 2022, n° 4, p. 685-692.

¹⁰⁴³ Code civil, article 375.

¹⁰⁴⁴ Code civil, articles 375, 375-3, 375-9. Ces Ordonnances de Placements Provisoires (OPP) feront l'objet d'un développement ultérieur, voir *infra*, section 2.

conditions particulières¹⁰⁴⁵ : les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile¹⁰⁴⁶. En effet, il appartient aux autorités publiques de désigner les établissements de santé assurant la mission de psychiatrie de secteur et sa déclinaison pour les enfants et les adolescents¹⁰⁴⁷.

L'unité de crise et d'hospitalisation pour adolescents (UCHA) mobilise une équipe pluridisciplinaire¹⁰⁴⁸ pour accueillir les jeunes patients tant sur le plan éducatif que thérapeutique, mais dans le même temps les urgences pédopsychiatriques sont en constante augmentation¹⁰⁴⁹, et les délais de prise en charge en pédopsychiatrie sont très élevés¹⁰⁵⁰, contraignant les patients dans la même logique que pour les adultes, à finir aux urgences, faute de prise en charge anticipée avant la crise. La terminologie « crise » étant ici entendue au sens médical, c'est-à-dire le moment, « *dans l'évolution d'une maladie, où se produit un changement subit [qui peut se traduire par l'] aggravation brusque d'un état chronique* »¹⁰⁵¹, et c'est en ce sens que les UCHA ne sont pas en principe des lieux de prise en charge des urgences : l'objectif est ici d'anticiper la prise en charge, au besoin de gérer la crise du patient au sein de l'institution, grâce à une connaissance préalable, sans pour autant qu'elle revête des caractéristiques de l'urgence en réduisant aussi fortement que possible le facteur de gravité. Le consentement n'est pas recherché quant au maintien au sein des structures s'agissant des mineurs, mais il l'est s'agissant des soins délivrés, tout particulièrement des traitements.

¹⁰⁴⁵ C'est avec effroi que le contrôleur général des lieux de privation de liberté découvrait en 2019 que des enfants dès l'âge de douze ans, « *sont hospitalisés de façon inadéquate et attentatoire à leurs droits dans les unités pour adultes* ». Voir en ce sens les Recommandations en urgence du 29 octobre 2019 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté *relatives au centre hospitalier du Rouvray à Sotteville-lès-Rouen (Seine-Maritime)*.

¹⁰⁴⁶ Code de la Santé Publique, R.3221-1.

¹⁰⁴⁷ Code de la Santé Publique, L.3221-4.

¹⁰⁴⁸ Pédopsychiatres, pédiatres, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, puéricultrices, infirmiers, aides-soignants, professionnels socio-éducatifs...

¹⁰⁴⁹ Progression de 14% en 10 ans. Évaluation du fonctionnement des Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des centres médico-psychopédagogiques (CMPP) et décentralisés médico-psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ), IGAS, 2018.

¹⁰⁵⁰ Outre les situations déjà difficiles avant la pandémie (crises intrafamiliales aiguës, tentatives de suicides, troubles du comportements, épisodes délirants, troubles majeurs du comportement...), des troubles supplémentaires de santé mentale des enfants et des adolescents ont été provoqués par la crise de la COVID. Voir à titre d'illustration le Rapport « *La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France* », IGAS, n°2020-074R, mai 2021.

¹⁰⁵¹ Dictionnaire de l'Académie Française, 9^e édition.

B. L'admission sur décision du directeur de l'établissement, en cas de péril imminent

565. Lorsqu'il est impossible de trouver un tiers pouvant solliciter une prise en charge (ou que ce dernier refuse d'intervenir) et qu'il existe un risque de péril imminent pour la santé de la personne, l'admission est prononcée sur décision du directeur de l'établissement. Un seul certificat médical est nécessaire, qui précise comme précédemment, de façon individualisée et circonstanciée, la description des symptômes présentés par le patient justifiant la mise en œuvre d'une telle procédure. Ce certificat ne peut être établi que par un médecin exerçant dans l'établissement accueillant le malade¹⁰⁵².

566. Le directeur de l'établissement doit détailler les démarches entreprises pour trouver un tiers susceptible de solliciter les soins ; l'admission étant prononcée par écrit¹⁰⁵³, elle est – en théorie – susceptible de recours pour excès de pouvoir devant le juge administratif. Toutefois en cas de contentieux, la requête la plus couramment utilisées est la demande de mainlevée de la mesure auprès du juge des libertés et de la détention¹⁰⁵⁴.

Le directeur informe dans un délai de vingt-quatre heures – sauf difficultés particulières – la famille ou à défaut « *toute personne justifiant de l'existence de relations avec la personne malade antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci* »¹⁰⁵⁵. C'est donc une nécessité que la famille soit informée¹⁰⁵⁶, sauf en cas de refus du patient qu'une telle information soit donnée¹⁰⁵⁷. L'appréciation de la lucidité du patient quant à son refus des soins ou son refus d'informer ses proches alors qu'il va être hospitalisé sous contrainte est un écueil du législateur, un peu trop focalisé sur les droits des patients.

¹⁰⁵² CSP, L.3212-1 à CSP, L.3212-12 et R.3212-1.

¹⁰⁵³ Par l'établissement autorisée en psychiatrie sans consentement au sens de l'article L.3222-1 du CSP.

¹⁰⁵⁴ CSP, L.3211-1, généralement via le formulaire cerfa n°15433.

¹⁰⁵⁵ CSP, L.3212-1, 2°.

¹⁰⁵⁶ Cour de cassation, Chambre civile 1, 18 décembre 2014, 13-26.816, Publié au bulletin.

¹⁰⁵⁷ Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 26 octobre 2022, 20-23.333, Publié au bulletin.

II. L'admission en soin sur décision du représentant de l'État ou du maire, fondée sur l'ordre public ou sur les troubles à la sûreté des personnes

567. Lorsque la personne présente des troubles mentaux qui nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public, le Préfet prononce par arrêté, l'admission en soins psychiatriques sans consentement, sous la forme d'une hospitalisation complète¹⁰⁵⁸. La décision du représentant de l'État doit être dactylographiée¹⁰⁵⁹, et faire expressément référence aux troubles à l'ordre public, la compromission de la sûreté des personnes et la nécessité des soins.

568. En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical, les maires peuvent prendre toutes les mesures provisoires nécessaires¹⁰⁶⁰, notamment l'admission en soins psychiatriques, et il leur incombe d'en référer dans les vingt-quatre heures au Préfet, qui statue sur la nécessité d'admission dans les formes décrites précédemment ; à défaut, les mesures provisoires sont réputées caduques¹⁰⁶¹. Ces deux possibilités semblent les plus à même d'être compatibles avec une situation d'urgence¹⁰⁶². Le médecin (non-psychiatre) procède à la rédaction individualisée et circonstanciée de la description des symptômes présentés par le patient justifiant la mise en œuvre d'une telle procédure.

Si l'atteinte à l'ordre public et la volonté de protéger les intervenants de comportements dangereux ou violents justifient l'admission, encore faut-il arriver à transporter ce patient, qui non seulement est dans l'impossibilité de consentir eu égard à l'altération de sa conscience, mais est parfois farouchement opposé à cette prise en charge. A ce propos, le législateur n'indique que de façon laconique que ce transport se fait « *sans leur consentement lorsque cela est strictement nécessaire et par des moyens adaptés à leur état* »¹⁰⁶³. Il peut aussi paraître ironique s'agissant des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement que de

¹⁰⁵⁸ Code de la santé publique, L.3213-1.

¹⁰⁵⁹ CSP, R.3213-3.

¹⁰⁶⁰ CGCT, L.2212-2, 6° La police municipale comprend notamment « *le soin de prendre provisoirement les mesures nécessaires contre les personnes atteintes de troubles mentaux dont l'état pourrait compromettre la morale publique, la sécurité des personnes ou la conservation des propriétés* ». La police municipale peut donc retenir la personne en vue de sa prise en charge médicale.

¹⁰⁶¹ Code de la santé publique, L.3213-2.

¹⁰⁶² Il existe d'autres possibilités, notamment lorsque les autorités estiment qu'une personne détenue nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes. Le cas des détenus qui nécessitent des soins immédiats en raison de troubles mentaux rendant impossible l'expression du consentement et constituant un danger (pour eux-mêmes ou pour autrui) ne semble par ailleurs peu convaincant s'agissant de l'urgence, et le régime applicable est identique à celui prévu pour les admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État.

¹⁰⁶³ Code de la santé publique, L.3222-1-1.

rechercher le consentement s'agissant du transport... Les recommandations de bonnes pratiques, anciennes, préconisaient d'évaluer la capacité à consentir (de façon plus générale que pour le transport) à partir de cinq dimensions : « *capacité à recevoir une information adaptée ; capacité à comprendre et à écouter ; capacité à raisonner ; capacité à exprimer librement sa décision ; capacité à maintenir sa décision dans le temps* »¹⁰⁶⁴. Pour autant, les transporteurs sanitaires, souvent totalement démunis, n'ont pas vraiment pour priorité cette recherche, et ne peuvent que s'en remettre au SAMU pour organiser une prise en charge, souvent contrainte, associant sédation physique et/ou chimique, parfois en collaboration étroite avec les services de police ou de gendarmerie alors même que ces derniers ne disposent pas de base légale pour prendre en charge eux-mêmes le patient¹⁰⁶⁵, ils peuvent toutefois concourir au bon déroulement de la prise en charge.

¹⁰⁶⁴ Recommandations pour la pratique clinique, *Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux*, HAS, Avril 2005

¹⁰⁶⁵ La coercition physique (port de menottes ou entraves) répondant à des procédures judiciaires (Code de procédure pénale, article 803), il n'y a pas lieu, ou il ne devrait pas avoir lieu de les envisager en matière de patientèle, d'autant plus que la coercition devrait entraîner une garde à vue (art. 73 du même code), sous le contrôle de l'autorité judiciaire, mais qui se verrait annuler en raison de l'obstacle médical à la poursuite de la garde à vue. Cette méthode est pourtant parfois utilisée, faute d'autre solution.

III. Le cas particulier des personnes détenues souffrant de troubles mentaux

569. Les personnes détenues ou prévenues souffrant de troubles mentaux qui rendent impossible leur consentement peuvent faire l'objet de soins psychiatriques sans consentement, obligatoirement sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement spécialisé¹⁰⁶⁶. Le Préfet prend alors un arrêté d'admission au sein d'un établissement psychiatrique, au vu d'un certificat médical circonstancié, qui ne peut émaner que d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil. En principe, le transport incombe à l'administration pénitentiaire, mais si l'état de santé du détenu l'exige, et sur prescription médicale, celui-ci est accompagné par le personnel hospitalier de l'établissement de santé¹⁰⁶⁷. Le véhicule utilisé est prioritairement un véhicule aménagé de l'administration pénitentiaire, sauf si le médecin prescrit un transport en ambulance¹⁰⁶⁸.

570. Ces détenus (ou prévenus) sont hospitalisés au sein d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), qui sont généralement surpeuplées¹⁰⁶⁹ et accueillent des cas lourds et/ ou complexes. La question du secret médical crée de fortes tensions, et nécessite une réflexion sur une information partagée, et à double sens les soignants n'ayant pas d'information sur la potentielle dangerosité des patients détenus, et l'administration pénitentiaire n'ayant pas accès aux informations des patients. Des recommandations ont été émises¹⁰⁷⁰ pour concilier ces deux impératifs avec des nécessités opérationnelles lors de crises aiguës de patients détenus.

En raison de la défaillance de l'administration pénitentiaire à soigner les patients atteints de troubles mentaux, il semble que les UHSA accueillent quasi-exclusivement des patients hors urgences. Les urgences sont donc parfois orientées vers les unités de malades difficiles (UMD), qui sont des structures de soins sécurisées, mais non carcérales, ayant originellement pour objectif de recevoir des patients incapables de s'adapter aux soins¹⁰⁷¹. Un examen en commission est effectué tous les six mois¹⁰⁷², pour chaque patient hospitalisé en UMD, qui peut saisir le Préfet afin de prendre la levée de la mesure de soins sans consentement, ce qui a pour conséquence soit une admission en soins avec son consentement en UHSA, soit un retour en

¹⁰⁶⁶ CSP, article L.3222-1.

¹⁰⁶⁷ Code pénitentiaire, article R.215-30.

¹⁰⁶⁸ Code pénitentiaire, article R.215-32.

¹⁰⁶⁹ Rapport public IGJ/IGAS, *Évaluation des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour les personnes détenues*, n°IGJ 061-18, IGAS 2018-072R, 2018.

¹⁰⁷⁰ Rapport public IGJ/IGAS, *précité*.

¹⁰⁷¹ CSP, R.3222-1.

¹⁰⁷² CSP, R.3222-2 à R.3222-7.

détention. La poursuite de l'hospitalisation sans consentement est également possible, en UHSA ou dans un établissement agréé.

571. Dans les faits, et malgré le principe selon lequel l'hospitalisation sans consentement ne peut en principe avoir lieu qu'en UHSA (ou en cas de difficulté en UMD), de nombreuses hospitalisations continuent d'être assurées en établissements hospitaliers de droit commun. Dans ce cas, en raison de l'absence de surveillance par l'administration pénitentiaire, le recours à la contention est quasi-systématique¹⁰⁷³. Le contrôleur général des lieux de privation de liberté souligne que ces conditions de prise en charge portent atteinte à la dignité des patients¹⁰⁷⁴, outre le constat que de telles mesures sont souvent mises en œuvre sur la base de consignes orales, ce qui rend leur traçabilité impossible et pose la question de leur légalité. A de nombreuses reprises, ces mesures ont été qualifiées de traitement cruel, inhumain et dégradant¹⁰⁷⁵.

¹⁰⁷³ Observatoire International Des Prisons, *Le guide du prisonnier*, 5^e édition, La Découverte, 2021.

¹⁰⁷⁴ Avis du CGLPL, 14 octobre 2019 *relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux*, JORF du 22 novembre 2019.

¹⁰⁷⁵ Avis du CGLPL, *précité*.

IV. Les vérifications liées à la nécessité de l'hospitalisation

572. En cas d'admission en soins psychiatriques sans consentement, le patient fait l'objet d'une période initiale d'observation et de soins sous la forme d'une hospitalisation complète. Cette période permet la réalisation d'un examen somatique complet, et l'établissement d'un certificat médical constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des conditions d'admission. Le psychiatre effectuant ces examens ne peut être l'auteur du ou des certificats médicaux sur la base desquels la décision d'admission a été prononcée.

573. Un contrôle systématique des hospitalisations sans consentement par le juge des libertés et de la détention a été instauré¹⁰⁷⁶, sans préjudice des autres recours¹⁰⁷⁷ pouvant être exercés devant ce même juge, dans un délai maximal de douze jours suite à l'admission du patient¹⁰⁷⁸. À l'issue d'une audience, le juge rend une ordonnance de mainlevée de l'hospitalisation, ou de maintien. Dans ce dernier cas, le juge devra réexaminer cette mesure par période de six mois¹⁰⁷⁹.

574. Des cas particuliers existent, notamment lors d'une levée d'écrou au cours d'une hospitalisation sans consentement. Dans ce cas, l'urgence ayant motivé l'hospitalisation ne disparaît pas, bien que le patient ne relève alors plus que de la responsabilité de l'hôpital, et que la situation puisse exiger l'établissement d'un nouveau certificat médical, transmis au Préfet, en vue de la prise d'un arrêté modificatif portant hospitalisation d'office¹⁰⁸⁰.

¹⁰⁷⁶ CSP, L.3211-12 et suivants ; R. 3211-2 et suivants.

¹⁰⁷⁷ Le JLD peut être saisi à tout moment, par le patient ou par toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins.

¹⁰⁷⁸ Et de 8 jours en cas d'hospitalisation sur décision du représentant de l'État.

¹⁰⁷⁹ Sur la capacité des majeurs à saisir le JLD et l'incidence de la demande de mainlevée d'une hospitalisation complète, voir V. VIOUJAS, « *Droit des établissements publics de santé – Droit des patients hospitalisés* », Revue générale de droit médical, Juin 2024, n°91, pp. 116-122.

Sur les subtilités procédurales, voir Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 26 juin 2024, 23-14.230, Publié au bulletin, note C. HELAINE « *Précisions utiles sur le régime de l'isolement en soins psychiatriques sans consentement* », Dalloz Actualité, 3 juillet 2024.

¹⁰⁸⁰ Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2 n°2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées.

Paragraphe 3 : Les phases aiguës et le recours à l'isolement et/ou à la contention

*« La contention est un indicateur
de la bonne ou de la mauvaise santé de la psychiatrie.
Plus la psychiatrie va mal, plus la contention sera utilisée »¹⁰⁸¹*

575. En principe, l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement¹⁰⁸², dans un objectif de prévention d'un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui. La décision doit être motivée, et réalisée « *de façon adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient* »¹⁰⁸³. Cette exigence est en lien direct avec le respect du principe général qui vise limiter les restrictions à l'exercice des libertés individuelles lors des hospitalisations sans consentement.

La durée limite prévue¹⁰⁸⁴ peut être à titre exceptionnel prorogée sur décision médicale. Constituant une privation de liberté, le Conseil constitutionnel saisi à l'occasion d'une question prioritaire de constitutionnalité, a censuré¹⁰⁸⁵ les dispositions relatives à la prolongation exceptionnelle de la mesure d'isolement ou de contention, l'absence d'intervention systématique du juge judiciaire au-delà d'une certaine durée n'étant pas conforme aux exigences de l'article 66 de la Constitution. Le législateur a donc complété les dispositions législatives¹⁰⁸⁶, en prévoyant une saisine systématique du juge des libertés et de la détention, avant l'expiration de la 72^e heure d'isolement ou de la 48^e heure de contention. Ce dernier dispose de 24 heures pour la mainlevée de la mesure ou l'autorisation de son renouvellement. Dans ce dernier cas, le juge est à nouveau saisi dans les 48 heures. Si après deux décisions de maintien prises par le juge, le renouvellement s'avère encore nécessaire, le juge sera

¹⁰⁸¹ Assemblée Nationale, Rapport d'information *en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*, n°1662, décembre 2013.

¹⁰⁸² Le recours à la contention ne devrait donc pas exister en dehors des services de psychiatrie ; elle est pourtant courante dans les services d'urgences, voir en ce sens I. KHIREDINE-MEDOUNI, R. GOUREVITCH, *Enjeux de la contention mécanique dans les services d'urgence*, Annales Médico-psychologiques, n° 179, 2021, p.722 ; et toujours indigne dans les services gériatriques et en EHPAD. Elle est toujours illégale lorsqu'elle est utilisée à des fins disciplinaires ; A. HAZAN, « *L'isolement entre soin est sanction* ». Santé Mentale, volume 210, 2016, p. 31. Rares sont les études (récentes) scientifiques françaises sur cette thématique, mais il faut citer : Jean-Pierre JACUS, et al, « *Contention en gériatrie : le retard de la France* », L'Encéphale, novembre 2023, Elsevier.

¹⁰⁸³ CSP, L. 3222-5-1.

¹⁰⁸⁴ Durée de 48h pour la mise à l'isolement, et de 24h pour la contention.

¹⁰⁸⁵ Conseil Constitutionnel, QPC n°2021-912/913/914 du 4 juin 2021. Voir également QPC n° 2020-844 du 19 juin 2020 et QPC n° 2023-1040/1041 du 31 mars 2023.

¹⁰⁸⁶ Loi n°2022-46 du 22 janvier 2022 *renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique*.

systématiquement saisi au moins vingt-quatre heures avant l'expiration d'un délai de sept jours à compter de sa précédente décision et l'information des proches du patient doit être réitérée.

576. Bien que l'efficacité thérapeutique soit discutée¹⁰⁸⁷, les pratiques de l'isolement ou/et de la contention sont en hausse¹⁰⁸⁸, en raison le plus souvent de l'insuffisance de professionnels de santé, mais également des pressions médiatiques exercées sur les établissements psychiatriques¹⁰⁸⁹. Malgré les rappels de la HAS sur la nécessité de limiter ces mesures¹⁰⁹⁰, les recommandations du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) font malheureusement régulièrement état d'atteintes graves et généralisées aux droits fondamentaux des personnes hospitalisées¹⁰⁹¹. L'effectivité de la norme applicable à l'isolement et à la contention est ainsi limitée.

577. Le profond désintérêt des professionnels pour ces questions est étroitement lié à l'intérêt limité par la psychiatrie dans son ensemble, souvent qualifié de « sinistrée ». Cette spécialité médicale est en fin de classement des choix de l'internat¹⁰⁹², avec des moyens limités, et se voit souvent opposer un discours sécuritaire. Autre difficulté, l'impossibilité pour le juge des libertés et de la détention de se prononcer sur la mise en œuvre d'une mesure de contention ou d'isolement s'agissant d'une mesure médicale distincte de la procédure de soins psychiatriques sans consentement¹⁰⁹³. Les mesures d'isolement et de contention étant avant tout considérées comme des prescriptions médicales¹⁰⁹⁴, le juge ne peut se substituer au médecin¹⁰⁹⁵.

¹⁰⁸⁷ Audition du président de la Fédération Française de Psychiatrie par le Comité National Consultatif d'Éthique. Jeudi 25 juin 2020 ; M. AZOULAY, S. RAYMOND, « *La contention physique, un outil de soins ?* » L'Information psychiatrique 2017, vol. 93, 2017 p.841 ; C. HAZIF-THOMAS, « *Isolement et contention en psychiatrie : à l'ombre du dogme de la fatalité* », Annales Médico-Psychologiques n° 179, 2021 p.708 ; P. PECHOUX, « *Psychiatrie, le temps des camisoles* », Le Monde diplomatique, mars 2020, p. 20 ; E. SAILAS et M. FENTON, « *Seclusion and restraint in psychiatry: A cochrane systematic review* », Schizophrenia Research, 1, 2000, n° 41, p. 232 ; T. NAJMAN, « *Le péché originel de la psychiatrie* », Rev Jurid Pers Famil, n°10, 2019, p. 16.

¹⁰⁸⁸ Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, « *Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre* », 2022.

¹⁰⁸⁹ La presse fait fréquemment état des « fugues » de patients hospitalisés sous contraintes.

¹⁰⁹⁰ HAS, Recommandation de bonne pratique, Isolement et contention en psychiatrie générale, mars 2017.

¹⁰⁹¹ CGLPL, Recommandations en urgence du 19 août 2022 relatives à l'établissement public de santé mentale de Vendée à La Roche-sur-Yon (Vendée), JORF du 27 octobre 2022 ; CGLPL, Recommandations en urgence du 25 mai 2020 à l'établissement public de santé mentale Roger Prévot de Moisselles (Val-d'Oise), JORF du 19 juin 2020 ; CGLPL, Recommandations en urgence du 29 octobre 2019 au centre hospitalier du Rouvray à Sotteville-lès-Rouen (Seine-Maritime), JORF du 26 novembre 2019.

¹⁰⁹² Données disponibles sur www.cng.sante.fr ; la gériatrie et la psychiatrie sont des spécialités qui ne remplissent pas toujours leurs effectifs. Pour 2023, 67 postes étaient par exemple vacants. Les recherches étant liées à l'urgence, il n'a pas été fait de parallèle entre ces deux spécialités, qui connaissent pourtant des points communs en matière d'isolement et de contention.

¹⁰⁹³ Cour de Cassation, Chambre civile 1, 7 novembre 2019, 19-18.262, Publié au bulletin.

¹⁰⁹⁴ Éric PECHILLON et Michel DAVID, « *Décision ou prescription du psychiatre : quelles différences juridiques ?* », L'information psychiatrique, 93, 2017, n° 4, p. 349-350.

¹⁰⁹⁵ Cour de cassation, Chambre civile 1, 27 septembre 2017, 16-22.544, Publié au bulletin ; Cour de cassation, Chambre civile 1, 8 février 2023, 22-10.852, Publié au bulletin.

578. L'urgence médicale primant toujours sur l'administratif, il existe certaines périodes pendant lesquelles le droit se trouve 'suspendu' : c'est le cas lorsqu'un patient admis librement présente une phase aiguë nécessitant le recours à l'isolement voire la contention, et de ce fait bascule vers le régime de l'hospitalisation sans consentement. Durant les quelques heures nécessaires à la matérialisation administrative de la décision, le régime de l'hospitalisation est incertain, la crise pouvant s'estomper et le patient poursuivre son hospitalisation avec son consentement. Matériellement, le recours à l'isolement ou la contention précédera nécessairement la décision du basculement vers le régime de l'hospitalisation sous contrainte, ou la résolution de la situation clinique critique¹⁰⁹⁶. La question des délais est donc essentielle, d'autant que le renouvellement des mesures est possible, ou successivement ou par intermittence, et que le moment précis du basculement d'un régime à un autre peut être litigieux.

579. La grande complexité des situations, des pathologies, mais également de la traçabilité des mesures (souvent retranscrite *a posteriori* en raison de l'urgence), rendent la lecture du droit applicable illisible pour bien des acteurs. Cette « *impraticabilité judiciaire* »¹⁰⁹⁷ est exacerbée s'agissant des délais, la computation du temps étant à la fois décomptée en heure (quatre-vingt-seize heures) et en jours (par cycle de sept), avec un enchevêtrement des mesures les unes dans les autres.

580. Enfin, le rôle du juge, qui occupe une place importante pour la garantie des droits et libertés du patient, est minoré par l'aspect médical qui justifie le recours à la mesure : la prescription. Comme l'estime le magistrat GRIMBERT, la prescription de l'isolement ou de la contention s'effectuant en dernier recours, elle ne saurait s'assimiler en un contrôle de la nécessité des soins, mais davantage en « *une condition subsidiaire, que le juge (...) ne pourra que contrôler, sauf à se contenter de motivations purement formelles au sein des certificats médicaux aux termes desquelles le psychiatre attesterait uniquement qu'il ne pouvait pas faire autrement* ». Toutefois, cette logique ne semble pas satisfaisante, puisque le degré de contrôle de la motivation serait moindre pour les isolements que pour les mesures de soins sans consentement ; or l'atteinte aux libertés du patient y est plus lourde. A l'inverse, l'obligation faite au prescripteur de motiver la décision du recours à l'isolement ou la contention en listant chaque mesure alternative et en expliquant de façon circonstanciée pourquoi celles-ci n'étaient

¹⁰⁹⁶ Instruction ministérielle n° DGOS/R4/2022/85 du 29 mars 2022 relative au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et à la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention.

¹⁰⁹⁷ Marc GRIMBERT, « L'isolement et la contention à l'épreuve de la pratique », RDSS, 2024, n° 1, p. 94.

pas possibles¹⁰⁹⁸ semble faire peser des lourdeurs administratives importantes... qui risquent de complexifier d'autant les délais et l'interprétation du juge.

581. Enfin, notons qu'en raison de la liberté de prescription, et en l'absence de définition quelconque de la contention chimique ou médicamenteuse, le recours à des sédatifs¹⁰⁹⁹ ou des médicaments utilisés pour ces propriétés¹¹⁰⁰ est fréquent, sans pour autant que les patients soient informés. Au-delà du fait que ce mésusage contourne également les dispositions sur la traçabilité (registre dédié)¹¹⁰¹. La sédation est également utilisée en soin somatique dans un objectif de contention – parfois même en dehors de toute prescription médicale – pour éviter tout risque d'excitation du patient¹¹⁰². La contention se retrouve particulièrement fréquemment chez le sujet âgé¹¹⁰³.

582. Ces problématiques concernent en grande partie les patients majeurs, mais concernent également jeunes patients, pour qui les voies de recours sont plus limitées.

¹⁰⁹⁸ HAS, *Recommandation de bonne pratique, isolement et contention en psychiatrie générale*, février 2017, p.24.

¹⁰⁹⁹ Les plus utilisés sont les neuroleptiques et benzodiazépines, souvent en association. Les antipsychotiques sont également utilisés, comme les psychotropes.

¹¹⁰⁰ Comme les antihistaminiques (Atarax, Doxylamine, Alimémazine...), qui possèdent des propriétés anxiolytiques et/ou sédatives. Sophie VANDENBERGHE-DÜRR, « *Antihistamines : An ongoing narrative* », *Revue Médicale Suisse*, 20, avril 2024, n° 868, p. 711-719 ; J.-P. BOULENGER et al., « *Pharmacological treatment of generalized anxiety disorders: rationale and limitations* », *L'Encéphale*, 33, 2007, n° 1, p. 84-94. Philippe DOROSZ, *Guide pratique des médicaments*, Paris, Maloine, 2024.

¹¹⁰¹ Malheureusement, très peu d'études sont disponibles sur ce sujet. Voir toutefois, Pr Cynthia FLEURY et Aziliz LÉBOUCHER, « *Les méthodes de contention en psychiatrie : état de l'art* », Chaire de Philosophie à l'Hôpital, juillet 2021.

¹¹⁰² L'excitation au réveil d'une opération pouvant aboutir à un risque d'auto-ablation de dispositifs médicaux ou d'auto-extubation. Voir en ce sens Bernard DE JONGHE, et al., « *Physical restraint in mechanically ventilated ICU patients: a survey of French practice* », *Intensive Care Medicine*, 39, janvier 2013, n° 1, p. 31-37.

¹¹⁰³ Voir en ce sens les travaux du CGLPL. V. également : Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 6 août 1997, 95-84.852, Inédit (contentions systématiques).

Section 3. Les urgences psychiatriques infanto-juvéniles

583. La santé mentale des adolescents est extrêmement dégradée, à tel point que le suicide représente la deuxième cause de mortalité chez les 15-25 ans¹¹⁰⁴ ; et une dépression lors de l'adolescence multiplie par vingt-deux le risque de décès par suicide à l'âge adulte¹¹⁰⁵. Pourtant, seulement 2% des secteurs de psychiatrie disposent d'une structure d'hospitalisation d'urgence, ce qui illustre le véritable défi d'orientation pour les professionnels de santé comme pour les familles. La profonde carence du secteur conduit généralement à une hospitalisation en secteur adulte, ce qui pose des questions éthiques et juridiques sur ces prises en charge.

La première de ces problématiques est l'identification de ces mineurs parmi les majeurs, la différence d'âge n'étant pas toujours facilement visible entre deux patients de 17 et 19 ans, et pouvant conduire involontairement à recourir à des techniques destinées initialement à l'adulte, comme la contention ou l'isolement. Or, dans ce cas, le mineur est placé dans une situation de non-droit, car il ne bénéficie d'aucun recours¹¹⁰⁶, contrairement aux majeurs, car les hospitalisations infanto-juvéniles sont dites libres et non sous contraintes, car c'est l'accord des parents qui fait office de consentement.

Un autre problème concerne les modes d'admissions aux urgences psychiatriques (§1) qui sont prévues par le code de la santé publique, presque exclusivement basées sur le consentement ; ce consentement étant celui des titulaires de l'autorité parentale et non de l'enfant, les situations peuvent s'avérer particulièrement délicates, notamment lorsque l'âge est proche de la majorité. Certaines dispositions spéciales permettent une hospitalisation en dehors de ce cadre consenti.

584. Bien que la prise en charge psychiatrique des mineurs (§2) soit une nécessité connue des soignants, en forte hausse¹¹⁰⁷, elle ne bénéficie toujours pas d'un cadre juridique avec des objectifs et des moyens. Cette carence doit impérativement être comblée par des politiques publiques efficaces, faute de quoi ce secteur restera profondément déficient.

¹¹⁰⁴ OMS. *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondiale*, 2014, précité.

¹¹⁰⁵ P. CASTELLVÍ et al. « Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis », *Journal of Affective Disorders*, 215, juin 2017, p. 37-48.

¹¹⁰⁶ CGLPL, Rapport annuel 2020, juillet 2021.

¹¹⁰⁷ M. BLONDON et al., « L'accueil d'urgence en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : évolution sur 20 ans dans un site hospitalo-universitaire », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55, avril 2007, n° 1, p. 23-30 ; E. CHEVALIER et al., « Étude rétrospective et comparative de l'impact de la crise sanitaire sur l'activité d'une unité d'urgence pédopsychiatrique », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 71, janvier 2023, n° 1, p. 35-43.

Paragraphe 1 : L'urgence psychiatrique infanto-juvénile : des modes d'admissions fondées sur le consentement... même en son absence

585. Contrairement aux urgences psychiatriques pour les majeurs, les modes d'admission se fond essentiellement à l'initiative des parents et s'apparentent à des soins libres, et plus rarement sur décision du Préfet dans des conditions proches mais distinctes de celles des majeurs (I). Le code de la santé publique interdit expressément toute mesure d'hospitalisation d'un mineur sur décision du directeur d'établissement¹¹⁰⁸ en l'absence de consentement. En cas d'urgence signalée, notamment si la santé du mineur est en danger, ou si elle risque de l'être par le refus des parents, un placement peut être prononcé par un magistrat (II). Enfin, fait beaucoup plus rare, l'admission peut être du fait d'une décision d'une juridiction de jugement ou d'une chambre d'instruction, mais ne concernant généralement pas les urgences.

I- L'admission à l'initiative de tiers : les titulaires de l'autorité parentale et le représentant de l'Etat

586. Les parents peuvent demander l'admission de leur enfant mineur en soins psychiatriques, soins libres, mais qui en réalité pour le mineur s'apparentent à des soins forcés : l'hospitalisation s'impose au mineur, bien que les soignants recherchent son adhésion aux soins. La demande d'admission prend souvent la forme d'une autorisation de soin formulé par les parents, et le consentement du mineur, bien que recherché, n'est pas un préalable à l'admission. Si le mineur s'oppose à cette hospitalisation, il ne dispose d'aucun recours contre ses parents¹¹⁰⁹ : aucun certificat médical n'est obligatoire pour justifier de l'hospitalisation, aucun contrôle du JLD... La seule possibilité pour lui est de saisir le contrôleur général des lieux de privation de liberté¹¹¹⁰, mais encore faut-il que le mineur en soit informé.

¹¹⁰⁸ Cour de cassation, n°22-70.003, *précité* ; note Philippe BONFILS, Adeline GOUTTENOIRE, *Droit des mineurs*, Recueil Dalloz 2022 p.1574 ; note V. VIOUJAS, RGDM 2022, n° 84.

¹¹⁰⁹ CGLPL, *Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale*, 2017. Le CGLPL recommande d'ouvrir la possibilité de contestation par les mineurs de ces hospitalisations « libres » dans les mêmes conditions que les majeurs admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers.

¹¹¹⁰ Loi n°2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Cette situation est difficilement acceptable, plus encore s'agissant des enfants dont l'âge approche progressivement de la majorité, en raison d'un écart considérable entre les régimes juridiques applicables aux mineurs et aux majeurs, qui emportent pourtant les mêmes effets. Cette dualité de régime aboutit « à une protection juridique mieux assurée en cas d'admission contrainte qu'en cas d'admission libre »¹¹¹¹. Ce constat semble inquiétant, les voies de recours n'existant pour les mineurs qu'en cas d'admission sans consentement... de la famille, et non du mineur lui-même. Le contrôleur général des lieux de privation de liberté a émis de très nombreuses recommandations au sujet des mineurs hospitalisés et il ne reste qu'au législateur que de s'en saisir pour réformer profondément les soins psychiatriques les concernant, particulièrement en dehors des situations d'urgence. La possibilité de saisir le juge des libertés et de la détention devrait à notre sens être ouverte aux mineurs de plus de 14 ans.

587. Comme pour les majeurs, le Préfet peut prononcer l'admission d'un mineur en établissement psychiatrique sur le fondement de l'atteinte grave à l'ordre public. L'autre fait justificatif concernant la compromission de la « sûreté des personnes » ne semble pas appropriée pour un unique patient, mineur, dans le cas de troubles auto-agressifs (scarification, automutilation, suicide...) ¹¹¹², mais peut exister en cas de dangerosité pour autrui. Il peut dans ce cadre être placé en isolement ou sous contention pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour lui ou autrui. Dans ce cas, le JLD contrôle la mesure ¹¹¹³ de façon systématique et obligatoire, et peut se saisir d'office à tout moment ¹¹¹⁴.

¹¹¹¹ Rapport d'information fait au nom de la mission d'information sur la réinsertion des mineurs enfermés, Sénat, n°726, 2018.

¹¹¹² Bruno RAMDJEE, « L'inapplicabilité de la procédure d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers aux personnes mineures », Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie, Institut Droit et Santé Université Paris Cité, n° 34 ; Mathias COUTURIER, « Hospitalisation du mineur en psychiatrie : la procédure d'admission en soins sur demande du tiers est proscrite », Dictionnaire permanent Santé, bioéthique, biotechnologies, Éditions législatives, 2022, n° 338, p. 1-4.

¹¹¹³ CSP, L. 3211-12-1.

¹¹¹⁴ CSP, L. 3211-12.

II- L'admission sur décision d'un magistrat

588. Parmi les mineurs accueillis en psychiatrie (en particulier, souffrant des troubles du comportement et des syndromes dépressifs¹¹¹⁵), plus de la moitié relèvent d'une mesure de l'aide sociale à l'enfance¹¹¹⁶. Cette dernière est confrontée très fréquemment à des placements d'urgence d'enfants, par le biais d'une mesure de placement provisoire prise par le procureur de la République. Ces enfants sont souvent en situation de très grande détresse, à la fois par le motif ayant justifié le placement, mais également par la rupture du lien avec leur famille¹¹¹⁷. Des mesures d'accompagnement sont proposées par des équipes de psychologues spécialisés. Lorsque des soins psychiatriques sont nécessaires, la principale problématique est que l'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale est nécessaire. Même si l'urgence permet l'admission avec l'accord d'un seul parent, cette admission peut être remise en cause si le second parent s'y oppose.

Pour éviter cette problématique, l'ordonnance de placement provisoire peut admettre le mineur directement dans une structure hospitalière¹¹¹⁸, qui constitue donc une modalité spécifique d'hospitalisation sous contrainte en dehors du cadre des dispositions générales de l'hospitalisation sans consentement. La doctrine pointe des carences du régime juridique de ces ordonnances¹¹¹⁹, et la double problématique de la place de la justice dans les placements d'urgence, mais également de la place du judiciaire dans la mise en place de soins forcés.

La compétence du juge des enfants est celle qui ne fait aucun doute, celui-ci étant compétent en matière de protection des mineurs en danger¹¹²⁰. Toutefois, en cas d'urgence, le procureur de la République dispose du même pouvoir¹¹²¹, bien qu'en raison du caractère dérogatoire les deux ordonnances ne soient pas soumises au même régime juridique¹¹²². La seule obligation qui incombe au procureur est de saisir le juge des enfants dans les huit jours de

¹¹¹⁵ DREES, Panorama, « *L'aide et l'action sociales en France – Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion* » 2019.

¹¹¹⁶ C. KAYSER, et al., « *Facteurs de risque psychosociaux et troubles psychiatriques des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et ayant recours à des soins hospitaliers* », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59, novembre 2011, n° 7, p. 393-403.

¹¹¹⁷ Élisabeth RIGAUX, et al., « *Accueillir des tout-petits en urgence* », *Enfances & Psy*, 18, 2002, n° 2, p. 62-70.

¹¹¹⁸ Michel BOTBOL et al., « *Ordonnance de placement provisoire et obligation de soin en psychiatrie de l'adolescent* », *EMC - Psychiatrie*, 7, janvier 2010, p. 1-11.

¹¹¹⁹ Jean-Luc RONGE, *Le rôle particulier du parquet en assistance éducative : de l'usage et du mauvais usage de l'ordonnance de placement provisoire*, *AJ Famille*, 2020, n°9 p.452 ; M. COTTIN, et al., *Le parquet en matière civile, sociale et commerciale*, Université Jean Monnet, Centre de recherches critiques sur le droit, juillet. 2011.

¹¹²⁰ Code civil, article 375-1.

¹¹²¹ Code civil, article 375-5.

¹¹²² Cour d'appel de Douai, 7 novembre 1995 ; confirmé par la Cour de cassation, Chambre civile 1, 23 mai 2012, 12-40.025, Inédit.

la décision qu'il a prise, « *auquel il appartiendra de maintenir, modifier ou rapporter cette mesure, par une décision susceptible d'appel* »¹¹²³. Le procureur peut donc, dans l'urgence, placer un mineur dans une structure hospitalière, y compris spécialisée en psychiatrie, pour une durée allant jusqu'à huit jours.

Comme l'ordonnance de placement n'est pas nécessairement suivie d'un placement à plus long terme¹¹²⁴, c'est bien la nécessité d'action sans délai qui caractérise cette procédure, et permet également d'écarter les contraintes liées à l'hospitalisation de mineurs sans son consentement en psychiatrie. Enfin, il faut relever que ces dispositions spéciales¹¹²⁵ de l'hospitalisation sans consentement sont méconnues et le contentieux relativement limité¹¹²⁶.

589. En cas d'altération du discernement, ou de déclaration d'irresponsabilité pénale, la chambre de l'instruction ou la juridiction de jugement¹¹²⁷ peut ordonner l'admission en soins psychiatriques du majeur comme du mineur, sous la forme d'une hospitalisation complète. Le régime de cette hospitalisation est celui prévu pour les admissions en soins psychiatriques prononcées par le Préfet, avec la nécessité que l'établissement soit accrédité cumulativement pour la psychiatrie sans consentement et la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent¹¹²⁸, avec un environnement adapté¹¹²⁹. Ce mode d'admission reste en pratique extrêmement rare, de l'ordre de 5 à 10 mineurs par an¹¹³⁰.

¹¹²³ Cour de cassation, n° 12-40.025, *précité*.

¹¹²⁴ L'ordonnance de placement se fonde donc uniquement sur l'intérêt du mineur.

¹¹²⁵ Elle n'est pas mentionnée dans le code de la santé publique, et ne s'apparente que très peu à des soins sans consentement : pas d'inscription sur le registre des soins sans consentement, pas de possibilité de saisir le JLD, pas de certificats de 24h ou 72h, pas de droits listés par l'article L.3211-3 du CSP... le tout s'expliquant par le fait que le mode d'admission en soins psychiatriques soit fondé sur une décision d'un magistrat.

¹¹²⁶ Le CGLPL ne faisait état en 2015 que de 239 admissions au titre d'une ordonnance de placement provisoire, sur 18 257 hospitalisations de mineurs, soit 1,3%.

¹¹²⁷ CPP, article 706-135.

¹¹²⁸ CSP, R6123-175.

¹¹²⁹ Décret n°2022-1263 du 28 septembre 2022 *relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie*.

¹¹³⁰ CGLPL, Rapport thématique, 2017.

Paragraphe 2 : La difficile prise en charge psychiatrique des mineurs

590. La nécessité d'intervenir auprès des jeunes le plus précocement possible est bien établie¹¹³¹, mais demeure complexe en raison du manque de praticiens spécialisés¹¹³², qui rend difficile l'accès aux soins en pédopsychiatrie. De nombreux acteurs interviennent dans l'accompagnement des enfants et des adolescents, sans forcément faire l'objet d'articulation entre eux : l'éducation nationale, les acteurs médico-sociaux, l'aide sociale à l'enfance, la protection judiciaire de la jeunesse...

Une note de cadrage de la HAS¹¹³³ rappelle les difficultés d'accès aux soins des mineurs, avec des spécificités à prendre en compte, et la nécessité d'une étroite coordination entre les services, pourtant difficile à mettre en œuvre. Le manque de moyens en pédopsychiatrie conduit malheureusement à un accès aux soins qui se fait dans l'urgence, faute de prise en charge plus précoce¹¹³⁴ : les troubles comportementaux s'accompagnent de manifestations de plus en plus importantes, nécessitant alors une admission en urgence.

Les prescriptions de psychotropes sont fréquentes, particulièrement chez les enfants placés¹¹³⁵, sans plans d'action de prévention, et sans recherche scientifique dans ce domaine¹¹³⁶. Cela a d'ailleurs une incidence directe sur les prescriptions, puisque la moitié des ordonnances sont hors AMM¹¹³⁷ : le recours médicamenteux serait dix fois plus important pour cette population, avec des posologies élevées, et le recours à des polythérapies.

L'absence de dépistage systématique dans ce secteur est problématique, tout comme l'accès aux soins lorsque ces symptômes apparaissent : les soins psychiatriques ne sont pas des

¹¹³¹ Rapport d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France, Rapport n°494, Sénat, 2017.

¹¹³² Enquête CSA et CNUP, septembre 2023, « Baromètre d'image du métier de psychiatre », n°2300601. De façon globale, « 30 % des postes de psychiatres hospitaliers sont vacants et le nombre de postes d'infirmiers non pourvus a doublé entre 2019 et 2022 », Question d'actualité au gouvernement, Sénat, n°0106G, publiée le 17/11/2022. En 2023, la France compterait à peine 700 pédopsychiatres, contre 1200 en 2019. Question écrite, n°06305, JO Sénat du 13/04/2023 - page 2478. Voir également, Rapport de la Cour des Comptes, « *La Pédopsychiatrie : Un accès et une offre de soins à réorganiser* », mars 2023.

¹¹³³ HAS, *Coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie*, note de cadrage, avril 2021.

¹¹³⁴ La réticence de l'enfant et/ou des parents est également à signaler.

¹¹³⁵ Rapport conjoint, *La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance*, CREA Rhône-Alpes, Observatoire régional de la santé Rhône Alpes, Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Rhône-Alpes, Département de la Haute-Savoie, Octobre 2012.

¹¹³⁶ EVEN et al., « *La santé mentale des enfants placés. Une revue de la littérature* », L'Encéphale, 45, septembre 2019, n° 4, p. 340-344.

¹¹³⁷ Eric ACQUAVIVA, et al., « *Psychotropic medication in the French child and adolescent population: prevalence estimation from health insurance data and national self-report survey data* », BMC psychiatry, 9, novembre 2009, p. 72.

actes usuels¹¹³⁸, et nécessitent donc l'autorisation préalable des titulaires de l'autorité parentale. Or, ces titulaires sont parfois visés par des procédures administratives et/ou judiciaires qui visent à les éloigner de leurs enfants et ce contexte familial complique la prise en charge du mineur, obligeant parfois le procureur de la République à prendre des mesures spécifiques.

En somme, c'est généralement en raison de l'absence de prise en charge que les pathologies finissent par s'exacerber, et se traduire en phase aiguë, nécessitant alors une prise en charge urgente. Les prescriptions d'anxiolytiques sont là encore fréquentes, en particulier de la classe des benzodiazépines, avec de réels risques de dépendance, voire de toxicomanie¹¹³⁹, d'autant qu'ils sont prescrits dans l'urgence, et sans pour autant qu'il existe de réel suivi médical à la suite de l'hospitalisation aux urgences. Il existe pourtant des modes de prise en charge alternatives aux médicaments, qui reposent sur des rendez-vous réguliers¹¹⁴⁰.

591. Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile se décompose en plusieurs structures d'hospitalisation ou d'accueil, qui peuvent varier selon les établissements. Toutefois, on y retrouve généralement : une unité de crise et d'hospitalisation pour adolescents (UCHA), un Centre médico psychologique (CMP), un hôpital de jour, un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), une maison des adolescents (MDA)... Ces structures sont toutes des lieux de soins, mais graduées en fonction de la pathologie¹¹⁴¹ du mineur : certaines structures fonctionnent sous la forme de l'hospitalisation complète, comme l'UCHA, centré sur l'accueil de mineurs en phase aiguë, généralement dans l'urgence, alors que d'autres sont davantage des points d'accueil et parfois de diagnostic, comme les MDA, qui permettent la prise en charge du mineur et son orientation. En cas d'urgence, elles peuvent faire intervenir une équipe mobile de psychiatrie, qui prend en charge l'enfant et l'oriente dans le service adapté.

Le manque de lisibilité de ces structures entraîne, comme pour le somatique, un recours aux urgences comme 'guichet d'entrée' dans un parcours de soins. Ainsi, presque 16% de la file active de psychiatrie infanto-juvénile est passée par les urgences générales¹¹⁴², avec généralement un passage en secteur adulte, car sauf rares exceptions, il n'existe pas de service

¹¹³⁸ Pour les consultations, le critère de distinction est la durée et la régularité, voir en ce sens, Cour d'appel de Lyon, 28 février 2011, 10/03604, 2007/00476. A l'inverse, des séances ponctuelles et de portée limitée sont usuelles : Cour d'appel de Lyon, 28 février 2011, 10/03604, 2007/00476. Les prescriptions de psychotrope en revanche ne sont jamais des actes usuels : Conseil d'État, 4ème SSJS, 07/05/2014, 359076, Inédit au recueil Lebon.

¹¹³⁹ Viviane KOVESS, et al., « *Psychotropic medication use in French children and adolescents* », *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 25, mars 2015, n° 2, p. 168-175.

¹¹⁴⁰ HAS, Rapport d'orientation, *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées*, avril 2011.

¹¹⁴¹ Comme pour l'adulte, de nombreuses pathologies sont susceptibles d'être traitées, comme les troubles de l'humeur, de l'anxiété, d'addictions, de troubles alimentaires...

¹¹⁴² 84 734 passages aux urgences sur un total de 530 000. Données 2019, avant la crise. Rapport de la Cour des Comptes, mars 2023, *précité*.

d'urgences pédopsychiatriques. Inadéquats, ces passages aux urgences ont un surcoût estimé à 131 millions d'euros par an¹¹⁴³.

Faute de pouvoir consulter dans des délais raisonnables, de savoir où et à qui s'adresser, les patients finissent par voir leurs pathologies se dégrader. Cette situation les conduit alors à une admission en urgence. Lorsque l'hospitalisation s'avère nécessaire, neuf fois sur dix¹¹⁴⁴ elle s'effectue dans un service pédiatrique « classique » plutôt qu'en pédopsychiatrie, à la fois par manque de place, comme en raison de la grande réticence des parents¹¹⁴⁵. Le manque de place en psychiatrie hospitalière s'explique principalement par le manque de soignants. Les places limitées conduisent à une sélection des patients, restreignant les admissions aux cas les plus graves¹¹⁴⁶ : tentative de suicide, troubles graves de l'alimentation, ivresse pathologique, automutilations... Malheureusement, ces enfants sont généralement passés plusieurs fois par le circuit hospitalier, et leur état de santé s'est alors fortement dégradé faute de soins adéquats, voire simplement de prise en charge.

592. Soulignons que la France ne dispose pas de cadre juridique propre à la pédopsychiatrie, qui fixe les objectifs, l'organisation globale, et surtout les moyens de sa mise en œuvre. Le cadre existant étant celui de la psychiatrie générale, sans distinction enfant/adulte, à l'exception de trois articles du code de la santé publique qui organisent les soins psychiques infanto-juvéniles¹¹⁴⁷. Des actions gouvernementales éparses, comme le plan « psychiatrie et santé mentale » ont été menées, avec un bilan très mitigé, le HCSP indiquant qu'aucun « progrès n'a été réalisé s'agissant du nécessaire ciblage des programmes de lutte contre le suicide aux enfants »¹¹⁴⁸. Pourtant, les parlementaires travaillent sur cette nécessité¹¹⁴⁹. Une prise de conscience tardive, en partie due au confinement¹¹⁵⁰ et à la hausse des pathologies, a

¹¹⁴³ *Ibidem*.

¹¹⁴⁴ Données de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation, 2021.

¹¹⁴⁵ Rapport de la Cour des Comptes, mars 2023, *précité*.

¹¹⁴⁶ Rapport de l'ARS Pays de la Loire, *Parcours de soins des enfants et adolescents dans le Maine-et-Loire*, 2015 « Le recours à l'hospitalisation doit être partagée par tous les acteurs comme un moment d'exception, avec une mission spécifique de soins et ne pas pallier des carences. L'hospitalisation ne doit pas répondre à une stratégie de placement, mais être identifiée comme un moment exceptionnel dans le parcours de soins » ; voir également P. AYOUN, « L'hospitalisation à temps complet des adolescents et ses indications en psychiatrie », *L'information psychiatrique*, 2008.

¹¹⁴⁷ Depuis 2022, il s'agit de secteurs « de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent », mais les deux termes subsistent dans le code de la santé publique ; voir par exemple R.3221-1 et suivants.

¹¹⁴⁸ HCSP, Rapport d'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015.

¹¹⁴⁹ L'instauration d'un cadre clair, cohérent, avec des objectifs, reste visiblement sans résultats. Sénat, commission des affaires sociales, Rapport d'information au nom de la mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France, avril 2017.

¹¹⁵⁰ Stéphanie VANDENTORREN et al, Etude CONFÉADO, « Facteurs associés à la résilience et à la santé mentale des enfants et des adolescents (9-18 ans) lors du premier confinement lié à la covid-19 en France » Santé Publique France, BEH n°8, mai 2021.

toutefois accéléré la mise en œuvre de politiques publiques : à la suite des assises de la santé mentale (septembre 2021) plusieurs mesures ont été annoncées par le gouvernement¹¹⁵¹. Néanmoins, en l'absence d'un cadre précis, avec des objectifs mesurables, la mise en œuvre de ces mesures est à l'arrêt¹¹⁵².

593. L'instauration d'un cadre juridique et l'accès aux soins psychiques infanto-juvéniles sont non seulement souhaitables, mais nécessaires et à très court terme, en raison de la dégradation de plus en plus rapide de la santé mentale des jeunes¹¹⁵³. Ce cadre pourrait être comparable à celui existant pour la santé sexuelle des mineurs¹¹⁵⁴, c'est-à-dire permettant une dispense du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre s'agissant de la santé mentale, particulièrement pour les infirmiers, dont ceux scolaires, mais aussi plus largement pour une plus grande pluralité de professionnels de santé. La gratuité (absence d'avance de frais) et l'anonymat ne résoudront pas la problématique d'accès aux soins psychiatriques, en raison de l'absence de places disponibles, mais reste souhaitable pour en favoriser l'accès. Les dépistages et les actions de prévention, devraient également être mis en œuvre de façon systématique, afin d'éviter la hausse des pathologies psychiatriques, notamment en lien avec des problématiques relatives au milieu scolaire comme le harcèlement¹¹⁵⁵ (angoisse, dépression, troubles du sommeil...).

Enfin, comme pour les urgences générales, la présence d'un service de pédopsychiatrie adossé aux urgences, avec une étroite collaboration, pourrait permettre un diagnostic plus précoce¹¹⁵⁶.

¹¹⁵¹ Stratégie des 1000 premiers jours, allocation de 80 millions d'euros pour la recherche, augmentation des places dans les centres médico-psychologiques...

¹¹⁵² Rapport de la Cour des Comptes, *La Pédopsychiatrie : Un accès et une offre de soins à réorganiser* » 2023.

¹¹⁵³ Étude IPSOS réalisée à la demande de la Fondation FondaMentale, Janvier 2021.

¹¹⁵⁴ L.1111-5-1.

¹¹⁵⁵ Plus particulièrement sur des pathologies non-urgentes mais susceptibles de se dégrader rapidement et de le devenir (troubles du comportement alimentaire, troubles du neurodéveloppement...). Voir en ce sens, Violaine KUBISZEWSKI, et al., « Évaluation du bullying scolaire (harcèlement scolaire) chez les adolescents français : validité de l'adaptation française du questionnaire Agresseur/Victime révisé d'Olweus (1996) », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 172, juin 2014, no 4, p. 261 267 ; V. FOUGERET-LINLAUD, « Harcèlement entre pairs en milieu scolaire », *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, Volume 35, Issue 4, 2022, pages 179-188.

¹¹⁵⁶ C. STHENEUR et al., « Les urgences, un lieu de repérage des adolescents en difficulté », *Archives de Pédiatrie*, 21, juin 2014, n° 6, p. 593-600.

CONCLUSION DU CHAPITRE 1

594. Quelle que soit la modalité d'admission, la finalité des soins psychiatriques reste la même : face au danger que représente le patient atteint de troubles, des mesures privatives de liberté s'imposent, parfois de façon très attentatoire aux libertés (contention chimique et physique). Il faut ici souligner que les séjours post-admission aux urgences sont généralement extrêmement courts, les hospitalisations plus longues étant davantage axées sur l'hospitalisation avec consentement. Cela signifie que les patients refusant généralement les soins peuvent être admis de façon cyclique aux urgences¹¹⁵⁷.

Cette volonté des pouvoirs publics de privilégier les séjours de très courte durée « *peut d'ailleurs déconcerter les proches du patient, qui souhaitent souvent qu'il soit pris en charge pour une durée plus longue* »¹¹⁵⁸. Malheureusement, malgré plusieurs tentatives de réformes et la volonté affichée que « *l'urgence ne devienne pas elle-même une forme chronique de demande de soins du patient (...) et faire que ces crises soient gérées en limitant autant que possible le transfert vers le système hospitalier* »¹¹⁵⁹, le constat demeure.

D'ailleurs, ce n'est que lorsque « *l'analyse de l'activité d'une structure des urgences fait apparaître un nombre important de passages de patients nécessitant des soins psychiatriques* »¹¹⁶⁰ qu'un psychiatre est mis à disposition en permanence. Sans cette présence, la situation devient intenable alors que les urgences accueillent déjà des patients en situation précaire, qui sont admis en dehors d'urgence médicale, ou au contraire en situation d'urgence du fait d'une situation non prise en charge à temps¹¹⁶¹, auxquels s'ajoutent les urgences de tous types, quasiment à toute heure du jour et de la nuit.

Les prises en charge urgentes de patients en décompensation psychiatrique sont alors beaucoup plus complexes.

¹¹⁵⁷ S. SCHMOLL et al., « *Patients récurrents aux urgences psychiatriques : analyse démographique et clinique* », L'Encéphale, 41, avril 2015, n° 2, p. 123-129.

¹¹⁵⁸ Pr. Didier TRUCHET, 2006.

¹¹⁵⁹ Plan psychiatrie et santé mentale 2012-2015, Ministère chargé de la Santé.

¹¹⁶⁰ CSP, D6124-26-6.

¹¹⁶¹ Ou les patients chroniques pour qui les urgences sont une structure de substitution, voir à ce sujet Karine BERARD, *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain*, Thèse de doctorat, Lyon, 2017.

595. La psychiatrie est quasiment abandonnée des politiques de santé publique, avec des modes de financement peu incitatifs et facteurs d'inégalité de moyens. Jusqu'en 2022, elle échappait au modèle de financement de la tarification à l'activité : les établissements étaient financés selon des enveloppes annuelles. La loi de financement de la sécurité sociale¹¹⁶² prévoit désormais qu'une partie du financement est calculée à partir du nombre de journées d'hospitalisation ou d'actes ambulatoires, toutefois l'offre de soins souffre de faiblesses anciennes et structurelles, conduisant à des prises en charge parfois indignes. Les fortes tensions en termes d'offre et d'organisation de soin, l'absence d'attractivité de la psychiatrie et l'absence de dépistage et de prévention provoquent inévitablement des carences de prises en charge, exacerbant les pathologies à l'excès. Les prises en charge de pathologies en urgence, en phase aiguë, sont particulièrement complexes, et peu efficaces, et à l'instar des urgences somatiques, un meilleur suivi médical pourrait éviter un grand nombre d'admissions. La grande complexité des pathologies, et les difficultés préhospitalières des urgences psychiatriques devraient amener à une réflexion sur la possibilité d'intégrer dans un équipage SMUR classique un médecin psychiatre à la place du médecin urgentiste, comme cela se fait déjà avec les pédiatres pour le SMUR pédiatrique. Un SMUR psychiatrique pourrait ainsi voir le jour, et permettre une prise en charge plus qualitative des patients.

596. Enfin, de très nombreuses pathologies étant intriquées entre la médecine psychiatrique et somatique, l'étude des troubles psychiatriques ne doit pas occulter les pathologies somatiques, d'autant qu'elles influent dans 40 % des cas d'une façon néfaste sur la santé du patient¹¹⁶³. Il faut donc étudier l'urgence somatique plus en détail, d'autant qu'elle correspond à l'immense majorité du recours aux services d'urgences.

¹¹⁶² Loi n°2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

¹¹⁶³ C. SCHEIFER et al., « Intrication des problèmes psychiatriques et somatiques en médecine d'aval des urgences : étude transversale de 104 séjours », La Revue de Médecine Interne, 37, juin 2016, p. A81-A82.

CHAPITRE II : L'URGENCE SOMATIQUE

597. Si l'urgence emporte comme conséquence juridique un assouplissement de certaines règles juridiques, cet assouplissement reste toutefois proportionné à la situation, selon les critères que nous avons précédemment abordés, à savoir que l'assouplissement du cadre doit être adapté à la gravité de la situation, en prenant en compte le péril et/ou le risque pour la personne de perdre une fonction ou un organe ; mais également l'adéquation des moyens entre la situation et les moyens humains et matériels dont disposent les secours pour faire face à la situation. Justement, s'agissant des moyens humains et matériels, ceux-ci sont radicalement différents s'agissant des soins préhospitaliers et hospitaliers qui disposent souvent de plateaux techniques, et exigent d'appréhender la difficulté de passer de l'un à l'autre en raison des difficultés liées aux transports, particulièrement lorsque le patient est médicalement instable.

Il nous semble donc opportun d'étudier les conséquences juridique de l'urgence en santé tant sur les prises en charge préhospitalières (§ 1) qu'hospitalières (§ 2).

Section 1. Les prompts secours & les prises en charge préhospitalières

598. Le plus ancien médecin dont il reste des écrits, considéré comme le père de la médecine, HIPPOCRATE, écrivit dans le *Traité des Malades* : « *il faut parfois agir vite, comme lors des défaillances où ne peuvent pas couler l'urine ni sortir les matières fécales ou encore en cas de suffocation quand les femmes font des fausses couches. Les moments favorables pour intervenir passent promptement et la mort survient si on a trop différé* »¹¹⁶⁴. Souvent dépêché au lit des malades, il conseille aux médecins, en particulier ceux qui veulent faire de la chirurgie, de s'enrôler dans l'armée afin de suivre les troupes au plus près et de les soigner au mieux.

Cette philosophie de rapprocher le soignant de son malade, fût-il potentiel, est toujours au cœur de notre actualité avec une volonté de placer des soignants au cœur des territoires. Lorsque cela n'est pas possible, il faut adapter des dispositifs de prise en charge, telle que la médecine à distance. En Grèce antique, Claude GALIEN, considéré comme le père de la pharmacie par ses ouvrages sur ce que l'on appellerait aujourd'hui la pharmacopée, avait déjà compris l'intérêt de prendre en charge ses patients sur l'ensemble du territoire, y compris les endroits les plus reculés, et est ainsi considéré comme le premier « médecin régulateur » de l'histoire, par les diagnostics donnés par correspondance¹¹⁶⁵.

599. Si notre société a beaucoup évolué depuis ces temps anciens, la prise en charge des malades qui exigent des soins rapides, voire une prise en charge urgente, demeure toujours une problématique réelle, tant par la réponse sanitaire à donner, que par la multiplicité des situations différentes, qui supposent des prises en charge distinctes. La qualité des prises en charge de malades par des prompts secours ou des prises en charge préhospitalières dépendent à la fois des conditions favorables (§ 1) ou au contraire du milieu parfois périlleux (§ 2), mais également des possibilités de réguler les appels, c'est-à-dire la possibilité d'avoir accès par quelque moyen que ce soit, à un médecin pour orienter l'action des premiers intervenants, comme de la mise en œuvre de moyens humains et matériels répondant à une médicalisation précoce, chaque fois que cela est possible et nécessaire.

¹¹⁶⁴ HIPPOCRATE, le *Traité des Malades*.

¹¹⁶⁵ Mirko GRMEK et Danielle GOUREVITCH, « *Aux sources de la doctrine médicale de Galien : l'enseignement de Marinus, Quintus et Numisianus* », *ANRW II* 37, 2, Berlin, 1994, pp. 1491-1528 ; Armelle DEBRU, « *Les démonstrations médicales à Rome au temps de Galien* », *Ancient Medicine in Socio-Cultural Context*, volume 1, p. 69-81.

Paragraphe 1 : La mise en œuvre de moyens de prompts secours en conditions favorables

600. Souvent qualifié de chaîne, en ce que chaque maillon est indispensable et directement lié tant au précédent qu'au suivant, la prise en charge d'une victime se fait initialement par la première personne se trouvant sur les lieux (I), qui appellera les secours (II), lesquels pourront décider de la suite, soit d'une médicalisation préhospitalière du patient (III), soit d'un transport¹¹⁶⁶, ou un simple conseil médical.

I. La première prise en charge

601. La première prise en charge d'un patient placé en urgence médicale se fait généralement par le premier témoin, souvent un simple citoyen « bon samaritain » (A), parfois par un pharmacien d'officine (B) ou un autre professionnel (C), qui établit un premier bilan qui sera transmis aux secours publics.

A. La prise en charge d'une victime par un citoyen « bon samaritain »

602. « Toute personne concourt par son comportement à la sécurité civile »¹¹⁶⁷, et notamment par la production des premiers soins aux personnes ; ainsi, la découverte d'une personne inconsciente et qui ne respire pas, doit amener le témoin à alerter les secours, éventuellement mettre en place un défibrillateur automatisé externe¹¹⁶⁸, et effectuer une réanimation cardio-pulmonaire par l'application de compressions thoraciques¹¹⁶⁹, et ce jusqu'au relais par les services de secours. En France, le pourcentage de personnes formées¹¹⁷⁰

¹¹⁶⁶ Transport sans médicalisation, généralement réalisé par une ambulance privée ou un véhicule sanitaire, mais également parfois par des taxis ou simplement par un proche de la victime. Ces cas sont généralement réservés aux urgences médicales relatives, voire très relatives.

¹¹⁶⁷ Code de la sécurité intérieure, Article L.721-1.

¹¹⁶⁸ Code de la santé publique, Article R.6311-15.

¹¹⁶⁹ Les recommandations relatives à l'Unité d'Enseignement du PSC1 de septembre 2019 précisent clairement que « si le sauveteur ne se sent pas capable, il doit réaliser uniquement les compressions thoraciques en continu ». A noter que depuis le 15 juin 2024, le PSC1 disparaît au profit PSC pour « premiers secours citoyen ». Cf. Arrêté du 15 juin 2024 *relatif à la filière pédagogique de sécurité civile*.

¹¹⁷⁰ Formations diplômantes, ce qui exclut les simples initiations.

n'est que de 29 %¹¹⁷¹ à 30%¹¹⁷², ce qui s'explique certainement par « *la peur de mal faire et la crainte d'une poursuite judiciaire [qui] constituent un frein important à la diffusion du secourisme citoyen et à sa mise en pratique* »¹¹⁷³. A ce titre, beaucoup de citoyens pensent qu'il vaut mieux ne pas être formé, afin de ne pas disposer de la compétence nécessaire à l'appréciation de la gravité. Or, les jurisprudences, nombreuses, ne prennent pas en compte l'existence ou non d'une formation pour la qualification du délit d'omission de porter secours¹¹⁷⁴, mais sur l'absence de méprise possible sur la gravité du péril¹¹⁷⁵, et l'absence de doute sur la nécessité d'intervenir¹¹⁷⁶.

Le délit punit, une abstention d'assistance de la victime d'un péril et non une abstention de combattre le péril que la victime subit¹¹⁷⁷ ; ainsi la formation ou son absence est indifférente vis-à-vis de la qualification.

A ce titre, un bon samaritain ne saurait être pénalement responsable des actes nécessaires accomplis pour la sauvegarde de la vie de la personne sauf en cas de disproportion des moyens employés¹¹⁷⁸ ; et sa responsabilité civile devrait logiquement être écartée au profit de la collectivité publique ayant bénéficié de son concours¹¹⁷⁹ par l'invocation de la qualité de collaborateur occasionnel du service public. L'imprudence du collaborateur pourra toutefois être une source de restriction de l'indemnisation¹¹⁸⁰.

603. Il faut ici préciser que la personne publique n'a aucun rôle à jouer, ni de sollicitation ni d'acceptation, la motivation de l'action résidant dans l'urgence¹¹⁸¹. Le juge retient que la participation bénévole et de façon désintéressée¹¹⁸² à l'exécution d'un service public doit conduire automatiquement à l'indemnisation des dommages que pourrait subir le collaborateur

¹¹⁷¹ Étude TNS Healthcare pour la Fédération Française de Cardiologie « *Les Français et l'arrêt cardiaque* », 11 septembre 2007.

¹¹⁷² Jean-Charles COLAS-ROY, « *Rapport de la commission des lois sur la proposition de loi visant à lutter contre la mort subite et à sensibiliser la population aux gestes qui sauvent* », n°1633, Assemblée Nationale, février 2019

¹¹⁷³ Alain LARCAN, Henri JULIEN. *Le secourisme en France. Panorama et perspectives*, Rapports de l'Académie de Médecine, 2011.

¹¹⁷⁴ Code Pénal, 223-6.

¹¹⁷⁵ Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 17 février 1972, 70-91.746, Publié au bulletin ; Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 26 mars 1997, 95-81.439, Publié au bulletin.

¹¹⁷⁶ Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 26 novembre 1969, 69-91.631, Publié au bulletin ; Cour de cassation, Chambre criminelle, du 30 octobre 1990, 90-84.918, Inédit.

¹¹⁷⁷ Ce qui impose d'assister la victime, même si le secours est inefficace en raison de la gravité des blessures, ou de son évolution fatale. Cour d'appel de Nancy, 27 oct. 1965, Dalloz 1966 p.30.

¹¹⁷⁸ Code Pénal, 122-7.

¹¹⁷⁹ Conseil d'État, Section du Contentieux, 12/10/2009, 297075, Publié au recueil Lebon ; Conseil d'État, Section, du 1 juillet 1977, 97476, publié au recueil Lebon.

¹¹⁸⁰ CE 28 janv. 1959, Fabre, Lebon T. 1095, Conseil d'État, 2ème et 7ème sous-sections réunies, 24/01/2007, 289646, Inédit au recueil Lebon.

¹¹⁸¹ *A contrario* : Conseil d'État, 5 / 3 SSR, du 14 décembre 1981, 21258, mentionné aux tables du recueil Lebon

¹¹⁸² Entendu au sens pécuniaire, la notion de lien de parenté étant désormais indifférent. Conseil d'État, Section, du 1 juillet 1977, 97476.

occasionnel du service public¹¹⁸³. Cependant, les magistrats excluent la sphère exclusivement privée, et notamment les accidents domestiques¹¹⁸⁴, ce qui revient à prendre en compte le lieu de l'intervention et éventuellement l'existence d'un appel au secours destiné à l'extérieur¹¹⁸⁵.

Ainsi, si le sauveteur est un proche parent qui intervient dans des conditions sensiblement équivalentes à celles dans lesquelles un passant serait intervenu, le juge le qualifiera de collaborateur occasionnel du service public¹¹⁸⁶. Le législateur a d'ailleurs souhaité entériner cette qualification de collaborateur occasionnel du service public à « *quiconque porte assistance de manière bénévole à une personne en situation apparente de péril grave et imminent* »¹¹⁸⁷, le qualifiant également de « citoyen sauveteur ». Dommage que les parlementaires aient axé la loi quasi-exclusivement sur l'arrêt cardiaque, et entendent y lutter uniquement en assurant des sensibilisations et non des formations... D'autant plus que ces mêmes parlementaires ont fait le constat que « *le taux de formation de la population française est parmi les plus bas du monde* »¹¹⁸⁸.

604. Le bon samaritain, agissant dans l'urgence médicale, c'est-à-dire dans le cadre de l'état de nécessité, fondé sur un danger grave et imminent pour la victime, pourra donc effectuer l'appel au secours, et se laisser guider au besoin pour effectuer les actes de premiers secours, y compris se former directement par téléphone. Dans des cas plus isolés, comme lors d'un secours en montagne ou sur un bateau en haute mer, l'urgence médicale et les délais d'intervention des secours médicalisés peuvent exempter de responsabilité le citoyen qui entreprendrait un acte médical, dans l'urgence, afin de sauver une vie¹¹⁸⁹. En ce sens, le « *sauvetage est pénalement justifié lorsqu'il est socialement utile* »¹¹⁹⁰, mais encore faut-il disposer d'un socle de compétences suffisant pour entreprendre cet acte, ce qui n'est le cas que d'un français sur dix... et se remémorer le contenu de la formation, les formations continues n'étant pas obligatoires.

¹¹⁸³ Conseil d'État – 22 novembre 1946 – n° 74725, n° 74726.

¹¹⁸⁴ TA Besançon, 1^{er} juill. 1987, Chassery, Lebon 270.

¹¹⁸⁵ CE, sect., 9 oct. 1970, Gaillard, Lebon 565 ; RD publ. 1970. 1431, concl. ROUGEVIN-BAVILLE ; CJEG 1971. 3. 200.

¹¹⁸⁶ Conseil d'État, 2 / 6 SSR, du 22 juin 1984, 40605, mentionné aux tables du recueil Lebon.

¹¹⁸⁷ Loi n° 2020-840 du 3 juillet 2020 visant à créer le statut de citoyen sauveteur, lutter contre l'arrêt cardiaque et sensibiliser aux gestes qui sauvent.

¹¹⁸⁸ Rapport fait au nom de la commission des lois sur la proposition de loi visant à créer le statut de citoyen sauveteur, lutter contre l'arrêt cardiaque et sensibiliser aux gestes qui sauvent, n° 521, juin 2020. Ce rapport rappelle ce constat, en citant le rapport de la mission de préfiguration sur la généralisation au plus grand nombre de nos concitoyens, de la formation aux gestes qui sauvent, avril 2017.

¹¹⁸⁹ Cela est détaillé plus loin, la présente sous-section étant axée sur la prise en charge dans des conditions favorables.

¹¹⁹⁰ Bruno PY, « Urgence médicale, état de nécessité, et personne en péril », AJ Pénal 2012, n°7-8 p.384.

Fort heureusement, les secours publics disposent de formations adaptées leur permettant d'enseigner par téléphone et à très brève échéance certains gestes élémentaires de premiers secours.

B. La prise en charge par une officine et les urgences pharmaceutiques

*« Tout pharmacien doit, quelle que soit sa fonction
et dans la limite de ses connaissances et de ses moyens,
porter secours à toute personne en danger immédiat,
hors le cas de force majeure. »¹¹⁹¹*

605. Outre le fait que le pharmacien est avant tout un citoyen et peut intervenir dans ce cadre, il est surtout un professionnel de santé, et formé aux gestes et soins d'urgence¹¹⁹². Généralement bien implantée sur une commune, l'officine est le lieu de proximité où recueillir des conseils au sujet de sa santé, de façon plus accessible que dans un cabinet de médecine. Professionnels de santé de première ligne, les pharmaciens sont en effet de plus en plus sollicités¹¹⁹³, et voient leurs missions s'élargir, en matière des dépistages (par exemple pour adapter un traitement s'agissant des angines en réalisant un test d'orientation diagnostic¹¹⁹⁴), ou prescriptions de certaines vaccinations¹¹⁹⁵. Cette disponibilité est sollicitée par des patients, qui n'hésitent pas à se déplacer à l'officine lorsqu'ils sont confrontés à une situation d'urgence¹¹⁹⁶, parfois pour des situations exceptionnelles¹¹⁹⁷.

¹¹⁹¹ Code de la santé publique, R4235-7.

¹¹⁹² Attestation de formation aux gestes et soins d'urgences (AFGSU). Formation obligatoire pour les professionnels de santé et délivrée par les facultés, le premier niveau en premier cycle, le second en deuxième cycle.

¹¹⁹³ Anne-Sophie LEGRAND, La place du pharmacien d'officine en situation d'urgence vitale, 2007.

¹¹⁹⁴ Arrêté du 29 juin 2021 fixant les conditions de réalisation des tests rapides oro-pharyngés d'orientation diagnostique des angines à streptocoque du groupe A par les pharmaciens d'officine.

¹¹⁹⁵ Code de la Santé Publique, L. 5125-1-1.

¹¹⁹⁶ Pascal CASAURANG, Les multiples demandes d'assistance demandées en officine, analyse et évaluation, Les Annales Pharmaceutiques Françaises, 1998, 56, 4, p. 187-190.

¹¹⁹⁷ L'auteur, précité, mentionne notamment des hémorragies, des brûlures graves, des membres sectionnés... Bien que l'article date quasiment d'il y a 25 ans, et que les habitudes évoluent, la pharmacie demeure un service de proximité, et l'accentuation des déserts médicaux risque de faire affluer les patients vers les officines pour un certain nombre de cas.

606. Le code de la santé publique mentionne la possibilité de délivrance d'un médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit, en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient¹¹⁹⁸, mais la formulation législative est axée sur l'existence préalable d'une prescription, ce qui limite cette prescription au cas de la substitution. En l'absence de précisions réglementaires, une jurisprudence en la matière aurait pu permettre de tracer le cadre de la dispensation en l'absence de prescripteur de médicaments normalement soumis à prescription, mais cette jurisprudence¹¹⁹⁹ est quasiment inexistante. La décision qui reste la plus précise dans cette matière demeure aujourd'hui encore celle du 20 mars 1984¹²⁰⁰, qui s'interroge sur la possibilité pour le pharmacien de délivrer un médicament soumis à une ordonnance préalable, lorsqu'aucun prescripteur n'est joignable. Afin de fonder sa décision, le juge établit un double critère : l'absence de médecin joignable, et une urgence médicale, qui est fondé sur la nécessité de ne pas interrompre un traitement indispensable. En effet, l'absence de délivrance du médicament étant susceptible d'entraîner un réel danger pour le patient, il convient que le pharmacien prenne alors seul cette décision.

607. Cette possibilité pour un pharmacien de délivrer un médicament en cas d'urgence fondée sur la nécessité de ne pas interrompre un traitement indispensable doit être explicitée. Le cas le plus typique d'illustration qui vient spontanément est presque évident, tant ces médicaments sont largement connus, particulièrement médiatisés¹²⁰¹, et se pose régulièrement en officine : la délivrance sans ordonnance de bronchodilatateur. L'asthme étant une maladie dont la mortalité est largement évitable¹²⁰², la délivrance de Salbutamol (Ventoline)¹²⁰³ se fait régulièrement en officine, y compris sans ordonnance. Par ailleurs, l'existence du dossier pharmaceutique permet à un pharmacien de savoir si ce type de médicament a déjà été délivré, laissant présupposer une prescription.

Cette consultation du dossier pharmaceutique, ou à défaut l'historique des délivrances (qui est propre à chaque pharmacie) permet de s'assurer du bien fondé de certaines demandes (notamment dans le cadre de la prévention d'un syndrome de sevrage) toujours être fondé sur

¹¹⁹⁸ Code de la santé publique, L5125-23.

¹¹⁹⁹ Y compris la juridiction ordinale, qui ne sanctionne que deux cas de dispensation sans ordonnance, qui ne concernent pas l'urgence médicale : la première décision concernait une pratique frauduleuse, et la seconde le refus de délivrance d'une contraception d'urgence à titre gratuit.

¹²⁰⁰ Tribunal Correctionnel de Metz, 20 mars 1984, 1984, n°278-636.

¹²⁰¹ A l'instar du personnage Stevie dans la série Malcolm, et de nombreux films. Cela est dû au nombre de patients qui souffrent d'asthme, par exemple autour de 6% de la population française (4 millions), données Santé Publique France, octobre 2021.

¹²⁰² Isabella ANNESI-MAESANO, Sofia KALABOKA, Jean-Pierre PIAU, *L'asthme est-il une maladie toujours potentiellement mortelle ?* La Presse Médicale, Volume 37, Issue 1, Part 2, 2008, Pages 107-115

¹²⁰³ D'autant que les effets secondaires du médicament sont limités, et font largement pencher la balance vers le bénéfice plutôt que le risque.

l'urgence et dans l'intérêt du patient¹²⁰⁴. Le pharmacien opère alors « un dépannage », c'est-à-dire délivre à titre exceptionnel le médicament, sur la base d'une ordonnance expirée, contenu au sein du dossier patient. Cette délivrance ne peut concerner que les traitements chroniques ou les contraceptifs oraux¹²⁰⁵.

608. Face à une urgence ne permettant pas la consultation des antécédents, nécessitant une action rapide, le pharmacien peut également être amené à utiliser un dispositif médical ou un médicament soumis à prescription, sans avis médical. Cela peut être le cas s'agissant d'allergènes entraînant un choc anaphylactique, qui entraîne un gonflement des tissus mous de nature à conduire à l'asphyxie et au décès ; le délai d'apparition du choc pouvant être variable après l'exposition au risque, le patient est en effet susceptible de se rendre en pharmacie s'il ne dispose pas de son traitement d'urgence (ou s'il ne lui a jamais été prescrit). La prise en charge étant axée sur l'injection d'adrénaline par voie intramusculaire¹²⁰⁶, c'est une possibilité à ne pas exclure des urgences pharmaceutiques, à la fois justifiée par l'urgence vitale, et l'impérieuse nécessité d'action ; d'autant que la toxicité est faible, même administrée inutilement¹²⁰⁷.

609. La liste des médicaments ou des possibilités de prise en charge ne saurait faire l'objet d'une liste exhaustive¹²⁰⁸, d'autant plus que le domaine semble plus relever de la pharmaceutique que du droit. Pour autant, elles exigent l'élaboration et le respect de protocoles afin de faciliter la prise en charge uniforme des patients en urgence. Surtout que certains cas présentent de réelles difficultés, comme l'interruption d'un traitement d'anticoagulants, qui est documenté comme faisant courir de graves risques de complications... Toutefois, l'urgence semble ici relative, et l'absence de prescription peut être surmontée par un appel au médecin prescripteur ou traitant, qui peut toujours la faxer ou la transmettre numériquement, ou à défaut par un appel au centre 15.

¹²⁰⁴ Voir en ce sens Cour d'appel de Nîmes - ch. sociale 7 février 2017 / n° 15/01175 « *D. ne démontre ni l'urgence ni l'intérêt de la cliente de s'être vu délivré de l'Alprazolam sans prescription médicale, pour d'une part, pallier sa demande de Lysanxia, dont elle aurait été manifestement dépendante selon son propre diagnostic (...)* ».

¹²⁰⁵ CSP, article L. 5125-23-1. Sont toutefois exclus les médicaments stupéfiants ou substances psychotropes. Une information du médecin prescripteur est alors effectuée par voie électronique sécurisée.

¹²⁰⁶ Des dispositifs médicaux auto-injectables permettent une utilisation très aisée, y compris pour une personne sans formation. Les trois principales marques disponibles en France sont Anapen, Epipen et Jext.

¹²⁰⁷ « *Accidental injection with adrenaline autoinjectors* », Prescrire International, 21, octobre 2012, n° 131, p. 236-237, 239 ; Julie COPELAND, « *Accidental digital epinephrine injection* », Canadian Family Physician, 60, août 2014, n° 8, p. 726-728 ; Dagmara REINGARDIENE, « *The consequence of epinephrine (adrenaline) overdose* », Medicina (Kaunas, Lithuania), 42, 2006, n° 7, p. 606-609.

¹²⁰⁸ Tous les médicaments prescrits au patient comme traitement d'urgence sont susceptibles d'être administrés par le pharmacien, même sans l'ordonnance : bronchodilatateurs, antidiabétiques, antihypertenseurs, antiarythmiques...

610. Certaines facultés de pharmacie, tout comme des sociétés savantes¹²⁰⁹, mettent en avant la possibilité voire la nécessité pour la profession d'avoir la capacité d'établir des diagnostics d'urgence, afin de ne pas retarder la prise en charge de certaines pathologies. Le cas de la méningite avec purpura représente par exemple un cas de consultation possible en officine, car commençant par une lésion cutanée rouge ; l'évolution est très rapide et le pronostic vital engagé dans 24h ! Les recommandations actuelles sont une administration précoce d'un antibiotique très puissant (ceftriaxone), et ce dès que le diagnostic de *purpura fulminans* est évoqué¹²¹⁰ ; le traitement doit être injecté dans les premières minutes qui suivent le diagnostic, et le patient transféré dans un délai inférieur à 30 min en service de réanimation¹²¹¹. En effet, dans ce cas précis, le retard dans l'administration de l'antibiothérapie peut multiplier par 5 à 10 fois le risque de mortalité¹²¹², ce qui place le pharmacien dans la position de primo-intervenant dans une situation décisive, d'autant que l'urgence peut être traitée par l'administration d'un médicament susceptible d'être en stock en pharmacie d'officine.

611. Ainsi, une évolution législative et réglementaire est en ce sens souhaitable, pour parfaire le cadre juridique applicable dans ces hypothèses, d'autant que l'accessibilité territoriale aux soins est parfois difficile, alors que les pharmacies restent bien implantées sur le territoire national. A l'image des protocoles infirmiers en soin d'urgence (PISU), des protocoles pharmaceutiques de soins d'urgence pourraient être mis en œuvre sur l'ensemble du territoire.

¹²⁰⁹ Société Française de Pharmacie Clinique, Société Française de Pharmacologie et de Thérapeutique.

¹²¹⁰ Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France du 10 mars 2000 sur la conduite à tenir en cas de suspicion clinique de *purpura fulminans* et sur la définition des cas de méningite méningocoque et de méningococcémie dans l'entourage desquels une prophylaxie doit être envisagée et qui doivent être notifiés à l'autorité sanitaire, publié en août 2000 et mis à jour le 9 septembre 2019.

¹²¹¹ Collège des Enseignants de Médecine Intensive-Réanimation, Référentiel 2021, Chapitre 47.

¹²¹² *Idem.*

C. La prise en charge par un autre professionnel de santé ou « professionnel du secourisme »

612. Outre par tout citoyen ou un pharmacien, la victime peut être prise en charge par un « professionnel du secourisme » (1), qu'il le soit de profession, volontaire ou bénévole ; ou par un autre professionnel de santé (2), souvent en repos et confronté à la situation.

1. La prise en charge d'une victime par un secouriste formé

613. Contrairement au certificat de « prévention et secours civiques de niveau 1 » (PSC1)¹²¹³ pour lequel il n'y a pas d'examen lors de la formation¹²¹⁴, les secouristes « professionnels » sont titulaires du diplôme « premiers secours en équipe » de niveau 1 et 2, qu'ils soient bénévoles ou non. Les textes réglementaires¹²¹⁵ indiquent que le secouriste doit être capable « *de porter secours, sur le plan technique et humain, à une ou plusieurs victimes, en agissant seul ou au sein d'une équipe, avec ou sans matériel, dans l'attente ou en complément des services publics de secours concernés* ». Il s'agit là d'une véritable prise en charge, et non d'une simple mesure d'assistance citoyenne qui permet de réaliser les gestes élémentaires de secours comme au PSC1 ; la prise en charge supposant la réalisation d'un bilan et sa transmission aux services appropriés. Le secouriste est qualifié de « *personne opérationnelle, formée et entraînée à la prise en charge de victimes d'un accident, un malaise, une aggravation brutale d'une maladie ou toute autre situation venant interrompre leur quotidien, de manière soudaine et inattendue, et susceptible de déborder les capacités individuelles ou collectives à faire face* »¹²¹⁶. Ces personnels, qu'ils soient bénévoles, volontaires ou professionnels, sont ainsi assimilés à des professionnels du secourisme et assurent une transmission si nécessaire au SAMU. Deux cas de figure sont possibles : soit ils interviennent en équipe, dotés de matériels et dans le cadre de dispositifs prévisionnels de

¹²¹³ Désormais « Premiers Secours Citoyen » depuis le 7 juillet 2024, Arrêté du 15 juin 2024 *relatif à la filière citoyenne de sécurité civile dans le domaine de la formation aux premiers secours* ; publié au JORF du 7 juillet.

¹²¹⁴ Arrêté du 16 janvier 2015 *modifiant l'arrêté du 24 août 2007 fixant le référentiel national de compétences de sécurité civile relatif à l'unité d'enseignement « premiers secours en équipe de niveau 1 »*. Le certificat de compétences PSC1 est délivré aux personnes qui ont participé à la formation, réalisé tous les gestes de premiers secours, et participé une fois au moins à un exercice de simulation.

¹²¹⁵ Arrêté du 19 janvier 2015 *modifiant l'arrêté du 14 novembre 2007 fixant le référentiel national de compétences de sécurité civile relatif à l'unité d'enseignement « premiers secours en équipe de niveau 2 »*.

¹²¹⁶ Recommandations relatives aux premiers secours en équipe, DGSCGC, Ministère de l'intérieur, décembre 2021.

secours, ou dans le cadre défini par le code général des collectivités territoriales¹²¹⁷, soit ils interviennent seuls, dans le cadre de la vie courante, comme le ferait un bon samaritain.

614. Dans le premier cas de figure, les secouristes disposent du matériel nécessaire pour établir un bilan complet, et prendre en charge une à plusieurs victimes dans des conditions facilitées par le travail en équipe ; dans le second cas, le secouriste n'a pas le matériel nécessaire, et travaille donc « en mode dégradé ». Dans les deux cas, il dispose d'une formation lui permettant de savoir comment réagir dans un grand nombre d'hypothèses, et est de fait un primo intervenant susceptible de prendre en charge une victime ; la responsabilité qui pèse sur lui est donc nécessairement plus importante que celle d'un simple samaritain.

2. La prise en charge par un professionnel de santé

615. Tout comme les secouristes lorsqu'ils interviennent en dehors de leurs missions, les professionnels de santé sont susceptibles d'intervenir sans forcément disposer de moyen spécifique.

616. Cependant, en justifiant de leurs cartes professionnelles, ils peuvent parfois disposer d'instruments voire de médicaments, leur permettant une prise en charge médicale. C'est notamment le cas dans les avions ou les trains.

Bien que les compositions différentes selon les compagnies aériennes, les trousse médicales d'urgence sont assez complètes¹²¹⁸ et permettent de prendre en charge des urgences médicales en vol de façon complète¹²¹⁹, à l'exception des prises en charge pédiatriques pour lesquelles encore trop peu de médicaments bénéficient de dosage spécifique.

S'agissant des trains, seuls les trains TGV et Intercités¹²²⁰ sont dotés d'une trousse d'urgence, qui est détenue par le chef de bord, et comprend le nécessaire pour les affections graves cardiovasculaires ou respiratoires. Moins complètes que les dotations des compagnies aériennes, ces trousse permettent toutefois de prendre en charge des urgences dans l'attente de

¹²¹⁷ Code Générale des Collectivités Territoriales, L1424-2.

¹²¹⁸ Aerospace Medical Association, Air Transport Medicine Committee. *Medical emergencies: managing in-flight medical events*; 2016.

¹²¹⁹ P. VAUCOURT, C. BREHIN, et al. (2020). *Pediatric and adult emergencies on French airlines*. Journal of travel medicine, 2019, n°2.

¹²²⁰ Réponse du Ministère chargé des transports, de la mer et de la pêche, publiée dans le JO Sénat du 18/07/2013, page 2125 à la question écrite n° 06386 de M. Pierre BERNARD-REYMOND sur les mesures prévues par la SNCF pour porter secours en urgence à l'intérieur des trains.

l'arrêt du train et de l'intervention d'une équipe médicale, qui est plus facile qu'en avion. La qualité de la prise en charge diffère donc en fonction des moyens matériels auxquels est susceptible d'avoir accès le professionnel de santé.

II. Le socle de la prise en charge médicale d'une victime : la réception et la régulation d'un appel téléphonique

« Le rôle des régulateurs est ainsi de faire en sorte qu'on n'intervienne pas systématiquement avec une équipe lourde (...) afin d'intervenir à bon escient en cas d'urgences simultanées. Un diagnostic précis est évidemment difficile au téléphone ce qui en pratique aboutit à des interventions par excès. »¹²²¹

617. Le socle de la prise en charge médicale d'une victime réside dans la coordination des soins urgents, gérée quasi-exclusivement par téléphone *via* le '15' ; le décroché se fait par un assistant de régulation médicale (A), qui décide en fonction de la situation des suites à donner. En cas d'urgence présumée, l'appel sera régulé par un médecin (B) qui qualifiera l'urgence et décidera des moyens à engager face à la pathologie (C) et en prenant en compte la gestion des ressources disponibles. Enfin, un suivi du dossier patient est réalisé jusqu'à son arrivée en milieu hospitalier (D), ce qui permet une réévaluation constante de la prise en charge.

A. La prise en compte de l'appel par un Assistant de Régulation Médicale

618. Afin d'assurer « une écoute médicale permanente¹²²² » et ainsi répondre principalement¹²²³ aux appels téléphoniques, chaque SAMU dispose d'un Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA), aussi appelé « Centre 15 », qui prend en charge la réponse

¹²²¹ Cour d'appel de Pau, du 18 décembre 2001, n°00/00885.

¹²²² Code de la Santé Publique, article R.6311-2.

¹²²³ Certains SAMU répondent également au 114, numéro d'urgence dédié dans un premier temps aux personnes malentendantes, qui désormais s'est élargi à toutes situations où le requérant ne peut pas parler (étouffement, prise d'otage...). Les autres appels 114 sont transmis au Centre National Relais (CHU Grenoble).

au numéro national dédié aux urgences médicales. En premier lieu, l'appel est pris en compte par un assistant de régulation médicale (ARM), dont les modalités de formation et de diplômes ont évolué récemment¹²²⁴. Un appel de régulation médicale est défini dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques publiées par la Haute autorité de santé comme « *une communication par téléphone (ou au moyen de tout autre dispositif de télécommunication) entre un centre de régulation médicale et un patient ou un tiers, en réponse à une demande de soins ou de secours* »¹²²⁵. Une fois l'appel « décroché », l'ARM va ouvrir un dossier et dans un premier temps chercher à recueillir « *la localisation de l'appelant, l'identification de la situation, la qualification du niveau d'urgence et l'orientation de l'appel* »¹²²⁶. Il appartient au SAMU de « *se faire préciser toute information nécessaire à leur intervention afin de se rendre dans les meilleurs délais au domicile*¹²²⁷ » du requérant. L'ARM va ensuite hiérarchiser les appels, et orienter si nécessaire l'appel vers un médecin régulateur. Dans cette attente, l'ARM peut guider par téléphone l'appelant aux gestes d'urgence à partir de protocoles préétablis. Cette hiérarchisation des appels se fait en deux temps : le référentiel mentionne la distinction « *de l'urgence à partir des indications recueillies* », c'est-à-dire la catégorie (1), puis dans un second temps le degré d'urgence à partir de données et d'outils validés » (2).

1. La distinction de la catégorie d'urgence

619. Le patient confronté à une urgence médicale « ne sait pas en évaluer lui-même la gravité, ni mettre en œuvre les moyens appropriés. (...) Le temps passé par un médecin à comprendre à distance la situation et à prendre les dispositions nécessaires est un temps court ; ce temps initialement investi permet d'organiser et de sécuriser la prise en charge du

¹²²⁴ Arrêté du 19 juillet 2019 fixant la liste des centres agréés pour délivrer la formation d'assistant de régulation médicale ; Arrêté du 19 juillet 2019 relatif à la formation conduisant au diplôme d'assistant de régulation médicale et à l'agrément des centres de formation d'assistant de régulation médicale ; Décret n° 2019-747 du 19 juillet 2019 relatif au diplôme d'assistant de régulation médicale et à l'agrément des centres de formation d'assistant de régulation médicale ; Loi n°2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé.

¹²²⁵ www.has-sante.fr

¹²²⁶ Annexes de l'arrêté du 19 juillet 2019 relatif à la formation conduisant au diplôme d'assistant de régulation médicale et à l'agrément des centres de formation d'assistant de régulation médicale.

¹²²⁷ Cour administrative d'appel de Douai, 2ème chambre, du 12 novembre 2003, 02DA00492.

patient »¹²²⁸. Il permet en effet d'évacuer les fausses urgences (a), et d'orienter l'appelant vers un médecin généraliste (b), un urgentiste (c), ou le centre antipoison (d).

i. Les fausses urgences ?

620. Sans doute l'une des premières raisons d'être des auxiliaires de régulation médicale, le tri des appels inutiles ou abusifs¹²²⁹, voire perturbant le service¹²³⁰, est absolument essentiel pour focaliser les médecins vers l'essence de leur mission. En 2018, 35,18% des appels décrochés¹²³¹ aux Centres 15 n'ont pas donné lieu à l'ouverture d'un dossier de régulation médicale, un chiffre très légèrement inférieur aux 36% des Sapeurs-pompiers¹²³².

ii. Les appels qui relèvent de la médecine générale

621. Certaines urgences relèvent du domaine de la médecine générale, les patients faisant appel au SAMU pour toute sorte de raisons, du conseil d'automédication, à l'impossibilité de joindre le médecin traitant. Le rôle du primo décrochant sera alors de prendre toutes les informations nécessaires au traitement de l'appel, et de lui donner les suites les plus appropriées. Ces suites peuvent être l'orientation vers un médecin généraliste « de garde », c'est-à-dire participant à la permanence des soins ambulatoire (PDSA). Ces dernières années, avec la désertification médicale et le COVID, le nombre d'appels lié à la PDSA n'a cessé d'augmenter¹²³³ ; pour autant ces chiffres sont difficilement significatifs, en raison de très fortes disparités territoriales, et de l'élargissement des horaires de PDSA au samedi matin. De même,

¹²²⁸ M. GIROUD, « *La régulation médicale en médecine d'urgence* », *Réanimation*, 18, décembre 2009, n° 8, p. 737-741.

¹²²⁹ Aucune sanction n'est prévue par le code pénal, en l'absence d'intentionnalité de nuire.

¹²³⁰ Le Code Pénal réprime en son article 222-16 les appels téléphoniques malveillants réitérés, d'un an de prison et 15 000 € d'amende, et la jurisprudence retient que même en l'absence d'éléments injurieux ou outrageants, la réitération des appels constitue une perturbation au bon fonctionnement d'un service réservé aux appels d'urgence. Voir en ce sens Amiens 18 juill. 2007, JCP 2008. IV. 1075 ; *Adde* : J.-C. Planque, « *Ne troublez pas la tranquillité de la police ! Portée du délit d'appels téléphoniques malveillants* », *Gaz. Pal.* 2008. 1. Doctr. 1385.

¹²³¹ Base de données Statistique Annuelle des Établissements de santé (SAE) du DREES - Ministère des Solidarités et de la Santé, [en ligne] disponible sur www.sae-diffusion.sante.gouv.fr

¹²³² Ministère de l'intérieur, « *Les statistiques des services d'incendie et de secours* », DGSCGC, édition 2018, [en ligne] disponible sur www.interieur.gouv.fr

¹²³³ Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2021, CNOM, 2022.

une partie des appels peut être directement intégrée au Centre-15, ou bénéficier d'un centre autonome (pour illustration pour l'Occitanie le numéro est le 3966). Un numéro national (116 117)¹²³⁴ permet d'uniformiser le numéro à connaître, en basculant au besoin vers le centre d'appel de la PDSA ou au centre 15, la décision étant du ressort de chaque directeur général d'ARS. Difficile de faire plus illisible pour les citoyens que de multiplier encore et encore les numéros¹²³⁵, et de les faire évoluer année après année, sans parler de l'existence de numéros privés, parfois surtaxés, comme SOS médecin (3624, numéro national), fédération qui comprend 63 associations, chacune disposant également d'un numéro de téléphone. En dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux, les patients peuvent s'adresser à la PDSA, mais dont le cahier des charges est propre à chaque région...

Cette profonde confusion amène bien souvent les patients à opérer pour le plus simple : composer le 15, y compris pour un simple conseil médical ou pour se voir prescrire un arrêt de travail en cas d'indisponibilité du médecin traitant.

iii. Les urgences qui relèvent de la médecine d'urgence

622. Au milieu des appels intempestifs ou relevant de la médecine générale, des appels concernent la médecine d'urgence, notamment liés aux arrêts cardiaques, aux syndromes coronariens aigus, aux polytraumatismes, aux blessés graves, accidents vasculaires cérébraux, détresses respiratoires... De façon schématique, trois cas de figures sont possibles :

L'ARM décèle une urgence vitale, et déclenche le départ réflexe d'une équipe du SMUR, et informe immédiatement le médecin régulateur, l'appel devant être pris en charge dans les 20 secondes par le médecin¹²³⁶ ;

L'ARM ne décèle pas d'urgence vitale, mais nécessite un avis médical. Le médecin échange alors directement avec l'appelant, et prend la décision adaptée au niveau de soins. Il peut lui délivrer un conseil médical ou envoyer des moyens (SMUR, Médecin de la PDSA, SDIS, Ambulance Privée...) ;

¹²³⁴ Décret n° 2016-1012 du 22 juillet 2016 *relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires*.

¹²³⁵ En 2022, 14 numéros de téléphone (d'un Service Public) liés à une urgence quelconque existent : 17 (Police/Gendarmerie), 15 (SAMU), 18 (Pompiers), 114 (Sourds/Malentendants/Muets), 115 (SAMU Social), 116 000 (enfants disparu), 119 et le 116 111 (enfance en danger), 191 (Urgences Aéronautiques), 196 (Urgences Maritimes), 197 (Urgences attentats), 0800 121 123 (Urgences Spéléologiques) et le 112 pour le numéro d'appel européen.

¹²³⁶ HAS, Évaluation de la prise en charge des urgences-SAMU-SMUR et soins critiques selon le référentiel de certification, Fiche Pédagogique, Novembre 2020.

L'ARM ne décèle pas d'urgence vitale, et l'appel ne semble pas devoir bénéficier d'une régulation médicale : l'ARM soumet sa décision au médecin régulateur pour validation en l'informant du motif de l'appel et de la situation du patient.

623. Dans tous les cas, l'appel fait l'objet d'un Dossier de Régulation Médicale (DRM), qui doit comporter les données administratives et médicales lors des actes de régulation : identification du patient, gestion administrative de l'appel (horodatage, engagement ou non de moyens, accueil dans un service spécifique, clôture du dossier...). Ce dossier comporte évidemment un volet médical, initialement avec les données transmises par le patient, puis complété par l'effecteur se chargeant du bilan sur place avant le transport (SMUR, SDIS, Ambulance...), et enfin vers la destination du patient.

iv. Les urgences du centre antipoison et de toxicovigilance

624. A la frontière entre la médecine d'urgence et de la pharmacotoxicologie, les intoxications doivent faire l'objet d'un diagnostic rapide et d'une orientation de la prise en charge permettant le traitement à l'aide d'antidotes adaptés si nécessaire. Ces ressources étant parfois rares et coûteuses, la centralisation de ces appels vers des Centres Anti-Poisons est essentielle.

2. Degrés d'urgence

625. Des outils sont propres à chaque Centre 15 et l'une des méthodes enseignées¹²³⁷ consiste à évaluer la gravité en fonction d'un score, basé sur des points : signes cliniques qui paraissent ou pourraient avoir des lourdes conséquences, quantité de soins nécessaire, temps d'accès à ces soins, et niveau social¹²³⁸.

¹²³⁷ Par le Centre de Formation d'Assistant de Régulation Médicale de Paris, rattaché à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris.

¹²³⁸ Les éléments d'informations recueillis lors de discussion avec des ARM s'orientent vers l'hypothèse qu'un niveau social peu élevé entraîne plus de comorbidité, ce qui rend le travail du médecin encore plus difficile, aussi, dans le doute, le déclenchement de moyens sera facilité. En revanche, en théorie, la hiérarchisation des appels ne dépend pas de critères socio-économiques du patient.

B. La prise en charge de l'appel par un médecin régulateur

626. Le médecin régulateur est responsable des réponses apportées à tous les appels, y compris ceux qui ne transitent que par l'ARM, et qui ne lui sont pas transmis. Toutes les décisions mises en œuvre par l'ARM sont donc soumises à son avis et « donc, *in fine, prises sous la responsabilité du médecin régulateur* »¹²³⁹. Au cours de la régulation, le médecin se fonde sur une estimation du degré de gravité avérée ou potentielle de l'atteinte à la personne concernée, une appréciation du contexte, de l'état et des délais d'intervention des ressources disponibles. Il analyse et prend en compte le motif du requérant, les signes décrits par le patient ou directement perçus, les éventuels antécédents médicaux, et les demandes et attentes du patient. Ces appréciations reposent sur un dialogue entre le médecin régulateur et la personne concernée, ou, le cas échéant, son entourage.

627. Pour ce faire, il doit questionner le requérant, et peut s'aider de différents documents, dont le guide d'aide à la régulation au SAMU Centre 15, même s'il « *ne présente pas de caractère obligatoire, qu'il n'est qu'une aide mise à la disposition des médecins régulateurs pour faciliter leur travail, que le déroulement exact d'un entretien est variable selon l'expérience et la culture du médecin régulateur, que le processus suivi présente un caractère essentiellement intuitif et peut différer selon les circonstances* »¹²⁴⁰. L'exercice de la régulation étant complexe, un guide ne saurait en effet « enfermer » les régulateurs dans un processus rigide, d'autant que certaines pathologies sont, d'un point de vue statistique, très rares. Il est ainsi attendu par la jurisprudence que le médecin apprécie la gravité de la situation compte tenu des symptômes du patient, d'établir le diagnostic le plus probable et proposer en conséquence l'offre de soins la plus adaptée.

628. L'interrogatoire ne vise donc pas à obtenir un diagnostic précis, mais bien à permettre au médecin régulateur de déterminer l'urgence dans laquelle se trouve le patient, et de faire le choix des moyens les plus adaptés.

629. Au terme de cette anamnèse, le médecin pose une ou plusieurs hypothèses diagnostiques, et dispose alors de plusieurs possibilités : des conseils médicaux simples (1), l'envoi d'un médecin généraliste (2), le recours à une ambulance privée (3), l'orientation du

¹²³⁹ Recommandations, Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, HAS, Mars 2011.

¹²⁴⁰ Cour Administrative d'appel de Lyon, 6ème chambre - formation à 3, 27/09/2018, 16LY03362, Inédit au recueil Lebon.

patient vers les urgences (4), le recours à du prompt secours (5) ou le déclenchement d'un SMUR (6).

1. Conseils médicaux sans mise en œuvre de moyens

630. Dans les cas les plus évidents, le médecin peut effectuer une prescription médicamenteuse par téléphone, ou apporter un conseil médical, dans les autres, il peut éventuellement orienter le patient vers un médecin libéral ou vers une permanence de soins, notamment pour les demandes de soins non programmées aux horaires de fermeture des cabinets libéraux de médecine générale. Il est alors toujours précisé à l'appelant de renouveler son appel en cas d'aggravation ou de persistance des symptômes.

631. Le médecin traitant peut également simplement informer le patient, dans le cadre d'un traitement chronique, de la possibilité pour un pharmacien de dispenser « *à titre exceptionnel et sous réserve d'informer le médecin prescripteur, lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est expirée et afin d'éviter toute interruption de traitement préjudiciable à la santé du patient (...) les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement*¹²⁴¹ ». A notre sens, cela ne rentre pas dans le cadre d'une prescription par le médecin régulateur, puisqu'il ne s'agit que d'une simple information, et donc sa responsabilité ne saurait être engagée sur ce fondement. En revanche, il lui appartiendra toujours de rechercher d'autres symptômes, et une éventuelle évolution de la pathologie. La responsabilité sera davantage recherchée du côté du pharmacien, dans le cadre courant de dispensation d'une ordonnance, puisqu'il s'agit uniquement d'éviter une interruption de traitement, et donc d'un simple renouvellement d'ordonnance. Par ailleurs, la responsabilité du médecin prescripteur pourra également être recherchée puisque le suivi de la prescription relève de sa compétence.

632. La prescription médicamenteuse doit être entendue comme une prescription médicale à distance, qui doit donc être impérativement mentionnée au sein du dossier de régulation médicale du patient. Ce cas se présente lorsque le médecin régulateur juge que l'appel ne nécessite pas une consultation médicale face au patient, et correspond à trois situations :

¹²⁴¹ CSP, article L. 5125-23-1.

La prescription d'un médicament qui est à disposition du patient, c'est-à-dire restant d'un précédent traitement, ou disponible dans la pharmacie familiale ou du proche entourage : Il convient au médecin de faire vérifier les dates de péremptions, ainsi que les dosages ; il est par ailleurs préférable de rappeler que la pharmacie familiale n'est que rarement la pharmacie personnelle du patient, et que bien souvent les médicaments ne sont pas conservés dans les conditions idéales¹²⁴².

L'adaptation d'un traitement : le médecin régulateur s'efforce de s'intéresser à l'histoire de la maladie, de procéder avec le patient à une relecture de l'ordonnance du médecin prescripteur, et surtout de vérifier sa bonne observance. Le médecin doit veiller en effet à questionner le requérant sur la posologie pour vérifier son adéquation vis-à-vis du patient et de sa pathologie, les intervalles de prises, les modalités d'administrations, etc. L'objectif est dans un premier temps dicté par l'adage « *primum non nocere* »¹²⁴³, afin d'éviter les éventuels effets secondaires ou l'aggravation de la pathologie. Le médecin recommandera enfin au patient de transmettre ces informations au médecin traitant dès que possible.

La rédaction et la transmission d'une ordonnance écrite : comme pour tout acte médical, le médecin régulateur dispose du principe de libre prescription, et prescrit ce qui lui semble le plus adapté à l'état du patient, qu'il s'agisse de médicaments à prescription facultative ou obligatoire. Cependant, les recommandations de bonnes pratiques¹²⁴⁴ mentionnent que « *les médicaments à préconiser sont avant tout ceux dont l'administration temporaire présente le moins de risques pour le patient* » et qu'il n'est pas possible de prescrire des médicaments stupéfiants, car ces produits nécessitent une surveillance précise du patient lors de l'instauration du traitement.

2. Sollicitation d'envoi d'un médecin généraliste de garde

633. Lorsque le médecin estime que le patient nécessite une consultation médicale sans attendre, ce qui est le cas lorsqu'un acte médical auprès du patient s'avère nécessaire, et en l'absence tant de détresse vitale que de possibilité de se déplacer, le médecin régulateur fait

¹²⁴² La plupart des médicaments doivent être conservés selon une température n'excédant pas les 25°C, ce qui est rarement le cas dans les salles de bains, et encore moins dans des voitures exposées au soleil. Voir en ce sens AFF, SFSTP, IIF. *Guide pratique de la chaîne du froid des produits de santé*. 2008.

¹²⁴³ Locution latine signifiant « D'abord ne pas nuire ».

¹²⁴⁴ HAS, Recommandations professionnelles, « *Prescription médicamenteuse par téléphone (ou télé prescription) dans le cadre de la régulation médicale* », février 2009.

appel à un médecin de proximité ou à défaut à la permanence des soins, et s'assure du suivi de l'intervention¹²⁴⁵. En cas d'impossibilité de joindre le médecin de garde, le régulateur doit déclencher une intervention et ne peut simplement demander au requérant de tenter de joindre le médecin de garde¹²⁴⁶. Le médecin régulateur doit s'assurer du suivi de l'intervention¹²⁴⁷.

634. Le juge administratif prend en compte l'existence de contraintes spécifiques pesant sur l'activité de la régulation médicale pour la prise en compte de l'évaluation des moyens mis en œuvre, notamment l'envoi d'un médecin généraliste et non d'une ambulance¹²⁴⁸. Par ailleurs, le médecin régulateur peut également prendre contact avec le médecin traitant du requérant afin « *de se rendre auprès de celui-ci pour décider de son hospitalisation*¹²⁴⁹ ». Cette solution apparaît de plus en plus complexe avec la désertification médicale actuelle, et devrait peu à peu laisser place aux pratiques avancées, notamment aux profits des infirmiers.

635. La permanence des soins ambulatoire, qui repose sur des médecins libéraux volontaires, est en évolution permanente¹²⁵⁰, le manque de volontaire relançant parfois le débat sur la réinstauration des tableaux de gardes, se fonde en grande partie sur le cahier des charges régional. L'émergence des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)¹²⁵¹ et du Service d'Accès aux Soins (SAS)¹²⁵², agissant comme acteurs de proximité, devraient participer activement au rééquilibrage, même partiel, des offres territoriales. L'objectif annoncé de diminution du passage aux urgences n'est pour l'heure pas mesurable.

¹²⁴⁵ Sans pour autant que l'on puisse retenir contre lui le chef de non-assistance à personne en péril s'il n'a pas connaissance de contre-appel ; voir en ce sens Cour d'appel de Nancy, Chambre correctionnelle 4, 17 Juin 2004 JurisData : 2004-255941.

¹²⁴⁶ Voir en ce sens Cour Administrative d'Appel de Nantes, 3ème Chambre, 12/04/2012, 10NT00310, Inédit au recueil Lebon.

¹²⁴⁷ Sans pour autant que l'on puisse retenir contre lui le chef de non-assistance à personne en péril s'il n'a pas connaissance de contre-appel ; voir en ce sens Cour d'appel de Nancy, Chambre correctionnelle 4, 17 Juin 2004 JurisData : 2004-255941.

¹²⁴⁸ Cour administrative d'appel de Marseille, 18 mai 2006, n° 03MA01835.

¹²⁴⁹ Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 26 mars 1997, 94-80.239.

¹²⁵⁰ Conseil national de l'ordre des médecins, *Enquête sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2022*, mars 2023 ; *Enquête sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2023*, avril 2024.

¹²⁵¹ Existant depuis 2016, les CPTS ont été créées par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, ce mode d'organisation n'est opérationnel que depuis quelques années, le nombre étant en forte hausse, passant de 450 en 2019 à 756 en 2022. Rapport Mission « *Tour de France des CPTS* », Mutualité Française.

¹²⁵² Lancé en 2019 lors du pacte de refondation des urgences, et réaffirmé lors du Ségur de la santé, le SAS est un service d'orientation de la population, non obligatoire, et qui permet d'accéder à des soins non programmés, lorsque le médecin traitant n'est pas disponible et que le patient n'a pas trouvé de rendez-vous chez un autre médecin. (CSP, L.6311-3). Une régulation médicale, assurée par un médecin généraliste (appelée opérateur de soin non programmé) peut conduire à une prise de rendez-vous, une visite à domicile, ou une orientation vers un service d'urgence. Dans les cas les plus graves, l'appel est transféré directement à un médecin urgentiste du SAMU pour l'envoi d'un SMUR. La généralisation des SAS date de la fin d'année 2024.

3. Recours à un transporteur sanitaire

636. Le médecin régulateur peut également décider, en l'absence de détresse vitale et de possibilité de se déplacer, qu'il est préférable de déplacer le malade vers une structure de consultation, généralement un service d'urgence. C'est le cas lorsque l'état du patient est stable et permet son transport allongé et/ou sous surveillance. Qu'importe le vecteur d'évacuation¹²⁵³ (ambulance ou véhicule de premiers secours à personne), et le transporteur (quasi exclusivement des personnes morales de droit privé), l'existence de prérogatives de puissance publique (avertisseurs sonores et lumineux leur conférant des facilités de passage) qui leur sont conférées pour l'exécution de la mission de service public fonde donc la compétence du juge administratif¹²⁵⁴.

4. Orientation du patient vers une structure des urgences¹²⁵⁵

637. Le médecin régulateur peut juger que la situation exige une prise en charge par des médecins spécialisés, ou une prise en charge particulière qui impose un passage par un service d'accueil des urgences, et oriente le patient en ce sens. C'est le cas le plus fréquent s'agissant des enfants, en cas de suspicion de fracture ou de nécessité de réaliser des actes médicaux qui sont plus aisément réalisables en milieu hospitalier, comme les points de sutures.

5. Recours à du prompt secours

638. Dans le cadre du secours et soins d'urgences aux personnes (SSUAP), le médecin régulateur peut envoyer une équipe de secouristes, dès lors qu'il suspecte une détresse vitale, ou avérée et qu'il y a lieu de pratiquer en urgence à des gestes de secourisme. Les équipes sont formées et équipées, et surtout sont généralement dotées de trois à quatre intervenants,

¹²⁵³ Les véhicules sanitaires légers n'étant pas équipés d'avertisseurs sonores et lumineux, ils ne sont pas considérés comme ambulances, et donc exclus de la compétence du juge administratif. Cour Administrative d'Appel de Marseille, 2ème chambre - formation à 3, 30/01/2014, 11MA00403, Inédit au recueil Lebon.

¹²⁵⁴ CAA Marseille, précitée.

¹²⁵⁵ Anciennement « service d'accueil et de traitement des urgences », dont l'abréviation correspondait à « SATU », qui était souvent entendu de façon littérale par les patients « ça tue ». Le décret 2006-576 du 22 mai 2006 *relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique* est venu remplacer cette appellation dans le code de la santé publique. Pourtant, nombre de structures utilisent toujours cette formulation.

contrairement aux transporteurs sanitaires (deux intervenants), ce qui permet un relevage plus aisé de la victime, et des moyens et techniques d'immobilisation différents.

6. Déclenchement d'un service mobile d'urgence et de réanimation

639. Dans tous les cas d'urgence vitale avérée ou suspectée où le médecin juge que l'état du patient le nécessite, une équipe médicale du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) sera envoyée (lorsqu'une équipe est disponible¹²⁵⁶). Parallèlement à cela, il peut être recouru à l'envoi d'un prompt secours situé à proximité, afin d'apporter les premiers soins et réduire les délais, ce qui est toujours souhaitable, tout particulièrement en cas d'arrêt cardio respiratoire.

640. Cette intervention simultanée n'est pas systématique, mais elle est prise en compte par l'ARM chargé de la gestion des moyens pour le choix du type de véhicule utilisé pour la mission. Deux types d'unités mobiles hospitalières existent : les véhicules de liaison médicalisé (VLM) ou les ambulances de réanimation (AR) : les véhicules de liaison médicalisée ont pour unique objectif de permettre le transport de l'équipe médicale et son matériel vers le lieu du patient, mais ne permet pas son transport.

Les ambulances de réanimation permettent non seulement le transport du personnel médical et de son matériel, mais également celui d'un patient en position allongé, et un éventuel accompagnant. Bien que souvent des véhicules terrestres à moteur, il peut également s'agir d'un moyen hélicoptère ou maritime.

Dans les deux cas, la finalité reste la même : prendre en charge un patient¹²⁵⁷ dont l'état requiert une expertise médicale pour des soins urgents et pour permettre leur orientation dans un service spécialisé.

¹²⁵⁶ Cour Administrative d'Appel de Marseille, n°11MA00403, *précitée*. Dans cette décision, le juge apprécie souverainement le choix du régulateur de l'envoi des moyens disponibles : « *le médecin régulateur a décidé l'envoi d'une simple ambulance sans y avoir été en aucune manière contraint par l'indisponibilité de véhicules médicalisés* ». Il semble évident que le régulateur ne pourra envoyer d'équipe SMUR si aucune n'est disponible, mais cela est à souligner dans la prise en compte par le juge de l'adéquation des moyens disponibles.

¹²⁵⁷ Éventuellement plusieurs patients par la même équipe médicale, comme c'est souvent le cas dans les accidents de la circulation, en revanche le transport ne comportera qu'un unique patient par vecteur.

C. La sollicitation des moyens

641. En cas de « *situation d'urgence engageant le pronostic vital*¹²⁵⁸ », l'ARM à la possibilité de demander l'engagement immédiat de moyens « lourds » sans aval préalable du médecin régulateur, ce qui est le cas en cas d'arrêt cardio respiratoire, de défenestration ou encore d'explosion. Des protocoles internes à chaque SAMU départemental précisent ces cas. La demande de moyens est alors transférée simultanément au médecin régulateur et à un ARM en charge de la gestion des moyens¹²⁵⁹. Ces moyens « lourds » consistent en l'envoi d'une équipe SMUR. Le choix du mode d'intervention pour le patient est conditionné par les moyens disponibles, tant des vecteurs d'intervention que des disponibilités d'accueil des structures d'urgences. Lorsque le centre de régulation ne dispose pas de moyens en nombre suffisant ou adapté¹²⁶⁰, il sollicite un centre limitrophe. En revanche, l'orientation est en principe toujours proposée au malade, en vertu du principe du libre choix du patient. En pratique, les choix sont généralement peu nombreux car prenant en compte la capacité d'accueil et les spécialités des structures.

642. Le choix du moyen de transport est apprécié par les juges, en faisant évaluer par des experts les chances de survie dans l'hypothèse où d'autres moyens de transport ou de réanimation auraient été utilisés.

Le dialogue entre le médecin régulateur et le patient doit permettre de déterminer « *le choix des moyens à mettre en œuvre ; il appartient notamment au médecin de le déterminer par rapport au diagnostic le plus grave* »¹²⁶¹, et l'envoi d'« *une équipe dépourvue des moyens humains et matériels susceptibles de permettre (...) d'échapper à l'aggravation de son état, caractérise un manquement fautif dans la prise en charge de l'appel reçu par le SAMU* »¹²⁶². Ainsi, de nombreux contentieux sont basés sur la remise en cause du choix du moyen d'intervention, articulés sur l'indemnisation d'un préjudice pour la perte d'une chance.

Les justiciables invoquent généralement au contentieux une faute lorsqu'ils n'ont pas bénéficié des moyens les plus lourds, ceux-ci étant « *dotés des moyens techniques et médicaux*

¹²⁵⁸ Haute Autorité de Santé, « *Modalité de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmé dans le cadre de la régulation médicale* », mars 2011.

¹²⁵⁹ Il s'agit d'une personne, parfois deux, voire trois dans les SAMU ayant une forte activité, chargés de l'engagement des moyens et de la supervision des interventions (horodatage, transmission d'information complémentaires, etc...).

¹²⁶⁰ Les hélicoptères sont par exemple répartis de façon disparate sur le territoire national.

¹²⁶¹ Cour Administrative d'Appel de Marseille, 2ème chambre - formation à 3, 30/01/2014, 11MA00403, Inédit au recueil Lebon.

¹²⁶² *Idem.*

*permettant de mettre en place des mesures de précaution avec le transport (mise sous ECG, pose d'une perfusion de sécurité) et de faire face de façon plus complète à la survenue d'un arrêt cardiaque en cours de transport par la mise en œuvre immédiate d'un protocole de réanimation approprié (...) ».*¹²⁶³

Pourtant, le choix des moyens demeure difficile, tant les situations sont variées, et d'autant qu'il est possible de graduer ces moyens en envoyant dans un premier temps une équipe « légère » ou un médecin seul, avant d'envoyer après un bilan consolidé une équipe plus lourdement équipée comme l'illustre la jurisprudence : « *Le choix d'envoyer le médecin traitant plutôt qu'une antenne du SMUR où un véhicule VSAB est une réponse conforme aux règles dans la mesure où le malade, conscient, s'exprime et répond d'une manière telle que le régulateur ne peut déceler aucun des signes de gravité de l'asthme. D'ailleurs, le patient accepte parfaitement cette opinion. Il n'est ni illogique, ni fautif, dans ces conditions, d'attendre une éventuelle demande du médecin traitant après bilan clinique d'autant qu'on sait que la sœur du malade et des voisins se rendent sur place pour surveiller et réconforter le malade. Il est certes conseillé aux SAMU depuis les travaux de RIOU en 1987, d'intervenir le plus possible en cas d'appel pour l'asthme mais on ne peut reprocher à un régulateur de chercher à faire un diagnostic plus précis entre crise d'asthme banale et Asthme Aigu Grave en réservant au second cas l'intervention de moyens lourds* »¹²⁶⁴.

643. Par ailleurs, les moyens hélicoptérés, bien que beaucoup plus rapides, ne sont pas toujours disponibles, et ne peuvent voler dans n'importe quelle condition météorologique¹²⁶⁵, sans négliger leur coût élevé¹²⁶⁶.

644. Il ressort de cette logique de sollicitation des moyens des soucis contradictoires entre la gestion des moyens de façon « économique », c'est-à-dire en conservant des moyens disponibles afin de faire face aux imprévus, et la détermination des moyens à la mesure du pire scénario possible pour le patient, afin que dans l'hypothèse où il viendrait à se réaliser, il n'y aurait aucune perte de chance d'échapper à l'aggravation de l'état de la victime. Une doctrine a été ici très récemment édictée¹²⁶⁷, précisant les critères médicaux utilisés, généralement axés

¹²⁶³ Cour de cassation, criminelle, Chambre criminelle, 24 octobre 2017, 15-87.466, Inédit.

¹²⁶⁴ Cour d'appel de Pau, du 18 décembre 2001, n°00/00885.

¹²⁶⁵ Conseil d'État, Sect. 20 juin 1997, Theux, n° 139495.

¹²⁶⁶ Autour des 3775 € l'heure de vol ; Rapport IGA, IGAS, CGEfi, CFA, *Les hélicoptères de service public : revue des dépenses*, mai 2016.

¹²⁶⁷ SUDF et AFHSH, « *Doctrine d'emploi des hélicoptères dans le cadre de l'aide médicale urgente* », novembre 2023.

sur une haute densité de soins relevant d'un plateau technique le plus adapté, souvent situé à longue distance du point de prise en charge.

Certaines pathologies toutefois sont incompatibles avec le transport hélicoptéré, souvent les mêmes que pour les transports terrestres : patients très instables, patients très agités, parturientes sur le point d'accoucher, ou les patients impossibles à installer dans l'hélicoptère.

645. La recherche du « juste soin » nous renvoie ici à la proportionnalité, puisqu'il s'agit de trouver un équilibre à la fois entre la gravité de l'état de la victime, la temporalité (certains moyens étant plus facilement mobilisables), mais également en prenant en compte la possibilité à tout moment de devoir réorienter ces moyens vers des interventions plus graves. Ainsi, il est tout à fait concevable afin de conserver cet équilibre, d'envoyer des moyens « légers », c'est-à-dire de prompts secours, afin de réaliser un bilan médical, propre à révéler le cas échéant des signes de gravité nécessitant des moyens préhospitaliers. L'urgence médicale est cependant une ennemie du temps : l'état des victimes ou patients ayant tendance à se dégrader face à cette temporalité, il faut toutefois prendre en compte ces délais supplémentaires, et si l'état du patient est stable, réfléchir à l'adéquation des moyens aux fins : vaut-il mieux envoyer une équipe médicale, ou faire transporter par l'équipe déjà présente la victime vers une équipe hospitalière ?

A cet égard, face à l'urgence médicale, deux méthodes s'opposent au niveau mondial : la méthode américaine, dite « pick and run », consistant à transporter le plus rapidement possible le patient vers un centre hospitalier, en stabilisant plus ou moins son état ; et la méthode « française », qui consiste comme l'indiquait le Pr. Lareng, à envoyer l'hôpital au chevet du patient¹²⁶⁸. Dans les deux cas, la gravité de la situation peut rendre ces patients intransportables, rendant nécessaire l'envoi de moyens spécialisés¹²⁶⁹.

Grâce aux avancées de la médecine, ces deux méthodes sont aujourd'hui mises en œuvre en France, les soignants raisonnant en termes de bénéfice-risque pour le patient, et en prenant en compte l'adéquation des moyens hospitaliers aux fins de guérison ou d'amélioration de l'état de santé du patient. Ainsi, de plus en plus de patients sont envoyés vers l'établissement de santé le plus proche, y compris s'il ne bénéficie pas d'un plateau technique, pour être médicalement pris en charge, avant d'organiser un transfert médicalisé dit 'secondaire' (inter hospitalier). Ces

¹²⁶⁸ Le Pr. Lareng utilisait l'expression « *il faut envoyer le médecin au pied de l'arbre* », car à l'époque les accidents de la circulation étaient très nombreux, et généralement plus graves qu'aujourd'hui, en raison de l'absence de dispositifs de sécurité intrinsèque au véhicule.

¹²⁶⁹ F-Z LAALOU, et al., « *Soins intensifs de haut vol !* », Le Praticien en anesthésie réanimation (2015).

transports se font entre des petits établissements de santé, et des centres hospitaliers universitaires qui disposent de plateaux techniques spécialisés, voir ultraspécialisés.

646. L'adéquation des moyens aux fins prend alors une signification particulière, en fonction du risque de dégradation de la pathologie : il peut être envisagé de transporter le patient dans un hôpital de proximité, afin de stabiliser son état, puis de le transférer sur une plus longue distance sous surveillance médicale.

647. Certaines pathologies ne nécessitant pas de surveillance médicale, mais paramédicale, sont alors mis en œuvre les transports infirmier inter-hospitalier (T2IH). Ces transports se font généralement en ambulance, mais les moyens hélicoptérés sont également envisageables pour les longues distances ; existant depuis 2004 et bénéficiant d'un cadre réglementaire depuis 2006¹²⁷⁰, les transferts répondent à la réalité hospitalière qui consiste depuis une vingtaine d'années maintenant, à regrouper les plateaux techniques. Alternative aux transferts médicalisés, nettement moins coûteux financièrement, ils sont en pleine extension.

D. Suivi du dossier et coordination entre intervenants

648. Dans les cas où l'envoi d'un médecin ou d'une équipe (ambulanciers, secouristes ou médicale) est décidé, le centre 15 doit être informé des suites, car comme indiqué précédemment, le médecin régulateur doit s'assurer du suivi de l'intervention¹²⁷¹.

Les recommandations professionnelles indiquent que s'agissant des cas où un médecin est sollicité, le dossier n'est clôturé « *qu'après avoir eu l'assurance que la prise en charge du patient a bien été relayée ou est terminée* ». Ainsi, un médecin régulateur ne peut se borner à simplement demander à son patient de « *se mettre en relation lui-même avec le médecin de garde avant de mettre fin à la conversation téléphonique* »¹²⁷² ; il lui appartient de façon impérative de déclencher une intervention à domicile ou de s'assurer que le patient a pu joindre le médecin de garde.

¹²⁷⁰ Décret n°2006-577 du 22 mai 2006 *relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)* ; aujourd'hui présent dans le code de la Santé Publique à l'article R.6312-28-1.

¹²⁷¹ Voir en ce sens Cour d'appel de Nancy, 17 Juin 2004, *précité*.

¹²⁷² Cour Administrative d'Appel de Nantes, 3ème Chambre, 12/04/2012, 10NT00310, Inédit au recueil Lebon.

649. Dans les cas où un transporteur sanitaire ou du prompt secours est sollicité, après l'arrivée sur les lieux, les équipes « *transmettent un bilan au centre de régulation médicale pour chaque intervention* ». Ce bilan est inscrit au dossier de régulation médicale. Les transports sanitaires, prioritairement assurés par les ambulanciers privés, les sapeurs-pompiers et les équipages du SMUR, concernent « *tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet* »¹²⁷³. Ainsi, le bilan participe directement à la poursuite de la régulation médicale : en fonction des cas, la réponse pourra être intensifiée (envoi de moyens médicaux supplémentaires, déclenchement de moyens hélicoptérés...) ou au contraire pourra interrompre la prise en charge (soins sur place sans transport sanitaire par exemple) et entraîner la clôture de l'intervention.

650. L'étroite coordination entre le médecin du Centre-15 qui déclenche un SMUR et ce dernier est un élément déterminant de la poursuite de la prise en charge du patient. Si dans un certain nombre de cas, l'engagement de moyens¹²⁷⁴ se fait sur la base d'éléments très synthétiques (un motif laconique, l'âge et le sexe du patient et une adresse), le médecin du SMUR peut généralement consulter le dossier de régulation médicale à l'aide de moyens adaptés.

En revanche, à l'inverse, une fois le médecin urgentiste sur place, il rend compte de son intervention au médecin régulateur, et c'est ensemble qu'ils déterminent les suites à donner et l'orientation du patient. Cette transmission se fait directement entre les deux professionnels, et permet l'inscription au DRM et la traçabilité des informations.

III. La médicalisation préhospitalière d'urgence

651. La médicalisation d'urgence, plus encore en préhospitalier, nécessite du personnel spécifiquement formé et qualifié (A), notamment au vu de l'usage quotidien de médicaments utilisés hors AMM (B). Le développement de la télémedecine permet en outre une meilleure

¹²⁷³ CSP, Article L6312-1.

¹²⁷⁴ C'est-à-dire la transmission du dossier de régulation sous forme d'un « ticket départ », généralement très synthétique.

interaction avec la régulation notamment l'envoi de résultat d'examens directement au centre 15 (C), permettant une discussion entre médecins pour une meilleure orientation.

A. Les intervenants

652. Les équipes du SMUR sont des équipes formées à la réanimation et aux techniques d'anesthésie, qui comportent un médecin (urgentiste, pédiatre, ou anesthésiste-réanimateur¹²⁷⁵), un infirmier, un ambulancier (ou d'un pilote de vedette ou d'hélicoptère le cas échéant), et souvent un étudiant de 3^e cycle (interne en médecine d'urgence). En fonction des départements, des étudiants de 2^e cycle (de 4^e, 5^e ou 6^e année, des « externes ») peuvent également y être accueillis en stage.

S'agissant des médecins régulateurs, il s'agit très majoritairement de médecins urgentistes, et minoritairement d'anesthésistes-réanimateurs ou de médecins généralistes libéraux¹²⁷⁶, même si dans ce dernier cas les appels sont prioritairement liés à de la médecine générale.

B. L'urgence préhospitalière, propice aux prescriptions hors AMM

653. Deux cas de figures fondent l'usage de prescriptions hors autorisation de mise sur le marché de médicaments, à savoir les urgences pédiatriques (1), pour lesquelles très peu de médicaments disposent d'AMM, et les problématiques logistiques de transport et de stockage d'une pharmacie mobile en SMUR (2).

¹²⁷⁵ La filière des anesthésistes-réanimateurs affectée en SMUR étant en voie d'extinction, l'immense majorité des médecins affectés sont désormais des urgentistes. Toutefois les praticiens de médecine intensive-réanimation participent dans certains départements à de la régulation SAMU et aux équipages SMUR.

¹²⁷⁶ Par le biais d'une convention conclue entre un SAMU et des médecins libéraux en vue de leur participation au fonctionnement au service de régulation ; cette convention est naturellement de droit public, cf. Conseil d'État, 20 décembre 2006, n° 262280. Dans le cas où le SAMU estime que le patient ne relève pas de l'urgence vitale mais exige d'être vu par un médecin volontaire à la permanence des soins, la mission ne constitue pas par elle-même une mission de service publique, mais une modalité d'exercice de la profession libérale de médecin. Voir en ce sens Tribunal des Conflits, 09/05/2016, C4046.

1. Les urgences pédiatriques et les prescriptions hors AMM

« *L'enfant n'est pas un adulte en miniature* »

654. En pédiatrie, hors urgence, les prescriptions hors AMM sont particulièrement développées depuis des années, principalement en raison du très faible nombre d'études et d'essais cliniques réalisés sur les mineurs. Le manque de recherche et l'absence d'intérêt de l'industrie pharmaceutique pour ces médicaments induisent une absence d'indications, de posologies et de données de tolérance spécifiques, et donc d'AMM¹²⁷⁷. En Haute-Garonne, deux études ont été réalisées en 2001¹²⁷⁸ et 2011¹²⁷⁹ qui mettent en évidence les médicaments les plus souvent utilisés hors AMM : décongestionnants nasaux, antihistaminiques H1 et corticoïdes. Directement liées à une pharmacopée limitée pour les enfants, les prescriptions sont d'abord liées l'âge (AMM adulte et prescrit à un enfant), puis à la posologie (inférieure ou supérieure au ratio mg/kg). Les deux études concluent au fait que les prescripteurs prescrivent fréquemment hors AMM en pédiatrie, qu'ils s'agissent de médecins pédiatres ou généralistes.

Ces prescriptions hors AMM en pédiatrie concernent « 94 % des médicaments prescrits en soins intensifs, 67 % à l'hôpital et 30 % de ceux prescrits en pratique de ville »¹²⁸⁰.

655. L'usage d'un médicament en situation d'urgence, hors AMM, implique une étude de la balance bénéfice/risque, étude généralement réalisée en amont, c'est-à-dire lors des choix dans les médicaments retenus dans les sacs d'intervention des SMUR pédiatriques. Ces choix sont primordiaux, car la prescription hors AMM est sinon nécessaire, souvent indispensable¹²⁸¹

¹²⁷⁷ La société savante pour le traitement de la douleur de l'enfant indique par exemple qu'il n'existe qu'un unique anesthésique local disposant d'une AMM en France pour les enfants. Voir en ce sens, FOURNIER-CHARRIÈRE Elisabeth, Douleur de l'enfant : l'essentiel, Pediadol, 2015.

¹²⁷⁸ B. HOREN, J. MONTASTRUC, et al. (2002). Adverse drug reactions and off-label drug use in paediatric outpatients. *British journal of clinical pharmacology*, 54(6), 665–670. <https://doi.org/10.1046>.

¹²⁷⁹ Aurore PALMARO, Raphael BISSUEL, Nicholas RENAUD, et al. Off-Label Prescribing in Pediatric Outpatients. *Pediatrics* January 2015 ; 135 (1) : 49–58. 10.1542/peds.2014-0764.

¹²⁸⁰ E. AUTRET-LECA et al., *L'enfant et les médicaments : application à la prescription en pédiatrie*, Archives de pédiatrie, n° 13, 2006. 181 NB : Les références bibliographiques présentes dans l'article indiquent que ces données statistiques sont désormais assez anciennes, car autour des années 2000. Voir également S. AVENEL, A. BOMKRATZ, G. DASSIEU, J.C. JANAUD, C. DANAN, « Incidence des prescriptions hors autorisation de mise sur le marché en réanimation néonatale », Archives de Pédiatrie, Volume 7, Issue 2, 2000, Pages 143-147

¹²⁸¹ Cour administrative d'appel de Bordeaux, 2ème chambre, 17/12/2019, 17BX03814, Inédit au recueil Lebon. En l'espèce il s'agit d'une urgence hospitalière ; un jeune enfant ayant fait l'objet de l'administration d'un médicament (phénytoïne) hors AMM, destiné à la prise en charge des convulsions résistantes au phénobarbital. Les juges relèvent que « cette absence de commercialisation ne signifie pas que son utilisation est prohibée en milieu hospitalier. Il résulte d'ailleurs de l'instruction, et notamment des éléments médicaux produits par le CHU de Limoges en première instance, que cette molécule fait partie des protocoles thérapeutiques pédiatriques, aussi bien en France, qu'aux Etats-Unis ou au Canada. (...). Dans ces conditions, c'est aussi à bon droit que les premiers juges ont considéré que l'utilisation de phénytoïne, prescrite dans le cadre d'une prise en charge urgente et compte tenu de convulsions de l'enfant résistantes aux traitements entrepris, quand bien même elle a été réalisée sans information préalable des parents, ne révèle aucun manquement fautif de la part du CHU de Limoges ».

pour que les urgences pédiatriques puissent être prises en charge. Les Académies de médecine et de pharmacie¹²⁸² ont estimé à 80% la proportion des prescriptions hors AMM en pédiatrie hospitalo-universitaire ; ceci pouvant être expliqué par l'absence d'alternative thérapeutique médicamenteuse appropriée avec AMM. Cela emporte, hors urgence, une obligation d'information renforcée, notamment de l'absence d'alternative thérapeutique à bénéfice équivalent, comme des risques encourus et des bénéfices potentiels.

656. S'agissant des médicaments couramment prescrit en urgence, nombreux sont ceux qui bénéficient d'une AMM (à l'exception de la néonatalogie), permettant la prise en charge des cas courants : anaphylaxie, asthme, bradycardie, hémorragie...

657. Lors des prescriptions hors AMM, une démarche générale en 20 questions¹²⁸³ permet d'adapter et d'extrapoler à partir de la posologie adulte la dose pédiatrique, ainsi éventuellement que la forme galénique. La toxicité du médicament vient parfois des excipients présents dans les médicaments pour garantir leur conservation ou leur coloration, comme le propylène glycol présent dans l'Augmentin (antibiotique) (alcool qui peut entraîner une dépression du système nerveux central pouvant aller jusqu'au coma). La Haute Autorité de Santé édite régulièrement des recommandations de bonnes pratiques spécifiques aux pathologies, et en indiquant au cas par cas les adaptations à la pédiatrie.

658. Le Dr. Jean-Michel DEBARRE¹²⁸⁴ indique dans une publication¹²⁸⁵ que la prescription hors AMM de médicaments « *doit sortir de sa réputation de mauvaise pratique, réputation de mauvaise pratique le plus souvent attribuée par des observateurs superficiels, détachés de l'exercice et de la réalité médicale, étrangers à la nécessaire adaptabilité de toute proposition de soin à chaque consultation, reflétant l'intime de chaque de patient dans son mal-être, dans sa souffrance, dans sa pathologie, auquel le médecin ne peut répondre par systématisme* ». La mauvaise réputation tient à la fois à l'idée selon laquelle le médecin prescripteur ferait courir à son patient des risques inconsidérés, et à la position des pharmaciens d'officine parfois réticents à réaliser la délivrance, de peur de retombées administratives et juridiques, en partant du postulat que les prescriptions hors AMM sont synonymes d'insécurité ou de manque de preuve

¹²⁸² Rapport des Académies de médecine et de pharmacie, « *Les Prescriptions médicamenteuses hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) en France. Une clarification est indispensable* » novembre 2018 ; Bull. Académie Nationale de Médecine., 2018, 202, nos 8-9, 1749-1782.

¹²⁸³ Françoise BRION, Sonia PROT-LABARTHE, Anne ROUAULT et al., « *Médicaments et pédiatrie - Chapitre 62* », Pharmacie Clinique et Thérapeutique (Cinquième Édition), Elsevier Masson, Paris, 2018, p. 1119-1132.

¹²⁸⁴ Docteur en droit et Docteur en médecine.

¹²⁸⁵ Jean-Michel DEBARRE, *Prescription hors autorisation de mise sur le marché (AMM) de médicament : fondements, limites, nécessités et responsabilités*, RGDM, 2017, p.95-121.

de l'efficacité démontrée. Or, les établissements hospitaliers, se fondant (certes de manière parfois empirique) sur l'enchaînement de cas cliniques sur lesquels certains médicaments ont fonctionné, prescrivent largement hors AMM, et de nombreuses publications de sociétés savantes actualisent les données acquises de la science beaucoup plus rapidement que les mises à jour des AMM. Comme peu de praticiens indiquent sur l'ordonnance que les médicaments sont prescrits hors AMM, le système de remboursement de l'assurance maladie, qui en principe ne les rembourse pas, hormis de rares hypothèses¹²⁸⁶, se trouve contourné.

659. L'urgence est probablement l'expression la plus concrète de la nécessaire adaptabilité mentionnée, en ce sens qu'elle nécessite parfois de traiter des cas pédiatriques, voire néonataux, avec des médicaments issus d'un panel réservé aux adultes. La balance bénéfice-risque est aussi celle de la recherche clinique en pédiatrie, permettant de garantir une plus grande sécurité pharmaceutique ; toutefois cette réflexion est à relativiser, car les recommandations des sociétés savantes et les publications scientifiques sont aussi gages de cette sécurité.

2. Les problématiques logistiques favorisant des prescriptions hors AMM

660. Comme il est difficilement concevable de transporter, même en ambulance, une pharmacie complète, les médecins ont dû restreindre les médicaments qu'ils emportent. Le choix se porte sur un à deux médicaments par classe pharmacologique ; la logique étant que les patients n'ont pas de « droit d'accès » à un médicament en particulier, mais bien à un type de médicament le plus approprié possible à sa situation. La balance bénéfice-risque est finalement davantage une balance entre la prudence, et la nécessité de traitement d'urgence, aussi les médicaments nouveaux sont exclus (en raison des effets indésirables méconnus), laissant uniquement la place à des médicaments plutôt anciens, dont les effets indésirables sont parfaitement connus.

661. Contrairement aux enfants pour lesquels les prescriptions hors AMM sont liées à la faiblesse des recherches cliniques, pour les adultes, les prescriptions hors AMM sont davantage

¹²⁸⁶ Autorisation d'accès précoce (AAP) et autorisation accès compassionnel (AAC) aux médicaments, qui remplacent les ATU et RTU.

liées à une recherche d'efficacité très rapide, ou à des conditions particulières d'intervention. D'autres contraintes médicales peuvent également justifier l'emploi de médicament en dehors de l'AMM, comme l'illustre l'utilisation de kétamine comme antalgique (ou co-antalgique en association à un traitement opioïde) particulièrement répandue en préhospitalier, alors que l'AMM vise un anesthésique général. La dose administrée est environ de 50 à 10 fois moins importante qu'en matière d'anesthésie¹²⁸⁷ afin de limiter le risque d'effets indésirables.

662. Afin de prendre en charge des victimes dans des conditions de transport difficile, certaines équipes d'urgentistes ont opté pour l'usage de médicaments très forts, réservés habituellement à des services hospitaliers spécifiques, tout particulièrement pour éviter les vomissements du patient hélicoptéré, sanglé au brancard, dont l'état risquerait de se dégrader (risque d'obstruction des voies respiratoires). Les antiémétiques classiques n'étant pas jugés d'usage suffisamment rapide ou efficace, 23 SAMU¹²⁸⁸ dont le SAMU 31, ont par exemple choisi l'usage de l'Ondansétron, plutôt réservé à des pathologies cancéreuses pour équiper les équipes préhospitalières. Cet usage hors AMM est rendu nécessaire pour des raisons pratiques, dès lors qu'il permet de n'emporter qu'un unique médicament pour l'ensemble de la classe pharmacologique des antiémétiques¹²⁸⁹. Ce recours ne s'impose qu'après avoir étudié l'ensemble des ressources médicamenteuses disponibles, de la balance bénéfice-risque, comme des possibles interactions médicamenteuses avec les autres médicaments les plus couramment utilisés en SMUR.

663. De la même façon, ce sont parfois les AMM elles-mêmes qui sont déconcertantes, comme le relèvent des praticiens hospitaliers¹²⁹⁰ avec l'illustration de la lidocaïne : alors qu'il n'existe aucune différence entre les excipients de deux spécialités pharmaceutiques, produites par deux laboratoires différents, la première AMM est liée au traitement et à la prévention des troubles du rythme ventriculaire menaçant le pronostic vital, et autorisée en administration intraveineuse, alors qu'au contraire la seconde spécialité est formellement contre indiquée pour une telle administration. Les recommandations de la Société Française d'Anesthésie et de

¹²⁸⁷ Haute Autorité de santé, Recommandation de bonne pratique, *Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie*, Janvier 2020

¹²⁸⁸ C. MARÇAIS et al., « Quels médicaments dans nos services mobiles d'urgence et de réanimation ? », *Annales françaises de médecine d'urgence*, 9, avril 2019, n° 2, p. 89-96.

¹²⁸⁹ Comme indiqué précédemment, les contraintes logistiques du préhospitalier nécessitent d'emporter un panel pharmaceutique qui soit transportable facilement, et pour un gain de place relativement réduit.

¹²⁹⁰ M. MURE-ZAMPARINI, A-L. FIANT et al., « Lidocaïne intraveineuse : une utilisation croissante, mais pourtant hors AMM », *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 33, septembre 2014, n° 9, p. 550-551.

Réanimation¹²⁹¹ ont été suivies par la HAS qui a préconisé dans un avis¹²⁹², de nouvelles indications s'agissant de la solution injectable.

C. Télémédecine et urgence

664. L'étymologie du préfixe *télé* renvoie au grec ancien *τῆλε*, qui signifie « au loin, à distance » : donc étymologiquement, la télémédecine est une forme de médecine exercée à distance, *a priori* de son patient. Et c'est bien cette définition d'un acte médical réalisé à distance (interprétation d'une radiographie par exemple), avec une notion de prise en charge clinique, qu'il convient d'adopter. Par définition, la régulation médicale est donc depuis toujours un acte de télémédecine puisqu'il s'agit de tenter d'établir un diagnostic à distance.

665. Avec le développement croissant des dispositifs médicaux, leur arrivée dans les foyers (thermomètre, fréquencesmètre, oxymètre, tensiomètre...) et l'internet des objets (IoT), de nombreux outils de diagnostics sont aujourd'hui à la disposition des patients, et permettent de renseigner le médecin consulté à distance.

Bien que nombreuses solutions matérielles existent, l'absence d'uniformisation totale et les contraintes technico-juridiques empêchent l'exploitation de la remontée d'informations directes d'appareils de mesure connectés du patient au « télé médecin ». Ainsi, de nombreux outils sont connectés, mais non connectables car de nombreuses normes et procédés informatiques existent en parallèle, et aucun système ne permet des remontées directes et uniformes vers le médecin. Les infrastructures réseaux (3G, 4G, 5G...) permettant l'échange de données ne sont par ailleurs pas assez performantes pour garantir cette remontée en tout point du territoire.

666. Le développement de nombreuses nouvelles technologies dans le domaine de la santé et du médical permet l'envoi de données en temps réel, notamment de patients « scopés », pour autant, très peu de SAMU (en 2020) utilisent d'outils en ce sens, confrontés à la

¹²⁹¹ Isabelle MAQUOI, Jean JORIS, Utilisation intraveineuse de la lidocaïne pour l'analgésie post-opératoire, Conférence d'Actualisation, SFAR, 2015.

¹²⁹² HAS, Avis, Commission de la Transparence, Lidocaïne, 20 novembre 2019.

multiplicité des intervenants et fournisseurs¹²⁹³. Le dossier informatique « mon espace santé » et la possibilité d'y téléverser des objets connectés à même d'enrichir en données son dossier médical devrait toutefois faciliter l'interconnexion et la remontée d'information dans les années à venir. Un catalogue des outils et services numériques permet d'autoriser l'envoi des données des appareils connectés compatibles¹²⁹⁴ vers « mon espace santé », le médecin pouvant ensuite les consulter à distance.

Les problématiques juridiques liées aux données de santé ne favorisent pas l'échange de données autres que téléphoniques, les intervenants sur le terrain (du passant au médecin de circonstance) ne pouvant disposer d'application sécurisée.

En pratique donc, l'utilisation de MMS ou d'applications comme WhatsApp sont toujours utilisées entre intervenants pour apporter des éléments d'éclairages au détriment de toute notion de sécurité informatique, ces applications n'étant ni agréées ni certifiées pour l'échange ou l'hébergement de données de santé¹²⁹⁵.

A titre d'illustration, l'envoi de la photo d'un ECG qu'il juge anormale entre un infirmier libéral, et un médecin régulateur, se fait couramment, faute d'autre moyen de communication. Bien que depuis 2016 cette application très répandue soit chiffrée de bout en bout, c'est-à-dire répondant à un niveau de sécurité plus élevé qu'auparavant, cette application ne saurait être conforme aux dispositions du code de la santé publique relatives aux référentiels de sécurité et d'interopérabilité des données de santé¹²⁹⁶, ou à l'hébergement des données de santé¹²⁹⁷, et encore moins à la mise à disposition des données de santé¹²⁹⁸. La création à titre expérimental d'unité mobile de télémédecine¹²⁹⁹, associant du matériel avec un infirmier, permet justement de travailler plus profondément sur ces problématiques de transferts de données de santé, en temps réel, mais également de permettre d'associer un diagnostic médical rapide, associé avec des gestes d'urgence effectué par un professionnel de santé formé et doté en matériel adapté.

¹²⁹³ D'autant que chaque SAMU n'utilise pas de logiciel de régulation médicale uniformisé au niveau national ; un projet de la direction générale de l'offre de soins avait pourtant prévu un logiciel national « SI-SAMU ». Lors du Congrès Urgences 2022 à Paris (10 juin 2022), la DGOS a annoncé l'abandon du projet, en raison du retard pris sur le déploiement.

¹²⁹⁴ La compatibilité s'apprécie matériellement ainsi que réglementairement. Pour être inscrite au catalogue, ces services doivent être référencés par les pouvoirs publics.

¹²⁹⁵ Décret n°2018-137 du 26 février 2018 *relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel*

¹²⁹⁶ CSP, L.1110-4-1.

¹²⁹⁷ CSP, L.1111-8 et R.1111-8-8 et s.

¹²⁹⁸ CSP, L.1460 et s.

¹²⁹⁹ V. STENOUE *et al.*, « L'unité mobile de télémédecine ou unité médicale phygitale, un nouveau vecteur de prise en charge des soins non programmés en médecine générale, permet-elle de diminuer le recours au SAU (service d'accueil des urgences) ? », *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*, 34, décembre 2022, n° 4, p. 156-165.

667. Le cadre juridique de la sauvegarde de la vie humaine permet un assouplissement du cadre juridique, notamment par dérogation¹³⁰⁰, permettant de s'exonérer du recueil préalable du consentement de la personne pour la transmission de ces données. Dans les cas les plus graves, si une personne initie une opération de télé médecine, comme une visioconférence, et perd connaissance, il est possible, comme dans un contexte hors télé médecine, de géolocaliser un requérant, uniquement pour les services de police et de gendarmerie, au sein des centres d'appels d'urgence et en dehors du cadre judiciaire (mission administrative), *via* un logiciel dit 'SVH' pour « sauvegarde de la vie humaine »¹³⁰¹, qui permet d'interroger les opérateurs téléphoniques sur l'antenne relais utilisée par le requérant. Un autre logiciel, commun aux services de santé et aux forces de sécurité intérieure, devrait permettre une meilleure interconnexion, une localisation plus précise, et des échanges multimédia sécurisés (SMS, photos, vidéos). Baptisé « LOC'Alerte », il permettra le partage de l'alerte entre les différents services de secours concourants, mais également de renseigner le médecin régulateur à l'aide de premières images transmises permettant une meilleure appréciation de l'urgence.

¹³⁰⁰ Pour illustration, voir Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, Délibération 2005-048 du 22 mars 2005. Le traitement de données à caractère personnel est licite lorsqu'il est nécessaire à la sauvegarde des intérêts vitaux de la personne concernée ou d'une autre personne physique.

¹³⁰¹ Circulaire n°94855/GEND/CAB du 15 septembre 2011 *relative aux règles générales d'emploi des moyens informatiques et des traitements automatisés de données à caractère personnel dans la gendarmerie nationale* ; NE n°5371 du 2 février 2021, gendarmerie nationale ; Code des postes et des communications électroniques, D.98-8.

Paragraphe 2 : Les urgences en milieu périlleux ; une disproportion des moyens aux fins nécessitant des assouplissements juridiques

668. Lorsque les urgences sont situées dans un environnement lointain, des conditions d'accès difficile, ou dans un contexte particulier rendant l'intervention périlleuse, et nécessitant de faire appel à des professionnels spécialisés, à l'urgence médicale se rajoutent également les difficultés de moyens humain et matériels pour la prise en charge dans un contexte périlleux. Ces secours en milieu périlleux peuvent être en mer comme en montagne ou sous terre (§1), comme être mobilisables sur terre dans un contexte de conflit armé à l'extérieur du territoire national¹³⁰² (§2).

I. L'assistance et les secours en milieu périlleux ; les urgences entre terre et mer

669. L'assistance médicale en mer (A) est un cas typique d'urgence en milieu périlleux, en raison des risques inhérents au manque de stabilité, à l'éloignement parfois extrême avec un professionnel de santé. Les conditions d'accès des renforts par voie maritime étant complexes, les équipes d'interventions sont souvent acheminées par voie aérienne, comme s'agissant des secours en montagne (B), chacun ayant en commun des délais incompressibles par tout autre moyen de transport. Les délais étant plus longs, les interventions plus complexes en raison des particularités liées à l'environnement, ces urgences préhospitalières de l'extrême nécessitent des adaptations et des dérogations, afin de prendre en considération la nécessaire adaptation des moyens aux fins. Les secours souterrains (C) sont un cas encore plus atypique en raison de l'hyperspécialisation nécessaire des secours, et du fait que les prises en charge concernent parfois des sportifs de très haut niveau, victimes d'explorations inédites et difficiles.

¹³⁰² Le cas des interventions sur le territoire national dans un contexte terroriste fait l'objet d'une doctrine spécifique, inscrite au ORSEC-NoVi, qui dispose lui-même de mesures spécifiques « attentats ». Le principe d'action est celui de menant/concourant, c'est-à-dire une coopération interservices avec un commandement qui peut varier en fonction de l'évolution de la situation et de la thématique. Ce volet ne sera pas traité ici, car seule l'extraction est périlleuse, mais une fois le danger écarté, les victimes sont prises en charge de façon traditionnelle, c'est-à-dire avec des délais d'intervention réduits (hors des cas de situation exceptionnelles, traités au Titre 2).

A. L'assistance en mer

670. Instauré réglementairement¹³⁰³ à Toulouse au sein du SAMU 31, le centre de consultation médicale maritime (CCMM) fonctionne de façon mixte, comme consultation et assistance télé médicales en mer, mais également en régulation d'urgences médicales. Dans ce dernier cas, en lien avec les Centres régionaux opérationnels de surveillance et de sauvetage (CROSS), ces services organisent l'engagement de moyens opérationnels de l'aide médicale en mer. La supervision médicale est alors confiée, en fonction du lieu, à un SAMU de coordination médicale maritime (SCMM), qui est chargé de la régulation médicale des patients en mer, dans l'objectif d'assurer la continuité des soins, et de coordonner si nécessaire l'engagement d'un SMUR Maritime. Constitué d'un infirmier et d'un médecin ayant tous deux reçu une formation spécifique d'intervention en milieu périlleux, ce binôme est projeté en mer par voie aérienne (hélicoptère) ou maritime (transbordement), afin d'assurer la prise en charge des patients.

671. Afin de prioriser les interventions si nécessaire, une typologie des situations permet de trier les interventions en 6 types : les soins à bord sans déroutement, suivi du patient par consultations itératives (type 1), les soins à bord et déroutement du navire pour débarquement du patient (type 2), les urgences nécessitant une évacuation sanitaire non médicalisée (type 3), les urgences nécessitant une intervention médicalisée à bord, suivie ou non d'une évacuation du patient (type 4), les urgences en lien avec un accident survenu en plongée (type 5), les situations impliquant un nombre potentiellement élevé de victimes appelant la mise en œuvre d'un dispositif ORSEC (type 6).

672. A noter qu'en l'absence de médecin à bord, le capitaine est désigné comme responsable des soins, et il est susceptible d'utiliser la dotation médicale embarquée (obligatoire en fonction de la catégorie de navigation). Cette fonction peut être déléguée à l'un des officiers, sous réserve d'une formation à caractère médical¹³⁰⁴, renouvelable tous les 5 ans¹³⁰⁵. Celle-ci comprend un module de formation aux procédures d'aide médicale en mer et de consultation télé médicale d'urgence, à l'utilisation de la dotation médicale et des guides médicaux de bord

¹³⁰³ Instruction Interministérielle du 29 avril 1983 *relative à l'organisation opérationnelle de l'aide médicale en mer* ; Arrêté du 10 mai 1995 *relatif à la qualification du centre de consultations médicales maritimes de Toulouse comme centre de consultations et d'assistance télé médicales maritimes dans le cadre de l'aide médicale en mer* ; Instruction du Secrétariat Général de la Mer (Premier Ministre) du 28 juillet 2021 *relative à l'organisation de l'aide médicale en mer*.

¹³⁰⁴ Convention internationale sur les normes de formation des gens de mer, de délivrance des brevets et de veille (STCW).

¹³⁰⁵ Arrêté du 26 juillet 2013 *relatif à la délivrance du certificat de formation de base à la sécurité*.

et à la préparation d'une évacuation sanitaire. Trois niveaux d'enseignement médical existent¹³⁰⁶, dont le niveau 3, le plus complet (99h), comprend un module de médecine embarquée et une formation à des soins infirmiers. Cette dernière formation a pour objectif de réaliser des « *soins normalement effectués par un infirmier, de manière à sauvegarder la vie des marins malades ou blessés, en attendant, le cas échéant, une évacuation vers une structure médicalisée ou l'intervention d'un médecin* »¹³⁰⁷. Réalisé par un institut de formation en soins infirmiers, ce stage essentiellement pratique comporte une partie dans un service hospitalier, et une formation préalable à la pratique des gestes de soins infirmiers qui comprend des techniques d'injection et de perfusion. La présence à bord de personnels formés à des soins médicaux, alors même qu'ils ne sont pas professionnels de santé, permet, sous le contrôle du médecin du centre de consultations médicales maritimes, de prendre immédiatement les mesures efficaces en cas d'accident ou de maladie à bord des navires. Juridiquement et médicalement intéressante, cette possibilité permet d'accentuer l'exercice de la médecine à distance, en allant plus loin que les actes de diagnostic, et en y ajoutant différents actes de soins, le médecin supervisant l'état de santé et les actes réalisés. Si l'assistance en mer obéit à des contraintes particulières, liées à des distances parfois très importantes, un isolement qui peut être extrême, et des conditions météorologiques variables, donc un milieu périlleux par nature, l'urgence médicale est tout à fait différente en mer et sur terre : la temporalité est tout à fait différente quant aux possibilités d'évacuation, la gravité doit être appréciée différemment. Une opération de routine sur terre est en effet susceptible d'être beaucoup plus grave en mer, en raison des délais d'intervention et de l'aggravation de la pathologie suscitée par l'allongement de la temporalité.

673. La responsabilité médicale en milieu périlleux, et tout particulièrement en mer, doit prendre en considération les particularités liées à ce type d'intervention. Elle est limitée aux comportements fautifs. Si la responsabilité d'un établissement hospitalier peut être engagée par toute faute commise dans l'organisation ou le fonctionnement du service d'aide médicale d'urgence¹³⁰⁸, la question a pu se poser s'agissant des secours en mer ; les opérations de sauvetage en mer sont souvent d'une très grande difficulté¹³⁰⁹ et semblent devoir être protégés par un régime de faute lourde. Pourtant, dans la lignée du déclin de celle-ci, la responsabilité de la puissance publique du fait des services de secours en mer obéit à un régime de faute

¹³⁰⁶ Arrêté du 29 juin 2011 *relatif à la formation médicale des personnels embarqués à bord des navires armés avec un permis d'armement*.

¹³⁰⁷ Arrêté du 29 juin 2011 *relatif à la formation médicale des personnels embarqués à bord des navires armés avec un permis d'armement*, Annexe I.

¹³⁰⁸ Conseil d'État, Section, du 20 juin 1997, 139495, publié au recueil Lebon.

¹³⁰⁹ CE, 2 oct. 1970, *Min. Transports c/ Mme Simon*, publié au recueil Lebon, p. 554.

simple¹³¹⁰, comme l'écrit d'ailleurs le Conseil d'État : « *la responsabilité de l'État peut être engagée par toute faute commise dans des opérations d'assistance en mer et de sauvetage d'un navire* »¹³¹¹. Pourtant, comme l'écrit le commissaire du gouvernement TOUVET, « *dans un régime de faute simple, vous serez plus exigeants avant de reconnaître une faute de la part d'un service soumis à des conditions d'exercice difficiles* »¹³¹², ce qui laisse supposer que si la faute lourde est abandonnée de façon sémantique, elle ne l'est quasiment pas de façon pratique : les secours en mer intervenant dans des conditions difficiles si ce n'est extrêmes, il est probable que seuls de graves dysfonctionnements seront constitutifs d'une faute, les autres fautes pouvant alors être qualifiées d'erreurs non fautives ; ce qui est finalement constitutif d'un glissement d'une responsabilité à une autre. Le Pr. LEBRETON écrira à cet égard qu'il s'agit d'un « *tour de passe-passe [qui] escamote la faute lourde, qu'on fait réapparaître à travers la « faute », tandis que la véritable faute simple, sommée de lui céder la place, ressurgit du chapeau de l'« erreur non fautive », en contradiction avec la jurisprudence selon laquelle toute illégalité est une faute* »¹³¹³. S'agissant de la responsabilité de la puissance publique, l'illégalité dans une quelconque décision, même imputable à une simple erreur d'appréciation, constitue une faute de nature à engager la responsabilité de l'administration¹³¹⁴. Pourtant à l'inverse, il serait aussi susceptible d'invoquer le manquement à une obligation comme étant une faute, et donc engager la responsabilité sur ce manquement ; pour autant dans notre hypothèse, s'agit-il d'une faute susceptible d'être soulevée pour un service soumis à des conditions d'exercice difficile ? La réponse est nécessairement liée à l'adéquation des moyens aux fins, ou en tout cas semble y être liée. Le développement croissant de nouvelles technologies améliorant la transmission de l'information, notamment par satellite, permettant un échange audio mais désormais également internet sur l'ensemble du globe ou presque, doit faciliter le recours à un médecin en téléconsultation, y compris en urgence, en fonction de la temporalité de celle-ci.

¹³¹⁰ Conseil d'État, Section, du 13 mars 1998, 89370, publié au recueil Lebon.

¹³¹¹ *Idem.*

¹³¹² Conclusions du commissaire du gouvernement TOUVET, sous CE, n°89370, *précité*.

¹³¹³ Gilles LEBRETON, « *La fausse disparition de la faute lourde* » Recueil Dalloz, n°38 du 29 octobre 1998 p.535.

¹³¹⁴ Conseil d'État, Section, du 26 janvier 1973, 84768, publié au recueil Lebon.

B. Les secours en montagne

674. En montagne, les opérations de secours ne dépendent pas du SDIS, mais de secours spécialisés, issus des rangs de la Gendarmerie ou des Compagnies de CRS. Bénéficiant de formations spécialisées, souvent guides de hautes montagnes, ces secouristes ont l'avantage de bénéficier de la double compétence de secours et de mission judiciaire de recherche de personnes dans le cadre de la sauvegarde de la vie humaine, ou dans le cadre d'accidents. Dans 97% des cas, les secours sont héliportés¹³¹⁵, les autres cas faisant appel à des expéditions pédestres, notamment de nuit ou lors de conditions d'accès difficile en raison des conditions météorologiques ou aérologiques. S'agissant de la médicalisation, les médecins appartiennent au SAMU ou exercent en libéral, dans le cadre de permanences saisonnières ; dans ce cas ils suivent généralement un DIU de médecine d'urgence de montagne. L'alerte est transmise par téléphone quand cela est possible, *via* des numéros d'urgences variés, qui comportent parfois 10 chiffres, les professionnels disposant généralement directement du numéro des secours spécialisés ; ainsi contrairement aux autres interventions, le centre 15 n'est pas toujours directement décisionnaire de l'engagement d'un médecin, et parfois simplement informé. Parmi les victimes secourues, les randonneurs sont la première cause d'intervention et de décès en montagne¹³¹⁶ (en 2021 cela représente 114 décès sur un total de 230 personnes ayant perdu la vie). Toutes activités confondues, les pathologies sont variées, et directement liées au climat et à l'environnement (froid, chutes de pierres, avalanches), auxquels s'ajoutent des activités sportives ou de loisirs risqués (vitesse excessive en ski, VTT...).

675. Ces secours en montagne, sont intégralement à la charge de l'État (le coût d'une intervention est en moyenne de 8 600 €¹³¹⁷ pour le contribuable), hors domaine skiable¹³¹⁸ ; s'agissant des secours sur piste, une compensation financière est à la charge des victimes, les communes étant responsables de l'organisation des secours sur leur territoire, elles sont libres dans la fixation du barème.

¹³¹⁵ C. HALLE, F. ALBASINI, Organisation des secours en montagne. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence, 25-210-D-20, 2007.

¹³¹⁶ Système national d'observation de la sécurité en montagne, Rapport 2021.

¹³¹⁷ Cour des comptes, communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'assemblée nationale, *L'organisation du secours en montagne et de la surveillance des plages*, septembre 2012.

¹³¹⁸ Loi n°2016-1888 du 28 décembre 2016 *de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne*.

676. Les secours en montagnes revêtent un caractère périlleux en raison de la topographie qui complique l'intervention, tant dans les délais que dans les moyens mis en œuvre pour le transport de la victime. La jurisprudence, rare, est en principe celle de la responsabilité pour faute simple. Une unique décision du Tribunal administratif de Nice¹³¹⁹ retient toutefois que la responsabilité de l'État peut se trouver engagée même en l'absence d'une telle faute « *lorsque l'intervention de sauvetage présente des risques exceptionnels et qu'elle est la cause directe de dommages présentant un caractère d'extrême gravité* ». Dans le cas d'espèce, lors d'une opération de sauvetage en montagne particulièrement délicate en raison de la topographie des lieux et de l'utilisation d'un hélicoptère, un bloc de pierre a heurté la tête de la victime, à l'origine d'un traumatisme crânien sévère dont elle décédera le lendemain. Les juges ont admis qu'il y avait lieu de « *de retenir l'État responsable, même en l'absence de faute, lors de cette opération de sauvetage par hélicoptère présentant des risques exceptionnels (...)* ». Si cette décision est unique, les secours en montagne, qui sont fréquents, se déroulent généralement bien, alors même que les conditions sont souvent dégradées ; la médicalisation ne répond d'ailleurs que rarement aux schémas classiques préhospitalier, en raison de l'intervention en altitude et en milieu périlleux, l'hélicoptère du patient, et son transport sur des longues distances. Si la topographie des lieux rend les interventions périlleuses, c'est également le cas des conditions climatiques particulières, comme d'accessibilité, tout particulièrement par voie terrestre ; il en est de même s'agissant du milieu sous-terrain.

¹³¹⁹ Tribunal administratif de Nice, 5ème chambre, 2 mai 2018, M. S, n°1503853.

C. Les secours en milieu souterrain

677. A noter que les opérations de spéléologie, bien que souvent associées à la montagne, ne le sont pas systématiquement, dès lors que de nombreuses cavités existent aussi hors du milieu montagneux, et parfois maritime. Ils sont des secours périlleux par nature, et nécessitent des compétences techniques très spécifiques. Seule la Fédération Française de Spéléologie dispose de l'agrément permettant ce type d'opération de secours en milieu souterrain¹³²⁰, ce qui explique que les comités départementaux de spéléologie soient réquisitionnés pour être mis à la disposition du directeur du SDIS, comme du Préfet, en qualité de conseils techniques, mais également pour coordonner l'ensemble des secours à l'intérieur de la cavité ; les sapeurs-pompiers sont eux chargés de coordonner la prise en charge et l'évacuation à l'extérieur. Ces dispositions peuvent différer d'un département à l'autre, et sont reprises dans le guide ORSEC, volet « *disposition spécifique secours en milieu souterrain* »¹³²¹.

Basé sur une convention, cette étroite collaboration est pour autant difficile lors des opérations de sauvetage, à tel point que les profonds désaccords sur les prises de décisions opérationnelles¹³²² ont entraîné en 2003 une rupture de la convention¹³²³ initiée en 1978 et réactualisée en 1985. La loi de modernisation de la sécurité civile¹³²⁴ de 2004, aujourd'hui intégrée dans le code de la sécurité intérieure, prévoit que les dépenses directement imputables aux opérations de secours sont prises en charge par les SDIS, sauf dans les cas où la loi en dispose autrement¹³²⁵. Les difficultés de remboursement des frais engagés étaient fréquentes, parfois allant au contentieux¹³²⁶, ce qui est franchement regrettable s'agissant du service public de sauvetage souterrain, et qui l'est encore plus au regard du statut bénévole des intervenants, et leur très grande qualification technique¹³²⁷, et pour certains leur hyperspécialisation (exemple

¹³²⁰ Arrêté du 16 novembre 2021 *renouvelant l'agrément national de sécurité civile pour la Fédération française de spéléologie*.

¹³²¹ Pour illustration, voir *Plan ORSEC, disposition spécifique secours en milieu souterrain*, Préfecture de l'Ain, septembre 2021 [en ligne] disponible sur www.ain.gouv.fr

¹³²² Le Guide National de Référence, GDSCGC, Ministère de l'intérieur, qui n'a quasiment pas évolué entre la version de 2000 et celle de 2020, mentionne en effet que le commandement de l'opération de sauvetage en milieu sous-terrain appartient au SDIS... alors que ce dernier ne dispose pas toujours des compétences et/ou connaissances techniques lui permettant d'intervenir dans la prise en charge. Il est donc guidé par le conseiller technique spéléo-secours de la fédération française de spéléologie, la situation organisationnelle étant une aberration.

¹³²³ Convention nationale d'assistance technique en spéléo-secours entre le ministère de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales et la Fédération française de spéléologie.

¹³²⁴ Loi n° 2004-811 du 13 août 2004 *de modernisation de la sécurité civile*.

¹³²⁵ CSI, L.742-11.

¹³²⁶ Cour Administrative d'Appel de Marseille, 6ème chambre - formation à 3, 21/10/2011, 09MA00782

¹³²⁷ Rapport de l'inspection générale de l'administration sur la Commission Spéléo Secours Français de la Fédération Française de Spéléologie, n° 012-089/12-037/01.

des secouristes spéléoplongeurs intervenants à plus de 600 mètres). Le caractère exceptionnel de certaines interventions, liées à une activité extrême et dans des conditions qui le sont également, est accentué par le faible nombre de personnels qualifiés en France pour encadrer ce type d'activité. D'ailleurs, à ce jour, il n'y a pas chez les sapeurs-pompiers ou les militaires de la gendarmerie de titulaire du diplôme d'État en Spéléologie¹³²⁸. A contrario, les équipes de secours en milieu souterrain de la FFS sont très nombreuses à être diplômées et qualifiées ; la plupart des experts et spéléologue de haut niveau sont en effet membres de la fédération, outre le fait que la fédération comprenne des équipes de médecins et infirmiers formés à la médicalisation souterraine.

678. Périlleux par nature, les opérations de secours en milieu souterrain sont aussi extrêmement techniques, peu fréquentes et souvent particulièrement longues. L'urgence ne résulte pas toujours donc de la gravité de l'état de la victime, mais des moyens à mettre en œuvre pour extraire cette dernière, comme du temps nécessaire à cette extraction. Le temps dépassant souvent plusieurs jours, dans des conditions extrêmes, l'urgence réside dans le risque de dégradation probable de l'état de la victime entre l'alerte initiale, et sa prise en charge, sans négliger son transfert hospitalier.

679. L'urgence médicale en milieu souterrain peut avoir pour point de départ des situations très variées, de l'accident de plongée, aux traumatismes, en passant par les malaises. Toutes les pathologies peuvent s'exprimer¹³²⁹. Outre la difficulté d'accès pour les secours, et l'équipe médicale, pour se rendre jusqu'à la victime, la difficulté d'acheminement du matériel est tout aussi réelle ; ainsi que, plus difficile encore, l'extraction de la victime de son environnement, et son acheminement vers l'extérieur. L'accident peut être dû à la présence de gaz en grande quantité dans l'environnement (dioxyde de carbone ou monoxyde de carbone), ce qui implique des contraintes supplémentaires, tant dans l'équipement nécessaire à l'intervention (appareil respiratoire isolant) que dans la surveillance scrupuleuse de l'interdiction d'accès des proches afin d'éviter des imprudences fautives. Une unique décision administrative est relative au milieu périlleux au sujet du milieu souterrain, celle de la Cour

¹³²⁸ Le diplôme se déroulant en deux années et comportant un haut niveau de technicité, les institutions ont préféré créer en interne une formation.

¹³²⁹ La spéléologie comme la plongée sont deux disciplines qui requièrent un certificat médical de non-contre-indication (Décret n° 2016-1157 du 24 août 2016 *relatif au certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport*), et le modèle fédéral de certificat insiste sur certaines pathologies (hypertension artérielle, diabète, hyperlipémie (cholestérol), surpoids, stress, troubles du rythme cardiaque, apnées du sommeil) afin de limiter les risques.

administrative d'appel de Douai du 02/12/2004¹³³⁰. En l'espèce, 3 jeunes respectivement âgés de 14 ans, 13 et 14 ans ont pénétré dans les galeries d'une grotte en vue de l'explorer. Les enfants ne rentrant pas au domicile, les 2 pères ont décidé d'alerter les services de secours, qui une fois sur place, ont présenté des signes d'intoxication. Dans la confusion générale de l'intervention du SDIS, le père de deux des trois adolescents disparus, accompagné d'un habitant de la commune, a lancé sa propre recherche par une autre voie d'accès dans la grotte, tandis que les sapeurs-pompiers sans coordination, opéraient les recherches par deux autres voies d'accès. Malheureusement, et comme le qualifie alors la commune, en raison de « *l'imprudence voire la désobéissance de certains pompiers* », et du manque de coordination des équipes, l'intervention se solde par le décès des 3 jeunes, des deux collaborateurs occasionnels du service public, et de quatre autres sapeurs-pompiers intervenus sans équipements de protection.

680. Non seulement les milieux périlleux devraient nécessairement être laissés à des équipes spécialisées, pour permettre d'éviter aux intervenants de se retrouver victimes, mais également pour laisser place à une réelle expertise technique¹³³¹ là où elle est sans conteste nécessaire. Cette réflexion conduit à la recherche d'un équilibre entre l'hyperspécialisation de certains intervenants, à même de paramédicaliser une victime, à l'instar de l'assistance en mer, et la nécessité que le droit soit protecteur de ces intervenants, en limitant par exemple l'engagement de la responsabilité à la une faute lourde, afin de prendre en compte l'extrême difficulté de la prise en compte de l'urgence en milieu souterrain.

681. Cette para-médicalisation dans des conditions relativement similaires à celle des marins doit aussi prendre en compte la difficulté de communication propre au milieu spéléologique¹³³², et à l'importance de la coordination des équipes. La fédération française de spéléologie bénéficie de quelques infirmiers bénévoles dans ses équipes de secours, et a noué un partenariat dans certains départements (SAMU 67), qui leur permet par exemple lors des interventions de se voir livrer le matériel médical nécessaire à la prise en charge médicamenteuse d'une victime, sans avoir les contraintes d'approvisionnement et de stockage. Des protocoles spécifiques sont alors mis en œuvre dans les conditions classiques des

¹³³⁰ Cour administrative d'appel de Douai, 1^e chambre - formation à 3, du 2 décembre 2004, 02DA00615, inédit au recueil Lebon.

¹³³¹ D'autant que la décision mentionne que les spéléologues présents ont été volontairement tenus à l'écart des prises de décision.

¹³³² Les communications sans fil ne passant pas sous terre, il faut opter pour un système très spécifique de transmission par sol, coûteux et parfois de mauvaise qualité. Le seul moyen d'avoir une communication claire est d'installer un câble téléphonique entre le lieu d'intervention souterrain et le poste à la surface.

protocoles infirmiers de soins d'urgence (PISU)¹³³³, afin d'améliorer la prise en charge des victimes, et permettre de stabiliser leur état en vue de leur extraction. En dehors de ces protocoles, et comme prévu par la déontologie, en cas d'urgence, l'infirmier est libre de décider des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin¹³³⁴. Plus spécifique que l'assistance en mer et les secours en montagne, les secours en milieu souterrain représentent des risques spécifiques¹³³⁵ et un isolement plus important encore vis-à-vis d'une régulation médicale, ce qui impose une formation interne pour les infirmiers comme les médecins¹³³⁶ participant aux opérations.

682. La singularité profonde des secours en milieu souterrain, dans la prise en compte des urgences médicales, repose donc beaucoup moins sur l'état de santé de la victime, contrairement aux situations terrestres, que sur les difficultés de mise en œuvre des moyens humains et matériels pour accéder à la victime, la prendre en charge, et l'extraire. La temporalité et l'adéquation des moyens prennent donc ici tout son sens, l'expertise technique tout aussi cruciale pour atteindre la victime, que pour la prendre en charge médicalement.

II. Le cas particulier des prises en charge longue distance

683. Certaines prises en charge préhospitalières des urgences sont spécifiques au milieu périlleux, notamment lors des opérations extérieures (A) mais également lors d'évacuation ou de rapatriement sanitaire longue distance, principalement par voie aérienne (B). L'usage de drones en médecine préhospitalière dans un futur proche se dessine et il mérite d'étudier les possibles spécificités (C).

¹³³³ CSP, R.4311-14 et R.4312-43.

¹³³⁴ Toutefois, le recours à cette liberté est rarissime. Les PISU étant nombreux et faisant l'objet de recommandations précises, le recours à d'autres techniques est limitée. Note d'information n°DGOS/R2/2016/244 du 22 juillet 2016 *relative aux protocoles infirmiers de soins d'urgence*. L'intubation est le geste le plus à même d'être pratiqué hors PISU, en principe réservé aux médecins ou aux infirmiers anesthésistes. Tribunal Administratif de Strasbourg, mars 2018.

¹³³⁵ Gaz toxiques, courants violents, faible visibilité... A titre d'illustration sur les conditions difficiles, voir en ce sens : Jean-David PILLOT, *Les accidents mortels de plongée souterraine survenus en France entre 1950 et 1990*, Thèse de Médecine, Université Toulouse III - Paul Sabatier, 28/10/1991 et Jérôme LECHAT, *La trousse de secours en canyon : réglementation, enquête, analyse et proposition*, Thèse de Médecine, Université de Grenoble, 2008.

¹³³⁶ Tous n'étant pas urgentistes. A titre d'exemple, en 2022 l'un des médecins référents est médecin du travail.

A. Le cadre d'intervention et des premiers secours des militaires en opérations extérieures

684. Le cadre d'intervention des secours dans le cas des opérations militaires à l'extérieur du territoire national est comparable à ceux réalisés en France, exceptées les conditions d'intervention plus défavorables, et les distances généralement beaucoup plus grandes. Les différences fondamentales concernent la place accordée aux auxiliaires sanitaires (1), dont le cadre juridique semble très souple (2).

1. Les auxiliaires sanitaires

685. Le cas des auxiliaires sanitaires n'est pas sans rappeler celui des anciens officiers de santé¹³³⁷, créés pour combler un manque sur certains territoires, disposant de certaines compétences techniques et pouvant pratiquer certains actes médicaux. Ces auxiliaires sont aujourd'hui formés au sein des Centres d'Instruction aux Techniques de Réanimation à l'avant (CITÉRA). Ils suivent une formation au secourisme¹³³⁸, puis sur les techniques médicales durant deux semaines (seulement !), sur des techniques d'intervention allant de la prise en charge de blessés simples aux prises en charges invasives (perfusion intra-osseuse par exemple, voire une coniotomie¹³³⁹). Comme indiqué dans le référentiel interne du SSA, rares sont les cas dans lesquels un « *médecin ou infirmier seront à proximité immédiate du blessé juste après la blessure. Ce moment essentiel est le domaine de ce qu'il est convenu de nommer le sauvetage au combat. Le sauvetage au combat comprend l'ensemble des techniques immédiates de mise en sécurité et de préservation des chances de survie du blessé.* »¹³⁴⁰. Afin de prendre en charge la spécificité des blessures, des auxiliaires sanitaires sont ainsi formés, et s'insèrent entre les compétences médicales et paramédicales des sciences de l'infirmier, et celle des sauveteurs. Ces auxiliaires sanitaires étant directement intégrés dans les unités de combat, ils sont les premiers intervenants sur le terrain, et font face aux urgences cumulatives que sont la prise en

¹³³⁷ Décrets des 28 juin et 8 juillet 1793 relatifs à l'organisation des secours à accorder annuellement aux enfants, aux vieillards et aux indigents.

¹³³⁸ Premiers Secours en équipe de niveau 1 & 2.

¹³³⁹ Ouverture pratiquée de manière chirurgicale dans la trachée, mais qui diffère de la trachéotomie en ce que la technique est facilitée par des repères anatomiques plus simples à apprendre. Il n'en demeure pas moins que cette technique est très invasive, et en principe réservée aux médecins.

¹³⁴⁰ Enseignement du Sauvetage au Combat, Ecole Du Val-de-Grace, SSA, 0309/EVDG/DPMO du 30 mars 2012.

charge des blessés, mais également la prise en compte de l'environnement dans lequel ils interviennent, qui par définition est hostile (intervention au combat).

686. Si la formation dispose d'un cadre *via* un référentiel de formation, le cadre d'intervention de ces auxiliaires sanitaire n'est pas expressément défini, et tend à s'élargir au fur et à mesure des années : initialement formés pour les opérations hostiles, ils jouent désormais pleinement leurs missions d'auxiliaire au sein des bases militaires en assistant les professionnels de santé, ou en les suppléant. A titre d'illustration, l'organisation et le prélèvement de produits sanguins labiles repose très largement sur ces auxiliaires sanitaires, dans la recherche des donneurs compatibles (études des dossiers des militaires), et la collecte. De même, ils assistent au besoin les chirurgiens de bloc, participent aux contrôles de l'assainissement, et sont amenés à effectuer des travaux de pharmacie (reconstitution de médicament par exemple).

2. Un cadre juridique muet

687. Si le code de la santé publique est relativement muet face aux moyens propres aux armées, un article est toutefois éclairant sur le cadre juridique, décrit en creux, comme n'étant pas applicable au droit commun, et vise les transports: « *les transports des personnels de défense effectués à l'aide des moyens propres aux armées ne constituent pas des transports sanitaires* »¹³⁴¹, ce qui permet de s'exonérer des conditions applicables à ces transports, qui sont nombreuses et contraignantes. Pour le reste, peu d'occurrences dans le code de la santé publique sont relatives à l'aide médicale urgente spécifique au service de santé des armées, si ce n'est que les hôpitaux des armées ont pour « *mission prioritaire de soutien sanitaire des forces armées* »¹³⁴², et peuvent dans le cadre de l'aide médicale d'urgence, délivrer directement les médicaments et dispositifs médicaux nécessaires à leurs soins, sous la responsabilité d'un médecin ou d'un pharmacien¹³⁴³. Comme il est difficilement réalisable d'intégrer un médecin sur chaque opération, le service de santé des armées a intégré des auxiliaires sanitaires dans chaque groupe, qui ne sont pas professionnels de santé, même s'ils pratiquent des actes médicaux très invasifs.

¹³⁴¹ CSP, article L.6312-1.

¹³⁴² CSP, article L.6147-7.

¹³⁴³ CSP, article L.6326-1.

Le constat qui est fait s'agissant de l'utilisation de techniques du SSA par des militaires non professionnels de santé est double : d'une part ils agissent sur la base d'un référentiel de softlaw basé sur des instructions internes, et d'autre part l'action de militaires est limitée à la prise en charge d'autres militaires en dehors du territoire national. La prise en charge administrative d'un militaire blessé est celle applicable aux blessés en service, c'est-à-dire une prise en charge par l'État, sur le principe de la responsabilité sans faute, la simple réalisation de la blessure entraînant la mise en œuvre de ce mécanisme¹³⁴⁴.

688. La prise en charge même par un non professionnel de santé, devrait alors en cas de litige être attaquée sur le terrain de la responsabilité pour faute, plus exactement sur la faute détachable du service de la part du militaire soignant. Or, la faute semble très difficile à prouver puisqu'il y a tout lieu de penser qu'en égard aux circonstances particulières de guerre, et l'existence de protocoles et référentiels internes, la faute détachable devrait être d'une particulière gravité, entraînant des conséquences elles aussi d'une gravité importante, nécessitant une réparation intégrale des préjudices. Mais, dans cette hypothèse, il faut soulever de façon pragmatique la possibilité de non-solvabilité du fautif, puisque s'agissant de militaires du rang, opérant des soins médicaux pour le compte de l'armée.

689. La présomption d'imputabilité qui existe s'agissant des blessures des militaires, qui plus est sur des théâtres d'opération, est tellement forte que le constat de l'existence de cette faille, ou tout du moins de cette légèreté juridique des textes autorisant des militaires à effectuer des actes médicaux très invasifs normalement opérés par des médecins, interroge sur la possibilité d'une meilleure intégration juridique. Le ministère de la défense a effectivement pour coutume de produire un grand nombre de textes en autonomie, c'est-à-dire sur la base d'instructions¹³⁴⁵ et de décisions¹³⁴⁶ du ministère, cités dans les référentiels de formation¹³⁴⁷ sans véritablement de base légale ou réglementaire.

¹³⁴⁴ Cour administrative d'appel de Lyon, 3e chambre, du 30 mars 1993, 92LY00166, mentionné aux tables du recueil Lebon : « l'État doit être déclaré responsable des conséquences dommageables de l'accident (...) alors même qu'aucune faute ne serait établie à son encontre ». Voir également Conseil d'État, 7ème et 2ème sous-sections réunies, du 1 juillet 2005, 258208, mentionné aux tables du recueil Lebon ; Conseil d'État, 5ème - 4ème SSR, 07/10/2013, 337851, Publié au recueil Lebon.

¹³⁴⁵ Instruction n°340057/DEF/RH-AT/EP/PMF/DS/32 n°002126/DEF/CoFAT/ DF/B.COORD / FORM relative à l'enseignement du secourisme dans l'armée de terre du 25 mars 2009 ; Instruction n° 340143/DEF/RH-AT/PMF/DS/32 – n° 9386/DCSSA/RH/PF relative à la formation des sauveteurs au combat de deuxième niveau du 25 juin 2009.

¹³⁴⁶ Décision n°93/DEF/DCSSA/EP du 21 décembre 2007 / Doctrine interarmées n°DIA-4.0.10 MED, 2014.

¹³⁴⁷ Référentiel de formation n°0309/EVDG/DPMO du 30 mars 2012.

690. Ainsi, il conviendrait dans le code de la santé publique, d'intégrer par voie législative, une loi de consolidation du modèle du service de santé des armées, en garantissant un meilleur socle juridique. Clarifiant le cadre d'intervention en opération extérieure mais également sur le territoire national, cette loi serait l'occasion d'apporter des précisions sur la définition de ces auxiliaires militaires médicaux, dit auxiliaires sanitaires, et la conduite de leurs interventions et leur niveau d'autonomie. Afin de ne pas figer leur capacité d'adaptation face aux techniques, cette proposition législative devrait volontairement donner une place importante au pouvoir réglementaire, et en particulier aux instructions et référentiels internes, comme c'est déjà le cas s'agissant de la sécurité civile¹³⁴⁸. Pour autant, ces précisions législatives permettront de prendre en compte certaines spécificités liées aux opérations extérieures, comme l'intervention d'auxiliaires sanitaires en bloc opératoire¹³⁴⁹, alors que sur le territoire national l'assistance des chirurgiens est réservée aux infirmiers de bloc opératoire ; enfin cette intégration législative pourra être l'occasion de les qualifier (ou codifier), en les intégrant par exemple aux professions d'auxiliaires médicaux¹³⁵⁰. A cette occasion, il pourrait également être proposé une formation continue, par exemple qui permettrait de valider des modules du diplôme d'état d'infirmier, lesquels pourraient être répartis en plusieurs années.

Cette opportunité devrait être saisie par le Ministère des armées, car elle permettrait une meilleure formation, et une réelle reconnaissance de la formation des professionnels. Cela autoriserait également de qualifier les intervenants de professionnels de santé et de garantir la qualité des actes réalisés. En outre, un cadre juridique, fût-il réglementaire, devrait impérativement mieux encadrer ces pratiques ; un rapprochement avec le cadre juridique existant pour l'assistance en mer serait ici pertinent.

B. Evacuations sanitaires aériennes ou EVASAN

691. Les évacuations sanitaires, et tout particulièrement les liaisons aériennes médicales se sont développées ces dernières années et ont bénéficié de nombreuses avancées technologiques¹³⁵¹. Les « vols ambulance » participent à l'extension des rapatriements sanitaires, mais sont rarement opérés en cas d'urgence vitale ; ils le sont généralement pour

¹³⁴⁸ Voir en ce sens l'article L112-2 du code de la sécurité intérieure.

¹³⁴⁹ Établissement de Communication et de Production Audiovisuelle de la Défense, Ministère de la Défense

¹³⁵⁰ Défini par le CSP au Livre III de la quatrième partie (L.4311-1 à L.4394-4).

¹³⁵¹ F-Z LAALOU, X. FENET-GARDE, H. RAFFIN, *Soins intensifs de haut vol ! Le Praticien en Anesthésie Réanimation*, Volume 20, 2016, Pages 101-107.

éviter des frais d'hospitalisation souvent exorbitants dans de nombreux pays, ou pour faire bénéficier au patient de soins de meilleure qualité.

692. Toutefois, ces vecteurs d'évacuations sanitaires ont été fortement mobilisés dans le cadre des T2IH, particulièrement durant la pandémie de COVID-19¹³⁵², afin d'opérer une répartition de patients depuis des régions saturées vers des régions non saturées. La réorganisation d'aéronefs pour le transport sanitaire s'est faite de façon rapide, afin de répondre aux objectifs médicaux et réglementaires liés aux transports sanitaires.

C. Vers un usage futur de drones en médecine préhospitalière et de catastrophe

693. La réglementation actuelle liée à l'usage des drones¹³⁵³ ne permettant pas dans l'immédiat d'envisager en France l'envoi de matériels par drone, il convient de s'intéresser aux pays qui ont déjà mis en œuvre ces moyens. Une étude réalisée dans la région de Stockholm démontre une réduction du temps de défibrillation jusqu'à 16 minutes, grâce à l'autonomisation du transport d'un défibrillateur¹³⁵⁴. S'agissant de la noyade, l'usage de drone permet de réduire significativement le temps d'acheminement d'une bouée, le temps de survol étant bien inférieur au temps de traversée des vagues¹³⁵⁵. Depuis 2016, le Rwanda utilise les drones pour la livraison des produits sanguins¹³⁵⁶, et envisage d'étendre ses livraisons aux vaccins et plus largement à tout produit de santé¹³⁵⁷. L'hôpital privé de Provence travaille sur la création d'une liaison aérienne entre l'hôpital et l'établissement français du sang pour acheminer les poches, distant

¹³⁵² Laurent RAYNAUD, et al., « Évacuations sanitaires aériennes collectives du service de santé des Armées français – MoRPHEE et MEROPE – au profit de patients en syndrome de détresse respiratoire aigu lié à la COVID-19 », *Médecine De Catastrophe, Urgences Collectives*, 6, mars 2022, n° 1, p. 13-19. Toutefois, le code de la sécurité intérieur laisse la possibilité d'utiliser des drones (L.242-5 6°) pour les militaires, policiers et gendarmes aux fin de secours à personnes.

¹³⁵³ Code des transports, L.6214-1 et suivants ; Arrêté du 3 décembre 2020 *relatif à l'utilisation de l'espace aérien par les aéronefs sans équipage à bord*.

¹³⁵⁴ A. CLAEISSON et al., « Unmanned aerial vehicles (drones) in out-of-hospital-cardiac-arrest », *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 24, octobre 2016, n° 1, p. 124 ; A. CLAEISSON et al., « Time to Delivery of an Automated External Defibrillator Using a Drone for Simulated Out-of-Hospital Cardiac Arrests vs Emergency Medical Services », *JAMA*, 317, juin 2017, n° 22, p. 2332-2334.

¹³⁵⁵ Anders BÄCKMAN, et al., « Drones for Provision of Flotation Support in Simulated Drowning », *Air Medical Journal*, 37, 2018, n° 3, p. 170-173.

¹³⁵⁶ Timothy AMUKELE, « Using drones to deliver blood products in Rwanda », *The Lancet. Global Health*, 10, avril 2022, n° 4, p. e463-e464.

¹³⁵⁷ Evan F. GRIFFITH, et al., « The Use of Drones to Deliver Rift Valley Fever Vaccines in Rwanda: Perceptions and Recommendations », *Vaccines*, 11, mars 2023, n° 3, p. 605.

de 13 km, mais le projet n'est toujours pas réalisable, la réglementation interdisant les vols en zone urbaine.

Section 2. L'urgence hospitalière

694. En complément de l'urgence préhospitalière, ou de façon autonome, l'urgence hospitalière s'exprime au travers de structures spécifiques de médecine d'urgence (§ 1), mais également au sein des services traditionnels, dotés d'une permanence pour d'éventuelles urgences relevant de leur spécialité (§ 2).

695. Lors de la régulation téléphonique, les SAMU orientent les victimes/patients de telle sorte à les répartir uniformément vis-à-vis des services d'urgence, et répartissent les flux de patients entre structures hospitalières. Centre névralgique de la coordination préhospitalière, le centre 15 est également un coordinateur des ressources hospitalières disponibles, en ce sens qu'il oriente les patients comme les professionnels de santé afin d'uniformiser le nombre de patients dans les structures de médecine d'urgence, et éviter que l'une d'entre elle soit totalement surchargée alors qu'une autre est vide, tout en prenant en compte les spécificités liées aux spécialités (urgences cardio-vasculaires nécessitant un plateau technique par exemple).

Paragraphe 1 : Les structures de médecine d'urgence

696. Les structures d'urgence sont principalement axées sur le services des urgences (II), bien qu'il existe d'autres structures, à l'instar des unités de soins pour intoxiqués (I) dont le fonctionnement est quasi-identique.

I. Les Centres Antipoison et de Toxicovigilance et l'unité de soins pour intoxiqués

697. Précisément définies par décret et codifiées, les missions du centre antipoison (CApTv) sont centrées sur l'évaluation des risques, l'avis et le conseil¹³⁵⁸ dans le cadre du dispositif d'aide médicale urgente¹³⁵⁹ ; à ce titre ces centres fonctionnent de façon continue¹³⁶⁰. En plus de ces missions, ces centres participent à l'enseignement et à la recherche en toxicologie clinique, la prévention des intoxications et à l'éducation sanitaire de la population, et la formation de correspondants locaux¹³⁶¹. Cette structure hospitalière comporte une unité de réponse à l'urgence, et en fonction des moyens dont elle dispose, peut comporter « *une unité de soins pour intoxiqués, une unité de consultation, un laboratoire de toxicologie analytique et être associés à un centre régional de pharmacovigilance agréé* »¹³⁶². La quasi-totalité des CApTv emploie des étudiants de troisième cycle des études médicales ou pharmaceutiques. Véritable clef de voûte dans le cadre du traitement des intoxications dans l'urgence, les centres antipoison sont en mesure d'évaluer et d'orienter un diagnostic ou pronostic, mais également d'orienter la prise en charge et le traitement à l'aide d'antidotes adaptés. Le fonctionnement de ces unités est identique à celui des services d'urgences.

¹³⁵⁸ CSP, article D.6141-37.

¹³⁵⁹ CSP, article D.6141-38.

¹³⁶⁰ CSP, article D.6141-39.

¹³⁶¹ CSP, article D.6141-41.

¹³⁶² CSP, article D.6141-43.

II. Les services des urgences

698. Les services des urgences, autrefois maladroitement dénommé Services d'accueil et de traitement des urgences¹³⁶³ dont l'acronyme « SATU » n'était pas sans poser quelques difficultés d'interprétation pour les patients, sont chargés d'accueillir à toute heure du jour ou de la nuit, « *toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitales* »¹³⁶⁴. Désormais mentionnés comme structures d'urgence dans le code¹³⁶⁵, voire réseaux de prise en charge des urgences¹³⁶⁶, ces services ont pour mission l'accueil, l'observation, les soins et la surveillance du patient jusqu'à son orientation vers un service spécialisé, ou sa sortie. Certains services ont conservé leur appellation de service d'accueil des urgences (SAU), ou ont découpé le service en deux, d'un côté la salle de médecine générale (c'est-à-dire les non-urgences), de l'autre la Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV), qui prend en charge les urgences médicales. Véritable pilier de l'organisation des urgences, par l'identification des différents degrés de gravité, et établissant les priorités de passage, l'infirmier d'accueil et d'orientation (IOA) assure par un examen rapide, la classification des patients et le tri. En fonction de ce tri, le patient sera orienté vers une filière « courte » (A) voire très courte (B) ou plutôt vers une prise en charge s'inscrivant davantage dans la durée, en l'hospitalisant dans un autre service (C). Le recours parfois abusif aux services d'urgence comme reflet de la société de consommation, est en réalité plus complexe qu'un simple recours aux urgences faute de possibilité de consulter autrement : les patients, mieux informés sont aussi davantage acteurs de leur santé, et consultent parfois beaucoup plus précocement dans le stade de leur pathologie, à tel point que la conception même de l'urgence médicale est dès lors écartée. Difficile de comptabiliser toutes les complications potentielles évitées grâce à des consultations en urgence pour des motifs qui ne le sont pas, mais auraient pu l'être... Pour autant, la crise des urgences qui s'enlise depuis quasiment 30 ans a

¹³⁶³ Au titre de l'ex-article R.712-65 du code de la santé publique, abrogé par Décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie (Dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.

¹³⁶⁴ *Ibidem*.

¹³⁶⁵ CSP, Articles R.6123-18 à R.6123-25.

¹³⁶⁶ CSP, Articles R.6123-26 à R.6123-32.

fait l'objet de nombreuses études et rapports¹³⁶⁷ qui semblent converger vers l'étroite collaboration à nouer avec les médecins généralistes, et plus récemment par le recours à la régulation préalable avant tout basculement vers le service d'urgence, voire à un logiciel de tri¹³⁶⁸. Cette dernière hypothèse fait directement allusion au fait que les urgences graves ou très graves sont quasi-systématiquement régulées par des plateformes d'appels d'urgence (SAMU, Pompiers, CNR 114, Police-Secours, 17 Gendarmerie, SOS Médecins...), et qu'il conviendrait de faire de même avec les autres urgences, de telle sorte à trier l'intégralité des urgences en amont. Une application basée sur l'intelligence artificielle opérerait un « *tri primaire par une arborisation simple des questionnaires par cases cochées* », et redirigerait au besoin vers le professionnel de santé adéquat selon les cas : infirmier, maïeuticien, pharmacien, kinésithérapeute, médecin... Cette position, partagée par bon nombre des professionnels de l'urgence, comme par les sociétés savantes¹³⁶⁹, permettrait ainsi de libérer des places comme de diminuer le temps d'admission, et garantir une plus grande efficacité des structures hospitalières.

A. L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD)

699. Directement liée au service des urgences, l'UHCD¹³⁷⁰ accueille des patients en vue d'une prise en charge et d'une surveillance d'une durée inférieure à 24 heures. Son objectif premier est de permettre un retour au domicile rapide du patient, même si malheureusement il est parfois un lieu d'attente temporaire en attendant qu'une place se libère au sein d'un service

¹³⁶⁷ Voir en ce sens, Pr. Adolphe STEG, *Rapport sur la Médicalisation des urgences* à la Commission Nationale de restructuration des Urgences, 1991-1993-1994 ; Pr. Geneviève BARRIER, *Rapport sur la prise en charge préhospitalière des urgences* au Premier Ministre, octobre 1994 ; Daniel Nicolle (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins) *Rapport sur l'élaboration des plans régionaux en chirurgie*, mars 2001 ; Jean-Yves GRALL, *Rapport : mission de méditation et de propositions d'adaptation de la permanence des soins*, 2007 ; Dr. Pierre MARDEGAN, *Rapport de la mission DGOS relative à la modernisation des Samu : état des lieux, objectifs et recommandations opérationnelles*, 2010.

¹³⁶⁸ Dr. Patrick LEBOULANGER (Médecin généraliste), « *Un logiciel de tri pour résoudre la crise des urgences* », *Le Quotidien du Médecin*, 27 mai 2022.

¹³⁶⁹ A l'instar de la Société de Réanimation de Langue Française (et de son président, le Pr. Eric MAURY), qui en juin 2022 a apporté son soutien inconditionnel et sans réserve à ses confrères urgentistes, en affirmant que l'organisation des soins hospitaliers devrait séparer physiquement les consultations non programmées gérées par d'autres professionnels que les urgentistes (médecins de soins primaires, IDE à compétences élargies en ville et médecins polyvalents ou internistes ou IPA à l'hôpital).

¹³⁷⁰ Aussi appelée « zone d'hospitalisation de Très Courte Durée » ou « zone de surveillance de très courte durée », voir pour illustration : arrêté du 5 mars 2006 *relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale*. Pourtant, le code de la santé publique mentionne les UHCD uniquement, dans son article R.6123-19.

adapté à la pathologie. L'organisation de la gestion des capacités d'hospitalisation en UHCD est essentiellement basée sur la sortie des patients, dès que leur état le permet. Pour autant, faut-il dans les cas non urgents d'hospitalisation déroger à cette durée inférieure à 24h ? L'admission au sein de l'UHCD peut l'être en raison d'une urgence temporaire (crise, alcoolémie...) ou simplement en vue de pratiquer des examens complémentaires destinés à autoriser la sortie du patient, ou son orientation vers un service spécialisé. L'accès au plateau médicotechnique étant facilité, il y a lieu de penser que les prises en charge le soient, de toutes façons difficilement comparables à celles des autres services dès lors que les personnels soignants sont à tout moment appelés à prendre en charge un patient dont l'état de santé le nécessiterait. Ainsi, si s'agissant des patients admis au titre de l'urgence, des dérogations au droit de la santé sont évidentes¹³⁷¹, la question demeure pleine et entière s'agissant des patients admis dans cette unité en dehors : d'une part la qualité des soins devant rester constante, nécessairement des dérogations sont à prévoir en termes de qualité de prise en charge (délai de prise en charge, information moins détaillée...). Mais cette qualité de prise en charge est malheureusement dépendante de l'afflux ou non de patients. Les lundis, un pic matinal d'admission est observable, de 15% supplémentaire par rapport aux autres jours de la semaine, entre 10h et 11h¹³⁷², et les occupations sont au maximum entre 14h et 20h. En considérant que pour 77% des cas, le patient s'est auto-adressé aux urgences et vient dans 91,8% de son domicile, il y a fort lieu à penser que les prises en charge sont beaucoup plus succinctes que le dimanche en nuit profonde, où le nombre de patients est très largement inférieur (tant bien même le nombre de soignants est également légèrement plus faible). Ainsi contrairement aux autres services pour lesquels la programmation est possible s'agissant des structures d'urgences, même pour les patients consultant en dehors de toute urgence, il est loisible de penser que la prise en charge par le service sera moins sensible aux droits des patients, tout particulièrement en matière d'information.

¹³⁷¹ Voir *infra*, « Titre II : l'urgence, entre dérogations et aptitudes aux droits », p.145

¹³⁷² ORUMIP, Activité des structures d'urgences, 2018, août 2019.

B. Les urgences sans hospitalisation

700. Si s'agissant de l'UHCD, l'information est parfois moins complète, cela s'exacerbe pour les consultations ne donnant pas lieu à hospitalisation. Peu de données sont disponibles¹³⁷³, mais des discussions menées parmi des médecins au sein des urgences¹³⁷⁴ ont permis de confirmer cette hypothèse : en situation d'afflux de patients, les prises en charge sont accélérées et mécaniquement, l'information donnée est moins complète, avec une consigne systématique de s'adresser au médecin traitant pour la suite de la prise en charge ou pour toute information complémentaire. Les « urgences ambulatoires » sont assez proches d'une consultation chez un généraliste, pour lesquelles la consultation n'est accompagnée d'aucun acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique. La principale distinction réside dans la prise en charge plus quantitative que qualitative, principalement axée sur la recherche de pathologies à risques ou avec des facteurs de gravité à court terme.

701. Le réseau d'organisation de la surveillance coordonnée des urgences (OSCOUR), initié en 2004 entre 23 services d'urgences, désormais obligatoire¹³⁷⁵, doit permettre différentes remontées d'information, notamment le résumé de passage aux urgences¹³⁷⁶. Ce réseau analyse si certains mécanismes d'actions facilitent la lutte contre l'afflux de patients : par exemple le passage au « forfait patient urgence », qui vise à facturer 19,61€¹³⁷⁷ à chaque patient admis aux urgences non suivi d'une hospitalisation¹³⁷⁸ dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement est largement avancé par le

¹³⁷³ En France. Pour les autres pays, voir notamment: Deb LEACH et al., « *Improving the patient experience in the Emergency Department Short Stay Unit* », *Australasian Emergency Care*, 23, décembre 2020, n° 4, p. 265-271; Blackburn, J., Ousey, K., & Goodwin, E. (2019). Information and communication in the emergency department. *International emergency nursing*, 42, 30–35; Hans MARTY, Yvonne BOGENSTÄTTER, Gabriela FRANC et al., « *How well informed are patients when leaving the emergency department? comparing information provided and information retained* », *Emergency Medicine Journal*, 30, BMJ Publishing Group Ltd and the British Association for Accident & Emergency Medicine, janvier 2013, n° 1, p. 53-57.

¹³⁷⁴ Service d'accueil des urgences (SAU) et Urgences Réanimation Médecines (URM) de Purpan, CHU de Toulouse.

¹³⁷⁵ Arrêté du 24 juillet 2013 *relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique et dans un but de veille et de sécurité sanitaires.*

¹³⁷⁶ Obligatoire depuis l'arrêté du 24 juillet 2013 *relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique et dans un but de veille et de sécurité sanitaires.*

¹³⁷⁷ Arrêté du 17 décembre 2021 *relatif aux montants du forfait patient urgences prévu à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.*

¹³⁷⁸ LOI n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 *de financement de la sécurité sociale pour 2021*. Ce forfait est en place depuis le 1^{er} janvier 2022.

Gouvernement comme moyen de lutter contre l'engorgement des urgences, et d'incitation à se tourner vers la médecine de ville. Pour autant, rien ne laisse croire que l'instauration de ce forfait unique parvienne à limiter le recours aux structures d'urgences en l'absence de critères urgents. Le système antérieur donnait déjà lieu à facturation, selon un système complexe de reste à charge correspondant à des tickets modérateurs, plus ou moins élevés en fonction des soins reçus.

Ce nouveau forfait étant intégralement pris en charge par les complémentaires santé, il ne s'appliquera concrètement qu'aux personnes sans complémentaires santé (environ 5% de la population¹³⁷⁹). Le seul avantage de cette réforme est donc une plus grande transparence tarifaire, mais également une limitation du reste à charge pour le patient (dans l'ancienne tarification, celui-ci pouvait être parfois important).

C. L'hospitalisation de longue durée, antipode de l'urgence

702. La nature des urgences s'est considérablement transformée au cours des dernières années, avec un fort recul de la traumatologie routière¹³⁸⁰, et une diversification des prises en charge, nécessitant souvent une hospitalisation en vue de pratiquer des examens poussés. La médecine d'urgence est par définition une discipline sans patientèle déterminée, car ne pouvant se concevoir que dans une prise en charge très limitée, de quelques minutes à quelques heures... et sans que la prise en charge excède 24 heures. Une fois le patient stabilisé, il est orienté vers le service médical compétent. Aussi est-il difficile d'affirmer qu'il existe des structures d'urgences, permettant la prise en charge des patients dans la durée, car par définition celle-ci se veut raisonnablement courte ; pour autant, difficile d'occulter l'existence au sein des services hospitaliers, d'urgences spécifiques (urgences ophtalmiques, urgences neurologiques...). Il ne s'agit toutefois plus de structures d'urgences, mais de services de soins spécialisés prenant en charge en leur sein des urgences. Les unités de surveillance continue permettent la prise en charge des patients qui nécessitent « *en raison de la gravité de leur état, ou du traitement qui leur est appliqué, une observation clinique et biologique répétée et méthodique* »¹³⁸¹, mais en dehors des urgences.

¹³⁷⁹ Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), « La complémentaire Santé Acteurs, bénéficiaires, garanties », 2019.

¹³⁸⁰ Observatoire national interministériel de la sécurité routière, Bilan de l'accidentalité de l'année 2020, Septembre 2021.

¹³⁸¹ CSP, article D6124-117.

Paragraphe 2 : Les services hospitaliers, dotés d'une permanence pour les urgences

703. Les services hospitaliers (hors urgences) sont peut-être les mieux à même de gérer les urgences spécifiques au sein de leurs services, raison pour laquelle les patients y sont transférés (§1). Mais l'inverse est également possible, dans le cadre de la chaîne de survie intra-hospitalière (§2).

I. Les services hospitaliers classiques et l'accueil des patients venant des urgences

704. Comme il a précédemment été expliqué, lors de la prise en charge initiale du patient, fût-t-elle préhospitalière, différents actes ont été réalisés, qui conduisent le patient à être *in fine* orienté dans le service spécialisé correspondant à son état ou sa pathologie. Des actes d'investigation plus poussés sont susceptibles d'être réalisés, mais généralement à ce stade le patient est stabilisé, et son état ne requiert plus une prise en charge urgente, bien que parfois le pronostic vital demeure engagé en l'absence de certitudes. Ainsi, le patient bascule progressivement de l'urgence médicale à la médecine spécialisée, hors urgence, et avec ce glissement s'éteignent les dérogations imposées par les soins urgents. Le patient doit alors être informé de la totalité de son parcours de soins, et des suites de son hospitalisation.

705. A noter que pour favoriser la transition des urgences vers les services hospitaliers, parfois complexe compte tenu de la nature des soins non programmés, des unités d'attente d'hospitalisation ont vu le jour¹³⁸², qui libèrent les services d'urgences, et garantissent une meilleure programmation des soins.

¹³⁸² H. LEVESQUE, M. GRALL. et al., « Unité d'attente d'hospitalisation : une organisation simple et une place pour les internistes pour améliorer la filière d'hospitalisation non programmée à partir des urgences », La Revue de Médecine Interne, 40, novembre 2019, n° 11, p. 707-713.

II. Les services hospitaliers classiques et leurs urgences : la chaîne de survie intra-hospitalière

706. Les urgences vitales sont une réalité évidente¹³⁸³ en milieu hospitalier, et sont souvent représentées par la survenue d'une détresse qui peut conduire à tout instant à un arrêt cardio-respiratoire, nécessitant une prise en charge rapide et permanente (24h/24), dans un contexte intra hospitalier singulier. En effet, le patient peut à la fois être visiteur, personnel de la structure, ou encore patient déjà hospitalisé dans un service de soin ou d'investigation.

Lorsqu'une urgence médicale se produit dans un service hospitalier, une procédure permet de solliciter un renfort médical, constitué par un binôme médecin senior (anesthésiste-réanimateur, médecine intensive-réanimation, ou urgentiste) et infirmier. L'alerte est donnée *via* un numéro de téléphone, qui est spécifiquement mis en place dans chaque établissement, permettant le déclenchement de la Chaîne de Survie Intra-Hospitalière (CSIH). Celle-ci comprend l'appel de l'équipe, la régulation, la prise en charge du patient, ainsi que son éventuel transfert dans un autre service.

707. La réception de cet appel n'est considérée comme une régulation qu'en cas d'arrêt cardio-respiratoire, l'équipe étant immédiatement engagée ; dans le cas contraire, une régulation peut être effectuée, soit par la prise en compte sur la plateforme spécifique des urgences vitales intrahospitalières, soit en lien avec le Centre-15. A noter que la Société de Réanimation de Langue Française œuvre depuis quelques années¹³⁸⁴ à la mise en œuvre d'un numéro unique¹³⁸⁵ pour les urgences vitales intrahospitalières, le 22 22, car aujourd'hui chaque structure hospitalière dispose d'un numéro d'appel différent. Cet appel est décroché par un médecin se trouvant au SAMU, au service d'accueil des urgences ou au service de réanimation¹³⁸⁶.

Pour permettre un transport plus rapide des personnels CSIH, il est prévu que chaque unité dispose du matériel d'urgence nécessaire à la prise en charge (chariot d'urgence de

¹³⁸³ 0.1 à 0.5 % de patients hospitalisés présentent un arrêt cardiaque, et 0.3 à 1.5% des patients une autre urgence vitale ; Dr Pascal USSEGLIO, Centre Hospitalier Métropole Savoie, Pôle Urgence, « Arrêt cardiaque intra-hospitalier », mai 2017

¹³⁸⁴ Société de Réanimation de Langue Française, « Opération Code Bleu »

¹³⁸⁵ La HAS avait recommandé l'usage du 3535 (HAS, Évaluation de la prise en charge de l'urgence vitale en établissement selon le référentiel de certification, octobre 2021), certains centres hospitaliers utilisent le 1515, d'autres le 6060...

¹³⁸⁶ Les intervenants pouvant être différents en fonction de l'heure de survenue de l'urgence vitale, voir en ce sens : R. JOUFFROY, X. BOBBIA, L. DUCROS, et al. « Urgence vitale intra-hospitalière : état des lieux en 2018 », Anesthésie & Réanimation, Volume 5, Issue 4, 2019, Pages 259-264

dotation uniforme), ce qui permet aux équipes CSIH d'être immédiatement mobilisables¹³⁸⁷, et de mettre en œuvre une réanimation cardio-respiratoire médicalisée et dite de haute qualité. Dans un second temps, la mise en œuvre de soins avancés d'urgences peut être assurée par l'équipe de réanimation. Les manœuvres de réanimation ne doivent pas, sauf cas particuliers, excéder 30 minutes, et les services doivent identifier préalablement à toute réanimation les patients ne devant pas être réanimés (souhait du patient de limitation de thérapeutique active inscrit dans son dossier). En cas de récupération, le patient sera transféré vers un service de réanimation ou de soins intensifs, à défaut vers la salle d'accueil des urgences vitales ou si l'établissement en est dépourvu, transféré vers une autre structure hospitalière (via une équipe SMUR).

708. Depuis la mise en place des équipes CSIH, les missions se diversifient désormais à l'ensemble des détresses vitales¹³⁸⁸ dès lors qu'il n'est pas possible de joindre immédiatement un médecin dans le service ; la composition de l'équipe a également évolué, avec fréquemment un interne, plus rarement un externe, aux côtés du médecin senior et de l'infirmier.

¹³⁸⁷ SFAR, *Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intra hospitalières, Conférence d'experts* ; en collaboration avec SAMU de France, SFC, SFMU, SRLF, 2004. Ces recommandations prévoient toutefois que l'équipe CSIH peut éventuellement emporter un complément de matériel destiné à une RCP médicalisée plus poussée.

¹³⁸⁸ « Urgence vitale intra-hospitalière : état des lieux en 2018 », Anesthésie & Réanimation, *précité*.

CONCLUSION DU CHAPITRE 2

709. L'urgence préhospitalière suppose nécessairement beaucoup plus d'assouplissements que l'urgence hospitalière, pour d'évidentes raisons ; et parmi les urgences préhospitalières, plus la situation est complexe, plus les moyens et techniques mis en œuvre sont pointus, parfois dérogatoires, afin que l'adéquation des moyens aux fins soit la plus adaptée à la nécessité de la situation. Lors du transfert du patient en milieu hospitalier, les ressources matérielles sont plus importantes, favorisant notamment l'accès à des plateaux techniques et des outils de diagnostic qui permettent une prise en charge d'une meilleure qualité, ce qui explique aussi l'effacement progressif des dérogations accordées. La temporalité de la prise en charge tout comme le lieu de prise en charge influent donc directement sur le caractère dérogatoire des actes réalisés, et des personnes qui les réalisent : il est ainsi logique de concéder à une personne isolée davantage de marge de manœuvre pour stabiliser l'état de santé d'une victime, qu'à un médecin au milieu d'un établissement de santé. Pour autant, toutes les situations ne se valent pas, et la proportionnalité des moyens aux fins reste et demeure un bon indicateur pour identifier les dérogations possibles ; elle sera quasiment la norme lors des opérations militaires pour lesquelles l'accès à des ressources médicales est difficile, la norme restera applicable au milieu hospitalier, sauf situations complexes particulières qui appellent la dérogation. Ces situations sont très rarement applicables aux urgences individuelles, et concernent davantage des situations collectives, qu'il convient désormais d'étudier.

CONCLUSION DU TITRE 1

710. Au terme de l'analyse des conséquences juridiques de l'urgence en droit de la santé sous le prisme individuel, il semble tout à fait concevable que l'urgence entendue cumulativement avec l'impossibilité soit dérogatoire des règles applicables en matière de droits des patients. L'information pouvant être délivrée dans la plupart des hypothèses dans lesquelles le patient est conscient et en état de consentir aux soins, celle-ci sera toujours autant que possible délivrée, même partiellement, dans le cadre d'échanges entre le patient et le soignant. En revanche, la recherche du consentement, bien qu'elle ne soit jamais inutile, ne saurait être obligatoire en cas d'urgence ou d'impossibilité, et lorsque cumulativement, il n'existe pas d'alternative thérapeutique à la solution préconisée par les professionnels de santé. Ainsi, contrairement à l'information, pour laquelle le fondement demeure cumulativement « l'urgence et l'impossibilité », s'agissant du consentement, la simple exigence de l'urgence, entendue comme vitale (qui met en danger la vie du patient et risque d'entraîner le décès faute d'intervention médicale) suffit à exonérer les médecins de rechercher le consentement de la personne. D'autant plus que le refus du patient d'être sauvé pourrait être entendu comme le manque de lucidité du patient, voir l'altération de ses facultés, et donc ne pas revêtir les caractéristiques exigées par le consentement, et par parallélisme, le refus de soin ne saurait être fondé juridiquement.

711. L'urgence individuelle étant désormais identifiée quant à son mécanisme et à ses conséquences juridiques, il convient à présent de s'intéresser à l'articulation de ces urgences individuelles dans une dimension collective, l'urgence pouvant prendre une dimension exceptionnelle, notamment en cas de crise sanitaire ou de menaces sanitaires graves.

TITRE II : L'URGENCE EN SITUATION EXCEPTIONNELLE : LES URGENCES COLLECTIVES

*« Le problème n'est pas de prévoir l'imprévisible
mais de s'entraîner à lui faire face »¹³⁸⁹*

712. Contrairement aux urgences individuelles, les urgences en situation exceptionnelle comportent des enjeux beaucoup plus grands, en raison du dépassement des moyens humains et matériels qu'il est possible de mobiliser pour y faire face, entraînant des choix difficiles pour prioriser les prises en charge. La spécificité de l'urgence collective vis-à-vis de l'urgence individuelle réside en la rupture de l'équilibre entre la demande et l'offre de soins disponibles, généralement induite par un afflux de victimes en milieu hospitalier ou par une saturation des moyens de secours et/ou de soins préhospitaliers. Dans les deux cas, le déséquilibre est temporaire, mais nécessite une adaptation parfois importante de la réponse sanitaire à apporter afin de retrouver un équilibre, même sommaire. La médecine de catastrophe est alors mobilisée en lieu et place de la médecine d'urgence, à la suite d'une identification rapide des pathologies, ce qui permet de prioriser les soins entre les patients, d'en standardiser les soins et d'accélérer les prises en charge. Comme cette standardisation est commune à l'ensemble des intervenants en préhospitalier, la délégation des soins paramédicaux est facilitée, et la relative unicité des mécanismes lésionnels permet d'éluder la recherche des causes et du diagnostic.

713. L'inadéquation brutale et temporaire des besoins et des moyens disponibles est toutefois source de déstabilisation, c'est pourquoi des formations existent afin de se préparer à faire face à des situations d'exception. La médecine de catastrophe est ainsi la forme d'exercice de la médecine la plus à même de répondre aux urgences collectives, car elle recherche la rationalisation des moyens, notamment au plus près de la zone de l'accident. Médecine de l'adaptation et de l'urgence, elle se fonde sur une dispensation des soins rationalisés, fondée sur la prise en charge d'un grand nombre de victime mais selon la formule « le bon soin au bon patient » ; la quantité est privilégiée afin de sauver le plus grand nombre, ce qui emporte parfois des conséquences difficiles à admettre, en particulier le choix de ne pas soigner certains patients.

¹³⁸⁹ Patrick LAGADEC, *La gestion des crises : outils de réflexion à l'usage des décideurs*, 1991.

714. Ces choix sont d'autant plus difficiles à réaliser que certaines urgences résultent de menaces sanitaires graves, et que leur temporalité va s'inscrire dans une durée plus longue que celle de la médecine de catastrophe, avec des événements de grande ampleur et de forte intensité, comme durant des pandémies. La rationalisation des moyens est, de fait, complexe à mettre en œuvre dans la durée.

715. Il conviendra de s'intéresser dans un premier temps aux urgences collectives engendrées par des accidents ou des catastrophes (Chapitre 1), qui emportent des conséquences médico-juridiques importantes, notamment en raison du tri des patients, ou de techniques de sauvetage « de la dernière chance ». La difficile recherche de la rationalisation des moyens humains et matériels en vue d'une certaine adéquation aux fins est complexe dans ces cas, mais elle l'est encore davantage s'agissant des menaces sanitaires graves entraînant des urgences de très grande ampleur. Or, ces urgences sanitaires issues de menaces sanitaires graves (Chapitre 2) ont pour origine des causes multiples, souvent des pathologies contagieuses, qui s'inscrivent dans une durée relativement longue, bien plus longue que celle de l'urgence. Le glissement de l'urgence vers la crise sanitaire est difficile à analyser, en raison notamment de la survenue de forts pics d'intensité et donc d'urgences médicales au sein même de cette crise.

CHAPITRE I : LES URGENCES COLLECTIVES GENEREES PAR LES ACCIDENTS ET LES CATASTROPHES

*« Ce qui est commun au plus grand nombre
fait l'objet de soins les moins attentifs.
L'homme prend le plus grand soin
de ce qui lui est propre, il a tendance à négliger
ce qui est en commun »¹³⁹⁰*

716. L'instauration d'une médecine de catastrophe, érigée en réponse aux urgences collectives, est historiquement située en France durant la première guerre mondiale¹³⁹¹. Les attentats à la bombe successifs de 1982 à 1986 créent une prise de conscience¹³⁹² sur les besoins de perfectionner les moyens de secours et de se préparer à ces situations. Enseignée dès 1983 à Toulouse sous la forme d'un D.U., la médecine de catastrophe se transforme en capacité en 1988¹³⁹³, et est enseignée progressivement dans les facultés de médecine qui le souhaitent. Outre les attentats, les accidents industriels et technologiques ont justifié ces évolutions au vue d'une meilleure organisation des secours, parfois inadaptée, exigeant une mise en œuvre graduée des secours en fonction des situations. A cet égard les accidents graves industriels ou technologiques (section 1) se décomposent en deux catégories, en fonction de leurs conséquences plus ou moins dramatiques ; en revanche, leur encadrement juridico-médical est similaire (section 2) essentiellement fondé sur un tri des victimes et la mise en œuvre de techniques médicales spécifiques.

¹³⁹⁰ ARISTOTE, *Politique*, livre 2, Chap. 3.

¹³⁹¹ X. EMMANUELLI, *Au secours de la vie. Des origines surtout guerrière. La médecine d'urgence*. Découverte Gallimard 1996.

¹³⁹² La société française de médecine de catastrophe a été fondée en 1983 dans ce contexte.

¹³⁹³ Arrêté du 29 avril 1988 fixant la réglementation et la liste des capacités de médecine.

Section 1. Les accidents graves industriels ou technologiques

717. Avant la catastrophe de l'usine AZF¹³⁹⁴ du 21 septembre 2001 à Toulouse, il n'existait que peu d'exemples d'accidents industriels ayant impacté très fortement la gestion de la prise en charge des patients, tout comme il n'existait pas de véritable droit à l'information sur les risques majeurs¹³⁹⁵, le législateur n'intervenant qu'en réaction à la catastrophe¹³⁹⁶. Il est certain que tous les accidents graves ne sont pas nécessairement majeurs, certains ayant des effets limités (§ 1), alors que d'autres revêtent la caractéristique de catastrophe majeure (§ 2). Dans un cas comme dans l'autre, la situation critique impose une prise en compte des ressources humaines et matérielles pour faire face à l'urgence, et nécessairement d'opérer une priorisation des personnes à soigner, sur la base de critères objectifs, que ce tri soit opéré sur le chantier ou en milieu hospitalier. La médecine de masse est alors à l'inverse de la médecine individuelle : elle ne s'intéresse pas au plus grave, mais au plus grand nombre.

¹³⁹⁴ AZF : AZote Fertilisants, de la société Grande Paroisse, appartenant au groupe Total.

¹³⁹⁵ Il faut toutefois mentionner qu'une loi avait proclamé que les citoyens « *ont droit à une information sur les risques majeurs auxquels ils sont soumis (...). Ce droit s'applique aux risques technologiques et aux risques naturels prévisibles* ». Pour autant les dispositifs d'information étaient peu efficaces. Voir en ce sens, Loi n°87-565 du 22 juillet 1987 *relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre l'incendie et à la prévention des risques majeurs*.

¹³⁹⁶ Loi n° 2003-699 du 30 juillet 2003 *relative à la prévention des risques technologiques et naturels et à la réparation des dommages*.

Paragraphe 1 : Les accidents catastrophiques à effets limités, aux faibles conséquences juridiques et médicales

718. La terminologie d'accident catastrophique à effet limité (ACEL) fut introduite par le Pr. de médecine Alain LARCAN¹³⁹⁷, un des pères de la généralisation du service d'aide médicale urgente sur le plan national, avec le Pr. Louis SERRE et le Pr. Louis LARENG. Cette notion fut utilisée après un accident dans une malterie de Metz en 1982¹³⁹⁸ : à l'occasion de travaux, deux explosions successives provoquent l'effondrement de deux silos de malt et d'orge, ensevelissant 12 personnes et en blessant 3 autres et mobilisant d'importants moyens de secours (plus de 600 personnes). Ce tragique événement sera à l'origine de la construction de la catégorisation des accidents ayant des effets limités (ACEL), à partir de trois critères : le nombre restreint de victimes (I), des dégâts limités dans l'espace (II), et ne nécessitant pas l'envoi de moyens de rétablissement des capacités opérationnelles (III). Ces critères sont ainsi utilisés pour déterminer si la situation emporte des conséquences limitées ou majeures.

I. Le nombre restreint de victimes

719. Le nombre de victimes est évidemment un critère à prendre en compte pour déterminer la réponse opérationnelle, puisqu'un nombre très important de pathologies légères est de nature à entraîner un afflux vers les établissements de soins ; le nombre n'est pas toutefois pas le seul facteur à prendre en compte, puisqu'à l'inverse, un nombre restreint de victimes, mais avec des pathologies graves, voire très graves, peut également affecter les capacités opérationnelles des établissements de santé.

720. Ainsi, afin de dimensionner la réponse des soins et secours à mettre en œuvre, plusieurs critères sont à prendre en compte. Contrairement aux catastrophes majeures qui sont génératrices de multiples blessés sur un territoire qui peut être étendu, s'agissant des ACEL, les victimes sont généralement regroupées physiquement sur un même lieu, ce qui facilite les

¹³⁹⁷ Il a également fondé la Société Française de Médecine de Catastrophes (SFMC) et celle de Société de Réanimation de Langue Française (SRLR).

¹³⁹⁸ Bureau d'Analyse des Risques et Pollutions Industriels, Direction générale de la prévention des risques, Ministère de la Transition écologique, Fiche A8781, C11.06, [en ligne] disponible sur www.aria.developpement-durable.gouv.fr/fiche_detaillee/8781/, consulté le 09/04/2021.

opérations de ramassage et de brancardage. Leur faible nombre¹³⁹⁹ permet également une meilleure répartition sur les différents centres hospitaliers, en prenant en compte les plateaux techniques et les services de spécialités, ce qui permet aux urgentistes du SAMU mobilisés sur place de fonctionner de façon similaire à un SMUR, avec une prise en charge quasi-individualisée des patients.

721. Certes, l'adéquation des moyens aux fins n'est pas aussi proche d'une intervention en situation courante, pour autant elle n'emporte pas les effets et les conséquences des catastrophes majeures. Le nombre d'intervenants étant généralement suffisant pour prendre en charge la totalité des victimes, la notion de tri est écartée, ce qui signifie que la totalité des victimes pourront être médicalisées.

722. A l'inverse, certaines études¹⁴⁰⁰ montrent un nombre de médecins supérieur au nombre d'urgences absolues réellement avérées. Cette 'surmédicalisation', entraîne comme conséquence une 'sur-classification' du degré d'urgence des victimes, afin de confier chaque patient à une équipe médicale, ce qui en situation courante est rassurant, mais qui peut quelquefois déstabiliser les équipes, puisque les critères de classification des urgences diffèrent alors en fonction du nombre de victimes et des moyens sur site, ce qui ne semble guère objectif, et prête ainsi à confusion : comment savoir quels critères utiliser s'ils diffèrent dans chaque situation ? C'est pour cette raison que ces mêmes études préconisent une gestion différente des plans existants pour des nombreuses victimes, qui ne sont guère adaptées à ces situations.

723. S'il est extrêmement complexe de prédire d'emblée la typologie d'un accident, avec généralement un faible niveau d'information, il ne faut pas oublier que certains accidents, ferroviaires par exemple, nécessitent, outre la médicalisation, l'extraction des victimes voire la désincarcération. Ainsi, déterminer précocement que l'accident sera à effet limité, sur la seule information du nombre de victimes paraît difficilement envisageable. Ces prises en charge plus difficiles et plus longues ne nécessitent pas pour autant un nombre de soignants plus important, sauf à imposer des relèves. Les plans de secours ne sont donc généralement pas adaptés à ces situations, et engendrent des difficultés de gestion et de commandement : certains auteurs¹⁴⁰¹

¹³⁹⁹ A titre d'illustration, P. CARLI, *Principes généraux de la médecine de catastrophe*, Journal Européen des Urgences et de Réanimation, Volume 5062, Issue 2, juillet 2016, Pages 57-138.

¹⁴⁰⁰ F. ADNET, J-P MAISTRE, et al. *Organisation des secours médicaux lors de catastrophes à effets limités en milieu urbain*. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, volume 22, 2003.

¹⁴⁰¹ Pr. DE LA COUSSAYE, Pr. CARLI. *Faut-il modifier le plan rouge en cas d'accident catastrophique à effets limités (ACEL) ?*, Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, volume 22, janvier 2003 ; F. ADNET, J-P. MAISTRE, C. LAPANDRY, F LAPOSTOLLE, et al., *Organisation des secours médicaux lors de catastrophes à effets limités en milieu urbain*, Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, 22, janvier 2003, n° 1, p. 5-11.

militaient déjà en 2003 pour une plus grande souplesse dans la prise en charge des victimes multiples, notamment dans les cas pour lesquels le nombre d'urgences absolues est faible.

724. L'inadéquation des plans d'urgences, particulièrement du ORSEC-NoVi¹⁴⁰², toujours de nos jours, à ces situations particulières, peut entraîner une perte de temps dans les prises en charge médicales, pouvant aboutir *in fine* à une perte de chance, car ces plans prévoient un passage vers une structure unique, le Poste Médical Avancé, qui suppose un délai d'acheminement et de mise en œuvre, généralement supérieur à une heure. Toutefois, la création d'un dispositif d'évacuation rapide, du lieu de catastrophe vers un centre hospitalier nuance cette perte de chance. Ce dispositif, basé sur la création d'extrêmes urgences, permet au médecin trieur une meilleure anticipation hospitalière, avec une prise en charge facilitée directement en bloc opératoire pour ces patients. Issue de la théorie de la '*golden hour*'¹⁴⁰³, qui veut que le délai entre la survenue de l'accident et l'arrivée à l'hôpital soit inférieur à une heure, afin de ne pas dégrader le pronostic¹⁴⁰⁴, cette doctrine réduit le temps d'attente pour toutes les victimes graves nécessitant des soins chirurgicaux.

725. En dehors des extrêmes urgences, et lorsque les secours sont en adéquation avec le nombre de victimes, les évacuations sont donc à prioriser. La mise en œuvre de certains plans d'urgence nécessitant une mise en place lourde et longue (plusieurs heures), doit être réservée aux situations de grande ampleur, afin de ne pas retarder artificiellement les prises en charge.

726. Finalement, au sein des urgences en situation exceptionnelle, l'ACEL est un événement particulier, situé à mi-chemin entre les urgences individuelles en situation ordinaire et les urgences collectives graves. Il permet d'alléger les lourdeurs des autres plans d'urgence : lourdeur administrative, logistique, mais également médicale (régulation initiale du patient, transfert sur le PMA, régulation du PMA pour trouver un vecteur d'évacuation puis une destination, identification de la victime, puis de nouveau transfert vers un établissement...).

Cette lourdeur administrativo-médicale ne semble guère justifiée dans les faits, car elle porte atteinte à la balance bénéfices-risques pour le patient : le risque d'être maintenu artificiellement sur le site de l'accident simplement pour attendre la mise en œuvre d'un plan

¹⁴⁰² Ce plan signifie « Organisation de la Réponse de Sécurité Civile », volet « Nombreuses Victimes », et sera développé ultérieurement.

¹⁴⁰³ Théorie attribuée au Dr. R. Adams COWLEY, qui apparaît pour la première fois en 1975. R. A. COWLEY, « A total emergency medical system for the State of Maryland », Maryland State Medical Journal, 24 juillet 1975, n° 7, p. 37-45.

¹⁴⁰⁴ LERNER, MOSCATI. *The golden hour: scientific fact or medical 'urban legend' ?* Acad Emerg Med. 2001 Jul;8(7):758-60.

d'urgence, alors que les moyens médicaux préhospitaliers sont en nombre important et rapidement disponibles pour effectuer des évacuations médicalisées, ne saurait en effet être favorable au patient. Bien que les instances administratives et judiciaires aient besoin de connaître les victimes (dénombrement et identité), cela ne saurait justifier de les priver d'une évacuation hospitalière, d'autant que les moyens modernes¹⁴⁰⁵ (SINUS, SI-VIC) permettent de remonter ces informations en temps réel depuis l'hôpital, mieux doté en terme administratif et informatique pour assurer le secrétariat de terrain.

II. L'étendue des dégâts sur un territoire donné et la capacité d'action des équipes locales

727. De même que le nombre de victimes, l'implantation de celles-ci sur un territoire peut faire évoluer la réponse à apporter à la situation et nécessite donc d'être pris en compte comme critère : la prise en charge des victimes en urgence n'est pas la même lorsque les victimes sont regroupées « en nids » sur le chantier¹⁴⁰⁶, que dans les cas où les victimes sont éparpillées sur un territoire très vaste¹⁴⁰⁷. En outre, d'autres facteurs peuvent rentrer en compte, liés à l'infrastructure du terrain : des personnes ensevelies ou incarcérées dans des véhicules ou dans des débris nécessitent la prise en charge d'urgences multiples : à la fois médicale pour stabiliser leur état de santé, mais également logistique, pour extraire ces victimes en vue de leur transport vers une plateforme de prise en charge médicale.

La prise en compte du risque comme évolutif peut par exemple faire basculer l'ACEL dans la catégorie de catastrophe majeure, tout particulièrement dans des conditions environnementales difficiles (neige, chaleurs excessives, émanations toxiques...) ou plus récemment dans des conditions sociales difficiles (agressivité de manifestants par exemple, qui empêchent les équipes de secours d'intervenir).

728. Pour qualifier un accident industriel, technologique ou d'origine naturelle d'ACEL, il faut donc prendre en compte l'étendue des dégâts, mais également les délais de transport des secours sur les lieux ; l'accessibilité conditionne également le type de dispositif à mettre en

¹⁴⁰⁵ Ces moyens feront l'objet d'un développement autonome ultérieur.

¹⁴⁰⁶ Le terme « chantier » est utilisé depuis de très nombreuses années comme indiquant le site de la catastrophe, sans aucun terme péjoratif. S'il étonne les néophytes, il est pourtant le terme le plus proche de la réalité : le travail est industriel, et de nombreuses précautions sont nécessaires, du fait d'un environnement accidentogène.

¹⁴⁰⁷ Voir en ce sens *infra*, sur les fuyards.

œuvre pour y faire face. Les ACEL en zone urbaine peuvent par exemple fortement impacter les capacités de circulation des vecteurs d'évacuation, et limiter le recours aux moyens hélicoptérés ; en revanche les distances seront beaucoup plus courtes, ce qui peut permettre d'éviter de recourir à une implantation d'un hôpital mobile. À l'inverse, un ACEL en milieu rural peut nécessiter des aménagements destinés à prendre en charge des victimes en vue de les stabiliser avant leur transport, particulièrement si celui-ci s'annonce long.

729. Finalement, pour qualifier un ACEL du point de vue des dégâts, il faut avant tout rechercher la mécanique ayant provoqué l'accident, et rechercher s'il existe une rupture de l'équilibre entre les demandes logistiques et les moyens disponibles. En effet, l'afflux des victimes et la saturation des moyens de secours peuvent faire basculer un ACEL en catastrophe, en fonction du territoire : en campagne une petite structure de santé ne pourra accueillir autant de victimes qu'un centre hospitalier régional. Si la médecine de catastrophe cherche un rééquilibrage de l'adéquation des moyens aux fins, il ne semble pas toujours justifié de recourir à la médecine de catastrophe lorsque la médecine d'urgence peut suffire à elle seule.

730. Comme évoqué précédemment, un des critères d'identification de l'ACEL est l'adéquation des soignants vis-à-vis des victimes ; en effet si les équipes locales sont suffisantes pour y faire face, de même qu'avec les moyens matériels adaptés, il n'y a que peu d'intérêt à déclencher des plans d'urgence, qui risquent d'entraîner des lenteurs médico-administratives dans leur mise en œuvre et un risque de surmédicalisation. Là encore, les équipes locales sont disparates sur le territoire national, avec des moyens d'action différents¹⁴⁰⁸, comme en matière de ressources humaines : un SMUR de métropole monte plus facilement en effectif qu'un SMUR de périphérie.

731. En revanche, dans le cas où les équipes locales sont en effectif trop limité au regard de l'accident et qu'elles n'ont pas la capacité d'opérer sur le volet opérationnel courant et simultanément sur le volet de réponse médicale à la catastrophe, il y a lieu de considérer que l'accident dépasse le cadre d'un ACEL.

Le critère de la capacité d'action ne se fonde non pas sur le nombre de victimes ou l'étendue des dégâts, mais également sur des critères plus subtils, comme la qualité de l'interopérabilité entre services et la qualité de la communication entre ces services. Il s'agit

¹⁴⁰⁸ Certains disposent de lots PSM directement dans leurs établissements, quand d'autres doivent solliciter les renforts de ces moyens. Par ailleurs certains SAMU disposent de moyens spécifiques qui leur sont propres (hôpital mobile, berce de décontamination...), ce qui augmente leur résilience, mais également le fossé avec d'autres SAMU en termes de moyens.

d'éviter l'envoi de moyens inutiles qui risquent de désorganiser les moyens, d'autant que la sollicitation de renforts extra départementaux prend du temps et que leur venue doit être justifiée par une inscription des urgences médicales dans la durée : si lors de leur arrivée sur le lieu de l'accident toutes les victimes sont déjà prises en charge, ce renfort aura davantage perturbé le fonctionnement du service d'origine qu'il n'aura participé à la résolution de la crise...

III. Les conséquences limitées d'un ACEL

732. Sur le plan médical, les conséquences d'un ACEL sont celles d'une prise en charge retardée par rapport à une urgence individuelle, du fait d'une reconnaissance préalable et d'un tri sommaire des victimes, avant une prise en charge médicalisée. Les conséquences sont variables en fonction de l'état de gravité des victimes et de leur nombre, tout comme des soignants disponibles et de leur délai d'arrivée sur le site de l'accident. En fonction du nombre de victimes et de leur gravité, le temps d'intervention peut être variable, mais la totalité des urgences médicales pourra être traitée dans un délai raisonnable. Bien que supérieurs aux urgences individuelles, les délais de prise en charge initiale sont relativement comparables à celles en situation ordinaire s'agissant des urgences absolues. Les urgences relatives sont certes différées dans leur prise en charge, mais guère davantage que dans des situations de tensions hospitalières saisonnières.

733. Pour s'intéresser aux ratios soignants/soignés lors d'ACEL, il faut se référer à une étude scientifique¹⁴⁰⁹ qui étudie ces paramètres : le nombre médian de victimes se situe autour de 42, dont une majorité d'urgences relatives (UR), et avec la mobilisation d'en moyenne 12 médecins urgentistes présents en moins de 60 minutes. Sur les ACEL étudiés, le pourcentage d'urgences absolues (UA) pris en comparaison avec le nombre total de victimes était de 5 %, avec un délai d'évacuation en revanche beaucoup plus long qu'en situation ordinaire : les médianes de la première et de la dernière évacuation des UA étaient respectivement de 79 min et de 135 min !

Ces délais anormalement longs ne sont pas admissibles dans des situations de sureffectif médical, car les patients, bien que médicalisés, ne le sont pas dans les conditions aussi optimales

¹⁴⁰⁹ F. ADNET, J-P MAISTRE, et *al.*, *précité*.

qu'ils pourraient l'être en milieu hospitalier. Comme évoquée précédemment, la mise en œuvre des plans d'urgence est parfois nécessaire afin de coordonner les prises en charge et d'unifier les orientations hospitalières et de ne pas désorganiser l'accès aux soins des établissements de santé. Pour autant, elle ne doit pas conduire à la création d'une situation qui retarde artificiellement les transferts vers les établissements hospitaliers, au nom de la mise en œuvre de la doctrine administrative.

734. Certains accidents ne semblent en effet pas nécessiter une mise en œuvre de moyens de grande ampleur pour l'organisation des prises en charge médicales. Les incendies d'immeubles sont par exemple fréquents, mais le nombre d'intoxiqués graves est généralement limité et peut être géré par une à deux équipes médicales sans qu'il soit nécessaire d'installer un hôpital mobile ou un poste médical avancé, avec la mise en œuvre d'un poste de commandement opérationnel et l'activation du centre opérationnel départemental.

735. L'évolution de la doctrine en ce sens apparaît comme cruciale, particulièrement sous le prisme de la perte de chance, mais également parce qu'en œuvrant à contre-courant, elle participe à répandre l'idée selon laquelle il vaut mieux fuir la catastrophe et se rendre à l'hôpital par ses propres moyens, qu'être pris en charge sur le terrain et devoir attendre plusieurs heures.

736. En effet, des délais trop longs de prise en charge des urgences collectives conduisent inexorablement une partie des victimes à fuir le chantier et se diriger par leurs propres moyens vers les établissements de santé. Outre le risque d'engorger l'établissement de santé géographiquement le plus proche, l'afflux de patients en l'absence de coordination peut entraîner une profonde désorganisation conduisant l'établissement à ne plus être en mesure d'accueillir des urgences ordinaires, sans rapport avec l'accident.

737. La perte de chance résultant du délai anormalement long de la prise en charge médicale semble complexe à établir dans une situation d'ACEL, en raison de la multiplicité des victimes, et la preuve sera sans doute beaucoup difficilement rapportable en préhospitalier qu'en milieu hospitalier¹⁴¹⁰. Si les hypothèses de retard dans l'établissement d'un diagnostic ou la prise en charge d'un patient sont généralement révélatrices d'une faute dans l'organisation et le fonctionnement d'un service, le contentieux demeure très technique, particulièrement en préhospitalier, et donc semble avoir peu de chance d'aboutir. Il n'en demeure pas moins qu'au-

¹⁴¹⁰ Cour Administrative d'Appel de Paris, 29 mai 1990, CH de Saint-Denis, n°89PA00913. En l'espèce, un massage cardiaque externe qui a été entrepris 3 min après l'arrêt cardio-respiratoire du patient sous anesthésie a été jugé constitutif d'une faute lourde, et devant être indemnisée.

delà de l'aspect juridique, la qualité des soins devrait primer, et donc en partie la rapidité d'acheminement vers un établissement hospitalier.

Paragraphe 2 : Les catastrophes majeures, aux lourdes conséquences : L'exemple d'AZF

738. Les catastrophes ont généralement une origine naturelle ou industrielle. En appliquant les critères définissant les ACEL, ces catastrophes sont qualifiées de majeures dès que la situation conduit à un déséquilibre du besoin de soins et de l'offre disponible. Le dépassement des moyens de réponse humains et matériels est fort heureusement un fait rare, et l'explosion de l'usine d'AZF (Azote Fertilisants) à Toulouse en est une bonne illustration.

739. Ce cas est riche en enseignement, même plus de vingt ans plus tard, tant par sa nature d'origine technologique et industrielle (I), que par les conséquences de l'explosion, qui a provoqué un nombre tellement important de victimes que les urgences médicales ont été confrontées à une crise hospitalière de grande ampleur (II).

I. Une catastrophe technologique et industrielle : étude de l'explosion d'un hangar de stockage de produits chimiques

740. L'explosion du hangar 221 de l'usine d'AZF, qui était utilisé pour le stockage de produits chimiques, a entraîné une réponse sanitaire exceptionnelle face à une situation inédite (B), et a nécessité d'opérer un tri médical de très grande envergure (C), dans un contexte particulier (A).

A. Le contexte particulier : de nombreuses incertitudes

741. Le vendredi 21 septembre 2001, aux alentours de 10 h, un stock estimé entre 300 et 400 tonnes de nitrate d'ammonium destiné à la production d'engrais explose, provoquant un séisme de magnitude 3,4 sur l'échelle de Richter et une détonation particulièrement forte. Le bilan humain, bien que les chiffres soient contestés, fait officiellement état de 30 décès, et 2500 blessés¹⁴¹¹. En 2007, l'Institut national de veille sanitaire a réévalué à 8 000 le nombre de personnes touchées et en 2014, certaines recherches mentionnent 70 000 victimes directes et indirectes¹⁴¹².

742. Cette explosion a très fortement destabilisé la totalité des structures institutionnelles (hôpitaux, préfecture, collectivités territoriales, éducation nationale...), de par l'ampleur des dégâts, mais également en raison de la surcharge des réseaux téléphoniques, qui a privé la plupart des organisations de moyens de communication, tout comme les particuliers dans l'impossibilité d'accéder aux numéros d'urgences.

743. Le CHU de Toulouse a eu l'avantage de disposer alors d'un personnel important, l'heure de l'accident coïncidant avec l'heure de changement des équipes, ce qui a permis de conserver les personnels sur place, et donc de doubler le nombre de soignants dans un délai extrêmement court. En outre, une partie des équipes avait pu bénéficier des préparations aux situations de catastrophe¹⁴¹³. Grâce à ces entraînements, et à l'usage de moyens de communication radio, le site de l'explosion est rapidement identifié, et après quelques hésitations sur le lieu, le plan rouge est déclenché dans les trente minutes ayant suivi l'explosion¹⁴¹⁴.

744. Les équipes de reconnaissance font état d'environ 300 véhicules accidentés, nécessitant des équipages de secours routiers, ainsi qu'un périmètre très étendu de victimes à

¹⁴¹¹ Rapport de l'Inspection Générale de l'Environnement, *Usine de la société Grande Paroisse à Toulouse : Accident du 21 septembre 2001*, IGE/01/034, 24 octobre 2001, ministère de l'Aménagement du Territoire et de l'Environnement.

¹⁴¹² En se basant sur des facteurs plus larges que le corps, notamment les biens et les emplois. Voir en ce sens Anni BORZEIX & Laure AMAR. Rapport de recherche scientifique, *AZF : La prise en charge des victimes d'accidents collectifs*. Janvier 2006. Ecole Polytechnique et Centre National de la Recherche Scientifique. Et INVS, *Conséquences sanitaires et sociales de l'explosion à l'usine de Grand Paroisse le 21 septembre 2001*, Rapport intermédiaire, juillet 2002).

¹⁴¹³ 4 exercices sommaires et partiels avaient eu lieu entre 1991 et 1995 sur le site, pour tester certains volets du plan particulier d'intervention. Aucun exercice grandeur nature n'a été réalisé, et aucun exercice n'a eu lieu entre 1995 et la date de l'explosion. Voir en ce sens, Rapport de l'Inspection Générale de l'Environnement, « *Usine de la société Grande Paroisse à Toulouse – Accident du 21 septembre 2001* », octobre 2001.

¹⁴¹⁴ *Explosion de l'usine AZF de Toulouse le 21 septembre 2001 : Enseignements et propositions sur l'organisation des soins*. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Décembre 2002.

domicile. Le site industriel appartenant à la Société Grande-Paroisse, filiale du groupe Total, a été en partie détruit, le hangar qui contenait l'Azote a été pulvérisé, laissant place à un cratère de 6 m de profondeur, pour un diamètre d'environ 60 m. Ce contexte d'intervention est très difficile¹⁴¹⁵, par l'absence de communication téléphonique qui empêche la régulation et la remontée d'informations au niveau commandement ; sans négliger le contexte d'embouteillages massif dans la ville, et l'incertitude sur le risque toxique incertain.

745. En outre, il faut ajouter que le plan blanc de l'hôpital Purpan n'était pas à jour, en raison de l'ouverture récente d'un nouveau service d'accueil des urgences, et de travaux dans le même service de l'hôpital Rangueil. Enfin, environ 60 médecins anesthésistes réanimateurs étaient en Congrès à Paris¹⁴¹⁶, et donc non mobilisables.

B. Une réponse sanitaire exceptionnelle en réponse à une situation d'exception

746. Afin d'éviter un afflux massif de victimes au sein des hôpitaux, la décision de monter un poste médical avancé est alors prise de façon stratégique : il sera implanté entre le lieu de l'accident et l'hôpital, afin de permettre un tri « préhospitalier », et non directement au pied de celui-ci, et de faire « tampon » et fluidifier les entrées. Cela n'a pas empêché la création de nombreux PMA officieux, spontanément mis en place, qui assurent la prise en charge de nombreux blessés, mais évacués « sauvagement », c'est-à-dire en l'absence de coordination, et parfois au mépris de toute réglementation (par exemple utilisation de véhicules de particuliers, qui aurait pu¹⁴¹⁷ provoquer des suraccidents).

747. Un renfort national s'est organisé, avec la mobilisation de 1 146 sapeurs-pompiers issus de 13 SDIS¹⁴¹⁸, mais également 17 hélicoptères et 6 avions, et d'un avion militaire permettant le rapatriement des médecins anesthésistes réanimateurs toulousains présents à Paris dans les 7 heures. L'arrivée de ce renfort conséquent, notamment du retour des professionnels

¹⁴¹⁵ Bureau d'Analyse des Risques et Pollutions Industriels, Direction générale de la prévention des risques, Ministère de la Transition écologique, Fiche A21329

¹⁴¹⁶ Au 43^e congrès national d'anesthésie et de réanimation, organisé par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, 22 septembre 2001. Le Congrès commençant dès le matin à Paris, les participants étaient sur place la veille.

¹⁴¹⁷ Nous n'avons pas trouvé de trace de contentieux relative à cette question, mais sans doute que les magistrats auraient utilisé la théorie des circonstances exceptionnelles conjointement à celle de collaborateur occasionnel de service public, pour exclure une quelconque responsabilité.

¹⁴¹⁸ *Explosion de l'usine AZF de Toulouse le 21 septembre 2001*, précité

toulousain, a été un avantage indéniable de la connaissance des autres intervenants, des lieux et des procédures propres au CHU de Toulouse.

748. La mobilisation interne est également à souligner, avec une tentative de hiérarchisation des patients pour le passage en blocs opératoires, 45 au total, qui ont fonctionné pendant 36 heures et permis la prise en charge de 150 personnes. Dans les catastrophes majeures, cette priorisation/hiérarchisation¹⁴¹⁹ des patients aux soins est essentielle pour éviter des décès, dès lors que les ressources sont limitées. En outre, une autre dimension demeure essentielle : répartir les patients issus de la catastrophe dans différents établissements hospitaliers, afin de permettre la poursuite des prises en charge médicales sans lien avec la catastrophe.

749. À ce titre, pour la catastrophe d'AZF, la répartition des soins hospitaliers a été très inégale entre les établissements : 782 uniquement pour le CHU de Toulouse, et plus de 1500 pour les 24 cliniques et hôpitaux de l'agglomération, phénomène dû en grande partie à ce que l'on appelle communément aujourd'hui les « fuyards » et que l'on prend désormais en compte au sein des différentes procédures. Par ce terme, on désigne toute personne blessée à l'issue d'un événement majeur, mais qui plutôt que d'attendre les secours sur place, fuit le lieu de l'incident, pour se rendre par ses propres moyens dans les structures hospitalières à proximité. Si l'accident industriel d'AZF a entraîné des conséquences géographiquement étendues à l'ensemble de la ville, cette gestion est actuellement particulièrement importante et à ne pas négliger, et se révélera cruciale s'agissant des risques NRBC¹⁴²⁰ que nous aborderons plus loin. En effet, si lors de l'accident industriel, des risques chimiques avaient été présents, une très large contamination des structures hospitalières aurait eu lieu.

750. Ainsi, le rôle de la régulation est essentiel, puisqu'elle tente d'orienter les patients dans les établissements de santé des alentours, afin de ne pas en surcharger et de toujours conserver une capacité d'accueil de patients imprévus. C'est à ce titre que des transferts hospitaliers peuvent avoir lieu, tout comme celui de patients transportés sur de longues distances, afin de conserver des capacités opérationnelles. Cela revient à accorder une place plus ou moins importante de patients 'admissibles' dans l'établissement hospitalier en lien avec la catastrophe, tout en conservant des places disponibles pour les patients qui devraient être pris en charge en dehors de l'événement.

¹⁴¹⁹ Cette priorisation ou hiérarchisation fera l'objet d'un développement ultérieur.

¹⁴²⁰ NRBC pour Nucléaires, Radiologiques, Biologiques ou Chimiques.

751. La réponse à cette catastrophe majeure, souvent qualifiée de plus gros accident industriel français, même de nos jours, a été une mobilisation d'exception, en termes de moyens humains et matériels, et de conséquences lourdes en termes de victimes, de destruction de biens et d'infrastructures. La réponse sanitaire s'est construite dans l'urgence médicale immédiate ; mais cette urgence s'est aussi traduite par une crise plus durable.

C. Le tri des victimes dans le cadre d'AZF

752. La spécificité de cet accident industriel réside dans le mécanisme physique à l'origine des blessures, essentiellement par une onde de choc, qui d'une part 'blaste' la victime, et d'autre part provoque des lésions traumatiques multiples. Sur le site de la catastrophe comme en ville, de nombreux blessés ont été des victimes traumatiques, mais aussi parfois hémorragiques, neurologiques, ou affectées d'autres pathologies parfois sous-jacentes. Cette situation a rendu le tri plus complexe, en raison de la variété des mécanismes lésionnels, mais également la surface du chantier, couvrant quasiment toute la commune (~ 120 km²).

753. Le tri a été organisé selon plusieurs critères, qui découlaient du plan d'urgence de l'époque¹⁴²¹, dit « plan rouge »¹⁴²² : un premier tri a été effectué par les primo-intervenants chargés du ramassage, c'est-à-dire l'opération de relevage et de transport des victimes jusqu'au PMA. Ces personnes ont été triées en 3 catégories : en premier lieu les urgences absolues, c'est-à-dire les personnes ne pouvant se déplacer seules avec signes de gravité ; en deuxième lieu, les urgences relatives, qui concernent les personnes ne pouvant se déplacer seules sans signes de gravité ; enfin, les personnes en état de décès apparent : les personnes inconscientes ne respirant pas. Les personnes en mesure de se déplacer seules (et qui n'ont pas fui spontanément) et ayant besoin de soins ont été orientées vers le PMA (le plus proche, qu'il soit officiel ou officieux) pour être triées là-bas.

Un second tri a ensuite été effectué au PMA, où chaque victime a été (en principe) dotée d'une 'fiche médicale de l'avant', « où sont consignés les renseignements relatifs à son état-civil présumé ou à sa description sommaire dans le cas d'un sujet inconscient ainsi que les lésions, l'état clinique, le diagnostic médical, les traitements entrepris, la priorité d'évacuation

¹⁴²¹ Décret n°88-622 du 6 mai 1988 relatif aux plans d'urgence, pris en application de la loi 87565 du 22-07- 1987 relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre l'incendie et à la prévention des risques majeurs.

¹⁴²² Circulaire n° 89-21 du 19 décembre 1989 relative au contenu et aux modalités d'élaboration des plans destinés à de nombreuses victimes dénommés « plans rouges ».

et les modalités »¹⁴²³. Si cette mesure n'a que peu été mise en place, faute de ressources, le rôle des PMA a été également d'apporter beaucoup de premiers soins, avec des ressources, là encore, extrêmement limitées.

754. Dans cette gestion des urgences, multiples, sans moyens de communications entre les différents intervenants, sans coordination, avec une traçabilité réduite voire inexistante, et une multiplicité de pathologies à traiter (traumatologie, toxicologie, psychologie...), le tri des victimes a semble-t-il été sommaire, en relation directe avec une inadéquation importante des moyens pour faire face à la situation, inédite et soudaine. Difficile d'imaginer aujourd'hui une catastrophe d'une telle ampleur, avec de telles conséquences, pourtant des risques de ce type existent toujours¹⁴²⁴ !

Les moyens ont en effet largement évolué : redondances¹⁴²⁵ des communications et de certaines infrastructures, planification, exercices plus fréquents, évolutions des matériels, de la formation des équipes. Pourtant la clef de voûte de la prise en compte d'une catastrophe majeure sera très certainement demain la même qu'hier : l'établissement du tri hospitalier, le dénombrement des victimes et leur traçabilité¹⁴²⁶, et leur égale répartition sur les établissements de santé, y compris hors département.

Cette mission cruciale, essentielle, doit permettre d'anticiper de façon précoce le basculement de l'urgence médicale en crise sanitaire, avec des rapatriements sanitaires à organiser, des prises en charge plus spécialisées à programmer, des opérations 'non-essentiels' à reprogrammer, tout comme l'organisation du suivi médical de la majorité des patients pris en charge en lien avec la catastrophe.

755. On peut imaginer qu'à l'avenir l'on soit en mesure de dissocier en totalité les victimes issues de la catastrophe des autres patients et de pondérer le tri médical entre les premiers et les seconds, afin d'offrir la meilleure prise en charge possible à tous¹⁴²⁷, c'est-à-dire sans retarder de façon irréversible la prise en charge des patients individuels.

¹⁴²³ Circulaire n° 89-21 du 19 décembre 1989, précité.

¹⁴²⁴ Pour Toulouse par exemple, un dépôt pétrolier (SEVESO classé site Haut) est situé en zone d'habitation et à seulement 4 kilomètres du centre-ville, comportant 35 000 m³ de carburant.

¹⁴²⁵ La redondance est un ensemble de dispositifs permettant de garantir la pérennité et la fiabilité des fonctionnalités, y compris en cas de défaillance d'un matériel. Elle consiste à ajouter au système principal un second système, soit à l'identique, soit un système plus léger, dit « dégradé », mais permettant toujours l'utilisation de fonctionnalités basiques.

¹⁴²⁶ Agnès DELAVAL, « Les outils de traçabilité des victimes pour constituer et communiquer un bilan victimaire », Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives, volume n°8, mars 2024, n° 1, p. 38-43.

¹⁴²⁷ Cette dissociation entre patients sera envisagée également dans le Chapitre 2, les menaces sanitaires graves emportant des conséquences communes en matière de tri, mais également de création de 'circuits' de soins, différenciés selon la situation sanitaire.

II. Une catastrophe créatrice d'une crise hospitalière : la prise en charge de milliers de blessés pendant plusieurs semaines

756. Comme il a été tenté d'être démontré dans la première partie, l'urgence médicale est déterminée par des facteurs de temporalité et de gravité, pris en compte concomitamment avec la recherche d'adéquation des moyens aux fins. Pour les catastrophes majeures quelles qu'elles soient, un glissement s'opère entre l'urgence initiale, qui tend à disparaître, et la crise qui s'installe plus durablement. Ainsi, dans la poursuite de l'exemple d'AZF, les premières 48h (A) illustrent parfaitement l'urgence collective en situation exceptionnelle, et passé ce délai, avec le traitement des urgences vitales et l'arrivée de très nombreux renforts, il est possible plus ou moins arbitrairement de considérer qu'il s'opère un glissement de l'urgence collective vers une crise sanitaire (B) plus durable.

A. Les premières 48h : l'urgence collective

757. Les médecines préhospitalière et hospitalière, interdépendantes, ont été très fortement mobilisées pour faire face à une très grande multiplicité de victimes et d'urgences médicales, et ce même sans communication possible entre la médecine de l'avant et le milieu hospitalier. Dans le cadre d'une catastrophe majeure, qu'importe la nature, il est évident que la totalité des établissements de santé, publics et privés, doivent être mis à contribution, compte tenu de l'arrivée de victimes par leurs propres moyens, en nombre et sans aucune coordination. Par ailleurs, les urgences collectives, bien que souvent focalisées sur le milieu hospitalier, ne sauraient éluder le rôle de la médecine libérale, ni celui des pharmaciens d'officine ou les cabinets infirmiers, voire mêmes des ambulanciers privés. Ainsi, pour l'exemple de l'explosion d'AZF, les victimes se sont présentées de toutes parts et ont nécessité des prises en charge dont le suivi a été difficilement réalisé, souvent intraquables, et dont le nombre a été impossible à déterminer.

758. Durant les premières 48h, l'urgence collective a été tellement exceptionnelle et avec un impact tel, que les prises en charge n'ont été que médicales, au détriment du plan administratif ou médico-légal. Ainsi, le recensement des victimes a rarement été effectué, certaines prises en charge n'ont pas pu être priorisées selon les niveaux de gravité prédéfinis, en raison de l'absence de coordination médicale ; l'orientation de ces victimes n'a donc pas pu

être réalisée comme en situation ordinaire, c'est-à-dire en fonction des soins nécessaires, et en prenant en compte les places disponibles dans chaque structure, et donc le temps d'attente. Enfin, la remise d'un certificat de constatation des lésions, nécessaire en cas de contentieux, a été totalement délaissée au vu de la situation.

759. Lors de l'accident d'AZF, le système de dénombrement des victimes et de traçabilité 'SINUS'¹⁴²⁸ ou 'SI-VIC'¹⁴²⁹ n'existait pas encore, ce qui a pu poser plusieurs difficultés ultérieures, notamment pour les procédures de réparation.

760. La désorganisation des institutions engendrée par la catastrophe a également eu un impact sur la prise en compte des victimes décédées ; si en principe la procédure pénale prévoit un certain nombre de démarches pour les victimes décédées sur les lieux de l'accident, la mise en place sur une superficie comme la ville de Toulouse, qui avoisine les 120 km² était irréalisable. Par ailleurs, l'identification des patients décédés par la suite de l'accident a été particulièrement complexe, du fait même de la catastrophe, qui suppose un tri hospitalier de très grande ampleur : toute personne inconsciente et qui ne respire pas est considérée comme décédée lors de la crise, difficile est de savoir s'il existe effectivement un rapport avec l'explosion ou non.

761. Durant les premières heures suivant la catastrophe, la priorité absolue a été mise sur la prise en charge des victimes, au détriment des missions secondaires, comme la gestion des corps et l'information des familles, ce qui n'a pas été sans difficulté par la suite. La prise en charge de milliers de victimes en un temps réduit a nécessité une adaptation extrême, particulièrement dérogatoire et exonératoire des procédures classiques, durant les premières 48h.

762. Ce délai – arbitraire – de 48h pourrait évidemment être réduit en fonction des catastrophes, durée durant laquelle l'urgence justifie des exonérations extrêmes des règles en vigueur, mais il semble en revanche difficilement concevable de l'augmenter, car ce délai correspond largement au temps nécessaire à l'arrivée de renfort extra-départemental, et la prise en charge de toutes les urgences absolues. Passé le délai de 48h, il n'y a malheureusement plus beaucoup à espérer des patients en urgence absolue et qui n'auraient pu être traités.

¹⁴²⁸ Système d'information numérique standardisé, créé en 2009 à Paris.

¹⁴²⁹ Système d'information pour le suivi des victimes, créé en 2016 à la suite des attentats. Voir R.3131-14-10 et suivant du code de la santé publique.

B. Une crise sanitaire durable

763. Une fois écoulé le délai de prise en charge des urgences vitales, et d'une grande partie des urgences absolues, il reste encore à prendre en compte les pathologies nécessitant des soins spécialisés : une fois le péril écarté, il importe de soigner et rétablir les fonctions de l'organisme et consolider l'état de santé des patients.

764. Pour l'explosion d'AZF, les effets de l'explosion ont entraîné « un effet domino », avec la destruction de vitres à plusieurs kilomètres du lieu de l'explosion, qui ont provoqué notamment des blessures ophtalmiques, exigeant des soins adaptés. Le travail des urgentistes tend alors à disparaître pour laisser place aux soins programmés, y compris à court terme, et le même mécanisme d'inadéquation du nombre de soignants dans les services face à ces patients nécessite de prioriser les pathologies.

765. Ainsi, pour un certain nombre de catastrophes, l'afflux important de patients pris en charge en préhospitalier ou par les services d'urgence se retrouve mécaniquement, au moins en partie, à devoir être pris en charge par les services hospitaliers (chirurgie, ophtalmologie, ORL, orthopédie...), et il faut un certain temps pour que la tension hospitalière parvienne à être résorbée. Contrairement à d'autres urgences collectives, les patients (issus de la catastrophe) nécessitant des soins sur la durée, sont traités de façon individualisée, mais pas toujours de façon ordinaire, en raison de cette tension hospitalière¹⁴³⁰.

766. En effet, la présence anormalement élevée de patients en établissement de santé, conduit à une inadaptation du nombre de lits et du personnel hospitalier, généralement dans la durée, génératrice d'une crise hospitalière. La réorganisation des services en conséquence, la mobilisation de moyens exceptionnels, la fermeture de certains services pour récupérer le personnel et le matériel¹⁴³¹ et augmenter la capacité d'autres services, toutes ces adaptations sont chronophages et consommatrices de personnel ; sans négliger le retard des prises en charge médicales hors catastrophes.

767. Lors de l'explosion d'AZF, l'impact psychologique a été particulièrement important pour les personnes à proximité, entraînant des troubles du sommeil, des symptômes liés un

¹⁴³⁰ Voir en ce sens *infra*, Chapitre 2 : Les menaces sanitaires graves et l'urgence sanitaire.

¹⁴³¹ La France a par exemple déjà fait le choix de fermer des services de soins intensifs pour augmenter les services de réanimation. Voir en ce sens, JY LEFRANT, et al; *French ICU study investigators group. A national healthcare response to intensive care bed requirements during the COVID-19 outbreak in France*. *Anesthesia critical care & pain medicine*. 2020, 39(6):709-715.

stress aigu ou stress post-traumatique¹⁴³², en relation directe avec l'accident, mais également au fait que près de 30 000 logements détruits ou endommagés sont restés visibles durant des mois (voire des années). Par ailleurs, ce sont quelque 5 000 entreprises et administrations qui ont été touchées. La Cellule des Urgences Médico-Psychologique (CUMP) a été rapidement mise en œuvre, mais avec d'immenses difficultés liées à l'inadaptation des plans (PPI, Plan Rouge, Plan Blanc) face à la catastrophe, une difficile montée en puissance liée à des difficultés d'encadrement des intervenants, et son inscription dans la durée, la CUMP ayant dû assurer la mission durant plus de deux semaines, en lien avec les collectivités locales et le secteur privé, avec quelque 957 intervenants. Rapidement dépassé par l'ampleur de la situation, le nombre de victimes et d'intervenants, la CUMP a également dû s'adapter face à la destruction du CHS Marchant, seul établissement psychiatrique à proximité. Enfin, une des difficultés de la prise en charge de ce type de patients est la continuité nécessaire des soins, entre la prise en charge par la CUMP dans l'urgence et leur orientation pour un suivi dans un temps plus long. Le propre souvent de l'urgence psychiatrique est de basculer vers une crise à plus long terme.

768. L'un des autres aspects qui a transformé l'urgence collective en crise sanitaire plus durable a été la pénurie de certains médicaments ou dispositifs médicaux. En cas de risque chimique par exemple, les antidotes de première intention sont en nombre limité, mais c'est également le cas pour les traitements médicaux qui font suite à ces situations : les cas de tension voire de rupture d'approvisionnement des circuits pharmaceutiques sont malheureusement de plus en plus fréquents en dehors des crises sanitaires, alors qu'en sera-t-il en cas de crise ? Certains comportements difficilement acceptables, de patients sont également à prendre en compte, comme la constitution de stocks en cas de pénurie ou d'annonce de pénurie, créant ou accentuant ainsi la pénurie.

¹⁴³²J.M. DAVID. *Constat d'une psychologue clinicienne concernant la situation des sinistrés et des victimes physiques et psychologiques de l'explosion de l'usine AZF en septembre 2003, soit 2 ans après les faits*. 2004, Empan, 54(2), 130-147 ; B. DORAY, *AZF Toulouse : travailler la catastrophe*. In G de Terssac & I Gaillard, « La catastrophe d'AZF. L'apport des sciences humaines et sociales », 2008, pp. 185-200. Paris, Lavoisier ; PECHIKOFF, et al. *Toulouse/AZF. Essai sur le traumatisme et la tiercéité*. La Dispute, 2003.

Section 2. Les conséquences juridico-médicales caractéristiques des urgences collectives

769. Les accidents graves industriels ou technologiques emportent avec eux, du fait de la multiplicité des victimes, des conséquences juridiques et médicales, nécessairement différentes de celles qui s'attachent à la prise en charge individuelle.

770. La nécessité d'opérer des priorisations des urgences et donc de procéder à un tri médical, induit des choix difficiles (§ 1), notamment de ne pas réanimer des patients qui en situation ordinaire auraient pu l'être. Parfois, en raison d'un contexte singulier, comme celui des attentats, la médecine de catastrophe est contrainte de s'adapter et d'effectuer des actes qui relèvent davantage du sauvetage tactique que de la médecine, en recourant à des techniques empruntées à l'univers militaire, le « damage control ». La mise en œuvre de moyens et de techniques spécifiques constitue une réponse d'exception aux situations qui le sont également (§ 2), et qui emportent des conséquences sur la prise en charge ultérieure des patients.

Paragraphe 1 : Les opérations de priorisation des urgences : « le tri », une conséquence qui emporte des choix difficiles

771. Face à de très nombreuses victimes et à un nombre de soignants insuffisant, le triage permet d'identifier rapidement les besoins nécessaires en termes de renfort, et de déterminer la priorité des prises en charge.

772. L'utilisation du mot « tri » est généralement mal perçue par la population générale, en ce que beaucoup considèrent qu'il consiste non à prioriser, mais à refuser l'accès à des soins à certains. Si le tri consiste en réalité à favoriser certains patients ou victimes pour en défavoriser d'autres, cela ne signifie pas pour autant que ces derniers seront privés de soins, mais plutôt que ces soins seront différés. Médicalement, l'exercice consiste à hiérarchiser les degrés d'urgence en fonction des pathologies, mais également en prenant en compte les moyens humains et matériels pour faire face à ces urgences : et c'est à partir de ce moment-là que la situation commence à se complexifier : comment prendre en charge plus de patients qu'il n'est humainement possible ? Dès lors que cette situation est généralement liée à une situation sanitaire d'exception, elle peut s'anticiper par une préparation et une planification

préhospitalière (I). Elle reste toutefois un exercice complexe en milieu hospitalier, nécessitant une perpétuelle adaptation aux ressources humaines et matérielles disponibles (III), afin de permettre une réévaluation régulière des patients.

I. La planification et la préparation des situations sanitaires d'exception : l'anticipation du tri préhospitalier

773. Le triage est défini comme l'évaluation « diagnostique et pronostique permanente associée à une mise en condition d'évacuation pouvant comporter des gestes de réanimation et des gestes chirurgicaux choisis en fonction d'impératifs techniques, tactiques et logistiques »¹⁴³³. Ce tri préhospitalier est déterminant pour la prise en charge globale de l'ensemble des victimes, mais également vis-à-vis de la prise en charge hospitalière. Il est donc vital que ce tri soit fondé sur des critères invariables, fasse l'objet d'une planification unique et nationale (A), et soit anticipé par une préparation des équipes *via* notamment la tenue d'exercices interservices (B).

A. Une planification nationale : le Guide ORSEC-NoVi

774. L'organisation de la réponse de sécurité civile (1), dont la doctrine est matérialisée par un guide de planification nationale, définit plus ou moins précisément les critères applicables pour catégoriser les victimes et permettre leur hiérarchisation. La doctrine apporte également des précisions essentielles à chaque intervenant de la chaîne de survie, ce qui doit favoriser une interopérabilité très forte entre services, mais également entre départements. Un pré-tri des victimes ou repérage lors du ramassage des victimes vers le point de rassemblement (2) permet de faciliter la prise en charge qui va suivre au Poste Médical Avancé (3). En parallèle, d'autres services mettent en place des outils de dénombrement des victimes (4), afin de donner la possibilité aux filières de soins de traiter les prises en charge médicales en fonction à la fois de la gravité de leur pathologie et de leur arrivée.

¹⁴³³ Louis-José COURBIL, *Médecine en situation de catastrophe*, Direction centrale du service de santé des armées, 1987.

1. Le dispositif d'organisation de la réponse de Sécurité Civile (ORSEC)

775. Inscrites à l'article R.741-8 du code de la sécurité intérieure, des dispositions générales organisent la réponse de sécurité civile, basées essentiellement sur l'échelon départemental. Son objectif est de définir l'organisation propre à faire face à un événement avec de nombreuses victimes. Afin d'uniformiser les doctrines départementales en termes de réponse à apporter à ces situations, le guide national est régulièrement mis à jour. Du fait de la menace terroriste, les dernières versions ont été placées sous diffusion restreinte, ce qui juridiquement n'est pas une mesure de classification¹⁴³⁴, mais simplement une mesure de sensibilisation, visiblement peu efficace puisque dans les semaines qui ont suivi son adoption, ce document a été largement publié sur internet.

2. Le pré-tri des victimes ou « repérage » : du chantier au point de rassemblement des victimes

776. La doctrine nationale a l'avantage de garantir une très forte sinon une totale interopérabilité entre départements, indispensable dans le cas de renforts interdépartementaux, et elle donne aux intervenants de terrain la même connaissance des procédures. Le premier repérage effectué est dit « secouriste », puisqu'il est limité à l'identification des valides (pose d'un bracelet vert), des invalides ne présentant pas de détresse¹⁴³⁵ (bracelet jaune), des invalides présentant une détresse¹⁴³⁶ (bracelet rouge), et des urgences dépassées (bracelet noir).

777. Le brancardage du chantier au point de rassemblement des victimes est ainsi réalisé pour les porteurs de bracelets rouges, puis jaunes, permettant une première hiérarchisation des victimes en vue de leur acheminement au PMA. Les valides sont accompagnés vers le PMA, puisque l'état de toutes les victimes est susceptible d'évoluer pendant le trajet entre ces deux points. Afin de minimiser ce risque, le point de rassemblement des victimes est installé au plus proche de la zone de catastrophe, et joue le rôle de zone intermédiaire entre le chantier, et le poste médical avancé.

¹⁴³⁴ Arrêté du 23 juillet 2010 portant approbation de l'instruction générale interministérielle sur la protection du secret de la défense nationale.

¹⁴³⁵ Les victimes conscientes qui ne présentent pas de détresse vitale apparente mais qui ne peuvent pas se déplacer, c'est-à-dire nécessitant un transport couché.

¹⁴³⁶ Les victimes inconscientes mais qui respirent ou conscientes et présentant une détresse vitale évidente, neurologique, respiratoire ou circulatoire.

778. Les urgences dépassées ou *morituri*¹⁴³⁷ représentent les victimes dont le décès ne fait aucun doute¹⁴³⁸, et les victimes inconscientes qui ne respirent pas¹⁴³⁹. Les recommandations de premiers secours¹⁴⁴⁰ du ministère de l'Intérieur permettent aux secouristes de les considérer comme étant décédées. Ces victimes ne sont pas déplacées, pour permettre d'éventuelles opérations de police technique et scientifique.

779. Un médecin est désigné par le directeur des secours médicaux comme médecin-chef de l'avant, qui opère un contrôle du repérage effectué, et peut décider en fonction de la catégorie de la victime, soit du transport vers celui-ci ou vers la cellule des urgences médico-psychologiques (bracelet blanc)¹⁴⁴¹, soit de l'évacuation des « urgences les plus urgentes »¹⁴⁴² vers un établissement de santé, sans transiter par le PMA. Ce triage, effectué parmi les porteurs de bracelets rouges, est fondé sur la pathologie du patient : insuffisance cardiocirculatoire, hémorragies graves incontrôlables, asphyxie, traumatismes crâniens, et grands brûlés.

L'objectif est d'éviter un maximum de morts précoces ou rapides et d'évacuer en priorité ceux qui risquent de décéder dans les minutes ou dans les heures qui suivent. Pour ce faire, un médecin expérimenté « de l'avant », c'est-à-dire sur le chantier, identifie en violet les « extrêmes urgences », avec le plus haut niveau de risque, et qui exigent une arrivée rapide dans un bloc opératoire. À ce stade, les soins préhospitaliers sont concentrés sur les atteintes vitales immédiates, en particulier, liées à des saignements actifs.

¹⁴³⁷ Littéralement « Ceux qui vont mourir ».

¹⁴³⁸ Liste exhaustive : tête séparée du tronc, victime déchiquetée ou démembrée, raideur cadavérique, putréfaction avancée, personne inconsciente présentant un écrasement des plus des ⅔ de sa surface. Il s'agit d'une très légère dérogation à l'article L.2223-42 du CGCT qui prévoit que le certificat de décès ne puisse être établi que « *par un médecin, en activité ou retraité, par un étudiant en cours de troisième cycle des études de médecine en France ou un praticien à diplôme étranger hors Union européenne autorisé à poursuivre un parcours de consolidation des compétences en médecine* ». Très légère car si elle autorise les secouristes à placer un bracelet de couleur noire, et ne pratiquer aucune réanimation cardio-pulmonaire, mais ne les autorise pas à rédiger le certificat de décès.

¹⁴³⁹ Il est précisé « *après libération des voies aériennes* » dans les recommandations, ce qui est en réalité superflu, dès lors que l'appréciation de la respiration ne peut se faire chez une personne inconsciente qu'en réalisant cette manœuvre.

¹⁴⁴⁰ Arrêté du 19 janvier 2015 modifiant l'arrêté du 14 novembre 2007 fixant le référentiel national de compétences de sécurité civile relatif à l'unité d'enseignement « premiers secours en équipe de niveau 2 ».

¹⁴⁴¹ Cette spécificité est également toulousaine, la ville étant une référence en matière de médecine de catastrophe, il y a fort à penser que ce fonctionnement s'étende au niveau national.

¹⁴⁴² Le constat étant que le passage de ces patients vers le poste médical avancé réduirait fortement leur espérance de vie et les priverait ainsi de chance de survie, le mieux étant de les orienter sans délai vers un bloc opératoire. La régulation est le moyen de s'assurer que les blocs ne sont pas déjà surchargés, et d'anticiper la prise en charge des patients.

3. Le tri des victimes au poste médical avancé

780. C'est au poste médical avancé que les opérations de tri préhospitalier sont réalisées. Les trois objectifs sont : d'effectuer un examen médical, éventuellement de réexaminer, pour « catégoriser les blessés suivant l'évolution de leurs lésions »¹⁴⁴³ ; de « mettre en œuvre les soins appropriés à l'état des blessés, notamment le damage control préhospitalier le cas échéant, ou compléter ceux prodigués lors du ramassage et/ou au sein du PRV afin de permettre leur évacuation vers un établissement de santé ». Le dernier objectif est de « prioriser l'ordre d'évacuation des blessés vers la structure de soins adaptée, après contact avec le médecin régulateur du SAMU ».

781. Le niveau de soin attendu au PMA est celui d'une équipe de réanimation préhospitalière, et même si l'afflux de victimes entraîne *de facto* une baisse de cette qualité, cela reste l'objectif. Les patients qui entrent au poste médical avancé sont systématiquement identifiés¹⁴⁴⁴ par un secrétariat d'entrée, et identifiés comme urgence absolue ou urgence relative. En fonction des soins pratiqués au PMA et de l'état de la victime, ce niveau d'urgence est susceptible d'être réévalué au secrétariat de sortie¹⁴⁴⁵. Les blessés bénéficient au poste médical avancé de soins adaptés à leur état, qui doivent leur permettre de supporter les contraintes liées à l'évacuation. L'objectif est ici de stabiliser l'état du patient selon le triptyque « tri, conditionnement, évacuation ».

782. Ces principes, guidant le tri, supportent cependant une exception s'agissant des mineurs : toute victime mineure présentant une blessure sera prise en charge non pas selon des critères de sévérité des blessures, mais en fonction de sa capacité à se déplacer (ou se déshabiller s'agissant de la décontamination).

Ce tri préhospitalier est un précurseur du tri hospitalier, plus simplifié, qui se précisera lors de la prise en charge hospitalière.

783. Le tri hospitalier se fonde sur l'établissement d'une catégorisation beaucoup plus précise que lors du repérage secouriste, puisque les urgences absolues sont décomposées (par ordre hiérarchique croissant) en extrêmes urgences, en premières urgences (constituées de

¹⁴⁴³ Guide National ORSEC-NOVI, Instruction interministérielle du 2 janvier 2019 *relative à l'élaboration du dispositif ORSEC « secours à de nombreuses victimes » dit NOVI*. NB : ce document est « diffusion restreinte ».

¹⁴⁴⁴ Via le logiciel SINUS, voir *infra*, §784 et suivants.

¹⁴⁴⁵ En tout état de cause, les urgences peuvent s'aggraver, mais non s'améliorer, sauf erreurs manifestes. Une victime en urgence relative peut subitement s'aggraver, comme une victime en urgence absolue peut décéder, mais une victime urgence absolue, même stabilisée, sera transportée comme telle.

victimes graves menacées par une décompensation d'une fonction vitale), et en urgences fonctionnelles (constituées de victimes ayant des lésions caractérisées par leur topographie, particulièrement les yeux, le visage ou les mains, avec une possibilité d'impact fonctionnel et esthétique). Les urgences relatives sont quant à elles divisées en deuxième urgence (comprenant les victimes peu graves dont le traitement chirurgical peut être effectué dans les 12 h à 24 h), et en troisième urgence (blessures légères caractérisées par une absence d'évolution prévisible, victimes évacuables sans recours à une médicalisation et pouvant être retardée jusqu'à 18 h, mais devant faire l'objet de soins dans les 36 h).

784. L'objectif de ce tri préhospitalier est de superviser efficacement les vecteurs d'évacuation et de prioriser les prises en charge, afin de faciliter les hospitalisations. Toujours opéré dans une situation d'extrême urgence, il peut créer un sentiment d'arbitraire, qu'il faut combattre par l'usage de critères objectif et prédéfinis. En ce sens, la médecine d'urgence ne fait pas de discrimination entre présumé « auteur » et « victime » : *« quand le SAMU est appelé sur le lieu d'un accident, on ne trie pas le chauffard et la victime ; on soigne les deux »*¹⁴⁴⁶.

4. Le dénombrement des victimes, outil de communication, de gestion de l'offre de soins, de médecine légale et d'identification judiciaire

785. Véritable enjeu administratif, médical et judiciaire, le dénombrement des victimes est désormais intégré à un outil commun (faute d'être unique) à l'ensemble des services préhospitaliers et des institutions administratives et judiciaires : le Système d'Information Numérique Standardisé (SINUS). Ce système prend la forme d'un bracelet qui est remis à chaque victime, et adossé à un module informatique (Application de Recueil et de Coordination SINUS, ARC-SINUS) qui permet une remontée d'informations en temps réel du nombre et de la catégorie de victimes, tout comme de leur identité.

786. Ces bracelets ont vocation à être posés sur le terrain de façon précoce, et être scannés lors de l'arrivée de ces victimes au point de rassemblement des victimes ou au PMA, afin de renseigner a minima une information sur sa catégorisation (UA, UR, DCD, impliqué), et si possible des données sur l'identité du patient. S'il existe un secrétariat des vecteurs d'évacuation, l'orientation hospitalière peut être saisie, sinon elle le sera lors de la prise en charge par l'établissement de santé.

¹⁴⁴⁶ Jacqueline LAGREE, *Éthique et terrorisme*, RDSS, 2019, n° 02, p. 245.

787. Il est fréquent, nous l'avons relevé, que des individus pris de panique ou par égoïsme, fuient la zone, et se présentent spontanément aux hôpitaux. Ces individus, les « fuyards », ne peuvent alors être pris en compte dans le dénombrement des victimes SINUS, et peuvent en outre présenter des risques de contamination dans le cadre des événements de type NRBC¹⁴⁴⁷. Afin de les prendre en compte, une saisie SINUS peut être réalisée en milieu hospitalier.

788. Un autre système existe par ailleurs, purement hospitalier, le Système d'information pour le suivi des victimes (SI-VIC), mais s'inscrit comme SINUS dans une démarche inter administrations¹⁴⁴⁸, afin d'opérer un dénombrement des prises en charge hospitalières, de participer à l'identification des victimes, d'informer les proches du patient, et surtout de faciliter l'accompagnement des victimes dans leurs futures démarches, par une reconnaissance du statut de victime¹⁴⁴⁹.

789. Contrairement à SINUS, la base de données SI-VIC n'a vocation à fonctionner qu'exclusivement dans les cas de situations sanitaires exceptionnelles¹⁴⁵⁰, ou d'attentats. Elle peut toutefois être alimentée par les bracelets SINUS, les deux systèmes étant interconnectables. Les données personnelles renseignées dans SI-VIC sont plus complètes¹⁴⁵¹, et sont en principe tout à la fois fiabilisées (identitovigilance, numéro du dossier médical hospitalier, numéro de séjour, nationalité...), et plus spécifiques (nom du service de prise en charge, historique des transferts entre établissements de santé), bien que les pathologies exactes ne puissent être indiquées (en raison du partage des données avec les autorités publiques telles que la Préfecture et l'ARS).

¹⁴⁴⁷ Voir *infra*, §830. En dehors d'événement NRC ou Biologique, un circuit de soins est organisé pour prendre en charge ces victimes, selon le volet d'Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles - accueil massif de victimes non contaminées (ORSAN AMAVI), contenu dans le Plan Blanc de chaque établissement.

¹⁴⁴⁸ CNIL, Délibération n° 2017-321 du 7 décembre 2017 *autorisant le ministère des solidarités et de la santé à mettre en œuvre un traitement automatisé de données à caractère personnel ayant pour finalité la mise en œuvre d'un outil permettant le dénombrement, l'aide à l'identification et le suivi des victimes d'une situation sanitaire exceptionnelle, intitulé SI-VIC*.

¹⁴⁴⁹ Réseau des Référents Régionaux d'identitovigilance, *Recommandations de bonne pratique pour l'identification des victimes en situation sanitaire exceptionnelle*, novembre 2020.

¹⁴⁵⁰ Code de la santé publique, article L. 3131-9-1 ; une polémique est apparue s'agissant des mouvements sociaux dit « des gilets jaunes », l'utilisation étant jugée abusive. Le rapport d'enquête souligne que « des risques sont clairement liés aux fonctionnalités d'export (...) et plus généralement, la matrice des droits de SI-VIC pourrait être resserrée et sécurisée ». Rapport d'enquête n° 2019-0048 / EA19-01, « Utilisation en Île-de-France du traitement automatisé de données à caractère personnel « SI-VIC » participant au système d'identification unique des victimes prévu par l'article L. 3131-9-1 du Code de la santé publique », 19 juin 2019.

¹⁴⁵¹ Code de la santé publique, article R. 3131-10-2.

B. La préparation : les exercices interservices

790. Depuis la loi de modernisation de la sécurité civile¹⁴⁵² de 2004, la volonté du législateur a été d'élargir la pratique des exercices à des entraînements « *en vraie grandeur* », avec la conception d'entraînements variés et réalistes, contrairement à la pratique précédente qui était davantage axée sur « des exercices théoriques sur table ». Les opérations de priorisation des urgences par le tri secouriste puis préhospitalier sont ainsi systématiquement mises en œuvre au travers de ces exercices ou entraînements, ce qui permet au personnel de pratiquer régulièrement. Malheureusement, ces exercices sont peu nombreux et les personnels qui y participent alternent. Au final les professionnels ne participent de façon effective qu'à plus ou moins un exercice interservices par an, dans le meilleur des cas.

II. Le tri hospitalier : une perpétuelle adaptation aux ressources humaines et matérielles disponibles

791. Les opérations de priorisation des urgences sont complexes mais nécessaires en préhospitalier, notamment pour organiser les transports vers les établissements de santé. Le tri opéré au sein de l'hôpital est sans doute encore plus difficile à établir, puisqu'il prend en compte non seulement les urgences médicales découlant d'un événement exceptionnel, mais également les urgences médicales sans aucun lien avec ce dernier. Il faut donc pondérer le tri hospitalier afin de prendre en compte la totalité des patients selon des critères qui diffèrent donc du préhospitalier. L'éthique du tri hospitalier (A) est en conséquence un sujet de réflexion primordial, d'autant qu'il s'opère de façon disparate entre les établissements et/ou les services (B), en raison de difficultés lors de l'établissement de critères objectifs comme lors de l'application de ces critères (C).

¹⁴⁵² Loi n° 2004-811 du 13 août 2004 *de modernisation de la sécurité civile*.

A. L'éthique du tri hospitalier

792. Afin d'envisager le tri hospitalier sous l'angle de l'éthique, il peut être utile sinon nécessaire de s'interroger sur les différents dilemmes qui résultent tant du tri hospitalier, que de son absence. Michael J. SANDEL, dans son ouvrage *Justice*, fait état d'un dilemme qui peut se rapprocher du mécanisme d'allocation de ressources rares, et donc de la difficulté de décision pour effectuer un tri, en usant du syllogisme du « tramway fou¹⁴⁵³ ».

793. Si un tramway a les freins défectueux et que 5 ouvriers travaillent sur la voie, il est évident que ceux-ci vont perdre la vie ; si dans le même temps une voie de garage permet d'emprunter un chemin différent, pour lequel un unique ouvrier travaille, vaut-il mieux opérer ce choix ? Le raisonnement adopté sera ainsi probablement d'affirmer qu'il est « *tragique de tuer une personne innocente, mais qu'il est plus tragique encore d'en tuer cinq* ». Ainsi, il serait en pareille hypothèse « préférable » de sacrifier une personne pour en sauver cinq. Il s'agit ici d'un choix délibéré « *de causer la mort d'une personne innocente afin de prévenir la perte d'un plus grand nombre de vies humaines* ». Pour autant, ce choix est toujours injuste, l'ouvrier travaillant de façon isolée étant probablement inconscient du danger qui le menace, quand dans le même temps, il est probable que les cinq ouvriers soient conscients des risques, et les aient acceptés. Dans ce dilemme, le choix est susceptible de changer lorsque le décideur a connaissance de cette information.

Pire dilemme encore, si ce travailleur isolé vous est connu et que les cinq autres vous sont de parfaits inconnus... La raison gagnera-t-elle face à l'émotion ?

Le principe du dilemme ainsi exposé est très théorique, car dans la réalité, une multiplicité de facteurs entre en jeu, et tout particulièrement l'émotion.

794. Le travail de tri en situation normale doit ainsi se baser sur des éléments uniquement factuels, et en laissant de côté tout facteur émotionnel, ce qui doit encore l'être davantage lors de situation exceptionnelle.

795. Ainsi dans notre exemple du tramway, est-il juste de tuer une personne pour en sauver cinq ? La finalité de l'intérêt supérieur suffit-elle à justifier ce choix ? Par ailleurs, comme il a été indiqué, il existe dans la réalité un grand nombre d'éléments contingents

¹⁴⁵³ L'expérience est issue de celle décrite par Philippa FOOT en 1967 et reprise par Judith JARVIS THOMSON en 1976 dans *The Monist* : « Killing, Letting Die, and the Trolley Problem », vol. 59, 1976.

imprévus¹⁴⁵⁴ mais parfois également imprévisibles, qui peuvent rentrer en ligne de compte. Il n'est pourtant pas permis aux décideurs de se réfugier derrière les hypothèses pour refuser de trancher : et si les ouvriers avaient le temps de s'écarter ? Et si l'un des ouvriers était responsable de la panne de frein, la solution serait-elle la même ? Justifiera-t-elle la mort des quatre autres personnes présentes avec elle ?

796. Ce dilemme permet de se rendre compte, dans une infinie palette décisionnelle, de la difficulté morale et éthique de choisir les critères les plus objectifs afin d'établir un tri des victimes, ce tri permettant une nécessaire priorisation des soins et une inévitable perte de chance d'être secouru à temps.

797. Ces problématiques se retrouvent et se cristallisent récemment dans les choix faits par les constructeurs de voitures « autonomes »¹⁴⁵⁵. En ce qui nous concerne, ce dilemme permet d'illustrer la méthode utilisée par la société, ou plutôt les sociétés, pour essayer de hiérarchiser « la valeur des patients », pour ensuite établir des critères de priorisation, qui seront susceptibles d'entraîner des choix aux finalités tragiques. En philosophie, ce dilemme s'explique par un certain nombre de principes qui entrent en conflit, et l'élaboration d'un arbre décisionnel afin de résoudre ce cas de conscience. Ce choix est basé sur un choix de priorisation de nos propres principes moraux. Pour en revenir aux véhicules autonomes, le *Massachusetts Institute of Technology* a retravaillé ce dilemme¹⁴⁵⁶ pour prendre en compte une plus grande pluralité de facteurs et les mettre en lumière : est-il plus important de sauver le plus grand nombre de vies, ou de protéger les passagers du véhicule ? Est-il préférable de sauver des humains plutôt que des animaux ? Et si oui, combien d'animaux « équivalent » à un humain ?¹⁴⁵⁷ Toutes les vies se valent-elles ? Est-il donc ainsi plus logique de sacrifier une

¹⁴⁵⁴ Cf. P. LAGADEC, *Le contingent des imprévus* ; J. HARRIS *QALYfying the value of life*. *Journal of Medical Ethics*, 13, septembre 1987, n° 3, p. 117-123 ; Alexander BEHNKE, et al., *The needs of the many: Exploring associations of personality with third-party judgments of public health-related utilitarian rule violations*, *PLOS ONE*, 18, avril 2023, n° 4, p. e0284558 ; J. Moll, *Moral judgments, emotions and the utilitarian brain*. *Trends in cognitive sciences*, 11(8), 319-321.

¹⁴⁵⁵ En l'occurrence, ici le choix est encore plus difficile en ce qu'il fait prendre conscience de la responsabilité des concepteurs et programmeurs dans la création et la programmation de l'intelligence artificielle ; autrement dit, contrairement à un humain confronté au choix, qui peut décider de façon différente en fonction de son libre arbitre, ici le numérique ne dispose pas de cette capacité de choix : l'intelligence artificielle demeure un programme informatique, qui aussi complexe soit-il, reste programmé de façon binaire par la main de l'homme. A. SHARIFF, et al (2017). *Psychological roadblocks to the adoption of self-driving vehicles*. *Nature Human Behaviour*, 1(10) ; J. F. BONNEFON, et al (2016). *The Social Dilemma of Autonomous Vehicles*, *Science*, 352(6293).

¹⁴⁵⁶ Disponible sur le site www.moralmachine.net

¹⁴⁵⁷ Une série de questions vise à connaître le positionnement des individus pour savoir s'il vaut mieux sauver un chien qu'un humain, puis deux chiens qu'un humain, et ainsi de suite. Afin de complexifier, le chien est tantôt dans le véhicule, tantôt sur la route, alternant avec l'humain.

personne âgée qu'un enfant ? Une personne en surpoids qu'une personne athlétique ? Un délinquant qu'un soignant ?

798. Posées en situation d'exception, ces questions resurgissent de façon cyclique, et remettent parfois en cause la notion même de justice, de bien et de mal. Toutefois, dans le domaine de la santé, il est impensable de refuser de trancher, il faut agir pour tenter de sauver les patients, et ce choix sera probablement remis en question *a posteriori* par des personnes qui n'auront, elles, aucune contrainte de temps pour faire ce même choix. S'agissant du tri préhospitalier comme hospitalier, un grand nombre de ces questions vont se retrouver ici, particulièrement celle de savoir s'il vaut mieux soigner le plus grand nombre au risque de mal le faire, ou de se concentrer sur un nombre plus réduit de soins, mais en garantissant leur qualité en vue d'éviter toute complication ultérieure ? La réponse se situe sans doute dans un juste milieu entre ces deux possibilités.

799. Le milieu hospitalier n'a cependant pas la contrainte de jouer un rôle « actif », comme dans le dilemme du tramway, en ce sens qu'elle ne traite que les conséquences. Ainsi, il n'est pas question de pousser un patient vers la mort pour en sauver un ou plusieurs autres, son rôle est « passif », sélectionner les patients qui seront pris en charge, ainsi que décider du niveau de cette prise en charge. Si une vision réductrice pourrait conduire à voir ce tri comme une sélection des personnes à qui il est laissé une chance de survie, et d'autres à qui cette chance serait déniée, cette méthode de tri médical répond pourtant à la prise en compte de la « *balance gravité/efficacité pour sauver le plus de vies possibles tout en tenant compte des contraintes* »¹⁴⁵⁸. À ce sujet, le tri fonde sa nécessité première non pas dans la gravité ou dans la temporalité, mais entièrement dans l'adéquation des moyens aux fins, en prenant en compte les impératifs de ressources humaines et matérielles disponibles. Considérant la double portée des critères à la fois médicaux, mais également des ressources, ces choix se fondent sur la volonté de préserver la vie du plus grand nombre, et ne remettent pas en cause la prise en charge des patients dans les critères éthiques habituels (respect de la dignité de la personne, bienfaisance...), sauf à se situer dans une situation d'exception, catastrophique¹⁴⁵⁹.

¹⁴⁵⁸ CCNE, *Enjeux éthiques de la prise en charge et de l'accès aux soins pour tous en situation de forte tension liée à l'épidémie de Covid-19*, 16/11/2020.

¹⁴⁵⁹ Le tri médical en situation de médecine de catastrophe déroge partiellement à cela, justement en ne prenant pas en charge certains blessés, considérés comme *morituri*. La justification tient dans la volonté de ne pas gaspiller inutilement des ressources, tout particulièrement humaines, et de ne pas soustraire de pertes de chance aux autres blessés. Voir *Infra* §452. En situation de médecine de guerre (voir *infra*, §810), la situation peut être encore plus dégradée, et nécessiter des atteintes aux principes éthiques encore plus fortes.

800. L'adaptation aux ressources humaines et matérielles disponibles nécessite en ce sens à la fois de répondre à l'urgence ou la crise, mais elle implique aussi une réflexion « après coup », tant pour anticiper et préparer d'autres événements imprévus, que pour assurer l'accompagnement de la réflexion éthique dans ces périodes troublées.

801. À ce propos, le Conseil national de l'ordre des médecins a publié une prise de position¹⁴⁶⁰ sur la question de la priorisation entre les patients du fait de l'impossibilité de prendre en compte la totalité des malades. Cette prise de position qualifie le choix des patients qui seront soignés comme une « *réponse extrême [qui] ne saurait être retenue qu'en l'absence avérée de toute autre possibilité et s'il est constaté qu'aucune autre alternative ne se présente au terme d'une appréciation collégiale tracée dans le dossier, fondée sur l'état du patient, prenant en compte notamment ses comorbidités. L'âge du patient, sa situation sociale, son origine, une maladie mentale, un handicap ou tout autre facteur discriminant ne peuvent être l'élément à retenir* »¹⁴⁶¹. Reste à s'interroger sur l'établissement de critères et scores objectifs qui permettent d'établir cette hiérarchisation.

B. Un tri intra-hospitalier disparate

802. Il existe différents outils permettant un tri intra-hospitalier, notamment pour le triage des patients adultes aux urgences¹⁴⁶², qui sont multiples et non uniformes tant au niveau international¹⁴⁶³, qu'au niveau local. Ces outils, essentiellement basés sur des graduations qui prennent la forme d'échelles, servent à définir un ordre de passage. Le nombre de patients

¹⁴⁶⁰ Selon les termes du CNOM.

¹⁴⁶¹ CNOM « *Décisions médicales dans un contexte de crise sanitaire et d'exception* » le 6 avril 2020, [en ligne] disponible sur www.conseil-national.medecin.fr

¹⁴⁶² Société Française de Médecine d'Urgence, Recommandations formalisées d'experts, « *Le triage en structure des urgences* », 2013.

¹⁴⁶³ G. PERSAD et al. *Principles for allocation of scarce medical interventions*. The Lancet. 2009 Jan 31;373(9661):423-31 ; Centers for Disease Control and Prevention. *Ethical considerations for decision making regarding allocation of mechanical ventilators during a severe Influenza Pandemic or Other Health emergency*, 2011 ; J. HARRIS *QALYfying the value of life*. J Med Ethics. 1987;13(3):117-23 ; LD BIDDISON LD, et al. *Ethical considerations: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement*, Chest. 2014;146(4):e145S-55S ; D. Wilkinson et al. *Which factors should be included in triage? An online survey of the attitudes of the UK general public to pandemic triage dilemmas*. BMJ Open. 2020 Dec 8;10(12):e045593 ; LP. SCHEUNEMANN, White DB. *The ethics and reality of rationing in medicine*. Chest. 2011 Dec;140(6):1625-1632 ; L. RICCIONI et al., *Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments, in exceptional, resource-limited circumstances*. Recent Prog Med. 2020 Apr;111(4):207-211 ; A. ZENELI et al. *Identifying ethical values for guiding triage decisions during the COVID-19 pandemic: an Italian ethical committee perspective using Delphi methodology*, BMJ Open. 18 mai 2021;11(5):e043239.

pouvant dépasser le nombre de soignants, cet ordre de passage prend en compte plusieurs critères permettant de prioriser certains patients vis-à-vis d'autres.

803. Certains scores sont articulés quasi exclusivement sur la gravité, comme l'échelle « *Emergency Severity Index* », (ESI) élaborée par l'Agence de recherche et de qualité pour les soins de santé américaine, et modulée en 5 niveaux. Le patient peut être médicalement instable, et nécessiter une intervention immédiate pour être stabilisé (ESI 1), potentiellement instable et devant faire l'objet d'examen complémentaires exigeant une hospitalisation (ESI 2), ou au contraire être un patient stable mais nécessitant des examens complémentaires afin de sortir du système hospitalier avec un traitement (ESI 3), voire avec très peu d'examen complémentaires (ESI 4), ou encore n'en nécessitant pas du tout sans indication à l'hospitalisation et n'appelant ainsi aucune prise en charge rapide (ESI 5).

804. Dans la même logique de classification en fonction de la gravité, la Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU) a pour vocation de prédire la complexité et/ou la sévérité d'un patient venu consulter aux urgences. Le patient peut présenter une détresse vitale majeure dans les minutes (CIMU 1), une instabilité patente, avec une atteinte d'un organe vital ou de lésion traumatique sévère, avec un risque de décès dans les prochaines heures (CIMU 2), l'instabilité pouvant également être potentielle dans les 24 heures (CIMU 3), ou *a contrario* une atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable (CIMU 4), ou aucune atteinte évidente (CIMU 5). Cette classification utilisée par les infirmiers d'organisation de l'accueil (IOA) au sein des services d'urgence semble donner de très bons résultats, d'autant qu'il trouve une concordance très forte avec le triage effectué par un médecin, de l'ordre de 76 %¹⁴⁶⁴. L'avantage de cet outil est de prédire la durée du séjour mais également la consommation de ressources¹⁴⁶⁵.

805. Ces deux outils essentiellement basés sur la gravité font apparaître la nécessité d'action des équipes soignantes, avec des délais indicatifs allant de l'intervention immédiate à une intervention différée à plus de 30 minutes, voire différée de 4 heures pour les CIMU 5. Cependant, si du point de vue juridique ces échelles semblent très satisfaisantes, car objectives et permettant de réduire le facteur « perte de chance », leur pertinence doit toutefois être remise

¹⁴⁶⁴ A. FEHRE, A. CHAUVIN, C. DURAND-STOCCO *et al.*, « Évaluation de l'application d'un triage par la Classification Infirmière des Malades aux Urgences par des infirmiers organisateurs de l'accueil en comparaison avec un triage réalisé par un médecin », *Annales françaises de médecine d'urgence*, 5, Lavoisier SAS, mai 2015, n° 3, p. 150-158.

¹⁴⁶⁵ Pierre TABOULET, Véronique MOREIRA, Laurent HAAS *et al.*, « Triage avec l'échelle française de classification des infirmiers urgentistes à l'hôpital : fiabilité et validité », *European Journal of Emergency Medicine: Official Journal of the European Society for Emergency Medicine*, 16, avril 2009, n° 2, p. 61-67.

en cause dès lors que le service hospitalier est dans un fonctionnement sous tension, avec une inadéquation des équipes soignantes au regard du nombre de patients devant être pris en charge rapidement.

Cette tension est aujourd'hui banalisée au sein du service public hospitalier, mais n'emporte pas nécessairement des conséquences néfastes, cette tension résultant de mauvaises habitudes : le fait de consulter aux urgences, faute de médecin généraliste disponible par exemple¹⁴⁶⁶, engorge artificiellement le service d'accueil des urgences. Afin d'éviter de retarder des prises en charge graves, la mise en œuvre d'un système de priorisation doit permettre de résoudre – tout du moins en surface – l'absence d'équilibre entre le nombre de soignants et celui des soignés, en temporisant ces « non-urgences ».

En revanche, en cas d'afflux de patients atteints par des facteurs de gravité, la situation est assez différente, et il convient d'appliquer des priorisations plus fortes encore, puisqu'il s'agira d'identifier des urgences parmi d'autres.

806. Dans une situation de tension hospitalière, avec de réelles urgences médicales, la mise en œuvre d'une hiérarchisation des patients ne doit pas faire oublier qu'elle constitue un moyen dégradé de prise en charge, puisqu'elle retarde la mise en œuvre des soins auprès de certains patients.

La recherche d'adéquation entre les besoins de soins immédiats et l'offre de soins n'étant pas possible sans cette priorisation, qui permet de temporiser certains soins, après un premier bilan effectué par un professionnel de santé. Cette temporisation étant fondée sur une hiérarchie des pathologies, ce déséquilibre entre offre et demande peut accentuer le temps d'attente dans le service, avant un transfert dans les services spécialisés (réanimation, soins intensifs...), le temps qu'un lit se libère.

807. Afin de prendre en compte ces différents temps d'attente et l'évolution de la pathologie dans le temps, susceptible de s'aggraver, les recommandations¹⁴⁶⁷ de la Société Française de Médecine d'Urgence (SMFU) militent pour une utilisation d'échelles comportant au moins 5 niveaux pour intégrer correctement les différents facteurs de gravité. Il importe également que cette échelle soit « *adaptée aux caractéristiques de l'organisation nationale des*

¹⁴⁶⁶ Motif avancé par un patient sur cinq ; 59% des patients interrogés ont évoqué la commodité du recours aux urgences comme un motif de leur présence dans le service. Laurence Cohen, et al, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières*, n°685, Sénat, 2017.

¹⁴⁶⁷ Société Française de Médecine d'Urgence, Recommandations formalisées d'experts, *précité*.

soins (médecine préhospitalière) » et donc prenne également en compte les éventuels gestes et temps d'attente depuis le lieu de la catastrophe.

C.L'établissement de critères objectifs et l'application

808. Etablir des critères objectifs de marqueurs de hiérarchisation est non seulement chose complexe, mais leur application ne se fait pas sans difficulté. Le CCNE avait eu l'occasion de s'interroger en 2009 sur la sélection des patients dans les unités de soins intensifs, dans la perspective d'une hypothétique pandémie grippale¹⁴⁶⁸, en posant dès le départ la possibilité sinon la nécessité d'établir des critères multiples, en vue de la décision d'admission, cette décision « *pouvant aller jusqu'à faire sortir un patient pour en accueillir un autre* ». Ces décisions souvent difficiles doivent être basées sur des critères objectifs, mais le CCNE ne se fait guère d'illusions sur l'existence d'appréciations subjectives « *qui, dans un contexte d'urgence, ne peuvent être ni complètement explicites, ni parfaitement égalitaires* ». Ainsi, le comité laisse la possibilité pour les professionnels de concevoir des outils qui permettraient de donner à chaque patient la même chance de recevoir les mêmes soins, dès lors qu'il serait placé dans la même situation, celle-ci étant évaluée au regard de critères établis.

809. Dans le même temps, le comité affirme la nécessité de conserver l'autonomie des professionnels de santé vis-à-vis de l'utilisation ou non de ces outils, ce qui altère l'objectivité de la démarche, notamment s'agissant d'une priorisation de soins pour des patients à grande échelle. D'autant plus que pour que ces critères soient objectifs, ces outils ne doivent être appliqués qu'aux patients en lien avec l'urgence collective spécifique, c'est-à-dire dans le cas évoqué, porteurs de la grippe. Il n'est jamais question, même au plus fort d'une tension hospitalière, de refuser systématiquement l'accès à un patient à des soins d'urgence dont il pourrait bénéficier en situation normale, dans la seule finalité de conserver la totalité des ressources pour faire face à la situation. En effet, non seulement un tel choix entraînerait une augmentation significative de la dégradation de la santé, voire de la mortalité des patients atteints d'autres pathologies, mais rien ne prouve que ce choix permettrait de limiter la dégradation ou la mortalité des victimes en lien avec l'événement. Certes, pour les soins non urgents, une déprogrammation des soins est évidemment possible, mais également souhaitable, afin de conserver un nombre plus important de ressources hospitalières. Elle doit toutefois être

¹⁴⁶⁸ CCNE, Avis n° 106, Questions éthiques soulevées par une possible pandémie grippale, 05/02/2009.

accompagnée d'une nouvelle programmation, car les soins ne sauraient être repoussés indéfiniment¹⁴⁶⁹. La programmation à plus long terme est en effet un risque de complexification des prises en charge, d'aggravation de l'état de santé des patients concernés¹⁴⁷⁰, et de surmortalité¹⁴⁷¹.

810. Afin d'articuler correctement ces différents impératifs, chaque plan blanc d'établissement prévoit un certain nombre de modalités d'organisation de l'offre de soins, à mettre en œuvre dans des situations sanitaires exceptionnelles¹⁴⁷². Une séparation « circuit courant » et « circuit spécifique » peut alors être opérée, afin que les patients puissent bénéficier de la plus grande qualité de soins et éviter également la propagation de pathologies contagieuses. Cela permet de ne pas perturber les soins sans relation avec la situation sanitaire et de mieux prendre en compte les critères objectifs de priorisation des soins.

¹⁴⁶⁹ Le code de la santé publique (R.3131-13) ne mentionne pas expressément la déprogrammation, mais plutôt des « modalités adaptées et graduées d'adaptation des capacités et de mobilisation des moyens humains et matériels ».

¹⁴⁷⁰ DM CUTLER, LH SUMMERS. *The COVID-19 Pandemic and the \$16 Trillion Virus*. JAMA. 2020 Oct 20;324(15), p. 1495-1496; Mark E CZEISLER et al, *Delay or Avoidance of Medical Care Because of COVID-19–Related Concerns — United States*, Morbidity and Mortality Weekly Report, n°69, 2020 ; Camille MARINGE, et al., *The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study*, The Lancet. Oncology, 21, août 2020, n° 8, p. 1023-1034.

¹⁴⁷¹ Emilie GROVER, *Covid-19 : Dans 5 ans, à Gustave Roussy, 2 à 5% des décès par cancer seront dus aux retards de prise en charge*, ESMO, 24 septembre 2020.

¹⁴⁷² Par exemple le dispositif ORSAN (Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles), comprend un volet « accueil massif de victimes non contaminées » (AMAVI), un volet « prise en charge de nombreux patients suite à un phénomène climatique » (CLIM), un volet « gestion d'une épidémie ou pandémie sur le territoire national », avec la dimension vaccination, un volet « prise en charge d'un risque biologique connu ou émergent » (BIO), et un volet « prise en charge d'un risque NRC ».

Paragraphe 2 : La mise en œuvre de moyens et de techniques spécifiques aux situations d'exception : le « damage control »

811. Terminologie issue de la marine des États-Unis, le ‘damage control’ désigne originellement les mesures prises à bord d’un bâtiment naval de guerre ayant subi des avaries.

Ce terme a été par analogie largement appliqué dans le domaine de la médecine de guerre et médecine de catastrophe. Décomposé en trois temps, le damage control consiste à contrôler les dommages subis.

Le premier temps de ce ‘damage control’ est relatif aux réparations sommaires des brèches (stabilisation) et l’extinction des incendies (hémostase) ; le deuxième est d’éviter au navire de sombrer (réanimation), et enfin, le troisième s’attache à débiter précocement les réparations définitives (chirurgie réparatrice), c’est-à-dire une fois le patient hors de danger et en sécurité, sans attendre.

812. Qualifiée de « grande révolution »¹⁴⁷³ dans la prise en charge d’un traumatisé hémorragique grave, la technique du ‘damage control’ a été largement reprise par toutes les doctrines après les différents attentats qui ont touché la France en 2015. Il s’agit d’absorber un afflux brutal de victimes, soit en fonction de la gravité de celles-ci, soit du nombre, soit de la combinaison des deux. Cette absorption se fait à la fois en préhospitalier et en hospitalier, les deux prises en charge étant similaires.

813. Les trois objectifs clefs de cette technique sont : le traitement des lésions rapidement mortelles, la lutte contre les conséquences de ces lésions (hypoperfusion, acidose, hypothermie et coagulopathie), et le transport rapide vers une structure hospitalière, ce qui n’est pas sans rappeler la stratégie américaine du « *pick and run* », basée sur la prise en charge minimale d’un patient, la stabilisation de l’état de santé se faisant en roulant vers la structure hospitalière. La mise en œuvre de cette technique n’enlève rien aux opérations de tri, puisque tout l’enjeu réside dans la catégorisation afin d’éviter les morts « évitables », par la prise en charge prioritaire des plaies hémorragiques.

814. Davantage encore que pour le tri préhospitalier, la catégorisation est réadaptée à chaque étape de prise en charge. Elle fonde des groupes de priorité de traitement et/ou d’évacuation, dans une optique d’optimisation des moyens, ce qui se traduit souvent par

¹⁴⁷³ MATTOX et HIRSHBERG, *Art et technique de la chirurgie des traumatismes hémorragiques graves et du damage control*, *Top Knife*, ARNETTE, 2021.

l'expression de terrain « délivrer le juste soin ». Ainsi, le triage et l'affectation d'une catégorisation diffèrent selon l'étape de prise en charge¹⁴⁷⁴, l'objectif du 'damage control' étant d'identifier prioritairement les urgences absolues et de les traiter.

815. Il est ainsi plus juste de parler « des » damage control (I), puisque cette technique se décompose en deux temps : une soustraction de la cause en vue d'éviter un décès à très court terme, et dans un second temps, la « réparation » définitive. Les détresses médicales sont donc prises en charge, y compris pendant le transport, par des équipes médicalisées. Les conséquences du recours à ces moyens d'exception sont multiples (II) mais permettent aux patients d'être en vie et le temps gagné sur la prise en charge favorise une régulation à grande échelle, avec une traçabilité renforcée.

I. Les « Damage control » : des techniques d'exceptions pour des situations d'exceptions

816. Le damage control se divise en deux catégories¹⁴⁷⁵, le « *damage control surgery* » (B), qui correspond à une chirurgie rapide, de réparation ou permettant la réanimation, et le « *damage control ressuscitation* » (A), qui est constitué de techniques préhospitalières destinées à limiter les atteintes à la santé, dans l'objectif d'un transfert rapide en hospitalisation.

A. Le « *damage control ressuscitation* »

817. Reposant sur la prise en charge globale d'un traumatisé grave, le « *damage control ressuscitation* » prend en compte l'hospitalisation systématique de tout patient traité¹⁴⁷⁶. En effet, dans le cadre de la prévention de la triade létale¹⁴⁷⁷, un ensemble de gestes qui seraient entrepris en situation normale au bloc opératoire, sont réalisés très précocement, c'est-à-dire directement sur le terrain, dans l'optique d'un gain de temps lors de l'arrivée au bloc.

¹⁴⁷⁴ *Agressions collectives par armes de guerre*, Conduites à tenir pour les professionnels de santé. Direction générale de la Santé, Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018.

¹⁴⁷⁵ Vincent GIRIN, « Ambroise Paré réactualisé », RDS, n° 86, 2018, p. 994-997.

¹⁴⁷⁶ JB HOLCOMB, et al. *Damage control resuscitation: directly addressing the early coagulopathy of trauma*. J Trauma. 2007, 62(2):307-10.

¹⁴⁷⁷ Coagulopathie, hypothermie et acidose.

La prise en charge préhospitalière est alors jugée « agressive », c'est-à-dire avec un usage de dispositifs médicaux et de médicaments très puissants (par exemple, une perfusion à l'aide d'un cathéter intra-osseux plutôt qu'à l'aide d'un cathéter veineux) dans l'objectif de pouvoir organiser une chirurgie écourtée.

818. La première étape est donc une détection des patients éligibles aux techniques de *damage control resuscitation*, particulièrement à risques hémorragiques. Contrairement aux prises en charge classiques, le patient est placé ou maintenu dans une situation d'hypotension, afin de limiter le recours aux solutés de remplissages¹⁴⁷⁸, avec l'avantage qu'une pression artérielle réduite limite également le saignement. Le recours à des pansements hémostatiques ou des produits d'hémostases est quasi-systématique. Toutefois, le recours à ces produits présentant un risque d'embolie vasculaire, la HAS a réservé en 2011 leur utilisation uniquement en dernière intention¹⁴⁷⁹, et de façon extrêmement limitée (les méthodes d'hémostase conventionnelle présentent une balance bénéfice/risque plus favorable), c'est-à-dire exclusivement en préhospitalier en conditions dégradées et en l'absence d'autre alternative.

819. Une des problématiques induites par les hémorragies est le risque d'hypothermie, en lien à la fois avec le déshabillage de la victime nécessaire à l'identification et au traitement des hémorragies et avec le recours à des solutés de remplissages, qui sont généralement conservés au frais ou à température ambiante, et participent au refroidissement du patient. Si les études montrent de façon unanime¹⁴⁸⁰ un meilleur pronostic chez les victimes ayant bénéficié d'un facteur de coagulation simultanée s'approchant de la composition du sang totale, la mise en œuvre dans la réalité semble davantage correspondre à la médecine militaire et de guerre, qu'à la médecine de catastrophe : les SMUR ne disposent en effet pas de stocks rapidement projetables dans les mêmes conditions que le service de santé des armées.

820. Depuis les attentats qui ont touché la France en 2015, un rapprochement est fait entre la médecine de catastrophe et la médecine de guerre, notamment par le biais de formations communes, mais également par le glissement de certaines techniques militaires vers un usage civil. C'est dans ce contexte que le tri hospitalier s'est doté d'une qualification d'urgence supplémentaire, les extrêmes urgences, qui correspondent à des patients nécessitant une

¹⁴⁷⁸ En nombre très limité en raison soit de la localisation du patient (opérations militaires extérieures), soit du nombre de victimes important, dépassant les ressources médicales.

¹⁴⁷⁹ HAS, Avis sur les dispositifs médicaux, Quikclot Pansement hémostatique à base de kaolin, novembre 2021

¹⁴⁸⁰ Les auteurs ayant montré des résultats comparables dans plus de 20 études. Voir en ce sens GODIER A, OZIER Y, SUSEN S. *Le ratio transfusionnel PFC/CGR 1/1: Un phénomène de mode basé sur des preuves ?* Annales françaises d'anesthésie et de réanimation, 2011;30:421-8.

chirurgie urgente, et pour lesquels seront mis en œuvre des techniques du *damage control*. Cela suppose une stratégie de prise en charge globale, du préhospitalier au bloc, avec l'organisation d'une chaîne de survie axée sur la prise en charge des hémorragies et des traumatismes.

B. Le « damage control surgery »

821. Une fois les opérations de *damage control* initiées sur le terrain préhospitalier, se met en place une organisation qui vise à prendre en charge ces patients nécessitant des soins chirurgicaux urgents (1), ou des techniques de réanimation (2), destinées à stabiliser rapidement leur état de santé, afin de libérer le bloc opératoire pour un autre patient, la chirurgie de réparation étant repoussée ultérieurement (3), et de maintenir des capacités opérationnelles.

1. La chirurgie rapide

822. L'objectif n'est pas la normalisation des fonctions vitales, mais le maintien en vie du patient, l'équipe médicale se focalisant sur la prise en charge chirurgicale : l'équipe chirurgicale travaille « grossièrement » sur les réparations des tissus et des organes, afin de permettre une prise en charge médicale rapide, dans l'objectif de prendre en charge successivement de nombreux patients sur le plan chirurgical.

823. Cette chirurgie rapide implique donc des actes chirurgicaux sommaires et rapides, en conservant à l'esprit qu'une seconde opération chirurgicale, réparatrice, interviendra ultérieurement et en dehors du contexte de l'urgence collective.

2. Les techniques de réanimation « adaptées » au *damage control*

824. À contre-courant des techniques opératoires fondées sur une analyse préalable du dossier du patient, des contre-indications et de l'élaboration d'une stratégie préalable, les techniques opératoires, particulièrement d'anesthésie et de réanimation, sont adaptées, c'est-à-dire constamment réévaluées.

825. En outre, contrairement à la chirurgie programmée, le *damage control* chirurgical repose parfois sur l'utilisation de médicaments quasiment « à l'aveugle » : par exemple l'usage d'agents hémostatiques (fibrinogène ou acide tranexamique) dans des proportions variables. Comme le taux de fibrinogène souhaitable chez le patient hémorragique n'étant pas connu¹⁴⁸¹ bien qu'il existe des recommandations applicables aux études cliniques¹⁴⁸², le recours à des doses drastiques est alors fréquent¹⁴⁸³, augmentant les effets indésirables, comme les états inflammatoires, la formation des caillots sanguins et donc le risque de thrombose et les risques cardiovasculaires. C'est en ce sens que l'on parle de « prise en charge agressive », comme étudié précédemment, le patient devant donc nécessairement bénéficier d'un suivi médical intensif, y compris plusieurs semaines après. Ces techniques qui peuvent s'apparenter de l'extérieur au « tout pour le tout » font pourtant l'objet d'un grand nombre de publications et de recherches¹⁴⁸⁴. Se serait ainsi affirmé au fil des années la stratégie transfusionnelle, le recours aux médicaments hémostatiques, la lutte contre l'hypothermie...

¹⁴⁸¹ BOLLIGER, GORLINGER, TANAKA. *Pathophysiology and treatment of coagulopathy in massive hemorrhage and hemodilution*. *Anesthesiology* 2010;113:1205-19.

¹⁴⁸² R. ROSSAINT et al. *Management of bleeding following major trauma: an updated European guideline*. *Crit Care* 2010;14:R52.

¹⁴⁸³ BOLLIGER, GORLINGER, TANAKA, *précité*.

¹⁴⁸⁴ Près de 700 articles sont ainsi disponibles sur PubMed. Des critiques sont régulièrement faites sur le concept de la 'golden hour', qui comporte un certain nombre d'inconvénients, voir en ce sens Lukas BÜRKI et Bertrand YERSIN, « *Golden hour* » et manœuvre de SELICK en urgence : le bébé est-il à jeter avec l'eau du bain ? », *Revue Medicale Suisse*, 570, août 2017, p. 1373-1377.

3. La chirurgie de réparation ultérieure

826. La technique de ‘*damage control surgery*’ repose sur des réparations temporaires, particulièrement abdominales, avec une fermeture temporaire, qui sera suivie dans un second temps d’une réouverture aux fins de réparation définitive, dans un contexte où l’urgence médicale est écartée, ou au moins largement réduite¹⁴⁸⁵. L’utilisation à cette technique peut être appropriée chez des patients gravement blessés, mais reste associée à une morbidité importante et une mortalité élevée¹⁴⁸⁶. En outre, cette chirurgie de la catastrophe peut nécessiter des opérations de consolidations plusieurs mois, voire plusieurs années après la première chirurgie, afin de parfaire la reconstruction totale¹⁴⁸⁷. Face aux conséquences, parfois lourdes, il y a lieu de ne la réserver qu’aux urgences médicales les plus extrêmes.

II. Les conséquences du « *damage control* »

827. Sur le plan médical, le recours au ‘*damage control*’ par excès peut se révéler délétère¹⁴⁸⁸, et bien qu’il n’existe pas d’essai randomisé évaluant le recours au *damage control* lors des échecs de la mise en œuvre de ces techniques, une surmortalité multipliée par trois a pu être observée¹⁴⁸⁹. À l’inverse, lorsqu’elle est mise en œuvre, il semble que la durée de séjour en soins intensifs comme les quantités de produits transfusés en soient réduites¹⁴⁹⁰. La stratégie de mise en œuvre du *damage control* doit donc être envisagée en fonction des cas, et non de façon systématique : si l’arrêt des hémorragies, la prévention de l’hypothermie et l’évacuation rapide peuvent être adaptés en tout temps, ce n’est pas le cas des transfusions massives, ni des gestes chirurgicaux précoces et en deux temps¹⁴⁹¹ qui ne doivent être réalisés que dans des

¹⁴⁸⁵ William RISINGER, et Jason SMITH, « *Damage Control Surgery in Emergency General Surgery: What You Need to Know* », The Journal of Trauma and Acute Care Surgery, juillet 2023.

¹⁴⁸⁶ Luiza LEONARDI, *al.*, « *Predictive factors of mortality in damage control surgery for abdominal trauma* », Revista Do Colegio Brasileiro De Cirurgioes, n°49, 2022.

¹⁴⁸⁷ Antonio DE MATTEIS, *et al.*, « *From damage control surgery to complex abdominal wall reconstruction It is possible even in the elderly in a Spoke Center?* », Annali Italiani Di Chirurgia, 94, 2023, p. 95-98.

¹⁴⁸⁸ MH MURAD, *et al.* *The effect of plasma transfusion on morbidity and mortality: a systematic review and meta-analysis*. Transfusion n°50, pp. 1370-1383, 2010.

¹⁴⁸⁹ MC CHRISTENSEN, *et al.* *Global differences in causes, management, and survival after severe trauma: the recombinant activated factor VII phase 3 trauma trial*. J Trauma 2010, n°69 pp. 344-352.

¹⁴⁹⁰ JC DUCHESNE, *et al.* *Damage control resuscitation in combination with damage control laparotomy: a survival advantage*. J Trauma 2010;69:46-52 ; BA COTTON, *et al.* *Damage control resuscitation is associated with a reduction in resuscitation volumes and improvement in survival in 390 damage control laparotomy patients*. Ann Surg 2011;254:598-605 ; RP DUTTON RP, *et al.* *Trauma mortality in mature trauma systems: are we doing better ? An analysis of trauma mortality patterns, 1997-2008*. J Trauma 2010;69:620-6.

¹⁴⁹¹ Notamment les gestes effectués par des auxiliaires sanitaires, parfois particulièrement invasifs. Cf. *infra*, §1008

situations particulièrement dramatiques, eu égard aux risques supplémentaires qui peuvent peser sur les victimes, tout particulièrement s'il n'est pas possible d'organiser rapidement leur transfert en milieu hospitalier, avec une orientation dans un parcours de soins spécifique.

828. A ce titre, il convient de rappeler qu'en cas de situation sanitaire exceptionnelle, se met en œuvre une régulation médicale à grande échelle, afin que les structures de proximité ne soient totalement submergées, en essayant de fractionner le nombre de victimes sur le plus grand nombre de structures, en fonction des capacités techniques de chaque établissement. Ainsi, la régulation ne peut se baser que sur une capacité quantitative de victimes à répartir, il faut encore prendre en compte la gravité de ces victimes pour leur assurer une prise en charge adaptée (chirurgie par exemple), ce qui inclut une notion qualitative. En effet, si la catégorisation est indispensable au plan préhospitalier, au sein de l'établissement, la catégorisation change pour basculer vers le type de service d'hospitalisation : soins intensifs, réanimation, services de chirurgie, soins ambulatoires...

829. Dans le cas du '*damage control*', dès lors que la chirurgie est généralement indispensable en deux temps (réparation temporaire, puis chirurgie définitive), elle peut être adaptée aux traumatismes graves¹⁴⁹², particulièrement lors de blessures provoquées par des armes de guerre ou des explosions (terrorisme). Pour autant, cette technique fait courir aux patients des risques supplémentaires puisqu'une sur-morbidité y est associée, du fait de la multiplication des interventions chirurgicales, et qu'elle suppose ensuite des hospitalisations répétées dans le temps.

830. Bien qu'elle présente de nombreux avantages en situation extrême, en raison de ses inconvénients, elle n'apparaît pas adaptée à toutes les situations (risques chimiques, pandémie...).

¹⁴⁹² M. GIANNOUDI, P. HARWOOD. *Damage control resuscitation: lessons learned*. Eur J Trauma Emerg Surg. 2016 Jun;42(3):273-82.

Section 3. Les risques nucléaires, radiologiques, biologiques, chimiques et explosifs : une multiplicité d'urgences cumulées

831. Les risques NRBC sont particuliers en ce qu'ils nécessitent des prises en charge spécifiques, avec du matériel adapté, généralement coûteux et donc limité. Ces urgences sont collectives en raison de la mécanique et du fort risque de contamination : à l'urgence médicale, s'ajoute l'urgence d'identification du phénomène (§1), afin d'adopter une organisation en conséquence. Lorsque l'élément déclencheur est un attentat, avec des risques explosifs, une désorganisation peut survenir tant les urgences sont multiples (§ 2) et les enjeux importants. De surcroît, il est particulièrement complexe d'anticiper ce genre de menace et d'établir une doctrine.

Paragraphe 1 : Les risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques : une urgence d'identification du phénomène

832. Les risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques sont connus depuis le XX^e siècle¹⁴⁹³, et la France a établi un certain nombre de plans pour anticiper ces risques, en prenant en compte une multiplicité d'urgences (I). Cette planification prévoit la mise en œuvre de moyens spéciaux, qui ne sont donc pas disponibles immédiatement. La situation semble paradoxale, puisqu'en réponse à l'urgence NRBC, les recommandations sont la mise en œuvre de moyens de décontaminations qui rallongent considérablement les prises en charge (II).

¹⁴⁹³ Le Protocole de Genève, concernant la prohibition d'emploi à la guerre de gaz asphyxiants, toxiques ou similaires et de moyens bactériologiques du 17 juin 1925, interdit l'usage d'armes biologiques et/ou chimiques.

I. La planification de ces urgences multiples

833. Planifier des risques NRBC revient à prendre en compte la réalité des ressources disponibles, très spécialisées, et nécessitant donc un délai d'acheminement. La première urgence lors de la réalisation d'un phénomène NRBC se résout dans l'attente de ces moyens spéciaux (A), et entre temps, la mise en œuvre de distributions d'antidotes à grande échelle (B).

A. Une urgence à attendre des moyens spécialisés

834. La première urgence s'agissant de la réalisation ou la suspicion de réalisation d'un risque NRBC concerne la préservation de la situation, des victimes, ainsi que des intervenants. Il faut absolument figer la situation, baliser autour du risque et limiter tout déplacement. Il convient en particulier d'éviter tout afflux de victimes non décontaminées vers les services d'accueil des urgences, tout comme leur transport. Il sera donc privilégié de les décontaminer sur place, afin de ne pas déstabiliser la chaîne de santé, qui pourrait être gravement mise en péril.

835. Les risques NRBC sont aujourd'hui fortement connotés comme d'origine terroriste, et la doctrine nationale a été rédigée en ce sens¹⁴⁹⁴, et dans tous les cas, « *l'utilisation concomitante d'un agent toxique et d'un dispositif pyrotechnique, soit pour disperser l'agent, soit pour associer un effet toxique à un effet mécanique* »¹⁴⁹⁵ doit être envisagée. Ainsi, en occultant le volet interventionnel des forces de sécurité intérieure qui sera abordé plus loin, les équipes de secours, y compris médicales, doivent se munir d'équipements de protection, se contenter des seuls gestes de premiers secours d'urgence (tel que la mise en position latérale de sécurité, la libération des voies aériennes, la pose d'un garrot...) et de ne réaliser aucune médicalisation thérapeutique avant la décontamination¹⁴⁹⁶, au risque sinon d'ancrer plus profondément la contamination. C'est seulement après le passage en unité de décontamination que la prescription thérapeutique symptomatique ou antidotique sera envisagée.

¹⁴⁹⁴ Circulaire n°700 / SGDSN / PSE / PSN du 2 octobre 2018 *relative à la doctrine nationale d'emploi de moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières chimiques*.

¹⁴⁹⁵ *Précité*.

¹⁴⁹⁶ Cependant, une équipe médicale de l'avant (issue d'effectifs SMUR) peut, une fois munie d'équipement de protection, médicaliser les urgences absolues et les extrêmes urgences au sein de la zone contaminée ; l'ensemble des perfusions (par ex) et du matériel nécessaire à cette médicalisation sera enlevé à la sortie de la zone contaminée, et du matériel neuf utilisé à la sortie de la zone de décontamination. Le principal inconvénient de cette méthode est qu'elle est très consommatrice de personnel pour médicaliser par deux fois, sans compter le matériel médical.

836. Ainsi, la doctrine nationale prévoit un premier tri médical totalement identique à ceux de la médecine de catastrophe que nous avons déjà abordée, une décontamination d'urgence en vue de stabiliser les détresses vitales avant leur décontamination approfondie, puis une décontamination approfondie. Enfin, la prise en charge thérapeutique et antidotique est réalisée sous surveillance constante, éventuellement en renforçant ou changeant la thérapeutique, et en réévaluant systématiquement le tri.

Les victimes peuvent être médicalisées, en fonction de leur gravité, soit directement au point de rassemblement des victimes, avant la décontamination d'urgence, soit après la décontamination d'urgence, soit lors de leur passage au Poste Médical Avancé après leur passage en unité de décontamination.

837. Comme il est prévu dans le guide national ORSEC¹⁴⁹⁷, une étroite communication se fait entre les équipes primo intervenantes, les cellules de crise qui donneront sans délai l'alerte, et les établissements de santé, afin de permettre à ces derniers d'installer des unités de décontamination pour les victimes dites « fuyardes » qui auraient quitté spontanément les lieux de l'événement, et donc non décontaminées. L'objectif est d'éviter à tout prix la contamination des structures hospitalières, de canaliser le flux de victimes et de tout mettre en œuvre pour protéger les établissements et leurs personnels des risques de contamination.

Les différents retours d'expérience ont en effet mis en évidence un afflux « *spontané et massif* »¹⁴⁹⁸ des victimes, particulièrement en milieu urbain, ce qui s'explique par le fait que la « *grande majorité des victimes impliquées ont la capacité de fuir le danger et de quitter le site de l'événement puis de se rendre dans des structures de soins proches pour faire soigner leurs blessures ou faire vérifier l'absence de lésion ou de contamination* ».

838. Cette étroite communication doit permettre l'utilisation d'unité fixe de décontamination hospitalière, afin de n'admettre au sein de l'établissement que des victimes totalement décontaminées, faute de quoi c'est l'ensemble de l'établissement qui serait rendu inutilisable du fait de la contamination.

839. La décontamination n'étant pas la même en fonction de la typologie du phénomène, une des urgences sera d'identifier l'agent NRBC, le plus rapidement possible. Les agents chimiques létaux qui sont susceptibles d'entraîner le décès sont divisés en neurotoxiques organophosphorés, suffocants, poisons cellulaires et vésicants, chacun ayant des propriétés

¹⁴⁹⁷ Guide ORSEC Mode d'Action Secours à de Nombreuses Victimes dit « NOVI », Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion des Crises, Ministère de l'Intérieur, novembre 2017.

¹⁴⁹⁸ Circulaire 700 du 2 octobre 2018, *précité*.

différentes. Le diagnostic de l'exposition est souvent long et difficile, d'autant que les premiers signes cliniques peuvent être différés et survenir jusqu'à 12 h après l'exposition¹⁴⁹⁹, et que l'analyse requiert un appareil de chromatographie en phase gazeuse et de la spectrométrie de masse, rarement disponible sur le lieu de la catastrophe¹⁵⁰⁰.

B. Une urgence à délivrer des antidotes : l'exemple de la radio-contamination

840. Les recommandations médicales s'agissant des radio-contaminations¹⁵⁰¹ préconisent un traitement d'urgence des contaminations internes, « *dès lors que le ou les radionucléides contaminants potentiels ont été identifiés* »¹⁵⁰², et dans un délai de deux heures. Les urgences relatives seront traitées après les opérations de décontaminations, et dans le même esprit que précédemment développé.

841. Dans tous les cas, les prescriptions médicamenteuses sont d'autant plus efficaces qu'elles interviennent précocement après l'exposition. Ainsi, en cas d'exposition à des radionucléides par exemple, des chélateurs seront administrés sur une simple présomption, et « *sans qu'il soit nécessaire d'attendre le résultat des analyses complémentaires prescrites dans le but d'identifier le ou les radionucléides incriminé* »¹⁵⁰³. Ce choix thérapeutique « *est rendu possible, dans l'urgence, par l'absence de contre-indication absolue à l'administration de ces médicaments* », et également par les effets indésirables très limités, qui concernent principalement l'hypokaliémie (baisse du taux de potassium dans le sang), qui se traite par une alimentation riche en potassium, ou dans les cas les plus graves, par perfusion de chlorure de potassium.

Dans les deux cas, les complications¹⁵⁰⁴ restent réduites au regard du risque de retarder le traitement par des chélateurs et de disperser ainsi les éléments radioactifs au sein de

¹⁴⁹⁹ S. MERAT et al., *Intoxication aiguë par arme chimique vésicante : l'ypérite*, Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, 22, février 2003, n° 2, p. 108-118.

¹⁵⁰⁰ Les sapeurs-pompiers disposent de véhicules laboratoires qui se perfectionnent, pour prendre en compte cette problématique, qui a été soulevée dans le Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale, avril 2013.

¹⁵⁰¹ Guide national d'intervention médicale en cas d'événement nucléaire ou radiologique, Agence de Sûreté Nucléaire, juillet 2008.

¹⁵⁰² *Idem*.

¹⁵⁰³ Circulaire n°800/SGDSN/PSE/PPS du 18 février 2011 *relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières radioactives*.

¹⁵⁰⁴ Pour arriver à cette conclusion, il a été fait appel aux compétences de l'association ALPHASIS, *Alliance des Pharmaciens des Services d'Incendie et de Secours*, qui a indiqué que les deux principales substances utilisées, mais également stockée en grande quantité, étaient le RADIOGARDASE (bleu de Prusse) et le CA-DTPA.

l'organisme. S'agissant des chélateurs fabriqués à partir de Bleu de Prusse, le principal effet indésirable est une coloration bleue des selles, éventuellement une coloration bleue de la bouche et des dents si les gélules sont croquées.

S'agissant des autres chélateurs, l'un des effets secondaires est la constipation ou la diarrhée¹⁵⁰⁵, ce qui précisément est recherché dans ce cadre NRBC, afin de concentrer les éléments radioactifs présents dans l'organisme et les évacuer par voie naturelle. Des précautions sont donc naturellement à mettre en œuvre pour ne pas polluer l'environnement.

Bien que l'on ne dispose que de peu de recherches scientifiques sur le sujet en raison du faible nombre de patients irradiés et radiocontaminés¹⁵⁰⁶ dans le cadre des urgences collectives, la balance bénéfice/risque est favorable à la prescription d'antidotes, dès lors qu'il n'existe pas de contre-indication absolue.

II. La mise en œuvre des moyens de réponses NRBC : le paradoxe entre lenteur de prise en charge et urgence vitale

842. Mettre en œuvre des moyens de réponses à un phénomène NRBC est toujours complexe, en raison de moyens limités (A), de la nécessité de concilier l'évacuation des victimes les plus graves avec la décontamination préalable (B), et de la gravité des lésions corporelles (C).

A. Des moyens limités

843. L'intervention d'une ou plusieurs équipes médicales dans un contexte NRBC dépend en premier lieu du nombre de personnels formés, mais aussi disponibles, et équipés de protections adéquates, mais également de moyens logistiques de décontamination et de

¹⁵⁰⁵ S'agissant du Succicaptal notamment, qui est le chélateur recommandé dans les lots PSM, et donc probablement le plus à même d'être délivré en grande quantité sur le lieu de l'incident. Voir en ce sens la Circulaire interministérielle DGS/DUS/DGSCGC n°2013-374 du 26 septembre 2013 *relative à l'élaboration du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires*. Cependant, le contenu de ces malles a évolué à plusieurs reprises, complété par chaque SAMU en disposant, afin de faire face au risque nucléaire et radiologique ; ce qui explique l'intérêt manifesté pour les deux autres molécules précitées.

¹⁵⁰⁶ Alexandra BOURGOIS, et al. *Stratégies en cours d'étude pour la prise en charge des victimes en contexte nucléaire et radiologique*, Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives, Volume 7, Issue 2, 2023, Pages 99-102

thérapeutiques spécifiques. La difficulté réside dans la disponibilité de ces moyens, qui doivent à la fois être fournis aux primo intervenants, mais également aux personnels extra et intra hospitaliers. À ce sujet, si en raison d'une confidentialité évidente pour des raisons de sûreté, le nombre de tenues est une donnée difficile d'accès, en fonction de la typologie de tenue, une estimation peut être faite sur la base des recommandations des sociétés savantes. Ainsi, le nombre de tenues de protection étanches aux gaz est extrêmement limitée (une quinzaine par département et service), contrairement aux tenues étanches aux liquides (environ 200 par département et service), ce qui rend difficile les prises en charge, mais également les rotations des équipes intervenantes. En outre, les moyens de détection et de prise en charge de victimes radio contaminées, comme les portiques, sont eux aussi extrêmement limités¹⁵⁰⁷.

844. A titre d'illustration, le SAMU 31 dispose de la plus grande unité de décontamination d'Europe, avec une capacité de 150 patients à l'heure. Mais la plupart des départements français sont dotés d'unités plus modestes, avec une capacité de décontamination entre 25 à 95 patients de l'heure¹⁵⁰⁸. Compte tenu des ressources limitées, notamment en tenues, les recommandations s'orientent vers des unités fixes de décontaminations, installées stratégiquement pour empêcher les contaminés d'entrer à l'hôpital¹⁵⁰⁹. Désormais, sont combinées les capacités de décontamination de premier recours, avec la capacité structurée de décontamination.

Le débit moyen horaire pour les unités fixes de décontamination est fixé en fonction de critères¹⁵¹⁰ se basant tant sur le nombre de passages aux urgences par an de l'établissement, la proximité de l'établissement de santé avec un site présentant des risques spécifiques, la proximité de l'établissement de santé avec des sites recevant un grand nombre de personnes pouvant être l'objet d'un attentat de nature NRBC, et la facilité d'accéder spontanément à l'établissement de santé.

845. Il n'en demeure pas moins que, non seulement ces moyens sont limités, mais que la base réglementaire est particulièrement insuffisante, puisqu'il ne s'agit quasi exclusivement que de recommandations. Les financements de ces dispositifs de décontamination sont quant à eux très disparates en fonction des structures, tantôt financés par les conseils départementaux

¹⁵⁰⁷ Carole BUREAU-BONNARD et André CHASSAIGNE, « *Rapport d'information sur la défense NRBC* », Assemblée Nationale, 2022.

¹⁵⁰⁸ 25 victimes adultes valides par heure étant le minimum de capacité cité par les textes, voir en ce sens Direction générale de la santé - *Note technique relative à la décontamination hospitalière*, 2012 ; 6e Congrès de la Société Française de Médecine d'Urgence (SMFU), *intérêt d'une structure de décontamination NRBC fixe par rapport à une mobile évalué au cours d'un exercice simulé*.

¹⁵⁰⁹ Circulaire n° DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 et Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 *relatif au projet régional de santé*.

¹⁵¹⁰ *Note technique relative à la décontamination hospitalière, précitée*.

au titre des équipements mobiles mis à la disposition des SDIS, tantôt par les ARS qui financent en contractualisant avec les établissements concernés, tantôt par des structures mixtes public privé¹⁵¹¹... Ces dispositifs parfois opaques et le manque de fonds propres à ces dispositifs entraînent des carences qui seraient autant d'obstacles à la prise en charge des patients, autant d'incertitudes et de manque de moyens de nature à aggraver les crises dans l'urgence.

846. La mise en place de la tarification à l'activité par exemple, a entraîné la disparition de la dotation globale, puis de la dotation annuelle complémentaire, ce qui a limité les investissements en matière de décontamination, activité par définition peu rentable, car structure extrêmement rare d'utilisation (heureusement !). Les auteurs du rapport d'information sur la défense NRBC¹⁵¹², soulignent que les investissements financiers pour l'acquisition de matériel supplémentaire sont partiellement réalisés, mais n'atteignent pas pour autant les objectifs annuels. Pire, le renouvellement d'appareils dont la technologie évolue rapidement est souvent délaissé.

B. Les évacuations des victimes les plus graves et leur conciliation avec la décontamination

847. Contrairement aux autres situations déjà évoquées, dans le contexte NRBC, les évacuations sont organisées dans une temporalité plus longue, afin de décontaminer le plus grand nombre de victimes avant leur arrivée en milieu hospitalier. Les urgences absolues sont certes prioritaires pour la décontamination, mais doivent patienter qu'un box se libère. Les patients sont répartis selon qu'ils soient valides ou allongés, afin d'être décontaminé *via* des circuits distincts. Le paradoxe est que la décontamination en position couchée est généralement limité à un box, et le temps d'attente est donc plus long... pour des victimes souvent plus graves.

848. Cependant, les victimes atteintes de lésions graves sont considérées comme des extrêmes urgences, et seront évacuées sans aucune opération de décontamination afin de ne pas

¹⁵¹¹ Fonds du projet européen de réponse aux catastrophes par exemple, partenariat public-privé entre CHU et industriels...

¹⁵¹² Carole BUREAU-BONNARD et André CHASSAIGNE, *précité*.

perdre de temps ; elles sont donc contaminées mais également contaminantes et nécessiteront une prise en charge adéquate¹⁵¹³ lors de leur arrivée en milieu hospitalier.

849. Les victimes en urgence absolue, conscientes et qui peuvent être mobilisées, sont décontaminées de façon sommaire, par le découpage des vêtements, au sein de la housse de transport, en roulant les vêtements sur eux-mêmes de l'intérieur vers l'extérieur, afin de minimiser la dispersion des substances présentes à la surface des vêtements. Elles sont ensuite contrôlées, et après le retrait des vêtements, sont jugées non contaminantes (même toujours contaminées).

C. Lésions corporelles nucléaires ou radiologiques : indifférence de la nature de la pathologie pour la recherche de réparation

850. Une fois prise en charge sur le plan médical, il convient de s'intéresser à l'indemnisation de ces victimes.

851. S'agissant du régime de la réparation, au sens juridique, la nature de la pathologie ne saurait être un critère suffisant puisque les pathologies sont d'apparition progressive et peuvent s'étendre sur plusieurs années.

Pour ce qui concerne les patients victimes d'un accident nucléaire ou radiologique, plusieurs hypothèses de réparation peuvent être envisagées selon qu'il s'agit d'un attentat, d'un accident industriel ou encore d'une exposition accidentelle. Dans le premier cas, le fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions¹⁵¹⁴ est susceptible de prendre en charge les dommages corporels, qui sont fondés sur le principe de l'indemnisation par la solidarité nationale.

En revanche, s'agissant des accidents industriels ou entraînant une exposition accidentelle, deux régimes d'indemnisation peuvent être envisagés, selon que les victimes sont en position de travail, des particuliers, comme dans le cadre de l'accident de la centrale nucléaire de Tchernobyl.

¹⁵¹³ Pour éviter de contaminer les soignants durant les opérations de brancardage et de transport, une première étape consiste à protéger le brancard à l'aide de housse en films plastiques isolants et imperméables, puis de disposer une housse de transport et d'installer la victime, qui sera isolée des intervenants au sein de la housse de transport. Cette technique de « la double enveloppe » est censée permettre l'évacuation sanitaire en minimisant le risque de contamination. Toutefois, l'urgence médico-chirurgicale prime sur l'urgence radiologique, et le personnel doit donc s'équiper d'équipement de protection individuel adapté, pour prioriser l'évacuation.

¹⁵¹⁴ Créé par la Loi n° 90-589 du 6 juillet 1990 modifiant le code de procédure pénale et le code des assurances et relative aux victimes d'infractions.

Dans ces deux hypothèses, le critère d'indemnisation ne saurait se limiter à la gravité initiale de l'état de santé de la victime et doit être consolidé par son évolution sur plusieurs années.

852. L'apparition et le développement d'une maladie ayant une origine professionnelle sont reliés à un accident de travail ou une maladie professionnelle, et pris en charge au titre des accidents du travail selon la jurisprudence relative à la sclérose en plaques. Laquelle souligne que « *constitue un accident du travail un événement ou une série d'événements survenus à des dates certaines par le fait ou à l'occasion du travail, dont il est résulté une lésion corporelle, quelle que soit la date d'apparition de celle-ci* »¹⁵¹⁵. La problématique qui apparaît comme évidente ici éteint le rattachement à un événement professionnel précis, particulièrement complexe à prouver étant donné que les pathologies contractées à l'occasion d'une exposition radiologique ou nucléaire sont d'apparition différée, et l'exposition indétectable en l'absence de matériel adapté.

853. S'agissant de situations d'exception, tout particulièrement dans le domaine sanitaire, l'alerte depuis le lieu de l'accident vers les centres hospitaliers est donc indispensable pour éviter ces hypothèses, et l'usage de fichiers tel que SI-VIC permettra une présomption qui facilitera la réparation. L'indemnisation se fera ensuite dans les conditions classiques, c'est-à-dire une fois les lésions consolidées.

¹⁵¹⁵ Cour de Cassation, Chambre sociale, du 2 avril 2003, 00-21.768, Publié au bulletin.

Paragraphe 2 : Les attentats et les risques NRBC-E : désorganisation des moyens par multiplication des urgences

854. Si les risques NRBC sont souvent accidentels, la problématique désormais omniprésente du terrorisme rend nécessaire l'étude de la conjugaison de ces risques NRBC avec le risque explosif (I), lesquels peuvent « *gravement déstabiliser ou détruire les structures fondamentales politiques, constitutionnelles, économiques ou sociales d'un pays ou d'une organisation internationale* »¹⁵¹⁶ selon les termes employés par l'Union Européenne. Le bioterrorisme (II) est redoutable en raison d'un fort pouvoir de contamination¹⁵¹⁷, et d'un pouvoir de dévastation « *plus puissant que les armes conventionnelles* »¹⁵¹⁸ ; d'autant que si le potentiel des agents pathogènes est particulièrement élevé, la recherche et développement de contre-mesures restent rares. Il semble ainsi impossible de mettre en œuvre une stratégie d'anticipation et de planification (III) face à la diversité et la gravité de ces menaces.

¹⁵¹⁶ Décision-cadre du 13 juin 2002 relative à la lutte contre le terrorisme, n°2002/475/JAI.

¹⁵¹⁷ Nicholas J. BEECHING et al. *Biological warfare and bioterrorism, Clinical review*, vol. 324, février 2002, pp. 336-339.

¹⁵¹⁸ Tewfik HAMEL, *Pandémie Covid-19 : leçons pour le Bioterrorisme*, Sécurité globale, 25, ESKA, 2021, n° 1, p. 7-30.

I. Le risque explosif : des urgences multiples

*« La première erreur
est souvent la dernière »¹⁵¹⁹*

855. Le risque explosif est susceptible d'être mobilisé par des personnes malveillantes de deux manières distinctes : par l'utilisation d'explosifs utilisés seuls (A), ou comme vecteurs de diffusion d'un agent pathogène de nature NRBC (B). Dans les deux cas, l'action des secours diffère, mais avec le même objectif de préserver les vies humaines, tant des victimes que des équipes intervenantes.

A. Le risque explosif seul : une urgence collective par nature

856. Les attentats à la bombe datent du XIX^e siècle en France¹⁵²⁰, et sont donc loin d'être nouveaux. Pour autant les mécanismes ont évolué en même temps que les procédés de fabrication, imposant une réadaptation constante des administrations face à la menace. Le peroxyde d'acétone (aussi appelé TATP, pour triperoxyde de triacétone) est un exemple d'explosif de fabrication simple, obtenu à l'aide de produits qui se trouvent facilement dans le commerce¹⁵²¹, ce qui a conduit à la mise en œuvre de contrôles sur ces « précurseurs d'explosifs » au niveau européen¹⁵²², déclinés tardivement en France¹⁵²³. C'est cet explosif qui a été utilisé dans les attentats de la compagnie American Airlines Paris-Miami en décembre 2001 (déjoué), mais aussi dans les attentats de Londres en juillet 2005, ou encore dans les attentats de Paris du 13 novembre 2015.

857. Dans le cadre d'attentats à la bombe, l'urgence est à la fois la mise en œuvre de mesures d'ordre public, comme la sécurisation des lieux, la préservation des traces et indices, mais également la coordination interservices permettant la prise en charge des blessés, dans un

¹⁵¹⁹ Devise des services de déminages français, parfois réduit en « réussir ou périr ».

¹⁵²⁰ Attentat à la bombe de la rue Saint-Nicaise, contre Napoléon Bonaparte. Questions Internationales, « Terrorismes », n°8, juillet-août 2004.

¹⁵²¹ Peroxyde d'hydrogène (eau oxygénée), acétone, acide chlorhydrique ou acide sulfurique concentré.

¹⁵²² Règlement (UE) n° 98/2013 du Parlement européen et du Conseil du 15 janvier 2013 sur la commercialisation et l'utilisation de précurseurs d'explosifs.

¹⁵²³ Loi n° 2016-731 du 3 juin 2016 renforçant la lutte contre le crime organisé, le terrorisme et leur financement, et améliorant l'efficacité et les garanties de la procédure pénale ; Décret n° 2017-1308 du 29 août 2017 relatif à la commercialisation et à l'utilisation de précurseurs d'explosifs.

contexte sécurisé. Les nombreuses modalités des attentats terroristes complexifient la prise en charge médicale, car l'accès aux équipes de secours n'est pas toujours possible, en l'absence de certitude sur la neutralisation des explosifs. La question de savoir s'il faut arrêter les auteurs des actes et/ou soigner les blessés s'est donc posée¹⁵²⁴, même si la réponse est évidente : il s'agit d'une double et constante préoccupation. En effet, il s'agit pour l'État de prendre « *une pluralité de mesures concomitantes d'ordres sanitaire, administratif et judiciaire, [qui] doivent se combiner entre elles afin d'atteindre les objectifs d'assistance et de secours aux victimes, de préservation de l'ordre public, d'identification et de recherche des auteurs et de prévention du renouvellement des faits* »¹⁵²⁵. Cette pluralité de mesures s'exprime par une intervention en premier lieu des forces de sécurité intérieure, conjointement avec les services de déminage, et dès que le risque explosif est écarté, par le déploiement des équipes de secours¹⁵²⁶. C'est la spécificité du risque explosif : contrairement aux autres attaques terroristes, il n'est jamais question d'intervention concomitante¹⁵²⁷, ce qui peut sembler logique au vu des risques pour les équipes de secours, qui peuvent être directement prises pour cible. Le risque de sur-attentat est en effet réel¹⁵²⁸ et exige de prendre des mesures spécifiques, tout particulièrement pour l'accueil des patients en milieu hospitalier, susceptibles d'être porteurs d'engins explosifs. Certains protocoles sont ainsi décrits dans le plan de sécurité d'établissement. Malheureusement le manque de formation et la surcharge de travail des personnels hospitaliers conduisent parfois à ce que les soignants manipulent sans le savoir des objets dangereux et se blessent lors de la prise en charge de patients¹⁵²⁹.

¹⁵²⁴ Benoît APOLLIS, *La coordination des forces de l'ordre et des professionnels de santé : arrêter les auteurs des actes et/ou soigner les blessés ?*, Revue de droit sanitaire et social, , Dalloz, 2019, n° 2, p. 226.

¹⁵²⁵ Instruction interministérielle n°5979/SG du 10 novembre 2017 *relative à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme*.

¹⁵²⁶ Rapport de la Commission d'enquête *relative aux moyens mis en oeuvre par l'État pour lutter contre le terrorisme depuis le 7 janvier 2015*, Assemblée Nationale, Rapport n°3922, juillet 2016.

¹⁵²⁷ Instruction interministérielle n°5979, *précitée*.

¹⁵²⁸ Instruction SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 *relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé* ; Instruction SG/HFDS/DGCS/2017/219 du 4 juillet 2017 *relative aux mesures de sécurisation dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*.

¹⁵²⁹ A titre d'illustration, en février 2021, une infirmière de l'hôpital de Nice a accidentellement blessé deux collègues en manipulant un stylo-pistolet trouvé sur un patient admis dans un état critique.

B. Le risque explosif conjugué à un vecteur de contamination NRBC : une double urgence

858. Les explosifs peuvent être utilisés non pas pour blesser directement les personnes par l'effet de souffle, mais comme vecteurs de propagation d'un agent pathogène, qu'il soit nucléaire, radiologique, bactériologique ou chimique.

859. Le risque radiologique et nucléaire (NR) est relativement faible, même s'il représente une éventualité à ne pas écarter. En cas de survenue d'un accident de ce type, l'urgence médicale consiste à déterminer la source et les types de rayonnement¹⁵³⁰, afin de conditionner ce risque tant pour les victimes que les intervenants. Non seulement le risque NR nécessite la prise en charge optimale des victimes, mais également la prise en compte d'un risque de transfert de la contamination vers les établissements de santé, dans un contexte de surcroît potentiellement explosif. Dans ce cadre, la typologie des victimes dépend directement de la nature de l'événement et du mode opératoire utilisé par les terroristes : une explosion de bombe sale par exemple, peut malheureusement être traitée comme une simple explosion terroriste, occultant le risque NR, qui peut conduire les équipes primo intervenantes à agir sans protection. Dans ce cadre, l'urgence médico-chirurgicale prime sur l'urgence radiologique dans la prise en charge des victimes d'un événement NR¹⁵³¹ : la contamination n'a généralement pas d'effet immédiat, contrairement aux lésions traumatiques. C'est ce qui permet le transport sans délai de victimes en extrême urgence médico-chirurgicale, sans décontamination préalable, par les équipes SMUR entraînées. L'administration d'antidotes interviendra donc en milieu hospitalier, y compris en cas de contamination interne¹⁵³².

860. Les agents chimiques utilisés à des fins terroristes sont rares en France, mais plusieurs pays européens ont déjoué des attaques de ce type¹⁵³³, ce pourquoi la société française de médecine de catastrophe a réalisé récemment un état des lieux des connaissances¹⁵³⁴, qui a conclu à la nécessité d'actions de formations ciblées, pour rappeler notamment l'importance

¹⁵³⁰ Ce qui revient parfois, comme précédemment, à attendre des moyens spécialisés.

¹⁵³¹ Jean-Marc PHILIPPE, et al., *Organisation de la réponse médicale en cas d'événement radiologique*, Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives, n°7, juin 2023, p. 86-91.

¹⁵³² Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, Fiche Piratome n°1, « Principes de traitements et choix des antidotes ».

¹⁵³³ Parlement Européen. Directorate General for External Policies of the Union. *EU preparedness and responses to chemical, biological, radiological and nuclear (CBRN) threats*. LU : Publications Office; 2021.

¹⁵³⁴ Chloé MENESSON-LANDEMARE, et al., *Prise en charge des victimes d'un événement chimique : évaluation des connaissances des membres de la SFMC*, Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives, 7, mars 2023, n° 1, p. 50-57.

d'un déshabillage et d'une décontamination précoces, même sommaire, des victimes. L'usage d'explosifs comme vecteur de contamination est probable. Ces produits sont facilement accessibles dans le commerce, car c'est leur mélange qui est détonnant, occasionnant parfois des accidents domestiques¹⁵³⁵. Des engins explosifs improvisés ont été utilisés par les terroristes lors des conflits du Levant¹⁵³⁶, pour disséminer de l'ypérite, ce qui pose de réelles difficultés aux équipes médicales, confrontées aux victimes combinant atteintes traumatiques et contaminations chimiques (pour laquelle il n'existe pas d'antidote).

861. Les agents biologiques dispersés par vecteur explosif sont extrêmement dangereux, car ils sont généralement choisis pour être faciles à disséminer dans la population, et hautement transmissibles. Entraînant une mortalité élevée et un effet de panique, les agents biologiques susceptibles d'être utilisés conjointement avec une bombe sont classés en trois groupes (A/B/C), selon la transmissibilité, la morbidité et la mortalité. Ces classes regroupent les bactéries (anthrax, peste, tularémie...), virus (variole, fièvre de lassa, hémorragies virales...), parasites (cryptosporidiose) et toxines (botulisme, ricine...). La durée d'incubation étant comprise entre 3 h et 10 jours, et la dose infectante pouvant être minime¹⁵³⁷, les équipements de protection doivent impérativement être mobilisés sans délai par les équipes de secours, quitte à ralentir leur action. Cependant, les agents biologiques ne sont généralement pas dispersés par explosifs, l'aérosolisation constituant le meilleur moyen de diffusion rapide de bon nombre d'agents pathogènes¹⁵³⁸ ; c'est pourquoi il faut s'intéresser plus longuement au bioterrorisme.

¹⁵³⁵ Q. DURAND-MOREAU et al., *Risque explosif par mélange de produits chlorés destinés à l'entretien de piscines individuelles : à propos d'un cas*, Journal Européen des Urgences et de Réanimation, 24, décembre 2012, n° 4, p. 246-249 ; Yigit OZLEM, et al., *Inhalational and dermal injury due to explosion of calcium hypochlorite*, Cutaneous and Ocular Toxicology, 2009, 28:1, 37-40 ; T. Terry, *Explosion Risk from Swimming Pool Chlorinators and Review of Chlorine Toxicity*, Journal of Toxicology: Clinical Toxicology, 1995, 33:4, 349-354.

¹⁵³⁶ Alexiane GARRIOU, et al., « *Quels enseignements peut-on tirer de l'utilisation récente de l'ypérite au Levant ?* », Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives, 5, septembre 2021, n° 3, p. 253-258.

¹⁵³⁷ 1 virion (c'est-à-dire une unique particule infectieuse d'un virus) suffit par exemple à contracter une fièvre hémorragique virale, 10 virions pour la variole, 10 bactéries pour la tularémie, 100 bactéries pour la peste. Philippe BOSSI, et al., *Infections émergentes ou ré-émergentes utilisables pour le bioterrorisme*, La Presse Médicale, 34, janvier 2005, n° 2, Part 2, p. 149-155.

¹⁵³⁸ Sophie RIGAudeau, précitée ; Amélie GUIHOT, et al., *Brucellose par bioterrorisme*, La Presse Médicale, 33, janvier 2004, n° 2, p. 119-122 ; F. RAFFI, *Bioterrorisme : sommes-nous prêts ?*, Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, 22, février 2003, n° 2, p. 86-87 ; P. HAUSFATER et al., *Risques bactériologiques*, EMC - Médecine, 2, février 2005, n° 1, p. 107-125.

II. Le bioterrorisme

862. Le bioterrorisme désigne « *la dissémination délibérée d'agents biologiques ou de toxines en vue de nuire à des personnes, des animaux ou des plantes ou de provoquer leur décès, dans l'intention d'intimider un gouvernement ou une population civile ou de les contraindre à servir des objectifs politiques ou sociaux* »¹⁵³⁹. Ainsi, contrairement aux risques précédents, le risque biologique est protéiforme. La liste des maladies causées par des armes biologiques à haut risque, dressée par le centre de référence¹⁵⁴⁰, est particulièrement effrayante : anthrax, botulisme, peste, variole, tularémie, fièvres hémorragiques virales (virus de Marburg, Ebola, fièvre jaune...), brucellose, mélioïdose, typhus, encéphalites, virus Nipah, hantavirus, coronavirus et virus influenza... Autant de pathologies à fort taux de mortalité et avec des périodes d'incubation qui peuvent durer plusieurs semaines, ce qui complique particulièrement la lutte contre ces fléaux.

863. L'exemple de la variole est stupéfiant : le virus peut être pulvérisé par aérosol et rester infectieux jusqu'à deux jours, alors même que la dose infectante est extrêmement faible. En outre, la variole étant une maladie très contagieuse, la dissémination sur un territoire peut également être très rapide. Des souches vivantes sont conservées à Koltsovo (Russie) et à Atlanta (États-Unis), mais il existe également la possibilité de reconstituer en laboratoire le virus. En-dehors de ces cas, il faut rappeler que la variole a totalement été éradiquée de la planète, et qu'en raison du risque d'effets indésirables parfois graves à la suite de la vaccination antivariolique, la vaccination obligatoire a été abandonnée. En cas de crise, le plan variole de 2006¹⁵⁴¹ mentionnait la nécessité de vacciner 60 millions de personnes en 14 jours, établi comme « *cohérent avec les capacités de mobilisation nationales* »¹⁵⁴², et reposant sur une structure élémentaire de vaccination permettant la prise en charge de 1000 personnes par jour (à raison de 4600 unités déployées sur l'ensemble du territoire). La traçabilité via l'utilisation des listes de l'assurance-maladie n'était pas retenue, au profit de « *la cicatrice consécutive à la prise vaccinale [qui] sera la meilleure preuve, indélébile, de la vaccination effective des*

¹⁵³⁹ Guide INTERPOL de préparation et de réponse à un attentat bioterroriste, octobre 2017.

¹⁵⁴⁰ « Centers for Disease Control and Prevention » [en ligne] disponible sur www.cdc.gov

¹⁵⁴¹ Plan national de réponse à une menace de variole, Direction Générale de la Santé, Août 2006 ; ce plan est toujours d'actualité en 2024, bien qu'il ait connu des mises à jour en 2019. Un rapport préconise une réactualisation : Haut Conseil de la Santé Publique, *Rapport relatif à la révision du plan de lutte contre la variole*, 2022. La HAS a été saisie en ce sens, et a rédigé une doctrine vaccinale de lutte contre les orthopoxvirus.

¹⁵⁴² *Idem*.

personnes ». Cette solution prête aujourd'hui à sourire, avec le développement informatique et la possibilité de tracer numériquement les patients porteurs ou vaccinés.

864. En revanche, ce qui n'a pas changé, c'est la faible disponibilité des vaccins, bien que la récente épidémie de Monkeypox ait permis d'augmenter les stocks de vaccins (Imvanex) efficaces contre la variole du singe comme la variole humaine. En raison de la classification « confidentiel défense »¹⁵⁴³ puis « secret défense »¹⁵⁴⁴ du plan variole de 2019, une étude comparée avec celui de 2006 n'est malheureusement possible. Le plan variole prévoit une stratégie vaccinale axée sur les populations à risque, et notamment les enfants, et sur les personnels spécifiques dont l'activité ne doit être interrompue en aucun cas¹⁵⁴⁵. Les vaccins disponibles en France sont ceux de première génération¹⁵⁴⁶, dont le stock diminue régulièrement en raison du déclassement, et de troisième génération¹⁵⁴⁷, avec un état de stock limité et des difficultés d'approvisionnement. Le HCSP juge le risque d'émergence ou de réémergence du virus de la variole comme avéré, possiblement lié au bioterrorisme. Récemment, le premier vaccin antivariolique/anti-orthopoxvirus de quatrième génération a été approuvé en Russie, sous le nom de OrthopoxVac, mais l'OMS reste prudente et recommande la poursuite des recherches pour la mise en place d'agents antiviraux¹⁵⁴⁸.

865. D'autres plans existent, comme le plan BIOTOX¹⁵⁴⁹ qui comprend les mesures sanitaires qui doivent être prises en cas de menaces sanitaires, ainsi que des guides concernant les différents agents, toxines ou maladies. Créé en 2001 après un cas suspect de bacille du charbon (anthrax) aux États-Unis, ce plan repose essentiellement sur la veille sanitaire, la création d'un fonds documentaire, et la doctrine d'intervention opérationnelle. Également classé « confidentiel défense », le dispositif est avant tout un réseau de laboratoires¹⁵⁵⁰

¹⁵⁴³ Plan gouvernemental de réponse à une réintroduction du virus de la variole n°10073/SGDSN/PSE/DTS/CD-SF, 27 septembre 2019.

¹⁵⁴⁴ Suite à la suppression de l'échelon « confidentiel défense » par l'arrêté du 13 novembre 2020 *portant approbation de l'instruction générale interministérielle n° 1300 sur la protection du secret de la défense nationale* ; avec une application au 1^{er} juillet 2021.

¹⁵⁴⁵ Cette information est déclassifiée, et est issue du rapport relatif à la révision du plan de lutte contre la variole, précité.

¹⁵⁴⁶ Connus pour leur réactogénicité, et leurs effets indésirables graves (encéphalopathies, complications cardiaques...).

¹⁵⁴⁷ Le vaccin dit de « seconde génération » n'est pas disponible en France, le ACAM2000 étant produit pour les États-Unis et l'Australie. Les vaccins de 3^e génération sont produits par le laboratoire Bavarian Nordic, et disponibles dans une proportion inconnue dans les stocks stratégiques nationaux, sous les noms d'Imvanex et Jynneos.

¹⁵⁴⁸ OMS, Rapport du Directeur général, Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique, 2024.

¹⁵⁴⁹ Rapport d'information sur le bioterrorisme, n°1097, Assemblée Nationale, 2003.

¹⁵⁵⁰ Instruction interministérielle N° 96/SGDSN/PSE/DTS du 21 février 2014 *relative à l'organisation et à la gouvernance du réseau national des laboratoires « BIOTOX- PIRATOX »* ; Circulaire N° 750/SGDSN/PSE/PPS du 18 février 2011.

permettant l'évaluation de la menace en cas d'acte malveillant ou terroriste d'origine chimique ou biologique.

866. Probablement sous-estimé des politiques publiques, le risque d'attaque bioterroriste est pourtant réel¹⁵⁵¹, et la prise en compte de cette menace permettrait sûrement de mieux affronter une crise future, fût-elle d'origine naturelle¹⁵⁵². La COVID-19, invisible, empreinte d'incertitudes sur la dangerosité et la dispersion, a en effet profondément désorganisé les sociétés. Qu'en sera-t-il dans un contexte terroriste ? La multiplication du nombre de « biohackers » qui se familiarisent avec les biotechnologies (CRISPr-Cas9 par exemple¹⁵⁵³) ont conduit la création d'un conseil national consultatif pour la biosécurité¹⁵⁵⁴.

867. Les apports de la biologie synthétique permettent désormais de recréer des agents pathogènes en laboratoire, comme la poliomyélite¹⁵⁵⁵, ce qui rend extrêmement difficile l'anticipation de ces phénomènes.

III. L'impossible mise en œuvre d'une stratégie d'anticipation et de planification : le cas des attentats multisites

868. Anticiper et planifier les urgences collectives, dans des situations d'exception, permet aux équipes intervenantes d'être mieux préparées, mais également de connaître leur cadre d'intervention, sur le plan médical ou secouriste, mais également sur le plan administratif et légal. Or, comme il a été évoqué, certaines catastrophes nécessitent des moyens spéciaux, et ne peuvent laisser place à de l'improvisation, au risque d'être inefficaces, voire dangereux. Les risques NRBC font partie des risques pour lesquels il apparaît complexe de mettre en œuvre une stratégie par anticipation : sans identification du phénomène, l'envoi des équipes revient à les mettre en péril, en l'absence de moyens de protection adaptés.

¹⁵⁵¹ P. HAUSFATER et al, « Risques bactériologiques », EMC - Médecine, 2, février 2005, n° 1, p. 107-125.

¹⁵⁵² A. DAVID et al, *Planning Against Biological Terrorism: Lessons From Outbreak Investigations, Emerging Infectious Diseases*, vol. 9, n°. 5, mai 2003, pp. 515-519.

¹⁵⁵³ La revue Science a publié un article sur les difficultés de régulation de ce secteur, voir en ce sens Patricia ZETTLER, Christi GUERRINI et Jacob SHERKOW « *Regulating genetic biohacking* », Science, 365, juillet 2019, n° 6448, p. 34-36.

¹⁵⁵⁴ Décret n° 2015-1095 du 31 août 2015 relatif au Conseil national consultatif pour la biosécurité.

¹⁵⁵⁵ Eckard WIMMER et al *Chemical synthesis of poliovirus cDNA: generation of infectious virus in the absence of natural template*. Science. 9 août 2002 ;297(5583):1016-8.

869. Il est évidemment possible de prévoir des lots spécifiques¹⁵⁵⁶, qui seront utilisés dans le cadre NRBC, mais cela suppose d'identifier le phénomène lors de la réception de l'appel initial, ou l'envoi d'une équipe de détection en primo-intervenant, avant d'envoyer des équipes médicales disposant des protections adéquates. Mais ces lots spécifiques nécessitent des formations initiales et continues lourdes, pour s'équiper et travailler avec des combinaisons filtrantes, et décontaminer les victimes. Ces formations doivent s'adresser à la totalité des soignants susceptibles d'intervenir en préhospitalier, et prendre en compte la totalité des menaces susceptibles de se produire sur le département, mais également sur les départements limitrophes, en cas de renfort. Des formations doivent également être dispensées aux personnels intra hospitaliers, afin de protéger l'établissement de soins, et permettre la réalisation des prises en charge dans les meilleures conditions de sécurité, tout en poursuivant l'activité¹⁵⁵⁷. Or, l'hôpital fonctionnant en flux tendu depuis plusieurs années, ces formations sont dans la pratique parfois délaissées, particulièrement les formations continues et la participation à des entraînements, qui relèvent parfois uniquement du volontariat. Comment dans ce cas prévoir la mise en œuvre de plans spécifiques de réponse aux menaces NRBC ? Par ailleurs, lorsque la menace est identifiée comme forte, notamment lors de grands rassemblements (coupe du Monde, Jeux olympiques...) les autorités ont tendance à prépositionner des équipes spécialisées au plus près de la manifestation, ce qui en cas d'attaque terroristes NRBC revient à neutraliser ces mêmes équipes, qui seront les premières contaminées...

870. Chaque simulation de grande ampleur¹⁵⁵⁸, chaque événement NRBC, grand rassemblement¹⁵⁵⁹ ou attaque terroriste¹⁵⁶⁰ montre des dysfonctions majeures et mineures, et des changements de doctrines, de fonctionnement ou de structures mises en œuvre, qui rendent complexes la compréhension globale par les intervenants et l'interopérabilité entre services et renforts. Bien que ces propos puissent être relativisés par l'existence d'une doctrine nationale,

¹⁵⁵⁶ Hélène MARSAA, et al., *Lots PRV-NRBC*, Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives, n°4, septembre 2020, n° 3, p. 247-252.

¹⁵⁵⁷ Patrick WALKOWIAK et Cédric WAGENHEIM, *Prise en charge des patients et protection de l'établissement face au risque NRBC-E*, Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives, 4, décembre 2020, n° 4, p. 309-312.

¹⁵⁵⁸ E. CORRAL TORRES et al., *Simulation de grande ampleur : l'exercice international de réponse aux catastrophes de Madrid*, Journal Européen des Urgences et de Réanimation, Volume 35, Issue 1, 2023, Pages 21-27.

¹⁵⁵⁹ P. -N CARRON, et al., *Organisation des secours extrahospitaliers lors du sommet 2003 du G8 : nouveau concept de poste médical mobile (PMM)*, Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, 24, juin 2005, n° 6, p. 647-652.

¹⁵⁶⁰ Saida ZALFANI, et al., *Gestion des secours médicaux des victimes de l'attentat du musée du Bardo par le SAMU01*, Anesthésie & Réanimation, 1, septembre 2015, p. A255.

cette doctrine « *ne se substitue pas aux modalités génériques d'application de l'actuel plan gouvernemental NRBC et à ses déclinaisons locales* »¹⁵⁶¹.

La mise en œuvre uniforme d'une stratégie d'anticipation et de planification pour la totalité des risques semble donc difficile, si ce n'est impossible. Chaque situation ayant ses spécificités, les équipes intervenantes devront donc adapter cette doctrine.

871. Les attentats de 2015 ont particulièrement mis en lumière cette impossibilité de prévoir toutes les situations. Les plans d'urgence existant pour secourir un nombre important de victimes étaient tous axés sur une stratégie de secours dans un unique lieu, la multiplicité des sites touchés les a rendu complexes à mettre en œuvre. La doctrine n'étant pas applicable, puisque reposant sur le principe « *aucune évacuation de victime sans tri préalable et désignation de sa destination* », il a fallu repenser pendant l'urgence la totalité du dispositif, avec un commandement évolutif, qui n'a pu être unique, tout en prenant en compte une situation elle aussi évolutive.

Pourtant, les attentats multisites étaient connus (Madrid 2004, Londres 2005, Bombay 2008...). Ils illustrent tant la difficulté de prévoir l'imprévisible que la nécessité de s'entraîner à y faire face. Dans ces situations, la profonde désorganisation préhospitalière et hospitalière a un impact très important sur la qualité des prises en charge. La chaîne décisionnelle et de commandement doit être claire et sans équivoque, déclinée au plus près du terrain et si possible par des effecteurs médicaux, afin de 'distribuer' les patients sur une pluralité d'établissements hospitaliers, tout en conservant une visibilité de la totalité des places disponibles, comme des transporteurs sanitaires.

¹⁵⁶¹ Circulaire du 23 janvier 2019 relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières chimiques.

CONCLUSION DU CHAPITRE 1

872. Au terme de ce chapitre, nous avons tenté de démontrer que l'urgence médicale n'est pas nécessairement la même dans le cadre d'un accident de la vie, d'un accident grave, industriel ou technologique, et encore moins lors de la survenue d'un événement NRBC : ni le nombre de victimes, et ni les moyens mis en œuvre ne sont comparables. La première conséquence juridico-médicale est celle d'une rupture d'équilibre entre l'offre de soins et la demande, exigeant la mise en place d'une priorisation des prises en charge. Ce tri préhospitalier et hospitalier suppose l'existence de critères de décision, si possible définis en amont, les plus objectifs possibles, afin de faciliter leur acceptation par les victimes et leurs proches. La planification de ces urgences médicales multiples est donc indispensable à une prise en charge de qualité, sans déstabilisation profonde des établissements hospitaliers.

873. Certaines pathologies ont pour origine un phénomène qui peut se révéler particulièrement dangereux pour les équipes intervenantes, notamment les risques NRBC, pour lesquels l'urgence est d'éviter à tout prix la contamination des intervenants. Ces moyens spécifiques permettent ensuite un gain de temps, par une décontamination précoce et en fonction des cas, par la mise en œuvre d'une médicalisation aussi précoce (délivrance de chélateurs par exemple). Les conséquences juridiques de l'urgence collective sont donc très différentes de l'urgence individuelle, puisque la prise en charge peut être différée sur le plan médical, avec des retards parfois importants, sans pour autant qu'ils puissent être qualifiés au titre de la perte de chance.

874. Dans le cadre des urgences collectives, afin de prendre en compte le plus grand nombre de victimes en un minimum de temps, les soignants peuvent user de techniques minimalistes, dites de « damage control », qui visent à assurer des prises en charge en situation dégradée, quitte à s'affranchir d'un certain nombre de recommandations sur les complications : un saignement abondant qui en principe peut être contenu sans garrotage, sera traité par un garrot, pouvant entraîner la perte du membre concerné, ou par l'usage de produits pharmaceutiques plutôt réservés à un usage militaire, comme les poudres hémostatiques¹⁵⁶². La finalité est ici de différer tout ce qui peut l'être et de prioriser à tout prix la prise en charge des urgences médicales non stabilisées.

¹⁵⁶² Qui certes arrêteront l'hémorragie, mais nécessitent une opération chirurgicale dans un second temps.

CHAPITRE II : LES MENACES SANITAIRES GRAVES ET LES URGENCES SANITAIRES

875. Les menaces sanitaires graves peuvent constituer une urgence sanitaire et impliquent des mesures exceptionnelles pour y faire face. Elles associent la notion d'urgence, de durée incertaine, et la notion de menace grave, plus exactement une « *rupture de l'équilibre ordinaire menaces/moyens/mesures* » qui apparaît selon Didier TRUCHET, et « *lorsque la menace est si grave que les moyens habituels et les mesures usuelles ne permettent pas d'y faire convenablement face* »¹⁵⁶³. La menace sanitaire grave réside dans l'exposition d'une population à un virus contagieux, voire hautement contagieux, qui expose les patients à des risques graves, ou même mortels. La contagiosité est plurifactorielle et dépend notamment de la facilité de transmission, de la durée de la période d'incubation, de contagiosité pendant la période asymptomatique, de la virulence de la pathologie et la capacité à échapper aux mécanismes de défense de l'hôte. Malgré une évolution récente du code de la santé publique qui efface la notion de menace sanitaire grave pour lui substituer la notion de menaces et de crises sanitaires graves, la présente étude usera indifféremment de la terminologie « menace sanitaire grave » et « crise sanitaire ».

876. Les menaces sanitaires graves ne sont pas nouvelles. Il convient ainsi de s'intéresser à leur dimension historique et à leurs conséquences juridiques (section 1), avant d'étudier la menace sanitaire sans précédent que fut la COVID-19 et ses lourdes conséquences juridiques pour faire face à l'urgence (section 2).

¹⁵⁶³ Didier Truchet, « *L'urgence sanitaire* », RDSS 2007 n°3, 140/05/2007, p. 411.

Section 1. Les menaces sanitaires graves dans l’histoire, et leurs conséquences juridiques

877. Les menaces sanitaires graves, dont la terminologie a récemment évolué dans le code de la santé publique¹⁵⁶⁴, ne sont pas un fait nouveau dans l’histoire de la France. Historiquement, plusieurs réponses de l’État ont permis de faire face à ces menaces sanitaires graves (§1), principalement par des mesures administratives créant ou affirmant une nouvelle mission régalienne : l’ordre public sanitaire. La préparation et la planification face à ces menaces (§2) sont indispensables, d’autant que désormais la mondialisation des échanges et circulations favorise grandement la propagation des maladies à grande échelle.

Paragraphe 1 : Les réponses historiques face aux menaces sanitaires graves : la lutte contre les épidémies

878. Les premières menaces sanitaires qu’il nous est donné d’étudier sont *les pestes*¹⁵⁶⁵, pour lesquelles l’État a pris des prémices de mesures administratives en réaction aux risques sanitaires (I), nécessitant une conciliation entre ces crises sanitaires et les libertés publiques (III), tout en légitimant la sécurité sanitaire comme une nouvelle mission régalienne (II).

¹⁵⁶⁴ Loi n°2022-1089 du 30 juillet 2022 *mettant fin aux régimes d’exception créés pour lutter contre l’épidémie liée à la Covid-19*.

¹⁵⁶⁵ Elisabeth CARPENTIER. *Autour de la peste noire : famines et épidémies dans l’histoire du XIV^e siècle*. In : Annales. Economies, sociétés, civilisations. 17^e année, n°6, 1962. pp. 1062-1092.

I. Des mesures administratives en réaction à la peste : des prémices de régimes d'exception justifiés par les risques sanitaires

« Une épidémie est un phénomène social,
avec quelques aspects médicaux »¹⁵⁶⁶

879. La première pandémie connue remonte aux alentours du VI^e siècle, avec une maladie d'origine inconnue, qui est alors désignée sous le terme de « la peste ». Jusqu'aux découvertes biologiques modernes, avec l'isolement des bactéries et virus, bon nombre de maladies faisant un grand nombre de morts seront, en effet, qualifiées de « peste ». Il existe donc une multiplicité de pestes. La première pandémie sera appelée la 'peste justinienne'¹⁵⁶⁷, du nom de l'empereur byzantin Justinien, qui tomba lui-même malade. L'une des premières mesures que l'on pourrait aujourd'hui qualifier « d'administrative », fut de mobiliser un grand nombre de personnes pour procéder aux nettoyages des rues, évacuer les cadavres, et les acheminer vers d'immenses fosses communes, souvent alors même que certains patients étaient encore en vie¹⁵⁶⁸. Concomitamment, l'empereur procéda au recrutement de soldats pour défendre les commerces et maisons des riches pour limiter les pillages.

880. La pandémie de peste noire¹⁵⁶⁹ qui survint au XIV^e siècle décima entre 30 et 50% de la population¹⁵⁷⁰. Les autorités ordonnèrent alors « *outré l'exclusion des étrangers, l'expulsion des plus pauvres* »¹⁵⁷¹. La politique fut d'opter le plus rapidement possible pour un isolement des malades, dans un premier temps à leur propre domicile, mais le système n'étant pas efficace, dans un second temps dans des lieux collectifs. Dans un contexte progressif de recul de la lèpre, certains établissements sont alors reconvertis, d'autres sont ensuite construits ou aménagés

¹⁵⁶⁶ Rudolf VIRCHOW, médecin du XIX^{ème} siècle, considéré comme fondateur de l'anatomopathologie.

¹⁵⁶⁷ Jean VITAUX. *Histoire de la peste*. Presses Universitaires de France, 2010 ; Jean FRENEY, *De la peste de Justinien à la covid-19. Histoire des infections à Lyon*, Lyon, EMCC, 2021 ; DELEERSNIJDER, *La peste de Justinien, l'effondrement du monde antique*. In *Les Grandes épidémies Dans L'histoire*. Editions Mardaga ; F. AUDOIN-ROUZEAU, et al. *Le « paradoxe justinien » et la véritable arrivée du rat noir en Occident*. In *Les chemins de la peste*, 2015. Presses universitaires de Rennes ; Monique LUCENET, *Les grandes pestes en France*, 1985, éditions Aubier.

¹⁵⁶⁸ Michel SIGNOLI. *La peste noire*. 2018, Paris, Presses Universitaires de France : « *Plusieurs témoins rapportent ainsi que, durant l'épidémie de 1720 à 1722, à Marseille comme en Avignon, ces corbeaux n'hésitèrent pas à charger sur leurs tombereaux des personnes encore en vie pour les conduire dans les fosses, afin de s'éviter d'avoir à faire le même voyage macabre quelques heures plus tard* ».

¹⁵⁶⁹ L'appellation « peste noire » étant contemporaine.

¹⁵⁷⁰ M. SIGNOLI. *La peste noire*. Précité. Selon l'auteur, impossible d'avoir des chiffres précis, le nombre de documents historiques et la fiabilité de certaines estimations faisant défaut.

¹⁵⁷¹ *Ibidem*.

(exemple de l'hôpital Saint-Sébastien à Toulouse¹⁵⁷²). Malheureusement, ces organisations sont le plus souvent mises en œuvre sans volonté de prise en charge, très (trop) tardivement, dans l'urgence, et dans une logique de « purge » : « *pour purger et nettoyer la ville, fut advisé ouvrir l'Hospital de Sainct-Laurens, estant hors icelle sur le bord de la rivière, pour y conduire et mener les morts, et tous les malades, sans nul excepter, pour y estre serviz et medicamenez* »¹⁵⁷³.

881. La volonté des autorités était d'isoler les pestiférés dans des structures de fortune, celles-ci ayant l'avantage d'être multipliées facilement, et 'désinfectées' aisément, la méthode de l'époque étant de tout simplement de tout brûler à la fin de l'épidémie.

Ce principe d'isolement est destiné à permettre d'empêcher la peste de se développer à l'intérieur des villes, mais il n'est que peu efficace dans les communautés portuaires, très exposées en raison des flux commerciaux. L'un des premiers systèmes sanitaires modernes voit ainsi le jour dans cette optique à Raguse¹⁵⁷⁴ en Croatie, en 1377, qui tranche un dilemme : ne pas laisser la peste se répandre dans la ville, tout en autorisant l'accostage de navires, qui sont potentiellement infectés. Un lieu est alors spécialement destiné à l'isolement des membres d'équipage, isolement qui sera de 40 jours – la quarantaine – au risque de sacrifier ces individus par l'absence de soins.

882. En 1432, le premier établissement destiné spécialement à la mise en quarantaine des pestiférés est créé sur l'île vénitienne de Santa Maria di Nazareth¹⁵⁷⁵. Cette même solution devient obligatoire en France¹⁵⁷⁶, avec l'adoption par le Parlement de Provence le 1^{er} janvier 1622 d'un règlement, complété le 10 janvier et 7 mai de la même année, qui comporte les prémices de principes d'une protection sanitaire : l'obligation absolue pour tout navire en provenance de zones suspectes de se rendre à Marseille ou Toulon avant de gagner une autre destination, l'obligation de surveillance des marins dans des établissements de santé spéciaux (les lazarets), et enfin, une effectivité de la norme très forte, lié à des sanctions très élevées, fortes peines d'amendes ou peine de mort. Ces principes seront repris dans un certain nombre

¹⁵⁷² Qui est en réalité une extension de l'Hôpital de la Grave. Le nom est relatif au Saint invoqué pour combattre ce fléau.

¹⁵⁷³ L. CIMBER et F. DANJOU. « *Archives curieuses de l'histoire de France, depuis Louis XI jusqu'à Louis XVIII, ou Collection de pièces rares et intéressantes, telles que chroniques, mémoires, pamphlets, lettres, vies, procès... : ouvrage destiné à servir de complément aux collections Guizot* », Buchon, Petitot et Leber. Série 1 / Tome 9. Bibliothèque nationale de France. [En ligne] disponible sur gallica.bnf.fr

¹⁵⁷⁴ Actuelle Dubrovnik.

¹⁵⁷⁵ Le *lazzaretto* italien (le lazaret) dériverait du nom de cet établissement.

¹⁵⁷⁶ Revue Historique, T. 275, Fasc. 1 (557), Daniel Panzac, « *Crime ou délit ? La législation sanitaire en Provence au XVIII^e siècle* », Presses Universitaires de France, 1986.

de productions législative, locale¹⁵⁷⁷, puis royale¹⁵⁷⁸. L'Assemblée Constituante, la Convention, le Directoire, le Consulat et la République poursuivront dans la même direction¹⁵⁷⁹, jusqu'à aujourd'hui¹⁵⁸⁰.

En parallèle, partout en Europe, pour faire face à la fuite des populations urbaines pendant les pestes, qui inclut également les soignants, les autorités constituent une spécialité de « médecins et de chirurgiens de peste », qui ne soignent que cette catégorie de patients. Dans le même temps, les communes interdisent l'inhumation des cadavres au sein des villes, et font l'acquisition de terrains pour y enterrer les défunts. L'État français rend obligatoire en 1666 la création de bureaux de santé chargés de l'application de la législation sanitaire, dans l'ensemble des villes touchées ou menacées par la peste.

883. Au XVIII^e, une nouvelle vague de peste apparaît¹⁵⁸¹ lorsqu'un navire débarque à Marseille, avec plusieurs personnes malades à son bord. Les autorités locales considèrent que la peste appartient au passé, et ne mettent pas en place la quarantaine, jugée trop fastidieuse. Un simple isolement de quelques jours est décidé, insuffisant pour endiguer la maladie. Avec la propagation de la maladie dans toute la région, le régent de Louis XV ordonne de brûler le navire, ordre tardivement mis à exécution (un mois plus tard), et l'épidémie sera finalement totalement éradiquée que deux années plus tard.

884. La troisième et dernière pandémie, dite « la peste de Chine », n'a que peu touché l'Europe¹⁵⁸².

Alexandre YERSIN, médecin franco-suisse, découvrit en 1894 le bacille de la peste le « *Yersinia pestis* », et quelques années plus tard, un sérum antipesteux est découvert, mettant progressivement fin aux pandémies de pestes.

¹⁵⁷⁷ Règlement à l'usage de l'intendance sanitaire de Marseille de 1836.

¹⁵⁷⁸ A compter de 1683, les décisions émaneront du Ministre de la Marine, du Conseil d'État ou de l'Intendant de la province.

¹⁵⁷⁹ Édit Royal de 1689, Ordonnance de 1709, Déclaration royale du 26 novembre 1729, Conseil d'État 1^{er} février 1751 et 14 octobre 1762, Proclamation du 17 décembre 1791, loi du 9 mai 1793, arrêté du 10 germinal an III, arrêté du 7 messidor an VI, délibération du 8 frimaire, Loi du 3 mars 1822 *relative à la Police Sanitaire*.

¹⁵⁸⁰ Règlement sanitaire international, Organisation mondiale de la santé, 2005.

¹⁵⁸¹ Jean-Noël BIRABEN, *Les Hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens*, t. 1 *La peste dans l'histoire*, Paris, Mouton, 1975. Le génome du bacille à l'origine de l'épidémie de peste a été identifié en 2016, comme sans lien avec la peste noire, voir en ce sens Kirsten BOS, et al., « *Eighteenth century Yersinia pestis genomes reveal the long-term persistence of an historical plague focus* », Neher Richard A (éd.), 5, eLife Sciences Publications, Ltd, janvier 2016. Toutefois, les mécanismes qui ont conduit à la disparition de la peste sont toujours inconnus. Fleur BEAUVIEUX, « *Épidémie, pouvoir municipal et transformation de l'espace urbain : la peste de 1720-1722 à Marseille* », Rives méditerranéennes, juin 2012, n° 42, p. 29-50.

¹⁵⁸² En raison du changement des vecteurs de transmission. Certains animaux sont en effet des « réservoirs de la peste », tels que les chats, les chèvres, les chameaux, les lapins et les lièvres tandis que d'autres sont résistants à la peste, comme les chiens ou les chevaux.

Ces trois pandémies de peste ont joué un rôle majeur dans l'émergence de la volonté d'une sécurité sanitaire.

II. Une nouvelle mission régaliennne de l'État : la sécurité sanitaire

885. En 1918, lors de la grippe espagnole¹⁵⁸³ (de type H1N1¹⁵⁸⁴), les services d'hygiène français sont éparpillés au sein de plusieurs ministères. Leur regroupement se fit dans un premier temps au sein du ministère de la guerre¹⁵⁸⁵ (Georges Clemenceau), puis de façon plus pérenne à partir du 21 janvier 1920 avec la création d'un ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales. Il faut attendre les années 1990 pour que les débats parlementaires autour de la loi relative au renforcement de la veille sanitaire¹⁵⁸⁶ définie comme « *l'observation permanente de l'état de santé de la population* »¹⁵⁸⁷ amènent à la conclusion qu'en « *quelques années, la sécurité sanitaire s'est imposée comme une nouvelle mission régaliennne de l'État* »¹⁵⁸⁸. Définie comme la protection contre les risques liés au fonctionnement du système de santé, la sécurité sanitaire est apparue dans un contexte marqué par une pluralité de 'scandales sanitaires'¹⁵⁸⁹ : encéphalopathie spongiforme bovine, exposition à l'amiante, hormone de croissance humaine extractive...

886. En 2009, une seconde pandémie¹⁵⁹⁰ de grippe survient, dite A(H1N1)¹⁵⁹¹. Décelée très précocement¹⁵⁹², cette pathologie est de faible mortalité, et environ « 2% des sujets ont

¹⁵⁸³ La grippe espagnole doit son nom au fait que l'Espagne fut la première à la mentionner publiquement.

¹⁵⁸⁴ Les gripes, bien que qualifiée d'espagnole, de grippe porcine, de grippe aviaire... sont en réalité désignées selon un type (A, B ou C), et le type A est subdivisé en sous type : H1N1 fait ainsi référence à l'hémagglutinine (une protéine) de type 1 et la neuraminidase (une enzyme) de type 1. Il existe 16 formes connues de H et 9 de N. La combinaison d'un souche humaine (H) avec une souche animale (N) ont été mis en évidence seulement en 2014. Voir en ce sens Michael WROBNEY, et al., « *Genesis and pathogenesis of the 1918 pandemic H1N1 influenza A virus* », Académie américaine des sciences (PNAS), 28 avril 2014 .

¹⁵⁸⁵ Certains ont qualifié ce regroupement de « dictature sanitaire ».

¹⁵⁸⁶ Loi du 1er juillet 1998 *relative au renforcement de la veille sanitaire*.

¹⁵⁸⁷ Claude HURIET, Sénateur, 24 septembre 1997, Discussion en séance publique.

¹⁵⁸⁸ Alain CALMAT, Député, 8 janvier 1998, Discussion en séance publique.

¹⁵⁸⁹ Didier TABUTEAU, *La sécurité sanitaire*, 1^{re} édition, Paris, 1994.

¹⁵⁹⁰ Dr Margaret CHAN, Déclaration du Directeur général de l'OMS, « *Grippe A(H1N1): le niveau d'alerte pandémique passe en phase 6* », 11 juin 2009, [en ligne] disponible sur www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_pandemic_phase6_20090611/fr/

¹⁵⁹¹ Décision de la Commission du 10 juillet 2009 n°2009/540/CE, modifiant la décision 2002/253/CE en ce qui concerne les définitions de cas pour la déclaration de la grippe A(H1N1) au réseau communautaire, Articler premier : « le titre « *nouveau virus de la grippe A(H1N1)* [communément appelé virus A(H1N1) de la grippe porcine ou virus de la grippe mexicaine] (1) » est remplacé par le titre « *grippe A(H1N1)* ».

¹⁵⁹² Pourtant différente de la grippe H1N1, la France a donc utilisé « *grippe A(H1N1)2009* » ou « *A(H1N1) v* ».

présenté des symptômes graves, évoluant souvent très rapidement vers une pneumonie engageant le pronostic vital. ». Dans ces conditions, l'OMS « continue de recommander qu'aucune restriction ne soit apportée aux voyages et qu'il ne soit procédé à aucune fermeture de frontières »¹⁵⁹³. La Ministre de la santé et des sports Roselyne BACHELOT a rapidement annoncé une campagne massive de vaccination, en suivant le scénario prévu par les premières simulations de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) s'agissant du H5N1 comme pouvant situer « dans des fourchettes de neuf à vingt et un millions le nombre des malades, de 500 000 à un million celui des personnes qui devraient être hospitalisées, de 91 000 à 210 000 le nombre des décès. »¹⁵⁹⁴. S'agissant des projections du A(H1N1), l'InVS envisageait que la grippe « pourrait toucher huit à vingt millions de personnes - soit jusqu'à 40 % de la population française, avec un taux de létalité évalué à 2 pour mille, [soit] de 16 000 à 40 000¹⁵⁹⁵ décès directs »¹⁵⁹⁶.

Enfin, environ 1334 cas graves 312 décès¹⁵⁹⁷ sont recensés, pour des estimations de 5,2 millions de personnes ayant contracté des symptômes grippaux et entre 7,7 et 14,7 millions de personnes infectées, dont un grand nombre ne présentant ainsi aucun symptôme¹⁵⁹⁸. Dans ce contexte et face à « une faible robustesse des indicateurs de gravité (...) les entreprises pharmaceutiques ont commencé à mettre les États en concurrence pour l'accès aux vaccins »¹⁵⁹⁹, ce qui a conduit le Premier ministre à passer commande de 94 millions de doses de vaccins, dans un contexte de menace sanitaire majeure, en l'absence de toute stratégie vaccinale.

La campagne de vaccination fut mise en place trop tardivement, au moment de la vague épidémique. La gravité de la grippe étant à ce moment-là relativisée au vu des éléments scientifiques, seuls 5,36 millions de personnes se sont fait vacciner, soit 8,5% de la population. Le coût total est estimé entre 700 et 760 millions d'euros. Sur le plan politique, la campagne de

¹⁵⁹³ Déclaration du Directeur général de l'OMS, 11 juin 2009, précité.

¹⁵⁹⁴ Sénat. Commission des affaires sociales, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'étude de la Cour des comptes relative à l'utilisation des fonds mobilisés pour la lutte contre la pandémie grippale A (H1N1)*, février 2011

¹⁵⁹⁵ En comparaison, la grippe saisonnière est responsable d'environ 6 000 décès par ans selon l'InVS.

¹⁵⁹⁶ Rapport précité.

¹⁵⁹⁷ En métropole. InVS, bulletin épidémiologique hebdomadaire du 20 avril 2010.

¹⁵⁹⁸ Rapport d'information précité.

¹⁵⁹⁹ Cour des Comptes, *L'utilisation des fonds mobilisés pour la lutte contre la pandémie grippale A (H1N1)v*, septembre 2010.

vaccination est un *fiasco*, les français¹⁶⁰⁰ étant réticents ou hésitants¹⁶⁰¹ à se faire vacciner, 41% ne les jugeant pas sûrs et 17% doutant de leur efficacité¹⁶⁰².

887. Confrontés à ces pandémies, l'État s'affirme progressivement, et le gouvernement met en œuvre des mesures de sécurité sanitaire¹⁶⁰³.

Le code de la santé publique¹⁶⁰⁴ prévoit une certaine immunité civile (en dehors d'éventuelle faute) des praticiens pour la prescription ou l'administration de médicaments en situation exceptionnelle. Le médecin peut ainsi, lorsque l'intervention « *était rendue nécessaire par l'existence d'une menace sanitaire grave et que la prescription ou l'administration du médicament a été recommandée ou exigée par le ministre chargé de la santé* », administrer un médicament, et ce, en « *dehors des indications thérapeutiques ou des conditions normales d'utilisation prévues par son autorisation de mise sur le marché ou son autorisation temporaire d'utilisation* ». Beaucoup plus dérogatoire encore, cette immunité s'étend aux médicaments qui ne feraient pas l'objet d'une autorisation de mise sur le marché.

888. S'agissant de l'indemnisation, le principe de réparation intégrale existe pour les accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales survenues dans le cadre la menace sanitaire grave¹⁶⁰⁵. Cette indemnisation fondée sur la solidarité nationale, qui écarte toute responsabilité des professionnels de santé, est toutefois entendue au sens strict : elle ne concerne que la prescription ou l'administration de médicaments, excluant ainsi les gestes techniques ou les dispositifs médicaux ; elle ne peut être mise en œuvre que lorsqu'il existe une recommandation (ou une exigence) du ministre de la santé, et enfin, lorsque les conditions normales d'utilisation (prévues par l'AMM) n'ont pas été respectées.

¹⁶⁰⁰ En réalité, la réticence n'est pas que française, et se retrouve dans de nombreux pays. Voir en ce sens YAQUB et al. « *Attitudes to vaccination : a critical review* », Social science and medicine, 2014.

¹⁶⁰¹ L'hésitation face à la vaccination est définie par l'OMS comme « *le retard dans l'acceptation ou le refus des vaccins malgré la disponibilité de services de vaccination* ».

¹⁶⁰² Enquête IPSOS, « *Observatoire sociétal du médicament 2016* » septembre 2016, [en ligne] disponible sur www.leem.org

¹⁶⁰³ Dont une partie sera développée ultérieurement.

¹⁶⁰⁴ Code de la santé publique, L.3131-3.

¹⁶⁰⁵ Code de la santé publique, L.3131-4. Ce régime est dérogatoire à celui prévu à l'article L.1142-1.

III. Conciliation entre crise sanitaire et libertés publiques

*« La santé de tous les peuples
est une condition fondamentale
de la paix du monde et de la sécurité »¹⁶⁰⁶*

889. THUCYDIDE¹⁶⁰⁷ décrit la peste d'Athènes comme une crise sanitaire doublée d'une crise morale de grande ampleur : elle désorganise très rapidement les institutions, avec de nombreux décès qui entraînent l'impossibilité de fonctionner. THUCYDIDE parle d'*anomia*, c'est-à-dire d'une humanité sans loi ni règle. Par ailleurs, la crise sanitaire devient également une crise économique à court terme, provoquant un vide démographique qui conduit à un effondrement des recettes fiscales, et un affaiblissement des administrations régaliennes.

Pour faire face à cette crise sanitaire, il y a souvent lieu de recourir à ces mesures exceptionnelles, qui restreignent les libertés publiques. Une corrélation entre politique sanitaire et régime politique a été établie en 1948 par un auteur allemand, ACKERKNECHT, qui tente de démontrer que les régimes autoritaires recourent plus facilement à des mesures restrictives de libertés individuelles, telles que les quarantaines, les cordons sanitaires, voir les « détentions » des malades. Les régimes libéraux, au contraire, optent pour des mesures liées à l'hygiène publique et l'assainissement collectif¹⁶⁰⁸.

890. Pour Pr. TRUCHET, cette conciliation entre l'ordre public sanitaire et les autres libertés est particulièrement difficile, par l'ampleur de son champ : *« la liste des droits et libertés potentiellement affectés est impressionnante, et presque sans limite ! Des mesures de quarantaine, de confinement ou d'interdiction de circulation portent atteinte à la liberté d'aller et de venir et au droit de mener une vie familiale normale ; des vaccinations et des soins obligatoires ou des hospitalisations forcées, à la liberté que l'on a de ne pas se soigner »¹⁶⁰⁹*. Or, et nous l'avons constaté pendant la pandémie de COVID-19¹⁶¹⁰, les citoyens n'adhèrent pas aux mesures sanitaires, et il est toujours à craindre que *« ceux qui craignent d'être immobilisés dans une zone infectée se précipitent au dehors, quitte à négliger les précautions prescrites ou*

¹⁶⁰⁶ Alinéa 3 de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, adopté en 1946.

¹⁶⁰⁷ THUCYDIDE, *Histoire de la guerre du Péloponnèse*, II, 47-58.

¹⁶⁰⁸ E. ACKERKNECHT, « *Anticontagionism between 1821 and 1867* », Bulletin of the Institute of the History of Medicine, 22, 562-593, 1948.

¹⁶⁰⁹ D. TRUCHET, L'urgence sanitaire, RDSS 2007. P.411 ; voir également du même auteur, « *Covid 19 : point de vue d'un 'administrativiste sanitaire'* », revue internationale de droit constitutionnel, mars 2020.

¹⁶¹⁰ Un développement sera consacré spécifiquement à la COVID-19.

à masquer les symptômes qu'ils ressentent »¹⁶¹¹. Ainsi, les mesures juridiques édictées pour préserver l'ordre public sanitaire doivent être « musclées », et pourtant sont humainement difficiles à appliquer.

C'est en ce sens que la maladie peut être un facteur de désordre, et que la lutte contre les maladies peut être considérée comme un élément dérivé de la sécurité¹⁶¹². La protection de la santé publique répond en effet à l'impératif essentiel de la nation, c'est-à-dire protéger la vie de ses citoyens¹⁶¹³. En ce sens, l'ordre public sanitaire peut légitimement être considéré comme un instrument de régulation de la liberté, au service de la santé publique.

891. Dans l'histoire, la santé publique a toujours été un impératif s'imposant aux libertés, même si l'usage de la contrainte n'est pas toujours nécessaire¹⁶¹⁴ pour faire respecter l'ordre public. La santé du peuple étant la loi suprême¹⁶¹⁵, aucune liberté ne saurait être absolue, et il sera toujours possible d'opérer des restrictions afin de poursuivre « *une exigence impérieuse que la protection de la santé publique* »¹⁶¹⁶. En effet, les « fléaux sociaux » de l'ancien code prévoyaient qu'en cas de suspicion par un médecin d'une pathologie contagieuse, le malade pouvait être soumis à des examens médicaux obligatoires et à l'obligation de soins, cette obligation pouvant conduire en cas de refus à une hospitalisation forcée¹⁶¹⁷. Aujourd'hui, diverses mesures existent toujours, plus ou moins contraignantes, avec ou sans le consentement des patients, mais avec la possibilité en ce dernier cas de saisir un juge. Ces mesures liées aux soins sans consentement feront l'objet d'un développement autonome.

892. Face à ces fléaux le panel d'outils restrictifs prévu par l'ancien code de la santé publique était beaucoup plus large qu'actuellement, le législateur considérant certains malades comme « *de véritables délinquants sanitaires* »¹⁶¹⁸. Aujourd'hui, cette vision semble beaucoup plus souple, les restrictions les plus importantes devant être prévues par le législateur¹⁶¹⁹. Ces

¹⁶¹¹ D. TRUCHET, *L'urgence sanitaire*, précité.

¹⁶¹² Stéphanie RENARD, *L'ordre public sanitaire (étude de droit public interne)*, Thèse de doctorat de droit, Rennes 1, 2008.

¹⁶¹³ Décision n° 2019-823 QPC du 31 janvier 2020, qui réaffirme la protection de la santé en tant qu'objectif à valeur constitutionnelle.

¹⁶¹⁴ Jean-Marie AUBY, *La légitimité de l'intervention publique : L'intervention publique dans le domaine de la santé*, AJDA, 1995, n° 9, p. 588-591.

¹⁶¹⁵ Une traduction possible de l'adage « *salus populi suprema lex* ».

¹⁶¹⁶ Conseil d'État, Juge des référés, du 25 avril 2002, 245414, publié au recueil Lebon. La CEDH évoque explicitement la protection de la santé comme limite à l'usage d'autres droits et libertés fondamentales. Cf. CEDH, 19 décembre 2017, n°56080/13 ; CEDH, 27 septembre 1995, n°18984/9.

¹⁶¹⁷ Ancien CSP, L.255, L.273, L.275.

¹⁶¹⁸ Stéphanie RENARD, précitée.

¹⁶¹⁹ La vaccination obligatoire ne peut par exemple être prévue que par le législateur, et non par l'administration : Conseil d'État, 1 / 4 SSR, du 29 juillet 1994, 102334, publié au recueil Lebon ; Conseil d'État, 7 /10 SSR, du 15 novembre 1996, 172806, publié au recueil Lebon.

dernières ne sauraient être mises en œuvre sans une certaine proportionnalité, dans le respect des exigences constitutionnelles¹⁶²⁰.

893. Le législateur s'attache à mettre en œuvre des restrictions aux libertés en instaurant un régime préalable de déclaration ou d'autorisation, fondé sur la gravité du risque sanitaire que présente l'activité : plus l'activité est dangereuse, plus elle sera surveillée par l'administration, et plus grande seront les atteintes portées à la liberté autour de cette activité. Seules des situations dans lesquelles l'ordre public risque d'être gravement compromis, et pourrait conduire à une paralysie de l'administration justifient de la suppression d'une liberté essentielle au maintien de la santé publique¹⁶²¹, au regard de mesure d'urgence¹⁶²². Ces situations seront étudiées ultérieurement, l'apparition de la pandémie de COVID-19 étant riche en enseignements à ce propos.

¹⁶²⁰ Notamment de l'article 34 ; Constitution du 4 octobre 1958.

¹⁶²¹ CE, 14 mars 1919, Sieur Ghesquière, n° 57.768, Recueil Lebon p. 257.

¹⁶²² Conseil d'État, 1 / 4 SSR, du 2 décembre 1983, 13205, publié au recueil Lebon.

Paragraphe 2 : La préparation et la planification face aux menaces sanitaires graves

« Ne pas prévoir, c'est déjà gémir »

Léonard DE VINCI ¹⁶²³

894. L'État, confronté à plusieurs reprises à des calamités nationales et des menaces sanitaires graves, a prévu des dispositifs de surveillance, des plans et exercices (I) pour éviter la réalisation de ces menaces. Afin de se préparer au mieux à l'éventualité d'une urgence sanitaire, il s'est également doté de moyens humains et matériels (II) qu'il peut mobiliser dans un très court délai.

I. Dispositifs de surveillance, planification et exercices

895. Afin de lutter contre les épidémies et certaines maladies transmissibles, qui peuvent se propager à l'échelle mondiale, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) s'est dotée d'un règlement sanitaire international¹⁶²⁴ qui prévoit des dispositifs de surveillance (A). À l'échelle nationale, l'institut de veille sanitaire (aujourd'hui Santé Publique France) coordonne des structures de surveillances et de préventions de risque sanitaire (B) ; pour autant face aux nombreuses crises sanitaires, l'État a dû revoir sa planification nationale (C), déclinée de façon départementale (D) et dans les établissements de santé, qui mettent en œuvre des exercices et entraînements (E). L'ensemble de ces dispositifs permettent de mieux anticiper les urgences sanitaires, tant dans leurs réalisations que dans les réponses à mettre en œuvre pour y faire face.

A. L'OMS et le dispositif de veille, d'alerte et de coordination de la réponse

896. L'OMS joue « un rôle moteur dans la coordination de l'architecture sanitaire mondiale »¹⁶²⁵ tout en évitant un double emploi, ou chevauchement avec la compétence des

¹⁶²³ Cité par Edmondo SOLMI, *Frammenti letterari e filosofici*, 1979.

¹⁶²⁴ OMS, *Règlement Sanitaire International* (2005), Troisième édition, Genève 2016.

¹⁶²⁵ Rapport du Directeur général de l'OMS, *Renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires*, mai 2022.

États-Membres ; ce rôle étant principalement le partage d'information, la prise de mesures pour la lutte épidémique, la formation, l'éducation et la recherche. La surveillance épidémiologique s'exerce en collaboration avec les États-Membres dans le cadre du Règlement Sanitaire International (RSI).

897. S'agissant de l'alerte, le système mondial d'alerte et d'intervention rapide (EWARS) permet de repérer de façon précoce les maladies épidémiques, et notamment leurs hausses brutales, en vue de prendre des mesures sanitaires permettant de les contenir en cas d'urgence (restriction de voyage par exemple). L'alerte effectuée par l'OMS a pour finalité d'informer les décideurs d'une menace pour la santé de leur population, afin qu'ils puissent prendre de façon autonome ou concertés des mesures de contrôle ou de prévention face à ladite menace. De façon plus extensive, le RSI prévoit un champ de notification qui comprend toute urgence de santé publique de portée internationale, liée à une menace sanitaire incluant « *les maladies infectieuses existantes, émergentes ou réémergentes, ainsi que les situations d'urgence sanitaire liées à des phénomènes environnementaux, industriels ou terroristes, y compris les événements dont les causes ou l'origine sont inconnues* »¹⁶²⁶. Ce partage d'informations permet aux institutions de mieux se préparer, et d'éclairer la prise de décision.

B. Santé Publique France et le dispositif de veille

898. L'Agence Nationale de Santé Publique ayant remplacé (ou fusionné) en 2016 l'InVS, c'est désormais en son sein qu'est animé le réseau centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles¹⁶²⁷, qui contribue à la surveillance épidémiologique et alerte immédiatement les autorités sanitaires de « *de tout phénomène pouvant engendrer un risque pour la santé publique* »¹⁶²⁸.

Santé Publique France est en outre responsable de l'étude des signalements des événements indésirables¹⁶²⁹. Une organisation consultative a également été mise en œuvre en juillet 2022¹⁶³⁰, le comité de veille et d'anticipation des risques sanitaires (COVARIS), afin d'assurer une veille scientifique sur les risques sanitaires.

¹⁶²⁶ InVS, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°24, 14 juin 2007.

¹⁶²⁷ Code de la santé publique, L.1413-2.

¹⁶²⁸ Code de la santé publique, D.1413-46.

¹⁶²⁹ Code de la santé publique, D.1413-58.

¹⁶³⁰ Code de la santé publique, D.1413-92, instauré par le décret n°2022-1099 du 30 juillet 2022 instituant un comité de veille et d'anticipation des risques sanitaires.

Ce comité rend des avis, souvent *a posteriori*, sur les risques sanitaires liés aux agents infectieux atteignant l'homme et l'animal, aux polluants environnementaux et alimentaires, et au changement climatique. Il émet des recommandations liées à ces risques.

899. Le COVARS ayant vocation à être pérenne, il a pour mission d'éclairer le gouvernement sur les conduites à tenir, et éventuellement à guider le Conseil d'État dans son raisonnement, celui-ci pouvant s'appuyer sur l'expertise du comité, comme il l'a fait précédemment avec le comité scientifique¹⁶³¹ : lorsque ce dernier formule des arguments scientifiques, ceux-ci revêtent une portée particulière, et fondent un grand nombre de recours, notamment en référé-liberté¹⁶³². Le recours préalable du gouvernement au comité scientifique n'était pas obligatoire¹⁶³³ avant d'édicter des mesures d'ordre sanitaire, et la création du COVARS s'inscrit dans cette même logique.

¹⁶³¹ Rym FASSI-FIHRI, *Les avis du comité de scientifiques covid-19 devant le Conseil d'État*, RFDA 2022, p. 1083

¹⁶³² Voir en ce sens N. SYMCHOWICZ, « État d'urgence sanitaire et contrôle juridictionnel des mesures de police - regard critique sur l'office du juge administratif », AJDA 2020. p. 2001.

¹⁶³³ Conseil d'État, 16/12/2021, 459307, Conseil d'État, 17/12/2021, 459092, Conseil d'État, 1ère chambre, 17/02/2022, 441292, et Conseil d'État, 9ème chambre, 17/02/2022, 445898.

C. Planification Nationale

900. La planification législative ou gouvernementale a été l'une des réponses au manque d'anticipation de l'État face à ces phénomènes. De façon chronologique, de nombreux plans ont vu le jour depuis les années 2000, à la suite d'urgences collectives : en 2001, les attentats du 11 septembre, les attaques aux enveloppes contaminées à l'anthrax et l'accident d'AZF ont conduit à l'adoption d'un plan gouvernemental¹⁶³⁴ et de deux circulaires¹⁶³⁵. En 2003, la canicule a justifié le vote d'une loi¹⁶³⁶ instituant des plans blancs dans les établissements et en 2005 les pandémies de chikungunya et de grippes ont imposé la création d'un plan de prévention et de lutte¹⁶³⁷, réactualisé de nombreuses fois. Entre 2003 et 2006, des cas d'infections de méningites se multiplient et donnent lieu à l'édiction d'une circulaire¹⁶³⁸ qui regroupe en un unique document les recommandations des trois circulaires précédentes¹⁶³⁹. La grippe H1N1 a nécessité une réadaptation du plan gouvernemental, vivement critiqué¹⁶⁴⁰.

Devant la gravité de la menace sanitaire que représente Ebola apparu en 2014, une dérogation¹⁶⁴¹ permet de constituer des stocks de médicaments antirétroviraux en phase d'essai. La question du stockage de médicaments¹⁶⁴² fait d'ailleurs l'objet de nombreux débats, en raison des pénuries de plus en plus fréquentes, et en 2024, une proposition de loi veut augmenter

¹⁶³⁴ Plan gouvernemental d'intervention face aux menaces et actes de terrorisme de type nucléaire, radiologique, biologique ou chimique (NRBC), décliné en trois plans « Biotox », « Piratox » et « Piratome ».

¹⁶³⁵ Circulaire DHOS/HFD/DGSNR n° 277 du 2 mai 2002 *relative à l'organisation des soins médicaux en cas d'accident nucléaire ou radiologique* ; Circulaire DHOS/HFD N° 2002/284 du 3 mai 2002 *relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes*.

¹⁶³⁶ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 *relative à la politique de santé publique*.

¹⁶³⁷ Plan national de prévention et de lutte « Pandémie grippale », seul plan à ne pas être couvert par le secret défense. Ce plan est complété par de très nombreux textes réglementaires, pour illustration : Arrêté du 24 juillet 2013 *relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement* ; Circulaire n° DGS/RI1/DGOS/DGCS/2014/316 du 17 novembre 2014 *relative à la vaccination contre la grippe saisonnière dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux* ; Instruction n° DGS/VSS2/DGOS/2019/167 du 26 juillet 2019 *relative à l'actualisation du cadre de préparation du système de santé à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles*.

¹⁶³⁸ Circulaire n° DGS/5C/2006/458 du 23 octobre 2006 *relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque*.

¹⁶³⁹ Circulaire DGS/SD 5C n°2001-542 du 8 novembre 2001 ; Circulaire DGS/SD 5C n° 2001-543 du 9 novembre 2001 ; Circulaire DGS/SD 5C no 2002-400 du 15 juillet 2002.

¹⁶⁴⁰ Rapport de la commission d'enquête sur le rôle des firmes pharmaceutiques dans la gestion par le Gouvernement de la grippe A (H1N1)v, n°685, Sénat ; Rapport d'enquête sur la manière dont a été programmée, expliquée et gérée la campagne de vaccination contre la grippe A (H1N1), n°2698, Assemblée Nationale.

¹⁶⁴¹ Arrêté du 2 août 2019 *autorisant l'utilisation de traitements par les patients contaminés par le virus Ebola ou des personnels de santé en milieu de soins exposés au virus Ebola*.

¹⁶⁴² Décret n° 2021-349 du 30 mars 2021 *relatif au stock de sécurité destiné au marché national*.

les obligations de stocks des industriels¹⁶⁴³ pour prévenir les ruptures de stocks en situation courante.

Enfin, la menace sanitaire sans précédent de la COVID-19, apparue en novembre 2019 à Wuhan en Chine¹⁶⁴⁴ a profondément modifié les dispositifs de planification, qui seront abordées ultérieurement.

901. Ces différentes mesures de planification tentent d'articuler les dimensions techniques, financières et juridiques de la crise, afin de permettre aux décideurs de mettre en œuvre une stratégie opérationnelle dans un laps de temps rapide. Cette stratégie d'anticipation et de planification intègre également les questions éthiques, favorisant une plus grande transparence lors de la mise en œuvre. En effet, le questionnement en amont permet de prendre des décisions mieux tolérées par la population, les recommandations et avis des organismes institutionnels étant publics¹⁶⁴⁵.

Ces choix sont souvent complexes, car nécessitent d'opérer des priorités d'accès aux soins, ou/et des restrictions qui doivent ainsi être acceptées par la population. En outre, un effort important a été consenti par les différentes institutions, pour sensibiliser les agents à la planification, par le biais de séminaires, de formations interservices ou d'intervention dans des formations universitaires¹⁶⁴⁶.

D. La planification départementale et ses déclinaisons dans les plans d'établissements

902. Depuis la circulaire de 2006¹⁶⁴⁷, chaque établissement de santé est doté d'un plan blanc. L'objectif de ce plan est de réorganiser les services hospitaliers¹⁶⁴⁸ afin de permettre la prise en charge de patients en grand nombre, provenant d'un même événement, quitte à reporter

¹⁶⁴³ Valérie RABAULT, Proposition de loi n°2062 *visant à lutter contre les pénuries de médicaments* ; adopté et renvoyé à la Commission des affaires sociales.

¹⁶⁴⁴ Et qui sera développée dans la section 2.

¹⁶⁴⁵ CCNE, COVARS...

¹⁶⁴⁶ Après la pandémie de COVID-19, l'École des Hautes Études en Santé Publique a par exemple créé en 2023 un diplôme de Master II - Master Management et Pilotage des situations sanitaires exceptionnelles, qui comprend trois spécialisations : gestionnaire d'alerte, préparation et planification, et gestionnaire de crise.

¹⁶⁴⁷ Circulaire n°2006-401, *précité*.

¹⁶⁴⁸ Pierre CARLI, '*Catastrophe et Plan Blanc : comment se réorganiser en urgence ?*', Conférence d'actualisation, SFAR, 2014

les activités non urgentes¹⁶⁴⁹. Ce plan prévoit à la fois un flux de patients régulé par le centre 15, et un flux non régulé et difficilement prévisible, de patients se présentant spontanément. Il permet de mobiliser des moyens humains et matériels, de façon graduée et sectorielle, en fonction de l'événement qui justifie l'activation de ce dispositif¹⁶⁵⁰. Lorsque ce plan est mis en œuvre, une cellule de crise hospitalière organise l'ajout de lits supplémentaires dans des services concernés, le pilotage de la déprogrammation des opérations pouvant l'être, le rappel des personnels disponibles, de façon graduée pour permettre des relèves, et différents dispositifs d'information pour limiter le recours aux urgences.

De façon concrète, ce plan blanc est formalisé dans un document opérationnel qui comprend des fiches réflexes, mis à jour annuellement, et comprenant des modalités de formations et d'exercices.

903. Dans la même logique, d'autres plans existent, et avec la même finalité : dispositifs ORSEC, plans de gestion des tensions hospitalières et des SSE, plans bleus, plans de continuité d'activité, plans de renforts, plans particuliers d'intervention, plans d'opérations internes...

E. La mise en œuvre d'exercices et d'entraînements

*« Échouer à se préparer,
c'est se préparer à échouer »¹⁶⁵¹*

904. Afin de vérifier la conformité des plans à la réalité, mais également de former et de maintenir le niveau de formation du personnel à ces différents plans, des exercices ou entraînements sont régulièrement organisés, par chaque établissement, mais également de façon transversale entre services, sous l'égide du Préfet de Département ou de Zone de défense.

Ces exercices et/ou entraînements permettent de vérifier les moyens (disponibilité, état des matériels, fonctionnement conforme...), la pertinence de la doctrine d'emploi, mais également de former les professionnels à la mise en œuvre des dispositifs de planification.

¹⁶⁴⁹ Durant la Covid-19, une personne sur cinq a vu ses soins médicaux annulés à l'initiative d'un professionnel de santé durant le premier confinement, avec un taux de reprogrammation de 78%. Voir en ce sens J-E POUSSON et al, « *Social inequalities in medical appointment cancellations and reschedulings at the onset of the COVID-19 epidemic in France* », European Journal of Public Health, Août 2024, n°4, vol. 34, pp.652-659

¹⁶⁵⁰ Code de la santé publique, articles L.3110-7 à L.3110-10 et R.3110-4 et suivants.

¹⁶⁵¹ Benjamin FRANKLIN.

905. Les retours d'expérience offrent la possibilité de changer certaines procédures afin de s'adapter aux difficultés rencontrées, de capitaliser les expériences et propositions, et d'améliorer le savoir-faire des participants.

II. La mobilisation de moyens matériels et humains face aux menaces sanitaires

906. Afin d’anticiper les situations d’urgence en situations exceptionnelles, l’État s’est doté de moyens matériels (A) à travers des stocks stratégiques nationaux et des moyens tactiques locaux, qui permettent de faire face rapidement à l’urgence. Des moyens humains sont mobilisables (B) afin de renforcer les effectifs locaux, à travers la réserve sanitaire.

A. Des moyens matériels : les stocks stratégiques nationaux de produits de santé et les moyens tactiques locaux

907. Les moyens matériels représentent des lots stockés au sein des établissements de santé sièges de SAMU régionaux et d’un stock national de produit de santé, dont la teneur varie (1), ainsi que la responsabilité qui y est attachée (2).

1. Teneur

908. Le stock stratégique de produits de santé¹⁶⁵² est destiné à faire face au niveau national aux risques biologiques, chimiques ou radionucléaires, aux risques accidentels de radio-contaminations, ainsi qu’aux menaces épidémiques de grande ampleur (pandémie). Lors de la création ce stock en 2007, il représentait un volume d’environ 100 000 palettes¹⁶⁵³ et comprenait une cinquantaine de références¹⁶⁵⁴. Constitué et géré par l’établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)¹⁶⁵⁵, une distinction est finalement créée en 2011¹⁶⁵⁶ entre les stocks dits « stratégiques », et les stocks dits « tactiques » ; ces derniers étant désormais confiés aux établissements de santé sièges de service d’aide médicale urgente.

¹⁶⁵² CSP, Article L.1413-4.

¹⁶⁵³ Entendues au sens des normes européennes, c’est-à-dire 80x120 cm.

¹⁶⁵⁴ Annexe 8 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, p. 142.

¹⁶⁵⁵ Loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 *relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur*.

¹⁶⁵⁶ Instruction ministérielle du 2 novembre 2011 *relative à la préparation de la réponse aux situations exceptionnelles dans le domaine de la santé*.

En 2019, ce stock représente 38 000 palettes¹⁶⁵⁷ contenant des médicaments, des dispositifs médicaux, du petit matériel ainsi que du consommable. Bien que les menaces épidémiques de grande ampleur fassent partie des risques, en réalité ce stock est très orienté sur les risques NRBC, comme l'indique une circulaire interministérielle¹⁶⁵⁸.

Ces stocks nationaux sont établis en fonction des différents risques, évalués par le secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale. Les objectifs de population à couvrir pour répondre à ces risques sont définis par des experts (HCSP, Santé Publique France...) ¹⁶⁵⁹.

909. Les produits de santé du stock stratégique de l'État susceptibles d'être distribués à la population sont classés en 3 catégories : ceux utiles face aux risques nucléaires et radiologiques, aux risques chimiques, et aux risques biologiques. S'agissant de cette dernière catégorie, elle comprend à titre d'exemple des médicaments antibiotiques, des masques chirurgicaux, des antiviraux, et des vaccins. Les autres catégories rassemblent différents antidotes¹⁶⁶⁰. S'agissant de l'acheminement de ces produits, deux possibilités existent : soit la chaîne de distribution de médicaments prévue par différents plans, soit la réquisition de moyens pour assurer ces transports.

910. Des moyens tactiques existent également au niveau local, sous l'appellation de postes sanitaires mobiles¹⁶⁶¹, qui se décomposent en cinq catégories de matériel, qui peuvent être mobilisés selon trois niveaux dans le cadre d'une situation sanitaire d'exception : par l'établissement détenteur pour son usage propre ou dans le cadre de l'aide médicale urgente ; au niveau zonal par l'ARS de zone ; ou au niveau national par le directeur général de la santé.

911. La première catégorie de matériel concerne des lots « postes sanitaires mobiles de 1^{er} niveau » (PSM1). Ce lot est conçu pour assurer la prise en charge sur le terrain de 25 blessés graves, en urgence absolue. Un lot comprend environ 400 kg de matériel¹⁶⁶² et un volume d'un mètre cube, devant être facilement transportable pour prendre en charge des situations d'urgences collectives sur l'ensemble du territoire départemental.

¹⁶⁵⁷ Données Santé Publique France, « *Gestion des stocks stratégiques de produits de santé* » 6 juillet 2019.

¹⁶⁵⁸ Circulaire interministérielle n° DGS/DUS/DGSCGC/2013/327 du 21 août 2013 *relative au dispositif destockage et de distribution des produits de santé des stocks stratégiques de l'État pour répondre à une situation sanitaire exceptionnelle*.

¹⁶⁵⁹ M. Francis DELATTRE, *Rapport d'information fait au nom de la commission des finances sur l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires*, n°625, Sénat, 2015.

¹⁶⁶⁰ Voir *infra*, §839 et suivants.

¹⁶⁶¹ Arrêté du 24 décembre 1996 *portant création des postes sanitaires mobiles*.

¹⁶⁶² Avec une palette de 11 conteneurs (dont 2 d'antidotes), à laquelle il faut rajouter une palette de matériel permettant l'apport en oxygène. Enfin, ce matériel est complété par une tente et un groupe électrogène, souvent contenus dans une remorque de transport.

912. Si le lot de premier niveau ne suffit pas, il est possible de mettre en œuvre le « poste sanitaire mobile de 2^{ième} niveau » (PSM2). Cette seconde catégorie est conçue pour assurer des soins spécialisés pour environ 500 victimes, et ce pendant une durée de 24h. La dotation comprend plus de 200 références pharmaceutiques¹⁶⁶³, l'objectif étant de permettre de faire face sans compromettre les circuits d'approvisionnement traditionnels en produits pharmaceutiques d'urgence¹⁶⁶⁴. Ce lot¹⁶⁶⁵ comprend l'équivalent de 4 lots PSM1¹⁶⁶⁶ (soit 100 victimes en urgence absolue), auquel est ajouté 2 lots de 56 conteneurs permettant la prise en charge totale de 400 victimes¹⁶⁶⁷, dont 4 conteneurs d'antidotes et d'antibiotiques, pour une prise en charge de 60 victimes. Comme précédemment, ces lots ne comportent pas de moyens d'apport en oxygène ni de respirateurs, mais comprennent une tente et un groupe électrogène. En outre, 100 brancards et 200 couvertures, ainsi qu'un lot de communication radio complètent le lot PSM2. Ce lot est extrêmement long à mettre en œuvre, ce qui explique qu'il soit très rarement utilisé¹⁶⁶⁸, l'évacuation vers des structures hospitalières étant plus rapide que la mise en œuvre de ce lot préhospitalier.

913. La troisième catégorie de matériel est constituée des respirateurs de transport. L'absence de respirateurs au sein des lots PSM s'explique par une volonté de constituer des lots à part, qui sont plus faciles à entretenir.

914. La quatrième catégorie intègre les tenues de décontamination (CLD – TLD¹⁶⁶⁹), conçues pour protéger les agents hospitaliers des contaminants chimiques ou bactériologiques, mais ne protègent pas des particules radioactives. Ces tenues ne peuvent être portées que 2 heures maximum, habillage (environ 30 minutes) compris. Le nombre de tenues dépend de chaque zone, et seuls les personnels formés peuvent les utiliser. Des tenues « outre-mer » permettent la protection durant 24h de vapeurs toxiques (chimiques), mais sont inefficaces pour tout autre type de risques.

¹⁶⁶³ La variété des références nécessite la présence d'un pharmacien lors du déploiement d'un lot PSM2.

¹⁶⁶⁴ Déjà évoquée, la spécificité des crises réside dans la dualité de gestion, d'une part de la crise, et d'autre part en permettant aux événements courants de se poursuivre, notamment les autres urgences.

¹⁶⁶⁵ Un lot PSM2 représente 156 conteneurs et 16 palettes, soit 31 palettes, pour un poids légèrement supérieur à 8 tonnes pour un volume de 35 mètres cubes.

¹⁶⁶⁶ Ces 4 lots sont dits polyvalents, et identifiés par les lettres A, B, C et D pour permettre une mise en place de plusieurs postes sanitaires de façon indépendante.

¹⁶⁶⁷ Qui représentent 6 palettes. Du matériel, telles que les drogues médicales, sont stockées dans des coffres forts ou des réfrigérateurs afin de permettre leur stockage dans les conditions adéquates.

¹⁶⁶⁸ Contrairement au lot PSM1, nous n'avons trouvé aucun article scientifique sur la mise en œuvre du lot PSM2.

¹⁶⁶⁹ Combinaisons Légères de Décontamination / Tenues Légères de Décontamination.

915. La dernière catégorie concerne l'unité mobile de décontamination hospitalière (UMDH), dispositif de protection hospitalière projetable. L'objectif premier est la protection des établissements vis-à-vis des personnes dites 'fuyardes' d'un lieu impliquant des risques NRBC, et qui sont potentiellement contaminées. Cependant, le montage en pratique de cette unité nécessite au moins une heure, ce qui implique des délais importants, auxquels s'ajoutent les délais de prise de décision d'engagement de celle-ci, ainsi que d'éventuels délais de transport. Ainsi, la protection des établissements n'est que très partielle vis-à-vis des fuyards, susceptibles d'être accueillis bien avant la mise en place de cette structure, ce pourquoi les établissements disposent de la faculté de mise en œuvre d'un point de rassemblement des victimes hospitaliers, permettant de faire patienter ces patients le temps de la mise en œuvre de l'UMDH.

916. Enfin, un dernier type de lot stratégique existe, appelé « lot PSM 3 », qui est unique en France, constitué à l'identique d'un lot PSM 2, et se situe à l'Hôpital Henri Mondor (94), sur une plateforme sanitaire et logistique aérotransportable. Il comprend en outre du matériel, des vecteurs de transports, et des lots de radiocommunications. Il est destiné à « *apporter un renfort aux moyens sanitaires et logistiques des postes sanitaires mobiles déjà positionnés dans les établissements de santé ou bien dans le cadre d'une opération internationale. Il s'agit en effet d'un dispositif national projetable (par avion et/ou camion)* »¹⁶⁷⁰.

Des stocks issus d'organismes de sécurité civile relevant du ministère de l'intérieur, notamment les établissements de soutien opérationnel et logistique (ESOL) ont également été mis à profit lors de la pandémie de 2009 pour fournir des masques FFP2.

Enfin, le service de santé des armées (SSA) du ministère de la Défense stocke également des quantités parfois importantes de médicaments et de consommables.

917. La multiplicité des sites de stockages, ainsi que d'organismes rend extrêmement complexe une coordination au niveau national dans le cadre des urgences sanitaires. Un rapport¹⁶⁷¹ préconisait ainsi déjà en 2009 une centralisation accrue des stocks, en relevant l'incohérence notable que certains produits complémentaires tels que des « *seringues vides et doses de vaccins par exemple, ne sont pas systématiquement stockés sur les mêmes sites* ». Ces

¹⁶⁷⁰ Francis DELATTRE, Rapport d'Information, « L'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) : comment investir dans la sécurité sanitaire de nos concitoyens ? », n°625, Sénat, juillet 2015

¹⁶⁷¹ M. Jean-Jacques JEGOU, Rapport d'information sur la gestion par l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) des stocks de produits de santé constitués en cas d'attaque terroriste ou de pandémie, Sénat, n°338, mai 2009.

dysfonctionnements rendent inefficaces leur mise en œuvre en situation d'urgence, d'autant que la responsabilité des stocks est extrêmement confuse¹⁶⁷² entre l'État, les hôpitaux et les ARS.

918. Or, ces stocks sont au cœur de l'urgence collective, et l'interprétation des textes n'a pas été sans difficulté lors du COVID-19. En effet, à la suite de la publication de la doctrine¹⁶⁷³ relative à la protection des travailleurs, la DGS et plusieurs ministres de la santé ont conclu que le stock de l'État était uniquement à destination des personnes malades et de leurs contacts, excluant les professionnels¹⁶⁷⁴ (l'employeur devant se constituer ses propres stocks), en contradiction avec les textes législatifs¹⁶⁷⁵, ce qui a conduit progressivement à un déclin des stocks (notamment des masques)¹⁶⁷⁶. D'une manière générale, avant la COVID-19, la tendance de l'évolution des stocks stratégiques nationaux était à la baisse, diminuant de moitié entre 2010 et 2014¹⁶⁷⁷. Or, à l'urgence médicale collective ne devrait pas s'ajouter une urgence logistique, celle de se procurer des médicaments et dispositifs médicaux.

919. Ce manquement à la préparation et cette carence d'anticipation ont été analysés par l'Assemblée nationale¹⁶⁷⁸, qui souligne l'aberration que représente l'exclusion des personnels soignants de la possibilité de bénéficier des stocks stratégiques. Comme énoncé précédemment, l'instruction de l'époque renvoyait à l'obligation faite aux employeurs de protéger leurs salariés en cas d'apparition d'un virus hautement pathogène.

L'État a donc renvoyé la responsabilité de se constituer des stocks de masques aux établissements hospitaliers, publics comme privés, mais également aux professionnels de santé libéraux et aux établissements médico-sociaux, ainsi qu'aux officines de pharmacie ou aux laboratoires de biologie. Ainsi, cette lecture restrictive « *a conduit à ce que le stock de masques de l'État soit désormais réservé à la protection des malades et de leurs contacts étroits* », ce qui a entraîné un non-renouvellement de ces équipements qui arrivaient à péremption.

¹⁶⁷² Rapport d'information sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid 19, n°3633, Assemblée Nationale.

¹⁶⁷³ Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale, doctrine de protection des travailleurs face à un virus hautement pathogène à transmission respiratoire, 16 mai 2013.

¹⁶⁷⁴ Cour administrative d'appel de Paris, 06/10/2023, 22PA03879, 22PA03991, 22PA03993.

¹⁶⁷⁵ Code de la défense, article L.1142-8 « *Le ministre chargé de la santé est responsable de l'organisation et de la préparation du système de santé et des moyens sanitaires nécessaires à la connaissance des menaces sanitaires graves, à leur prévention, à la protection de la population contre ces dernières, ainsi qu'à la prise en charge des victimes. (...)* ». Voir également, Code de la Santé Publique, L. 1413-3.

¹⁶⁷⁶ Un milliard d'unités avant la pandémie de H1N1, contre 100 millions disponibles en 2019. Voir Rapport d'information n°3633, précité.

¹⁶⁷⁷ Rapport d'information, *L'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) : comment investir dans la sécurité sanitaire de nos concitoyens ?*, n° 625, Assemblée Nationale, 15 juillet 2015

¹⁶⁷⁸ Assemblée Nationale, Rapport d'information fait au nom de la mission d'information sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid-19, Rapport n°3053.

Pourtant, la gestion des stocks stratégiques nationaux incombe à l'Etat, et les manquements sont de nature à engager sa responsabilité.

2. La responsabilité de l'Etat dans la gestion des stocks

920. L'État, pilote des priorités dans l'urgence sanitaire, peut naturellement voir sa responsabilité recherchée. Cette responsabilité est basée dans les conditions de droit commun, c'est-à-dire sur l'existence d'une faute, et la simple apparition de l'urgence ne suffit pas pour fonder une exonération. Les juridictions administratives¹⁶⁷⁹ se sont fondées sur les recommandations en matière d'anticipation et de préparation aux situations d'urgence sanitaire, pour reconnaître la carence fautive de l'Etat : la France ne disposait pas d'un stock suffisant de masques et en s'abstenant de constituer un stock suffisant pour lutter contre une pandémie liée à un agent respiratoire hautement pathogène, elle avait privé les personnels soignants et les patients de matériels indispensables.

La gestion de la pénurie de masques a été analysée en fonction du contexte, c'est-à-dire en appréciant si le décideur avait des raisons réelles et objectives d'estimer que cette décision était la bonne, en prenant en compte la probabilité au regard des informations dont il disposait, au moment où il a décidé¹⁶⁸⁰. C'est pourquoi, en fonction de la temporalité, le juge admet ou non l'existence d'une faute.

Ainsi, la condition d'urgence ne suffit pas à fonder une exonération de responsabilité, puisque le juge administratif a pu condamner l'État pour un délai jugé trop important entre l'information de la pénurie de masque, celle de l'urgence de santé publique internationale déclarée par l'OMS et l'approvisionnement en masque. Le juge étudie conjointement l'urgence sous le prisme de la temporalité et de celui de l'adéquation des moyens aux fins.

Le lien de causalité a été étudié au cas par cas, les requérants pouvant soutenir en fonction des faits d'espèces, « *qu'en s'abstenant de constituer un stock suffisant de masques permettant de lutter contre une pandémie liée à un agent respiratoire hautement pathogène, ce qui [a conduit l'État] à adopter une communication tendant à déconseiller le port des masques pour les personnes asymptomatiques, celui-ci a commis une faute de nature à engager sa responsabilité* », notamment dans les cas dans lesquels les personnes vulnérables ont été

¹⁶⁷⁹ Pour illustration : Tribunal Administratif de Paris, 3ème chambre, n°2012679/6-3, 28 juin 2022 ; Cour administrative d'appel de Paris, 06/10/2023, 22PA03879, 22PA03991, 22PA03993.

¹⁶⁸⁰ La formulation est volontairement proche de l'article L.435-1 du code de la sécurité intérieure.

*« particulièrement exposées au virus de la covid-19 dans des conditions ne permettant pas le maintien de distances physiques, à une période où le personnel soignant, s'il avait disposé d'un nombre suffisant de masques, aurait été amené à en porter »*¹⁶⁸¹.

De manière inédite, la Cour administrative d'appel de Paris¹⁶⁸² admet expressément la possibilité de reconnaître l'existence d'un lien de causalité entre les fautes précédemment identifiés et le préjudice subi par certains requérants, pourtant rejeté par le tribunal administratif en premier ressort. Seuls les requérants qui *« établissent avoir été particulièrement exposés au virus, notamment du fait de leur profession (...) »* ou vulnérables dans les conditions citées précédemment, sont ainsi considérés comme ayant été privés d'une chance d'échapper à la contamination et sont, dès lors, susceptibles d'obtenir une indemnisation. Un médecin généraliste libéral qui n'a pas pu se procurer de masques, a par exemple été indemnisé¹⁶⁸³, comme une personne très vulnérable, en raison à la fois de son âge et de son hospitalisation¹⁶⁸⁴. A l'inverse, une personne âgée, mais vivant seule à son domicile a été écartée de l'indemnisation¹⁶⁸⁵.

¹⁶⁸¹ Cour administrative d'appel de Paris, 8ème chambre, 20/10/2023, 22PA03994, Inédit au recueil Lebon.

¹⁶⁸² Cour administrative d'appel de Paris, 6 octobre 2023, n° 22PA03879, 22PA03991, 22PA03993.

¹⁶⁸³ Arrêt n°22PA03993, *précité*.

¹⁶⁸⁴ En l'espèce 92 ans, arrêt n°22PA03991, *précité*.

¹⁶⁸⁵ Arrêt n°22PA03879, *précité*.

B. Des moyens humains mobilisables : la réserve sanitaire

921. A la suite de l'épidémie de Chikungunya de 2007, l'État a créé une réserve sanitaire¹⁶⁸⁶, afin de disposer de professionnels de santé volontaires pouvant être mobilisés en cas de situation sanitaire exceptionnelle. Ce dispositif complémentaire de l'activation des plans blancs (avec le recours à des professionnels de santé extérieur à l'établissement, qu'ils soient actifs, retraités ou étudiants), permet de faire appel à des équipes de réservistes sanitaires pour renforcer les équipes hospitalières et décupler les capacités de prise en charge. Le cadre juridique de l'intervention des réservistes sanitaires est prévu par le code de la santé publique, dans des conditions similaires aux autres réserves¹⁶⁸⁷, avec un statut protecteur¹⁶⁸⁸. En effet, en cas d'accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales causées dans le cadre de la réserve sanitaire, la réparation se fait au titre de la solidarité nationale, et ce « *sans qu'il soit besoin d'établir l'existence d'une faute ni la gravité particulière des préjudices subis* »¹⁶⁸⁹.

922. La mise en œuvre de ces renforts se fait en cas de situation sanitaire exceptionnelle *via* le directeur général de l'ARS, sous la forme d'une demande motivée adressée à l'agence nationale de santé qui précise les mesures déjà mises en œuvre pour faire face à la situation et justifie de l'insuffisance des moyens disponibles¹⁶⁹⁰. Le coût du renfort est à la charge de l'ARS, aussi Santé Publique France établit préalablement une estimation du coût de la mission.

923. La réserve sanitaire comprenait deux composantes, la première étant la réserve d'intervention, tandis que la seconde était une réserve de renfort, mobilisable dans les événements de longue durée nécessitant des roulements de personnel. La distinction entre les deux a été abrogée¹⁶⁹¹, les réservistes pouvant désormais être mobilisés de façon indifférenciée pour l'une ou l'autre des missions : il existe des équipes rapides d'intervention¹⁶⁹², dont la mission est de « *répondre aux situations de catastrophe, d'urgence ou de menace sanitaires*

¹⁶⁸⁶ Loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 *relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur* ; Décret n° 2007-1273 du 27 août 2007 *pris pour l'application de la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur* ; Aujourd'hui la réserve sanitaire est définie par les articles L3132-1 à L3134-3, et D3133-1 à D3134-6 du CSP.

¹⁶⁸⁷ Même si les conditions sont plus souples. Voir en ce sens, Code de la Défense, L4221-1 et suivants.

¹⁶⁸⁸ Les réservistes bénéficient d'une protection économique, sociale et administrative, prévue par le CSP.

¹⁶⁸⁹ Conseil d'État, 5ème - 4ème chambres réunies, 27/05/2016, 391149.

¹⁶⁹⁰ CSP, D.3134-2.

¹⁶⁹¹ Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 *modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*.

¹⁶⁹² Arrêté du 4 mars 2020 *relatif à la mobilisation de la réserve sanitaire*.

graves sur le territoire national »¹⁶⁹³ et des équipes de renforts qui viennent « compléter les moyens habituels des centres et maisons de santé, des professionnels de santé conventionnés ainsi que des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou des établissements qui accueillent des personnes en situation de handicap lorsqu'une situation sanitaire exceptionnelle nécessite de compléter l'offre de soins et que ces structures ou ces professionnels ne peuvent pas pourvoir eux-mêmes à leurs besoins ».

924. Outre la réserve sanitaire, la sécurité civile et ses composantes peuvent être mobilisées en cas de situation de crise, pour les opérations de secours et/ou des actions de soutien aux populations sinistrées. A ce titre, les associations agréées de sécurité civile, dans le cadre de la mise en œuvre du plan ORSEC ou dans le cadre d'une convention de renfort à un SDIS ou à un SAMU, sont affectées à *« participer aux opérations de secours, aux actions de soutien et d'accompagnement des populations victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes et à l'encadrement des bénévoles dans le cadre de ces actions »¹⁶⁹⁴*, ceci sous la direction du Préfet¹⁶⁹⁵. Reconnues comme acteurs majeurs de la sécurité civile, ces associations restent fragiles en raison du mode de financement actuel, basé presque exclusivement sur la réalisation de dispositifs prévisionnels de secours facturés auprès des organisateurs. Elles sont en outre *« insuffisamment reconnues et considérées pour les missions qu'elles réalisent »¹⁶⁹⁶*. Le rapport FALCO préconise ainsi la mise en place de moyens financiers pluriannuels, bien qu'il ne mentionne pas l'origine des subventions¹⁶⁹⁷.

925. La participation du service de santé des armées est également à signaler, le SSA ayant mobilisé durant la pandémie de COVID-19 un hôpital de campagne, qui a permis la prise en charge de 30 patients en réanimation.

¹⁶⁹³ CSP, L.3132-1.

¹⁶⁹⁴ Code de la sécurité intérieure, L.725-3.

¹⁶⁹⁵ Code de la sécurité intérieure, L.115-1.

¹⁶⁹⁶ Assemblée Nationale, Rapport sur le projet de loi de finance pour 2024, Rapport n°1745, octobre 2023.

¹⁶⁹⁷ Hubert FALCO, « Rapport sur la modernisation de la sécurité civile et la protection contre les risques majeurs », 2023.

Section 2. La menace sanitaire sans précédent : l'exemple du SARS-CoV-2

926. A la fin de l'année 2019, une épidémie émerge dans la ville de Wuhan en Chine, sous forme de pneumonies, avant que les scientifiques se rendent compte qu'il s'agit d'une nouvelle forme de coronavirus, le SARS-CoV-2¹⁶⁹⁸, dont le réservoir est probablement animal (bien que l'animal à l'origine de la transmission à l'homme n'ait pas été identifié). Les premiers cas découverts en France font l'objet de controverses sur les dates¹⁶⁹⁹, comme sur la gravité de la pathologie, ou encore son mode de transmission. Cette nouvelle maladie va entraîner des urgences massives, dégénérant en crise sanitaire planétaire. L'Organisation mondiale de la santé déclare une urgence de santé publique de portée internationale en janvier¹⁷⁰⁰, puis le stade de pandémie en mars 2020¹⁷⁰¹.

927. Face à cette situation inédite, l'État a déclaré « la guerre » au coronavirus, se portant garant de l'ordre public sanitaire (§1), afin d'éviter des urgences collectives massives. Les pouvoirs publics ont alors fait usage de mesures de police administrative extra-ordinaires pour faire face à la situation : l'état d'urgence sanitaire. Dans ce cadre, les dérogations et exceptions juridiques mises en œuvre ont été très nombreuses, et le juge administratif a été saisi très fréquemment en vue de contrôler la légalité des décisions administratives. Face au risque d'engorgement massif des structures hospitalières, le système de santé a dû s'adapter en urgence et recourir à un tri des patients (§2), en tentant de concilier les principes de non-discrimination d'accès aux soins et des ressources très limitées. Cette multiplicité d'urgences collectives a durablement fragilisé un système de santé déjà au bord de l'explosion¹⁷⁰².

928. Les dispositions législatives en vigueur lors de la survenue de l'épidémie visaient la lutte contre les menaces sanitaires graves, et disposait en cas « *de menace sanitaire grave*

¹⁶⁹⁸ Acronyme anglais de « severe acute respiratory syndrome coronavirus »

¹⁶⁹⁹ Fabrice CARRAT, et al., *Evidence of early circulation of SARS-CoV-2 in France: findings from the population-based 'CONSTANCES' cohort*, European Journal of Epidemiology, 36, Février 2021, n° 2, p. 219-222.

¹⁷⁰⁰ OMS, *Déclaration sur la deuxième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la flambée de nouveau coronavirus 2019 (2019-nCoV)*, 30 janvier 2020, Genève. [En ligne] disponible sur [https://www.who.int/fr/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/fr/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).

¹⁷⁰¹ OMS, *Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point de presse sur la COVID-19 du 30 mars 2020*, 30 mars 2020, [en ligne] disponible sur www.who.int/fr/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---30-march-2020.

¹⁷⁰² Les références étant particulièrement fournies à ce sujet, il a été choisi de ne citer qu'un des très nombreux rapports parlementaires sur le sujet : Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France, Sénat, n°587, mars 2022.

appelant des mesures d'urgence, notamment en cas de menace d'épidémie, le ministre chargé de la santé peut, par arrêté motivé, prescrire dans l'intérêt de la santé publique toute mesure proportionnée aux risques courus et appropriée aux circonstances de temps et de lieu afin de prévenir et de limiter les conséquences des menaces possibles sur la santé de la population »

¹⁷⁰³.

929. Ces mesures en matière de menaces sanitaires graves ont été dans les faits très peu utilisées, et nous n'avons pas trouvé d'antécédents avant 2012, année pendant laquelle le Préfet de l'Aveyron avait été habilité à prendre des mesures de confinement à l'égard d'une personne atteinte d'une pathologie hautement contaminante, en l'espèce une forme de tuberculose résistante et contagieuse. Le ministre avait alors très exactement qualifié le mode de transmission qui « *s'effectue principalement par voie aérienne par l'intermédiaire d'aérosols de microgouttelettes mis en suspension durablement dans l'air (...)* »¹⁷⁰⁴. Le Préfet avait motivé sa décision par le refus de l'individu de suivre « *le traitement qui lui a été proposé et de se tenir isolé des autres personnes saines de son entourage* »¹⁷⁰⁵ et du fait que par ce comportement, il était susceptible de contaminer un nombre important de personnes et de porter une atteinte grave et immédiate à leur santé. Malgré l'habilitation ministérielle attribuant au préfet la faculté de contraindre au prononcé d'un confinement pour le patient, le préfet n'a toutefois pas jugé opportun de s'en saisir « *considérant qu'elle était de nature à constituer une voie de fait s'agissant d'une mesure limitant la liberté d'aller et venir d'une personne* »¹⁷⁰⁶.

L'État a donc dû s'adapter et créer un cadre juridique spécifique, permettant de faire face à cette situation inédite.

¹⁷⁰³ CSP, L.3131-1, dans sa version législative créée par la loi 2007-294 du 5 mars 2007. Cet article sera modifié par la loi 2020-290 du 23 mars 2020, par la loi 2020-546 du 11 mai 2020, par la loi 2021-689 du 31 mai 2021, et enfin par la loi 2022-1089 du 30 juillet 2022.

¹⁷⁰⁴ Arrêté du 22 octobre 2012 *habilitant le préfet du département de l'Aveyron à prendre des mesures de confinement de toute personne atteinte d'une pathologie hautement contaminante*.

¹⁷⁰⁵ *Ibidem*.

¹⁷⁰⁶ Alain MILON, Avis n°380 sur le *Projet de loi d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19*, 19 mars 2020. Cette possibilité ne valant pas obligation, une alerte sur l'habilitation préfectorale avait été émise par le groupe parlementaire, en indiquant notamment qu'il n'était pas souhaitable de transférer compétence décisionnelle en matière d'état d'urgence sanitaire au Préfet, mais plutôt de les conserver au niveau du Premier Ministre et de celui chargé de la Santé.

Paragraphe 1 : L'État comme garant d'un « ordre public sanitaire », face au Covid-19 et à l'urgence

*« Une législation de l'exceptionnel
reste à la merci de l'imprévisible »¹⁷⁰⁷*

930. Le plus connu des régimes de crises est l'état d'urgence, institué par la loi 3 avril 1955, que le Conseil d'État a jugé compatible avec la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales¹⁷⁰⁸, pouvant être mis en œuvre *« soit en cas de péril imminent résultant d'atteintes graves à l'ordre public, soit en cas d'événements présentant, par leur nature et leur gravité, le caractère de calamité publique »*. L'urgence sanitaire et la Covid-19 pouvant être considérées comme une menace grave pour l'ordre public, tout comme un événement pouvant présenter le caractère de calamité publique, l'état d'urgence aurait pu être légitimement invoqué pour faire face à la pandémie du coronavirus. Ce régime était toutefois très connoté « lutte contre le terrorisme », notamment en lien avec les perquisitions dites administratives, et les assignations à résidence.

Autre problématique de l'état d'urgence issu de la loi de 1955, la compétence en a été confiée au ministre de l'Intérieur, et non au Ministre chargé de la santé, ce qui dilue l'efficacité des pouvoirs entre deux ministères.

931. C'est ainsi qu'en 2007, une première loi¹⁷⁰⁹ instaure une notion d'urgence sanitaire, qui crée une base légale pour les mesures d'urgence sanitaire, tout particulièrement axée sur la prévention : *« le ministre chargé de la santé peut, par arrêté motivé, prescrire dans l'intérêt de la santé publique toute mesure proportionnée aux risques courus et appropriée aux circonstances de temps et de lieu afin de prévenir et de limiter les conséquences des menaces possibles sur la santé de la population »*¹⁷¹⁰. Un régime spécial de responsabilité est également créé¹⁷¹¹.

932. En 2020, face à la situation sanitaire inédite, et confronté à l'insécurité juridique des mesures de confinement ordonnées sur le fondement de l'article L3131-1 comme de la théorie

¹⁷⁰⁷ Didier TRUCHET, *L'urgence sanitaire*, RDSS 2007 p.411.

¹⁷⁰⁸ Conseil d'État, Assemblée, du 24 mars 2006, n°286834.

¹⁷⁰⁹ Loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 *relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur*.

¹⁷¹⁰ CSP, Article L.3131-1.

¹⁷¹¹ CSP, Article L.3131-3 et Article L.3131-4.

des circonstances exceptionnelles¹⁷¹², le gouvernement a souhaité ancrer toutes les décisions dans un régime juridique d'exception, destiné à affronter une « *catastrophe sanitaire mettant en péril, par sa nature et sa gravité, la santé de la population* »¹⁷¹³. L'état d'urgence sanitaire est alors pris en Conseil des ministres, sur le rapport du ministre chargé de la santé¹⁷¹⁴ (I), et la compétence des mesures de police administrative, le fait du Premier ministre. Cela semble logique, ce dernier étant plus à même que le ministre de la Santé de concilier les intérêts des différents ministères, s'agissant des restrictions des libertés d'aller et venir, de circulation, de réunion, de la liberté d'entreprendre... La théorie des circonstances exceptionnelles étant mise à profit des autorités de police générale, elle ne bénéficiait donc pas au Ministre chargé de la santé. Le juge administratif a été saisi de nombreuses fois par les justiciables, désireux de conserver un équilibre entre les impératifs de santé publique et leurs libertés individuelles (II). La loi de juillet 2022¹⁷¹⁵ a toutefois modifié le cadre juridique de la gestion des crises sanitaires (III).

¹⁷¹² Conseil d'Etat, 28 juin 1918, *Heyriès*, n°63412 ; CE, 28 février 1919, *Dames Dol et Laurent*, n°61593

¹⁷¹³ Loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 *d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19*.

¹⁷¹⁴ CSP, Article L.3131-13.

¹⁷¹⁵ Loi n°2022-1089 du 30 juillet 2022 *mettant fin aux régimes d'exception créés pour lutter contre l'épidémie liée à la covid-19*.

I. L'instauration de mesures coercitives face à l'urgence

933. Institué par la loi du 23 mars 2020¹⁷¹⁶, l'état d'urgence sanitaire a été minutieusement analysé par la doctrine, qui a passé au crible tous les aspects de ce nouvel état d'exception et discuté de l'opportunité de modifier le code de la santé publique¹⁷¹⁷, d'aménager les modalités de recours à l'état d'urgence de 1955¹⁷¹⁸ ou de qualifier la pandémie de « calamité publique », voire de recourir à l'article 16 de la Constitution¹⁷¹⁹.

934. La première des conséquences de l'instauration de cette loi est, à l'image des autres régimes d'exception, un renforcement des pouvoirs de la puissance publique (A). Face à l'urgence planétaire, les libertés individuelles seront restreinte, particulièrement celle d'aller et de venir (B).

A. La puissance publique en 1^{er} outil

935. Le Conseil d'État, dans son avis sur le projet de loi d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19 a proposé d'ajouter une disposition législative selon laquelle « l'autorité administrative peut assurer leur exécution d'office nonobstant l'existence des dispositions pénales en réprimant la violation. Il considère que les sanctions pénales prévues ne sont pas disproportionnées »¹⁷²⁰. Est ainsi fait expressément dérogation à la jurisprudence issue de l'affaire Société immobilière de Saint-Just (2 décembre 1902) devant le Tribunal des conflits, selon laquelle l'application de sanctions pénales fait obstacle à l'exécution d'office de mesures de police administrative. Dans cette affaire, le Commissaire du gouvernement Jean ROMIEU avait, dans ses conclusions, indiqué que « tout le monde reconnaît qu'il est de l'essence même du rôle de l'administration d'agir immédiatement et d'employer la force publique sans

¹⁷¹⁶ Loi n°2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19.

¹⁷¹⁷ Étude d'impact relative au projet de loi d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19 du 18 mars 2020, Sénat, 2020.

¹⁷¹⁸ Joël ANDRIANTSIMBAZOVINA, *Les régimes de crises à l'épreuve des circonstances sanitaires exceptionnelles*, *RDLF*, chron. n°20, 2020.

¹⁷¹⁹ Olivier BEAUD, *La surprenante invocation de l'article 16 dans le débat sur le report du 2nd tour des élections municipales*, Blog Jus Politicum, 23 mars 2020 ; Joël ANDRIANTSIMBAZOVINA, *précité*. D'autres auteurs ont évoqué une modification de la Constitution pour établir un cadre commun aux régimes d'exceptions ; voir en ce sens Philippe BLACHER, Jean-Eric GICQUEL, « Pour gérer des crises comme celle du coronavirus, il faut modifier notre constitution », *Huffingtonpost*, 17 mars 2020.

¹⁷²⁰ Conseil d'État, *Avis sur un projet de loi et un projet de loi organique d'urgence pour faire face à l'épidémie de COVID-19*, n°399873, 18 mars 2020.

délai ni procédure, lorsque l'intérêt immédiat de la conservation publique l'exige : quand la maison brûle, on ne va pas demander au juge l'autorisation d'y envoyer les pompiers. Sur ce point, il n'y a jamais eu de contestation ».

Pourtant, à l'exception d'une disposition en matière environnementale qui comporte une formulation similaire, « *indépendamment des poursuites pénales qui peuvent être exercées, (...) l'autorité administrative compétente met en demeure la personne à laquelle incombe l'obligation d'y satisfaire dans un délai qu'elle détermine. En cas d'urgence, elle fixe, par le même acte ou par un acte distinct, les mesures nécessaires pour prévenir les dangers graves et imminents pour la santé, la sécurité publique ou l'environnement* », très peu de dispositions législatives prévoient de dérogations formulées de la sorte¹⁷²¹.

936. En l'absence de disposition législative, et en reprenant les conclusions du Commissaire ROMIEU, il apparaît donc que l'urgence, motivée lorsque « *la maison brûle* », justifie l'exécution forcée. Ainsi, des mesures qui seraient – hors contexte d'urgence – illégales, se verraient « *justifiées* » lorsque la condition d'urgence est présente. Les règles de formes et de procédures sont alors temporairement mises de côté¹⁷²² et, les autorités administratives disposent d'une certaine extension de leur pouvoir, le juge administratif leur permettant de prendre « *des mesures d'extrême urgence en vue de pourvoir aux nécessités du moment* »¹⁷²³.

Le juge examine également la notion de mise en péril immédiat, qui peut constituer une urgence, et permettre à l'administration « *d'exécuter d'office ses propres décisions si l'obéissance des administrés n'est pas susceptible d'être obtenue autrement, (...), et même si des voies de droit existent* »¹⁷²⁴.

937. Justement, pendant la Covid-19 et aux fins de permettre à l'ensemble de ses professionnels de santé de travailler dans des conditions qui garantissent leur sécurité, l'État a fait usage de son pouvoir de réquisition¹⁷²⁵ pour constituer des stocks de masques de protection respiratoire et de masques antiprojections. De nombreux justiciables ont saisi le juge administratif afin d'enjoindre l'état de fournir des masques aux professionnels, ce qui a conduit

¹⁷²¹ Il faut relever la rédaction particulièrement laconique du code de la défense pris en son article L.2221-10, « *En cas de refus des habitants de consentir aux réquisitions, le recouvrement des prestations est assuré au besoin par la force.* », qui ne semble aujourd'hui que peu applicable, même dans des circonstances d'urgence sanitaire.

¹⁷²² CE, 28 mars 1947, *Sieur Crespin*, req. n° 81678.

¹⁷²³ CE, 4 juin 1947, *Entreprise Chemin*, req. n° 79511.

¹⁷²⁴ Tribunal des Conflits, du 21 juin 1993, 09-32.866.

¹⁷²⁵ Décret n° 2020-247 du 13 mars 2020 *relatif aux réquisitions nécessaires dans le cadre de la lutte contre le virus covid-19* ; Décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 *prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire*.

le Conseil d'État¹⁷²⁶ à fixer deux lignes directrices de ce contentieux : le juge ne peut « qu'ordonner les mesures d'urgence qui lui apparaissent de nature à sauvegarder, dans un délai de quarante-huit heures, la liberté fondamentale à laquelle il est porté une atteinte grave et manifestement illégale. Le caractère manifestement illégal de l'atteinte doit s'apprécier notamment en tenant compte des moyens dont dispose l'autorité administrative compétente et des mesures qu'elle a, dans ce cadre, déjà prises ». Le juge administratif a donc rejeté la quasi-totalité des référés¹⁷²⁷, estimant une absence de carence de l'administration, compte tenu de l'adéquation des moyens déjà mis en œuvre par l'administration et de la pénurie de matériel.

938. Ce pouvoir de réquisition a été renforcé pendant la COVID-19 par le législateur¹⁷²⁸, et cette extension a été jugée conforme à la Constitution¹⁷²⁹, ce qui a conduit la doctrine¹⁷³⁰ à constater que le droit à la protection de la santé, plus encore en cas d'urgence, prévaut sur les libertés personnelles, d'aller et de venir, du droit au respect de la vie privée, et de la liberté d'entreprendre.

939. Dans un même temps, et avec la volonté de permettre à la population de bénéficier de tous les moyens d'asepsie, le gouvernement a souhaité réguler le prix de vente des solutions hydroalcooliques afin de lutter contre les hausses excessives de prix de ces dernières. Le code du commerce permet en effet de prendre par décret « *des mesures temporaires motivées par une situation de crise, des circonstances exceptionnelles, une calamité publique ou une situation manifestement anormale du marché dans un secteur déterminé* »¹⁷³¹. Sur ce fondement, le gouvernement a pris les mesures utiles « *afin de protéger les consommateurs contre les risques induits par une situation manifestement anormale du marché* »¹⁷³².

¹⁷²⁶ Conseil d'État, Juge des référés, formation collégiale, 22/03/2020, 439674 ; note Pauline PARINET-HODIMONT, « *Les joggers bientôt privés de sortie ?* », recueil Dalloz 2020 p.687 ; obs. Stéphanie RENARD, « *Coronavirus - Précisions du Conseil d'État sur le rôle de la police municipale dans la lutte contre les épidémies* », AJCT, 2020, n° 4, p. 175 ; note Christian VALLAR, « *Covid-19 : le Conseil d'État en faveur d'un confinement modulé et adapté* », AJDA 2020 p.851.

¹⁷²⁷ A titre d'illustration : Conseil d'État, Juge des référés, 20/04/2020, 439983, Inédit au recueil Lebon ; Conseil d'État, Juge des référés, 18/04/2020, 440012 ; Conseil d'État, 15/04/2020, 440002 ; Conseil d'État, Juge des référés, 22/05/2020, 440321, Inédit au recueil Lebon ; Conseil d'État, 05/05/2020, 440229, Inédit au recueil Lebon ; Conseil d'État, Juge des référés, 08/06/2020, 440701, Inédit au recueil Lebon.

¹⁷²⁸ Loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions.

¹⁷²⁹ Décision n° 2020-800 DC du 11 mai 2020.

¹⁷³⁰ Tatiana GRÜNDLER, « *Le juge et le droit à la protection de la santé* », RDSS, 2010, n° 5, p. 835-846 ; Gregory BLIGH, « *Réquisitionner en situation d'urgence sanitaire* », AJDA, 2020, n° 20, p. 1098.

¹⁷³¹ Code du commerce, L. 410-2.

¹⁷³² Décret n°2020-197 du 5 mars 2020 relatif aux prix de vente des gels hydroalcooliques.

B. Restrictions de circulations

« *Ce n'est pas une vie
que de ne pas bouger* »¹⁷³³

940. Afin de prévenir la propagation du virus Covid-19, le Président de la République et son Gouvernement ont souhaité limiter les déplacements de toute personne hors du domicile (1), avant d'instaurer des restrictions de circulation fondées sur l'immunité acquise contre le virus, c'est-à-dire un passe sanitaire, qui se transformera ensuite en passe vaccinal (2).

1. Confinement général de la population

941. Le premier confinement a été instauré pour une durée initiale de 15 jours¹⁷³⁴. La terminologie utilisée dans le décret est l'interdiction, et cinq exceptions sont prévues, mais dans le respect « *des mesures générales de prévention de la propagation du virus* » et « *en évitant tout regroupement de personnes* ». Le Préfet peut « *adopter des mesures plus restrictives en matière de déplacement des personnes lorsque les circonstances locales l'exigent* ». Selon la jurisprudence constante, ces mesures devront toutefois être strictement nécessaires, proportionnées et limitées dans le temps. Cette mesure sera renforcée par l'émergence d'une sanction¹⁷³⁵ de 4^e classe, en cas de non-respect du confinement.

Ce confinement a été jugé conforme, le Conseil d'État reconnaissant au Premier Ministre la compétence d'édicter des mesures de police applicables sur l'ensemble du territoire, sans contester de caractère disproportionné, « *malgré la gravité de l'atteinte ainsi portée à la liberté d'aller et venir et au droit au respect de la vie privée et familiale* »¹⁷³⁶.

¹⁷³³ Alexandre YERSIN dans une lettre à sa mère. Patrick DEVILLE, *Peste et Choléra*, août 2012.

¹⁷³⁴ Décret n°2020-260 du 16 mars 2020 portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus covid-19.

¹⁷³⁵ Décret n° 2020-264 du 17 mars 2020 portant création d'une contravention réprimant la violation des mesures destinées à prévenir et limiter les conséquences des menaces sanitaires graves sur la santé de la population.

¹⁷³⁶ Conseil d'État, 10ème - 9ème chambres réunies, 22/12/2020, n°439800, n°439818 et n°439855 ; Conseil d'État, 10ème - 9ème chambres réunies, 22/12/2020, 439956.

942. Pourtant, le droit de vivre en famille même en période de crise pandémique a motivé quatre suspensions et une annulation de circulaire¹⁷³⁷ : bien que le Conseil d'État reconnaisse au premier ministre le pouvoir de restriction d'accès au territoire français comme moyen de lutte contre l'épidémie¹⁷³⁸, ces restrictions devraient être en rapport avec le risque sanitaire. Or, dans les décisions en cause, l'atteinte grave aux droits et libertés familiales est constituée « *eu égard aux troubles dans les conditions d'existence subis par les conjoints et les familles* »¹⁷³⁹, particulièrement en cas de séparation depuis plusieurs mois. L'urgence sanitaire ayant motivé un confinement de la population, les regroupements et réunifications familiaux devaient ainsi être considérés comme relativement limités, et ne sauraient donc être considérés comme contribuant de manière significative à une augmentation du risque épidémique.

Par ailleurs, pour les expatriés souhaitant rentrer en France durant la pandémie, le juge s'est fondé sur le droit fondamental qu'a tout Français de rejoindre le territoire national, droit ne pouvant être restreint qu'en cas de « *nécessité impérieuse pour la sauvegarde de l'ordre public, notamment pour prévenir, de façon temporaire, un péril grave et imminent* ». Or la seule proclamation de l'état d'urgence sanitaire ne justifiait pas une telle atteinte¹⁷⁴⁰. En effet, si des restrictions provisoires pouvaient être établies, sur le fondement des provenances à risques par exemple, l'administration ne peut refuser le retour des nationaux de façon systématique, d'autant que l'administration dispose d'outils complémentaires, moins liberticides, comme l'exigence de tests au départ et à l'arrivée, et de mesure d'isolement à l'arrivée en France¹⁷⁴¹.

Ainsi, le confinement de la population, décrété dans un contexte d'urgence sanitaire, ne justifiait pas de mettre en suspens le droit à la vie familiale.

¹⁷³⁷ Serge SLAMA, « *Quatre suspensions et une annulation : la protection par le Conseil d'État du droit au rapprochement familial en temps de crise épidémique* », AJDA, 2021, n° 33, p. 1930. Conseil d'État, Juge des référés, 21/01/2021, 447878, Inédit au recueil Lebon ; Conseil d'État, 7ème - 2ème chambres réunies, 29/06/2021, 447872, Inédit au recueil Lebon ; Conseil d'État, Juge des référés, 17/03/2021, 450122, Inédit au recueil Lebon ; Conseil d'État, Juge des référés, 26/03/2021, 449993, Inédit au recueil Lebon ; Conseil d'État, Juge des référés, 12/03/2021, 449908, Inédit au recueil Lebon.

¹⁷³⁸ CE, n°439800, *précité*.

¹⁷³⁹ CE, ordonnance n°447878, *précité*.

¹⁷⁴⁰ Conseil d'État, Juge des référés, 18/08/2020, 442581, Inédit au recueil Lebon ; CE, Ordonnance n°449908, *précité*. Voir également Caroline LANTERO, *Les libertés fondamentales au sens de l'article L. 521-2 du code de justice administrative*, Blog du Droit Administratif, 03/09/2018, mis à jour le 15/10/2022.

¹⁷⁴¹ Décret n° 2021-493 du 22 avril 2021 modifiant les décrets n° 2020-1262 du 16 octobre 2020 et n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

943. Par ailleurs, l'instauration d'un confinement ne saurait pour autant être absolu : plusieurs motifs permettaient d'exercer la liberté d'aller et venir, notamment pour raison de santé, d'urgence familiale, la garde d'enfant ou pour faire ses courses¹⁷⁴².

944. Ces restrictions ont également eu un impact sur la possibilité de manifester¹⁷⁴³, ce droit ayant été interdit de façon générale. A l'inverse, la liberté de réunion a été restreinte, mais sans être interdite totalement : en fonction des périodes¹⁷⁴⁴, les réunions sur la voie publique ont été limité à six personnes, avec un certain nombre d'exceptions¹⁷⁴⁵, plus ou moins justifiées et justifiées du point de vue de la population et des professionnels¹⁷⁴⁶.

945. Au sein des EHPAD, d'importantes restrictions ont conduit à un isolement des résidents de leur proches, avec une interdiction fréquente des visites¹⁷⁴⁷. Face à l'augmentation et l'imprévisibilité des décès, les soignants ont également été en grande difficulté et les contraintes sanitaires ont par ailleurs privé les familles des moments de recueillement¹⁷⁴⁸.

946. Le confinement comme outil de lutte contre « la guerre sanitaire »¹⁷⁴⁹ a cependant dû être assorti d'exceptions, sur cinq motifs distincts : le motif professionnel¹⁷⁵⁰ pour les déplacements des métiers jugés indispensables, la liste ayant été modifiée à de nombreuses reprises ; le motif d'achats de fournitures professionnels ou d'achats de première nécessité¹⁷⁵¹ ;

¹⁷⁴² Décret n°2020-293 du 23 mars 2020 *prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire*, article 3. L'usage du vélo a fait l'objet d'un étonnant contentieux au sein duquel le juge a eu l'occasion d'affirmer que « la faculté de se déplacer en utilisant un moyen de locomotion dont l'usage est autorisé constitue, au titre de la liberté d'aller et venir et du droit de chacun au respect de sa liberté personnelle, une liberté fondamentale (...) ». Voir en ce sens, Conseil d'État, Juge des référés, 30/04/2020, n°440179.

¹⁷⁴³ Conseil d'État, Juge des référés, 13/06/2020, 440846, Inédit au recueil Lebon.

¹⁷⁴⁴ Liste non exhaustive : Arrêté du 4 mars 2020 *portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19*, Décret n° 2020-260, Décret n°2020-293, Décret n°2020-548, Décret n°2020-663, Décret n° 2020-724, Décret n°2020-860, Décret n°2020-1310, Décret n°2020-1454.

¹⁷⁴⁵ Décret n°2020-1310 du 29 octobre 2020 *prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire*. Dans ces exceptions, se trouvent les réunions ou activités à caractère professionnel, les services de transports, les cérémonies funéraires (30 personnes maximales autorisées), les établissements recevant du public...

¹⁷⁴⁶ EOCHE-DUVAL, « Les 'rassemblements sur la voie publique' sous état d'urgence sanitaire. Nouvelle catégorie juridique ou donnée épidémiologique ? », JCP éd. G, n°4, 25 janvier 2021. Sur cette thématique, voir également TA Clermont-Ferrand, ord., 22 novembre 2020, n°2002092 et Conseil d'État, 22/11/2020, 446723, Inédit au recueil Lebon.

¹⁷⁴⁷ Cf. Rapport du ministère chargé de la santé, « Liens entravés, adieux interdits », novembre 2023

¹⁷⁴⁸ CHU de Besançon, « Étude des questions relatives aux confinements, aux fins de vie et à la mort dans les Ehpads lors de la première vague de l'épidémie Covid-19 en France », Plateforme nationale pour la recherche sur la fin de vie, Rapport final, Novembre 2021.

¹⁷⁴⁹ Emmanuel MACRON, Discours d'adresse aux Français, 16 mars 2020, [en ligne] disponible sur www.elysee.fr

¹⁷⁵⁰ « Trajets entre le ou les lieux d'exercice de l'activité professionnelle et déplacements professionnels insusceptibles d'être différés ».

¹⁷⁵¹ « Déplacements pour effectuer des achats de fournitures nécessaires à l'activité professionnelle et des achats de première nécessité dans des établissements dont les activités demeurent autorisées (...) ».

les motifs de santé ; le motif familial impérieux¹⁷⁵², largement controversé en raison du haut risque de contamination des personnes vulnérables ; et enfin le motif d'activité physique individuelle¹⁷⁵³.

947. Pour s'assurer du confinement, les Préfets et Maires ont interdit de très nombreuses portions du territoire français (plages, parcs, front de mer...), le tout complété par des restrictions de sorties nocturnes ou des interdictions d'activités extérieures, comme le jogging¹⁷⁵⁴. Au total, 2839 arrêtés liés à la lutte contre l'épidémie de Covid-19 ont été recensés¹⁷⁵⁵, entraînant une profonde confusion pour les habitants.

948. Le confinement s'achève le 11 mai 2020¹⁷⁵⁶ dans le sens où les attestations ne sont alors plus nécessaires, même si de nombreuses restrictions demeurent. Un nouveau confinement, moins strict que le premier, interviendra le 30 octobre¹⁷⁵⁷, avec un déconfinement au 15 décembre 2020¹⁷⁵⁸ en trois phases : réouverture des commerces dit « non-essentiels », puis réouvertures des lycées, salles de sport et restaurants. Enfin, les universités réouvrent. Un troisième confinement interviendra du 3 avril 2021¹⁷⁵⁹ au 3 mai 2021¹⁷⁶⁰. Pour éviter un quatrième confinement, le Président de la République évoque l'instauration d'un passe sanitaire, qui sera rapidement adopté sur un modèle européen¹⁷⁶¹.

¹⁷⁵² « Déplacements pour motif familial impérieux, pour l'assistance des personnes vulnérables ou pour la garde d'enfants ».

¹⁷⁵³ « Déplacements brefs, à proximité du domicile, liés à l'activité physique individuelle des personnes, à l'exclusion de toute pratique sportive collective, et aux besoins des animaux de compagnie ».

¹⁷⁵⁴ Arrêté Municipal, Ville de Saint-Étienne, 9 avril 2020.

¹⁷⁵⁵ Mileva BOULESTREAU, et al., « Les mesures locales d'aggravation de l'état d'urgence sanitaire », La Revue des droits de l'homme. Revue du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux, Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux, avril 2020. Voir également, Serge SLAMA, « Confinement général : une épidémie printanière d'arrêtés préfectoraux », Cahiers de la recherche sur les droits fondamentaux, Presses universitaires de Caen, septembre 2021, n° 19, p. 41-53.

¹⁷⁵⁶ Loi n°2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions.

¹⁷⁵⁷ Décret n°2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

¹⁷⁵⁸ Décret n°2020-1582 du 14 décembre 2020 modifiant les décrets n° 2020-1262 du 16 octobre 2020 et n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

¹⁷⁵⁹ Décret n°2021-384 du 2 avril 2021 modifiant les décrets n° 2020-1262 du 16 octobre 2020 et n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

¹⁷⁶⁰ Décret n°2021-541 du 1er mai 2021 modifiant le décret n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire

¹⁷⁶¹ Règlement (UE) n°2021/953 du Parlement européen et du Conseil du 14 juin 2021 relatif à un cadre pour la délivrance, la vérification et l'acceptation de certificats COVID-19 interopérables de vaccination, de test et de rétablissement (certificat COVID numérique de l'UE) afin de faciliter la libre circulation pendant la pandémie de COVID-19.

2. L'instauration d'un passe sanitaire puis d'un « passe vaccinal »

949. La loi de sortie de crise sanitaire¹⁷⁶² entrée en vigueur, le Président de la République a souhaité éviter à tout prix un quatrième confinement, notamment lors de l'apparition du variant delta. C'est dans cette optique que le législateur a opté pour la mise en œuvre d'un passe sanitaire, dans un contexte de vive opposition¹⁷⁶³ et suscitant la saisine du Conseil Constitutionnel¹⁷⁶⁴, notamment sur la disposition prévoyant de subordonner l'accès des personnes à certains lieux¹⁷⁶⁵ à un test virologique (dépistage), un statut vaccinal, ou un certificat (de rétablissement). Un durcissement de ce passe, le transformant de sanitaire à vaccinal a eu lieu pour quelques mois¹⁷⁶⁶, avant que l'on revienne au passe sanitaire. Fortement contestées, ces mesures ont été soumises au contentieux administratif¹⁷⁶⁷.

Le Conseil d'État a eu notamment l'occasion de rendre une série de dix décisions le 3 mars 2023¹⁷⁶⁸, retenant que « *à la date du décret attaqué, les personnes vaccinées avaient douze fois moins de risque de contracter le virus de la covid-19 que les personnes non vaccinées et, en cas de contamination, avaient quatre fois moins de risque de le transmettre que les personnes non vaccinées* », et que dans ces circonstances, la différence de traitement instauré par le passe sanitaire n'est manifestement pas disproportionnée, étant fondé sur le « *motif d'intérêt général tiré de la nécessité de limiter la propagation de l'épidémie de covid-19* ». Cette mention à l'absence de disproportion nous conforte, une fois de plus, dans notre analyse de la

¹⁷⁶² Loi n°2021-689 du 31 mai 2021 *relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire* ; Loi n°2021-1040 du 5 août 2021 *relative à la gestion de la crise sanitaire*.

¹⁷⁶³ Michel VERPEAUX, *Validation sous réserves du passe sanitaire*, AJDA, 2021, n° 44, p. 2610 ; Voir également Conseil d'État, 10ème chambre, 03/03/2023, Inédit au recueil Lebon, n° 454869, n°457370, n°457318, n°462149 et 461485.

¹⁷⁶⁴ Conseil constitutionnel, n° 2021-824 DC du 5 août 2021.

¹⁷⁶⁵ Décret n°2021-699 du 1er juin 2021 *prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire*. Voir également Conseil d'État, 10ème chambre, 07/04/2023, 461416, Inédit au recueil Lebon.

¹⁷⁶⁶ Entre le 24 janvier et le 13 mars 2022. Loi n°2022-46 du 22 janvier 2022 *renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique* ; Décret n° 2022-51 du 22 janvier 2022 modifiant le décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 *prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire* ; Décret n°2022-352 du 12 mars 2022 *modifiant le décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire*. Voir également : Conseil d'État, 10ème chambre, 26/07/2023, 462549, Inédit au recueil Lebon et Conseil d'État, 10ème chambre, 26/07/2023, 460383, Inédit au recueil Lebon.

¹⁷⁶⁷ Quelques 175 décisions ont été trouvées sur le « passe sanitaire », auxquelles il faut ajouter 6 décisions qui font référence au « pass sanitaire », et 50 décisions sur le « passe vaccinal ».

¹⁷⁶⁸ Conseil d'État, 10ème chambre, 03/03/2023, 454869, Inédit au recueil Lebon ; Conseil d'État, 10ème chambre, 03/03/2023, 455485, Inédit au recueil Lebon ; Conseil d'État, 10ème chambre, 03/03/2023, 457318, Inédit au recueil Lebon ; Conseil d'État, 10ème chambre, 03/03/2023, 457370, Inédit au recueil Lebon ; Conseil d'État, 10ème chambre, 03/03/2023, 461485, Inédit au recueil Lebon ; Conseil d'État, 10ème chambre, 03/03/2023, 461546, Inédit au recueil Lebon ; Conseil d'État, 10ème chambre, 03/03/2023, 462149, Inédit au recueil Lebon ; Conseil d'État, 10ème chambre, 03/03/2023, 457237, Inédit au recueil Lebon ; Conseil d'État, 10ème chambre, 03/03/2023, 461280, Inédit au recueil Lebon. Sur 'l'ostracisation professionnelle des non-vaccinés', voir Tribunal de l'Union, 7 mai 2024, T-1174/23.

proportionnalité, comme étant toujours entendue au sens négatif (absence de disproportion) et non au sens positif (présence de proportions)¹⁷⁶⁹.

Plusieurs exceptions ont toutefois été faites, notamment s'agissant des établissements et services de santé pour des soins programmés¹⁷⁷⁰ : en cas d'urgence et pour l'accès à un dépistage de la covid-19. La dernière exception possible, plus surprenante, semble frôler la notion d'urgence, puisqu'il s'agit du cas pour lequel l'exigence de ces documents serait de nature « à empêcher l'accès aux soins du patient dans des délais utiles à sa bonne prise en charge ». Le juge administratif a d'ailleurs souligné que ces dérogations « étaient définies avec une clarté suffisante et contribuaient à assurer l'accès aux soins en toutes circonstances »¹⁷⁷¹ et a validé ces exceptions. L'administration dispose donc d'une grande liberté pour prendre toute mesure utile, y compris par de fortes restrictions de libertés, pour atteindre l'objectif de sécurité sanitaire qu'impose des situations exceptionnelles, à condition de ne pas rompre l'équilibre entre les restrictions et les objectifs recherchés.

¹⁷⁶⁹ Voir *infra* sur la proportionnalité (§644, §948, §954).

¹⁷⁷⁰ Décret n°2021-1471 du 10 novembre 2021 modifiant le décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire.

¹⁷⁷¹ Conseil d'État, 10ème chambre, 26/07/2023, 460383, Inédit au recueil Lebon.

II. La recherche d'un équilibre entre les impératifs de l'urgence de santé publique et les libertés individuelles

*« Si bonne qu'elle paraisse,
une législation de l'exceptionnel
reste à la merci de l'imprévisible »¹⁷⁷²*

950. Dans un contexte sanitaire nouveau, s'est posée la question de l'articulation entre les compétences de police administrative nationale et locale, de nombreux maires ayant édicté des mesures administratives visant à endiguer l'épidémie. Le contrôle du juge administratif (A) fut alors indispensable pour préserver l'équilibre entre l'ordre public sanitaire et les libertés individuelles. Le juge administratif a également apporté des éclaircissements sur le régime de responsabilité spécifique applicable durant l'urgence sanitaire (B), tout comme sur la responsabilité de l'État dans la gestion de la crise sanitaire (C).

¹⁷⁷² Didier TRUCHET, « *L'urgence sanitaire* », RDSS 2007 n°3, 14/05/2007, p. 411.

A. Le contrôle du juge administratif, conciliateur de l'ordre public et des libertés individuelles

951. La loi créant l'urgence sanitaire¹⁷⁷³ a pris soin de préciser explicitement que les mesures en cause pouvaient faire l'objet de recours devant le juge administratif. Or, factuellement, durant la pandémie, le contentieux s'est vu suspendu à l'exception des procédures en référés¹⁷⁷⁴, ce qui a eu pour effet de limiter l'accès au juge en raison de la crise sanitaire¹⁷⁷⁵.

952. Le juge administratif a été essentiellement saisi au titre des mesures prises par l'État, puisque les textes lui confiaient la lutte contre la crise sanitaire, mais également via les Préfets de département, ceux-ci pouvant adapter localement les mesures. Bien que n'étant pas compétentes, les collectivités territoriales ne se sont pourtant pas privées de prendre des mesures locales ; l'arrêté Municipal de la Commune de Sceaux¹⁷⁷⁶ par exemple se fonde sur les circonstances exceptionnelles qui découlent de l'état de la menace sanitaire liée à l'épidémie de covid-19 pour imposer le port de masques de protection à toute la population municipale, considérant que « *le port d'un masque antiprojection a contribué à la réduction* » du nombre de cas et que le port généralisé d'un masque « *constituerait une addition logique aux mesures barrières actuellement en vigueur* ». Plus étonnant encore, le texte trouve également pour justification les recommandations de l'académie nationale de médecine qui préconise que le port d'un masque « *grand public, aussi dit alternatif, soit rendu obligatoire pour les sorties nécessaires en période de confinement* », et souligne de la facilité à s'en fabriquer en considérant « *la diffusion par différents médias et supports d'indications pratiques pour la fabrication en tissu ou papier* ». Pourtant, le Conseil d'État en a suspendu l'exécution, au motif que l'état d'urgence sanitaire instituait une police spéciale nationale qui « *fait obstacle, pendant la période où elle trouve à s'appliquer, à ce que le maire prenne au titre de son pouvoir de police générale des mesures destinées à lutter contre la catastrophe sanitaire, à moins que des raisons impérieuses liées à des circonstances locales en rendent l'édiction indispensable et à*

¹⁷⁷³ Loi n°2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19.

¹⁷⁷⁴ Jean-Baptiste CHEVALLIER, « *Crise sanitaire du COVID-19 : quel impact sur le fonctionnement des juridictions administratives ?* », Blog du Droit Administratif.

¹⁷⁷⁵ Antonin GELBLAT et Laurie MARGUET, « *État d'urgence sanitaire : la doctrine dans tous ses états ?* », La Revue des Droits de l'Homme, Avril 2020.

¹⁷⁷⁶ Arrêté Municipal du Maire de la Commune de Sceaux du 6 avril 2020, obligation de porter un dispositif de protection buccal et nasal.

condition de ne pas compromettre, ce faisant, la cohérence et l'efficacité de celles prises dans ce but par les autorités compétentes de l'État »¹⁷⁷⁷.

953. Dans la continuité, le maire de la commune de Saint-Ouen-sur-Seine a instauré un couvre-feu, rapidement suspendu par le juge des référés¹⁷⁷⁸, avec la même justification. Bien d'autres arrêtés municipaux, parfois loufoques, ont été suspendus par le juge administratif, au titre de la primauté des mesures nationales.

954. Le concours entre pouvoir de polices se distingue selon qu'il joue entre pouvoirs de police spéciale, ou entre police générale et police spéciale. Dans le premier cas¹⁷⁷⁹, les autorités habilitées à agir exercent leur pouvoir dans le seul cadre des textes qui la régissent¹⁷⁸⁰, sans à avoir à s'interroger sur l'existence ou la portée d'autres mesures. Dans la seconde hypothèse, cela revient à s'interroger sur une situation qui entre à la fois dans le champ d'application de la police générale que dans celui de la police spéciale, afin de savoir si cette dernière interdit malgré tout le recours de la police générale. Deux configurations sont alors possibles : soit le caractère spécial d'une police remplit son objectif, auquel cas le juge déduit une exclusion de l'intervention de la police générale, en invoquant un détournement de pouvoir¹⁷⁸¹ ou de procédure¹⁷⁸², soit la police spéciale ne permet pas de faire face à l'ensemble des circonstances, et est ainsi susceptible de perturber « l'ordre en général ». Dans cette hypothèse, des mesures peuvent être prises localement en vertu de « circonstances locales particulières », ou bien justifie l'intervention d'une autorité de police générale, dans une situation d'urgence¹⁷⁸³. Comme le souligne le Pr. HOEPFFNER, la variété de solutions jurisprudentielles rend la logique difficile à saisir, les variations terminologiques étant nombreuses et fréquentes¹⁷⁸⁴.

¹⁷⁷⁷ Conseil d'État, Juge des référés, 17/04/2020, n°440057.

¹⁷⁷⁸ Tribunal Administratif de Montreuil, 3 avril 2020, n°2003861.

¹⁷⁷⁹ Hélène HOEPFFNER et Laetitia JANICOT, « *Le règlement des concours de police obéit-il à des principes directeurs ?* », AJDA, n° 22, 2020, p. 1211 ; Marie-France DELHOSTE, *Les polices administratives spéciales et le principe d'indépendance des législations*, thèse, Toulouse 1, LGDJ, 2001 ; D. TRUCHET, *Les concours de police*, in *La police administrative*, PUF, coll. Thémis, 2014, p. 139 ; X. PRETOT et C. ZACHARIE, *La police administrative*, LGDJ, 2018.

¹⁷⁸⁰ Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 24/04/2012, n°328033.

¹⁷⁸¹ Conseil d'État, Assemblée, 7 mars 1930, Compagnie aérienne française et Chambre syndicale de l'industrie aéronautique.

¹⁷⁸² Conseil d'État, Section, 6 janvier 1933 association des propriétaires algériens, n°13.123, *Lebon* p.14 (consulté via Gallica).

¹⁷⁸³ Conseil d'État, 6ème et 1ère sous-sections réunies, 02/12/2009, 309684, Publié au recueil *Lebon* ; Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, du 10 octobre 2005, 259205, publié au recueil *Lebon*.

¹⁷⁸⁴ Parfois la carence ou l'insuffisance de la police spéciale habilite l'autorité de police générale à intervenir sans que le juge ne fasse mention de l'urgence ou du péril imminent, voir en ce sens, Conseil d'État, 3 / 5 SSR, du 10 mai 1974, 82000, publié au recueil *Lebon*.

En matière de police administrative cinématographique, il existe une autorité nationale spéciale, ce qui empêche – en principe – l'autorité locale d'intervenir dans ce domaine. Or, la jurisprudence admet que cette dernière peut si nécessaire aggraver la mesure de police nationale¹⁷⁸⁵.

En matière environnementale la jurisprudence récente vise à consacrer une certaine exclusivité de la police spéciale sur la police générale¹⁷⁸⁶. Cette police spéciale échappe donc à l'intervention de l'autorité générale, y compris sur le fondement de circonstances locales particulières. Seul le péril imminent pourrait justifier l'intervention de l'autorité locale, généralement le maire, mieux à même d'agir en urgence¹⁷⁸⁷. La solution est encore plus drastique en matière d'antenne relais¹⁷⁸⁸, d'organismes génétiquement modifiés¹⁷⁸⁹ ou de compteurs électrique communicant¹⁷⁹⁰, le péril imminent y étant exclu.

955. Sur le fond, le juge administratif considère que s'agissant de la COVID, dès lors qu'il importe de préserver les libertés individuelles, y compris face à un impératif de santé public, seul le législateur pouvait imposer les mesures les plus contraignantes. Le pouvoir exécutif ne pouvait donc édicter des restrictions que dans le cadre de ses pouvoirs propres d'édition de mesures de police applicables à l'ensemble du territoire, en particulier en cas d'épidémie. Le Premier ministre ou le ministre de la Santé peuvent donc limiter l'exercice des droits et libertés fondamentales, comme la liberté d'aller et venir ou la liberté de réunion. Mais ces mesures doivent toujours être nécessaires, adaptées et proportionnées à l'objectif de sauvegarde de la santé publique qu'elles poursuivent¹⁷⁹¹, sous peine d'être annulées par le juge administratif, qui rend à ce sujet une jurisprudence constante¹⁷⁹².

Face à l'urgence de santé publique, le juge administratif a en effet poursuivi sa recherche d'adéquation entre l'objectif poursuivi et la préservation des libertés, notamment par le biais du triple test de proportionnalité¹⁷⁹³ : la mesure doit être nécessaire, adaptée ou appropriée, et

¹⁷⁸⁵ Conseil d'État, du 18 avril 1902, n°04749, publié au recueil Lebon.

¹⁷⁸⁶ Gweltaz EVEILLARD, L'exclusivité des polices environnementales, AJDA 2020, n°22, p.1229.

¹⁷⁸⁷ Conseil d'État, 5ème et 7ème sous-sections réunies, du 29 septembre 2003, 218217, mentionné aux tables du recueil Lebon ; Cour Administrative d'Appel de Bordeaux, 1ère chambre - formation à 3, 18/03/2010, 09BX01338, Inédit au recueil Lebon ; Le juge administratif ne reconnaît que de façon rarissime le cas du péril imminent. Voir pour illustration : Cour administrative d'appel de Nantes, 4ème chambre, du 12 mars 2004, 01NT00893, inédit au recueil Lebon.

¹⁷⁸⁸ Conseil d'État, 2ème et 7ème sous-sections réunies, 26/12/2012, 352117.

¹⁷⁸⁹ Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 24/09/2012, 342990, Publié au recueil Lebon.

¹⁷⁹⁰ Conseil d'État, 3ème - 8ème chambres réunies, 11/07/2019, 426060.

¹⁷⁹¹ Voir en ce sens Conseil d'État, 10ème - 9ème chambres réunies, 22/12/2020, n°439804.

¹⁷⁹² Conseil d'État, du 10 août 1917, 59855, publié au recueil Lebon.

¹⁷⁹³ Cf. *Supra*. V. également, Conseil d'État, Assemblée, 26/10/2011, n°317827, Publié au recueil Lebon ; Conseil d'État, du 19 mai 1933, n°17413 et n°17520, publié au recueil Lebon.

proportionnée à l'objectif de la sauvegarde de l'ordre public sanitaire. Si « *la police ne doit pas tirer sur les moineaux à coups de canon* »¹⁷⁹⁴, c'est qu'elle doit pondérer des principes juridiques de rang équivalent, en l'occurrence la protection de la santé publique face aux libertés fondamentales. Sur la nécessité, il semble évident que la volonté du pouvoir exécutif ait été d'écarter la menace avérée de contamination massive, entraînant une déstabilisation forte des institutions hospitalières, et avec elle l'ordre public sanitaire.

S'agissant du caractère adapté de la mesure de police administrative, le contrôle se révèle dans les faits beaucoup plus difficile : comme déjà évoqué, le juge doit prendre en compte la décision de police dans un contexte particulier, c'est-à-dire en appréciant la mesure vis-à-vis des informations dont dispose l'auteur, au moment où il édicte lesdites mesures de police. Or, en matière de pandémie, sur une maladie émergente, ces informations revêtaient un caractère particulièrement incertain, aussi le juge administratif a-t-il apprécié une certaine graduation des mesures mises en œuvre, c'est-à-dire une certaine progressivité. Le Conseil d'État a ainsi pu affirmer qu'eu « *égard à la nette aggravation de la crise sanitaire, tout particulièrement dans certaines zones à forte densité de population, et alors que les mesures instituées sur le fondement de la loi du 9 juillet 2020 n'ont pas été en mesure d'empêcher la reprise de l'épidémie (...) [le couvre-feu] est une mesure qui, en l'état de l'instruction, n'est pas manifestement injustifiée par la situation sanitaire spécifique* »¹⁷⁹⁵. Enfin, le caractère proportionné a été apprécié en prenant en compte l'existence d'une ou plusieurs limites, généralement temporelle et géographique, afin de lutter contre les interdictions trop générales ou absolues. Le Conseil d'État ayant notamment relevé dans la décision précitée qu'une telle mesure de couvre-feu était « *en outre assortie de nombreuses dérogations* », et était « *nécessairement limitée dans le temps, ne pouvant être instituée que pendant l'état d'urgence sanitaire, qui ne peut être prononcé par décret que pour une durée d'un mois et ne peut être prorogé au-delà de cette durée que par la loi* ». Comme telle, elle répondait ainsi à l'exigence de proportionnalité, mais également de nécessité. S'agissant du caractère appropriée ou non de la mesure, le juge administratif a relevé d'emblée la difficulté de moduler les mesures, en l'absence de certitudes, et ce dans de nombreuses décisions.

¹⁷⁹⁴ Fritz FLEINER, commentaire sous Cour administrative suprême de Prusse, décision *Kreuzberg* du 14 juin 1882.

¹⁷⁹⁵ Conseil d'État, Juge des référés, 23/10/2020, 445430, Inédit au recueil Lebon.

B. Un régime de responsabilité spécifique

956. L'indemnisation des dommages qui résultent des mesures d'urgence sanitaire est dévolu à l'ONIAM, lorsque l'intervention des professionnels de santé est « *rendue nécessaire par l'existence d'une menace sanitaire grave et que la prescription ou l'administration du médicament a été recommandée ou exigée par le ministre chargé de la santé* »¹⁷⁹⁶. Cette réparation intégrale se fait sans préjudice des actions qui pourraient être exercées conformément au droit commun¹⁷⁹⁷. Le régime spécial d'indemnisation s'applique uniquement aux conséquences dommageables des mesures d'urgence, et non aux dommages liés à la maladie elle-même. Ce régime de responsabilité spécifique n'empêche donc pas la possibilité d'une action dans les conditions du droit commun, et découle de la spécificité du contexte.

Cette exonération de la responsabilité des professionnels de santé¹⁷⁹⁸ permet de mettre à la charge de l'État l'usage de médicaments supposés efficaces mais initialement prévus pour répondre à d'autres indications thérapeutiques¹⁷⁹⁹.

957. La réparation par l'ONIAM intervient « *sans qu'il soit besoin d'établir l'existence d'une faute ni la gravité particulière des préjudices subis* » et le régime de réparation bénéficie « *à toute victime, c'est-à-dire tant à la personne qui a subi un dommage corporel du fait de l'une de ces mesures qu'à ceux de ses proches qui en subissent directement les conséquences* »¹⁸⁰⁰.

A titre d'illustration, une vaccination contre la COVID19 ayant causé des troubles à un patient, notamment une paralysie faciale, s'est vu reconnaître l'imputabilité de ses troubles à la vaccination. Le Conseil d'Etat a donné droit à sa demande d'indemnité, sur le fondement de ce régime spécifique de responsabilité prévu par l'article L.3131-4 du code de la santé publique¹⁸⁰¹. La réparation est assurée par l'ONIAM en vertu des dispositions mentionnées à l'article L.1142-22 au deuxième alinéa.

¹⁷⁹⁶ CSP, article L.3131-3.

¹⁷⁹⁷ CSP, article L.3131-4.

¹⁷⁹⁸ La responsabilité du fabricant du médicament et du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché est également concernée par cette exonération ; mais ils ne sont pas exonérés de l'engagement de leur responsabilité dans les conditions de droit commun, c'est-à-dire en raison de la fabrication ou de la mise sur le marché.

¹⁷⁹⁹ L'utilisation de l'hydroxychloroquine contre la COVID-19 ne sera pas abordée dans le cadre des présentes recherches.

¹⁸⁰⁰ Conseil d'État, 5ème - 4ème chambres réunies, 27/05/2016, 391149. Voir également, Conseil d'État, 9ème chambre, 04/11/2016, 397729, Inédit au recueil Lebon. Cette réparation est écartée en cas de faute commise hors du contexte de la menace sanitaire, auquel cas la responsabilité des professionnels devra être recherchée dans les règles du droit commun. Sur le lien de causalité, voir la décision du Tribunal Administratif de Cergy-Pontoise, 4 novembre 2014, n°1201770.

¹⁸⁰¹ Conseil d'État, 5ème - 6ème chambres réunies, 27/05/2021, n°431557.

958. Ce régime est également applicable à titre subsidiaire pour les victimes d'une affection iatrogène directement imputable à une vaccination, lorsque ces dernières ne peuvent demander réparation à un autre titre¹⁸⁰², c'est-à-dire dans les cas de vaccination qui ne sont ni obligatoires ni prescrites. Dans ce cas, en l'absence de responsabilité de droit commun pouvant être engagé, c'est le principe de solidarité nationale de l'ONIAM qui le désigne comme débiteur, comme pour les autres affections iatrogènes¹⁸⁰³.

III. Le cadre juridique actuel de la gestion des crises sanitaires

959. A la fin de l'épidémie de COVID-19, le code de la santé publique a été réaménagé¹⁸⁰⁴, le chapitre I se transformant de « mesures d'urgences » en « mesures sanitaires »¹⁸⁰⁵, et l'ajout d'un chapitre I bis en 2020 portant sur « l'État d'urgence sanitaire » est aujourd'hui devenu un chapitre consacré aux « mesures de mise en quarantaine, de placement et de maintien en isolement »¹⁸⁰⁶.

Dans un objectif de répondre aux critiques émises envers le Gouvernement durant la COVID, le législateur a tenté de mieux encadrer les pouvoirs du ministre de la santé en période d'urgence sanitaire. Les versions antérieures du chapitre I permettaient au ministre de prendre toute mesure utile pour lutter contre une urgence sanitaire ; aujourd'hui l'étendue des mesures est précisée, le ministre pouvant intervenir pour prescrire soit « *des mesures réglementaires ou individuelles relatives à l'organisation et au fonctionnement du système de santé* », soit en instaurant « *des mesures de mise en quarantaine ou de placement et de maintien en isolement* ».

¹⁸⁰² C'est-à-dire sur le fondement de l'article L. 3131-4 du code de la santé publique. Voir en ce sens, Conseil d'État, 5ème - 6ème chambres réunies, 12/04/2023, n°469086, et Tribunal administratif de Grenoble, 5ème Chambre 13 juin 2023, n°2001339. Voir également, Conseil d'État, Avis n°469086 du 12 avril et Caroline LANTERO, « *Dommages vaccinaux et subsidiarité 'de droit commun' de l'ONIAM* », JCP A, 2023, n° 38-39, p.2301.

¹⁸⁰³ Dispositions du II de l'article L.1142-1 du code de la santé publique. Ces dispositions sont subsidiaires et conditionnées par l'existence d'un lien de causalité entre l'acte de prévention, de diagnostic ou de soin et un dommage corporel, mais également par le seuil de gravité permettant d'atteindre les critères d'indemnisation par la solidarité nationale. Ces cas sont donc rares. Voir en ce sens Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 09/03/2007, 267635, Publié au recueil Lebon ; Conseil d'État, 3ème et 8ème sous-sections réunies, 21/11/2012, 344561, Publié au recueil Lebon ; Conseil d'État, 5ème chambre, 30/03/2022, 438048, Inédit au recueil Lebon ; Conseil d'État, 5ème et 6ème chambres réunies, 30/03/2018, 408199, Inédit au recueil Lebon ; CAA de Lyon, 6ème chambre, 30/06/2021, 19LY03452, Inédit au recueil Lebon.

¹⁸⁰⁴ Loi n°2022-1089 du 30 juillet 2022 *mettant fin aux régimes d'exception créés pour lutter contre l'épidémie liée à la covid-19* et Décret n°2022-1097 du 30 juillet 2022 *relatif aux mesures de veille et de sécurité sanitaire maintenues en matière de lutte contre la covid-19*.

¹⁸⁰⁵ CSP, L.3131-1 à L.3131-11.

¹⁸⁰⁶ CSP, L.3131-12 à L.3131-13.

Une partie des dispositions relatives à l'état d'urgence sanitaire a ainsi été conservée de façon permanente, afin de permettre de disposer d'outils pour de futures pandémies, de manière uniforme sur l'ensemble du territoire. Le Conseil d'État a d'ailleurs affirmé à ce sujet que ces mesures opèrent une « *conciliation conforme à la Constitution des nécessités de la lutte contre l'épidémie avec la protection des libertés fondamentales reconnues à tous ceux qui résident sur le territoire de la République* », et que l'extension du champ d'application des mesures d'isolement « *ne procède pas, par elle-même, à une conciliation contraire à la Constitution entre les droits et libertés fondamentaux et l'objectif à valeur constitutionnelle de protection de la santé* »¹⁸⁰⁷. Là où le ministre de la santé pouvait intervenir très largement, il est désormais doté d'outils strictement encadrés par la loi.

¹⁸⁰⁷ Conseil d'État, 21 avril 2021, avis consultatif sur un projet de loi relatif à la gestion de la sortie de crise sanitaire, n°402632.

Paragraphe 2 : Le tri des patients dans le contexte du COVID-19 : la conciliation entre non-discrimination dans l'accès aux soins et ressources limitées

*« Le médecin qui trie les malades
n'est pas là pour dire qui aura ou non droit à la vie,
mais pour sauver le plus de vies possible »¹⁸⁰⁸*

961. Une des conséquences de la COVID-19 a été la nécessité d'opérer des choix drastiques dans l'admission des patients, que ce soit à l'hôpital en général, comme au sein de certains services hospitaliers, dès lors que les ressources en personnel et en matériel étaient en inadéquation avec le très grand nombre de patients potentiellement graves atteints de cette pathologie. Outre les mesures de prévention pris par l'État, les soignants ont également dû réaliser des choix souvent difficiles d'admission ou non de patients, et opérer un tri hospitalier, en fonction de l'évolution des pathologies (I). En outre, les personnes vaccinées ayant douze fois moins de risque de contracter le virus de la Covid-19 que les personnes non vaccinées et, en cas de contamination, quatre fois moins de risque de le transmettre que les personnes non vaccinées¹⁸⁰⁹, l'urgence a été de vacciner rapidement l'ensemble de la population française, mais avec un nombre de vaccins très limité. Une éligibilité pour la vaccination a donc dû être prévue, en prenant en compte les contre-indications mais aussi le stock de vaccins disponibles (II).

¹⁸⁰⁸ Frédérique LEICHTER-FLACK (Membre du comité d'éthique du CNRS), Tribune, Le Monde, 16 mars 2020.

¹⁸⁰⁹ Conseil d'État, 10ème chambre, 03/03/2023, n°454869, Inédit au recueil Lebon.

I. Le tri hospitalier en situation de crise sanitaire grave

*« Si l'on se retrouve dans une situation
contraignant à effectuer des choix, un triage ou une sélection,
une contrepartie doit en outre être assurée. (...)
Le devoir de non-abandon doit être absolument corrélé
à toute situation de contrainte de choix »¹⁸¹⁰.*

962. Lorsque les hôpitaux sont confrontés à vague épidémique et une saturation totale des services de réanimation (A), le tri hospitalier s'impose dès l'accueil (B), ce qui est une des fonctions indispensables des hôpitaux, mais sans négliger les évolutions pathologiques des patients (C).

A. La saturation des services de réanimation face à l'afflux de patients

963. La France, comme l'ensemble des nations de ce monde, a été confrontée à l'émergence de ce nouveau coronavirus, nécessitant *« la forte mobilisation et le risque d'indisponibilité des médecins dans la gestion de la crise »*, comme indiqué dans le premier arrêté pris par le ministre chargé de la santé s'agissant du confinement de la population¹⁸¹¹. L'objectif poursuivi a donc été la disponibilité des médecins en vue d'assurer une montée en puissance des dispositifs existants, conformément à l'article L.3131-7¹⁸¹² qui énonce que *« chaque établissement de santé est doté d'un dispositif de crise dénommé plan blanc d'établissement, qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle »*. Ainsi, de nombreux établissements de santé ont déclenché dès le vendredi 13 mars leur plan blanc, pour permettre la graduation de toute mesure nécessaire à la gestion de la situation.

964. Pour la quasi-totalité des Centres Hospitaliers Universitaires, ces mesures ont permis la fermeture des services de soins programmés, dont les opérations chirurgicales et

¹⁸¹⁰ Régis AUBRY, Rapport d'activité 2019 du CCNE.

¹⁸¹¹ Arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19.

¹⁸¹² Code de la Santé Publique.

interventionnelles non-urgentes ont été reportées, en vue d'augmenter les capacités d'accueil, tout particulièrement en réanimation.

Certains CHU, notamment celui de Toulouse, ont pris la décision de ne plus « *accueillir les patients en ambulatoire sans signe de gravité* »¹⁸¹³, autrement dit, de ne plus accueillir aux urgences... que les urgences.

965. La pathologie du Covid-19 comporte les symptômes d'une infection respiratoire aiguë (pneumonie), qui nécessite « *le maintien à l'hôpital d'environ 20 % des malades et 5 % nécessitent une admission en réanimation* »¹⁸¹⁴, pour contrer les effets du syndrome de détresse respiratoire aiguë. La France compte environ 67 millions de personnes¹⁸¹⁵, ce qui représente potentiellement plus de 3 millions de cas, pour des ressources médicales en termes de réanimation limitées. Or, l'une des spécificités de la Covid-19 réside dans l'évolutivité extrêmement variable, parfois foudroyante, des cas. Le risque principal est celui de la détresse respiratoire associée ou non à une pneumonie qui nécessite une hospitalisation et une assistance respiratoire. Si une majorité des cas demeurent légers, la minorité restante évolue vers des cas critiques, qui, en quelques heures, peuvent transformer un patient debout en salle d'attente en un patient intubé, atteint d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë.

Dans ce contexte, un rapport de la Direction Générale de la Santé¹⁸¹⁶ a prévu de prioriser les patients en fonction de leur état de santé de base, puis de corréliser cet état de santé en fonction des spécificités du Covid-19.

966. Certains établissements¹⁸¹⁷ ont choisi un tri selon 4 catégories : les morts *inévitables*, qui concernent les patients au-delà de toutes ressources thérapeutiques du fait de la sévérité de la maladie ou du terrain (dont l'âge) ; les morts *évitables*, c'est-à-dire ceux auraient pu être évités en cas de soins de meilleure qualité ou de meilleure organisation ; les morts '*acceptables*', constitués des patients très âgés ou polypathologiques ; et enfin des morts '*inacceptables*', c'est à dire les patients jeunes sans comorbidités majeures dont la mort était évitable.

¹⁸¹³ Brève du CHU de Toulouse, publié sur <https://www.chu-toulouse.fr/coronavirus-organisation-des-urgences-au-chu-de>

¹⁸¹⁴ Institut Pasteur, « *Maladie Covid-19 (nouveau coronavirus)* », [en ligne] disponible sur www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/maladie-covid-19-nouveau-coronavirus, consulté le 06/04/2020.

¹⁸¹⁵ INSEE Première, « *Bilan démographique 2019 ; La fécondité se stabilise en France* », 14/01/2020 [en ligne] disponible sur www.insee.fr/fr/statistiques/4281618.

¹⁸¹⁶ Direction Générale de la Santé, *Priorisation de l'accès aux soins critiques dans un contexte de pandémie*, 17 mars 2020.

¹⁸¹⁷ Ici le Plan Blanc du CH de Perpignan.

967. Ainsi, si l'hôpital a accueilli chaque patient, l'accès à certains soins, notamment la réanimation, a été priorisé. Selon le schéma prévu, les morts inévitables n'ont pas accès au service, puis la priorité la plus élevée est respectivement accordée aux morts inacceptables, aux morts évitables, et enfin aux morts acceptables. En l'absence de ressources suffisantes, les autres patients sont maintenus dans leur service respectif.

968. Cette méthodologie de tri n'est pas sans rappeler celle utilisée en préhospitalier¹⁸¹⁸ dans le cas de missions de sécurité civile ou de médecine de catastrophe, où le tri se fait également selon 4 à 6 catégories, dont l'une est les « *morituri* », les autres victimes étant soit en urgence absolue, soit en urgence relative, soit indemne. Deux autres typologies existent dans la pratique : les urgences médico-psychologiques, et les extrêmes urgences. Seulement, ce tri ne peut s'appliquer ici, car l'ensemble des patients sont atteints de la même pathologie, ce qui explique le recours à d'autres critères.

969. Les établissements de santé ont donc basculé une partie de leurs ressources au sein de service (matériel médical) vers les services de réanimation, afin de disposer d'un plus grand nombre de « lits », c'est-à-dire d'une plus grande capacité d'accueil des patients. En 2018, la France comptait environ 5300 lits de réanimation¹⁸¹⁹, ce qui est très peu face aux potentiels afflux massifs de victimes. Pour créer une disponibilité (un lit) en réanimation, il faut que l'établissement dispose d'une autorisation d'activité ou d'équipement¹⁸²⁰, autorisation généralement longue à obtenir, puisque nécessitant l'avis de commissions spécialisées. Fort heureusement, une ordonnance de 2018¹⁸²¹ a prévu une dérogation « *en cas de menace sanitaire grave constatée par le ministre chargé de la santé dans les conditions prévues à l'article L. 3131-1* », qui permet au directeur général de l'agence régionale de santé d'autoriser « *pour une durée limitée un établissement de santé à exercer une activité de soins autre que celle au titre de laquelle il a été autorisé* ».

Justement, l'arrêté du 14 mars 2020¹⁸²² pris par le ministre des Solidarités et de la Santé se fonde sur ce motif pour fonder la compétence des directeurs généraux des ARS ; il sera

¹⁸¹⁸ Voir *infra*, §772 et suivants.

¹⁸¹⁹ Données issues du site de la Statistique annuelle des établissements de santé, Ministère des Solidarités et de la Santé, [en ligne] disponible sur www.sae-diffusion.sante.gouv.fr

¹⁸²⁰ CSP, Article L.6122-9.

¹⁸²¹ Ordonnance n°2018-4 du 3 janvier 2018 *relative à la simplification et à la modernisation des régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds*.

¹⁸²² Arrêté du 14 mars 2020 *portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19*. L'arrêté mentionne au 4^e visa l'article L.3131-1 du code de la santé publique.

cependant complété le 21 mars¹⁸²³ pour fonder expressément l'habilitation de ces derniers, jusqu'au 15 avril 2020. Seulement, autoriser de façon administrative l'ouverture de lits ne suffit pas, encore faut-il les ressources en matériel et en personnel pour fonctionner...

970. Les soins de réanimation prennent en charge les patients « *qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance* »¹⁸²⁴. Ces unités sont constituées d'un ou plusieurs médecins qualifiés¹⁸²⁵, d'un cadre infirmier, de deux infirmiers pour cinq patients, et d'un aide-soignant pour quatre patients¹⁸²⁶. L'établissement doit en outre être en mesure de faire intervenir en permanence d'autres compétences paramédicales¹⁸²⁷. Ces unités fonctionnent vingt-quatre heures sur vingt-quatre¹⁸²⁸, ce qui nécessite donc des équipes roulanges. Sur ce point, l'activation du plan blanc permet de mobiliser de façon exceptionnelle un grand nombre de personnels, mais qui n'est pas pour autant nécessairement formé pour travailler au sein d'unité de réanimation.

971. Dans ce contexte, deux solutions semblent envisageables, en conciliant les impératifs médico-juridiques :

La transformation des unités de soins intensifs qui prennent traditionnellement en charge les patients « *qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë de l'organe concerné par la spécialité au titre de laquelle ils sont traités mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance* »¹⁸²⁹. Ces unités de soins intensifs sont en termes de mission et de matériel ceux qui présentent au sein des établissements les plus grandes proximités avec les unités de réanimation, même si elles restent limitées à la prise en charge d'une unique défaillance. En effet, la COVID-19 provoque dans les cas les plus graves une défaillance pulmonaire qui exige le recours à une méthode de suppléance, avec un respirateur artificiel ou ventilateur mécanique assisté.

Une autre solution consiste à augmenter la capacité des services de réanimation. Afin de bénéficier de l'expérience et de la gestion courante des unités de réanimation, beaucoup

¹⁸²³ Arrêté du 21 mars 2020 complétant l'arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19.

¹⁸²⁴ CSP, Article R.6123-33.

¹⁸²⁵ CSP, Article D.6124-31.

¹⁸²⁶ CSP, Article D.6124-32.

¹⁸²⁷ CSP, Article D.6124-33. Notamment un « *masseur-kinésithérapeute justifiant d'une expérience attestée en réanimation et dispose, en tant que de besoin, d'un psychologue ou d'un psychiatre et de personnel à compétence biomédicale* ».

¹⁸²⁸ CSP, Article R.6124-34.

¹⁸²⁹ CSP, Article D.6124-104.

d'établissements ont opté pour l'ouverture de lits au sein de leur structure existante, en réaménageant les services pour permettre l'ajout de lits supplémentaires, ainsi que du matériel nécessaire. Les plannings des personnels ont été réorganisés, souvent sur la base du volontariat, pour permettre la démultiplication des personnels en corrélation avec le nombre de lits. La principale difficulté des établissements a été dans un premier temps davantage liée au matériel (équipements de protection individuels et respirateurs artificiels¹⁸³⁰) qu'au personnel. Toutefois, ces derniers peuvent être contaminés et donc *de facto* venir à manquer¹⁸³¹, tout comme ils nécessitent d'être renforcés pour faire face à l'afflux de patient¹⁸³². Or, la problématique étant mondiale, il n'a pas été possible d'opérer des renforts médicaux d'un hôpital à l'autre, puisque la totalité des hôpitaux ont connu des situations similaires. Cependant, lors des premiers pics de contamination, une solidarité inter-hospitalière s'est mise en œuvre, pour accueillir des patients d'une région très touchée dans une autre qui l'est beaucoup moins, afin de répartir les cas les plus graves équitablement sur l'ensemble du territoire, et de ne pas surcharger une région ou un hôpital.

972. Une troisième solution, quelque peu inédite, a été mise en place sur le site du Centre Hospitalier Émile Muller de Mulhouse, qui a consisté en l'installation d'un élément militaire de réanimation du Service de Santé des Armées, habituellement destiné aux opérations extérieures, afin de disposer de 30 lits de réanimations supplémentaires¹⁸³³.

¹⁸³⁰ Les respirateurs artificiels ne sont pas les seules ressources nécessaires pour faire fonctionner les unités de réanimations, d'autres matériels comme les poussoirs seringues artificiels sont également nécessaires, mais disponibles dans davantage de services car d'usage multiple. Les respirateurs ont été rapidement identifiés comme l'instrument principal permettant la prise en charge des cas critiques, notamment le retour d'expérience des cas traités à Wuhan en Chine. Voir en ce sens Xiaobo YANG, MD, Yuan YU, et al « *Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study* », The Lancet Respiratory Medicine, 24 février 2020.

¹⁸³¹ Beaucoup d'autres facteurs peuvent également rentrer en compte, qui ne sont pas ici abordés.

¹⁸³² De nombreux appels à mobilisation ont ainsi été publiés directement sur les sites internet des établissements. A titre d'exemple, la Société Française d'Anesthésie-Réanimation a relayé l'appel de l'Assistance-Publique Hôpitaux de Paris sur son site : sfar.org

¹⁸³³ « Covid-19 : premier patient pris en charge par l'Élément militaire de réanimation », 26/03/2020 [en ligne] disponible sur www.defense.gouv.fr/sante/actualites/covid-19-premier-patient-pris-en-charge-par-l-element-militaire-de-reanimation

B. Le tri des patients COVID dès l'accueil hospitalier

973. Le tri des patients dans ce contexte de saturation des services, impose de le faire dès l'accueil téléphonique, afin d'éviter tout déplacement inutile, qui représente toujours un facteur de risque. Ainsi, à titre d'illustration, s'agissant des patients qui téléphonaient lors de la crise à l'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse (IUCT), une procédure de tri¹⁸³⁴ spécifique a été mise en œuvre, basée sur deux critères cumulatifs permettant d'identifier un porteur du Covid-19. Avant l'arrivée des tests en grand nombre, ces critères portaient sur la toux et la fièvre ou sensation de fièvre. Si le patient ne présentait aucun risque spécifique¹⁸³⁵, et en l'absence de dyspnée, c'est-à-dire de difficultés à respirer qui se traduisent « *par l'augmentation des mouvements respiratoires ou de leur fréquence* »¹⁸³⁶, le patient était orienté vers son médecin traitant, afin de laisser disponible les ressources médicales aux patients les plus graves.

Lorsqu'ils étaient dyspnéiques, les patients étaient triés selon qu'ils nécessitaient de passer en service de réanimation, par une régulation au centre 15 si nécessaire, qui en évaluait la pertinence en fonction de la situation et des ressources disponibles à l'échelle départementale. Après la régulation du SAMU, le patient était admis au sein d'une unité de réanimation dédiée « Covid19 », ou était hospitalisé en unité de tri dédié « Covid19 » dans un des services de médecine interne, qui pouvait réévaluer la situation en fonction de l'évolution.

En l'absence de dyspnée, ces patients jugés à risques bénéficiaient d'une consultation à l'IUCT afin de prendre toutes les mesures utiles.

974. Pour ce qui est du CHU de Toulouse¹⁸³⁷, le tri des patients se faisait selon un premier critère : les patients de plus de 80 ans étaient orientés vers des secteurs gériatriques. Les patients moins âgés étaient évalués par une équipe spécialement formée, chargée de la détection des détresses respiratoires avec un probable Covid (RECOP) ou l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), et en fonction de signes de gravité probable, hospitalisés au sein de services proches de la réanimation, ou au contraire hospitalisé à l'Hôpital Pierre Paul Riquet, loin de la

¹⁸³⁴ Institut Universitaire du Cancer de Toulouse, « *Organisation IUCT-O* », Document du 19/03/2020, édité par la Cellule de Gestion de Crise COVID19.

¹⁸³⁵ Ces critères sont évolutifs, mais à la date du 19/03/2020, ils concernaient les personnes âgées de plus de 70 ans, les cancers métastasés, les hémopathies malignes, les allogreffes, les greffes d'organes, les immunodépression médicamenteuses ou VIH, les déficits immunitaires (primitifs comme secondaires), les insuffisances respiratoires chroniques (toute pathologie pouvant entraîner une décompensation pendant une infection virale), les insuffisances rénales chroniques dialysée, les insuffisances cardiaques, les cirrhoses avancées, les diabètes (insulinodépendant), les personnes obèses, et enfin le tabagisme.

¹⁸³⁶ Centre national de ressources textuelles et lexicales, [en ligne] disponible sur www.cnrtl.fr

¹⁸³⁷ Sur la base de la documentation éditée par la Cellule de Gestion de Crise CoVID19, 22/03/2020, CHU Toulouse.

réanimation, si l'état de santé ne présageait aucune évolution défavorable. L'objectif était de diminuer au maximum les délais de transfert d'un patient qui s'aggravait, à tel point que les services ont été identifiés sur le balisage en fonction de leur distance vis-à-vis de la réanimation. Les patients diagnostiqués positifs au Covid intermédiaires (c'est-à-dire sans gravité, mais dont la pathologie nécessitait tout de même l'hospitalisation) étaient ainsi orientés au sein du service suivant sa pathologie principale (néphrologie, pneumologie, cardiologie, digestif...).

975. L'Ordre des médecins dans sa prise de position¹⁸³⁸ du 6 avril 2020 a rappelé pourtant que « *dans ce contexte d'exception et devant une possible situation de rupture, en l'absence de toute alternative, faute de pouvoir faire mieux* », il convenait de déterminer parmi les patients, ceux qui avaient le plus de chance de survivre, sans se baser sur un âge. Si ce critère de l'âge, en tant qu'élément de discrimination a autant cristallisé de critiques pendant la pandémie, c'est que le curseur sur l'échelle de la vie est difficile à placer, et qu'ainsi il ne saurait être un unique facteur d'admission ou non. Pourtant, dans le cadre de la crise sanitaire, « *le médecin doit concilier l'éthique collective (le juste soin au moindre coût, la rationalisation et la préservation des moyens disponibles) et une éthique individuelle (le meilleur soin pour le patient)* »¹⁸³⁹, aussi il convient de préciser ici que le choix de prendre en compte l'âge élevé ne prive pas les patients de l'hospitalisation, mais simplement tend à les prédéterminer à une typologie de prise en charge ; de la même façon, les patients chroniques étaient amenés à être pris en charge dans leur secteur respectif, *suivant la pathologie principale, le secteur étant divisé entre patients atteints du Covid et les autres.*

976. Par ailleurs, diverses institutions ont émis des recommandations professionnelles ; la plus complète étant la « *recommandation professionnelle multidisciplinaire opérationnelle* »¹⁸⁴⁰, élabore en concertation avec 7 sociétés savantes¹⁸⁴¹, et qui a créé une aide à la décision d'orientation d'un patient Covid-19, en se basant sur 3 possibilités :

¹⁸³⁸ Conseil National de l'Ordre des Médecins, Prise de position « *Décisions médicales dans un contexte de crise sanitaire et d'exception* », 6 avril 2020.

¹⁸³⁹ Cécile MANAOUIL, Réflexions sur le tri des patients en période de crise sanitaire, Dalloz, 30 avril 2020

¹⁸⁴⁰ Recommandation professionnelle multidisciplinaire opérationnelle (RPMO) *Aspects éthiques et stratégiques de l'accès aux soins de réanimation et autres soins critiques (SC) en contexte de pandémie COVID-19*, 24 mars 2020.

¹⁸⁴¹ Société de Réanimation de Langue Française, Société Française de Gériatrie et Gérontologie, Société française d'anesthésie et de réanimation, Société de Pneumologie de Langue Française, Société de pathologie infectieuse de langue française, Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs, Société française de médecine d'urgence.

Première possibilité, l'admission en soins palliatifs, pour les patients dont l'admission en soin critique ne présente pas ou plus de bénéfice attendu, en se basant sur la gravité et/ou l'existence de fragilités extrêmes ;

Seconde possibilité, l'admission en soin critique, avec ou sans restriction, en se fondant sur les critères de gravité du Covid¹⁸⁴² ;

Et enfin, dernière possibilité, l'admission dans une autre structure (unité de soins continues ou d'hospitalisation de courte durée), dans les cas qui ne présentent pas ou peu de signes de gravité. En fonction de l'évolution, une réévaluation peut entraîner l'admission en soins critique (ou palliatif).

977. Un des déterminants de la décision de l'élaboration de ces recommandations a été d'envisager la globalité des patients qui nécessitaient une prise en charge en réanimation, tout particulièrement en intégrant les patients non-covid, atteints d'autres pathologies, pour éviter toute discrimination dans un sens comme dans l'autre. Afin d'intégrer les facteurs matériels (nombre de places disponibles par exemple), dès l'accueil, il était nécessaire de recueillir la volonté ou le refus du patient d'être pris en charge par un service de soin critique (ou à défaut consulter les directives anticipées, la personne de confiance, la famille, les proches ou le médecin traitant). En ce sens, l'information et le consentement du patient ont pris une dimension cruciale, puisqu'ils étaient un des critères de l'admission dans un service ou un autre.

Un autre critère a joué un rôle déterminant, celui de l'état préalable sous-jacent du patient : l'existence de comorbidités, l'état de nutrition, l'environnement social, la fragilité, l'autonomie, l'âge... Enfin, le dernier critère était basé sur l'estimation de la gravité du patient, à l'aide des éléments cliniques et paracliniques à disposition.

¹⁸⁴² Haut Conseil de la Santé Publique, « Covid-19 : prise en charge des cas confirmés », Avis du 05 mars 2020.

C. Le tri des patients déjà hospitalisés

« *La réanimation a toujours été une ressource rare* »¹⁸⁴³

978. Les ressources les plus critiques au sein de l'hôpital, ont été celles liées à la réanimation, avec des ressources humaines, thérapeutiques et matérielles limitées. Ainsi, pour préserver ces soins spécialisés, des arbres décisionnels ont été mis en place très tôt par les sociétés savantes afin de proposer des aides à la décision d'orientation en soin critique d'un patient atteint d'une forme grave de COVID-19¹⁸⁴⁴. Ces recommandations écartaient les patients « non réanimatoires », c'est-à-dire ceux pour lesquels l'admission en réanimation n'aurait apporté pas ou plus de bénéfices, en raison de la gravité de la pathologie et/ou de la fragilité extrême du patient. Les patients qui ne présentaient pas ou peu de signes de gravité étaient envoyés vers une autre structure si une HAD n'était pas envisageable, principalement les UHCD, les unités de gériatrie aiguë, ou les unités de soins intensifs.

Les patients admis en soins critiques ont été régulièrement réévalués, toujours dans l'optique de la suite de la prise en charge et de leur transfert en service médical « classique ».

¹⁸⁴³ Sophie Crozier, membre du CCNE, Rapport d'activité 2019 du CCNE.

¹⁸⁴⁴ Recommandation professionnelle multidisciplinaire opérationnelle, *Aspects éthiques et stratégiques de l'accès aux soins de réanimation et autres soins critiques (SC) en contexte de pandémie COVID-19*, 24 mars 2020. Ce document a été élaboré conjointement par la SRLF, la FGG, la SFAR, la SPLF, la SPILF, la SFAP, et la SFMU.

II. Le tri pour la vaccination

979. Les avancées en matière de recherches ont été très rapides, et ont permis la création d'un vaccin, mais en quantité limitée, obligeant à opérer des choix de priorisations fondés sur l'éligibilité à la vaccination des plus fragiles en priorité (A), avant d'ouvrir progressivement à toute la population (B).

A. L'éligibilité à la vaccination : une urgence à protéger les plus fragile

980. L'arrivée sur le marché d'un vaccin, en volume limité, face à la demande considérable, a contraint les Etats à établir des critères permettant de hiérarchiser les demandes en vue d'y accéder.

L'avis du CCNE¹⁸⁴⁵ sur la pandémie grippale de 2009 avait placé en France la priorité sur les personnes à haut risque de complications, ainsi que les travailleurs nécessaires à la prise en charge des malades et à la vie du pays pendant la pandémie. Le CCNE expliquait le premier choix de priorisation par un facteur mécanique de protection des populations les plus exposées au risque de décès en cas d'infection, à savoir les personnes âgées, en mauvais état de santé, ainsi que les nouveau-nés. Le second choix était quant à lui justifié par la nécessité de protéger les professionnels les plus exposés, c'est-à-dire les professionnels de santé, puis les professionnels qui assurent des activités jugées essentielles (en définissant des secteurs d'activités, mais également les personnels concernés au sein de ces secteurs). Par ailleurs, le comité rappelait que la priorité n'avait rien à voir avec la valeur individuelle de la personne, et qu'il ne s'agissait pas « *d'une hiérarchie en dignité, qui ne saurait exister dans la mesure où la dignité est consubstantielle à la personne humaine. Il ne s'agit pas non plus d'une hiérarchie fondée sur le critère de l'utilité sociale, concept impossible à déterminer rigoureusement. Il s'agit de concilier les exigences éthiques avec le souci stratégique d'enrayer la progression de l'épidémie dans l'intérêt de tous* ».

981. Conformément à ces préconisations, pour faire face à la pandémie de Covid, dès l'arrivée des vaccins, l'urgence a été de vacciner les patients jugés à très haut facteur de risque et les professionnels de santé. Une éligibilité restreinte à ces personnes a donc été instituée (1),

¹⁸⁴⁵ CCNE, Avis n° 106, Questions éthiques soulevées par une possible pandémie grippale, 05/02/2009.

progressivement élargie pour finalement ouvrir à la vaccination à toute personne majeure ne présentant pas de contre-indication, puis aux mineurs à compter de 12 ans¹⁸⁴⁶ (2). L'objectif annoncé par le gouvernement était dual : réduire la morbi-mortalité attribuable à la maladie (hospitalisations, admissions en soins intensifs et décès), et maintenir les activités essentielles du pays et particulièrement le système de santé en période d'épidémie.

1. Éligibilité restreinte à la vaccination

982. L'éligibilité de la vaccination a été basée dans un premier temps sur des facteurs de risque avérés de développer une forme sévère de la maladie ou d'exposition accrue à la Covid-19. C'est donc naturellement que les premiers patients éligibles ont été les patients porteurs de pathologies à haut risque¹⁸⁴⁷ et les professionnels de santé. Progressivement, avec l'arrivée de vaccins en nombre plus important, cette éligibilité a été étendue aux pathologies à risques¹⁸⁴⁸.

983. Le choix de cette progression a été déterminée par le nombre de vaccins disponibles ; l'écart entre les besoins et les doses disponibles était de fait parfois important, comme l'illustre le rapport de la Cour des Comptes¹⁸⁴⁹. C'est la raison pour laquelle la vaccination s'est faite aussi dans un premier temps, uniquement sur rendez-vous.

2. La vaccination « pour tous », la suppression de l'éligibilité : une urgence à la prophylaxie

984. À compter du 10 mai 2021, toute personne âgée de 50 ans et plus a pu se faire vacciner, puis au 31 mai 2021, toutes les personnes majeures. Enfin, à partir du 15 juin 2021, ce fut le cas des adolescents de 12 à 17 ans.

¹⁸⁴⁶ La vaccination a également été étendue aux 5-12 ans à compter du 22 décembre 2021, mais ne présente pas un intérêt pour les présentes recherches au vu de l'ouverture tardive. De même, les enfants âgés de 6 mois à 4 ans à risque de forme grave de Covid-19 peuvent être vaccinés depuis le 15 décembre 2022.

¹⁸⁴⁷ Les personnes sous traitements immunosuppresseurs, les insuffisances rénales stade 5 sous dialyse, les insuffisances pluri organes, les patients greffés ou transplantés...

¹⁸⁴⁸ Pathologies cardiaques chroniques, respiratoires chroniques, neurologiques, et d'autres comorbidités

¹⁸⁴⁹ Avec en France près de 25 millions de personnes éligibles en mars 2021, pour seulement 15 millions de doses disponibles. Voir en ce sens, Cour des Comptes, Rapport public thématique, « *La vaccination contre la Covid 19 : Des résultats globaux favorables, des disparités persistantes* », 2022.

Afin d'inciter fortement la vaccination, sans pour autant la rendre obligatoire, la France comme d'autres pays de l'Union européenne, a mis en place un passe sanitaire¹⁸⁵⁰, ce qui a entraîné une hausse de vaccination, avec un surcroît de doses administrées estimé à 8,6 millions¹⁸⁵¹.

985. Les enfants présentant des risques de forme grave de la maladie ou vivant dans l'entourage d'une personne immunodéprimée ont pu se faire vacciner dès le 15 décembre 2021, la vaccination ouverte à l'ensemble des enfants de 5 à 11 ans ayant immédiatement suivi fin décembre 2021. Cette éligibilité tardive pour les enfants était en lien avec le délai de mise à disposition de vaccins spécifiquement adaptés.

La nécessité ou non de vacciner les enfants a fait débat¹⁸⁵² : ces derniers représentent des réservoirs asymptomatiques, et l'intérêt pour eux de se faire vacciner était plutôt de protéger les adultes. L'académie nationale de médecine s'est positionnée en faveur de la vaccination des mineurs¹⁸⁵³ rappelant que les bénéfices étaient à la fois individuels pour l'enfant (induction d'une immunité qui sera plus forte que celle induite par l'infection seule), et collectifs (renforcement de l'immunité collective, nécessaire pour réduire la propagation des virus et limiter la possible émergence de nouveaux variants).

Pour formuler son avis sur les 5-11 ans, le CCNE tire les enseignements de la vaccination des adolescents de 12 à 17 ans, en relevant que le bénéfice est réel à la fois en termes de morbidité et de scolarisation¹⁸⁵⁴ et suggérant que les bénéfices attendus pour les enfants iront très probablement dans le même sens.

¹⁸⁵⁰ Comme étudié précédemment, suivi d'un passe vaccinale, voir *infra*, §948.

¹⁸⁵¹ Melinda MILLS et Tobias RÜTTENAUER, « *The effect of mandatory COVID-19 certificates on vaccine uptake: synthetic-control modelling of six countries* », *The Lancet Public Health*, 7, Elsevier, Janvier 2022, n° 1, p. e15-e22.

¹⁸⁵² Académie nationale de médecine, « *Faut-il vacciner les enfants contre la Covid-19 ?* », Communiqué du 15/11/2021 ; Sara TARTOF *et al.*, « *Effectiveness of mRNA BNT162b2 COVID-19 vaccine up to 6 months in a large integrated health system in the USA: a retrospective cohort study* », *The Lancet*, octobre 2021, n° 10309, p. 1407-1416 ; Emmanuel WALTER, *et al.*, « *Evaluation of the BNT162b2 Covid-19 Vaccine in Children 5 to 11 Years of Age* », *New England Journal of Medicine*, janvier 2022, n° 1, p. 35-46.

¹⁸⁵³ Académie nationale de médecine (2022). *Vaccination des enfants de 5–11 ans contre la Covid-19 : ne plus hésiter*. Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 206(4), p.448–449.

¹⁸⁵⁴ Réponse du CCNE à la saisine du ministère des solidarités et de la santé, *Proposer la vaccination contre la Covid-19 aux enfants de 5-11 ans est-il éthiquement acceptable ?*, 16 décembre 2021.

B. La vaccination « de masse » et l'ouverture de « vaccinodromes »

986. En France, la campagne de vaccination contre la COVID-19 a débuté le 27 décembre 2020, après que les vaccins Pfizer¹⁸⁵⁵ et AstraZeneca¹⁸⁵⁶ en aient reçu l'autorisation de l'Agence européenne du médicament (EMA), en premier lieu en milieu hospitalier, pour les professionnels de santé et les patients très vulnérables, puis progressivement pour la population tout entière. La France étant en retard vis-à-vis de ses voisins européens¹⁸⁵⁷, l'État a décidé de mobiliser des centres de vaccinations, quitte à transformer des structures existantes, comme Eurodisney, en « vaccinodrome »¹⁸⁵⁸. En mars 2021, Toulouse, quatrième ville de France, a été touchée de plein fouet par la COVID, avec une vitesse de circulation élevée, ce qui a provoqué une forte hausse des hospitalisations par rapport aux départements voisins. Afin d'accélérer la vaccination, le CHU de Toulouse a missionné son service spécialisé en gestion de médecine de catastrophe pour ouvrir, en collaboration interservices, un centre de vaccination de masse. Conçu et mis en œuvre en cinq jours seulement¹⁸⁵⁹, le centre était initialement organisé pour une vaccination de 2000 patients par jour. Fort d'une réussite sans précédent, fruit d'une collaboration interservices et surtout d'une mobilisation massive des étudiants toulousains – en filière de santé (missions de soins dans la limite de leur compétence) comme hors santé (missions administratives) – et d'une évolution réglementaire¹⁸⁶⁰ permettant l'élargissement des personnes autorisées à vacciner et à préparer le vaccin, le centre a connu un pic de vaccination à 10 100 injections réalisées en une journée, avec une moyenne de vaccinations de 3 800¹⁸⁶¹.

¹⁸⁵⁵ AMM conditionnelle du 21/12/2020.

¹⁸⁵⁶ AMM conditionnelle du 29/01/2021.

¹⁸⁵⁷ D'autres pays de l'Union Européenne ayant réalisé 10 à 60 fois plus d'injection. Voir en ce sens, Cour des comptes, Rapport Thématique, *La vaccination contre le COVID 19 Des résultats globaux favorables, des disparités persistantes*, décembre 2022.

¹⁸⁵⁸ Petra ZIMMERMANN, et al., « *Should children be vaccinated against COVID-19 ?* », Archives of Disease in Childhood, 107, mars 2022, n° 3 ; Giuseppe CAMPAGNANI, et al., « *COVID-19 Vaccination in Children: An Open Question* », Current Pediatric Reviews, 18, 2022, n° 3, p. 226-236 ; Christiane EBERHARDT « *Is there a role for childhood vaccination against COVID-19 ?* », Pediatric Allergy and Immunology: Official Publication of the European Society of Pediatric Allergy and Immunology, 32, janvier 2021, n° 1, p. 9-16.

¹⁸⁵⁹ Autorisé par le Préfet et l'ARS le 22 mars 2021, les premiers patients ont été accueillis dès le 27 mars. Voir également, Vanessa HOUZE-CERFON, et al., « *Setting up the Largest Mass Vaccination Center in Europe: The One-Physician One-Nurse Protocol* », Vaccines, 11, mars 2023, n° 3, p. 643.

¹⁸⁶⁰ Décret n° 2021-325 du 26 mars 2021 modifiant les décrets n° 2020-1262 du 16 octobre 2020 et n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

¹⁸⁶¹ Angela AGAESSE, *La place et le rôle de la coordination pharmaceutique dans la gestion du Vaccinodrome de Toulouse*, Thèse de doctorat en Pharmacie, Université Paul Sabatier, Toulouse, octobre 2023.

987. Déjà flagrant lors du précédent plan variole de 2006¹⁸⁶², le décalage entre la théorie et la mise en pratique de centres de vaccination a suscité différentes difficultés. La première difficulté a été celle de la mobilisation du personnel soignant, déjà fort occupé dans les établissements hospitaliers et donc peu disponible pour opérer la vaccination : des évolutions réglementaires ont été nécessaires pour faciliter la vaccination. Malheureusement rédigés à la hâte, ces textes ont été sujets à de nombreuses interprétations : le décret prévoit en effet une extension des personnels habilités à réaliser des actes relatifs à la vaccination, décomposé en deux actes : la prescription et l'administration du vaccin. S'agissant des étudiants, aucun ne pouvait réaliser de prescription à la vaccination, et l'administration ne concernait pas tous les étudiants de la même façon : « *les étudiants en santé de deuxième cycle des formations en médecine, en pharmacie, en maïeutique et les étudiants en soins infirmiers ayant validé leur première année de formation* » pouvaient injecter les vaccins uniquement « *en présence d'un médecin, ou d'un infirmier* », tandis que « *les étudiants de troisième cycle en médecine et en pharmacie* » peuvent réaliser cette injection « *sous la responsabilité* » de ces professionnels¹⁸⁶³. Cette différence d'encadrement réglementaire, résidant dans une différence de qualification entre « *sous la responsabilité de* » et « *en présence de* » opère en effet une distinction de régime juridique applicable, puisque tantôt les étudiants sont autonomes, et rendant compte de toute difficulté à un titulaire, tantôt ils sont physiquement encadrés par celui-ci, se rapprochant davantage des conditions de supervision propres aux stages hospitaliers.

988. La différence de qualification juridique entre prescription, administration et injection n'étant pas très intelligible et accessible¹⁸⁶⁴ à notre sens, c'est en partie pour cette raison que la responsabilité a été prise par certains centres de vaccination d'autoriser des étudiants de 2nd cycle à préparer les doses d'injections, alors que réglementairement, cette action n'était pas permise. Compte tenu des circonstances exceptionnelles, et des recommandations¹⁸⁶⁵ qui prévoyaient une fragmentation des activités liées à la vaccination (accueil, consultation, préparation, injection, surveillance), une réglementation plus précise aurait pu permettre une meilleure montée en puissance des centres de vaccination, en permettant aux étudiants d'intégrer plus largement les centres, et donc de permettre aux professionnels de santé de s'occuper de leurs autres missions.

¹⁸⁶² Voir *infra*, dans le présent titre, Chapitre 1, Section 3, sur le bioterrorisme.

¹⁸⁶³ Décret n° 2021-325 du 26 mars 2021, modifié 9 fois en 2020, 33 fois en 2021 et une fois en 2022.

¹⁸⁶⁴ Au sens des décisions n°2001-455 DC du 12 janvier 2002 et n°2004-500 DC du 29 juillet 2004 ; bien que ces décisions visent le travail du législateur, la réglementation peut également être mieux rédigée pour correspondre aux réalités du terrain.

¹⁸⁶⁵ Portfolio « Vaccination Anti-Covid à destination des vaccinateurs », mars 2022, p. 33.

CONCLUSION DU CHAPITRE 2

989. Contrairement aux urgences collectives provoquées par des accidents ou des catastrophes, les menaces sanitaires graves suscitent une urgence collective plus importante, tant du fait du mécanisme de propagation (là où l'accident est circonscrit, la menace sanitaire peut se propager à l'échelle mondiale), qu'en raison souvent d'une inadéquation des moyens pour y faire face, laquelle est de nature à s'inscrire dans la durée. La lutte contre les épidémies n'est pas nouvelle, mais avec la mondialisation, les outils juridiques de lutte doivent être plus agiles, réactifs et adaptables. De surcroît, ces outils ne sont efficaces que s'ils s'inscrivent dans une logique de préparation et de planification réalisée sérieusement et de façon régulière, sans jamais oublier que la menace est généralement imprévisible et que les exercices de préparation permettent une efficacité plus importante de la réponse aux situations. Si la tentation de l'assouplissement de certaines mesures préparatoires – *ante* urgence – est parfois forte en l'absence de menace sanitaire, cette tentation doit être écartée pour obtenir l'anticipation réfléchie des moyens nécessaires à la finalité recherchée et un stockage stratégique en ce sens (sous la forme de matériel stocké ou de personnels formés).

990. Les mesures *post* apparition de l'urgence sont parfois des mesures « par défaut » ou plutôt par défaillance des mesures *ante*, et c'est en ce sens que l'État détient une responsabilité importante dans la préparation de toute situation d'urgence collective, sans pour autant en prendre pleinement conscience.

991. À la sortie de la pandémie de COVID-19, les scientifiques se sont interrogés sur la prochaine urgence collective, notamment dans un contexte de conflit armé montant, qui pourrait être celle du bioterrorisme.

CONCLUSION DU TITRE 2

992. Au terme du présent titre, il nous semble pouvoir affirmer que les urgences collectives ne sont pas un cumul de la totalité des urgences individuelles. De même, la gestion des urgences en situation d'exception varie en fonction de l'élément déclencheur : les accidents et catastrophes entraînent une multiplicité de cas cliniques, tandis que les menaces sanitaires graves et notamment les pandémies, se traduisent par une certaine uniformité de pathologies, et donc une prise en charge plus ou moins cloisonnée dans un pan de la médecine.

La réponse possible à apporter à ces deux types de situation d'urgence est donc diamétralement opposée : là où il est possible de répartir les patients en fonction de leur pathologie et donc de disperser entre établissements de santé et professionnels de spécialités différentes, il ne l'est plus en situation de pandémie, qui au contraire mobilise presque exclusivement les mêmes professionnels et établissements. La réorganisation des établissements afin de faire face à ces situations est indispensable, même si elle est extrêmement lourde, qui plus est dans un contexte de tension hospitalière, d'urgence et d'afflux de patients.

L'urgence en situation exceptionnelle est davantage comparable à une succession d'urgences collectives, qui finit par conduire à une urgence individualisée à chaque patient. Toutefois, dans sa phase initiale, l'urgence collective n'est nullement comparable à une urgence individuelle.

CONCLUSION DE LA SECONDE PARTIE

993. Après avoir étudié les conséquences de l'urgence en droit de la santé, il est évident que la multiplicité des situations dans laquelle apparaît l'urgence rend le travail d'identification des conséquences juridiques difficile. À la fois utilisée comme critère de dérogation et comme curseur de cette dernière, l'urgence entraîne souvent un assouplissement du cadre juridique : entraînant une impossibilité d'agir de façon classique, l'urgence est un facilitateur qui permet de s'exonérer du cadre, toujours dans la proportionnalité entre la dérogation et l'intérêt final poursuivi, qu'il soit la sauvegarde de la vie humaine individuelle ou la préservation de la collectivité.

994. Si l'urgence limite les droits des patients, individuellement ou collectivement, cette limite est circonscrite à la finalité poursuivie, et limitée dans le temps. L'urgence est en ce sens similaire aux pouvoirs d'exception dans la mesure où elle joue le rôle d'outil au service du rétablissement d'une situation antérieure ou jugée dans la norme, c'est-à-dire bien souvent la stabilité de l'état de santé du patient, ou de son retour à la vie¹⁸⁶⁶. Pour autant, cette similarité n'empêche pas une réelle autonomie de l'urgence face à ces situations d'exception.

¹⁸⁶⁶ Dans un sens médical, puisque si l'animation est empruntée du latin *animatio* et signifie « être animé », la réanimation correspond à l'action de réinsuffler la vie. Juridiquement inexacte dans la mesure où l'individu ne meurt pas lorsque le cœur s'arrête, mais bien lorsque le médecin constate qu'il ne repartira plus et prononce le décès.

CONCLUSION GENERALE

995. Au terme des recherches et après avoir étudié la notion et les dispositifs de l'urgence, il semble que l'analyse a permis d'obtenir certains résultats. Une définition de l'urgence se dégage et avec elle différentes conséquences juridiques (Section 1). Celle-ci permet d'entrevoir un certain encadrement juridique de l'urgence en santé. Des propositions sont suggérées en fonction de problématiques rencontrées (Section 2), mais également des limites de recherches (Section 3), qui ouvrent sur des perspectives ultérieures (Section 4).

Section 1. Les résultats obtenus

996. L'urgence est une notion qui prend naissance dans les situations qui rencontrent un triptyque de critères : une temporalité réduite, une nécessité d'action découlant de la gravité d'une situation et la recherche d'une adéquation des moyens aux fins, même difficile. Une fois née la situation d'urgence, il faut déterminer comment le droit organise la possibilité pour ceux qui y font face d'agir dans un cadre juridique plus souple ; c'est-à-dire comment le droit français prévoit une règle qui anticipe sa propre mise à l'écart par le recours à une ou plusieurs exceptions.

L'analyse d'un grand nombre de situations d'urgences, individuelles ou collectives, nous a ici permis d'obtenir un faisceau d'indices quant au régime juridique de l'urgence qui penche davantage vers la dérogation que l'exception, balance qui suscite toujours des interrogations.

997. Bien qu'ayant tenté au maximum de définir la notion, la fonction et les conséquences de l'urgence, ou des urgences en droit de la santé, la présente thèse est pourtant loin de faire le tour des recherches sur cet objet d'étude. Notion polysémique, l'urgence apparaît en effet dans tous les domaines juridiques, avec une définition variable selon la branche étudiée, et une temporalité toute relative face à l'urgence en santé ; en droit français mais également en droit européen ou international, l'urgence n'est pas entendue de la même façon. Généralement citée dans les textes sans pour autant jamais être définie, l'urgence est intrinsèquement un moyen d'assouplissement du droit, une sorte de « soupape de sécurité » face à des situations juridiques qui semblent insurmontables dans une temporalité réduite, et qui permet de s'exonérer d'un certain nombre de contraintes, afin de surmonter le blocage. Tout comme face à des situations d'exception, les décideurs ont compris que l'urgence peut rapidement devenir un outil redoutable, raison pour laquelle le juge veille constamment à ce qu'elle reste cantonnée à une stricte proportionnalité. Ainsi, l'urgence naît d'une double prise de conscience : *« d'une part, qu'un pan incontournable de la réalité relève d'un scénario aux conséquences dramatiques ou inacceptables et, d'autre part, que seule une action d'une exceptionnelle rapidité peut empêcher ce scénario d'aller à son terme... Dit autrement, on court à la catastrophe si rien n'est immédiatement mis en œuvre »*¹⁸⁶⁷. Sa définition la plus adaptée nous semble être ***un état de santé qui expose la victime ou le patient à un risque à très court terme de perdre de façon irréversible un organe ou une fonction de l'organisme, voire la vie, et qui nécessite une prise en charge médicale rapide, si ce n'est immédiate, éventuellement suivie d'une***

¹⁸⁶⁷ Nicole AUBERT, *Le Culte de l'urgence : La société malade du temps*, 2009.

hospitalisation. Cette définition relativement souple paraît convenir aux différentes situations étudiées.

998. Les conséquences de l'urgence en santé sur le plan juridique concernent essentiellement la dérogation au droit commun, tant pour le ou les intervenants qui peuvent dans l'urgence outrepasser le cadre commun qui leur est propre, que pour le ou les patients qui voient leurs droits réduits voire supprimés. Ce caractère dérogatoire doit être adapté à la gravité de la situation et être apprécié en fonction des moyens à la disposition des intervenants au moment où ils ont agi ; ou du moins face à des urgences fortes, il ne devra pas être disproportionné. L'urgence interventionnelle existe donc sous plusieurs formes, les conséquences juridiques n'étant pas les mêmes en situation courante (urgence individuelle, qui connaît des principes et des exceptions, c'est-à-dire prévues et anticipées par le droit) qu'en situation exceptionnelle (urgence collective, plutôt axée sur un caractère dérogatoire, c'est-à-dire l'inobservation de certaines règles, justifiés *a posteriori* par des théories juridiques). Si l'urgence collective n'est pas un cumul d'urgences individuelles, en revanche les urgences individuelles peuvent se cumuler, nécessitant un fonctionnement des services préhospitaliers et hospitaliers en permanence. Or, difficile d'imaginer pour un patient pris en charge qu'il n'est qu'un patient parmi les centaines d'autres pris en charge chaque jour, particulièrement si sa pathologie est grave. Difficile aussi d'imaginer pour le néophyte la planification et la préparation face aux situations d'exceptions, face à des risques dont il n'a parfois même pas connaissance.

999. L'étude des actions réalisées en urgence montre la nécessité de poursuivre les recherches sur la flexibilité du droit dans ce cadre, qui restera toujours un paradoxe : l'urgence est dérogatoire au cadre légal, sans jamais être définie par celui-ci ni dans sa substance ni dans l'étendue de la dérogation. Omniprésente dans nos sociétés, souvent utilisée comme superlatif, l'urgence en santé est pourtant spécifique en ce qu'elle porte en elle le risque de blessures, d'infirmités ou de mort. Ce risque-là, marqué de finitude, est spécifique car relatif au corps comme à la vulnérabilité de l'existence biologique sans que ceux qui en ont alors la responsabilité puissent avoir de certitudes absolues sur l'efficacité des soins réalisés et du bénéfice escompté. La notion est donc autonome en ce qu'elle est fondée sur des critères distincts des notions qui lui sont proches, mais également par sa capacité d'assouplissement du cadre juridique applicable.

1000. Ces éléments de définition nous ont permis de trouver des critères d'identification de ce qu'est l'urgence au sens du code de la santé publique, et peut-être de façon plus théorique de repenser à la place de l'urgence au sein des textes : si de prime abord elle peut être associée à l'exception qui limite et porte atteinte à la règle générale (droits du patient, particulièrement information et consentement), une étude plus minutieuse a révélé qu'il n'en est rien. Un patient en mesure d'être informé le sera, un patient en matière de consentir sera invité à le faire. La première conséquence est que l'article L.1111-4 alinéa 5 du code de la santé publique « (...) *aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité* » doit être entendu au sens cumulatif de l'urgence **et** de l'impossibilité et non au sens alternatif. Ainsi, l'urgence se révèle d'une grande force dans la non-application de certaines normes, tant droits des patients que devoirs des professionnels et permettant de régler certains cas limites qui ne peuvent se voir appliquer la norme, dans un cadre précis et rationnel, d'intensité également différente en fonction des contextes et circonstances.

1001. Les incidences de l'urgence en droit de la santé sont en effet variables selon les situations étudiées. De façon schématique, l'urgence individuelle somatique renvoie à deux possibilités : soit la prise en charge est faite dans un contexte ordinaire, c'est-à-dire par un professionnel, auquel cas les écarts juridiques seront minimes, soit la prise en charge sort de ce contexte (milieu périlleux, secours en mer ou dans les airs...) auquel cas l'urgence permet d'adapter les règles (extensions de compétences par exemple) pour garantir que l'action des intervenants se fasse sans craindre l'engagement d'éventuelles responsabilités.

1002. L'urgence psychiatrique suscite en parallèle un certain nombre de questions complexes pour lesquelles le cadre juridique existant mériterait d'être profondément repensé : comment et quand le patient peut-il consentir aux soins ? Comment en France est-il encore possible de ne pas avoir de cadre juridique spécifique pour les mineurs, qui sont hospitalisés, même sans contrainte, avec le consentement de leurs parents mais contre leur volonté ? ... Surtout, comment concilier les principes de base, sur lesquels chacun s'accorde, avec les difficultés d'exercice que gèrent au quotidien les professionnels ? L'urgence est question de droit, elle est aussi problème de faits.

1003. Pour les cas d'urgences collectives, la pandémie de Covid-19 a justement amené nos dirigeants à réformer un certain nombre d'outils juridiques pour permettre aux intervenants d'exercer quelles que soit les situations rencontrées. Les urgences en situation exceptionnelle s'entendent en raison du dépassement des moyens humains et matériels qu'il est possible de

mobiliser pour y faire face, entraînant des choix difficiles pour prioriser les prises en charge. Comme pour les autres situations d'exceptions en droit public français, la fin ne justifie pas pour autant les moyens : la recherche de proportionnalité, les questions éthiques liées à l'instauration d'un « tri », la rationalisation des moyens... tout est profondément ancré dans notre Etat de droit, ce qui suppose une garantie des droits fondamentaux y compris au sein d'une crise qui connaît des pics d'urgence sanitaire, mais également la soumission de l'administration aux règles de droit. La récente menace sanitaire nous l'a démontré, les manquements à ces règles ont été sanctionnés.

1004. Les présentes recherches ont amené quelques propositions, notamment législatives et réglementaires, qui pourraient être poursuivies au vu des avancées scientifiques mais également de l'évolution sociétale.

Section 2. Propositions suggérées

1005. Au cours du développement de ces travaux, plusieurs propositions ou critiques ont surgi, quelques-unes seront ici formulées.

1006. Une clarification du code de la santé publique doit être envisagée, en décomposant les urgences pour les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux et en explicitant les prérogatives de chacun. Dans le contexte actuel dit de « désertification médicale », il semble par exemple primordial de rappeler que les professionnels « géographiquement » les plus proches des patients sont souvent les pharmacies. Ces professionnels de santé ont à connaître régulièrement des urgences médicales ou pharmaceutiques ; en ce sens, une inscription dans les textes de la délivrance de certains médicaments d'urgence pourrait permettre de faire gagner du temps dans les prises en charge, comme dans le cas du *purpura fulminans*, tout en rassurant ces professionnels grâce à l'ancrage dans le code de la santé publique de cette possibilité qui s'offre à eux.

Dans la même lignée, la création récente des infirmiers en pratique avancée dans le domaine d'intervention des urgences devrait permettre un élargissement progressif des compétences dévolues aux infirmiers, et le contentieux futur éclairera quant aux possibilités d'assouplir ce cadre face aux urgences en situations exceptionnelles.

1007. Le 'dossier médical partagé' ou 'carnet de santé numérique', toujours difficile à mettre en œuvre dans les faits, devrait être généralisé et permettre une interconnexion avec les logiciels utilisés par les plateformes de régulations des centres 15. Le volet « dossier pharmaceutique » devrait être étendu de façon que chaque délivrance de médicament puisse faire l'objet d'une inscription, permettant une meilleure traçabilité et permettant également un éventuel renouvellement en urgence auprès de n'importe quelle pharmacie sur le territoire national. Aujourd'hui, l'absence d'interconnexion de ces données rend cette possibilité très limitée. Ce lien permettra aux intervenants d'avoir une vision rapide des antécédents récents du patient, ses traitements médicaux, ses hospitalisations et maladies, mais également les dispensations de médicaments effectuées dans différentes pharmacies. Côté patient, cela lui permettra d'obtenir plus facilement un renouvellement dans n'importe quelle pharmacie, même sans détenir l'ordonnance, ce qui peut s'avérer un précieux gain de temps.

1008. Une formation initiale au secourisme grand public, du type PSC, devrait être obligatoire avant la sortie du lycée. Afin d'inciter fortement à la formation continue, tous les

diplômes de secourisme devraient impérativement comporter une validité, d'une durée maximale de 3 à 5 ans. Une formation continue avant l'expiration permettra de renouveler cette durée pour trois années supplémentaires. Pour asseoir pleinement la solidité de cette formation, une uniformisation des textes entre les ministères de l'intérieur et de la santé s'impose, afin d'éviter la prolifération de recommandations, voire des discordances entre elles. L'instauration d'un niveau 2, comprenant une partie prévention des risques à l'image de la formation SST, est également souhaitable pour permettre une équivalence entre ces deux formations.

1009. Certaines formations paramédicales devraient être mieux encadrées, mieux réglementées et aboutir à une reconnaissance de certains modules de formation, qui pourraient constituer des troncs communs ou unités capitalisables. Les auxiliaires sanitaires, comme les marins formés à la médecine, pourraient par exemple accéder plus facilement à la formation d'infirmier, d'autant que certains modules de formations et de stages sont déjà communs.

Toujours s'agissant de la formation, une spécialité d'infirmier urgentiste devrait être organisée, d'autant que l'hypothèse est en discussion depuis des années et qu'elle a abouti à une spécialité pour les infirmiers en pratique avancée.

1010. Certaines procédures et plans de secours devraient être révisés, conjointement par les services de l'Etat et les sociétés savantes, en y associant les différents SAMU et plus largement la totalité des acteurs et des intervenants ; la planification verticale est généralement en décalage avec la réalité de terrain et manque de souplesse. Ce décalage peut retarder des prises en charge et engendrer des difficultés. Ainsi, la création de plans de secours intermédiaires permettrait d'assurer un meilleur équilibre des secours médicalisés et de se démettre de la doctrine actuelle qui pourrait (parfois) se résumer en « tout ou rien ». Par ailleurs, un certain nombre de plans de secours ne prennent que peu en compte la dimension de la prise en charge médicale, ce qui crée artificiellement une barrière au *continuum* de la prise en charge de la victime du préhospitalier à l'hospitalier, notamment lorsque plusieurs intervenants sont issus de services différents.

1011. Une évolution législative visant à une extension des directives anticipées pourrait être envisagée pour englober un plus grand nombre de situations, et pas uniquement centrées sur la fin de vie. Une meilleure information devrait être délivrée aux patients et *in fine* à tout citoyen quant à la portée juridique effective de ces directives.

1012. La place du mineur au cœur de la relation de soins est à revoir entièrement, ou plutôt « à créer » : aujourd'hui le mineur n'est qu'associé, dans la mesure du possible, à ces soins, et l'ensemble du cadre juridique est orienté vers ses responsables légaux. Or, la frontière entre

minorité et majorité n'étant qu'artificielle, elle devrait à notre sens être lissée dans un *continuum* du passage de l'enfance à l'âge adulte, et non s'effectuer « brutalement » à la majorité. Ainsi, comme pour d'autres mesures déjà existantes en santé, l'âge de 14 ans pourrait ouvrir certains droits, comme la possibilité de saisir un juge lors de passage en hospitalisation psychiatrique, puis consolider à compter des 16 ans à l'aide de mesures complémentaires, avant de basculer sur le cadre juridique applicable aux majeurs.

Toutes ces propositions font écho à des problématiques rencontrées à l'occasion des recherches sur cette notion, même s'il perdure certaines limites à ces travaux.

Section 3. Limites des recherches

1013. Malgré tout le soin apporté au travail de recherche, la méthode analytique ne peut décortiquer un tout, sans procéder à un démembrement de certains éléments, définis séparément les uns des autres, mais également les uns par rapport aux autres. Comme l'évoquait DESCARTES, résoudre un problème complexe revient à diviser les difficultés en petites parties, pour résoudre chaque difficulté les unes après les autres. Une fois la totalité des parties résolues, le tout est résolu. Or, en séparant et morcelant le sujet en petites parcelles, certaines des interactions peuvent sembler moins évidentes, et la vision d'ensemble peut paraître plus complexe à percevoir. La transversalité des disciplines étudiées a été précieuse pour cette recherche, mais laisse subsister certaines limites.

1014. Tout d'abord, sur les sources médicales, pharmaceutiques et plus généralement en santé, chaque fois que nécessaire des travaux de recherches bibliographiques ont été effectués afin que la thèse soutenue soit fondée sur des éléments concrets, et donner ainsi une position de recherche appliquée au sujet. Des exemples et illustrations, empruntés directement aux sciences médicales, par un juriste, sont sans doute étonnantes pour le lecteur, mais permet d'enraciner certaines argumentations dans une dimension « de terrain ».

Pour autant, un travail a également été effectué de façon diamétralement opposée, c'est-à-dire des travaux de réflexion juridico-philosophique, en théorie du droit notamment, pour s'intéresser aux notions constitutives de l'urgence. Le phénomène de gravité est à la fois apprécié subjectivement dans l'urgence, et objectivement avec du recul ; il en est de même de la temporalité nécessaire à la prise en charge, tout comme de l'adéquation des moyens aux fins : la volonté d'avoir systématiquement beaucoup de moyens humains et matériels pour répondre à une situation d'urgence est non seulement superflu voir superfétatoire, mais elle restreint d'autant les futures urgences à venir, par l'indisponibilité de ses ressources, déjà engagées autre part. En ce sens, le recours quasi-systématique du juge à des experts, voire des sapiteurs, restreint parfois les travaux de recherches juridiques en ce que les rapports d'experts ne sont pas publics, bien que la méthodologie soit guidée par des éléments communs. Les thèses soutenues dans la présente recherche peuvent ainsi comporter certaines faiblesses.

1015. Les travaux de recherche sont également rendus plus complexes en l'absence de contentieux, ce qui peut également être une garantie que les pratiques sont satisfaisantes ; mais le propos inverse peut également être tenu, face à la complexité de rapporter des preuves en soins primaires et préhospitaliers. Sans volonté de créer de polémiques, certaines pratiques de

soignant devraient être mieux étudiées, contrôlées : l'urgence ne permet pas tout. L'absence de contentieux ne signifie d'ailleurs pas que les soignants ne sont pas fautifs dans certaines situations. En ce sens, une meilleure formation médico-juridique semble souhaitable à tous les niveaux et pour tous les intervenants dans la chaîne de survie.

1016. L'analyse du sujet a été nécessairement impactée par la situation sanitaire exceptionnelle qu'a connue la France, dans le cadre de la pandémie mondiale de SARS-Cov-2, dite « COVID-19 ». La recherche au cœur de l'actualité et sa réactualisation *a posteriori* emportera avec elle d'évidents manques de recul, mais également la difficulté d'être pleinement traitée : comme indiqué dans la partie correspondante, une pandémie mondiale est une « urgence » sanitaire dans les épisodes de pics d'intensité, mais se transforme très rapidement en crise : de par les différences de caractéristiques et de conséquences qui sont distinctes, la crise sanitaire n'est donc pas une urgence, et elle est alors extérieure au sujet d'étude.

1017. Le travail de tout chercheur est de s'intéresser au contexte, ce qu'appellent les administrativistes les « considérations de temps et de lieux ».

Le présent travail, bien qu'effectué dans une durée de plusieurs années, a été directement impacté par notre époque, et les modifications de fonctionnement de notre système de santé. La prise en charge médicale avant, pendant et après la pandémie a été profondément différente, tant sur le plan médical que juridique. Il a aussi été nécessairement influencé par le contexte géographique, proche du SAMU 31, premier SAMU historique, et de sa recherche permanente d'innovation. Ces influences n'ont pas pour autant borné l'analyse. Les urgences ne sont pas les mêmes en milieu urbain qu'en milieu rural, ni en hexagone et en outre-mer, sans parler des secours en milieu périlleux, en mer et en montagne. Chacune de ces particularités, tout comme les moyens disponibles, sont parfois disparates entre territoires, et conduisent à des solutions médicales différentes, que l'étude a tenté de cerner.

La recherche s'est voulue globale sans prétendre à l'exhaustivité (l'aurait-elle pu d'ailleurs ?). Elle trace ainsi des perspectives de travail ultérieur.

Section 4. Perspectives ultérieures

1018. Certaines pistes de réflexions mériteraient sans doute un prolongement dans le cadre de futures recherches, notamment l'articulation des compétences des soignants en cas d'urgence, la recherche des urgences pharmaceutiques, appelées à s'autonomiser d'année en année, tout comme la prise en charge de certaines urgences par les infirmiers en pratique avancée, qui vont sans doute trouver pleine place dans les services d'urgences préhospitaliers comme hospitaliers. La création d'un vecteur SMUR constitué d'un unique infirmier en pratique avancée est tout à fait imaginable à l'image de ce qui existe outre-Atlantique.

1019. Les urgences psychiatriques, tout particulièrement la recherche de la possibilité de les informer et de rechercher leur assentiment aux soins, pourrait faire l'objet d'un sujet autonome, bien que la doctrine soit déjà riche à ce sujet, tout particulièrement par le retard considérable qu'a notre pays sur ces questions.

1020. Les problématiques financières offrent également sujets multiples à réflexion, s'agissant du financement des établissements de santé, complexes (T2A, MIG...), ou de celui des prises en charge qui se juxtaposent ou se chevauchent parfois. L'aspect tarifaire et les différences entre l'activité libérale et le secteur public pourraient également être étudiés.

1021. Comme il n'y a pas d'urgence à mourir, la fin de vie n'a pas été abordée, et pourtant à l'heure de conclure, il apparaît évident que la fin de vie en urgence pourrait faire l'objet de développement autonome, notamment sur l'arrêt des soins urgents et les soins déraisonnables, sujet prégnant au cœur de l'urgence en général et de ses services dédiés en particulier.

BIBLIOGRAPHIE

NB : La convention et les styles de citation utilisées sont celle de l'Ecole Doctorale de Droit et Sciences politiques de Toulouse pour les notes de bas de page, et de l'Université de Bordeaux – Ecole doctorale de droit pour la bibliographie, en raison du modèle existant sur Zotero. Toutefois, pour les références scientifiques, la convention de citation utilisée pour les notes de bas de page est celle de la National Library of Medicine (2024). Le nombre d'auteurs a alors été réduit à trois au maximum, suivi de la mention *al.*

DICTIONNAIRES ET ENCYCLOPEDIES

Dictionnaire de l'Académie française, 9^e édition

CORNU, Gérard, Vocabulaire juridique, 14^e édition, PUF, janvier 2022

CALLU Marie-France, GIRER Marion, ROUSSET Guillaume, *Dictionnaire de droit de la santé: secteurs sanitaire, médico-social et social*, LexisNexis, 2^e éd., 2021.

HARICHAUX Michèle, MONROCHE André, *Droit de la santé. Dictionnaire commenté*, Elsevier-Masson, avril 2003

PERDROT Philippe, Dictionnaire de droit de la santé et de la biomédecine, Ellipse, 2006

VAN LANG, Agathe, Dictionnaire de droit administratif, 8^e édition, Dalloz, 2021

OUVRAGES

Ouvrages généraux

- ASSOCIATION HENRI CAPITANT, *Le temps et le droit*, Dalloz, 2014.
- BERGEL Jean-Louis, *Théorie générale du droit*, Dalloz, 2012.
- BLOCH Cyril, GIUDICELLI André, GUETTIER Christophe et al., *Droit de la responsabilité et des contrats 2021/22 - Régimes d'indemnisation*, Dalloz, 2020.
- BOULOIS Xavier, *Les classifications en droit administratif*, mare & martin, 2021.
- BRAIBANT Guy et STIRN Bernard, *Le droit administratif français*, Dalloz, 2005.
- CASTELLETTA Angelo, *Responsabilité Médicale - Droit des Malades*, Dalloz.
- CHEVALIER Jean et GHEERBRANT Alain, *Dictionnaire des symboles*, Robert Laffont, 1969.
- CHEVALLIER Raymond, BARAN, SUSINI et al., *Aion : le temps chez les romains*, A. et J. Picard, 1976.
- CONCHE Marcel, *Temps et destin*, PUF, 1992.
- CORNU Gérard, *Vocabulaire Juridique*, PUF.
- DUFOUR Alfred, *Droits de l'homme, droit naturel et histoire*, PUF, 1991.
- DUGUIT Léon, *Traité de droit constitutionnel*. Tome 2, Dalloz, 1921.
- DUGUIT Léon, *Traité de droit constitutionnel*. Tome 4, Dalloz, 1921.
- GONOD Pascale, MELLERAY Fabrice et YOLKA Philippe, *Traité de droit administratif*, Tome 1, Dalloz, 2011.
- GRABARCZYK Katarzyna, *Les principes généraux dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme*, Presses Universitaires d'Aix-Marseille, 2008.
- GRAVES Robert, *Les Mythes grecs*, Le Livre de Poche, 2002.
- HAURIOU Maurice, *Précis de droit constitutionnel* (2e éd.), Dalloz, 1929.
- LHUILIER Jean-Marc, *La responsabilité civile, administrative et pénale*, LGDJ, 2008.
- LITTRÉ E., *Œuvres complètes d'Hippocrate*, Librairie de l'académie impériale de médecine, 1861.
- MIRMONT Henri, *La mythologie et les dieux : dans les Argonautiques et dans l'Eneide*, Hachette, 1894.
- ODENT Raymond, *Contentieux administratif*, Dalloz, 2007.
- PLESSIX Benoît, *Droit administratif général*, LexisNexis, 2022.
- RAWLS John, *Théorie de la justice*, Points, 2009.

SEVE René, *Philosophie et théorie du droit*, Dalloz, 2016.

VERON Michel, *Droit pénal spécial*, Dalloz, 2019.

WALINE Jean, *Droit administratif*, Dalloz, 2020.

L'office du juge, Les colloques du Sénat, 2006.

Ouvrages spéciaux

AFDA, *Les compétences*, LexisNexis, 2008.

ANGELLOZ-NICOUD Michel, *Guide pratique du contrôle des hospitalisations psychiatriques sans consentement par le juge des libertés et de la détention*, LEH Édition, 2019.

ARISTOTE, *Ethique de Nicomaque*, Flammarion, 1992.

ASSOCIATION HENRI CAPITANT, *L'aléa*, LGDJ, 2011.

AUMONIER Nicolas, BEIGNIER Bernard et LETELLIER Philippe, *L'euthanasie*, PUF, 2016.

BASILIEU-GAINCHE Marie-Laure, *État de droit et états d'exception. Une conception de l'État*, PUF, 2013.

BEAUD Olivier, *L'état d'urgence, Une étude constitutionnelle, historique et critique*, LGDJ.

BERNARD Paul, *La notion d'ordre public en droit administratif*, LEH Edition, 1962.

BERNARD-DOUCHEZ Marie-Hélène, *Les paradoxes de la clause de conscience en droit médical*, LGDJ, 2010.

BIRABEN Jean-Noël, *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens*. Tome I. La peste dans l'histoire, La Haye, 1975.

BLOCH Laurent et CASTAING Cécile, *Bilan de vingt ans d'application de la loi Kouchner*, LEH Edition, 2022.

CABANNES Xavier, BENILLOUCHE Mikaël et LAUDE Anne, *Hospitalisations sans consentement*, CEPRISCA, 2013.

CAHN Olivier (dir.), *L'hypothèse de la guerre contre le terrorisme*, Dalloz, 2017.

CASSIA Paul, *Les référés administratifs d'urgence*, LGDJ.

CENTRE D'HISTOIRE DU DROIT, *Le temps et le droit*, Serre Editeur, 2002.

CHAPON-CROUZET Nathalie, *Le confinement*, Presses universitaires de Provence, 2022.

CHOPARD-DIT-JEAN Adrien, *La responsabilité du médecin au service des urgences*, LEH Edition, 2011.

CLÉMENT Cyril, DUWIME Léa et FILIPPI Isabelle, *Le memento de droit hospitalier*, LEH Edition, 2022.

CLEMENT Jean-Marie, *Les grands principes du droit de la santé*, LEH.

CLUZEL-MÉTAYER Lucie, *Le service public et l'exigence de qualité*, Dalloz, 2006.

COMITI Vincent-Pierre, *Histoire du droit sanitaire en France*, PUF, 1994.

CONSEIL D'ETAT (dir.), *Les états d'urgence*, La Documentation française, 2021.

CORTI Faustine et BOULANGER Augustin, *Mort et droit de la santé*, LEH Edition, 2018.

CÔTÉ Pierre-André, FRÉMONT Jacques, *Le temps et le droit*, Y. Blais, 1996.

COURBIL Louis-José, *Médecine en situation de catastrophe - France*, Direction centrale du service de santé, Elsevier Masson.

DAGRON Jean, *Sourds et soignants, deux mondes, une médecine*, LEH.

DARESTE Rodolphe, *La justice administrative en France ou Traité du contentieux de l'administration*, LGDJ.

DEMICHEL André, *Le droit de la santé*, LEH.

DETIENNE Marcel et VERNANT Jean-Pierre, *Les ruses de l'intelligence*, Flammarion, 1974.

DONNOU Philippe, *Livre blanc sur l'indemnisation du dommage corporel*, LEH Edition, 2021.

DOROSZ Philippe, *Guide pratique des médicaments*, Maloine, 2024.

DORSNER-DOLIVET Annick, *La responsabilité du médecin*, Economica, 2006.

DUCASSÉ Jean-Louis et VIRENQUE Christian, *Histoire de la médecine d'urgence en Haute-Garonne*, Editions Empreinte, 2021.

DURAND Bernard, POIRIER Jean, ROYER Jean-Pierre et al., *La douleur et le droit*, PUF, 1997.

FATIN-ROUGE STÉFANINI Marthe, VIDAL-NAQUET Ariane, PHILIPPE Xavier et al., *La norme et ses exceptions*, Bruylant, 2014.

FAURE Georges, *Vers l'émergence d'une majorité sanitaire, La loi du 4 mars 2002 : continuité et nouveauté en droit médical*, PUF, 2003.

FISCHER Gustave-Nicolas, *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Dunod, 1996.

FOURNIER Véronique, *La mort est-elle un droit ?*, La documentation française, 2016.

FOURNIER-CHARRIÈRE Elisabeth, *Douleur de l'enfant*, Pediadol, 2015.

GATTI Laurence, *Les décisions de santé des majeurs protégés : pour un dialogue entre protecteurs et professionnels de santé*, LEH Edition, 2022.

GAUVAIN-PIQUARD Annie et MEIGNIER Michel, *La Douleur de l'enfant*, Calmann-Lévy, 1994.

GÉRARD Philippe, *L'accélération du temps juridique*, FU Saint-Louis, 2000.

GILOUX Natalie et PRIMEVERT Marion, *Les soins psychiatriques sans consentement*, 2 éd., LEH Édition, 2020.

GUÉGAN-LÉCUYER Anne, *Dommages de masse et responsabilité civile*, LGDJ, 2006.

GUILLON Claude, *À la vie à la mort : Maîtrise de la douleur et droit à la mort*, Éditions Noësis, 1997.

HALPÉRIN Jean-Louis, HENNETTE-VAUCHEZ Stéphanie et MILLARD Éric, *L'état d'urgence*, Presses universitaires de Paris Nanterre, 2017.

HAROUËL-BURELOUP Véronique, *Histoire du droit international de la santé*, LEH Edition, 2004.

HENNETTE-VAUCHEZ Stéphanie, *La démocratie en état d'urgence*, Éditions du Seuil, 2022.

HIEZ David, *La clause de conscience ou la conscience source du droit ?*, Dalloz, 2006.

HIRSHBERG Asher, MATTOX Kenneth L., ALLEN Mary Kay et al., *Top knife*, Arnette, 2021.

HOCQUET-BERG Sophie et PY Bruno, *La responsabilité du médecin*, Heures de France, 2006.

HUMBERT Jean, *Mythologie grecque et romaine: Introduction facile et méthodique à la lecture des poètes*, Ernest Thorin, 1848.

JACOBI Eduard, *Dictionnaire mythologique universel, ou Biographie mythique des dieux et des personnages fabuleux de la Grèce, de l'Italie, de l'Égypte, de l'Inde, de la Chine, du Japon, de la Scandinavie, de la Gaule, de l'Amérique, de la Polynésie, etc.*, Imprimerie de l'Institut des Sourds-Muets, 1842.

JACQUES LARRIEU (dir.), *Crise(s) et droit*, Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole, 2018.

JIANG Jiangyuan, *Théorie du droit public*, l'Harmattan, 2010.

JULIEN Henri, *Manuel de médecine de catastrophe*, SFMC, 2017.

KING Helen et DASEN Véronique, *La médecine dans l'antiquité grecque et romaine*, BHMS EDITIONS, 2008.

LAFAIST Louis et DANJOU Félix, *Archives curieuses de l'histoire de France, depuis Louis XI jusqu'à Louis XVIII, ou Collection de pièces rares et intéressantes, telles que chroniques, mémoires, pamphlets, lettres, vies, procès...*, BNF, 1834.

LAGADEC Patrick, *La gestion des crises*, Ediscience international, 1994.

LAGADEC Patrick, *Cellules de crise*, Editions d'Organisation, 1995.

LAMI Arnaud, *La pandémie de Covid-19*, Éditions Bruylant, 2021.

LAMI Arnaud et VIOUJAS Vincent, *Droit hospitalier*, Bruylant, 2022.

LAMI Arnaud et VIOUJAS Vincent, *Crise des urgences ou crise du système de santé ?*, LGDJ, 2023.

LANTERO Caroline, *Le droit de la responsabilité hospitalière*, Éditions du Papyrus, 2012.

LANTERO Caroline, *Les droits des patients*, LGDJ, 2018.

LANTERO Caroline, « L'accélération du rythme de l'instruction contentieuse », in *Association Française pour la recherche en Droit Administratif, Le temps en droit administratif, Actes du colloque d'Aix-en-Provence des 3 et 4 juin 2021*, Dalloz, coll. Thèmes & commentaires, 2022, Dalloz, 2022.

LARCAN Alain et JULIEN Henri, *Le secourisme en France. Panorama et perspectives*, Lavoisier.

LAUDE Anne, PENNEAU Jean, PORCHY-SIMON Stéphanie et *al.*, *Le nouveau droit des malades*, LEH.

LECA Antoine, *L'urgence sanitaire*, LGDJ.

LECA Antoine et LAMI Arnaud, *Droit pharmaceutique*, LEH Edition, 2017.

LEICHTER-FLACK Frédérique, *Qui vivra qui mourra, Quand on ne peut pas sauver tout le monde*, Albin Michel, 2015.

LEURQUIN-DE VISSCHER Françoise et RIGAUX François Préfacier, *La dérogation en droit public*, Bruylant, 1991.

LOUIS PORTES, *A la recherche d'une éthique médicale*, Elsevier Masson, 1964.

MADRANGES Etienne, *Les palais de justice en France*, LGDJ.

MALABAT Valérie, *Droit pénal spécial*, LGDJ, 2020.

MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, LGDJ, 2019.

MONDEVILLE Henri DE, *Chirurgie de maître Henri de Mondeville, chirurgien de Philippe le Bel*, BNF, 1893.

MOQUET-ANGER Marie-Laure, *Droit hospitalier*, 7^e éd., LGDJ, 2024.

MOQUET-ANGER Marie-Laure, *De l'hôpital à l'établissement public de santé*, Editions L'Harmattan, 1998.

MORANGE Michel, *Expliquer les épidémies*, La Découverte, 2012.

MORNAT Jacques, *Mémento d'exercice médical. De l'empathie à la maltraitance, responsabilités et conflits*, LEH Edition, 2020.

NICOLE AUBERT, *Le culte de l'urgence*, Editions Flammarion, 2009.

Consentement et psychiatrie, LEH Edition, 2024.

NIZARD Lucien, *Les circonstances exceptionnelles dans la jurisprudence administrative*, LGDJ, 1962.

NIZARD Lucien, *La jurisprudence administrative des circonstances exceptionnelles et la légalité*, LGDJ, 1963.

NOIVILLE Christine, *Du bon gouvernement des risques*, PUF, 2003.

OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS, *Le guide du prisonnier*, La Découverte, 2021.

PANZAC Daniel, *Crime ou délit ? La législation sanitaire en Provence au XVIII^e siècle*, PUF, 1986.

PATRICK LAGADEC, *Le Continent des imprévus*, Manitoba, 2015.

PERCY Pierre-François (1754-1825), *Manuel du chirurgien d'armée, ou Instruction de chirurgie militaire*, BNF, 1792.

PIN Xavier, *Le consentement en matière pénale*, LGDJ, 2002.

PLESSIX Benoît, *Hôpital & université : inspirations parallèles ?*, Editions L'Epitoge.

POIROT-MAZÈRES Isabelle, THERON Sophie et LARRIEU Jacques, « La crise sanitaire », Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole, 2012.

POIROT-MAZÈRES Isabelle et TOUZEIL-DIVINA Mathieu, *Quarante ans de droit(s) de la santé*, Editions L'Epitoge.

POIRSON-SICRE Sandrine, *La médecine d'urgence préhospitalière à travers l'histoire*, Glyphe.

PONTIER Jean-Marie, *Les Calamités publiques*, Berger-Levrault, 1980.

PRÉTOT Xavier et ZACHARIE-THERET Clémence, *La police administrative*, LGDJ, 2018.

PRIEUR Stéphane, *La disposition par l'individu de son corps*, LEH Edition, 2000.

RAFAËL Toledo Arenas et DESCROIX Vianney, *Urgences odontologiques*, Elsevier Masson, 2010.

RAIMONDEAU Jacques, BRÉCHAT Pierre-Henri, HUTEAU Gilles et al., *Manuel de santé publique*, Presses de l'EHESP, 2020.

RAY Patrick, MIROUX Patrick, LEVEAU Philippe et al., *Scores en médecine d'urgence*, Lavoisier, 2018.

L'acte médical pour autrui, LEH Edition, 2024.

ROBBE François, *Le temps et le droit constitutionnel*, LGDJ.

ROUDIER Karine, GESLIN Albane et CAMOUS David-André, *L'état d'urgence*, Dalloz, 2016.

ROUQUETTE Rémi, *Petit traité du procès administratif 2023-2024*, Dalloz.

RUFFIÉ Jacques, *Les Épidémies dans l'histoire de l'homme*, Flammarion, 1993.

SAINT-BONNET François, *L'état d'exception*, PUF, 2001.

SAINT-BONNET François, *À l'épreuve du terrorisme*, Gallimard, 2017.

SALEILLES Raymond, *Les accidents de travail et la responsabilité civile*, Paris, 1897.

SANDEL Michael J., *Ce que l'argent ne saurait acheter*, Éditions Points, 2016.

SARGOS Pierre, *Jurisprudence civile de la Cour de cassation en matière médicale*, Rapport de la Cour de cassation pour 1996, La Documentation française, 1997.

SAVARY Dominique, *Secours en milieu périlleux*, Lavoisier, 2015.

SAVATIER René, *Les métamorphoses économiques et sociales du droit privé d'aujourd'hui*, Dalloz, 1959.

SAVATIER René, PÉQUIGNOT Henri, AUBY Jean-Marie et al., *Traité de droit médical*, Librairies techniques, 1956.

SCHUERMANS Joël, *Secourir en zone hostile : Se traiter ou traiter efficacement un blessé*, Memorabilia, 2019.

SCHWARZE Jorgen, *Droit administratif européen*, 2ème édition, Bruylant, 2009.

SÉGUY Isabelle et ALFANI Guido, *La peste*, Cairn, 2017.

SIMARD Augustin, *Légalité et légitimité*, Presses de l'Université de Montréal, 2015.

SIMLER Philippe, LEQUETTE Yves, TERRÉ François et al., *Droit civil - Les obligations*, Dalloz, 2015.

SITBON Audrey, *Baromètre Santé Sourds et Malentendants 2011/2012*, INPES.

STAROBINSKI Jean, *Histoire de la médecine*, Héros-Limite, 2020.

TABUTEAU Didier, *Traité de santé publique*, Lavoisier.

TABUTEAU Didier, *La sécurité sanitaire*, Berger-Levrault, 2002.

THÉRON Sophie, *Les soins psychiatriques sans consentement*, Dunod, 2017.

THERON Sophie et POIROT-MAZÈRES Isabelle, « La crise sanitaire, curiosité ou paradigme », Presses de l'université de Toulouse 1 Capitole, 2012.

TOUZEIL-DIVINA Mathieu, *Dictionnaire de droit public interne*, LexisNexis, 2017.

TOUZEIL-DIVINA Mathieu, BOUTEILLE-BRIGANT Magali et BOUDET Jean-François (dir.), *Traité des nouveaux droits de la mort*, Editions L'Épito, 2014.

TROPER Michel, *Le droit et la nécessité*, PUF, 2015.

VAN DER LINDE Christophe, « La gestion des situations sanitaires exceptionnelles et de crise », in *Le management en santé*, Presses de l'EHESP, 2018.

VANDER STICHELE Anne, *La notion d'urgence en droit public*, Bruylant, 1986.

VIALLA François, *Les grandes décisions du droit médical*, LGDJ, 2009.

VITAU Jean, *Histoire de la peste*, PUF, 2010.

ZYLBERMAN Patrick, *Crises sanitaires, crises politiques*, Presses de Sciences Po, 2012.

Collège Universitaire des Enseignants de Néphrologie, Ellipses, 2016.

Chapitres d'ouvrages collectifs

ARMELLE JACQUEMOT, « Qu'est-ce qu'une urgence ? Quelques réflexions sur les définitions biomédicales de l'urgence médicale », *Mélanges offerts à Jean Benoist*, p. 575-586. *Mélanges offerts à Marcel Waline*, LGDJ, 1974.

THESES

ABERKANE Pierre, *La réparation du dommage médical et sa jurisprudence*, WIEDERKEHR Georges, ECKLY Pierre (dir.), Université de Strasbourg, 2013.

AGAESSE Angela, *La place et le rôle de la coordination pharmaceutique dans la gestion du Vaccinodrome de Toulouse*, Thèse d'exercice, Pharmacie, Toulouse 3, 2023.

ALLONNEAU Alexandre, *Evaluation de la formation aux soins d'urgence des personnels militaires de santé effectuée au CITERA de Metz*, Thèse d'exercice Médecine générale, Université de Nancy I, 2010.

AMATE Alexandra, *Urgences médicales et médecine de ville*, SAUTEL Olivier (dir.), Thèse de doctorat, Université de Montpellier, 2022.

BAROT Frank, *La Médecine d'Urgence : évolution du concept, de l'antiquité au SAMU*, Thèse d'exercice, Médecine .

BASSET Pierre, *Aspects éthiques des situations de refus et arrêt de traitement* HIRSCH Emmanuel et Zulian GILBERT Bernard (dir.), Thèse de doctorat, Université Paris-Saclay, 2016.

BENAMRANE Yasmine, *La gestion des situations d'urgence à l'interface entre expertise et décision : quelle place pour les outils de modélisation des dispersions NRBC-E et de leurs conséquences ?*, Thèse de doctorat, Ecole Nationale Supérieure des Mines de Paris, 2015.

BÉRARD Karine, *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain*, ROUSSET Guillaume (dir.), Thèse de doctorat, Lyon, 2017.

BERLAND-BENHAÏM Caroline, *Le consentement et la bienfaisance dans la relation médicale* LECA Antoine (dir.), Thèse de doctorat, Aix-Marseille 3, 2007.

BEYE Mamadou, *L'influence de Nicolas Machiavel et Carl Schmitt sur le droit constitutionnel de l'état de crise : étude comparée à la lumière des droits anglais, américain et français*

PUIGELIER Catherine, *La protection des décideurs publics face au droit pénal*, BOTTINI Fabien (dir.), Thèse de doctorat, Normandie, 2017.

BLANCHARD Christophe, *La dispense en droit privé*, CONTE Philippe (dir.), Éd. Panthéon-Assas LGDJ diffuseur, 2010.

BOULANGER Alice, *Limitation et arrêt des thérapeutiques actives aux urgences du CHU de Toulouse : analyse des pratiques*, Thèse d'exercice, Université Toulouse III - Paul Sabatier, 2018.

BOUVET Renaud, *Liberté du médecin et décision médicale*, MOQUET-ANGER Marie-Laure et PIERRE Philippe (dir.), Thèse de doctorat, Rennes 1, 2016.

CALVO Élodie, *Accidents de masse et responsabilité pénale*, Thèse de doctorat, Université de Bordeaux, 2018.

CAMGUILHEM Benoît, *Recherche sur les fondements de la responsabilité sans faute en droit administratif*, Thèse de doctorat, Paris 2, 2012.

CAMUS Geneviève, *L'état de nécessité en démocratie*, MORANGE Georges (dir.), Librairie générale de droit et de jurisprudence, 1965.

CARPENTIER Mathieu, *Norme et exception : essai sur la défaisabilité en droit*, Thèse de doctorat, Paris 1, 2013.

CASSELLA Sarah, *L'état de nécessité en droit international public*, EISEMANN Pierre Michel (dir.), Thèse de doctorat, Paris 1, 2009.

CHAKOUR Ursula, *Les urgences à l'officine*, Thèse d'exercice, Université Toulouse III - Paul Sabatier, 2019.

CHEVALIER Sébastien, *Refus d'un acte médical et liberté individuelle*, Thèse de doctorat, Angers, 2015.

CHOUIHED Tahar, *Identification des profils congestifs de l'insuffisance cardiaque aiguë pour guider les stratégies diagnostiques et thérapeutiques de prise en charge en urgence*, ZANNAD Faiez et GIRERD Nicolas (dir.), Thèse de doctorat, Université de Lorraine, 2018.

CHRISTELLE Maxence, *Consentement et subjectivité juridique : contribution à une théorie émotivo-rationnelle du droit* Picard Étienne (dir.), Thèse de doctorat, Paris 1, 2014.

CINTRAT Maud, *La santé de l'animal d'élevage : recherche sur l'appréhension de l'animal en droit sanitaire*, Thèse de doctorat, Aix-Marseille, 2017.

COLINEAUX Hélène, *Urgences : de l'activité aux données, des données à la preuve*, Thèse d'exercice, Université Toulouse III - Paul Sabatier, 2017.

COTTARRE-LAFITTE Marianne, *Subjectivités pendant l'urgence cardiaque*, JORRO Anne (dir.), Thèse de doctorat en Sciences de l'éducation, Paris, CNAM, 2017.

COZE, Denis, *Le droit d'urgence et la théorie de l'exception dans les Philippiques de Cicéron*, Thèse de doctorat de Droit, 1996, Paris 2.

CROIZE, Gildine, *Le consentement du patient assuré social*, VIALLA François (dir.), Thèse de doctorat, Montpellier 1, 2011.

DAKNOU Amani, *Architecture distribuée à base d'agents pour optimiser la prise en charge des patients dans les services d'urgence en milieu hospitalier*, HAMMADI Slim, HUBERT Hervé et ZGAYA Hayfa (dir.), Thèse de doctorat en Science de l'Ingénieur, Ecole centrale de Lille, 2011.

DEBARRE Jean-Michel, *Prescription de médicament hors autorisation de mise sur le marché : fondements, limites, nécessités et responsabilités*, CORGAS-BERNARD Cristina (dir.), Thèse de doctorat de Droit, Rennes 1, 2016.

DESGREE Aurélien, *Le silence de l'Administration : recherche sur la décision implicite*, VAN LANG Agathe (dir.), Thèse de doctorat, Nantes, 2021.

DELHOSTE Marie-France, *L'indépendance des législations : un principe jurisprudentiel controversé à contre-courant de l'évolution législative : étude dans le cadre des polices administratives spéciales*, VIGUIER Jacques (dir.), Thèse de doctorat, Toulouse 1, 1999.

DEMANGEON Romain, *Les concours de police*, RENAUDIE Olivier et FARDET Christophe (dir.), Thèse de doctorat, Université de Lorraine, 2020.

DUGOIN-CLÉMENT Christine, *La prise de décision en situations extrêmes sous l'effet des nouvelles stratégies informationnelles : le cas des équipes militaires*, LAMARQUE Éric (dir.), Thèse de doctorat, Paris 1, 2020.

DUGRIP Olivier, *L'urgence contentieuse devant des juridictions administratives*, Coll. Les grandes thèses du droit français, Presses Universitaires de France - PUF, 1991, 416 p.

EL RHERABI Assia, *La responsabilité civile du fait du dommage nucléaire civil*, BAYLE Marcel (dir.), Thèse de doctorat, Limoges, 2018.

CAULET François, *Urgence et gestion de crise dans l'Union européenne : l'émergence d'un espace européen de protection*, Thèse de doctorat, Toulouse 1, 2011.

FRIER Pierre-Laurent, *L'Urgence*, 1987.

FROGER Charles, *La prescription extinctive des obligations en droit public interne*, MELLERAY Fabrice (dir.), Thèse de doctorat, Bordeaux 4, 2013.

GAYTE-PAPON DE LAMEIGNÉ Anaïs, *La notion de préjudice corporel*, CAIRE Anne-Blandine (dir.), Thèse de doctorat, Clermont Auvergne, 2018.

GIBELIN Anne, *La médiation en santé : Contribution à une étude des conflits et des différends dans la relation de soins*, VIALLA François (dir.), Thèse de doctorat, Montpellier, 2015.

GIRER Marion, *Contribution à une analyse rénovée de la relation de soins. Essai de remise en cause du contrat médical*, Bordeaux, LEH Édition, Collection Thèses, 2008.

GRABIAS Fanny, *La tolérance administrative*, PLESSIX Benoît (dir.), Thèse de doctorat, Université de Lorraine, 2016.

GUEYDAN Céline, *L'exception en droit public*, VIDAL-NAQUET Ariane (dir.), Thèse de doctorat, Aix-Marseille, 2017.

GUIGUE Sophie, *L'approche juridique du trouble mental*, VIALLA François (dir.), Thèse de doctorat, Montpellier 1, 2011.

HAIDAR Rana, *Le Préfet de département et la sécurité civile en France*, Thèse de doctorat, Université de Grenoble, 2013.

HARIVEL Jean, *Libertés publiques, libertés individuelles, risques et enjeux de la société numérique*, GILLES William (dir.), Thèse de doctorat, Paris 1, 2018.

HAZIF-THOMAS Cyril, *La liberté de choix des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques*, Thèse de doctorat, Rennes 1, 2016.

ILLY Margaux, *Du consentement en recherche clinique : approche philosophique des enjeux éthiques et déontologiques*, LE COZ Pierre et MEGE Jean-Louis (dir.), Thèse de doctorat, Aix-Marseille, 2019.

ISSA Ahmad, *La responsabilité médicale en droit public libanais et français*, Thèse de doctorat, Université de Grenoble ; Université libanaise, 2012.

JACOBET DE NOMBEL Camille de, *Théorie générale des circonstances aggravantes*, CONTE Philippe (dir.), Thèse de doctorat, Dalloz, 2006.

JEAN Dominique, *La valeur éthique du détachement dans la relation soignant-soigné*, HOURCADE Annie (dir.), Thèse de doctorat, Normandie, 2021.

JEAN-DAVID Pillot, *Les accidents mortels de plongée souterraine survenus en France entre 1950 et 1990*, Thèse de Médecine, Université Toulouse III - Paul Sabatier, 1991, 196 p.

JEAN-MARC Maillot, *La théorie administrativiste des principes généraux du droit : continuité et modernité*, Thèse de doctorat, Montpellier 1, 2001.

JÉRÉMIE Faurax, *Les facteurs limitant la médicalisation des secours spéléologiques et les évolutions envisageables*, Thèse de Médecine, Université de Grenoble, 2011.

JESTAZ Philippe, *L'urgence et les principes classiques du droit civil*, Librairie générale de droit et de jurisprudence, 1968.

KACKI Sacha, *Influence de l'état sanitaire des populations anciennes sur la mortalité en temps de peste : contribution à la paléoépidémiologie*, Thèse de doctorat, Université de Bordeaux, 2016.

KIERZEK Gérald, *La médecine d'urgence à l'épreuve du droit*, VIALLA François (dir.), Thèse de doctorat, Montpellier 1, 2009.

KIRMANN Florent, *Le principe de nécessité en droit pénal des affaires*, Thèse de doctorat, Université de Lorraine, 2018.

LANNOY Marie, *Les « Obiter dicta » du Conseil d'État statuant au contentieux*, DEGUERGUE Maryse (dir.), Thèse de doctorat, Paris 1, 2014.

LAPLAUD Ambre, *Le consentement et responsabilité médicale*, PAULIAT Hélène et DEFFIGIER Clotilde (dir.), Thèse de doctorat, Limoges, 2019.

LAURENT William, *Le traitement médiatique de la catastrophe*, PAUVERT Bertrand (dir.), Thèse de doctorat, Mulhouse, 2011.

LAVIEDRENDE Amandine, *Les urgences à l'officine*, Thèse d'exercice, Université Toulouse III - Paul Sabatier, 2014.

LE DU Nour, *Le consentement à l'acte médical des personnes vulnérables*, Thèse de doctorat, Paris Est, 2018.

LECATELIER Alexis, *L'interprétation juridique des états d'urgence (France - Espagne)*, CARTIER Emmanuel et TORRES-GUTIERREZ Alejandro (dir.), Thèse de doctorat, Université de Lille, 2022.

LECHAT Jérôme, *La trousse de secours en canyon : réglementation, enquête, analyse et proposition* Thèse de Médecine, Université de Grenoble, 2008.

LECOCQ Pierre-André, *Le pouvoir de dérogation de l'administration*, Thèse de doctorat en Droit, Lille, 1971.

LEGRAND Anne-Sophie, *La place du pharmacien d'officine en situation d'urgence vitale*, 2007.

LELOUP-VELAY Mélodie, *L'assurance face aux droits fondamentaux de la personne humaine*, KULLMANN Jérôme (dir.), Thèse de doctorat, Paris Sciences et Lettres, 2017.

LESAGE Julia, *Retours précoces aux urgences dans les 72h : causes et facteurs de risque des événements indésirables associés aux soins à l'origine des hospitalisations*, Thèse d'exercice, Université Toulouse III - Paul Sabatier, 2020.

LESAULT Alexandre, *Approche juridique de l'information en santé*, Montpellier 1, 2012.

MARRION Bertrand, *Le mineur, son corps et le droit criminel*, PY Bruno (dir.), Thèse de doctorat, Nancy 2, 2010.

MICHEL Geoffroy, *La notion d'urgence en droit administratif de l'environnement*, Thèse de doctorat, Limoges, 2006.

MOREAU Julie, *L'urgence médicale*, Thèse de doctorat en Droit, Aix-Marseille 3, 2004.

MOREL Sylvie, *L'urgence à plusieurs « vitesses » : fracture territoriale et inégalité sociale dans l'accès aux soins d'urgence*, RETIERE Jean-Noël (dir.), Thèse de doctorat, Nantes, 2014.

MOY Jean-Marc, *L'exception en droit privé*, Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2011.

NGUYEN Thi Hong, *La notion d'exception en droit constitutionnel français*, MATHIEU Bertrand (dir.), Thèse de doctorat, Paris 1, 2013.

NIETO Adrien, *La vie privée à l'épreuve de la relation de soin*, VIALLA François (dir.), Thèse de doctorat, Montpellier, 2017.

NORMANDIN Julie-Maude, *La sécurité civile en transformation : analyse comparative de la conception et de la mise en œuvre de la résilience face aux désastres*, Thèse de doctorat, École nationale d'administration publique, Université du Québec, Canada, 2019.

PARINET-HODIMONT Pauline, *La carence de l'administration*, ALBERT Nathalie (dir.), Thèse de doctorat, Tours, 2017.

PELLITTERI Lina, *Contribution à l'élaboration d'un droit civil des événements aléatoires dommageables*, DEKEUWER-DEFOSSEZ Françoise (dir.), LGDJ, 2009.

PHILIPPE Xavier, *Le contrôle de proportionnalité dans les jurisprudences constitutionnelle et administrative françaises*, Thèse de doctorat, Aix-Marseille 3, 1989.

PIASECKI Julien, *L'office du juge administratif des référés : Entre mutations et continuité jurisprudentielle*, Thèse de doctorat, Université du Sud Toulon Var, 2008.

PICARD Amandine, *Les influences sur la pratique et les sources du droit médical et biomédical*, Thèse de doctorat, Bourgogne Franche-Comté, 2018.

PIERRE-GÉRAUD Claret, *Le circuit patient en structure des urgences: comment lutter contre la surcharge ?*, Biostatistique.

PITCHO Benjamin, *Le statut juridique du patient*, VIALLA François (dir.), Thèse de doctorat, Montpellier 1, 2002.

PRIEUR Stéphane, *La disposition par l'individu de son corps*, Université de Bourgogne, 1998.

QUENNESSON Claire, *Mineur et secret*, Thèse de doctorat, Bordeaux, 2017.

RAÏCIU Jean, *Légalité et nécessité*, Domat-Montchrestien, 1933.

RAULY Amandine, *Gouverner la télémédecine. Analyse institutionnaliste d'une nouvelle pratique médicale*, Reims, 2016.

RENARD Stéphanie, *L'ordre public sanitaire (étude de droit public interne)*, Thèse de doctorat, Rennes 1, 2008.

REUTER Paul Georges, *Télémédecine et urgences : pertinence de la réponse d'un centre de réception et de régulation des appels*, ADNET Frédéric (dir.), Thèse de doctorat, Sorbonne Paris Cité, 2018.

RICARD-HIBON Agnès, *Optimisation de la sédation et de l'analgésie en médecine d'urgence préhospitalière*, ADNET Frédéric (dir.), Thèse de doctorat, Paris 13, 2008.

ROBERT Louise, *Détermination interactionnelle de l'urgence et processus d'innovation en régulation médicale téléphonique au SAMU*, CHARNET Chantal et BONU Bruno (dir.), Thèse de doctorat, Montpellier 3, 2022.

ROIG Charles, *Les circonstances exceptionnelles dans la jurisprudence administrative et la doctrine*, 1958.

ROUYÈRE Aude, *Recherche sur la dérogation en droit public*, AUBY Jean-Marie (dir.), Thèse de doctorat, Bordeaux 1, 1993.

SAILLANT Élodie, *L'exorbitance en droit public*, Thèse de doctorat, Bordeaux 4, 2009.

SÉGUR Philippe, *Recherches sur les relations du pouvoir politique et du temps*, Thèse de doctorat, Toulouse 1, 1993.

SITNIKOW Marion, *Apprentissage des compétences nécessaires à la gestion de situation sanitaire exceptionnelle par environnement virtuel : 3DCATA*, Thèse d'exercice, Université Toulouse III - Paul Sabatier, 2020.

TASCHER Maiwenn, *Les revirements de jurisprudence de la Cour de Cassation*, Thèse de doctorat, Droit Privé, Besançon, 2011.

TERRIER Emmanuel, *Déontologie médicale et droit, contribution à la reconnaissance juridique d'une discipline professionnelle*, Thèse de doctorat, Montpellier 1, 2002.

TILMAN Laora, *L'utilisation des technologies de l'information et de la communication à l'hôpital face au droit*, SAISON-DEMARS Johanne (dir.), Thèse de doctorat, Lille 2, 2017.

VALÉRIE Olech, *Le secret médical et les technologies de l'information et de la communication*, Thèse de doctorat, Université de Lorraine, 2019.

VALETTE Pierre, *Du tri à l'autre : éthique et médecine d'urgence*, FOLSCHEID Dominique (dir.), Thèse de doctorat, Paris Est, 2011.

VERGELY Daniel, *La notion d'"exception" en droit*, LOCHAK Danièle (dir.), Thèse de doctorat, Paris 10, 2006.

VERON Paul, *La décision médicale*, VIALLA François (dir.), Thèse de doctorat, Montpellier, 2015.

VOIDEY Nadège, *Le risque en droit civil*, WIEDERKEHR Georges (dir.), Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2005.

WADA Léo, *L'office du juge en droit de la responsabilité médicale*, PUIGELIER Catherine (dir.), Thèse de doctorat, Paris 8, 2017.

WAGNER Magalie, *L'urgence en procédure pénale*, STRICKLER Yves (dir.), Thèse de doctorat, Université Robert Schuman (Strasbourg) (1971-2008), 2005.

XAVIER Bioy, *Le concept de personne humaine en droit public : recherche sur le sujet des droits fondamentaux*, Thèse de doctorat, Toulouse 1, 2001.

ZERDOUMI Frank, *Les procédures d'urgence en droit du contentieux administratif : (10 ans de pratique jurisprudentielle)*, MONDOU Christophe (dir.), Thèse de doctorat, Lille 2, 2010.

ARTICLES DE REVUES EN SCIENCES JURIDIQUES

ALBERT Nathalie, « Obligation d'information médicale et responsabilité », *RFDA*, 2003, n° 02, p. 353.

ALFANDARI Elie, « Urgence sanitaires, urgences sociale », *RDSS*, 2007, n° 06, p. 1131.

APOLLIS Benoît, « La coordination des forces de l'ordre et des professionnels de santé: arrêter les auteurs des actes et/ou soigner les blessés ? », *RDSS*, Dalloz, 2019, n° 2, p. 226.

ARCHER Frédéric, « La non-assistance à personne en péril appréhendée par le droit pénal médical », *RGDM*, 2019, n° 73, p. 27-39.

Idem., « Droit pénal médical », *RGDM*, 2017, n° 64, p. 205-212.

AUBY Jean-Marie, « La légitimité de l'intervention publique: L'intervention publique dans le domaine de la santé », *AJDA*, 1995, n° 9, p. 588-591.

AUGIER-FRANCIA Émeline, « L'accès au dossier médical des personnes en état d'inconscience, observation sur la sécurisation des données médicales répertoriées au sein de www.monespacesante.fr », *RDS*, 2022, n° 107, p. 321-323.

BALTHAZARD-OLETTE Suzel, *Les soins psychiatriques sans consentement*, Bordeaux, LEH édition, 2018.

BANDON-TOURRET Diane et VOGEL Esther, « Responsabilité du fait des produits de santé dans le contexte pandémique », *ELNET*, *Veille Permanente*.

BEAUD Olivier, « Les mots pour le dire : autorité, pouvoir, dans le débat actuel », *Après-demain*, N ° 41, NF, Fondation SELIGMANN, 2017, n° 1, p. 3-4.

BEAUD Olivier et GUÉRIN-BARGUES Cécile, « L'état d'urgence sanitaire : était-il judicieux de créer un nouveau régime d'exception ? », *Recueil Dalloz*, avril 2020, n° 16, p. 891.

BEAUPRÉ Aline CHEYNET DE, « L'acquiescement pénal, la radiation disciplinaire et la tentation euthanasique », *RDS*, 2018, n° 81, p. 76-79.

BENOÎT Apollis, « L'urgence dans tous ses états : état d'urgence, urgence sanitaire, état d'urgence sanitaire », *LEH Édition*, 2022.

BIOY Xavier, « Refus de soins vitaux, vingt ans après », *AJDA*, Dalloz, 2022, n° 29.

BLIGH Gregory, « Réquisitionner en situation d'urgence sanitaire », *AJDA*, Dalloz, 2020, n° 20, p. 1098-.

BON Pierre, « Devoir d'information du médecin: alignement de la jurisprudence administrative sur la jurisprudence judiciaire », *RFDA*, 2000, n° 3, p. 654.

BONICHOT Stéphane et WEISS Elie, « Obstination déraisonnable : le juge est-il un médecin imaginaire ? », *RGDM*, 2017, n° 65, p. 109-121.

BORGETTO Michel, « La crise sanitaire : réparer et... prévenir », octobre 2020, n° 5, p. 817.

Idem., « La télémedecine », *RDSS*, 2020, n° 1, p. 3.

BOSSARD Muriel, « La liberté d'aller et venir en psychiatrie », *La liberté d'aller et venir dans le soin et l'accompagnement*, 2e éd., Presses de l'EHESP, 2022, p. 111-124.

BOULESTREAU Mileva, CARO Valentin, DANTAN Estelle *et al.*, « Les mesures locales d'aggravation de l'état d'urgence sanitaire », *La Revue des droits de l'homme. Revue du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux*, Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux, avril 2020.

BOURGUIGNON Mélanie, « Les titulaires des pouvoirs sur la personne des mineurs », *RGDM*, 2019, n° 72, p. 145-158.

BRAIBANT Guy, « L'Etat face aux crises ; Les pouvoirs de crise », *Revue française d'études constitutionnelles et politiques*, 10, 1978, n° 10, p. 5-9.

BRIMO Sara, « Contrôler les libertés ou priver de liberté(s) pour protéger ? », *ADSP*, mars 2022, n° 117, p. 37.

Idem., « Masques, tests, réserve sanitaire: mais qu'a-t-on fait de nos dispositifs de gestion des urgences sanitaires ? », *Droit administratif*, LexisNexis, 2020.

Idem., « Droit à un environnement sain et santé environnementale », *RDSS*, Dalloz, 2019, n° HS, p. 7-.

BYK Christian, « Urgence et thérapie : rigueur et évolution du droit », *RGDM*, 2000, n° 3, p. 9-20.

CASSIA Paul, « Autorité judiciaire - juge administratif: match nul pour les libertés individuelles », *Mediapart*, publié le 29 octobre 2017.

CASTAING Cécile, « Des ordres dans le contentieux des décisions relatives aux soins psychiatriques sans consentement », *RDSS*, Dalloz, 2023, n° HS.

CASTAING Cécile, « Soins psychiatriques sans consentement et terrorisme », *AJDA*, septembre 2020, n° 28, p. 1622.

CASTAING Cécile, « Psychiatrie et soins ambulatoires », *RDSS*, 2016, n° Hors-Série, p. 77.

CASTAING Cécile, « La volonté des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement », *AJDA*, Dalloz 2013, n° 3.

CASTAING Cécile, « Le droit fou des soins psychiatriques sans consentement », *LPA*, novembre 2010, n° 236.

CASTAING Cécile, « La réforme du droit des soins psychiatriques: le droit en folie ? », *AJDA*, Dalloz 2010, n° 25.

CASTAING Cécile, « Les droits des personnes contraintes à des soins psychiatriques sont-ils mieux protégés ? État des lieux du droit », *Journal français de psychiatrie*, 38, Érès, 2010, n° 3, p. 3-5.

CATHERINE Aurore, « L'ingérence de l'État dans les pratiques de soins dans le cadre de la Covid-19 », *Cahiers de la recherche sur les droits fondamentaux*, Presses universitaires de Caen, septembre 2021, n° 19, p. 65-74.

CHACORNAC Jérôme, « Le risque comme résultat dans les infractions de mise en danger: les limites de la distinction des infractions matérielles et formelles », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, Dalloz, 2008, n° 4, p. 849.

CHAMOT Céline, « La notion d'obstination déraisonnable en matière de réanimation néonatale », *RFDA*, 2015, n° 3, p. 574.

CHAMPEIL-DESPLATS Véronique, « Qu'est-ce que l'état d'urgence sanitaire ? D'un état d'urgence à l'autre, ou l'intégration des régimes d'exception dans les États de droit contemporains », *Revue française d'administration publique*, 176, Institut national du service public, 2020, n° 4, p. 875-888.

CHAMPLONG Ludivine, « Urgence et consentement en matière médicale », *RDS*, 2012, n° 49, p. 587-598.

CHAUVAUX Didier, « L'obligation du médecin d'informer le patient », *RFDA*, 2000, p. 641. *Idem.*, « Responsabilité médicale et transfusion sanguine contre la volonté du patient », *RFDA*, 2002, n° 146.

CHEVALIER Emilie, « La promotion d'une justice rapide remet-elle en cause le droit au recours effectif ? Le cas de la Cour de justice de l'Union européenne », *RTD Eur*, 2013, n° 4, p. 710.

CHOPARD-DIT-JEAN Adrien, « La responsabilité du médecin au service des urgences », *LEH Édition*, Bordeaux, 2011.

CHRÉTIEN Patrice, « Premier bilan de la réforme des procédures d'urgence dans le contentieux administratif », *RFDA*, Dalloz, 2007, n° 1.

CIMAR Laurence, « La situation juridique du patient inconscient en fin de vie », *RDSS*, 2006, n° 3, p. 470.

COELHO José, « Responsabilité du fait du suicide de patients psychiatriques en hospitalisation libre : quelle obligation de surveillance ? », *AJDA*, 2008, n° 9, p. 441.

COSSARDEAUX JOEL, « Sécurité: l'exécutif veut pérenniser l'arsenal de l'état d'urgence », *Echos (Paris, France)*, Les Echos, 2017.

COSTEDOAT Caroline, LAMI Arnaud, SIGNOLI Michel *et al.*, « 2020 en temps d'épidémie: la peste en filigrane ? », *Recherches & éducations*, Société Binet Simon, 2020, n° 7.

COUTURIER Mathias, « Hospitalisation du mineur en psychiatrie: la procédure d'admission en soins sur demande du tiers est proscrite », *Dictionnaire permanent Santé, bioéthique, biotechnologies*, Éditions 2022, n° 338, p. 1-4.

COZ Pierre, « Comment demeurer le plus juste possible en situation critique ? », *ADSP*, mars 2022, n° 117, p. 37.

CRISTOL Danièle, « La Covid-19: à nouveau danger, régimes exceptionnels », *RDSS*, Dalloz 1980-...., 2020, n° 5.

CURIER-ROCHE Pauline, « A propos de l'interdiction d'une hospitalisation sous contrainte d'un mineur sur décision d'un directeur d'établissement : Note sous Civ., avis, 18 mai 2022, n°22-70.003 », *RDSS*, 2022, n° 4, p. 685-692.

CURIER-ROCHE Pauline, « Sur le contrôle juridictionnel des mesures d'isolement et de contention en matière de soins psychiatriques sous contrainte », *RDSS*, 2020, n° 02, p. 355.

DALLE Marie Charlotte, « La mise sous tutelle est-elle une solution à une prise en charge médicale sereine ou un palliatif des carences du système de santé ? », *RGDM*, 2019, n° 73, p. 103-107.

DE MONTECLER Marie-Christine, « Vers une protection universelle maladie », *AJDA*, 2015, p. 1834.

DE SANTIS Fausto et LEYENBERGER Stéphane, « Pour une justice indépendante et efficace », *Les Cahiers de la Justice*, 3, Dalloz, 2010, n° 3, p. 5-11.

DEBARRE Jean-Michel, « Prescription hors autorisation de mise sur le marché (AMM) de médicament : fondements, limites, nécessités et responsabilités », *RGDM*, septembre 2017, n° 64, p. 95-121.

DÉCIMA Olivier, « Pour l'articulation des sanctions pénales et disciplinaires du médecin », *AJ Pénal*, 2012, p. 380.

DEGUERGUE Maryse, « Le juge, la liberté du malade et l'éthique du médecin », *AJDA*, 2002, n° 10, p. 717.

DE MONTGOLFIER Jean-François, « L'urgence et le Conseil constitutionnel », *Les Nouveaux Cahiers du Conseil constitutionnel*, 54, Lextenso, 2017, n° 1, p. 31-45.

DENIZOT Aude, « État d'urgence, quelle urgence ? », *RTD civil*, Dalloz, 2021, n° 2, p. 489-.

DESNOYER Christine, « Le refus parental de soins : quelle collaboration entre l'institution hospitalière et l'autorité judiciaire ? », *RGDM*, 2019, n° 73, p. 109-127.

DOMINO Xavier, « Dix ans d'urgences », *AJDA*, 2011, p. 1369.

DORSNER-DOLIVET Annick, « Le consentement au traitement médical : une liberté fondamentale en demi-teinte », *RFDA*, 2003, p. 528.

DRAIS Éric, « La prévention des risques émergents à l'épreuve du principe de précaution : le cas des nanomatériaux », *Droit et société*, 96, Lextenso, 2017, n° 2, p. 305-320.

DU CRAY Pierre-Édouard, « L'insuffisance de moyens dans le droit de la responsabilité administrative », mai 2014, n° 5, p. 11.

DUBOUIS Louis, « Consentement à l'acte médical. Obligations de l'obtenir sauf nécessité évidente ou danger immédiat », *RDSS*, 1990, n° 1, p. 48.

DUGUET Alice, « Indemnisation du préjudice corporel », *RDS*, 2019, n° 89, p. 503-506.

DUTHEILLET DE LAMOTHE Louis, « Délai de recours : point trop n'en faut, *AJDA* 2016 p.1629 ».

E. ALLAIN, « La justice parfois trop rapide .. aux dépens des droits de la défense... », *Dalloz Actualité*, octobre 2006.

ENCINAS DE MUNAGORRI Rafael, « Le danger de la légalité d'exception: de l'état d'urgence à la peine de mort », *RTD civil*, Dalloz, 2006, n° 1.

EOCHE-DUVAL, « Les 'rassemblements sur la voie publique' sous état d'urgence sanitaire. Nouvelle catégorie juridique ou donnée épidémiologique ?, *JCP éd. G*, n°4, 25 janvier 2021 ».

EVEILLARD Gweltaz, « L'exclusivité des polices environnementales, *AJDA* 2020, n°22, p.1229 », *AJDA*, 2020, n° 22.

FASSI-FIHRI Rym, « Les avis du comité de scientifiques covid-19 devant le Conseil d'État », *RFDA*, 2022, n° 6, p. 1083.

FAUGÉROLAS Patrick, « La responsabilité du médecin de garde aux urgences. », *Médecine et droit - Information éthique et juridique du praticien*, 02 1998, n° n° 28, p. 14-21.

Idem., « La responsabilité juridique des personnels médicaux assurant la garde dans les services d'urgence. », *Revue hospitalière de France*, août 1997, n° n° 4, p. 536-541.

FREIDRICH, « Le référé-liberté en carence de l'administration », *RDP*, 2048, n° 5, p. 1297.

FRIER Pierre-Clément, « Les législations d'exception », *Revue française d'études constitutionnelles et politiques*, 10, n° 10, p. 21-34.

GABILLY Laurent, COIGNARD Hélène et LE BAGOUSSE Aurélie, « Risque NR, spécificités pédiatriques », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 7, juin 2023, n° 2, p. 135-140.

GARAY Alain, « La responsabilité des médecins urgentistes dans la prise en charge des enfants », *Gazette du Palais*, mai 2003, n° 126, p. 2.

GARAY Alain et ISABELLEHAUGER, « Télémédecine gériatrique : enjeux et défis », *RGDM*, 2016, n° 60, p. 227-251.

GEBLER Laurent, « Le juge des enfants et la santé du mineur », *AJ Famille*, 2015, p. 270.

GELBLAT Antonin et MARGUET Laurie, « État d'urgence sanitaire : la doctrine dans tous ses états ? » *La Revue des droits de l'homme. Revue du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux*, Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux (CREDOF), avril 2020.

GILLET Jean-Louis, « Réflexions sur le rapport de la Cour de cassation relatif aux « personnes vulnérables » de 2010 », *Les cahiers de la justice*, 2019, p. 649.

GIRER Manon, « L'information du patient : la consécration législative et jurisprudentielle d'un droit fondamental », *RGDM*, mars 2002, n° 82.

GOESEL-LE BIHAN Valérie, « Conseil constitutionnel et état d'urgence: état des lieux », *AJDA*, Dalloz, 2017, n° 36, p. 2033-.

GOUTTENOIRE Adeline, « Autorité parentale », *Répertoire de droit civil*, octobre 2017.

GRIMBERT Marc, « L'isolement et la contention à l'épreuve de la pratique », *RDSS*, 2024, n° 1, p. 94.

GROSSET Marie, « Regards croisés: la constitutionnalité du pass sanitaire », *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie*, 31, L'Institut Droit et Santé, de l'université de Paris, 2022, n° 1, p. 88-90.

GROSSHOLZ Caroline, « Hôpitaux : régimes de responsabilité et de solidarité », *Répertoire de la responsabilité de la puissance publique*, février 2018.

GRÜNDLER Tatiana, « Le juge et le droit à la protection de la santé », *RDSS*, Dalloz, 2010, n° 5, p. 835-846.

GUÉNETTE Dave, « De l'urgence à la permanence : crises et mesures d'exception dans l'État de droit », *Droit et société*, 112, Lextenso, 2022, n° 3, p. 665-676.

GUETTARD Jacques, « Les conditions d'intervention du Comité international de la Croix Rouge avant belligérance », *Annuaire Français de Droit International*, 2, 1956, n° 1, p. 353-366.

GUIGUE Sophie, « Sophie GUIGUE, La capacité à consentir au traitement d'une personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement, RDS, n° 51, 2013, p. 122-123. » *Bibliothèque numérique de droit de la santé et d'éthique médicale*, LEH Édition, 2013, n° 51.

GUITTET Emmanuel-Pierre, « Les maux de l'urgence et de l'exception », *Cultures & Conflits*, Centre d'études sur les conflits - Liberté et sécurité, décembre 2018, n° 112, p. 121-132.

HAMEL Tewfik, « Pandémie Covid-19 : leçons pour le Bioterrorisme », *Sécurité globale*, 25, ESKA, 2021, n° 1, p. 7-30.

HASCOËT Jacques, « Organisation des secours d'urgence en France », *L'Aide-Soignante*, 30, août 2016, n° 179, p. 10-11.

HAYAERT Valérie, « L'allégorie de Justice et ses bandeaux », *Les Cahiers de la Justice*, N° 4, Dalloz, 2018, n° 4, p. 619-634.

HENNETTE-VAUCHEZ Stéphanie, « Kant contre Jéhovah ? Refus de soins et dignité de la personne humaine », *Recueil Dalloz*, décembre 2004, p. 3154-3160.

HENNION-JACQUET Patricia, « D'un avortement... l'autre ? », *Recueil Dalloz*, n°37, 2007, p. 2648.

HENRARD Olivier, « Le délai raisonnable de recours contre une décision individuelle irrégulièrement notifiée, RFDA 2016 p.927 ».

HOEPFFNER Hélène et JANICOT Laetitia, « Le règlement des concours de police obéit-il à des principes directeurs ? », *AJDA*, Dalloz 2020, n° 22.

INSTITUT MICHEL VILLEY, *Le droit et la philosophie analytique*, vol. 9, Paris, Dalloz, 2018.

J. –L. FILLETTE, « L'obligation de porter secours à la personne en péril », *JCP*, 1995, n° 3868.

JESU Frédéric, « L'enfant, sujet de soins », *Journal du Droit des jeunes*, avril 1999, n° 184.

JULIEN Henri, « Organisation actuelle de la médecine de catastrophe », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 197, décembre 2013, n° 9, p. 1727-1739.

KIMMEL-ALCOVER Anne, « L'autorité parentale à l'épreuve de la santé des mineurs: chronique d'un déclin annoncé », *RDSS*, Dalloz 1980-..., 2005, n° 2.

LAFORE Robert, GELOT Didier, LESTERPT Catherine *et al.*, « Dossier. Urgence sociale et urgence sanitaire. », *RDSS*, juin 2007, n° n° 3, p. 377-445.

LAGRÉE Jacqueline, « Éthique et terrorisme », *RDSS*, 2019, n° 02, p. 245.

LAMI Arnaud, « L'urgence sanitaire », *Litec Droit médical et hospitalier*, Lextenso, 2023

LAMI Arnaud et VIOUJAS Vincent, « Les établissements de santé face au Covid-19 : le droit hospitalier d'exception », 5, octobre 2020, p. 963.

LAMI Arnaud, *et al.*, « 2020 en temps d'épidémie : la peste en filigrane ? », *Recherches & éducations*, 2020

LAMI Arnaud, LOMBARD Frédéric, « L'articulation des polices sanitaires depuis la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 », *AJCT*, 2020, n°06, p. 291

LANTERO Caroline, « Décisions de limitations et d'arrêt des thérapeutiques actives: les enseignements du contentieux », *Revue du droit public et de la science politique en France et à l'étranger*, LGDJ, 2023, n° n° 4.

Idem., « Dommages vaccinaux et subsidiarité « de droit commun » de l'ONIAM », note sous CE, avis, 12 avr. 2023, n° 469086: », *JCP A*, LexisNexis 2023, n° 38-39 (2301).

LANTERO Caroline, « Réflexions sur la fondamentalisation des droits des patients. L'exemple de la violation du consentement », *RDSS*, 2022, n° 02, p. 216.

LANTERO Caroline, « La loi du 30 juin 2000 relative au référé devant les juridictions administratives Bilan critique d'une réforme exemplaire - Présentation et quelques réflexions sur les concurrences et complémentarités du juge des référés et du juge du fond », *RFDA*, 2021, septembre 2021, n° 04, p. 639.

LANTERO Caroline, « Le préjudice causé par la mort d'un proche », *RFDA*, 2019, p. 1115.

Idem., « Devoir d'information du patient : le Conseil d'Etat rejoint la Cour de cassation », *AJDA*, 2012, n° 40, p. 2231.

LAPP Aymeric, « Organisation face à une situation sanitaire exceptionnelle », *L'Aide-Soignante*, 30, août 2016, n° 179, p. 9.

LARRIEU Peggy, « Regards éthiques sur les applications juridiques des neurosciences », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, Volume 68, Université Saint-Louis - Bruxelles, septembre 2012, n° 1, p. 145-174.

LE BOT Olivier, « Un état d'urgence permanent ? », *RFDA*, Dalloz, 2018, n° 6, p. 1115-.

LE PILLOUER Arnaud, « “Ceci n'est pas un pouvoir”. Le débat autour de la place de l'autorité judiciaire en France », *Pouvoirs*, 178, Le Seuil, 2021, n° 3, p. 7-20.

LEBRETON Gilles, « La fausse disparition de la faute lourde », *Recueil Dalloz*, octobre 1998, n° 38, p. 535.

LEMARCHAND Frédéric, « Coronavirus : un virus d'État ? La gestion de la Covid-19 entre démocratie technique et dictature sanitaire », *Cahiers de la recherche sur les droits fondamentaux*, Presses universitaires de Caen, septembre 2021, n° 19, p. 21-30.

LOHÉAC-DERBOULLE Philippine, « Constitutionnalité de l'interdiction du prélèvement des cellules du sang de cordon dans un but égoïste », *RDSS*, octobre 2012, n° 05, p. 851.

MAGNON Xavier, « Le juge face à l'exception. (Re)lecture générale du jugement d'égalité par le prisme de l'exception illustrée par la jurisprudence QPC », *La norme et ses exceptions : quels défis pour la règle de droit ?*, [s. l.], Bruylant, 2014, p. 257-276.

MANAOUIL Cécile, « Réflexions sur le tri des patients en période de crise sanitaire », *Dalloz Actualité*, avril 2020.

MARGERIT Diane, « Prise en charge d'opérations de secours par les SDIS, Le retour aux fondamentaux pour juger de situations nouvelles », p. 879, *AJDA* 2022.

MARTIN Dominique, « L'indemnisation des victimes d'accidents médicaux comme politique publique », *Recueil Dalloz*, 2006, n° 44, p. 3021.

MARTINENT Éric, « La régulation des appels téléphoniques dans le cadre des services d'aide médicale d'urgence », *RDS*, 2007, n° 16, p. 231.

MATHIEU Bertrand, « La protection du droit à la santé par le juge constitutionnel - A propos et à partir de la décision de la Cour constitutionnelle italienne n°185 du 20 mai 1998 », *Cahier du Conseil Constitutionnel*, 1999, n° 6.

MAYAUD Yves, « La faute caractérisée selon la Cour de cassation », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, Dalloz, 2001, n° 3, p. 577-.

MAZZUCOTELLI Manon, « Les urgences font leur entrée en pratique avancée », *RDS*, 2022, n° 105, p. 74-75.

MELLERAY Fabrice, « Les concours entre polices spéciales », *AJDA*, Dalloz 2020, n° 22.

MÉMETEAU Gérard, « Une exigence universelle de consentement à l'acte médical », *RGDM*, 2019, n° 72, p. 133-144.

METTETAL Anne, « Médecine d'urgence et non-assistance à personne en danger », *RDS*, 2005, n° 4, p. 122-123.

Idem., « Médecine d'urgence et faute caractérisée », *RDS*, 2004, n° 1, p. 44-45.

MICHALON Robin, « Terrorisme et éthique médicale - Une première approche », *Espace éthique/Ile-de-France*.

MICHEL Pierre-François PERRIGAULT Fabrice, « Tri ou priorisation des patients en réanimation », *ADSP*, mars 2022, n° 117, p. 37.

MIGNON COLOMBET Astrid, « À plusieurs voix: les progrès de la justice pénale négociée », *Esprit (Paris. 1932)*, 496, Esprit, 2023.

MISTRETTA Patrick, « Le médecin régulateur du SAMU à l'aune de la loterie judiciaire des chambres de l'instruction », *RSC*, 2019, p. 441.

MONTECLER Marie-Christine DE, « Le maire, le covid et les circonstances locales », *Dalloz Actualité*, avril 2020.

MORAES Anaïs, « Les limites au secret prévues par la loi, un encadrement précis et pourtant lacunaire ? », *RGDM*, 2019, n° 69, p. 125-132.

MOREAU Julie, « La prise en charge de l'urgence médicale : le dispositif d'aide médicale urgente », *RDSS*, 2007, n° 3, p. 426.

NICHOLAS LEGER-RIOPEL et MARINE POLO, « Grand plan sur l'encadrement juridique de l'admission psychiatrique de patients mineurs : éléments de comparaison », *RGDM*, 2018, n° 68, p. 175-202.

OGIER-BERNAUD Valérie, « Le référé-suspension et la condition d'urgence », *RFDA*, 2002, n° 02, p. 284.

PANFILI Jean-Marc, « La surveillance en soins psychiatriques : difficultés liées à la consommation de produits toxiques et à la cohabitation de certains patients », *Droit, Déontologie & Soin*, 14, mars 2014, n° 1, p. 54-62.

PANFILI Jean-Marc, « Les traitements médicamenteux forcés en soins psychiatriques sans consentement et le risque d'atteinte à la dignité », *RDS*, 2014, n° 58, p. 1004-1015.

PASTOR Jean-Marc, « Qu'est-ce qu'une menace nouvelle grave pour l'ordre public ? - Droit fondamental et liberté publique ».

PECH Adrien, « De maux en mots : les premiers temps d'une gestion incertaine du COVID-19 », *Journal du Droit Administratif*, 2020.

PÉCHILLON Éric, « La responsabilité administrative de l'établissement pratiquant du soin psychiatrique », *Cahiers de la recherche sur les droits fondamentaux*, Presses universitaires de Caen, décembre 2014, n° 12, p. 73-85.

PECHILLON Éric et DAVID Michel, « Décision ou prescription du psychiatre : quelles différences juridiques ? », *L'information psychiatrique*, 93, John Libbey Eurotext, 2017, n° 4, p. 349-350.

PENNEAU Jean, « Médecine : réparation des conséquences des risques sanitaires », *Répertoire de droit civil*, décembre 2013.

Idem., « Le médecin étant tenu d'une obligation particulière d'information vis-à-vis de son patient, c'est à lui qu'il incombe de prouver qu'il a exécuté cette obligation », *Recueil Dalloz*, 1997, p. 319.

Idem., « Droit médical : panorama 2004 », *Dalloz*, n° 403.

PHILIPPE Jean-Marc, DELVECCHIO Enzo et FOFANA Vamara, « Organisation de la réponse médicale en cas d'événement radiologique », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 7, juin 2023, n° 2, p. 86-91.

POIROT-MAZÈRES Isabelle, « Dossier : Les juges de la santé », *RDSS*, Dalloz 1980-..., 2023, n° Hors-Série, p. 5.

Idem., « L'hôpital, le médecin et le croyant. Le regard du juriste », *CDSA*, n° 13, p. 189-208.

PONTIER Jean-Marie, « Les circonstances particulières », *AJDA*, 2021, n° 19, p. 1077.

Idem., « Procédure contentieuse - L'urgence », *La Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales*, LexisNexis SA, avril 2012, n° 22, p. 2179.

PORCHER Romain, « Le consentement en droit médical », *Médecine & Droit*, 2019, février 2019, n° 154, p. 8-19.

POURRIAT Jean-Louis et KIERZEK Gérald, « La responsabilité du médecin face    l'urgence », *Médecine & Droit*, 2006, mai 2006, né 78, p. 91-97.

PRETOT Xavier, « Le secours    personne et l'aide médicale urgente », *JCP A*, avril 2018, né 16.

PRETOT Xavier, « Secours    victime et aide médicale urgente : doctrine d'emploi et évolution du droit », *RDSS*, 2018, p. 197.

PY Bruno, « Secret professionnel médical et risque grave et imminent de mise en danger d'autrui », *RDS*, 2015, né 67, p. 717-719.

PRETOT Xavier, « Réquisitoire contre l'expression de secret médical : plaidoyer pour l'expression de secret professionnel », *RDS*, 2013, né 1, p. 161-166.

PRETOT Xavier, « Urgence médicale, état de nécessité, et personne en péril », *AJ Pénal*, 2012, p. 384.

QUIVIGER Pierre-Yves, « Du droit au consentement. Sur quelques figures contemporaines du paternalisme, des sadomasochistes aux Témoins de Jéhovah », *Raisons politiques*, 46, Presses de Sciences Po, 2012, né 2, p. 79-94.

RAMDJEE Bruno, « L'inapplicabilité de la procédure d'admission en soins psychiatriques    la demande d'un tiers aux personnes mineures », *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, Institut Droit et Santé Université Paris Cité, 2022, né 34.

RENARD Stéphanie, « La contribution du droit souple au maintien de l'ordre public sanitaire : l'expérience française de la lutte contre la Covid-19 entre mars et septembre 2020 », *Cahiers de la recherche sur les droits fondamentaux*, Presses universitaires de Caen, septembre 2021, né 19, p. 31-39.

Idem., « Coronavirus - Précisions du Conseil d'Etat sur le rôle de la police municipale dans la lutte contre les épidémies », *AJCT*, Dalloz, 2020, né 4, p. 175-.

RENARD Stéphanie, « Covid-19 et libertés : du collectif vers l'intime », *Revue des droits et libertés fondamentaux*, 2020.

Idem., « La police sanitaire aux temps de la précaution », *RDSS*, 2019, né 03.

RENARD Stéphanie, « L'  tat d'urgence sanitaire : droit d'exception et exceptions au droit » *RDLF*.

RICOT Jacques, « Les formes nouvelles du pacte de soins », *RGDM*, 2004, né 12.

ROBERT Anne, « Responsabilité du centre hospitalier psychiatrique après plusieurs irrégularités dans une hospitalisation sous contrainte », *Santé mentale et Droit*, 23, mai 2023, né 3, p. 506-512.

Idem., « Défenestration d'un patient en phase confusionnelle, et en l'absence d'évaluation psychiatrique », *Santé mentale et Droit*, 22, octobre 2022, n° 5, p. 757-760.

ROBERT Jacques, « Les situations d'urgence en droit constitutionnel », *Revue internationale de droit comparé*, 42, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 1990, n° 2, p. 751-764.

ROBERT Louise et BONU Bruno, De l'utilisateur connecté au citoyen sauveteur dans l'urgence médicale, *Coloquio Internacional de Humanidades Digitales*, Manizales, Colombia, Universidad de Caldas en Manizales (Colombia) and Université Paul-Valéry Montpellier 3 (France), 2019.

ROMAN Diane, « Le respect de la volonté du malade, une obligation limitée ? », *RDSS*, 2005, p. 423-441.

RONGÉ Jean-Luc, « Le rôle particulier du parquet en assistance éducative : de l'usage et du mauvais usage de l'ordonnance de placement provisoire », *AJ Famille*, 2020, n° 9, p. 452.

RONGÉ Jean-Luc, « L'hospitalisation sous contrainte des enfants : des droits en mode mineur », *Journal du droit des jeunes*, 354-355, Association jeunesse et droit, 2016, n° 4-5, p. 26-39.

ROUSSET Guillaume, « La clause de conscience en matière d'aide active à mourir - Réflexion prospective sur un outil essentiel », *La Semaine Juridique Edition Générale*, juillet 2023, n° 26, p. 1272.

ROUX Gilles, « Responsabilité pour sous-estimation du risque suicidaire d'un patient », *AJDA*, 2012, n° 5, p. 284.

SAINT-BONNET François, « L'état d'exception et la qualification juridique », 2007, n° 6, p. 29-38.

SÉGUR Philippe, « Sur la licéité d'une obligation vaccinale anti-Covid », *RDLF*, n° 20.

SIZAIRE Vincent, « Un colosse aux pieds d'argile, Les fondements juridiques fragiles de l'urgence sanitaire », *La Revue des droits de l'homme. Revue du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux*, Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux (CREDOF), mars 2020.

SLAMA Serge, « Confinement général : une épidémie printanière d'arrêtés préfectoraux », *Cahiers de la recherche sur les droits fondamentaux*, Presses universitaires de Caen, septembre 2021, n° 19, p. 41-53.

SLAMA Serge, « Quatre suspensions et une annulation: la protection par le Conseil d'État du droit au rapprochement familial en temps de crise épidémique », *AJDA*, Dalloz, 2021, n° 33, p. 1930 et suiv.

SLAMA Serge, « Sortir de l'impasse des états d'urgence permanents », *Délibérée*, 14, La Découverte, 2021, n° 3, p. 7-13.

SPRANZI Marta, FOUREUR Nicolas et FAIDHERBE Virginie, « D'une "éthique d'exception" à une éthique de la santé publique. Patients et proches face à la COVID-19. Éthique et santé publique en temps de COVID-19 », *Santé Publique*, 36, S.F.S.P., 2024, n° 1, p. 97-108.

STIRN Bernard, « Le maintien d'une personne contre son gré dans un établissement psychiatrique en dehors des procédures légales constitue une voie de fait », *AJDA*, 1990, n° 1, p. 54.

STROWEL Alain, « Utilitarisme et approche économique dans la théorie du droit », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, 18, 1987, n° 1, p. 1-45.

TCHIVOUNDA G. PAMBOU, « Recherches sur l'urgence en droit administratif français », *RDP*, 1983, p. 81-133.

THERON Sophie, « Les urgences psychiatriques en établissement », *RDSS*, 2014, p. 707.

Idem., « Réflexions autour d'une institution singulière : l'Infirmierie psychiatrique de la Préfecture de police de Paris », *RDSS*, 2009, p. 1061.

THIBERT Jean-Baptiste, « Refus de transfusion sanguine : la fin de l'acte indispensable et proportionné à la lumière de la loi du 2 février 2016 ? », *RGDM*, 2016, n° 59, p. 123-130.

THOMAS Frédérique LE DOUJET, « Les soins sans consentement sur mineurs : analyse critique et prospective de la situation des patients mineurs admis en établissement psychiatrique », *RGDM*, 2019, n° 73, p. 137-152.

TOUZEIL-DIVINA Mathieu, « Qualification de la faute de l'agent public hospitalier », *La Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales*, septembre 2024, n° 36, p. 454.

TOUZEIL-DIVINA Mathieu, « Un siècle avant l'état légal d'urgence », *JDA* n°22, 2016.

Idem., « Mauvaise ou non-expression du consentement d'un patient et préjudices subis, note sous CE, 24 septembre 2012, Cyril B. (req. 336223). » *Ed. du Juris-classeur*, 2012.

TROPER Michel, « L'état d'exception n'a rien d'exceptionnel », *Le droit et la nécessité*, Paris, Presses Universitaires de France, 2011, p. 99-109.

TRUCHET Didier, « La décision médicale et le droit », *AJDA* 1995, p. 611 ».

TRUCHET Didier, « Covid 19 : point de vue d'un « administrativiste sanitaire » », sur *JP blog* publié le 27 mars 2020.

TRUCHET Didier, « L'urgence sanitaire », 2007, p. 411.

TRUCHET Didier, « Malades mentaux – Établissements et structures de soins », *RDC*, août 2006.

URBAIN Ngampio-Obélé-Bélé, « La protection de l'intérêt supérieur de l'enfant dans la jurisprudence administrative française », *RDSS*, 2024, n° 04, p. 306.

VALLAR Christian, « Covid-19: le Conseil d'Etat en faveur d'un confinement modulé et adapté », *AJDA*, Dalloz, 2020, n° 15, p. 851-.

VASSEUR-LAMBRY Fanny, « Le secret professionnel/médical : une protection forte dans l'intérêt du patient », *RGDM*, 2018, n° 69, p. 97-112.

VÉRON Paul, « Décision médicale et minorité : l'impossibilité pour les titulaires de l'autorité parentale d'imposer au médecin le choix d'un traitement », *RGDM*, 2017, n° 65, p. 93-108.

VERPEAUX Michel, « Validation sous réserves du passe sanitaire », *AJDA*, Dalloz, 2021, n° 44, p. 2610-.

VIALLA François, « Consentir n'est pas imposer sa volonté », *RDS*, 2017, n° 80, p. 855.

VIDAL Pierre-Laurent, « Consentement éclairé : le manquement au devoir d'information du patient est sanctionné nonobstant le caractère nécessaire des soins prodigués », *RDS*, 2014, n° 57, p. 877-878.

VIEN Louis-Philippe, « La loi désarmée : Carl Schmitt et la controverse légalité/légitimité sous Weimar », *Politique et Sociétés*, 30, Politique et Sociétés, août 2011, n° 2, p. 237-239.

VIOUJAS Vincent, « Droit des établissements publics de santé – Droit des patients hospitalisés », *RGDM*, juin 2024, n° 91, p. 116-122.

VIOUJAS Vincent, « Les sorties d'essai des patients hospitalisés d'office en psychiatrie : à la recherche d'un équilibre en réinsertion des patients et protection de la société », *RGDM*, 2010, n° 36, p. 267-290.

WARIN Laurence, « Prise en charge de la douleur à l'hôpital : de l'intérêt de l'hypnoanalgésie », *RDSS*, 2020, n° 1, p. 95.

YUMBA Pascal KAKUDJI, « La responsabilité du médecin face au refus de soin pour cause religieuse : cas des postolo, témoins de Jéhovah et des femmes musulmanes », *RGDM*, 2017, n° 63, p. 135-151.

MAYAUD Yves, « De l'utilité d'un téléphone en état de marche pour un médecin de garde... p. 298 », *RSC*, 2007, n° 2, p. 298.

ZOUAG Sonia, « Majeurs protégés, Réglementation , Un reflet harmonieux entre les différents textes », *JA*, 2020, n° 616, p. 7.

ARTICLES DE REVUES EN SCIENCES DE LA SANTE

ABECASSIS Philippe et COUTINET Nathalie, « Caractéristiques du marché des médicaments et stratégies des firmes pharmaceutiques », *Horizons stratégiques*, n°7, La Documentation française, 2008, n° 1, p. 111-139.

ABI-RAAD Sarah, AGOSTINUCCI Marie, AGRAZ Antoine *et al.*, « Quelle éducation avec la Covid-19 », *Recherches & éducations*, Société Binet Simon, 2020.

Académie Nationale de Médecine, « Vaccination des enfants de 5–11 ans contre la Covid-19 : ne plus hésiter », *Bulletin De l'Académie Nationale De Médecine*, 206, avril 2022, n° 4, p. 448-449.

ACEMOGLU Daron et ROBINSON James, « Economics. Foundations of societal inequality », *Science (New York, N.Y.)*, 326, octobre 2009, n° 5953, p. 678-679.

ACQUAVIVA Eric, LEGLEYE Stéphane, AULELEY Guy R. *et al.*, « Psychotropic medication in the French child and adolescent population: prevalence estimation from health insurance data and national self-report survey data », *BMC psychiatry*, 9, novembre 2009, p. 72.

ADNET F., MAISTRE J. P., LAPANDRY C. *et al.*, « Organisation des secours médicaux lors de catastrophes à effets limités en milieu urbain », *Annales Françaises d'anesthésie Et De Réanimation*, 22, janvier 2003, n° 1, p. 5-11.

ALAM Al, RACHAL James, TUCCI Veronica Theresa *et al.*, « Emergency Department Medical Clearance of Patients with Psychiatric or Behavioral Emergencies, Part 2: Special Psychiatric Populations and Considerations », *Psychiatric Clinics of North America*, 40, septembre 2017, n° 3, p. 425-433.

ALBERT Trinh-Duc, SANTIN Aline, *et al.*, « Actualisation 2007 de la IIIe Conférence de consensus en médecine d'urgence : le traitement médicamenteux de la douleur de l'adulte dans le cadre de l'urgence, Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement (2008) n°9, 248-278 ».

ALVIN P, GASQUET I, DE TOURNEMIRE R *et al.*, « Les adolescents aux urgences hospitalières. À propos d'une enquête menée à l'AP-HP », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 50, décembre 2002, n° 8, p. 571-576.

AMUKELE Timothy, « Using drones to deliver blood products in Rwanda », *The Lancet. Global Health*, 10, avril 2022, n° 4, p. e463-e464.

ANDRÉ BOLZINGER, « Le concept clinique de crise », *Bulletin de psychologie*, Tome XXXV, 1982, n° 355, p. 475-480.

ANDRÉ LIENHART, « L'histoire du mot curare : du mythe (Raleigh) à la réalité (Gumilla et La Condamine), *Annales Française Anesth Reanim.* 2009 ;28:332-8 ».

ANNESI-MAESANO Isabella, KALABOKA Sofia et PIAU Jean-Pierre, « L'asthme est-il une maladie toujours potentiellement mortelle ? », *La Presse Médicale*, 37, janvier 2008, n° 1, Part 2, p. 107-115.

ANYS S., BILLON C., MAZZELLA J. -M. et *al.*, « Mort subite, en quête d'une explication », *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*, 70, juin 2021, n° 3, p. 129-135.

ANYS S., MARIJON E. et JOUVEN X., « La mort subite de l'adulte : les 10 ans du Centre d'Expertise Mort Subite (CEMS) de Paris », *Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux - Pratique*, 2022, mai 2022, n° 308, p. 3-10.

APPELBAUM P. S., ROBBINS P. C. et MONAHAN J., « Violence and delusions: data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study », *The American Journal of Psychiatry*, 157, avril 2000, n° 4, p. 566-572.

ARMENGAUD Didier, « Le quiproquo des urgences pédiatriques », *Enfances & Psy*, 18, Èrès, 2002, n° 2, p. 10-16.

ARVIEUX C., LÉTOUBLON C. et RECHE F., « Le damage control en traumatologie abdominale sévère », *Réanimation*, 16, novembre 2007, n° 7, p. 678-686.

ASHFORD David A., KAISER Robyn M., BALES Michael E. et *al.*, « Planning against Biological Terrorism: Lessons from Outbreak Investigations », *Emerging Infectious Diseases*, 9, mai 2003, n° 5, p. 515-519.

AUTRET-LECA (E.), AUTRET-LECA (E.), BENSOUA-GRIMALDI (L.) et *al.*, « L'enfant et les médicaments : application à la prescription en pédiatrie. », *L'enfant et les médicaments : application à la prescription en pédiatrie.*, 2006.

AVENEL S., BOMKRATZ A., DASSIEU G. et *al.*, « Incidence des prescriptions hors autorisation de mise sur le marché en réanimation néonatale », *Archives de Pédiatrie*, 7, février 2000, n° 2, p. 143-147.

BÄCKMAN Anders, HOLLENBERG Jacob, SVENSSON Leif et *al.*, « Drones for Provision of Flotation Support in Simulated Drowning », *Air Medical Journal*, 37, 2018, n° 3, p. 170-173.

BARBUT Frédéric, « Épidémiologie des événements indésirables graves liés aux soins », *Revue Francophone des Laboratoires*, 2010, novembre 2010, n° 426, p. 41-49.

BARIN F., « Les risques viraux maîtrisés », *Transfusion Clinique et Biologique*, 7, février 2000, n° 1, p. 24-29.

BATAILLE B., MORA M., BLASQUEZ S. et *al.*, « Formation à la gestion des situations violentes en contexte hospitalier », *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 32, mars 2013, n° 3, p. 165-169.

BAUDELLOT Christian, CAILLÉ Yvanie, GODECHOT Olivier *et al.*, « Maladies rénales et inégalités sociales d'accès à la greffe en France », *Population (édition française)*, 71, 2016, n° 2016/1, p. 23.

BEAUVIEUX Fleur, « Épidémie, pouvoir municipal et transformation de l'espace urbain : la peste de 1720-1722 à Marseille », *Rives méditerranéennes*, TELEMME (UMR 6570), juin 2012, n° 42, p. 29-50.

BECKER B., « La réflexion éthique aux urgences en cas de pronostic vital engagé : entre notion de temporalité et souci de l'Autre », *Éthique & Santé*, 17, juin 2020, n° 2, p. 105-114.

BEGUIN M. et VOLIA D., « La télémedecine au service de la médecine d'urgence en territoire isolé, exemple de l'hôpital de Cilaos (CHU de la Réunion) », *European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télémédecine*, 3, décembre 2014, n° 4, p. 192.

BEHNKE Alexander, ARMBRUSTER Diana et STROBEL Anja, « The needs of the many: Exploring associations of personality with third-party judgments of public health-related utilitarian rule violations », *PLOS ONE*, 18, avril 2023, n° 4, p. e0284558.

BELAYACHI Jihane et ABOUQAL Redouane, « Emergencies and Disaster Medicine », *International Journal of Medicine and Surgery*, 4, mai 2017.

BEN AMAR W., KARRAY N., SIALA H. *et al.*, « Réflexions sur la responsabilité médicale pénale pour non-assistance à personne en péril dans le contexte de la pandémie COVID-19 », *La Revue De Médecine Légale*, 12, septembre 2021, n° 3, p. 136-140.

BENGELSDORF H., CHURCH J. O., KAYE R. A. *et al.*, « The cost effectiveness of crisis intervention. Admission diversion savings can offset the high cost of service », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, décembre 1993, n° 12, p. 757-762.

BENOÎT VIVIEN, « Les actions citoyennes : complément indispensable des missions des professionnels des secours et de santé en situation de catastrophe », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 8, août 2024, n° 3.

BERNIGAUD Emmanuel, « Moyens de décontamination à l'entrée de l'hôpital. Quels choix ? Que font les autres pays ? », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 7, septembre 2023, n° 3, p. 195-203.

BERTHOLOM Chantal, « Éradication : les leçons de la variole », *Option/Bio*, 32, août 2021, n° 637, p. 15-16.

BLACKBURN Joanna, OUSEY Karen et GOODWIN Emma, « Information and communication in the emergency department », *International Emergency Nursing*, 42, janvier 2019, p. 30-35.

BLONDET Éric, THIBAUT Christophe, BOUILLOT Patrick *et al.*, « Intégrer les ressources sanitaires libérales dans la gestion des crises sanitaires », *Médecine de catastrophe, urgences collectives*, 6, Elsevier Masson SAS, 2022, n° 2, p. 132-140.

BLONDON M., PÉRISSE D., UNNI S. -K. -E. *et al.*, « L'accueil d'urgence en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : évolution sur 20 ans dans un site hospitalo-universitaire », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55, avril 2007, n° 1, p. 23-30.

BOLES J.-M., « Refus de traitement : le cas de Monsieur S. », *Réanimation*, 18, mars 2009, n° 2, p. 173-179.

BOLLIGER Daniel, GÖRLINGER Klaus et TANAKA Kenichi A., « Pathophysiology and treatment of coagulopathy in massive hemorrhage and hemodilution », *Anesthesiology*, 113, novembre 2010, n° 5, p. 1205-1219.

BONNET S., LACAMBRE M., SCHANDRIN A. *et al.*, « Insight et dangerosité psychiatrique : revue de la littérature », *L'Encephale*, 43, avril 2017, n° 2, p. 146-153.

BOS Kirsten I, HERBIG Alexander, SAHL Jason *et al.*, « Eighteenth century Yersinia pestis genomes reveal the long-term persistence of an historical plague focus », Neher Richard A (éd.), *eLife*, 5, Sciences Publications, Ltd, janvier 2016, p. e12994.

BOSSI Philippe, GUIHOT Amélie et BRICAIRE François, « Infections émergentes ou ré-émergentes utilisables pour le bioterrorisme », *La Presse Médicale*, 34, janvier 2005, n° 2, Part 2, p. 149-155.

BOTBOL Michel, LUC-HENRY Choquet, GROUSSET J. *et al.*, « Ordonnance de placement provisoire et obligation de soin en psychiatrie de l'adolescent », *EMC - Psychiatrie*, 7, janvier 2010, p. 1-11.

BOULENGER J.-P. et CAPDEVIELLE D., « Pharmacological treatment of generalized anxiety disorders: rationale and limitations », *L'Encephale*, 33, 2007, n° 1, p. 84-94.

BOULWARE David R., PULLEN Matthew F., BANGDIWALA Ananta S. *et al.*, « A Randomized Trial of Hydroxychloroquine as Postexposure Prophylaxis for Covid-19 », *New England Journal of Medicine*, 383, Massachusetts Medical Society, août 2020, n° 6, p. 517-525.

BOURGOIS Alexandra, CAVALLERO Sophie, FRANÇOIS Sabine *et al.*, « Stratégies en cours d'étude pour la prise en charge des victimes en contexte nucléaire et radiologique », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 7, juin 2023, n° 2, p. 99-102.

BOURLET P., « Gestion de la crise covid à bord d'un navire de marine marchande : Atalante », *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*, 35, mai 2023, n° 1, p. 13-20.

BRASSAT Jean-Louis, « Accueillir des adolescents en urgence », *Enfances & Psy*, 18, Érès, 2002, n° 2, p. 71-76.

BRIANT Morgan, LAVAL Nathalie, LAUNOIS Sabrina *et al.*, « Gestion des situations de crise aux urgences psychiatriques », *L'Aide-Soignante*, 29, août 2015, n° 169, p. 20-21.

BRION Françoise, PROT-LABARTHE Sonia, ROUAULT Anne *et al.*, « Médicaments et pédiatrie, Chapitre 62 », *Pharmacie Clinique et Thérapeutique (Cinquième Édition)*, Paris, Elsevier Masson, 2018, p. 1119-1132.e1.

BRUNO GENEVOIS, « Le Conseil d'État et l'interprétation de la loi », *RFDA*, 2002, n° 5, p. 877.

BÜRKI Lukas et YERSIN Bertrand, « « Golden hour » et manœuvre de Sellick en urgence : le bébé est-il à jeter avec l'eau du bain ? », *Rev Med Suisse*, 570, août 2017, p. 1373-1377.

CAMILLE LAKHLIFI, « Analyse exploratoire du phénomène d'effet tunnel dans les événements indésirables associés aux soins », *Santé Publique*, 34, S.F.S.P., 2022, n° HS1, p. 26a-26a.

CAMPAGNANI Giuseppe, BARDANZELLU Flaminia, PINTUS Maria Cristina *et al.*, « COVID-19 Vaccination in Children: An Open Question », *Current Pediatric Reviews*, 18, 2022, n° 3, p. 226-236.

CARÉ Weniko, VODOVAR Dominique, BLOCH Juliette *et al.*, « Gestion du risque chimique : quelle place pour les centres antipoison ? », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 7, septembre 2023, n° 3, p. 185-190.

CARLI P., « Principes généraux de la médecine de catastrophe », *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*, 28, juillet 2016, n° 2-3, p. 59-61.

CARLI Pierre, « Catastrophe et Plan Blanc : comment se réorganiser en urgence ? », *SFAR*, 2014.

CARRAT Fabrice, FIGONI Julie, HENNY Joseph *et al.*, « Evidence of early circulation of SARS-CoV-2 in France: findings from the population-based "CONSTANCES" cohort », *European Journal of Epidemiology*, 36, février 2021, n° 2, p. 219-222.

CARRILLO Pablo, FOVET Thomas et POULET Emmanuel, « L'évaluation psychiatrique au service d'accueil des urgences : particularités sémiologiques », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 176, octobre 2018, n° 8, p. 803-809.

CARRON P.-N., YERSIN B., FISHMAN D. *et al.*, « Organisation des secours extrahospitaliers lors du sommet 2003 du G8 : nouveau concept de poste médical mobile (PMM) », *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 24, juin 2005, n° 6, p. 647-652.

CASTELLVÍ P., LUCAS-ROMERO E., MIRANDA-MENDIZÁBAL A. *et al.*, « Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis », *Journal of Affective Disorders*, 215, juin 2017, p. 37-48.

CATINOIS Marie-Line et POURRIAT Jean-Louis, « Antalgie multimodale aux urgences », *Douleurs*, 6, Elsevier Masson SAS, 2005, n° 4, p. 21-24.

CELLO Jeronimo, PAUL Aniko V. et WIMMER Eckard, « Chemical synthesis of poliovirus cDNA: generation of infectious virus in the absence of natural template », *Science (New York, N.Y.)*, 297, août 2002, n° 5583, p. 1016-1018.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, Ethical considerations for decision making regarding allocation of mechanical ventilators during a severe influenza pandemic or other public health emergency », 2011.

CHAMI L., PHAM-SCOTTEZ A., SILVA J. *et al.*, « Mineurs non accompagnés accueillis au centre psychiatrique d'orientation et d'accueil de l'hôpital Sainte-Anne, Paris », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 70, juin 2022, n° 4, p. 177-182.

CHATAGNER A., OLLIAC B., CHOQUET L. -H. *et al.*, « Adolescents reçus en urgence en psychiatrie infanto-juvénile. Qui sont-ils ? Quel est leur parcours ? Quel suivi social et/ou judiciaire ? », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63, mars 2015, n° 2, p. 124-132.

CHEVALIER E., BRENEK S., MEDJKANE F. *et al.*, « Étude rétrospective et comparative de l'impact de la crise sanitaire sur l'activité d'une unité d'urgence pédopsychiatrique », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 71, janvier 2023, n° 1, p. 35-43.

CHOLLET-XÉMARD C., MICHEL D., SZUSTER P. *et al.*, « Retour d'expérience des transferts en HéliSmur de patients Covid-19 », *Annales françaises de médecine d'urgence*, 10, Lavoisier, septembre 2020, n° 4-5, p. 266-271.

CHOUMET Valérie, « Faire face à l'apparition de maladies virales infectieuses, un défi contemporain », *Actualités Pharmaceutiques*, 60, juillet 2021, n° 608, p. 16-20.

CHRISTENSEN Michael C., PARR Michael, TORTELLA Bartholomew J. *et al.*, « Global differences in causes, management, and survival after severe trauma: the recombinant activated factor VII phase 3 trauma trial », *The Journal of Trauma*, 69, août 2010, n° 2, p. 344-352.

CLAESSON A., FREDMAN D., SVENSSON L. *et al.*, « Unmanned aerial vehicles (drones) in out-of-hospital-cardiac-arrest », *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 24, octobre 2016, n° 1, p. 124.

CLAESSON Andreas, BÄCKMAN Anders, RINGH Mattias *et al.*, « Time to Delivery of an Automated External Defibrillator Using a Drone for Simulated Out-of-Hospital Cardiac Arrests vs Emergency Medical Services », *JAMA*, 317, juin 2017, n° 22, p. 2332-2334.

CLARKE Diana E., DUSOME Debra et HUGHES Linda, Emergency department from the mental health client's perspective », *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 2007, n° 2, p. 126-131.

COLEMAN Margaret S., SANGRUJEE Naline, ZHOU Fangjun *et al.*, « Factors affecting U.S. manufacturers' decisions to produce vaccines », *Health Affairs (Project Hope)*, 24, 2005, n° 3, p. 635-642.

COMBES Xavier, « Sédation procédurale en situation de catastrophe ou d'exception », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 5, mars 2021, n° 1, p. 53-56.

CONTOU Damien et PROST Nicolas de, « *Purpura fulminans* de l'adulte », *Médecine Intensive Réanimation*, 31, juin 2022, n° 2, p. 125-132.

CORDELL WH, KEENE KK, GILES BK, JONES JB, JONES JH, BRIZENDINE EJ., « The high prevalence of pain in emergency medical care. *Am J Emerg Med* 2002;20:165—9 ».

CORRAL TORRES E., HEREDERO RODRÍGUEZ M., CERVANTES SAAVEDRA R. *et al.*, « Simulation de grande ampleur: l'exercice international de réponse aux catastrophes de Madrid », *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*, 35, mai 2023, n° 1, p. 21-27.

COTTON Bryan A., REDDY Neeti, HATCH Quinton M. *et al.*, « Damage control resuscitation is associated with a reduction in resuscitation volumes and improvement in survival in 390 damage control laparotomy patients », *Annals of Surgery*, 254, octobre 2011, n° 4, p. 598-605.

COWLEY R. A., « A total emergency medical system for the State of Maryland », *Maryland State Medical Journal*, 24, juillet 1975, n° 7, p. 37-45.

CUNY Jérôme, VROMANT Amélie, VANHEEMS Francois *et al.*, « Déploiement opérationnel des postes sanitaires mobiles. Exemple d'un SAMU de zone », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 7, mars 2023, n° 1, p. 16-22.

CUTLER David M. et SUMMERS Lawrence H., « The COVID-19 Pandemic and the \$16 Trillion Virus », *JAMA*, 324, octobre 2020, n° 15, p. 1495-1496.

CZEISLER Mark É, « Delay or Avoidance of Medical Care Because of COVID-19–Related Concerns — United States, June 2020 », *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69, 2020.

DA COSTA Isabelle, COTTU Paul, BOULEUC Carole *et al.*, « La consultation médicale en urgence dans le parcours du patient en oncologie », *Bulletin du Cancer*, 109, décembre 2022, n° 12, p. 1277-1286.

DADIA Tal et GREENBAUM Dov, « Neuralink: The Ethical ‘Rhythmic of Reading and Writing to the Brain », *AJOB neuroscience*, 10, 2019, n° 4, p. 187-189.

DALMAT Yann-Mickael, « Déserts médicaux : pas d’amélioration en vue avant 2030 », *Option/Bio*, 35, janvier 2024, n° 681, p. 5.

DAMSA C., DI CLEMENTE T., MASSARCZYK O. *et al.*, « L’intervention de crise dans un service d’urgences psychiatriques diminue le nombre d’hospitalisations volontaires en psychiatrie », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 161, novembre 2003, n° 9, p. 693-699.

DAO V., BARRUEL D., DAURIAC-LE MASSON V. *et al.*, « Les adolescents aux urgences psychiatriques : motifs de consultation, diagnostics psychiatriques et orientation » , *Neuropsychiatrie de l’Enfance et de l’Adolescence*, avril 2023.

DAP-HABIB Quentin, ARDOIN Alexis et BERRY David, « ORSAN CLIM : le système de santé francilien face aux événements climatiques majeurs », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, avril 2024, p. S1279847924000326.

DAVIAUD Philippe, « Face à l’urgence, rétablir le temps de l’éducation », *Enfances & Psy*, 18, Érès, 2002, n° 2, p. 101-108.

DAVID Georges, « Risques et principe de précaution en matière médicale », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 3, Presses Universitaires de France, 2009, n° 1, p. 107-117.

DE JONGHE Bernard, CONSTANTIN Jean-Michel, CHANQUES Gerald *et al.*, « Physical restraint in mechanically ventilated ICU patients: a survey of French practice », *Intensive Care Medicine*, 39, janvier 2013, n° 1, p. 31-37.

DE MATTEIS Antonio, SACCO Michele, NAPOLETANO Pasqua *et al.*, « From damage control surgery to complex abdominal wall reconstruction It is possible even in the elderly in a Spoke Center? », *Annali Italiani Di Chirurgia*, 94, 2023, p. 95-98.

DE LA COUSSAYE J. E. et CARLI P., « Do we have to modify the “Plan Rouge” for management of casualties during disasters with limited amplitude? », *Annales Francaises D’anesthésie Et De Réanimation*, 22, janvier 2003, n° 1, p. 3-4.

DELACOUR Hervé, BELOT DE SAINT LÉGER Frederik, LEQUITTE-CHARRANSOL Lucie *et al.*, « Approche toxidromique des intoxications par les agents du risque chimique agressif », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 7, septembre 2023, n° 3, p. 178-184.

DELAVAL Agnès, « Les outils de traçabilité des victimes pour constituer et communiquer un bilan victimaire », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 8, mars 2024, n° 1, p. 38-43.

DE LENTAIGNE DE LOGIVIERE Xavier, GIGNON Maxime, AMSALLEM Carole *et al.*, « Aspects médico-légaux de l'ivresse éthylique aiguë », *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*, 27, décembre 2015, n° 4, p. 208-215.

DESCATHA A., DOLVECK F., TATE-RICHIER V. *et al.*, « Rôle du médecin du travail dans la préparation d'une situation de crise exceptionnelle », *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 68, juillet 2007, n° 3, p. 258-263.

DEVERS Gilles, « Isolement et contention », *Santé mentale et Droit*, 24, février 2024, n° 1, p. 126-134.

DOMINIQUE Savary, DAMIEN Duval, ROMAIN Charvet *et al.*, « Secours en avalanche : Dogs and Docs : un concept toujours d'actualité ? », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, avril 2024, p. S127984792400034X.

DORENT Richard, GANDJBAKHCH Estelle, GOÉMINNE Céline *et al.*, « Assessment of potential heart donors: A statement from the French heart transplant community », *Archives of Cardiovascular Diseases*, 111, février 2018, n° 2, p. 126-139.

DURAND-MOREAU Q., BIZEAU A., BOELS D. *et al.*, « Risque explosif par mélange de produits chlorés destinés à l'entretien de piscines individuelles : à propos d'un cas », *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*, 24, décembre 2012, n° 4, p. 246-249.

DUTTON Richard P., STANSBURY Lynn G., LEONE Susan *et al.*, « Trauma mortality in mature trauma systems: are we doing better? An analysis of trauma mortality patterns, 1997-2008 », *The Journal of Trauma*, 69, septembre 2010, n° 3, p. 620-626.

EBERHARDT Christiane Sigrid et SIEGRIST Claire-Anne, « Is there a role for childhood vaccination against COVID-19? », *Pediatric Allergy and Immunology: Official Publication of the European Society of Pediatric Allergy and Immunology*, 32, janvier 2021, n° 1, p. 9-16.

EKPE Kenneth et LECARPENTIER Éric, « Régulation et risque C – triage à distance », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 7, septembre 2023, n° 3, p. 209-210.

EMANUEL Ezekiel J., PERSAD Govind, UPSHUR Ross *et al.*, « Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19 », *New England Journal of Medicine*, 382, mai 2020, n° 21, p. 2049-2055.

EVEN M. et SUTTER-DALLAY A. -L., « La santé mentale des enfants placés. Une revue de la littérature », *L'Encéphale*, 45, septembre 2019, n° 4, p. 340-344.

EZANNO Anne-Cécile, « Risque chimique au bloc opératoire : Faut-il s'y préparer ? Comment décontaminer une urgence absolue ? », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 7, septembre 2023, n° 3, p. 206.

FATEM-ZOHRA LAALOU, XAVIER FENET-GARDE, HERVÉ RAFFIN, « Soins intensifs de haut vol ! », *EM-Consulte*, 4986, n° 2, p. 59-114.

FAUVEAU Pascale, « Pédopsychiatrie en devenir : une histoire à jouer sur les mots », *VST - Vie sociale et traitements*, 156, Érès, 2022, n° 4, p. 34-40.

FAVIER Christian et GALIANO Nicolas, « Les postes sanitaires mobiles (PSM) », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 7, mars 2023, n° 1, p. 5-11.

FEHRE A., CHAUVIN A., DURAND-STOCCO C. *et al.*, « Évaluation de l'application d'un triage par la Classification Infirmière des Malades aux Urgences par des infirmiers organisateurs de l'accueil en comparaison avec un triage réalisé par un médecin », *Annales françaises de médecine d'urgence*, 5, Lavoisier SAS, mai 2015, n° 3, p. 150-158.

FERNANDEZ DE GRADO Gabriel, VILLEREY Guillaume, MUSSET Anne-Marie *et al.*, « [Oral emergencies at Strasbourg teaching hospitals during the COVID-19 lockdown: Patient care circuits, typologies, and profiles] », *Santé Publique (Vandoeuvre-Les-Nancy, France)*, 35, décembre 2023, n° HS1, p. 35-44.

FIANI Brian, REARDON Taylor, AYRES Benjamin *et al.*, « An Examination of Prospective Uses and Future Directions of Neuralink: The Brain-Machine Interface », *Cureus*, 13, mars 2021, n° 3, p. e14192.

FIORATOU E., FLIN R. et GLAVIN R., « No simple fix for fixation errors: cognitive processes and their clinical applications », *Anaesthesia*, 65, 2010, n° 1, p. 61-69.

FOUGERET-LINLAUD V., « Harcèlement entre pairs en milieu scolaire », *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 35, août 2022, n° 4, p. 179-188.

GALANT Julien, CORCOSTEGUI Simon-Pierre, COMMEAU Damien *et al.*, « Feu, terrorisme et victimes », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 4, juin 2020, n° 2, p. 109-113.

GALINSKI M., RUSCEV M., POMMERIE F. *et al.*, « Prise en charge de la douleur aiguë sévère chez l'adulte en médecine extrahospitalière : enquête nationale auprès des médecins de Smur », *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 23, décembre 2004, n° 12, p. 1149-1154.

GARRIOU Alexiane, DUBOURG Olivier, DOARÉ Ronan *et al.*, « Quels enseignements peut-on tirer de l'utilisation récente de l'ypérite au Levant ? », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 5, septembre 2021, n° 3, p. 253-258.

GAUDERON Emmanuelle, LAFAT Maud et PAYON Agathe, « Managing pain in paediatric Smur », *Soins. Pédiatrie, Puériculture*, 37, 2016, n° 292, p. 33-35.

GAUTRON Virginie et RETIÈRE Jean-Noël, « La justice pénale est-elle discriminatoire ? Une étude empirique des pratiques décisionnelles dans cinq tribunaux correctionnels », décembre 2013.

GIANNOUDI M. et HARWOOD P., « Damage control resuscitation: lessons learned », *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 42, 2016, p. 273-282.

GIGN, « Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015. Gestion de l'attaque terroriste du Bataclan par les médecins d'intervention de la Police Nationale », *Annales françaises de médecine d'urgence*, 6, Lavoisier, février 2016, n° 1, p. 3-8.

GIROUD M., « La régulation médicale en médecine d'urgence », *Réanimation*, 18, décembre 2009, n° 8, p. 737-741.

GODET Pierre François, « La psychiatrie lave plus blanc », *L'Information psychiatrique*, 97, John Libbey Eurotext, 2021, n° 7, p. 535-539.

GODET Tony, PÉCHILLON Eric, BIOTTEAU-LACOSTE Mélanie *et al.*, « Soins psychiatriques sans consentement : étude des motifs de mainlevées de 117 mesures », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175, octobre 2017, n° 8, p. 679-684.

GOFFIN Pierre, YERNA Michèle et HORWARD Pierre, « Préparation face à des situations sanitaires exceptionnelles. Évaluation de formations », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 4, décembre 2020, n° 4, p. 331-333.

GOUREVITCH R., BOITEUX C. et GUEDJ-BOURDIAU M.-J., « L'urgence psychiatrique et le sentiment d'urgence hors des urgences : que faire en amont des services ad hoc ? », *L'Encéphale*, 47, février 2021, n° 1, p. 82-84.

GREMION J, MANTELET S et HARDY P, « Place de l'information dans le consentement aux soins des patients schizophrènes. À propos d'une enquête réalisée auprès de 74 psychiatres du Val-de-Marne », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 159, septembre 2001, n° 7, p. 522-528.

GRIFFITH Evan F., SCHURER Janna M., MAWINDO Billy *et al.*, « The Use of Drones to Deliver Rift Valley Fever Vaccines in Rwanda: Perceptions and Recommendations », *Vaccines*, 11, mars 2023, n° 3, p. 605.

GROYER Emilie, « ESMO 2020. Covid-19 : “Dans 5 ans, à Gustave Roussy, 2 à 5% des décès par cancer seront dus aux retards de prise en charge” », sur *RoseUp Association*, publié le 24 septembre 2020.

GUARNELLI Josselin, LEBRATY Jean-Fabrice et PASTORELLI Ivan, « Prise de décision et contextes extrêmes. Le cas des acteurs d'une chaîne des secours d'urgence », *Revue française de gestion*, 257, Lavoisier, 2016, n° 4, p. 111-127.

GUIHOT Amélie, BOSSI PHILIPPE Philippe et BRICAIRE François, « Brucellose par bioterrorisme », *La Presse Médicale*, 33, janvier 2004, n° 2, p. 119-122.

GUILHOT Amélie, BRICAIRE François et BOSSI Philippe, « Morve, mélioïdose et bioterrorisme », *La Presse Médicale*, 34, janvier 2005, n° 2, Part 2, p. 185-188.

HABER Nathan, CHAUVIN Anthony, LE VAOU Pascal *et al.*, « Évaluation médicale aux urgences du patient à présentation psychiatrique », *Soins Psychiatrie*, 42, septembre 2021, n° 336, p. 19-22.

HALLE C et ALBASINI F, « Organisation des secours en montagne », *Elsevier Masson*, p. 6.

HANAK Anne-Sophie et CALAS André-Guilhem, « Nouvelles approches thérapeutiques contre les intoxications par des neurotoxiques organophosphorés », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 7, septembre 2023, n° 3, p. 191-194.

HARCAUT Nicolas, LAROSA Emilie, DESRUES Fabrice *et al.*, « Dispositifs prévisionnels de secours et grands rassemblements : analyse comparative de quatre grands événements sur la chaîne transpyrénéenne », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 8, mars 2024, n° 1, p. 52-60.

HAROCHE Alexandre, AMAD Ali, FOVET Thomas *et al.*, « Les maladies neurologiques à expression psychiatrique : importance de l'examen neurologique », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175, juin 2017, n° 5, p. 462-468.

HARRIS J, « QALYfying the value of life. », *Journal of Medical Ethics*, 13, septembre 1987, n° 3, p. 117-123.

HAUSFATER P. et BOSSI P., « Risques bactériologiques », *EMC - Médecine*, 2, février 2005, n° 1, p. 107-125.

HAZIF-THOMAS Cyril, ABOU Nidal Nabhan et LACAMBRE Mathieu, « Isolement et contention en psychiatrie : à l'ombre du dogme de la fatalité », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 179, octobre 2021, n° 8, p. 708-712.

HAZIF-THOMAS Cyril et PÉCHILLON Éric, « La liberté de choix des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 176, avril 2018, n° 4, p. 381-386.

HERMILLY Maxime, MICHEL Florian, HANOUS Jean-Luc *et al.*, « Élaboration par méthode du consensus simple d'un outil d'aide au déclenchement d'un hélicoptère au SAMU 14 », *Santé Publique*, 35, S.F.S.P., 2023, n° 5, p. 7-12.

HIESSE Christian, LUCIOLLI Esmeralda et HOUSSIN Didier, « Les systèmes de score pour la répartition et l'attribution des organes aux malades en attente de greffe, une évolution dans la direction de l'équité ? », *Revue française des affaires sociales*, 2002, n° 3, p. 179-196.

HIRSCH Emmanuel, « Quelques principes de vigilance », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 6, juin 2022, n° 2, p. 119-122.

HO Karen, MINHAS Ripudaman, YOUNG Elizabeth *et al.*, « Paediatric hyperthermia-related deaths while entrapped and unattended inside vehicles: The Canadian experience and anticipatory guidance for prevention », *Paediatrics & Child Health*, 25, avril 2020, n° 3, p. 143-148.

HOLCOMB John B., JENKINS Don, RHEE Peter *et al.*, « Damage control resuscitation: directly addressing the early coagulopathy of trauma », *The Journal of Trauma*, 62, février 2007, n° 2, p. 307-310.

HOREN Benjamin, MONTASTRUC Jean-Louis et LAPEYRE-MESTRE Maryse, « Adverse drug reactions and off-label drug use in paediatric outpatients », *British Journal of Clinical Pharmacology*, 54, décembre 2002, n° 6, p. 665-670.

HOURMANT Maryvonne, « Évaluation du donneur vivant et critères de sélection », *Néphrologie & Thérapeutique - NEPHROL THER*, 4, février 2008, p. 63-66.

HOUZE-CERFON Vanessa, VIAULT Benoit, ZERDOUD Léa *et al.*, « Setting up the Largest Mass Vaccination Center in Europe: The One-Physician One-Nurse Protocol », *Vaccines*, 11, mars 2023, n° 3, p. 643.

HUGENSCHMITT Delphine, CESAREO Éric, CLARET Pierre-Géraud *et al.*, « Prise en charge des victimes de tuerie de masse », *Soins; La Revue De Reference Infirmiere*, 63, octobre 2018, n° 829, p. 59-61.

ISABELLE MAQUOI et JEAN JORIS, « Utilisation intraveineuse de la lidocaïne pour l'analgésie postopératoire, Conférence d'Actualisation, SFAR, 2015 » .

ISABELLE POIROT-MAZÈRES, « Pratiques avancées et médecine de parcours », *RDSS*, juin 2021, n° 3, p. 425.

JACUS Jean-Pierre, BRUNET-JARRIGE Marie-Christine et CUERVO-LOMBARD Christine-Vanessa, « Contention en gériatrie : le retard de la France » , *L'Encéphale*, novembre 2023.

JEAN FRENEY, « De la peste de Justinien à la covid-19. Histoire des infections à Lyon » , *Cahiers d'histoire. Revue d'histoire critique*, Association Paul Langevin, juin 2023, n° 156.

JEAN Severin, « Propos introductifs relatifs à l'urgence en kinésithérapie », *Kinésithérapie, la Revue*, 19, juin 2019, n° 210, p. 13-16.

JEAN Severin, « De l'urgence à définir l'urgence en Kinésithérapie », *Kinésithérapie, la revue*, 17, décembre 2017, p. 51-56.

JEAN-BAPTISTE CHEVALIER, « Crise sanitaire du COVID-19 : quel impact sur le fonctionnement des juridictions administratives ? » .

JEAN-MARIE MANUS, « Urgence médicale en milieu rural », *Revue Francophone des Laboratoires*, mars 2013, n° 450, p. 90.

JOUFFROY Romain, BOBBIA Xavier, DUCROS Laurent *et al.*, « Urgence vitale intra-hospitalière : état des lieux en 2018 », *Anesthésie & Réanimation*, 5, juillet 2019, n° 4, p. 259-264.

KARAMANLI Marietta, « Le principe de précaution », *Archives de philosophie du droit*, 62, Dalloz, 2020, n° 1, p. 527-530.

KAYSER C., JAUNAY E., GIANNITELLI M. *et al.*, « Facteurs de risque psychosociaux et troubles psychiatriques des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et ayant recours à des soins hospitaliers », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59, novembre 2011, n° 7, p. 393-403.

KHIREDDINE-MEDOUNI Imane et GOUREVITCH Raphaël, « Enjeux de la contention mécanique dans les services d'urgence », *ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES*, 2021, n° 179(8), p. 722-730.

KOVES Viviane, CHOPPIN Sabine, GAO Fei *et al.*, « Psychotropic medication use in French children and adolescents », *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 25, mars 2015, n° 2, p. 168-175.

KRA Anoancès, « Tuerie de masse au sein de l'hôpital : comment préparer son personnel ? », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 8, août 2024, n° 3, p. 196-201.

KRUGLANSKI Arie W. et AJZEN Icek, « Bias and error in human judgment », *European Journal of Social Psychology*, 13, 1983, n° 1, p. 1-44.

KUBISZEWSKI Violaine, FONTAINE Roger, CHASSEIGNE Gérard *et al.*, « Évaluation du *bullying* scolaire (harcèlement scolaire) chez les adolescents français : validité de l'adaptation française du questionnaire Agresseur/Victime révisé d'Olweus (1996) », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 172, juin 2014, n° 4, p. 261-267.

LACROIX L., MANZANO S., VUNDA A. *et al.*, « Intoxication éthylique aiguë chez les adolescents admis aux urgences : un nouveau fléau ? », *Journal Européen des Urgences*, 22, juin 2009, p. A83-A84.

LADOIS-DO PILAR REI A. et CHRAÏBI S., « Patients agressés en milieu psychiatrique: revue de la littérature et implications cliniques », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 66, Elsevier Masson SAS, 2018, n° 1, p. 53-62.

LAUDRIN Stéphane et SPERANZA Mario, « Crise et urgence en pédopsychiatrie », *Enfances & Psy*, 18, Érès, 2002, n° 2, p. 17-23.

LE CONTE Philippe, TEXIER Cédric, SICOT Romain *et al.*, « Accueil d'un patient suspect d'une pathologie psychiatrique en structure des urgences », *Soins Psychiatrie*, 42, juillet 2021.

LE COZ Pierre, « La question des risques potentiels dans le champ des nouvelles voies de recherches biomédicales », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 3, Presses Universitaires de France, 2009, n° 1, p. 133-156.

LEACH Deb, VIVEKANANTHAM Kellie, KWONG Alex *et al.*, « Improving the patient experience in the Emergency Department Short Stay Unit », *Australasian Emergency Care*, 23, décembre 2020, n° 4, p. 265-271.

LEBLANC Antoine, SPERANZA Mario et ROGER Alain, « Urgence », *Enfances & Psy*, 18, Érès, 2002, n° 2, p. 5-9.

LEFRANT Jean-Yves, FISCHER Marc-Olivier, POTIER Hugo *et al.*, « A national healthcare response to intensive care bed requirements during the COVID-19 outbreak in France », *Anaesthesia, Critical Care & Pain Medicine*, 39, décembre 2020, n° 6, p. 709-715.

LELIÈVRE Nathalie, « Point sur l'enquête sur les événements indésirables graves », *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, 12, avril 2011, n° 2, p. 90-92.

LEONARDI Luiza, FONSECA Mariana Kumaira, BALDISSERA Neiva *et al.*, « Predictive factors of mortality in damage control surgery for abdominal trauma », *Revista Do Colegio Brasileiro De Cirurgioes*, 49, 2022.

LEPPING Peter, « Consent in psychiatry – an ethical review », *Psychiatric Bulletin*, 27, août 2003, n° 8, p. 285-289.

LERNER E. B. et MOSCATI R. M., « The golden hour: scientific fact or medical “urban legend”? », *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 8, juillet 2001, n° 7, p. 758-760.

LESIEUR Olivier, QUENOT Jean-Pierre et RIGAUD Jean-Philippe, « Les vieux, le tri et le réanimateur », *Médecine Palliative*, 21, novembre 2022, n° 6, p. 304-311.

LÉVESQUE H., GRALL M., BRÉANT N. *et al.*, « Unité d'attente d'hospitalisation : une organisation simple et une place pour les internistes pour améliorer la filière d'hospitalisation non programmée à partir des urgences », *La Revue de Médecine Interne*, 40, novembre 2019, n° 11, p. 707-713.

M. OLIVIER, N. LECOULESN, et M.QUINTARD, « Prise en charge thérapeutique d'une douleur aiguë en médecine d'urgence chez l'adulte aiguë en médecine d'urgence chez l'adulte et le grand enfant et le grand enfant », *La Revue des SAMU – Médecine d'Urgence*, 2007, p. 25.

MANAOUIL Cécile et BERLY Agathe, « Les soins sans consentement chez les mineurs », *La Presse Médicale Formation*, 1, décembre 2020, n° 6, p. 582-589.

MARÇAIS C., CHETIOUI A., YORDANOV Y. *et al.*, « Quels médicaments dans nos services mobiles d'urgence et de réanimation ? », *Annales françaises de médecine d'urgence*, 9, avril 2019, n° 2, p. 89-96.

MARINGE Camille, SPICER James, MORRIS Melanie *et al.*, « The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study », *The Lancet. Oncology*, 21, août 2020, n° 8, p. 1023-1034.

MARJOLAINE FOULETIER, « La réforme des procédures d'urgence : le nouveau référent administratif », *RFDA*, 2000, n° 5, p. 963.

MARMOT Michael, FRIEL Sharon, BELL Ruth *et al.*, « Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health », *Lancet (London, England)*, 372, novembre 2008, n° 9650, p. 1661-1669.

MARSAA Hélène, BEAUME Sébastien, BELNA Antoine *et al.*, « Lots PRV-NRBC », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 4, septembre 2020, n° 3, p. 247-252.

MARTINET-KOSINSKI Florian, « Pandémie de COVID-19 : le “dilemme du tramway” pour expliquer l'allocation des ressources rares », *Santé Publique*, 33, S.F.S.P., 2021, n° 6, p. 803-811.

MARTY Hans, BOGENSTÄTTER Yvonne, FRANC Gabriela *et al.*, « How well informed are patients when leaving the emergency department? comparing information provided and information retained », *Emergency Medicine Journal*, 30, BMJ Publishing Group Ltd and the British Association for Accident & Emergency Medicine, janvier 2013, n° 1, p. 53-57.

MASSE Henri, « Catastrophes et situations sanitaires exceptionnelles, quelle gestion territoriale de crise ? De la prévention à la protection des populations », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 6, mars 2022, n° 1, p. 39-43.

MAUFFREY Violaine, BERGER Thomas, HARTEMANN Philippe *et al.*, « Comment les patients Sourds perçoivent-ils leur prise en charge en médecine générale. Enquête qualitative », *Santé Publique*, Vol. 28, S.F.S.P., juin 2016, n° 2, p. 213-221.

MCNEIL Ceara et COPELAND Julie, « Accidental digital epinephrine injection », *Canadian Family Physician*, 60, août 2014, n° 8, p. 726-728.

MEIER-KRIESCHE H. U., PORT F. K., OJO A. O. *et al.*, « Effect of waiting time on renal transplant outcome », *Kidney International*, 58, septembre 2000, n° 3, p. 1311-1317.

MELCHIOR Jean-Philippe et ZANNA Omar, « Le principe de précaution pour lutter contre la radicalisation en milieu carcéral : une mesure risquée ! », *Archives de philosophie du droit*, 62, Dalloz, 2020, n° 1, p. 373-383.

MENESSON-LANDEMARE Chloé, CARÉ Weniko, SERVONNET Aurélie *et al.*, « Prise en charge des victimes d'un événement chimique : évaluation des connaissances des membres de la SFMC », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 7, mars 2023, n° 1, p. 50-57.

MÉRAT S, PEREZ J. P, RÜTTIMANN M *et al.*, « Intoxication aiguë par arme chimique vésicante : l'ypérite », *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 22, février 2003, n° 2, p. 108-118.

MILLS Melinda C. et RÜTTENAUER Tobias, « The effect of mandatory COVID-19 certificates on vaccine uptake: synthetic-control modelling of six countries », *The Lancet Public Health*, 7, Elsevier, janvier 2022, n° 1, p. e15-e22.

MOHR Wanda K, PETTI Theodore A et MOHR Brian D, « Adverse Effects Associated with Physical Restraint », *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48, SAGE Publications Inc, juin 2003, n° 5, p. 330-337.

MOLL Jorge et DE OLIVEIRA-SOUZA Ricardo, « Moral judgments, emotions and the utilitarian brain », *Trends in Cognitive Sciences*, 11, août 2007, n° 8, p. 319-321.

MUNOZ-DARDÉ Véronique, « Faut-il abandonner la position originelle ? », *Les Études philosophiques*, 145, Presses Universitaires de France, 2023, n° 2, p. 69-86.

MURAD Mohammad Hassan, STUBBS James R., GANDHI Manish J. *et al.*, « The effect of plasma transfusion on morbidity and mortality: a systematic review and meta-analysis », *Transfusion*, 50, juin 2010, n° 6, p. 1370-1383.

MURE-ZAMPARINI M., FIANT A. -L., FILIPOV T. *et al.*, « Lidocaïne intraveineuse : une utilisation croissante, mais pourtant hors AMM », *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 33, septembre 2014, n° 9, p. 550-551.

NEILSON Grainne et CHAIMOWITZ Gary, « Informed Consent to Treatment in Psychiatry », *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 60, avril 2015, n° 4, p. 1-11.

Idem., « Le consentement libre et éclairé aux soins en psychiatrie », *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 60, avril 2015, n° 4, p. 1-12.

NICOLAS JOURNET, « La prohibition de l'inceste : un interdit universel », *La culture*, 2002, p. 71-77.

OUARAD G., LAPOSTOLLE F., LINVAL F. *et al.*, « Admission en soins psychiatriques a la demande d'un tiers: de l'appel au SAMU a l'hospitalisation », *Encéphale*, 48, Elsevier Masson SAS, 2022, n° 3, p. 273-279.

PALMARO Aurore, BISSUEL Raphael, RENAUD Nicholas *et al.*, « Off-Label Prescribing in Pediatric Outpatients », *Pediatrics*, 135, janvier 2015, n° 1, p. 49-58.

PASQUIER Pierre, BAZIN Sébastien et PETIT Ludovic, « The French Syrette of morphine for administration to combat casualties », *British Journal of Pain*, 10, mai 2016, n° 2, p. 66.

PAUL Bourret, « Historique des secours d'urgence : les premières expériences françaises de secours médicaux », *La revue des SAMU*, 1977, n° 2, p. 112-114.

PAUL Cazalbou, « De la responsabilité pénale du masseur-kinésithérapeute face à l'urgence », *Kinesither Rev* 2019;19(210), 2019, p. 23-26.

PAUL Denis, « « Restriction de la douleur, douleur de la restriction », *Le Carnet PSY*, vol. 177, no. 1, 2014, pp. 37-40 » .

PAUL Morillon, « Aiôn. Le temps chez les Romains », *Revue belge de philologie et d'histoire*, tome 57, fasc. 2, 1979. *Histoire (depuis l'Antiquité) - Geschiedenis (sedert de Oudheid)*, 1979.

PAUL Peigne, « Chronos vs. Kairos, quand les temps de l'organisation s'affrontent au lieu de se compléter : risques et paradoxes temporels du changement organisationnel », *Communiquer*, 2011, n° 5, p. 1-22.

PAULINE Vaucourt, CAMILLE Bréhin, PHILIPPE Bargain *et al.*, « Paediatric and adult emergencies on French airlines », *Journal of Travel Medicine*, 27, mars 2020, n° 2, p. taz094.

PERSAD Govind, WERTHEIMER Alan et EMANUEL Ezekiel J., « Principles for allocation of scarce medical interventions », *Lancet (London, England)*, 373, janvier 2009, n° 9661, p. 423-431.

PHILIPPA Bain, « Patients sortant sans soins : qui, pourquoi, que deviennent-ils, qu'est-ce qui aurait pu les retenir, reviendront-ils : une étude cas-témoins », *SMFU*, 2015.

PHILIPPE Jean-Marc, DELVECCHIO Enzo et FOFANA Vamara, « Organisation de la réponse médicale en cas d'événement radiologique », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 7, juin 2023, n° 2, p. 86-91.

PIEKARSKI D., GUEZ L. et DE TOURNEMIRE R., « Accueil, évaluation et orientation de l'adolescent aux urgences hospitalières pédiatriques », *Perfectionnement en Pédiatrie*, 6, mars 2023, n° 1, p. 12-15.

PIERANTONI Emmanuel, « Moyens sanitaires exceptionnels spécifiques en mer et en montagne : le PSM milieu périlleux », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 7, mars 2023, n° 1, p. 23-27.

PIERRE TABOULET, MOREIRA Véronique, HAAS Laurent *et al.*, « Triage avec l'échelle française de classification des infirmiers urgentistes à l'hôpital : fiabilité et validité », *European Journal of Emergency Medicine: Official Journal of the European Society for Emergency Medicine*, 16, avril 2009, n° 2, p. 61-67.

PIKETTY Thomas et SAEZ Emmanuel, « Inequality in the long run », *Science (New York, N.Y.)*, 344, mai 2014, n° 6186, p. 838-843.

PIOUD V., THÉVENIAUD L., MALBRANCHE C. *et al.*, « Les plans d'urgence : état des lieux et implication du pharmacien hospitalier dans leur mise en œuvre », *Le Pharmacien Hospitalier*, 44, mars 2009, n° 1, p. 27-35.

PLANTAMURA J., DORANDEU F., BURNAT P. *et al.*, « L'arsine : un toxique chimique industriel peu connu », *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 69, juillet 2011, n° 4, p. 196-200.

POUSSON Jeanna-Eve, JUSOT Florence, SILBERZAN Léna *et al.*, « Social inequalities in medical appointment cancellations and reschedulings at the onset of the COVID-19 epidemic in France », *European Journal of Public Health*, 34, août 2024, n° 4, p. 652-659.

QUAGLIERINI Bertrand et GENOTELLE Nicolas, « Le consentement du patient aux actes de secours lors d'interventions extrahospitalières », *Médecine & droit*, 2019, Elsevier Masson SAS, 2019, n° 157, p. 89-101.

RAFFI F, « Bioterrorisme : sommes-nous prêts ? », *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 22, février 2003, n° 2, p. 86-87.

RAYNAUD Laurent, NGUYEN DAC Christelle, BEAUSSAC Madeleine *et al.*, « Évacuations sanitaires aériennes collectives du service de santé des Armées français – MoRPHEE et MEROPE – au profit de patients en syndrome de détresse respiratoire aigu lié à la COVID-19 », *Médecine De Catastrophe, Urgences Collectives*, 6, mars 2022, n° 1, p. 13-19.

REINGARDIENE Dagmara, « The consequence of epinephrine (adrenaline) overdose », *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 42, 2006, n° 7, p. 606-609.

RENAUDIE Olivier, « Hospitalisation psychiatrique Hospitalisation d'office Sortie d'essai Recours pour excès de pouvoir », *Revue de droit sanitaire et social*, Dalloz 1980-...., 2010, n° 6.

RICCIONI Luigi, BERTOLINI Guido, GIANNINI Alberto *et al.*, « Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments, in exceptional, resource-limited circumstances. », *Recenti Progressi in Medicina*, 111, avril 2020, n° 4, p. 207-211.

RICHARD Christophe, PERENNOU Thomas, CHAPUIS Bruno *et al.*, « La stratégie de résilience continue du RRF », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 8, mars 2024, n° 1, p. 3-7.

RICHARD Marie-Jeanne et MONNIER Alain, « Du programme de soins sans consentement au projet de soins pour tous », *L'information psychiatrique*, 96, John Libbey Eurotext, 2020, n° 1, p. 21-26.

RICHARD-DEVANTOY S., OLIE J. -P. et GOUREVITCH R., « Risque d'homicide et troubles mentaux graves : revue critique de la littérature », *L'Encéphale*, 35, décembre 2009, n° 6, p. 521-530.

RIGAUDEAU Sophie, MICOL Romain, BRICAIRE François *et al.*, « Les virus des encéphalites virales, une nouvelle menace bioterroriste », *La Presse Médicale*, 34, janvier 2005, n° 2, Part 2, p. 161-168.

RIGAUX Élisabeth, BRAULT Nadine et FLEURY Chantal, « Accueillir des tout-petits en urgence », *Enfances & Psy*, 18, Érés, 2002, n° 2, p. 62-70.

RISINGER William B. et SMITH Jason W., « Damage Control Surgery in Emergency General Surgery: What You Need to Know », *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, juillet 2023.

ROLAND ROCTON, « L'urgence en kinésithérapie, point de vue de l'expert », *Kinesither Rev* 2019;19(210), 2019, p. 27-31.

RONCHI Luc, TOURTIER Jean-Pierre et JULIEN Henri, « Recherche et publications, défis français de la médecine de catastrophe », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 4, avril 2020, n° 1, p. 9-12.

ROSSAINT Rolf, BOUILLON Bertil, CERNY Vladimir *et al.*, « Management of bleeding following major trauma: an updated European guideline », *Critical Care (London, England)*, 14, 2010, n° 2, p. R52.

RUESCHE Laura, « Contention physique en psychiatrie : évaluation et amélioration des pratiques (EPP/APP) dans deux Établissements publics de santé mentale en Bretagne », février 2018, p. 109.

SAÏDI Abdelhamid, « Urgence psychiatrique : sous-estimation des antécédents suicidaires... et suicide du patient », *Santé mentale et Droit*, 23, septembre 2023, n° 5, p. 945-947.

SAILAS E. et FENTON M., « Seclusion and restraint in psychiatry: A cochrane systematic review », *Schizophrenia Research*, 1, 2000, n° 41, p. 232.

SAINT-ARNAUD Louise, MARCHE-PAILLE Anne et TOULOUSE Georges, « Les métiers de l'urgence : des stratégies défensives au-delà du genre », *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 75, novembre 2014, n° 5, p. 516-517.

SARDON Jean-Paul, « De la longue histoire des épidémies au Covid-19 », *Les Analyses de Population & Avenir*, 26, Association Population & Avenir, 2020, n° 8, p. 1-18.

SCHEIFER C., GEORGIN-LAVIALLE S., DZIERZYNSKI N. *et al.*, « Intrication des problèmes psychiatriques et somatiques en médecine d'aval des urgences : étude transversale de 104 séjours », *La Revue de Médecine Interne*, 37, juin 2016, p. A81-A82.

SCHEUNEMANN Leslie P. et WHITE Douglas B., « The Ethics and Reality of Rationing in Medicine », *Chest*, 140, décembre 2011, n° 6, p. 1625-1632.

SCHMOLL S., BOYER L., HENRY J.-M. *et al.*, « Patients récurrents aux urgences psychiatriques : analyse démographique et clinique », *L'Encéphale*, 41, avril 2015, n° 2, p. 123-129.

SEBTI K. et BENJAAFAR A., « Profil de la tuberculose en transplantation rénale », *Néphrologie & Thérapeutique*, 15, septembre 2019, n° 5, p. 393.

SIMON Marc, « Afflux massif de victimes et désorganisation des urgences », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 4, décembre 2020, n° 4, p. 301-303.

SIMON N, ALLAND M, BRUN-NEY D, BOURRIER P, COPPERE B, COURANT P, ET AL., « Le traitement médicamenteux de la douleur de l'adulte dans un service d'accueil et d'urgence. *Reanim Urgence* 1993;2:321—7. »

SOLMI Marco, RADUA Joaquim, OLIVOLA Miriam *et al.*, « Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies », *Molecular Psychiatry*, 27, janvier 2022, n° 1, p. 281-295.

STÉNOU V., LEVÉZIEL D., AMIOT F. *et al.*, « L'unité mobile de télémédecine ou unité médicale phygitale, un nouveau vecteur de prise en charge des soins non programmés en médecine générale, permet-elle de diminuer le recours au SAU (service d'accueil des urgences) ? », *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*, 34, décembre 2022, n° 4, p. 156-165.

STHENEUR C., SZNAJDER M., GUYOT C. *et al.*, « Les urgences, un lieu de repérage des adolescents en difficulté », *Archives de Pédiatrie*, 21, juin 2014, n° 6, p. 593-600.

STIEGLER M. P., NEELANKAVIL J. P., CANALES C. *et al.*, « Cognitive errors detected in anaesthesiology: a literature review and pilot study », *British Journal of Anaesthesia*, 108, Elsevier, février 2012, n° 2, p. 229-235.

TABOULET P., MAILLARD-ACKER C. et RANCHON G., « Triage des patients à l'accueil d'une structure d'urgences. Présentation de l'échelle de tri élaborée par la Société française de médecine d'urgence : la French Emergency Nurses Classification in Hospital (FRENCH) », *Annales françaises de médecine d'urgence*, 9, janvier 2019, n° 1, p. 51-59.

TARTOF Sara Y., SLEZAK Jeff M., FISCHER Heidi *et al.*, « Effectiveness of mRNA BNT162b2 COVID-19 vaccine up to 6 months in a large integrated health system in the USA: a retrospective cohort study », *Lancet (London, England)*, 398, octobre 2021, n° 10309, p. 1407-1416.

THERVET Eric, « Évaluation et sélection des donneurs d'organe » , *EMC - Néphrologie*.

TREBALAG Anne-Kristelle, BREUER-WIRBEL Emmanuel, K'OURIO Hélène *et al.*, « Prise en charge des mineurs non accompagnés en service d'urgences psychiatriques », *Soins Psychiatrie*, 40, septembre 2019, n° 324, p. 21-24.

VALETTE P., « La régulation médicale: la parole du médecin urgentiste », *Journal européen des urgences et de réanimation*, 34, Elsevier Masson SAS, 2022, n° 1, p. 8-14.

VANDENBERGHE-DÜRR Sophie, HARR Thomas et VANDENBERGHE Frederik, « Antihistamines : An ongoing narrative », *Revue Medicale Suisse*, 20, avril 2024, n° 868, p. 711-719.

VANDWALLE J., SPIE R., JARRY G. *et al.*, « Phéochromocytome et défaillance cardiaque : une indication exceptionnelle de surrénalectomie en urgence ou semi-urgence », *Progrès en Urologie*, 20, juillet 2010, n° 7, p. 498-502.

VIVIEN Benoît, « Adaptation de la régulation médicale du SAMU face à la pandémie de la COVID-19 », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 4, décembre 2020, n° 4, p. 345-350.

WALKOWIAK Patrick et WAGENHEIM Cédric, « Prise en charge des patients et protection de l'établissement face au risque NRBC-E », *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 4, décembre 2020, n° 4, p. 309-312.

WALTER Emmanuel B., TALAAT Kawsar R., SABHARWAL Charu *et al.*, « Evaluation of the BNT162b2 Covid-19 Vaccine in Children 5 to 11 Years of Age », *New England Journal of Medicine*, 386, Massachusetts Medical Society, janvier 2022, n° 1, p. 35-46.

WILKINSON Dominic, ZOHNY Hazem, KAPPES Andreas *et al.*, « Which factors should be included in triage? An online survey of the attitudes of the UK general public to pandemic triage dilemmas », *BMJ open*, 10, décembre 2020, n° 12, p. e045593.

YANG Xiaobo, YU Yuan, XU Jiqian *et al.*, « Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study » , *The Lancet Respiratory Medicine*, 0, Elsevier, février 2020, n° 0.

ZALFANI Saida, ABDELMOUMEN Samir, BEN HAMIDA Mylene *et al.*, « Gestion des secours médicaux des victimes de l'attentat du musée du Bardo par le SAMU01 », *Anesthésie & Réanimation*, 1, septembre 2015, p. A255.

ZENELI Anita, BRANDI Giovanni, DI PASQUALE Giuseppe *et al.*, « Identifying ethical values for guiding triage decisions during the COVID-19 pandemic: an Italian ethical committee perspective using Delphi methodology », *BMJ open*, 11, mai 2021, n° 5, p. e043239.

ZETTLER Patricia J., GUERRINI Christi J. et SHERKOW Jacob S., « Regulating genetic biohacking », *Science (New York, N.Y.)*, 365, juillet 2019, n° 6448, p. 34-36.

ZIMMERMANN Petra, PITTET Laure F., FINN Adam *et al.*, « Should children be vaccinated against COVID-19? », *Archives of Disease in Childhood*, 107, mars 2022, n° 3, p. e1.

Aucun auteur répertorié :

DREES, « Hospitalisations pour gestes auto-infligés : une progression inédite chez les adolescentes et les jeunes femmes en 2021 et 2022, mai 2024, n° 1300.

« Ne pas outrepasser le passe sanitaire », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 206, Elsevier Masson SAS, 2022, n° 1, p. 3-4.

« Medical emergencies: managing in-flight medical events », 2016, p. 12.

« Accidental injection with adrenaline autoinjectors », *Prescrire International*, 21, octobre 2012, n° 131, p. 236-237, 239.

« Les impératifs et les particularités du transport hélicoptéré des blessés », *Le praticien en anesthésie réanimation*, 4, 2001, n° 5, p. 201-207.

ARTICLES DE REVUES DE PRESSE

CARPENTIER Thomas, « État d'exception et dictature », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, 2011, n° 20, p. 75-93 ».

GALINIER Simon, « Coronavirus. À Toulouse, le CNES crée un outil pour brancher 3 patients sur un même respirateur médical » [en ligne].

HANS Thierry, « Les opératrices du SAMU se moquent de Naomi... La jeune maman décède quelques heures plus tard ! (enregistrement) », sur *Hebdi* [en ligne], publié le 27 avril 2018.

ROBERT Louise, « Passe sanitaire à l'hôpital: « Une réflexion profonde s'impose sur la notion d'urgence en santé », *Le Monde.fr*, Le Monde, 2021.

Ministère de la Transition écologique, Explosion d'un silo de malt et d'orge dans une malterie », sur *La référence du retour d'expérience sur accidents technologiques* [en ligne].

Ministère de la Transition écologique, Explosion d'un stock de nitrate d'ammonium dans une usine d'engrais », sur *La référence du retour d'expérience sur accidents technologiques* [en ligne].

Le Progrès. « Loire. Morte après des appels au Samu 42 »

JURISPRUDENCE

Jurisprudence administrative

Conseil d'Etat, du 29 mars 1901, 94580, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, du 18 avril 1902, 04749, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, du 10 août 1917, 59855, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, du 28 juin 1918, 63412, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, du 28 février 1919, 61593, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, du 10 juin 1921, 45681, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, du 30 novembre 1923, 38284 48688, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, Section, du 10 janvier 1930, 97263 05822, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, Section, du 30 mai 1930, 06781, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, Assemblée, du 17 juin 1932, n° 12045, Ville de Castelnaudary

Conseil d'État, 16 mai 1941, Courrent

Conseil d'État, 28 mars 1947, n° 81678

Conseil d'Etat, Section, du 5 mars 1948, Sieur Marion et autres contre Commune de Saint-Valéry-sur-Somme, n° 86937

Conseil d'État, Laugier, 16 avril 1948

Conseil d'Etat, Section, du 27 novembre 1953, Chambre Syndicale de la propriété bâtie de la Baule, Lebon 1953 p.519

Conseil d'Etat, 18 décembre 1953, Sieur Fresnais, req. n°9636 Lebon 56

Conseil d'Etat, 19 octobre 1956, n°32.826, Arrêt Princeteau, Lebon, p. 378

Conseil d'État, 19 octobre 1962, Canal, Robin et Godot, n° 58502

Conseil d'Etat, 4 / 2 SSR, du 25 octobre 1967, 68876, mentionné aux tables du recueil Lebon

Conseil d'Etat, du 26 juin 1968, 70409, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, Assemblée, du 12 juillet 1969, 76089, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, du 9 janvier 1970, 73067, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, Section, du 25 septembre 1970, 73707 73727, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, Section, 2 octobre 1970, 16566

Conseil d'Etat, Section, du 9 octobre 1970, 74635, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, Assemblée, du 12 février 1971, 72495, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, Section, du 26 février 1971, 77459, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, Section, du 19 mars 1971, 79962, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, Assemblée, du 12 avril 1972, 82681, publié au recueil Lebon
Conseil d'Etat, Section, du 26 janvier 1973, 84768, publié au recueil Lebon
Conseil d'Etat, Assemblée, du 8 juin 1973, 80232, publié au recueil Lebon
Conseil d'Etat, Section, du 23 juillet 1974, 91338, publié au recueil Lebon
Conseil d'Etat, 5 / 3 SSR, du 5 mars 1975, 91211, publié au recueil Lebon
Conseil d'Etat, Section, du 1 juillet 1977, 97476, publié au recueil Lebon
Conseil d'Etat, Section, du 30 mars 1979, 09369 09413, publié au recueil Lebon
Conseil d'Etat, 5 / 3 SSR, du 16 avril 1980, 01643 02777, inédit au recueil Lebon
Conseil d'Etat, 4 / 1 SSR, du 3 décembre 1980, 19433, inédit au recueil Lebon
Conseil d'Etat, Section, du 6 mars 1981, 25105, publié au recueil Lebon
Conseil d'Etat, 3 / 5 SSR, du 10 décembre 1982, 33373, mentionné aux tables du recueil Lebon
Conseil d'Etat, 1 / 4 SSR, du 2 décembre 1983, 13205, publié au recueil Lebon
Conseil d'Etat, 3 / 5 SSR, du 10 février 1984, 32794 39790, publié au recueil Lebon
Conseil d'Etat, 2 / 6 SSR, du 22 juin 1984, 40605, mentionné aux tables du recueil Lebon
Conseil d'Etat, Section, du 12 octobre 1984, 34671, publié au recueil Lebon
Conseil d'Etat, 5 / 3 SSR, du 8 octobre 1986, 61503 61495, publié au recueil Lebon
Conseil d'Etat, Section, du 12 décembre 1986, 57214 57789, publié au recueil Lebon
Conseil d'Etat, 3 / 5 SSR, du 30 septembre 1988, 66223, inédit au recueil Lebon
Conseil d'Etat, 5 / 3 SSR, du 9 décembre 1988, 65087, publié au recueil Lebon
Conseil d'Etat, 5 / 10 SSR, du 1 mars 1989, 67255, publié au recueil Lebon
Conseil d'Etat, Assemblée, du 10 avril 1992, 79027, publié au recueil Lebon
Conseil d'Etat, 1 / 4 SSR, du 29 juillet 1994, 102334, publié au recueil Lebon
Conseil d'Etat, 8 / 9 SSR, du 9 novembre 1994, 125210, mentionné aux tables du recueil Lebon
Conseil d'Etat, 2 / 6 SSR, du 26 juin 1996, 132043, mentionné aux tables du recueil Lebon
Conseil d'Etat, 5 / 3 SSR, du 31 juillet 1996, 126120 126684, publié au recueil Lebon
Conseil d'Etat, 7 / 10 SSR, du 15 novembre 1996, 172806, publié au recueil Lebon
Conseil d'Etat, Section, du 14 février 1997, 133238, publié au recueil Lebon
Conseil d'Etat, Section, du 20 juin 1997, 139495, publié au recueil Lebon
Conseil d'Etat, 1 / 4 SSR, du 17 novembre 1997, 155196, publié au recueil Lebon
Conseil d'Etat, 10 / 7 SSR, du 18 février 1998, 171851, mentionné aux tables du recueil Lebon
Conseil d'Etat, Section, du 13 mars 1998, 89370, publié au recueil Lebon
Conseil d'Etat, 5 / 3 SSR, du 6 avril 1998, 142845, mentionné aux tables du recueil Lebon
Conseil d'Etat, 8 / 9 SSR, du 29 avril 1998, 164012, publié au recueil Lebon
Conseil d'Etat, 5 / 3 SSR, du 16 novembre 1998, 178585, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, 5 / 3 SSR, du 29 janvier 1999, 185034, inédit au recueil Lebon

Conseil d'Etat, du 5 janvier 2000, 198530, inédit au recueil Lebon

Conseil d'Etat, Section, du 5 janvier 2000, n°181899, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, du 29 mai 2000, 199321, inédit au recueil Lebon

Conseil d'Etat, 5 / 7 SSR, du 16 juin 2000, 196255, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, 5 / 7 SSR, du 23 juin 2000, 167258, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, 8 / 3 SSR, du 23 juin 2000, 215109, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, Juge des référés, du 8 janvier 2001, 222814, inédit au recueil Lebon

Conseil d'Etat, 5 / 7 SSR, du 15 janvier 2001, 184386, mentionné aux tables du recueil Lebon

Conseil d'Etat, Section, du 19 janvier 2001, 228815, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, Ordonnance du juge des référés, du 1 février 2001, 228875 229018, inédit au recueil Lebon

Conseil d'Etat, Section, du 28 février 2001, 230112 230520, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, Ordonnance du juge des référés (M. Labetoulle), du 20 mars 2001, 230462, mentionné aux tables du recueil Lebon

Conseil d'Etat, Section, du 25 avril 2001, 230025, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, Juge des référés, 26/04/2001, 231870, Publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, 2 / 1 SSR, du 4 juillet 2001, 219658, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, Ordonnance du juge des référés (M. Genevois), du 11 juillet 2001, 235603, mentionné aux tables du recueil Lebon

Conseil d'Etat, Ordonnance du juge des référés (M. Labetoulle), du 14 septembre 2001, 238110, mentionné aux tables du recueil Lebon

Conseil d'Etat, 4 / 6 SSR, du 19 octobre 2001, 234352, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, Assemblée, du 26 octobre 2001, 198546, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, Juge des référés, du 1 février 2002, 241204, mentionné aux tables du recueil Lebon

Conseil d'Etat, 5 / 7 SSR, du 27 février 2002, 184009, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, Juge des référés, du 25 avril 2002, 245414, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, Ord., 16 août 2002, Feuillatey, n° 249552

Conseil d'Etat, référé, 16 août 2002, n° 249552, Mme F. et Mme F., épouse G.

Conseil d'Etat, 5 / 7 SSR, du 13 novembre 2002, 248310, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, 3ème et 8ème sous-sections réunies, du 16 juin 2003, 253290, mentionné aux tables du recueil Lebon

Conseil d'Etat, 5ème et 7ème sous-sections réunies, du 29 septembre 2003, 218217, mentionné aux tables du recueil Lebon

Conseil d'Etat, Section du Contentieux, du 5 novembre 2003, 259339, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, 1ère et 2ème sous-sections réunies, du 3 décembre 2003, 244867, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, 2ème et 7ème sous-sections réunies, du 23 janvier 2004, 257106, mentionné aux tables du recueil Lebon

Conseil d'Etat, Assemblée, du 3 mars 2004, 222918, publié au recueil Lebon

Conseil d'État, Assemblée, 11/05/2004, 255886, Publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, 5ème et 4ème sous-sections réunies, du 9 février 2005, 255990, inédit au recueil Lebon

Conseil d'Etat, 5ème et 4ème sous-sections réunies, du 27 juin 2005, 250483, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, 7ème et 2ème sous-sections réunies, du 1 juillet 2005, 258208, mentionné aux tables du recueil Lebon

Conseil d'État, 1ère et 6ème sous-sections réunies, 26/09/2005, 270234, Publié au recueil Lebon, 2005.

Conseil d'Etat, 5ème et 4ème sous-sections réunies, du 10 octobre 2005, 259205, publié au recueil Lebon

Conseil d'État, Section du Contentieux, 18/11/2005, 271898, Publié au recueil Lebon, 2005.

Conseil d'État, Juge des référés, 09/12/2005, 287777, Publié au recueil Lebon, 2005.

Conseil d'Etat, Assemblée, du 24 mars 2006, 286834, publié au recueil Lebon

Conseil d'État, 10ème / 9ème SSR, 17/11/2006, 270863, Inédit au recueil Lebon, 2006.

Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 20/12/2006, 262280, 2006.

Conseil d'État, 2ème et 7ème sous-sections réunies, 24/01/2007, 289646, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 09/03/2007, 267635, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 16/05/2007, 268275, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 6ème et 1ère sous-sections réunies, 19/12/2007, 288017

Conseil d'État, Section du Contentieux, 21/12/2007, 289328, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, Section du Contentieux, 30/01/2009, 290236, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, 6ème sous-section jugeant seule, 25/03/2009, 318358, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 30/03/2009, 304462, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, Section du Contentieux, 17/07/2009, 295653, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, Section du Contentieux, 12/10/2009, 297075, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 21/10/2009, 314759

Conseil d'État, 6ème et 1ère sous-sections réunies, 02/12/2009, 309684, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 18/02/2010, 318891, 2010.

Conseil d'État, Juge des référés, 16/06/2010, 340250, Publié au recueil Lebon, 2010.

Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 02/07/2010, 323885, Inédit au recueil Lebon, 2010.

Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 03/12/2010, 334622, 2010.

Conseil d'État, 3ème sous-section jugeant seule, 30/03/2011, 323889, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 1ère et 6ème sous-sections réunies, 27/04/2011, 334396, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, Section du Contentieux, 27/04/2011, 335370, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 11/07/2011, 328183

Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 28/07/2011, 331126

Conseil d'État, Assemblée, 26/10/2011, 317827, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 14/11/2011, 337715, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 12/03/2012, 342774

Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 24/04/2012, 328033

Conseil d'État, 10ème et 9ème sous-sections réunies, 30/05/2012, 351551

Conseil d'État, Juge des référés, 16/07/2012, 360793, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 24/09/2012, 336223

Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 24/09/2012, 339285

Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 24/09/2012, 342990, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 10/10/2012, 350426, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, 3ème et 8ème sous-sections réunies, 21/11/2012, 344561, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème sous-section jugeant seule, 12/12/2012, 345139, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 2ème et 7ème sous-sections réunies, 26/12/2012, 352117

Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 20/03/2013, 350608

Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 25/07/2013, 354956, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème - 4ème SSR, 07/10/2013, 337851, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 06/11/2013, 349245, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, Juge des référés, 09/01/2014, 374508, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème sous-section jugeant seule, 26/02/2014, 356595, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 4ème SSJS, 07/05/2014, 359076, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, Assemblée, 24/06/2014, 375081, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, 4ème / 5ème SSR, 19/09/2014, 361534

Conseil d'État, 9ème / 10ème SSR, 10/10/2014, 356722, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, 4ème SSJS, 24/10/2014, 373820, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème / 4ème SSR, 12/12/2014, 355052, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème / 4ème SSR, 12/12/2014, 365211

Conseil d'État, Assemblée, 30/12/2014, 381245, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème SSJS, 13/02/2015, 366133, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 06/03/2015, 368010, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 4ème / 5ème SSR, 18/03/2015, 363985

Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 15/04/2015, 370309, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème / 4ème SSR, 29/04/2015, 369473, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème / 4ème SSR, 03/07/2015, 372257, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, Juge des référés, 23/11/2015, 394540, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, Section, 11/12/2015, 395009, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, Juge des référés, 27/01/2016, 396220, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème SSJS, 10/03/2016, 386362, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 07/04/2016, 376080

Conseil d'État, 5ème - 4ème chambres réunies, 27/05/2016, 391149

Conseil d'État, Assemblée, 31/05/2016, 396848, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème - 4ème chambres réunies, 16/06/2016, 382479

Conseil d'État, 5ème - 4ème chambres réunies, 27/06/2016, 384156

Conseil d'État, 5ème - 4ème chambres réunies, 27/06/2016, 386165, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, Assemblée, 13/07/2016, 387763, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème - 4ème chambres réunies, 19/10/2016, 391538, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, 9ème chambre, 04/11/2016, 397729, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 10ème - 9ème chambres réunies, 28/11/2016, 389733

Conseil d'État, 5ème - 4ème chambres réunies, 16/12/2016, 386998, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, Juge des référés, 08/03/2017, 408146, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, 1ère - 6ème chambres réunies, 17/03/2017, 397774, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 3ème - 8ème chambres réunies, 20/03/2017, 395326

Conseil d'État, 9ème chambre, 22/03/2017, 387218, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 1ère chambre, 31/03/2017, 403867, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème - 4ème chambres réunies, 10/05/2017, 397840

Conseil d'État, 2ème - 7ème chambres réunies, 19/07/2017, 402472, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème chambre, 19/07/2017, 395083, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, Juge des référés, formation collégiale, 26/07/2017, 412618, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, 4ème - 5ème chambres réunies, 11/10/2017, 402497

Conseil d'État, 1ère - 6ème chambres réunies, 06/12/2017, 403944, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, 4ème - 5ème chambres réunies, 22/12/2017, 406360

Conseil d'État, Juge des référés, formation collégiale, 05/01/2018, 416689, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème et 6ème chambres réunies, 30/03/2018, 408199, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 7ème - 2ème chambres réunies, 07/06/2018, 406207, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, Juge des référés, formation collégiale, 27/07/2018, 422241

Conseil d'État, 4ème et 1ère chambres réunies, 24/10/2018, 404660

Conseil d'État, Juge des référés, formation collégiale, 17/01/2019, 424042, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème et 6ème chambres réunies, 04/02/2019, 413247

Conseil d'État, 5ème chambre, 15/02/2019, 415988, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème et 6ème chambres réunies, 18/03/2019, 418458

Conseil d'État, 5ème et 6ème chambres réunies, 18/03/2019, 424610

Conseil d'État, Section, 03/06/2019, 414098, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, Section, 01/07/2019, 411263, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, 3ème - 8ème chambres réunies, 11/07/2019, 426060

Conseil d'État, 4ème - 1ère chambres réunies, 04/10/2019, 405992
Conseil d'État, 5ème - 6ème chambres réunies, 13/11/2019, 420299
Conseil d'État, Juge des référés, 20/11/2019, 435785
Conseil d'État, Juge des référés, formation collégiale, 22/03/2020, 439674
Conseil d'État, Juge des référés, 28/03/2020, 439726, Inédit au recueil Lebon
Conseil d'État, Juge des référés, 28/03/2020, 439765
Conseil d'État, Juge des référés, 08/04/2020, 439827, Inédit au recueil Lebon
Conseil d'État, Ordonnance du juge des référés, 15/04/2020, 440002
Conseil d'État, Juge des référés, 17/04/2020, 440057
Conseil d'État, Juge des référés, 18/04/2020, 440012
Conseil d'État, Juge des référés, 20/04/2020, 439983, Inédit au recueil Lebon
Conseil d'État, 05/05/2020, 440229, Inédit au recueil Lebon
Conseil d'État, Juge des référés, 22/05/2020, 440321, Inédit au recueil Lebon
Conseil d'État, 25/05/2020, 440565, Inédit au recueil Lebon
Conseil d'État, Juge des référés, 08/06/2020, 440701, Inédit au recueil Lebon
Conseil d'État, Juge des référés, 18/08/2020, 442581, Inédit au recueil Lebon
Conseil d'État, Juge des référés, 23/10/2020, 445430, Inédit au recueil Lebon
Conseil d'État, 5ème - 6ème chambres réunies, 13/11/2020, 427750
Conseil d'État, Section, 20/11/2020, 419778, Publié au recueil Lebon
Conseil d'État, 22/11/2020, 446723, Inédit au recueil Lebon
Conseil d'État, Juge des référés, 10/12/2020, 447015, Inédit au recueil Lebon
Conseil d'État, 21/12/2020, 447545, Inédit au recueil Lebon
Conseil d'État, 10ème - 9ème chambres réunies, 22/12/2020, 439800
Conseil d'État, 10ème - 9ème chambres réunies, 22/12/2020, 439804
Conseil d'État, 5ème chambre, 31/12/2020, 438295
Conseil d'État, Juge des référés, 21/01/2021, 447878, Inédit au recueil Lebon
Conseil d'État, Juge des référés, 12/03/2021, 449908, Inédit au recueil Lebon
Conseil d'État, Juge des référés, 26/03/2021, 449993, Inédit au recueil Lebon
Conseil d'État, 5ème - 6ème chambres réunies, 27/05/2021, 431557
Conseil d'État, 7ème - 2ème chambres réunies, 29/06/2021, 447872, Inédit au recueil Lebon
Conseil d'État, 10/08/2021, 455270, Inédit au recueil Lebon
Conseil d'État, 5ème - 6ème chambres réunies, 29/09/2021, 432627
Conseil d'État, 5ème - 6ème chambres réunies, 30/11/2021, 443922
Conseil d'État, 16/12/2021, 459307, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 17/12/2021, 459092, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 10ème chambre, 29/12/2021, 451943, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 10ème chambre, 29/12/2021, 451946, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 1ère - 4ème chambres réunies, 30/12/2021, 443335, mentionné dans les tables du recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème - 6ème chambres réunies, 28/01/2022, 457987, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, 1ère chambre, 17/02/2022, 441292, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 9ème chambre, 17/02/2022, 445898, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 2ème - 7ème chambres réunies, 24/02/2022, 454047

Conseil d'État, 7ème - 2ème chambres réunies, 28/03/2022, 453378, Publié au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème chambre, 30/03/2022, 438048, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème - 6ème chambres réunies, 11/05/2022, 439623

Conseil d'État, Juge des référés, 20/05/2022, 463713, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 10ème - 9ème chambres réunies, 27/07/2022, 463850, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, Juge des référés, formation collégiale, 19/08/2022, 466082, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, Juge des référés, formation collégiale, 29/11/2022, 466082, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, Juge des référés, formation collégiale, 12/01/2023, 469669, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 1ère - 4ème chambres réunies, 01/03/2023, 463994, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 10ème chambre, 03/03/2023, 454869, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 10ème chambre, 03/03/2023, 455485, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 10ème chambre, 03/03/2023, 457237, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 10ème chambre, 03/03/2023, 457318, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 10ème chambre, 03/03/2023, 457370, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 10ème chambre, 03/03/2023, 461280, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 10ème chambre, 03/03/2023, 461485, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 10ème chambre, 03/03/2023, 461546, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 10ème chambre, 03/03/2023, 461777, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 10ème chambre, 03/03/2023, 462149, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 10ème chambre, 07/04/2023, 461416, Inédit au recueil Lebon

Conseil d'État, 5ème - 6ème chambres réunies, 12/04/2023, 469086

Conseil d'Etat, Avis n°469086 du 12 avril 2023

Conseil d'État, 5ème - 6ème chambres réunies, 20/06/2023, 455696
Conseil d'État, 10ème chambre, 26/07/2023, 460383, Inédit au recueil Lebon
Conseil d'État, 10ème chambre, 26/07/2023, 462549, Inédit au recueil Lebon
Conseil d'État, 5ème chambre, 10/10/2023, 461535, Inédit au recueil Lebon
Conseil d'État, 5ème chambre, 13/10/2023, 464464, Inédit au recueil Lebon
Conseil d'État, 6ème chambre, 06/12/2023, 464444, Inédit au recueil Lebon
Conseil d'État, 1ère chambre, 14/12/2023, 475567, Inédit au recueil Lebon
Conseil d'État, Juge des référés, 13/02/2024, 491448, Inédit au recueil Lebon
Conseil d'État, 5ème - 6ème chambres réunies, 06/03/2024, 488534, Inédit au recueil Lebon
Conseil d'État, 10ème chambre, 22/03/2024, 469987, Inédit au recueil Lebon
Conseil d'État, 10ème chambre, 09/04/2024, 475638, Inédit au recueil Lebon
Conseil d'État, 10ème - 9ème chambres réunies, 10/06/2024, 490409, Inédit au recueil Lebon
Conseil d'État, 1ère chambre, 26/06/2024, 473854, Inédit au recueil Lebon
Conseil d'État, Juge des référés, formation collégiale, 19/09/2024, 497062, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Paris, 29 mai 1990, CH de Saint-Denis, n°89PA00913
Cour administrative d'appel de Lyon, Plénière, du 21 décembre 1990, 89LY01742, publié au recueil Lebon
Cour administrative d'appel de Lyon, 3e chambre, du 30 mars 1993, 92LY00166, mentionné aux tables du recueil Lebon
Cour administrative d'appel de Bordeaux, 2e chambre, 12 décembre 1994, 92BX00988, mentionné aux tables du recueil Lebon
Cour administrative d'appel de Bordeaux, 2e chambre, du 28 mai 1996, 95BX00820, inédit au recueil Lebon
Cour administrative d'appel de Paris, 3e chambre, du 11 juillet 1997, 96PA00943 96PA01213, inédit au recueil Lebon
Cour administrative d'appel de Nancy, 3e chambre, du 29 janvier 1998, 95NC00177, inédit au recueil Lebon
Cour administrative d'appel de Paris, 2e chambre, du 5 mai 1998, 96PA00850, inédit au recueil Lebon
Cour administrative d'appel de Paris, 3e chambre, du 5 mai 1998, 97PA02455 97PA02529, mentionné aux tables du recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Paris, Plénière, du 9 juin 1998, 95PA03104, publié au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Nantes, 3e chambre, du 30 décembre 1999, 96NT02160, inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Douai, 2e chambre, du 16 octobre 2001, 98DA01966, inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Bordeaux, 2e chambre, 11 juin 2002 n° 98BX01537

Cour administrative d'appel de Bordeaux, 4 mars 2003, Pamphile c/CH de Cayenne , requête n° 99BX02360

Cour administrative d'appel de Douai, 2ème chambre, du 1 juillet 2003, 00DA00233, inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Douai, 2ème chambre, du 12 novembre 2003, 02DA00492, mentionné aux tables du recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Nantes, 4ème chambre, du 12 mars 2004, 01NT00893, inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Nancy, 3ème chambre - formation à 3, du 14 octobre 2004, 99NC00266, inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Douai, 1re chambre - formation à 3, du 2 décembre 2004, 02DA00615, inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Nancy, 3ème chambre - formation à 3, du 27 janvier 2005, 00NC00459, inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Marseille, 5ème chambre - formation à 3, du 4 avril 2005, 01MA02513, inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Paris, Formation plénière, du 15 juin 2005, 01PA03237, publié au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Nantes, 3ème Chambre, du 20 avril 2006, 04NT00534, inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Marseille, 3ème chambre - formation à 3, du 18 mai 2006, 03MA01835, inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Bordeaux, 3ème chambre (formation à 3), du 13 juin 2006, 03BX01900, inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Marseille, 3ème chambre - formation à 3, 19/10/2006, 05MA00624, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Marseille, 3ème chambre - formation à 3, 25/01/2007, 05MA01245, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Marseille, 3ème chambre - formation à 3, 25/01/2007, 05MA01464, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Marseille, 3ème chambre - formation à 3, 12/04/2007, 05MA01343, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Nancy, 3ème chambre - formation à 3, 14/06/2007, 06NC01095, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Marseille, 3ème chambre - formation à 3, 7 février 2008 / n° 06MA01755

Cour administrative d'appel de Nantes, 3ème Chambre, 06/03/2008, 07NT00827, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Bordeaux, 6ème chambre (formation à 3), 18/03/2008, 06BX00859, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Lyon - 6ème chambre - formation à 3, 8 juillet 2008, n°05LY01377

Cour administrative d'appel de Paris, 8ème chambre , 06/10/2008, 07PA03630

Cour administrative d'appel de Versailles, 4ème Chambre, 02/12/2008, 04VE00589, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Lyon, 3ème chambre - formation à 3, 23/12/2008, 06LY02329, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Versailles, 4ème Chambre, 15 septembre 2009, n° 08VE00461

Cour administrative d'appel de Marseille, 3ème chambre - formation à 3, 01/10/2009, 07MA03488, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Lyon, 3 nov. 2009, n°06LY02462

Cour administrative d'appel de Versailles, 4ème Chambre, 29/12/2009, 08VE02135, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Bordeaux, 1ère chambre - formation à 3, 18/03/2010, 09BX01338, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Douai, 2e chambre - formation à 3 (bis), 11/05/2010, 09DA00013, Inédit au recueil Lebon, 2010.

Cour administrative d'appel de Marseille, 2ème chambre - formation à 3, 18/01/2011, 08MA01242, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Nantes, 3ème Chambre, 07/07/2011, 11NT00473, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Marseille, 2ème chambre - formation à 3, 11/07/2011, 09MA01562, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Nantes, 3ème Chambre, 29/03/2012, 10NT01367, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Nantes, 3ème Chambre, 29/03/2012, 10NT01368, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Nantes, 3ème Chambre, 12/04/2012, 10NT00310, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Paris, 4ème chambre, 03/07/2012, 10PA04793, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Douai, 3e chambre - formation à 3, 20/09/2012, 11DA01108, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Marseille, 2ème chambre - formation à 3, 03/12/2012, 11MA04425, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Marseille, 2ème chambre - formation à 3, 29/04/2013, 10MA04566, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Lyon, 6ème chambre - formation à 3, 06/06/2013, 12LY01251, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Marseille, 2ème chambre - formation à 3, 17/06/2013, 11MA00769, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Versailles, 4ème Chambre 9 juillet 2013, n° 12VE00024

Cour administrative d'appel de Bordeaux, 2ème chambre (formation à 3), 19/11/2013, 12BX00332, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Marseille, 2ème chambre - formation à 3, 30/01/2014, 11MA00403, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Marseille, 2ème chambre - formation à 3, 13/02/2014, 11MA02696, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Marseille, 2ème chambre - formation à 3, 13/03/2014, 11MA04479, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Nancy, 3ème chambre - formation à 3 28 mai 2014, n°13NC01409

Cour administrative d'appel de Marseille, 2ème chambre - formation à 3, 05/06/2014, 12MA02306, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Marseille, 2ème chambre - formation à 3, 16/10/2014, 13MA02518, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Douai, 2e chambre, formation à 3, 20/01/2015, 13DA00330, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Marseille, 2ème chambre - formation à 3, 12/03/2015, 10MA03054, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Versailles, 4ème Chambre, 21/04/2015, 14VE00517, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Douai, 2e chambre, formation à 3, 12/05/2015, 13DA02167, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Paris, 8ème chambre , 26/05/2015, 14PA02249, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Bordeaux, 2ème chambre (formation à 3), 30/06/2015, 13BX02180, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Douai, 21/07/2015, 15DA00337, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Nancy, 3ème chambre - formation à 3, 23/07/2015, 14NC00556, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Paris, 6ème Chambre, 31/07/2015, 14PA01699, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Bordeaux, 2ème chambre (formation à 3), 06/10/2015, 13BX03265, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Nantes, 3ème chambre, 07/04/2016, 14NT02841, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Marseille, 2ème chambre - formation à 3, 19/05/2016, 14MA00515, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Nantes, 3ème chambre, 02/06/2016, 14NT02505, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Paris, 3ème chambre, 16/06/2016, 15PA02209, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Marseille, 2ème chambre - formation à 3, 17/10/2016, 12MA00033, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Bordeaux, 2ème chambre - formation à 3, 17 janvier 2017, 14BX03276, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Marseille, 2ème chambre - formation à 3, 30/03/2017, 16MA02034, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Bordeaux, 2ème chambre - formation à 3, 16/05/2017, 15BX02850, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Marseille, 2ème chambre - formation à 3, 29 juin 2017, 15MA02285

Cour administrative d'appel de Nantes, 3ème chambre, 29/09/2017, 15NT03537, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Douai, 23/10/2017, 17DA00370, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Douai, 2ème chambre, formation à 3, 07/12/2017, 15DA00061-15DA00166, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Lyon, 6ème chambre - formation à 3, 14/05/2018, 16LY02121, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Paris, 8ème chambre, 20/09/2018, 18PA00313, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Lyon, 6ème chambre - formation à 3, 27/09/2018, 16LY03362, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Douai, 2ème chambre - formation à 3, 20/11/2018, 16DA01020, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Nantes, 3ème chambre, 07/12/2018, 17NT00949, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Marseille, 2ème chambre - formation à 3, 10/01/2019, 17MA02692, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Marseille, 2ème chambre - formation à 3, 11/04/2019, 17MA02983, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Marseille, 2ème chambre - formation à 3, 11/04/2019, 17MA04091, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Nantes, 3ème chambre, 12/04/2019, 17NT01541, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Bordeaux, 2ème chambre - formation à 3, 28/05/2019, 17BX01806, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Marseille, 2ème chambre - formation à 3, 04/07/2019, 18MA00659, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Nancy, 3ème chambre - formation à 3, 23 juillet 2019, n° 17NC02763

Cour administrative d'appel de Bordeaux, 2ème chambre, 30/07/2019, 17BX03822, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Bordeaux, 2ème chambre, 17/12/2019, 17BX03814, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Versailles, 4ème Chambre, 4 février 2020, n° 16VE00709

Cour administrative d'appel de Bordeaux, 2ème chambre, 09/06/2020, 18BX01476, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Marseille, 01/10/2020, 19MA04677, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Marseille, 2ème chambre, 26/11/2020, 19MA03467 - 19MA03493, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Versailles, 6ème chambre, 11/03/2021, 18VE00440, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Lyon, 6ème chambre, 29/04/2021, 19LY03108, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Douai, 2ème chambre, 11/05/2021, 19DA00427, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Lyon, 6ème chambre, 30/06/2021, 19LY03452, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Paris, 9ème chambre, 24/09/2021, 20PA03771, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Marseille, 2ème chambre, 17/12/2021, 20MA02925, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Versailles, 4ème chambre, 04/01/2022, 20VE01883, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Lyon, 6ème chambre, 06/01/2022, 20LY01441, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Versailles, 2ème chambre, 24 février 2022, n°20VE02056

Cour administrative d'appel de Lyon, 6ème chambre, 17/03/2022, 20LY02103, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Bordeaux, 2ème chambre, 14 avril 2022, 20BX00082, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Marseille, 2ème chambre, 14/04/2022, n° 20MA02675

Cour administrative d'appel de Lyon, 4ème chambre, 17/05/2022, 21LY04105, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Marseille, 2ème chambre, 02/06/2022, 20MA03704, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Toulouse, 3ème chambre, 18/10/2022, 20TL02595, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Bordeaux, 2ème chambre, 20/10/2022, 20BX03081

Cour administrative d'appel de Marseille, 2ème chambre, 25/11/2022, 21MA00341, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Paris, 8ème chambre, 05/12/2022, 19PA03660, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Marseille, 2ème chambre, 10/02/2023, 21MA02788, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Paris, 06/10/2023, 22PA03879, 22PA03991, 22PA03993

Cour administrative d'appel de Douai, 2ème chambre, 10/10/2023, 21DA01977, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Paris, 8ème chambre, 20/10/2023, 22PA03994, Inédit au recueil Lebon

Cour administrative d'appel de Paris, 8ème chambre, 20/10/2023, 22PA03996, Inédit au recueil Lebon

Tribunal Administratif de Strasbourg, 21 avril 1994 n°912471

Tribunal administratif de Marseille, 22 novembre 2011, n°1005400

Tribunal Administratif de Rennes, 18 juin 2012, n°1202373,

Tribunal Administratif de Toulouse, 20 mai 2014, n° 1003261, *X. c/ Etat et SDIS Ariège*

Tribunal Administratif de Cergy-Pontoise, 4 novembre 2014, n°1201770

Tribunal Administratif de Montpellier, 19 janvier 2016, n°1506697

Tribunal Administratif de Montpellier, 5 juillet 2016, n°1506696

Tribunal Administratif de Nantes, 30 juin 2017, n° 1410488

Tribunal Administratif de Nice, 5^e chambre, 2 mai 2018, M. S, n°1503853

Tribunal Administratif de Toulouse, 6 décembre 2018, n°1700871

Tribunal Administratif de Nancy, 23 mai 2019, n°1601926

Tribunal Administratif de Montreuil, 3 avril 2020, n°2003861

Tribunal Administratif de Bordeaux, 15 juillet 2020, n° 1902340

Tribunal Administratif de Toulouse, 24/12/2020, n°2006579

Tribunal Administratif de Paris, 3ème chambre, 28 juin 2022, n°2012679/6-3

Tribunal administratif de Grenoble, 5ème Chambre 13 juin 2023, n°2001339

Jurisprudence judiciaire

Cour de Cassation, Civile, 20 mai 1936 Dr Nicolas c/Mercier

Cour de Cassation, Chambre criminelle, 1er juillet 1937

Cour de Cassation, Chambre des requêtes, 28 janvier 1942, Teyssier, Req., 8 janvier 1942, DC. 1942. J. 63 ; Gaz. Pal. 1942-1, p. 177.

Cour de Cassation, Chambre criminelle, 31 mai 1949, Bull. crim, n° 202

Cour de Cassation, Chambre civile, 29 mai 1951, Consorts Martin contre Birot

Cour de Cassation, Chambre civile 1, 27 oct. 1953 : JCP éd. G 1953, II, p. 7891

Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 21 février 1961, Publié au bulletin

Cour de Cassation, Chambre civile 1, 15 mars 1966 : JCP éd. G 1966, IV, n° 67

Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 24 juillet 1967, 66-93.026, Publié au bulletin

Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 3 juillet 1969, 68-93.493, Publié au bulletin

Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 26 novembre 1969, 69-91.631, Publié au bulletin

Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 17 février 1972, 70-91.746, Publié au bulletin

Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 3 janvier 1973, 71-91.820, Publié au bulletin

Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 14 février 1973, 71-11.822, Publié au bulletin

Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 27 octobre 1982, 81-13.440, Publié au bulletin

Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 9 mai 1983, 82-12.227, Publié au bulletin

Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 29 mai 1984, 82-15.433, Publié au bulletin

Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 29 mai 1984, 82-15.804, Publié au bulletin

Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 19 avril 1988, 86-15.607, Publié au bulletin

Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 11 octobre 1988, 86-12.832, Publié au bulletin

Cour de Cassation, Chambre civile 2, du 7 juin 1989, 88-14.121, Publié au bulletin

Cour de cassation, Chambre criminelle, du 30 octobre 1990, 90-84.918, Inédit, 1990.

Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 2 avril 1992, 90-87.579, Publié au bulletin

Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 3 février 1993, 92-83.526, Publié au bulletin

Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 21 mars 1995, 93-12.768, Inédit

Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 25 février 1997, 94-19.685, Publié au bulletin

Cour de cassation, Chambre civile 2, du 19 mars 1997, n° 93-10.914

Cour de Cassation, Chambre civile 2, du 19 mars 1997, 93-10.914, Publié au bulletin

Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 26 mars 1997, 94-80.239, Inédit

Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 26 mars 1997, 95-81.439, Publié au bulletin

Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 6 août 1997, 95-84.852, Inédit

Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 14 octobre 1997, 95-19.609, Publié au bulletin
 Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 14 octobre 1997, 95-21.390, Publié au bulletin
 Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 28 octobre 1997, 95-17.274, Publié au bulletin
 Cour de cassation, Chambre sociale, 10 décembre 1997, 95-42.661, Publié au bulletin
 Cour de cassation, Chambre sociale, 3 février 1998, 96-42.062, Publié au bulletin, 1998.
 Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 17 février 1998, 95-21.715, Publié au bulletin
 Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 7 octobre 1998, 97-10.267, Publié au bulletin
 Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 7 avril 1999, 97-13.647, Inédit
 Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 13 octobre 1999, 97-16.216, Publié au bulletin
 Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 18 janvier 2000, 97-17.716, Publié au bulletin
 Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 23 mai 2000, 98-18.513, Publié au bulletin
 Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 18 juillet 2000, 99-10.886, Publié au bulletin
 Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 8 novembre 2000, 99-11.735, Publié au bulletin
 Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 10 mai 2001, 01-81.441, Publié au bulletin
 Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 9 octobre 2001, 00-14.564, Publié au bulletin
 Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 22 mai 2002, 00-19.817, Publié au bulletin
 Cour de Cassation, Chambre sociale, du 10 juillet 2002, 00-45.135, Publié au bulletin
 Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 13 novembre 2002, 01-00.377, Publié au bulletin
 Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 18 décembre 2002, 01-03.231, Publié au bulletin
 Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 18 mars 2003, 01-15.196, Inédit
 Cour de Cassation, Chambre civile 2, du 19 juin 2003, 01-13.289, Publié au bulletin
 Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 2 décembre 2003, 02-85.254, Publié au bulletin
 Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 25 mai 2004, 02-17.745, Publié au bulletin
 Cour de Cassation, Chambre civile 2, du 8 juillet 2004, 01-10.426, Publié au bulletin
 Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 21 septembre 2004, 03-85.510, Publié au bulletin
 Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 26 octobre 2004, 03-15.120, Publié au bulletin
 Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 4 janvier 2005, 02-11.339, Publié au bulletin
 Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 21 juin 2005, 03-18.779, Publié au bulletin
 Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 15 novembre 2005, 04-18.180, Publié au bulletin
 Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 29 novembre 2005, 03-16.308, Publié au bulletin
 Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 4 juillet 2006, 04-17.584, Publié au bulletin
 Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 12 septembre 2006, 05-86.700, Publié au bulletin
 Cour de Cassation, Chambre criminelle, 13 février 2007, 06-81.089, Publié au bulletin
 Cour de cassation, Chambre criminelle, 20 mars 2007, 06-89.050, Publié au bulletin

Cour de Cassation, Chambre civile 1, 6 décembre 2007, 06-19.301, Publié au bulletin
Cour de cassation, Chambre civile 1, 20 février 2008, 06-20.384, Publié au bulletin
Cour de cassation, Chambre criminelle, 24 février 2009, 08-84.436, Publié au bulletin
Cour de Cassation, Chambre civile 2, 28 mai 2009, 08-16.829, Publié au bulletin
Cour de Cassation, Chambre civile 1, 17 décembre 2009, 08-21.206 08-21.878, Inédit
Cour de Cassation, Chambre civile 1, 28 janvier 2010, 09-10.992, Publié au bulletin
Cour de Cassation, Chambre criminelle, 9 mars 2010, 09-80.543, Publié au bulletin
Cour de Cassation, Chambre civile 1, 11 mars 2010, 09-11.270, Publié au bulletin
Cour de Cassation, Chambre civile 1, 8 avril 2010, 08-21.058, Publié au bulletin
Cour de Cassation, Chambre civile 1, 3 juin 2010, 09-13.591, Publié au bulletin
Cour de Cassation, Chambre criminelle, 29 juin 2010, 09-84.439, Publié au bulletin
Cour de Cassation, Chambre civile 1, 25 novembre 2010, 09-68.631, Inédit
Cour de Cassation, Chambre criminelle, 27 avril 2011, 10-82.200, Inédit
Cour de Cassation, Chambre civile 1, 12 janvier 2012, 10-24.447, Inédit
Cour de Cassation, Chambre civile 1, 22 mars 2012, 10-27.102, Inédit
Cour de Cassation, Chambre civile 1, 4 mai 2012, 11-13.894, Inédit
Cour de cassation, Chambre civile 1, 23 mai 2012, 12-40.025, Inédit
Cour de cassation, Chambre civile 1, 12 juin 2012, 11-18.327, Publié au bulletin
Cour de cassation, Chambre civile 1, 28 juin 2012, 11-19.265, Publié au bulletin
Cour de Cassation, Chambre civile 1, 12 juillet 2012, 11-17.510, Publié au bulletin
Cour de Cassation, Chambre criminelle, 11 septembre 2012, 11-88.269, Inédit
Cour de Cassation, Chambre civile 1, 26 septembre 2012, 11-22.384, Inédit
Cour de Cassation, Chambre criminelle, 23 octobre 2012, 11-85.360, Inédit
Cour de Cassation, Chambre criminelle, 23 octobre 2012, 11-86.457, Inédit
Cour de Cassation, Chambre criminelle, 15 janvier 2013, 11-87.684, Inédit
Cour de Cassation, Chambre civile 1, 16 janvier 2013, 12-14.097, Inédit
Cour de cassation, Chambre civile 1, 16 janvier 2013, 12-14.439, Publié au bulletin
Cour de Cassation, Chambre civile 1, 6 février 2013, 12-17.423, Publié au bulletin
Cour de Cassation, Chambre civile 1, 20 mars 2013, 12-13.900, Inédit
Cour de Cassation, Chambre civile 1, 24 avril 2013, 12-17.975, Inédit
Cour de Cassation, Chambre criminelle, 4 juin 2013, 12-85.874, Inédit
Cour de Cassation, Chambre criminelle, 26 novembre 2013, 12-86.586, Inédit
Cour de Cassation, Chambre civile 1, 27 novembre 2013, 12-27.961, Inédit
Cour de Cassation, Chambre civile 1, 23 janvier 2014, 12-22.123, Publié au bulletin

Cour de Cassation, Chambre civile 1, 9 avril 2014, 13-14.964, Inédit
Cour de Cassation, Chambre criminelle, 3 juin 2014, 13-81.056, Inédit
Cour de Cassation, Chambre criminelle, 9 septembre 2014, 13-85.057, Inédit
Cour de cassation, Chambre civile 1, 18 décembre 2014, 13-24.924, Inédit
Cour de cassation, Chambre civile 1, 18 décembre 2014, 13-26.816, Publié au bulletin
Cour de Cassation, Chambre civile 1, 4 février 2015, 14-10.337, Publié au bulletin
Cour de Cassation, Chambre civile 1, 5 mars 2015, 14-13.292, Publié au bulletin
Cour de Cassation, Chambre criminelle, 24 mars 2015, 14-83.200, Inédit
Cour de Cassation, Chambre civile 1, 14 janvier 2016, 15-13.081, Inédit
Cour de Cassation, Chambre criminelle, 5 avril 2016, 14-85.189, Inédit
Cour de Cassation, Chambre civile 1, 6 avril 2016, 15-17.351, Inédit
Cour de Cassation, Chambre criminelle, 3 mai 2016, 15-84.171, Inédit
Cour de Cassation, Chambre civile 1, 15 juin 2016, 15-11.339, Inédit
Cour de cassation, Chambre civile 1, 15 juin 2016, 15-16.824, Publié au bulletin
Cour de cassation saisie pour avis, 11 juillet 2016, 16-70.006, Publié au bulletin
Cour de Cassation, Chambre civile 1, 13 juillet 2016, 15-18.370, Inédit
Cour de Cassation, Chambre civile 1, 13 juillet 2016, 15-19.054, Inédit
Cour de Cassation, Chambre criminelle, 27 juillet 2016, 16-80.694, Publié au bulletin
Cour de cassation, Chambre civile 1, 12 octobre 2016, 15-16.894, Publié au bulletin
Cour de Cassation, Chambre civile 1, 25 janvier 2017, 15-27.898, Publié au bulletin
Cour de Cassation, Chambre civile 2, 2 février 2017, 16-11.411, Publié au bulletin
Cour de Cassation, Chambre criminelle, 7 mars 2017, 16-80.754, Inédit
Cour de Cassation, Chambre civile 1, 22 juin 2017, 16-21.141, Inédit
Cour de Cassation, Chambre civile 1, 22 juin 2017, 16-21.296, Inédit
Cour de Cassation, Chambre civile 1, 5 juillet 2017, 16-21.147, Inédit
Cour de cassation, Chambre civile 1, 27 septembre 2017, 16-22.544, Publié au bulletin
Cour de Cassation, Chambre civile 1, 4 octobre 2017, 16-22.283, Publié au bulletin
Cour de Cassation, Chambre criminelle, 24 octobre 2017, 15-87.466
Cour de cassation, Chambre criminelle, 24 octobre 2017, 15-87.466, Inédit , Inédit.
Cour de Cassation, Chambre criminelle, 24 octobre 2017, n° 15-87.466, Inédit
Cour de cassation, Chambre criminelle, 25 septembre 2018, 18-83.956, Inédit
Cour de Cassation, Chambre civile 1, 26 septembre 2018, 17-20.143, Publié au bulletin
Cour de Cassation, Chambre criminelle, 6 novembre 2018, 17-82.973, Inédit

Cour de Cassation, Chambre civile 1, 14 novembre 2018, 17-27.980 17-28.529, Publié au bulletin

Cour de Cassation, Chambre civile 1, 23 janvier 2019, 18-10.706, Publié au bulletin

Cour de Cassation, Chambre civile 1, 23 janvier 2019, 18-11.982, Inédit

Cour de Cassation, Chambre criminelle, 5 mars 2019, 18-80.712, Inédit

Cour de Cassation, Assemblée plénière, 5 avril 2019, 18-17.442, Publié au bulletin

Cour de Cassation, Chambre criminelle, 16 avril 2019, 18-84.566, Inédit

Cour de cassation, Chambre criminelle, 21 mai 2019, 18-83.513, Inédit

Cour de Cassation, Chambre criminelle, 28 mai 2019, 18-83.951, Inédit

Cour de Cassation, Chambre civile 1, 19 juin 2019, 18-20.883, Publié au bulletin

Cour de cassation, Assemblée plénière, 28 juin 2019, 19-17.330 19-17.342, Publié au bulletin

Cour de Cassation, Chambre civile 1, 11 juillet 2019, 19-14.672, Publié au bulletin

Cour de Cassation, Chambre criminelle, 10 septembre 2019, 18-85.019, Inédit

Cour de Cassation, Chambre criminelle, 22 octobre 2019, 18-84.001, Inédit

Cour de Cassation, Chambre civile 1, 7 novembre 2019, 19-18.262, Publié au bulletin

Cour de Cassation, Chambre civile 1, 21 novembre 2019, 19-20.513, Publié au bulletin

Cour de Cassation, Chambre civile 1, 27 novembre 2019, 18-24.906, Inédit

Cour de cassation, Chambre civile 1, 5 décembre 2019, 19-22.930, Publié au bulletin

Cour de cassation, Chambre civile 1, 11 décembre 2019, 18-24.383, Inédit

Cour de Cassation, Chambre sociale, 22 janvier 2020, 19-18.343 19-18.353 19-18.374, Publié au bulletin, 2020.

Cour de cassation, Chambre civile 1, 15 octobre 2020, 20-14.271, Publié au bulletin, 2020.

Cour de cassation, Chambre civile 1, 18 décembre 2020, 20-17.298, Inédit, 2020.

Cour de cassation, Chambre civile 1, 10 février 2021, 19-25.224, Publié au bulletin

Cour de cassation, Chambre civile 1, 3 mars 2021, 19-22.855, Publié au bulletin

Cour de Cassation, 1re civ., 8 juill. 2021, n° 20-23.333

Cour de Cassation, 1re civ., 8 juill. 2021, avis n° 21-70.010

Cour de cassation, Chambre civile 1, 8 juillet 2021, 20-23.333, Inédit

Cour de cassation, Chambre civile 1, 26 janvier 2022, 20-21.680, Inédit

Cour de cassation, Chambre mixte, 25 mars 2022, 20-15.624, Publié au bulletin

Cour de cassation, Chambre mixte, 25 mars 2022, 20-17.072, Publié au bulletin

Cour de cassation, Chambre civile 1, 6 avril 2022, 21-12.825, Publié au bulletin

Cour de cassation, Chambre civile 1, 18 mai 2022, 22-70.003, Publié au bulletin

Cour de cassation, Chambre civile 1, 1 juin 2022, 20-16.909 20-18.595, Inédit

Cour de cassation, Chambre civile 1, 1 juin 2022, 21-10.601, Inédit

Cour de cassation, Chambre civile 1, 15 juin 2022, 21-10.031 21-10.731, Inédit

Cour de cassation, Chambre civile 1, 15 juin 2022, 21-12.742, Publié au bulletin

Cour de cassation, Chambre sociale, 15 juin 2022, 20-21.090, Publié au bulletin

Cour de cassation, Chambre civile 1, 6 juillet 2022, 21-14.939, Inédit

Cour de cassation, Chambre civile 1, 26 octobre 2022, 20-23.333, Publié au bulletin

Cour de cassation, Chambre civile 1, 26 octobre 2022, 21-13.084, Inédit

Cour de cassation, Chambre civile 1, 14 décembre 2022, 21-23.032, Publié au bulletin

Cour de cassation, Chambre civile 1, 8 février 2023, 22-10.852, Publié au bulletin

Cour de cassation, Chambre civile 1, 25 mai 2023, 22-12.108, Publié au bulletin

Cour de cassation, Chambre sociale, 5 juillet 2023, 22-24.712, Publié au bulletin

Cour de cassation, Chambre civile 1, 13 septembre 2023, 22-17.513, Inédit

Cour de cassation, Chambre civile 1, 13 septembre 2023, 22-18.583, Inédit

Cour de cassation, Chambre civile 1, 18 octobre 2023, 22-17.752, Publié au bulletin

Cour de cassation, Chambre civile 1, 14 novembre 2023, 23-14.577, Publié au bulletin

Cour de cassation, Chambre civile 2, 16 novembre 2023, 21-25.194, Publié au bulletin

Cour de cassation, Chambre civile 1, 6 décembre 2023, 22-10.786, Publié au bulletin

Cour de cassation, Chambre civile 1, 6 décembre 2023, 22-17.091, Inédit

Cour de cassation, Chambre civile 1, 6 décembre 2023, 22-18.703, Inédit

Cour de cassation, Chambre civile 1, 20 décembre 2023, 23-15.847, Inédit

Cour de cassation, Chambre civile 1, 31 janvier 2024, 22-23.242, Publié au bulletin

Cour de cassation, Chambre civile 1, 31 janvier 2024, 23-15.969, Publié au bulletin

Cour de cassation, Chambre Civile 1, 28 février 2024, 22-15.888

Cour de cassation, Chambre civile 1, 28 février 2024, 22-15.888, Publié au bulletin

Cour de cassation, Chambre civile 1, 6 mars 2024, 23-70.017, Publié au bulletin

Cour de cassation, Chambre sociale, 13 mars 2024, 22-20.468, Publié au bulletin

Cour de cassation, Chambre civile 1, 20 mars 2024, 22-21.898, Publié au bulletin

Cour de cassation, Chambre civile 1, 20 mars 2024, 22-21.919, Inédit

Cour de cassation, Chambre criminelle, 20 mars 2024, 23-80.886, Publié au bulletin

Cour de cassation, Chambre civile 2, 28 mars 2024, 22-20.599, Publié au bulletin

Cour de cassation, Chambre civile 1, 24 avril 2024, 23-17.467, Inédit

Cour de cassation, Chambre civile 1, 24 avril 2024, 23-17.951, Inédit

Cour de cassation, Chambre civile 1, 24 avril 2024, 23-18.590, Publié au bulletin

Cour de cassation, Chambre civile 1, Section, du 24 avril 2024, n° 23-11.059

Cour de cassation, Chambre civile 1, 26 juin 2024, 23-13.255, Publié au bulletin
Cour de cassation, Chambre civile 1, 26 juin 2024, 23-14.230, Publié au bulletin
Cour de cassation, Chambre civile 1, 26 juin 2024, 23-16.519, Inédit
Cour de cassation, Chambre criminelle, 3 septembre 2024, 23-84.515, Publié au bulletin
Cour de cassation, Chambre civile 1, 4 septembre 2024, 23-13.089 23-14.679, Inédit
Cour de cassation, Chambre civile 1, 16 octobre 2024, 23-11.591, Inédit

Cour d'appel de Paris, 1^{ère} chambre, 20 février 1992, Dalloz 1993 p.30
Cour d'appel de Paris, Chambre correctionnelle, 27 janvier 2000, n°98/04287
Cour d'appel de Pau, Chambre correctionnelle 1, 18 Décembre 2001, 2001.
Cour d'appel de Pau, du 18 décembre 2001, 00/00885
Cour d'appel de Nancy, Chambre correctionnelle 4, 17 Juin 2004, 04/00230, Arrêt 482, 2004.
Cour d'appel de Paris, 1^{re} ch. B, 04 mars 2005
Cour d'appel de Paris, 1^{re} ch. B, 04 mars 2005, Recueil Dalloz 2005, p. 2131
Cour d'appel d'Aix-en-Provence, 20 juin 2005, n° 878/D/2005 ; JurisData n° 2005-282067
Cour d'appel de Rennes, Chambre correctionnelle 3, 27 Décembre 2005
Cour d'appel de Toulouse, 27 février 2006 n° 05/02439
Cour d'appel d'Aix-en-Provence, ch. 10, 21-12-2006 n° 04/10962
Cour d'appel de Papeete, chambre civile, 25 janvier 2007, *Poroi contre Haut-commissaire de la République*, Juris-Data n° 2007-338994, La Semaine Juridique Edition Générale n° 43, 24 octobre 2007, IV 3011.
Cour d'appel d'Amiens, ch. 01 sect. 01, 26 mars 2009, n°08/00031
Cour d'appel de Toulouse, 1^{ère} chambre section 1, 25 octobre 2010, n° 10/01705
Cour d'appel de Montpellier, 17 novembre 2010, n°09/06511
Cour d'appel de Lyon, 28 février 2011, 10/03604, 2007/00476, 10/03604.
Cour d'appel de Metz, 17 avril 2013, n° 13/00228
Cour d'appel de Rennes, 18 septembre 2013, n° 12/04696
Cour d'appel d'Aix-en-Provence, ch. 10, 13 février 2014, n° 2014/00070
Cour d'appel de Dijon, 10 juillet 2014, 12/02147
Cour d'appel de Bordeaux, ch. civile 05, 3 décembre 2014, n° 12/6335
Cour d'appel de Douai, ch. 03, 16 avril 2015, n° 15/307
Cour d'appel de Rouen, ch. civile 01, 10 février 2016, n° 15/00929
Cour d'appel d'Aix-en-Provence, ch. 10, 3 mars 2016, n° 14/20020
Cour d'appel de Paris, Pôle 02 ch. 02, 12 janvier 2017, n° 15/12369

Cour d'appel de de Nîmes, ch. sociale 7 février 2017, n° 15/01175
Cour d'appel d'Aix-en-Provence, ch. 10, 23 février 2017, n° 15/16923
Cour d'appel de Bordeaux, 18 septembre 2017, n°17/00140
Cour d'appel d'Angers, ch. A 19 septembre 2017, n°15/00614
Cour d'appel de Caen, chambre civile 1, 16 janvier 2018, 16/00060
Cour d'appel de d'Aix-en-Provence, ch. 10, 22 novembre 2018, n° 17/11529
Cour d'appel de Reims, 12 février 2019, 18/004581
Cour d'appel de de Colmar, ch. civile 02 sect. A, 7 mars 2019, n° 94/2019
Cour d'appel de Douai, ch. 3, 4 avril 2019, n° 19/199
Cour d'appel de Paris, Pôle 2, chambre 2, 29 août 2019, n° 17/15565
Cour d'appel de Grenoble, 23 septembre 2019, n° 19/00071
Cour d'appel de de Nîmes, ch. civile 01, 07 novembre 2019, n° 17/02065
Cour d'appel de Nîmes, 1ère chambre, 7 novembre 2019, n° 17/02065
Cour d'appel de Nancy, Chambre sociale, section 01, 19 novembre 2019, n°18/02972
Cour d'appel de Caen, 1ère chambre civile, 7 janvier 2020, n° 17/03593
Cour d'appel d'Aix-en-Provence, 11 janvier 2024, n°22/09766
Cour d'appel de Bordeaux, 11 juin 2024, n°21/06943

Tribunal Correctionnel de Metz, 20 mars 1984, 1984, 278-636

Jurisprudence du Tribunal des Conflits

Tribunal des Conflits, *Société immobilière de Saint-Just*, 2 décembre 1902, n°00543, publié au recueil Lebon ;

Tribunal des Conflits, du 21 juin 1993, n° 09-32.866, Publié au bulletin ;

Tribunal des Conflits 9 mai 2016, n° C4046, Mentionné dans les tables du recueil Lebon ;

Tribunal des Conflits, 3 juillet 2023, n° C4279, Publié au recueil Lebon.

Jurisprudence constitutionnelle

Décision n° 97-395 DC du 30 décembre 1997 ;

Décision n° 87-237 DC du 30 décembre 1987 ;

Décision n° 86-215 DC du 03 septembre 1986 ;

Décision n° 80-127 DC du 20 janvier 1981 ;

Décision n° 85-187 DC du 25 janvier 1985 ;

Décision n° 94-343-344 DC du 27 juillet 1994 ;

Décision n° 2008-562 DC du 21 février 2008 ;

Décision n° 2010-54 QPC du 14 octobre 2010 ;

Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 ;

Décision n° 2011-135/140 QPC du 9 juin 2011 ;

Décision n° 2011-174 QPC du 6 octobre 2011 ;

Décision n° 2013-338/339 QPC du 13 septembre 2013 ;

Décision n° 2015-458 QPC du 20 mars 2015 ;

Décision n° 2015-481 QPC du 17 septembre 2015 ;

Décision n° 2016-580 QPC du 5 octobre 2016 ;

Décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017 ;

Décision n° 2019-823 QPC du 31 janvier 2020 ;

Décision n° 2020-799 DC du 26 mars 2020 ;

Décision n° 2020-800 DC du 11 mai 2020 ;

Décision n° 2020-844 QPC du 19 juin 2020 ;

Décision n° 2020-869 QPC du 4 décembre 2020 ;

Décision n° 2021-819 DC du 31 mai 2021 ;

Décision n° 2021-821 DC du 29 juillet 2021 ;

Décision n° 2021-824 DC du 5 août 2021 ;
Décision n° 2021-828 DC du 9 novembre 2021 ;
Décision n° 2022-1022 QPC du 10 novembre 2022 ;
Décision n° 2023-1040/1041 QPC du 31 mars 2023.

Décisions ordinales

CDNOM, 20 novembre 1991, n°4850.
CDNOM, 06 juin 1998, n°6666.
CDNOM, 17 février 2000, n°7225.
CDNOM, 07 février 2002, n°7815.
CNDOM, 18 novembre 2003, n°8678.
CDNOM, 22 mars 2005, n°8967.
CDNOM, 05 janvier 2007, n°13021.
CDNOM, 09 janvier 2007, n°9478.
CDNOM, 07 février 2007, n°9532.
CDNOM, 13 février 2007, n°9526.
CDNOM, 06 novembre 2007, n°9649.
CDNOM, 26 février 2008, n°9745.
CDNOM, 22 décembre 2008, n°10037.
CDNOM, 16 septembre 2010, n°10563.
CDNOM, 22 novembre 2010, n°10600.
CDNOM, 18 janvier 2011, n°10688.
CDNOM, 28 janvier 2011, n°10978.
CDNOM, 16 février 2011, n°10750.
CDNOM, 20 juillet 2011, n°11125.
CDNOM, 06 septembre 2011, n°10876.
CDNOM, 07 septembre 2011, n°10856.
CDNOM, 03 novembre 2011, n°12192.
CDNOM, 04 mai 2012, n° 11073 et 12414
CDNOM, 11 juin 2012, n°11127.
CDNOM, 05 septembre 2012, n°11304.
CDNOM, 17 octobre 2012, n°11210.
CDNOM, 17 octobre 2012, n°11225.

CDNOM, 17 octobre 2012, n°11446.
CDNOM, 14 décembre 2012, n°11430.
CDNOM, 11 janvier 2013, n°11371.
CDNOM, 05 février 2013, n°11361.
CDNOM, 14 février 2013, n°11348.
CDNOM, 26 février 2013, n°11368.
CDNOM, 29 mars 2013, n°11460.
CDNOM, 16 juillet 2013, n°11556.
CDNOM, 25 novembre 2013, n°11906.
CDNOM, 13 décembre 2013, n°11577.
CDNOM, 17 février 2014, n°11966.
CDNOM, 10 mars 2014, n°11681.
CDNOM, 15 mars 2014, n°11870.
CDNOM, 16 avril 2014, n°11740.
CDNOM, 07 mai 2014, n°359076.
CDNOM, 28 mai 2014, n°11889.
CDNOM, 26 juin 2014, n°11820.
CDNOM, 03 juillet 2014, n°12032.
CDNOM, 23 octobre 2014, n°21/09/2015.
CDNOM, 29 octobre 2014, n° 11037bis.
CDNOM, 25 novembre 2014, n°11886.
CDNOM, 11 décembre 2014, n°11952.
CDNOM, 22 janvier 2015, n°11930.
CDNOM, 22 janvier 2015, n°12028.
CDNOM, 23 janvier 2015, n°12026.
CDNOM, 03 avril 2015, n°12107.
CDNOM, 05 mai 2015, n°11576.
CDNOM, 04 juin 2015, n°11812.
CDNOM, 04 juillet 2015, n°12474 et n°12143.
CDNOM, 16 septembre 2015, n°12561.
CDNOM, 21 septembre 2015, n°12576.
CDNOM, *formation restreinte*, 20 octobre 2015, n°298
CDNOM, 21 octobre 2015, n°12315.
CDNOM, 08 février 2016, n°12413

CDNOM, 08 juillet 2016, n°13024.
CDNOM, 08 septembre 2016, n°12637.
CDNOM, 27 octobre 2016, n° 12898.
CDNOM, 30 novembre 2016, n°12850.
CDNOM, 09 janvier 2017, n°12707.
CDNOM, 27 janvier 2017, n°12792.
CDNOM, 16 mars 2017, n°13256.
CDNOM, 07 avril 2017, n°12171.
CDNOM, 28 avril 2017, n°12900.
CDNOM, 28 avril 2017, n°12901.
CDNOM, 28 avril 2017, n°12902.
CDNOM, 28 avril 2017, n°12903.
CDNOM, 28 avril 2017, n°129001.
CDNOM, 13 juin 2017, n°12926.
CDNOM, 27 juin 2017, n°13014.
CDNOM, 15 décembre 2017, n°13329.
CDNOM, 20 février 2018, n°13121.
CDNOM, 06 avril 2018, n°13171.
CDNOM, 30 mai 2018, n°13279.
CDNOM, 21 juin 2018, n°13716.
CDNOM, 13 septembre 2018, n°13472.
CDNOM, 13 septembre 2018, n°13475.
CDNOM, 27 septembre 2018, n°13356.
CDNOM, 29 novembre 2018, n°13493.
CDNOM, 14 décembre 2018, n°13460.
CDNOM, 19 décembre 2018, n°13393.
CDNOM, 21 décembre 2018, n°13446.
CDNOM, 21 janvier 2019, n°13580.
CDNOM, 21 janvier 2019, n°13591.
CDNOM, 18 février 2019, n°13442.
CDNOM, 21 février 2019, n°13422.
CDNOM, 05 mars 2019, n°13534.
CDNOM, 19 mars 2019, n°13438.
CDNOM, 10 juillet 2019, n°13853.

CDNOM, 23 juillet 2019, n°13625.

CDNOM, 06 septembre 2019, 13786.

CDNOM, 10 décembre 2020, n°13874 et n°298.

Jurisprudence supranationale

Tribunal de première instance (troisième chambre) des Communautés européennes du 13 décembre 1995. *Vereniging van Exporteurs in Levende Varkens et autres et Nederlandse Bond van Waaghouders van Levend Vee et autres contre Commission des Communautés européennes*. Affaires jointes T-481/93 et T-484/93.

Tribunal de première instance (deuxième chambre) des Communautés européennes du 21 octobre 2003, *Solvay Pharmaceuticals BV contre Conseil de l'Union européenne*, Affaire T-392/02.

CJUE, 23 septembre 2020, *Vas Megyei Kormányhivatal*, affaire n°C-777/18.

CJUE 12-1-2023 affaire n°154/21, *RW c. Österreichische Post AG*.

CEDH, 24 septembre 1992, *Herczegfalvy c. Autriche*, n°10533/83.

CEDH, 27 septembre 1995, *McCann et autres c. Royaume-Uni*, n°18984/9

CEDH, 26 mars 2002, *affaire Lutz c. France*, requête n° 48215/99.

CEDH, 29 avril 2002, *Pretty c. Royaume-Uni*, n°2346/02

CEDH, 10 février 2004, n° 42023/98.

CEDH, 4e section, 9 mars 2004, *Glass c. Royaume-Uni*, n°61827/00.

CEDH, 19 mai 2004, *R. L. et M.-J. D. c. France*, n° 44568/98.

CEDH, 5 avril 2005, n°54825/00.

CEDH, 2 juin 2009, n° 31675/04.

CEDH, 23 mars 2010, n° 45901/05 et 40146/06.

CEDH, 20 janvier 2011, *Haas contre Suisse*, n° 31322/07.

CEDH, 8 novembre 2011, n° 18968/07.

CEDH, 17 janvier 2012, *Harkins et Adwards c./ Royaume-Uni*, req. n° 9146/07 et 32650/07

CEDH, 8 juillet 2014, n° 14092/06.

CEDH, 6 novembre 2014, n° 12927/13.

CEDH, 19 décembre 2017, n°56080/13.

CEDH, 5e section, 23 janvier 2018, n° 1828/18.

CEDH, 8 févr. 2018, *Goetschy c. France*, req. n° 63323/12.

CEDH, 2 novembre 2023, n°66328/14.

CEDH, 29 août 2024, n°24622/22

CEDH, 17 septembre 2024, *Pindo Mulla c. Espagne*, n°15541/20

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Codes

Code Civil

Code de justice administrative

Code de l'action sociale et des familles

Code de la santé publique

Code de la sécurité intérieure

Code de Procédure Pénale

Code des transports

Code général des collectivités territoriales

Code Pénal

Code pénitentiaire

Code rural et de la pêche maritime

Publications au Journal Officiel

Loi du 3 mars 1822 *relative à la police sanitaire*

Loi du 9 août 1849 *sur l'état de siège*

Loi du 30 novembre 1892 *sur l'exercice illégale de la médecine*

Loi n°68-5 du 3 janvier 1968 *portant réforme du droit des incapables majeurs*

Loi n°70-613 du 10 juillet 1970 *modifiant et complétant l'ordonnance n° 58-1273 du 22 décembre 1958 relative à l'organisation judiciaire*

Loi n°74-631 du 5 juillet 1974 *fixant à dix-huit ans l'âge de la majorité*

Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 *relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés*

Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 *relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires*

Loi n°87-565 du 22 juillet 1987 *relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre l'incendie et à la prévention des risques majeurs*

Loi n°94-653 du 29 juillet 1994 *relative au respect du corps humain*

Loi n°95-116 du 4 février 1995 *portant diverses dispositions d'ordre social*

Loi n°98-389 du 19 mai 1998 *relative à la responsabilité du fait des produits défectueux*

Loi n°2003-699 du 30 juillet 2003 *relative à la prévention des risques technologiques et naturels et à la réparation des dommages*

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 *relative à la politique de santé publique*

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*

Loi n°2007-127 du 30 janvier 2007 *ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique*

Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 *réformant la protection de l'enfance*

Loi n°2007-294 du 5 mars 2007 *relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur*

Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 *portant réforme de la protection juridique des majeurs*

Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 *relative à la bioéthique*

Loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 *relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé*

Loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 *de financement de la sécurité sociale pour 2016*

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 *de modernisation de notre système de santé*

Loi n°2016-297 du 14 mars 2016 *relative à la protection de l'enfant*

Loi n°2016-731 du 3 juin 2016 *renforçant la lutte contre le crime organisé, le terrorisme et leur financement, et améliorant l'efficacité et les garanties de la procédure pénale*

Loi n°2016-987 du 21 juillet 2016 *prorogeant l'application de la loi n° 55-385 du 3 avril 1955 relative à l'état d'urgence et portant mesures de renforcement de la lutte antiterroriste*

Loi n°2016-1888 du 28 décembre 2016 *de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne*

Loi n°2017-1510 du 30 octobre 2017 *renforçant la sécurité intérieure et la lutte contre le terrorisme*

Loi n°2019-222 du 23 mars 2019 *de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice*

Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 *relative à l'organisation et à la transformation du système de santé*

Loi n°2019-1446 du 24 décembre 2019 *de financement de la sécurité sociale pour 2020*

Loi n°2020-290 du 23 mars 2020 *d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19*

Loi n°2020-546 du 11 mai 2020 *prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions*

Loi n°2020-840 du 3 juillet 2020 *visant à créer le statut de citoyen sauveteur, lutter contre l'arrêt cardiaque et sensibiliser aux gestes qui sauvent*

Loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 *de financement de la sécurité sociale pour 2021*

Loi n°2021-689 du 31 mai 2021 *relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire*

Loi n°2021-1017 du 2 août 2021 *relative à la bioéthique*

Loi n°2021-1040 du 5 août 2021 *relative à la gestion de la crise sanitaire*

Loi n°2021-1520 du 25 novembre 2021 *visant à consolider notre modèle de sécurité civile et valoriser le volontariat des sapeurs-pompiers et les sapeurs-pompiers professionnels*

Loi n°2022-46 du 22 janvier 2022 *renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique*

Loi n°2022-217 du 21 février 2022 *relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale (dite 3DS)*

Loi n°2022-1089 du 30 juillet 2022 *mettant fin aux régimes d'exception créés pour lutter contre l'épidémie liée à la covid-19*

Loi n°2023-379 du 19 mai 2023 *portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé*

Loi n°2024-420 du 10 mai 2024 *visant à renforcer la lutte contre les dérives sectaires et à améliorer l'accompagnement des victimes*

Décret n°47-1169 du 27 juin 1947 *portant code de déontologie médicale*

Décret n°47-2057 du 20 octobre 1947 *tendant à modifier l'article 27 du décret provisoirement applicable du 31 décembre 1941 codifiant les textes relatifs aux opérations d'inhumation, d'exhumation, d'incinération et de transport des corps*

Décret n°55-1591 du 28 novembre 1955 *portant code déontologie médicale et remplaçant le règlement d'administration publique n° 47-1169 en date du 27 juin 1947*

Décret n°65-1045 du 2 décembre 1965 *complétant le décret 59957 du 3 août 1959 par un article 6-1 (institution de l'obligation pour certains établissements hospitaliers de se doter de moyens mobiles de secours et de soins d'urgence)*

Décret n°65-1178 du 31 décembre 1965 *relatif au régime financier applicable aux moyens mobiles de secours et de soins d'urgence*

Décret n°78-501 du 31 mars 1978 *pris pour l'application de la loi du 22 décembre 1976 relative aux prélèvements d'organes*

Décret n°88-622 du 6 mai 1988 *relatif aux plans d'urgence, pris en application de la loi 87565 du 22-07- 1987 relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre l'incendie et à la prévention des risques majeurs*

Décret n°95-647 du 9 mai 1995 *relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique*

Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 *portant code de déontologie médicale*

Décret n°97-620 du 30 mai 1997 *relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre des services mobiles d'urgence et de réanimation et modifiant le code de la santé publique*

Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 *relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique*

Décret n°2005-328 du 7 avril 2005 *relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique*

Décret n°2005-1157 du 13 septembre 2005 *relatif au plan ORSEC et pris pour application des articles L741-1 à L741-5 du code de la sécurité intérieure*

Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 *relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique*

Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 *relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique*

Décret n°2006-577 du 22 mai 2006 *relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique*

Décret n°2007-705 du 4 mai 2007 *relatif à l'utilisation des défibrillateurs automatisés externes par des personnes non médecins et modifiant le code de la santé publique*

Décret n°2010-336 du 31 mars 2010 *portant création des agences régionales de santé*

Décret n°2010-514 du 18 mai 2010 *relatif au projet régional de santé*

Décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 *relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins*

Décret n°2012-694 du 7 mai 2012 *portant modification du code de déontologie médicale*

Décret n°2013-15 du 7 janvier 2013 *relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles*

Décret n°2015-1095 du 31 août 2015 *relatif au Conseil national consultatif pour la biosécurité*
Décret n°2015-1476 du 14 novembre 2015 *portant application de la loi n° 55-385 du 3 avril 1955*

Décret n°2016-806 du 16 juin 2016 *relatif aux centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles*

Décret n°2016-1012 du 22 juillet 2016 *relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires*

Décret n°2016-1327 du 6 octobre 2016 *relatif à l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif « ORSAN ») et au réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles*

Décret n°2016-1395 du 18 octobre 2016 *fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles*

Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 *relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients*

Décret n°2017-1001 du 10 mai 2017 *relatif aux modalités de délivrance de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence par les unités de formation et de recherche de médecine ou de santé ou l'Ecole du Val-de-Grâce*

Décret n°2017-1308 du 29 août 2017 *relatif à la commercialisation et à l'utilisation de précurseurs d'explosifs*

Décret n°2018-137 du 26 février 2018 *relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel*

Décret n°2018-342 du 7 mai 2018 *complétant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire*

Décret n°2019-747 du 19 juillet 2019 *relatif au diplôme d'assistant de régulation médicale et à l'agrément des centres de formation d'assistant de régulation médicale*

Décret n°2020-190 du 3 mars 2020 *relatif aux réquisitions nécessaires dans le cadre de la lutte contre le virus covid-19*

Décret n°2020-197 du 5 mars 2020 *relatif aux prix de vente des gels hydro-alcooliques*

Décret n°2020-247 du 13 mars 2020 *relatif aux réquisitions nécessaires dans le cadre de la lutte contre le virus covid-19*

Décret n°2020-260 du 16 mars 2020 *portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus covid-19*

Décret n°2020-264 du 17 mars 2020 *portant création d'une contravention réprimant la violation des mesures destinées à prévenir et limiter les conséquences des menaces sanitaires graves sur la santé de la population*

Décret n°2020-293 du 23 mars 2020 *prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire*

Décret n°2020-446 du 18 avril 2020 *relatif à l'établissement du certificat de décès*

Décret n°2020-545 du 11 mai 2020 *prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire*

Décret n°2020-548 du 11 mai 2020 *prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire*

Décret n°2020-604 du 20 mai 2020 *complétant le décret n° 2020-548 du 11 mai 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire*

Décret n°2020-617 du 22 mai 2020 *complétant le décret n° 2020-548 du 11 mai 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire*

Décret n°2020-618 du 22 mai 2020 *complétant le décret n° 2020-548 du 11 mai 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire*

Décret n°2020-630 du 26 mai 2020 *modifiant le décret n° 2020-548 du 11 mai 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire*

Décret n°2020-645 du 28 mai 2020 *complétant le décret n° 2020-548 du 11 mai 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire*

Décret n°2020-1262 du 16 octobre 2020 *prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire*

Décret n°2020-1310 du 29 octobre 2020 *prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire*

Décret n°2020-1331 du 2 novembre 2020 *modifiant le décret n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire*

Décret n°2020-1409 du 18 novembre 2020 *modifiant le décret n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire*

Décret n°2020-1454 du 27 novembre 2020 *modifiant le décret n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire*

Décret n°2020-1519 du 4 décembre 2020 *modifiant le décret n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire*

Décret n°2020-1582 du 14 décembre 2020 *modifiant les décrets n° 2020-1262 du 16 octobre 2020 et n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire*

Décret n°2020-1627 du 20 décembre 2020 *modifiant le décret n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire*

Décret n°2020-1643 du 22 décembre 2020 *modifiant le décret n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire*

Décret n°2021-4 du 5 janvier 2021 *modifiant le décret n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire*

Décret n°2021-105 du 2 février 2021 *modifiant le décret n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire*

Décret n°2021-173 du 17 février 2021 *modifiant les décrets n° 2020-1262 du 16 octobre 2020 et n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire*

Décret n°2021-188 du 20 février 2021 *modifiant le décret n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire*

Décret n°2021-248 du 4 mars 2021 *modifiant les décrets n° 2020-1262 du 16 octobre 2020 et n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire*

Décret n°2021-272 du 11 mars 2021 modifiant les décrets n° 2020-1262 du 16 octobre 2020 et n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire

Décret n°2021-296 du 19 mars 2021 modifiant le décret n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire

Décret n°2021-325 du 26 mars 2021 modifiant les décrets n° 2020-1262 du 16 octobre 2020 et n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire

Décret n°2021-349 du 30 mars 2021 relatif au stock de sécurité destiné au marché national

Décret n°2021-384 du 2 avril 2021 modifiant les décrets n° 2020-1262 du 16 octobre 2020 et n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire

Décret n°2021-436 du 13 avril 2021 modifiant les décrets n° 2020-1262 du 16 octobre 2020 et n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire

Décret n°2021-493 du 22 avril 2021 modifiant les décrets n° 2020-1262 du 16 octobre 2020 et n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire

Décret n°2021-498 du 23 avril 2021 modifiant les décrets n° 2020-1262 du 16 octobre 2020 et n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire

Décret n°2021-541 du 1er mai 2021 modifiant le décret n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire

Décret n°2021-637 du 21 mai 2021 modifiant le décret n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire

Décret n°2021-648 du 25 mai 2021 modifiant les décrets n° 2020-1262 du 16 octobre 2020 et n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire

Décret n°2021-677 du 28 mai 2021 modifiant les décrets n° 2020-1262 du 16 octobre 2020 et n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire

Décret n°2021-699 du 1er juin 2021 *prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire*

Décret n°2021-955 du 19 juillet 2021 *modifiant le décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire*

Décret n°2021-1059 du 7 août 2021 *modifiant le décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire*

Décret n°2021-1384 du 25 octobre 2021 *relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences*

Décret n°2021-1471 du 10 novembre 2021 *modifiant le décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire*

Décret n°2022-51 du 22 janvier 2022 *modifiant le décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire*

Décret n°2022-258 du 23 février 2022 *relatif à la participation des assurés aux frais liés à la contraception et aux frais liés aux passages dans les structures des urgences des établissements de santé*

Décret n°2022-352 du 12 mars 2022 *modifiant le décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire*

Décret n°2022-419 du 23 mars 2022 *modifiant la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement*

Décret n°2022-621 du 22 avril 2022 *relatif aux actes de soins d'urgence relevant de la compétence des sapeurs-pompiers*

Décret n°2022-629 du 22 avril 2022 *relatif aux actes professionnels pouvant être accomplis par des ambulanciers dans le cadre de l'aide médicale urgente*

Décret n°2022-631 du 22 avril 2022 *portant réforme des transports sanitaires urgents et de leur participation à la garde*

Décret n°2022-694 du 26 avril 2022 *relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques*

Décret n°2022-1097 du 30 juillet 2022 *relatif aux mesures de veille et de sécurité sanitaire maintenues en matière de lutte contre la covid-19*

Décret n°2022-1099 du 30 juillet 2022 *instituant un comité de veille et d'anticipation des risques sanitaires*

Décret n°2022-1109 du 2 août 2022 *relatif au système d'information d'identification unique des victimes*

Décret n°2022-1263 du 28 septembre 2022 *relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie*

Décret n°2023-260 du 7 avril 2023 *relatif au droit de dérogation du directeur général de l'agence régionale de santé*

Décret n°2023-367 du 13 mai 2023 *pris pour l'application de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 de financement de la sécurité sociale pour 2022 relatif à l'expérimentation du dispositif dit « d'accès direct » de certains médicaments à une prise en charge par l'assurance maladie*

Décret n°2023-368 du 13 mai 2023 *relatif à la suspension de l'obligation de vaccination contre la covid-19 des professionnels et étudiants*

Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 *relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence*

Décret n°2023-1376 du 29 décembre 2023 *relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité autorisée de médecine d'urgence*

Décret n°2024-156 du 28 février 2024 *portant diverses mesures relatives à la préparation et à la gestion des crises sanitaires*

Décret n°2024-570 du 20 juin 2024 *pris pour l'application des articles 38, 44 et 60 de la loi n°2023-1059 du 20 novembre 2023 d'orientation et de programmation du ministère de la justice 2023-2027*

Arrêté du 29 avril 1988 *fixant la réglementation et la liste des capacités de médecine*

Arrêté du 10 mai 1995 *relatif à la qualification du centre de consultations médicales maritimes de Toulouse comme centre de consultations et d'assistance télé médicales maritimes dans le cadre de l'aide médicale en mer*

Arrêté du 24 décembre 1996 *portant création des postes sanitaires mobiles*

Arrêté du 3 mars 1997 *portant suppression des postes de secours mobiles*

Arrêté du 18 août 1999 *fixant le guide national de référence relatif au groupe de reconnaissance et d'intervention en milieu périlleux*

Arrêté du 14 janvier 2005 *fixant les modalités d'intervention des personnels des établissements publics de santé à des actions de coopération internationale humanitaire à titre individuel*

Arrêté du 5 mars 2006 *relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale*

Arrêté du 12 février 2007 *relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU)*

Arrêté du 1er avril 2008 relatif aux conditions d'activité, d'expérience professionnelle ou de niveau de formation requises pour l'engagement dans la réserve sanitaire

Arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente

Arrêté du 23 juillet 2010 portant approbation de l'instruction générale interministérielle sur la protection du secret de la défense nationale

Arrêté du 21 janvier 2011 modifiant l'arrêté du 6 novembre 1996 modifié portant homologation des règles de répartition et d'attribution des greffons prélevés sur une personne décédée en vue de transplantation d'organes

Arrêté du 29 juin 2011 relatif à la formation médicale des personnels embarqués à bord des navires armés avec un permis d'armement

Arrêté du 20 octobre 2011 fixant les règles de traçabilité des appels traités dans le cadre de la permanence des soins en médecine ambulatoire, pris en application de l'article R. 6315-3 du code de la santé publique

Arrêté du 22 octobre 2012 habilitant le préfet du département de l'Aveyron à prendre des mesures de confinement de toute personne atteinte d'une pathologie hautement contaminante

Arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement

Arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique et dans un but de veille et de sécurité sanitaires

Arrêté du 26 juillet 2013 relatif à la délivrance du certificat de formation de base à la sécurité

Arrêté du 24 février 2014 fixant la liste des établissements de santé dotés de personnels et de professionnels affectés pour tout ou partie de leur activité à une cellule d'urgence médico-psychologique et les conditions de désignation d'établissements de santé dotés de personnels et de professionnels affectés par les agences régionales de santé

Arrêté du 24 février 2014 relatif aux modalités d'intervention des cellules d'urgence médico-psychologique et aux conditions de participation des personnels et professionnels à une cellule d'urgence médico-psychologique

Arrêté du 4 novembre 2014 fixant les modalités de sélection clinique des donneurs d'organes, de tissus et de cellules

Arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence

Arrêté du 16 janvier 2015 modifiant l'arrêté du 24 août 2007 fixant le référentiel national de compétences de sécurité civile relatif à l'unité d'enseignement « premiers secours en équipe de niveau 1 »

Arrêté du 19 janvier 2015 modifiant l'arrêté du 14 novembre 2007 fixant le référentiel national de compétences de sécurité civile relatif à l'unité d'enseignement « premiers secours en équipe de niveau 2 »

Arrêté du 4 février 2015 modifiant l'arrêté du 17 février 2010 portant création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « système d'information numérique standardisé » (SINUS)

Arrêté du 5 juin 2015 portant modification de l'annexe I et de l'annexe VI du référentiel commun d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente du 25 juin 2008

Arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine

Arrêté du 27 décembre 2016 fixant les modalités de l'organisation de l'urgence médico-psychologique

Arrêté du 14 novembre 2017 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance des patients porteurs de prothèses cardiaques implantables à visée thérapeutique mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014

Arrêté du 17 octobre 2018 modifiant l'arrêté du 6 novembre 1996 modifié portant homologation des règles de répartition et d'attribution des greffons prélevés sur une personne décédée en vue de transplantation d'organes

Arrêté du 19 juillet 2019, Annexe 1-4, relatif à la formation conduisant au diplôme d'assistant de régulation médicale et à l'agrément des centres de formation d'assistant de régulation médicale

Arrêté du 19 juillet 2019 fixant la liste des centres agréés pour délivrer la formation d'assistant de régulation médicale

Arrêté du 19 juillet 2019 relatif à la formation conduisant au diplôme d'assistant de régulation médicale et à l'agrément des centres de formation d'assistant de régulation médicale

Arrêté du 19 juillet 2019 relatif à l'expérimentation d'un protocole de santé standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de cinq ans d'une mesure de protection de l'enfance

Arrêté du 2 août 2019 autorisant l'utilisation de traitements par les patients contaminés par le virus Ebola ou des personnels de santé en milieu de soins exposés au virus Ebola

Arrêté du 28 novembre 2019 modifiant l'arrêté du 3 juin 2019 relatif à l'expérimentation pour un parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés

Arrêté du 4 mars 2020 relatif à la mobilisation de la réserve sanitaire

Arrêté du 6 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19

Arrêté du 13 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19

Arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19

Arrêté du 15 mars 2020 complétant l'arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19

Arrêté du 16 mars 2020 complétant l'arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19

Arrêté du 17 mars 2020 complétant l'arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19

Arrêté du 3 décembre 2020 relatif à l'utilisation de l'espace aérien par les aéronefs sans équipage à bord

Arrêté du 21 décembre 2020 portant organisation de la formation continue dans le domaine des premiers secours

Arrêté du 29 juin 2021 fixant les conditions de réalisation des tests rapides oro-pharyngés d'orientation diagnostique des angines à streptocoque du groupe A par les pharmaciens d'officine

Arrêté du 6 septembre 2021 relatif au contenu des formations et des entraînements interministériels NRBC-E ainsi que leurs modalités d'évaluation

Arrêté du 25 octobre 2021 fixant la liste des motifs de recours et des situations cliniques mentionnés à l'article R. 4301-3-1 du code de la santé publique

Arrêté du 16 novembre 2021 renouvelant l'agrément national de sécurité civile pour la Fédération française de spéléologie

Arrêté du 17 décembre 2021 relatif aux montants du forfait patient urgences prévu à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale

Arrêté du 30 juin 2023 relatif à la notification obligatoire des cas de Covid-19

Arrêté du 7 août 2023 fixant les conditions dans lesquelles sont gérés les médicaments, objets ou produits détenus et dispensés par les pharmacies à usage intérieur des services d'incendie et de secours

Arrêté du 7 décembre 2023 relatif à la mobilisation de la réserve sanitaire

Arrêté du 29 décembre 2023 modifiant l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU)

Arrêté du 18 janvier 2024 relatif aux missions de référence, aux capacités et moyens de prise en charge et de diagnostic des établissements de santé de référence et aux missions des agences régionales de santé

Arrêté du 20 février 2024 relatif à l'ouverture d'une période transitoire pour l'innovation « urgences dentaires : intégration des chirurgiens-dentistes à la régulation du SAMU - Centre 15 (dimanches et jours fériés) »

Arrêté du 22 février 2024 fixant pour l'année 2023 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale, les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, les dotations urgences, les dotations relatives à la psychiatrie mentionnées aux 1°, 3°, 5°, 6°, 8° de l'article R. 162-31-1 du même code, ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du même code

Arrêté du 19 mars 2024 modifiant l'arrêté du 27 décembre 2016 fixant les modalités de l'organisation de l'urgence médico-psychologique

Arrêté du 28 mars 2024 fixant pour l'année 2023 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale, les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, les dotations urgences, les dotations relatives à la psychiatrie mentionnées aux 1°, 3°, 5°, 6°, 8° de l'article R. 162-31-1 du même code, ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du même code

Arrêté du 15 juin 2024 relatif à la filière citoyenne de sécurité civile dans le domaine de la formation aux premiers secours

Arrêté du 15 juin 2024 relatif à la filière pédagogique de sécurité civile

Arrêté du 16 juillet 2024 relatif à la mobilisation de la réserve sanitaire

Arrêté du 18 septembre 2024 modifiant l'arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses et autres maladies mentionnées à l'article D. 3113-7 du code de la santé publique et modifiant l'arrêté du 30 décembre 2022 fixant la liste des centres nationaux de référence, des centres nationaux de référence-laboratoires associés et des centres nationaux de référence-laboratoires experts pour la lutte contre les maladies transmissibles

Arrêté Préfectoral n°2020-CAB-55 du 03 avril 2020 portant réquisition de certains chasseurs et garde-chasse particuliers

Arrêté Préfectoral n°2020-00280 du 07 avril 2020 portant mesure de restriction des déplacements liés aux activités physiques individuelles des personnes en vue de prévenir la propagation du covid-19

Arrêté Municipal du Maire de la Commune de Sceaux du 6 avril 2020, obligation de porter un dispositif de protection buccal et nasal

Circulaire du 24 avril 1968 dite « Jeannenay »

Circulaire ministérielle n° 88-157 du 20 avril 1988 relative à la sécurité des grands rassemblements

Circulaire n°39-92 DH PE/DGS 3 C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques

Circulaire ministérielle n°95-22 du 6 mai 1995, relative aux droits des patients hospitalisés

Circulaire n°DHOS/HFD/DGSNR n° 277 du 2 mai 2002 relative à l'organisation des soins médicaux en cas d'accident nucléaire ou radiologique

Circulaire n°DHOS/HFD N° 2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes.

Circulaire n°DHOS/HFD n°2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes

Circulaire DHOS 01/n°2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

Circulaire n°DHOS/O 1 n°2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

Circulaire n°DHOS/O1 n° 2003-204 du 23 avril 2003 relative à l'organisation de la garde ambulancière

Circulaire n°DHOS/O 2/DGS/6 C n° 2003-235 du 20 mai 2003 relative au renforcement du réseau national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe

Circulaire n°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006, relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte des personnes hospitalisées

Circulaire n°DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006

Circulaire n°DGS/5C/2006/458 du 23 octobre 2006 relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque

Circulaire du 29 décembre 2006 relative à la planification ORSEC départementale

Circulaire n°2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire

Circulaire n°700/SGDN/PSE/PPS du 7 novembre 2008 *relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières chimiques et ses annexes*

Circulaire interministérielle n°007/SGDN/PSE/PPS du 8 octobre 2009, *relative au dispositif interministériel d'intervention face à la menace ou à l'exécution d'actes de terrorisme nucléaire, radiologique, biologique ou chimique (NRBC)*

Circulaire interministérielle du 8 octobre 2009 *relative au dispositif interministériel d'intervention face à la menace ou à l'exécution d'actes de terrorisme nucléaire, radiologique, biologique ou chimique (NRBC)*

Circulaire du 30 octobre 2009 *relative à la doctrine de l'Etat pour la prévention et la réponse au terrorisme nucléaire, radiologique, biologique, chimique et par explosifs (NRBC-E)*

Circulaire du 14 octobre 2009 *relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente et de l'arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence préhospitalière*

Circulaire n°DSC/DHOS/2009/192 du 14 octobre 2009 *relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente et de l'arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence préhospitalière*

Circulaire n°747/SGDN/PSE/PPS du 30 octobre 2009 *relative à la doctrine de l'État pour la prévention et la réponse au terrorisme nucléaire, radiologique, biologique, chimique et par explosifs (NRBC-E)*

Circulaire n°750/SGDSN/PSE/PPS du 18 février 2011, *relative à la découverte de plis, colis, contenants et substances suspectés de renfermer des agents radiologiques, biologiques ou chimiques dangereux*

Circulaire n°800/SGDSN/PSE/PPS du 18 février 2011 *relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières radioactives*

Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2 n°2011-105 du 18 mars 2011 *relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées*

Circulaire interministérielle n°DGS/DUS/DGSCGC/2013/327 du 21 août 2013 *relative au dispositif déstockage et de distribution des produits de santé des stocks stratégiques de l'Etat pour répondre à une situation sanitaire exceptionnelle*

Circulaire interministérielle n°DGS/DUS/DGSCGC no 2013-374 du 26 septembre 2013 *relative à l'élaboration du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires*

Circulaire n°DGS/RI1/DGOS/DGCS/2014/316 du 17 novembre 2014 *relative à la vaccination contre la grippe saisonnière dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux*

Circulaire n°5899-SG du 28 novembre 2016 *relative à l'actualisation du cahier des charges des Maisons des adolescents*

Circulaire n°700 / SGDSN / PSE / PSN du 2 octobre 2018 *relative à la doctrine nationale d'emploi de moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières chimiques ;*

Circulaire du 2 octobre 2018 *relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières chimiques*

Circulaire n°DGOS/R2/2019/235 du 07 novembre 2019 *relative à l'anticipation des tensions liées aux hospitalisations non-programmées et au déploiement du besoin journalier minimal en lits dans tous les établissements et groupements hospitaliers de territoire*

Circulaire interministérielle DCSSA/DGS/DGOS/DGSCGC/2019/1 du 20 décembre 2019 *relative à la formation interministérielle des directeurs des secours médicaux dans le cadre du dispositif d'organisation de la réponse de sécurité civile*

Circulaire interministérielle n°DCSSA/DGS/DGOS/DGSCGC/2019/1 du 20 décembre 2019 *relative à la formation interministérielle des directeurs des secours médicaux dans le cadre du dispositif d'organisation de la réponse de sécurité civile (ORSEC)*

Circulaire du 26 septembre 2023 *relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures*

RAPPORTS, ETUDES, TRAVAUX ET AVIS

Rapports

ANSM, *Sécurisation d'un patient à l'aide d'un dispositif médical de contention mécanique ou d'un dispositif médical de maintien postural*, 2020.

AUBAS Jean-Michel et LEHOUX Gérard, *Application du règlement (UE) 965/2012 aux opérations des services médicaux d'urgence par hélicoptères - Conditions de mise en œuvre*, Rapport n°010268-01, octobre 2015.

Idem, *Rapport sur l'Application du règlement (UE) 965/2012 aux opérations des services médicaux d'urgence par hélicoptères - Conditions de mise en œuvre*, Ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie.

AUDIFAX BERTHO, *Rapport d'information déposé par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, sur l'épidémie à virus chikungunya à La Réunion et Mayotte*, Assemblée Nationale.

BARRIER Geneviève, *Rapport sur la prise en charge préhospitalière des urgences*, 1994.

BARTHÉLÉMY F., HORNUS H., ROUSSOT J. ET AL, *Rapport de l'Inspection Générale de l'Environnement, Usine de la société Grande Paroisse à Toulouse – Accident du 21 septembre 2001*, 2001.

BAS Philippe, *Législation comparée – Le régime de l'état d'urgence*, mars 2016

BENASSAYA Philippe et DUBOST Coralie, *Rapport d'information déposé par la commission des affaires européennes relatif à l'État de droit dans les contextes des états d'urgence sanitaire*, Assemblée Nationale, 2021.

BOUVENOT Gilles, *Les Prescriptions médicamenteuses hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) en France. Une clarification est indispensable*, Rapport 1812, 2018,

BUREAU-BONNARD Carole et CHASSAIGNE André, *Rapport d'information sur la défense NRBC*, Assemblée Nationale, 2022.

BURGELIN Jean-François, *Étude de M. le procureur général près la Cour de cassation, « L'obligation d'informer le patient expliquée aux médecins », in Rapport annuel et Étude annuelle*, 1999.

CARLI Pierre, *Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences*, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2013.

CCNE, *Rapport du CCNE sur le débat public concernant la fin de vie*, 2014.

CGLPL, *Rapport d'activité 2023*, 2024.

CHAIZE Patrick, Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires économiques, de la commission des affaires sociales, de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable , de la commission des finances et de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale *sur la sécurité d'acheminement des communications d'urgence*, Sénat, 2021.

CNOM, *Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2021*, 2022.

COHEN Laurence, *Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé*, Rapport n°685, Sénat, avril 2023.

COHEN Laurence, GÉNISSON Catherine et SAVARY M. René-Paul, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières*, Session Extraordinaire 2016-2017, Sénat, 2017.

COLAS-ROY Jean-Charles, *Rapport de la commission des lois sur la proposition de loi visant à lutter contre la mort subite et à sensibiliser la population aux gestes qui sauvent*, Assemblée Nationale, 2019.

COLAS-ROY Par M Jean-Charles, *Rapport fait sur la proposition de loi visant à lutter contre la mort subite et à sensibiliser la population aux gestes qui sauvent*, février 2019.

COUR DES COMPTES, *Les missions de l'Agence de la biomédecine après la dernière loi de bioéthique*, 2024.

Rapport de la Cour des Comptes, *La Pédiopsychiatrie : Un accès et une offre de soins à réorganiser*, 2023.

Rapport de la Cour des Comptes, *Copropriétés dégradées : mieux répondre à l'urgence*, Cour des Comptes, 2022.

Rapport de la Cour des Comptes, *La conduite des grands projets numériques de l'État*, 2020.

Rapport de la Cour des Comptes, *Les comptes et la gestion de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) depuis sa création*, 2010.

« Rapport de la Cour des Comptes, *L'organisation du secours en montagne et de la surveillance des plages*, 2012.

DELATTRE Francis, Rapport d'Information n°625, *L'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) : comment investir dans la sécurité sanitaire de nos concitoyens ?*, Sénat, 2015.

DELATTRE M. Francis, *Rapport d'information fait au nom de la commission des finances sur l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)*, Session Extraordinaire 2014-2015, Sénat, 2015.

D'HAUTEVILLE Anne, *La prise en charge des victimes en urgence*, Conseil national de l'Aide aux Victimes, 2003.

DINTILHAC Jean-Pierre, *Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels*, Conseil national de l'aide aux victimes, Juillet 2005 ».

DOOR Jean-Pierre, *Rapport d'enquête sur la manière dont a été programmée, expliquée et gérée la campagne de vaccination contre la grippe A (H1N1)*, juillet 2010

FALCO Hubert, *Rapport sur la modernisation de la sécurité civile et la protection contre les risques majeurs*, 2023.

FANTONI-QUINTON Sophie et SAISON-DEMARS Johanna, *Le principe de précaution face à l'incertitude scientifique: l'émergence d'une responsabilité spécifique dans le champ sanitaire*, mars 2016.

GAROT Guillaume, *Rapport de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi d'urgence contre la désertification médicale*, Assemblée Nationale, Rapport n°4784, 12 janvier 2022.

GATEL Françoise et POINTEREAU Rémy, *Rapport d'information fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation, relatif aux États généraux de la simplification*, Sénat, 2023.

GILLOT Dominique, *Le droit des sourds, 115 propositions, rapport au Premier ministre*, 1998.

GIRAULT Jean-Marie, « *Rapport n° 1 (1979-1980) fait au nom de la commission des lois* », , Sénat, 1979.

GRALL Jean-Yves, *Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences*, 2015.

Idem, Rapport : mission de méditation et de propositions d'adaptation de la permanence des soins, Ministère de la Santé et des Sports, 2007.

HAS, *Rapport de la HAS, Les suicides et tentatives de suicide de patients. Analyse de 795 cas déclarés dans le cadre du dispositif de déclaration des EIGS entre mars 2017 et juin 2021*, 2022.

HAS, *Rapport d'analyse prospective. L'expertise publique en santé en situation de crise*, 2002.

HCSP, *Détermination de nouveaux objectifs de gestion des expositions au plomb*, Rapport de l'HCSP, Paris, Haut Conseil de la Santé Publique, 2014.

IGA, IGAS, CGEFI, CFA, *Les hélicoptères de service public - Revue de dépenses*, 2016.

JÉGOU Jean-Jacques, « Rapport d'information fait au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation sur la gestion par l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) des stocks de produits de santé constitués en cas d'attaque terroriste ou de pandémie, Sénat, 2009.

LANG Pierre, *Rapport d'information sur le bioterrorisme*, Assemblée Nationale, 2003.

MCOLDEFY et GANDRE, *Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre*, Irdes, 2022.

MARDEGAN Pierre, *Rapport de la mission DGOS relative à la modernisation des Samu: état des lieux, objectifs et recommandations opérationnelles*, Ministère de la Santé et des Sports, 2010.

MESNIER Thomas, *Pour un pacte de refondation des urgences*, Ministère des Solidarités et de la Santé, décembre 2019.

Idem, *Rapport : Assurer le premier accès aux soins - Organiser les soins non programmés dans les territoires*, Ministère des Solidarités et de la Santé, mai 2018

MILON Alain, *Rapport fait au nom de la commission d'enquête pour l'évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire de la covid-19*, Sénat, 2020.

Assemblée Nationale, *Rapport de la commission des lois sur la proposition de loi, après engagement de la procédure accélérée, de M. Fabien MATRAS et plusieurs de ses collègues visant à consolider notre modèle de sécurité civile et valoriser le volontariat des sapeurs-pompiers*, rapport n°4154, mai 2021

PAPON Sylvain et BEAUMEL Catherine, *Bilan démographique 2019*, Insee Première, 14/01/2020.

PELLOUX Patrick, *Rapport de la mission de préfiguration sur la généralisation au plus grand nombre de nos concitoyens, de la formation aux gestes qui sauvent*, avril 2017.

PITTET Didier, *Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques*, 2021.

RAIMBOURG Dominique et POISSON Jean-Frédéric, *Rapport d'information de MM. Dominique RAIMBOURG et Jean-Frédéric POISSON déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République sur le contrôle parlementaire de l'état d'urgence (14 novembre 2015 - 14 novembre 2016)*, Assemblée Nationale, 2016.

FERRAND Richard, *Rapport d'information fait au nom de la mission d'information sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid-19*, Assemblée Nationale.

RUSCH Emmanuel, *La démocratie en santé : une urgence de santé publique* », Conférence nationale de santé, 2022.

SAMU URGENCES DE FRANCE, *Le Livre Blanc des Urgences*, 2015.

STEG Adolphe, *Rapport sur la Médicalisation des urgences à la Commission Nationale de restructuration des Urgences*, 1991-1993-1994.

Rapport du Directeur général, *Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique*, OMS, 2024.

Rapport sur le projet de loi de finance pour 2024, Assemblée Nationale, 2023.

La vaccination contre la Covid 19 : Des résultats globaux favorables, des disparités persistantes, Rapport public thématique, Cour des Comptes, 2022.

Rapport relatif à la révision du plan de lutte contre la variole, Haut Conseil de la Santé Publique, 2022.

Rapport du Directeur général de l'OMS, *Renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires*, OMS, 2022.

Rapport sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France, Sénat, 2022.

Rapport de l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) 2022, 2022.

Rapport : Évaluation de la gestion par l'opérateur Orange de la panne du 2 juin et de ses conséquences sur l'accès aux services d'urgence, 2021.

Etude d'impact relative au projet de loi d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19 du 18 mars 2020, Sénat, 2020.

Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution, IGAS, 2019.

Rapport public annuel 2019, Cour des Comptes, 2019.

Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur *l'accès précoce à l'innovation en matière de produits de santé*, Sénat, 2018.

Rapport du Défenseur des Droits, *Ce qui reste(ra) toujours de l'urgence*, 2018.

Rapport d'information fait au nom de la mission d'information sur *la réinsertion des mineurs enfermés*, Sénat, 2018.

Rapport public IGJ/IGAS, *Évaluation des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour les personnes détenues*, 2018.

Rapport d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France, Sénat, 2017.

Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, Assemblée Nationale, 2013.

Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les effets de l'épidémie de covid-19 sur la santé mentale, Sénat, 2020.

La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance, CREA Rhône-Alpes, Observatoire régional de la santé Rhône Alpes, Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Rhône-Alpes, Département de la Haute-Savoie, 2012.

Rapport de l'IGAS, Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter, IGAS, 2011.

Rapport public thématique : Médecins et hôpitaux des armées, Cour des Comptes, 2010.

Rapport d'information sur les procédures accélérées de jugement en matière pénale, Sénat, 2005.

Rapport du Ministère de la Justice, Célérité et qualité de la justice - la gestion du temps dans le procès, 2004.

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), La complémentaire Santé Acteurs, bénéficiaires, garanties, 2019.

Évaluation de l'application du référentiel d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente, Inspection générale de l'administration, 2013-182R.

Explosion de l'usine AZF de Toulouse le 21 septembre 2001: Enseignements et propositions sur l'organisation des soins, Ministère de la santé, décembre 2002.

Institut de veille sanitaire (INVS). Conséquences sanitaires de l'explosion survenue à l'usine AZF de Toulouse, le 21 septembre 2001. 112 p., Septembre 2006.

DREES, Rapport sur les établissements de santé - Édition 2017, juin 2018

Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente - Référentiel commun, juin 2008.

Rapport, Système national d'observation de la sécurité en montagne, Ministère des Sports, 2021

Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins, octobre 2013, CNOM.

Rapport annuel d'activité 2020 sur les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS).

Rapport d'enquête relative aux moyens mis en œuvre par l'Etat pour lutter contre le terrorisme depuis le 7 janvier 2015, Assemblée Nationale.

Rapport d'information de MM. Christian Paul et Jean-Marie Rolland *sur la mise en application de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, mars 2011

Rapport d'information *sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid 19*, n°3053, juin 2020.

Rapport d'enquête n° 2019-0048 / EA19-01, *Utilisation en Île-de-France du traitement automatisé de données à caractère personnel « SI-VIC » participant au système d'identification unique des victimes prévu par l'article L. 3131-9-1 du Code de la santé publique*.

Rapport de l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, *Placement involontaire et traitement involontaire de personnes souffrant de troubles mentaux*, Luxembourg, 2012.

Rapport de la Commission des questions sociales, de la santé et de la famille, Conseil de l'Europe, *Trafic d'organes en Europe*, numéro 98223, juin 2003.

Rapport de la commission d'enquête *sur le rôle des firmes pharmaceutiques dans la gestion par le Gouvernement de la grippe A (H1N1)v*, Sénat, juillet 2009.

Rapport fait au nom de la commission des lois *sur la proposition de loi visant à créer le statut de citoyen sauveteur, lutter contre l'arrêt cardiaque et sensibiliser aux gestes qui sauvent*, n° 521, juin 2020.

Avis

Avis n°380 sur le projet de loi d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19, 19 mars 2020, Sénat, Commission des affaires sociales

FHF, Avis du Comité éthique de la Fédération hospitalière de France, Placer le patient en situation de consentir aux soins en connaissance de cause , 2024.

CSHP, Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France du 10 mars 2000 sur la conduite à tenir en cas de suspicion clinique de *purpura fulminans* et sur la définition des cas de méningite méningocoque et de méningococcémie dans l'entourage desquels une prophylaxie doit être envisagée et qui doivent être notifiés à l'autorité sanitaire, 2000.

CCNE, Avis, Proposer la vaccination contre la Covid-19 aux enfants de 5-11 ans est-il éthiquement acceptable ? , 2021.

CCNE, Avis n°58, Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche, 12/06/1998.

CCNE, Avis n°79, Transposition en droit français de la directive européenne relative aux essais cliniques de médicaments : un nouveau cadre éthique pour la recherche sur l'homme, 18/09/2003 .

CCNE, Avis n°101, Santé, éthique, argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier.

CCNE, Avis n°106, Questions éthiques soulevées par une possible pandémie grippale, 05/02/2009 .

CCNE, Avis n°122, Recours aux techniques biomédicales en vue de neuro-amélioration chez la personne non malade: enjeux éthiques.

CCNE, Avis n°136, L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin, 07/07/2021 .

CCNE, Avis n°137, Éthique et santé publique, 07/07/2021 .

CCNE, Avis n°139, Enjeux éthiques relatifs aux situations de fin de vie : autonomie et solidarité .

CCNE, Avis n°140, Repenser le système de soins sur un fondement éthique. Leçons de la crise sanitaire et hospitalière, diagnostic et perspectives .

Conseil d'Etat, Avis consultatif, projet de loi prorogeant l'application de la loi n° 55-385 du 3 avril 1955 relative à l'état d'urgence, n° 391519, du 28 avril 2016 .

Conseil d'Etat, Avis sur un projet de loi prorogeant l'application de la loi n° 55-385 du 3 avril 1955 relative à l'état d'urgence, n°393347 .

Conseil d'Etat, Avis sur un projet de loi relatif à la prorogation de certaines mesures de lutte contre le terrorisme du code de la sécurité intérieure, n°393348 .

Conseil d'Etat, Avis sur un projet de loi d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19, n°399873 du 18 mars 2020 .

Conseil d'Etat, Avis, sur le projet de loi constitutionnelle pour un renouveau de la vie démocratique, n°397908, 20 juin 2019 .

CCNE, *Enjeux éthiques de la prise en charge et de l'accès aux soins pour tous en situation de forte tension liée à l'épidémie de Covid-19*, 17/11/2020 [courriel], 17 novembre 2020.

CCNE, Avis, *Enjeux éthiques face à une pandémie*, 13/03/2020 [courriel].

HCSP, Avis du 1er juillet 2011 relatif à la stratégie à adopter concernant le stock État de masques respiratoires .

HCSP, Avis relatif à la stratégie à adopter concernant les stocks de l'État en masques et en équipements de protection individuelle .

RECOMMANDATIONS

Autorité De Sûreté Nucléaire, *Recommandations pour la gestion post-accidentelle d'un accident nucléaire*, 2022.

Haute Autorité de santé, *Recommandation de bonne pratique, Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie*, 2020.

European Centre For Disease Prevention And Control, *Best practices in ranking emerging infectious disease threats: a literature review* , 2015.

DGS, *Aide à la réalisation d'un plan zonal de mobilisation: guide méthodologique*, 2014.

HAS, *Recommandation de bonne pratique, Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé*, mai 2012 .

Recommandations - *Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins*.

HCSP, *Covid-19 : prise en charge des cas confirmés* , Paris, 2020.

Recommandation de bonne pratique, Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide, 1998.

Plan national de réponse à un accident nucléaire ou radiologique majeur, n°200/SGDSN/PSE/PSN, 2014.

SFMU, *Recommandations formalisées d'experts, Le triage en structure des urgences*, 2013.

Recommandations de Bonne Pratique Clinique, Prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences, 2021 .

SUDF, *Doctrine d'emploi des hélicoptères dans le cadre de l'aide médicale urgente*, 2023.

HAS, *Coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie*, 2021.

CNOM, *Décisions médicales dans un contexte de crise sanitaire et d'exception*, 6 avril 2020.

Recommandation professionnelle multi-disciplinaire opérationnelle : Aspects éthiques et stratégiques de l'accès aux soins de réanimation et autres soins critiques (SC) en contexte de pandémie COVID-19, 2020.

HAS, *Avis, Commission de la Transparence, Lidocaïne*, 2019.

SFMU, *Référentiel SMUR*, 2013.

HAS, *Syncopes - Recommandations*, 2008.

Revue Réanimation, *Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intra hospitalières*, 14 décembre 2005, n° 8, p. 671-679.

FFS, *Manuel d'Assistance aux victimes en Spéléologie*, 2002.

ANAES, *Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations*, Janvier 2000.

Agence de la Biomédecine, *Guide du Score Cœur*, Pôle Qualité des Données, 18/04/2019.

Agence de la Biomédecine, *Guide du Score Foie*, Pôle Qualité des Données, 08/04/2019.

Agence de la Biomédecine, *Guide du Score Rein*, Pôle Qualité des Données, 08/12/2020.

Agence de la Biomédecine, *Procédures d'application des règles de répartition et d'attribution des greffons prélevés sur personne décédée*, octobre 2014 .

Agence du Numérique en Santé, *Référentiel fonctionnel socle d'un SI de télémedecine*.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, *Information des patients. Recommandations destinées aux médecins*, mars 2000

Annexe 8 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 .

CEDH, *Fiche thématique - Dérogation en cas d'urgence*, février 2022.

DGS, *Guide Agressions collectives par armes de guerre. Conduites à tenir pour les professionnels de santé*, 2018 .

DGS, *Guide de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements de santé – édition 2023 et édition 2024*

OMS, *Grippe A(H1N1) : le niveau d'alerte pandémique passe en phase 6 - Recommandations*

Guide de doctrine opérationnelle : Secours et soins d'urgence aux personnes (SSUAP) .

DGS, *Guide de situation sanitaire exceptionnelle*, 2019

INTERPOL, *Guide de préparation et de réponse à un attentat bioterroriste*, octobre 2017 .

DGS, *Guide méthodologique, Préparation d'une distribution exceptionnelle de produits de santé*, 2013 .

Guide National ORSEC-NOVI, *Instruction interministérielle du 2 janvier 2019 relative à l'élaboration du dispositif ORSEC secours à de nombreuses victimes dit NOVI*.

Guide national, *intervention médicale en cas d'événement nucléaire ou radiologique*, 2008

DGSCGC, *Guide ORSEC, organisation territoriale de gestion des crises*, 2019

HAS, *Avis sur les dispositifs médicaux, Quikclot Pansement hémostatique à base de kaolin*, novembre 2021.

HAS, *Évaluation de la prise en charge de l'urgence vitale en établissement selon le référentiel de certification*, décembre 2022.

HAS, *Évaluation de la prise en charge des urgences-SAMU-SMUR et soins critiques selon le référentiel de certification*, Fiche Pédagogique, Novembre 2020 .

HAS, *Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux*, avril 2005 .

HAS, *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique*, Avril 2013 .

HAS, *Recommandation de bonne pratique, Isolement et contention en psychiatrie générale*, mars 2017.

Note d'information n°DGOS/R2/2016/244 du 22 juillet 2016 *relative aux protocoles infirmiers de soins d'urgence*.

DGSCGC, *Recommandation relatives aux premiers secours en équipe*, décembre 2021 .

HAS, *Recommandations concernant la protection des personnels et la prise en charge préhospitalière des arrêts cardio respiratoires de patients adultes suspects ou confirmés d'infections à COVID-19*, avril 2020

HAS, *Recommandations de bonne pratique pour l'identification des victimes en situation sanitaire exceptionnelle*, juin 2023

SFMU, *Recommandations de la Société française de médecine d'urgence en collaboration avec l'Association de formation et de recherche des cellules d'urgence médicopsychologique - Société française de psychotraumatologie - Organisation et modalités d'intervention des Cellules d'Urgence Médicopsychologique*, 2017.

DGS, *Recommandations médicales de prise en charge de victimes pédiatriques en contexte NRBC*, novembre 2020.

SITES INTERNET

Académie nationale de médecine. www.academie-medecine.fr

Agence de la biomédecine. www.agence-biomedecine.fr

Agence du Numérique en Santé. esante.gouv.fr

Association Française de Droit de la Santé. www.afds.fr

Association Française des Centres Antipoison et de Toxicovigilance. www.centres-antipoison.net

Association française des hélicoptères sanitaires hospitaliers. www.afhsh.fr/fr

Association Nationale des Médecins et Sauveteurs en Montagne. www.secours-montagne.fr

Banque de données en santé publique. bdsp-ehesp.inist.fr

Bibliothèque numérique de droit de la santé et d'éthique médicale. www.bnds.fr

Centre Européen de recherche sur le Risque, le Droit des Accidents Collectifs et des Catastrophes. www.jac.cerdacc.uha.fr

Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur. www.cnrdr.fr

Chambre Disciplinaire du Conseil national de l'Ordre des médecins. www.jurisprudence.ordre.medecin.fr

Cochrane Pre-hospital and Emergency Care. pec.cochrane.org/fr

Collège des Enseignants de Médecine Intensive-Réanimation. www.ce-mir.fr/fr

Collège Midi-Pyrénées de Médecine d'Urgence. cmpmu.fr

Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme. www.cncdh.fr

Conseil Français de réanimation cardio-pulmonaire. www.cfrc.fr

Dalloz Bibliothèque. bibliotheque.lefebvre-dalloz.fr

Dalloz Enseignants. www-dalloz-fr-s.biblio-dist.ut-capitole.fr/enseignants

Dalloz Revues. www.dalloz-revues.fr

Droit & Philosophie. www.droitphilosophie.com

Élysée. www.elysee.fr

European Society for Emergency Medicine. eusem.org

Fédération Française de Cardiologie. fedecardio.org

Fédération française de psychiatrie. fedepsychiatrie.fr

Légifrance. www.legifrance.gouv.fr

Lexis 360 Intelligence. www-lexis360intelligence-fr.gorgone.univ-toulouse.fr/home

Lextenso. www-labase-lextenso-fr.gorgone.univ-toulouse.fr

Ministère de l'Intérieur. www.interieur.gouv.fr

Ministère des Solidarités et de la Santé. www.sae-diffusion.sante.gouv.fr

United States National Library of Medicine. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov

Observatoire Régional des Urgences Occitanie (GIP). oruoccitanie.fr

Organisation mondiale de la Santé. www.who.int/fr

Recommandations de Sociétés Savantes et d'Agences Sanitaires - RecoMED. recomedical.fr

Réseau National de Prevention des Infections Associées aux Soins. www.cpias.fr

Société de pathologie infectieuse de langue française. www.infectiologie.com/fr

Société de Pneumologie de Langue Française. splf.fr

Société de Réanimation de Langue Française. www.srlf.org

Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs. www.sfap.org

Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. sfar.org

Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur. www.sfetd-douleur.org

Société Française de Cardiologie. www.sfcardio.fr/nos-publications

Société Française de Gériatrie et Gérontologie. sfgg.org

Société Française de Médecine d'Urgence. www.sfmur.org/fr

Société Française de Médecine de Catastrophe. www.sfmcc.eu

Société Française de Médecine du Travail & d'Urgence. www.sfmur.org

Société Française de Médecine Légale et d'expertises médicales. medecinelegale.com

Société Française de Médecine Maritime. www.medecine-maritime.fr

Société Française de Pédiatrie. www.sfpediatrie.com

Société Française de Pharmacie Clinique. sfpc.eu

Société Française de Pharmacologie et de Thérapeutique. sfpt-fr.org

Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Disciplines Associées. sfpeada.fr

Société Française de Santé Digitale. sfsd.fr

Société Française des Infirmier(e)s Anesthésistes. sofia.medicalistes.fr

Société savante pour le traitement de la douleur de l'enfant. pediadol.org

Société Suisse de Médecine d'Urgence. www.sgnor.ch/fr/home

INDEX

Les numéros renvoient aux pages.

A

Accidents.....417
Attentats 415, 451, 469, 477

B

Bioterrorisme 473, 545

C

Catastrophe majeure.....425
Circonstances
 circonstances exceptionnelles 124, 239, 251, 268, 276, 544
 circonstances particulières 63, 247, 272, 273
Consentement.....195
 consentement (absence de).....210
 consentement (caractéristiques) 204
 consentement (des mineurs) 212
 consentement (expression).....198
 consentement (refus).....216
Covid19..... 511, 516, 528, 530, 532
Crise 103
 crise sanitaire 104, 510

D

Danger.....109, 186, 211, 225, 229, 243, 309
Dérogation..... 245, 252
Directives anticipées 213

E

Epidémie 493, 513, 519, 525, 541
Exception 231, 237
 exception (régime d').....238
 exception (situation d') 451
 exception (théorie de l').....231

G

Gravité.....96

I

Impossibilité.....99, 157, 165, 187, 190, 212, 217
Information
 information (contenu) 154
 information (destinataire).....164
 information (modalité) 157
 information (temporalité).....161
 information (teneur) 155
 information en psychiatrie.....306
 limitation de l'information 177

M

Menace.....106, 129, 240, 259
Menace sanitaire grave..... 481

N

Nécessité
 nécessité (d'action) 259
 nécessité (état de)..... 259

O

Ordre public 127, 136, 175, 237, 275, 326
Ordre public sanitaire.....490, 509, 526

P

Pandémie..... Voir épidémie
Péril 114, 350, 514
Proportionnalité ... 212, 240, 242, 269, 276, 277, 371, 521

R

Refus
 refus de soin..... 210
 refus de soin et urgence 216
 refus de soin pour autrui 219
Rétention thérapeutique ... Voir limitation de l'information
Risque
 risque médical 99

S

SAMU.....121, 358, 383
Secours
 secours bénévoles 351, 356, 388, 390
 secours en mer 384
 secours en milieu périlleux 382
 secours en milieu souterrain 388
 secours en montagne.....386
 secours militaire.....392, 409, 435, 453, 479
Soins
 soins indispensables.....189, 218, 221
 soins nécessaires 171, 213
Sortie à l'insu du service 309
Supraconstitutionnels (principes)..... 248

T

Tolérance administrative..... 247, 285
Tri
 tri hospitalier..... 430, 443
 tri médical 256, 429, 435, 436

U

Urgence

centre antipoison	400
extrême urgence	124, 187, 440, 471
service des urgences.....	401
super-urgence.....	257
urgence absolue.....	188, 316, 432, 439
urgence administrative	122
urgence collective	413, 415, 424, 431, 463
urgence contentieuse	56, 65, 123
urgence dépassée.....	437, 438
urgence durable.....	135
urgence en santé.....	129
urgence hospitalière	399
urgence individuelle.....	105
urgence médicale	121, 129, 139, 315
urgence opérationnelle.....	<i>Voir urgence en santé</i>
urgence pharmaceutique	353, 354
urgence préhospitalière.....	348, 373
urgence psychiatrique	299, 308, 317
urgence relative.....	423, 429, 439, 440
urgence sanitaire	511

TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	V
Sommaire	VII
Liste des abréviations.....	VIII
Introduction	15
Section 1 : Objet de la recherche	19
Paragraphe 1 : Tentative d’approche de l’urgence en santé	23
Paragraphe 2 : Les apparitions de l’urgence dans l’histoire	25
Paragraphe 3 : Délimitation du sujet	32
Section 2 : Démarche de la recherche	37
Paragraphe 1 : L’intérêt du sujet.....	37
I. L’urgence, une notion propre aux allègements des contraintes médico-juridiques	38
II. L’identification de l’urgence, une nécessité	39
Paragraphe 2 : Précisions méthodologiques	41
I. Méthodologie de la recherche.....	42
II. Transversalité du sujet.....	43
Paragraphe 3 : Les hypothèses et objectifs de recherche.....	45
I. Les problématiques de recherche	45
II. Les objectifs et hypothèses de recherche.....	45
Première Partie : La notion d’urgence.....	47
Titre I : Le temps et la gravité	49
Chapitre I : Le Kairos ou le temps de l’opportunité	51
Section 1. Le temps opportun en droit.....	53
Paragraphe 1 : Le temps de la rapidité, un « allié ».....	53
I. Les décisions de justice les plus promptes : l’urgence contentieuse	53
II. La temporalité opportune : « les délais raisonnables ».....	58
A. Délais raisonnables et promptitude des délais.....	59
B. Délais raisonnables et stabilité juridique.....	60
Paragraphe 2 : La trop grande rapidité, un « adversaire »	62
I. La rapidité et l’allègement du cadre formel.....	63

A. Une réponse juridique partielle et le juge des référés	63
B. Rapidité du contentieux au fond.....	65
II. Rapidité et principes juridiques mis à mal.....	67
A. La rapidité induisant plus de subjectivité	67
B. La remise en cause des libertés fondamentales « au nom de l'urgence » ?.....	70
Section 2. L'opportunité de l'anticipation	73
Paragraphe 1 : La possibilité d'anticiper des effets futurs.....	74
I. L'anticipation médicale face à l'urgence potentielle ou avérée : la profondeur du droit par l'opportunité.....	74
II. La dichotomie entre l'anticipation de l'urgence et l'anticipation dans l'urgence ..	75
A. L'anticipation comme soustraction à l'urgence	76
B. L'anticipation dans l'urgence	79
Paragraphe 2 : L'anticipation des problématiques juridiques futures par l'utilisation de notions ou de concepts volontairement larges	81
I. La théorie de l'interprétation du juge & la création de notions juridiques « sur mesure »	81
II. L'anticipation par l'interprétation, entre le droit légal et le droit prétorien	86
Conclusion du Chapitre 1	91
Chapitre II : Les avatars juridiques de la gravité.....	93
Section 1. Les situations dans lesquelles apparaissent la gravité	94
Paragraphe 1 : Les notions apparentées à la gravité	94
I. Le risque juridique et médical, expression des incertitudes	94
A. Les risques médicaux prévisibles	97
B. Les risques médicaux exceptionnels	98
II. La crise sanitaire, une notion proche mais différente de l'urgence	101
A. La théorie de la crise	101
B. La crise sanitaire.....	102
I. La menace, un vecteur de gravité	104
Paragraphe 2 : Danger et péril, des notions qui croisent l'urgence	107
I. Le danger, potentiellement générateur de l'urgence	107
II. Le péril, l'urgence grave et imminente.....	112
Section 2. Une notion de gravité sui generis : l'urgence médicale.....	119
Paragraphe 1 : L'urgence, la gravité comme cause	120
I. L'urgence en droit administratif.....	120

A. L'accélération du temps comme facteur de gravité.....	121
B. Les atteintes comme facteurs de gravité.....	124
II. L'urgence opérationnelle : l'urgence en santé.....	127
Paragraphe 2 : L'urgence : la gravité comme conséquence potentielle.....	131
I. La conséquence de l'urgence : la gravité des possibles dérives	132
A. Un paradoxe : l'urgence 'durable'	133
B. La gravité de l'urgence découlant de sa fonction dérogatoire.....	135
II. Des urgences médicales à la médecine d'urgence, une limitation des dérives potentielles	137
Conclusion du Chapitre 2	141
Conclusion du Titre 1	143
Titre II : L'urgence, entre dérogations et aptitudes aux droits	145
Chapitre I : Les ajustements et adaptations du droit à l'urgence en santé.....	147
Section 1. Information et urgence.....	149
Paragraphe 1 : Le droit à l'information pour le patient, y compris pendant un épisode d'urgence médicale	151
I. La délivrance de l'information dans l'urgence.....	151
A. Contenu et qualité de l'information.....	152
B. Teneur de l'information.....	153
C. Modalité et preuve de délivrance de l'information	155
D. La temporalité de l'information : une information a priori et a posteriori	159
II. Les destinataires de l'information & les limitations possibles	162
A. Les destinataires/bénéficiaires de l'information délivrée dans l'urgence médicale.....	162
1. Le premier bénéficiaire de l'information : le patient	162
2. L'information de l'entourage du patient pris en charge : sa personne de confiance ou ses proches	164
3. L'information du médecin traitant et la transmission d'informations entre médecins	166
4. Les cas particuliers : une communication complexe dans l'urgence	168
a. Les personnes qui ne sont pas à même de recevoir l'information.....	168
b. Les personnes qui doivent être informées des causes ayant entraîné l'état du patient.....	173
B. La limitation de l'information ou de ses destinataires : l'opposition préalable et la rétention thérapeutique.....	175

III. L'information rendue difficile dans un contexte de douleur et d'altération de conscience.....	177
A. La douleur et l'altération des capacités de compréhension.....	177
B. Prise en charge de la douleur et altération de la conscience.....	179
Paragraphe 2 : Les conséquences de l'absence d'information en cas d'urgence ou d'impossibilité	182
I. L'urgence : une limitation, non exclusive, de l'information	183
II. L'impossibilité : une exclusion d'information de la victime mais non de ses proches	188
A. Les cas d'impossibilité de recevoir ou de comprendre l'information	188
B. La découverte d'éléments nouveaux lors d'une opération	189
C. Les conséquences de l'impossibilité d'informer le patient préalablement à un acte ou une intervention médicale	191
Section 2. Le consentement et l'urgence	193
Paragraphe 1 : L'aptitude à consentir et les situations urgentes	196
I. L'expression du consentement et ses caractéristiques face à l'urgence médicale	196
A. La nécessité du consentement et l'aptitude juridique.....	197
B. L'expression de volonté du mineur et le consentement parental	197
C. L'expression de volonté du majeur protégé et le tuteur	201
II. Les caractéristiques du consentement assouplies face à l'urgence.....	202
A. Les caractères du consentement dans l'urgence.....	202
1. Un consentement libre.....	202
2. Un consentement éclairé	203
3. Un consentement renouvelable et révocable	204
B. La teneur du consentement dans l'urgence	205
1. Consentement, assentiment et codécision	205
2. Le défaut du recueil du consentement ou sa violation	207
Paragraphe 2 : L'absence de consentement et le refus des soins d'urgence.....	208
I. Absence de consentement et dispositions pénales.....	208
II. L'absence de possibilité de consentir et l'urgence médicale.....	210
A. Le cas des mineurs	210
B. La personne inconsciente ou hors d'état d'exprimer sa volonté	211
1. Les directives anticipées : « un consentement préconstitué » ou pré énoncé	211
2. La représentation du patient par la personne de confiance, la famille ou les proches	213

III. Le refus de soin et l'urgence médicale	214
A. La possibilité de refuser les soins	214
1. Les conditions pour refuser les soins	215
2. Le refus de soins pour autrui : le cas des parents vis-à-vis de leurs enfants mineurs	217
B. Le refus de soin et l'absence de droit de décider de sa propre mort	220
Conclusion du Chapitre 1	223
Chapitre II : L'accélération du temps par l'urgence.....	225
Section 1. La théorie de l'exception et de la dérogation : l'adéquation des moyens aux fins	227
Paragraphe 1 : L'exception, une soustraction légale à une règle.....	229
I. La théorie de l'exception	229
II. L'exception, un mécanisme juridique opportun pour faire face à une situation grave.....	235
A. Les régimes d'exception, une réaction urgente à des faits graves.....	236
B. La nécessité et la proportionnalité.....	239
Paragraphe 2 : La dérogation, une théorie juridique permettant la prise en compte de certaines spécificités imprévues	243
I. La théorie de la dérogation	243
II. Déroger en situation de pénurie : l'exemple des greffes d'organes, parfaite illustration de l'adéquation des moyens aux fins par la « scorisation » ?.....	250
A. L'établissement des critères de priorisation d'accès à la greffe au travers de l'approche individualiste et utilitariste : des hypothèses à écarter.....	251
B. L'approche de l'égale liberté de John Rawls	252
C. L'approche par une égalité-équité d'accès : l'établissement d'un trio de facteurs pour une « scorisation » objective et éthique des patients	254
Section 2. Les théories de l'état de nécessité et des circonstances exceptionnelles	257
Paragraphe 1 : La distinction entre la théorie de la nécessité et celle des circonstances exceptionnelles	257
I. La théorie de la nécessité d'action, l'état de nécessité, face à la gravité.....	257
II. La théorie des circonstances exceptionnelles	266
A. Les circonstances exceptionnelles, fondées sur la gravité	266
B. Les circonstances particulières ou très particulières, fondées sur la singularité	271
Paragraphe 2 : La convergence des deux théories : la menace d'un fait plus grave que l'illégalité	274
I. Disproportion manifeste entre l'illégalité et la menace.....	275

A. Le principe de proportionnalité	275
A. La disproportion « manifeste ».....	279
II. La nécessité d'action imposée par la gravité, quoique illégale	283
Conclusion du Chapitre 2	287
Conclusion du Titre 2	289
Conclusion de la première partie.....	291
Seconde Partie : Les dispositifs de l'urgence.....	293
Titre I : L'urgence en situation courante : l'urgence individuelle.....	295
Chapitre I : L'urgence psychiatrique	297
Section 1. Les urgences psychiatriques et le consentement du patient	299
Paragraphe 1 : L'admission en urgence avec le consentement.....	300
Paragraphe 2 : La possibilité de refuser les soins psychiatriques : mythe ou réalité ? ...	304
Paragraphe 3 : La volonté de quitter l'établissement, avec ou sans l'accord des soignants	308
Section 2. Les urgences psychiatriques rendant impossible l'expression du consentement	313
Paragraphe 1 : L'urgence médicale & les urgences générales	314
Paragraphe 2 : Les urgences psychiatriques sans consentement en établissement spécialisé	318
I. L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent	320
A. L'admission sur décision du directeur de l'établissement, à la demande d'un tiers	320
B. L'admission sur décision du directeur de l'établissement, en cas de péril imminent	323
II. L'admission en soin sur décision du représentant de l'État ou du maire, fondée sur l'ordre public ou sur les troubles à la sûreté des personnes.....	324
III. Le cas particulier des personnes détenues souffrant de troubles mentaux	326
IV. Les vérifications liées à la nécessité de l'hospitalisation	328
Paragraphe 3 : Les phases aiguës et le recours à l'isolement et/ou à la contention.....	329
Section 3. Les urgences psychiatriques infanto-juvéniles	333
Paragraphe 1 : L'urgence psychiatrique infanto-juvénile : des modes d'admissions fondées sur le consentement... même en son absence	334
I- L'admission à l'initiative de tiers : les titulaires de l'autorité parentale et le représentant de l'Etat	334

II- L'admission sur décision d'un magistrat.....	336
Paragraphe 2 : La difficile prise en charge psychiatrique des mineurs	338
Conclusion du Chapitre 1	343
Chapitre II : L'urgence somatique.....	345
Section 1. Les prompts secours & les prises en charge préhospitalières.....	346
Paragraphe 1 : La mise en œuvre de moyens de prompts secours en conditions favorables	347
I. La première prise en charge.....	347
A. La prise en charge d'une victime par un citoyen « bon samaritain »	347
B. La prise en charge par une officine et les urgences pharmaceutiques.....	350
C. La prise en charge par un autre professionnel de santé ou « professionnel du secourisme »	354
1. La prise en charge d'une victime par un secouriste formé.....	354
2. La prise en charge par un professionnel de santé.....	355
II. Le socle de la prise en charge médicale d'une victime : la réception et la régulation d'un appel téléphonique.....	356
A. La prise en compte de l'appel par un Assistant de Régulation Médicale.....	356
1. La distinction de la catégorie d'urgence	357
i. Les fausses urgences ?	358
ii. Les appels qui relèvent de la médecine générale	358
iii. Les urgences qui relèvent de la médecine d'urgence	359
iv. Les urgences du centre antipoison et de toxicovigilance	360
2. Degrés d'urgence.....	360
B. La prise en charge de l'appel par un médecin régulateur.....	361
1. Conseils médicaux sans mise en œuvre de moyens	362
2. Sollicitation d'envoi d'un médecin généraliste de garde	363
3. Recours à un transporteur sanitaire	365
4. Orientation du patient vers une structure des urgences.....	365
5. Recours à du prompt secours	365
6. Déclenchement d'un service mobile d'urgence et de réanimation	366
C. La sollicitation des moyens	367
D. Suivi du dossier et coordination entre intervenants.....	370
III. La médicalisation préhospitalière d'urgence	371
A. Les intervenants.....	372

B. L'urgence préhospitalière, propice aux prescriptions hors AMM	372
1. Les urgences pédiatriques et les prescriptions hors AMM	373
2. Les problématiques logistiques favorisant des prescriptions hors AMM	375
C. Télémédecine et urgence	377
Paragraphe 2 : Les urgences en milieu périlleux ; une disproportion des moyens aux fins nécessitant des assouplissements juridiques	380
I. L'assistance et les secours en milieu périlleux ; les urgences entre terre et mer..	380
A. L'assistance en mer	381
B. Les secours en montagne.....	384
C. Les secours en milieu souterrain	386
II. Le cas particulier des prises en charge longue distance	389
A. Le cadre d'intervention et des premiers secours des militaires en opérations extérieures	390
1. Les auxiliaires sanitaires	390
2. Un cadre juridique muet.....	391
B. Evacuations sanitaires aériennes ou EVASAN	393
C. Vers un usage futur de drones en médecine préhospitalière et de catastrophe	394
Section 2. L'urgence hospitalière	397
Paragraphe 1 : Les structures de médecine d'urgence.....	398
I. Les Centres Antipoison et de Toxicovigilance et l'unité de soins pour intoxiqués	398
II. Les services des urgences	399
A. L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD)	400
B. Les urgences sans hospitalisation.....	402
C. L'hospitalisation de longue durée, antipode de l'urgence.....	403
Paragraphe 2 : Les services hospitaliers, dotés d'une permanence pour les urgences ...	404
I. Les services hospitaliers classiques et l'accueil des patients venant des urgences	404
II. Les services hospitaliers classiques et leurs urgences : la chaîne de survie intra-hospitalière.....	405
Conclusion du Chapitre 2	407
Conclusion du Titre 1	409
Titre II : L'urgence en situation exceptionnelle : les urgences collectives	411
Chapitre I : Les urgences collectives générées par les accidents et les catastrophes	413
Section 1. Les accidents graves industriels ou technologiques	415

Paragraphe 1 : Les accidents catastrophiques à effets limités, aux faibles conséquences juridiques et médicales	416
I. Le nombre restreint de victimes	416
II. L'étendue des dégâts sur un territoire donné et la capacité d'action des équipes locales	419
III. Les conséquences limitées d'un ACEL	421
Paragraphe 2 : Les catastrophes majeures, aux lourdes conséquences : L'exemple d'AZF	423
I. Une catastrophe technologique et industrielle : étude de l'explosion d'un hangar de stockage de produits chimiques	423
A. Le contexte particulier : de nombreuses incertitudes	424
B. Une réponse sanitaire exceptionnelle en réponse à une situation d'exception.....	425
C. Le tri des victimes dans le cadre d'AZF.....	427
II. Une catastrophe créatrice d'une crise hospitalière : la prise en charge de milliers de blessés pendant plusieurs semaines	429
A. Les premières 48h : l'urgence collective.....	429
B. Une crise sanitaire durable	431
Section 2. Les conséquences juridico-médicales caractéristiques des urgences collectives	433
Paragraphe 1 : Les opérations de priorisation des urgences : « le tri », une conséquence qui emporte des choix difficiles.....	433
I. La planification et la préparation des situations sanitaires d'exception : l'anticipation du tri préhospitalier.....	434
A. Une planification nationale : le Guide ORSEC-NoVi.....	434
1. Le dispositif d'organisation de la réponse de Sécurité Civile (ORSEC)	435
2. Le pré-tri des victimes ou « repérage » : du chantier au point de rassemblement des victimes	435
3. Le tri des victimes au poste médical avancé	437
4. Le dénombrement des victimes, outil de communication, de gestion de l'offre de soins, de médecine légale et d'identification judiciaire	438
B. La préparation : les exercices interservices	440
II. Le tri hospitalier : une perpétuelle adaptation aux ressources humaines et matérielles disponibles.....	440
A. L'éthique du tri hospitalier	441
B. Un tri intra-hospitalier disparate.....	444
C. L'établissement de critères objectifs et l'application	447

Paragraphe 2 : La mise en œuvre de moyens et de techniques spécifiques aux situations d'exception : le « damage control »	449
I. Les « Damage control » : des techniques d'exceptions pour des situations d'exceptions	450
A. Le « damage control ressuscitation »	450
B. Le « damage control surgery »	452
1. La chirurgie rapide	452
2. Les techniques de réanimation « adaptées » au <i>damage control</i>	452
3. La chirurgie de réparation ultérieure	454
II. Les conséquences du « damage control »	454
Section 3. Les risques nucléaires, radiologiques, biologiques, chimiques et explosifs : une multiplicité d'urgences cumulées	457
Paragraphe 1 : Les risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques : une urgence d'identification du phénomène.....	457
I. La planification de ces urgences multiples.....	458
A. Une urgence à attendre des moyens spécialisés	458
B. Une urgence à délivrer des antidotes : l'exemple de la radio-contamination.....	460
II. La mise en œuvre des moyens de réponses NRBC : le paradoxe entre lenteur de prise en charge et urgence vitale.....	461
A. Des moyens limités	461
B. Les évacuations des victimes les plus graves et leur conciliation avec la décontamination	463
C. Lésions corporelles nucléaires ou radiologiques : indifférence de la nature de la pathologie pour la recherche de réparation	464
Paragraphe 2 : Les attentats et les risques NRBC-E : désorganisation des moyens par multiplication des urgences	466
I. Le risque explosif : des urgences multiples.....	467
A. Le risque explosif seul : une urgence collective par nature	467
B. Le risque explosif conjugué à un vecteur de contamination NRBC : une double urgence	469
II. Le bioterrorisme	471
III. L'impossible mise en œuvre d'une stratégie d'anticipation et de planification : le cas des attentats multisites	473
Conclusion du Chapitre 1	477
Chapitre II : Les menaces sanitaires graves et les urgences sanitaires	479

Section 1. Les menaces sanitaires graves dans l’histoire, et leurs conséquences juridiques	481
Paragraphe 1 : Les réponses historiques face aux menaces sanitaires graves : la lutte contre les épidémies.....	481
I. Des mesures administratives en réaction à la peste : des prémices de régimes d’exception justifiés par les risques sanitaires	482
II. Une nouvelle mission régaliennne de l’État : la sécurité sanitaire	485
III. Conciliation entre crise sanitaire et libertés publiques	488
Paragraphe 2 : La préparation et la planification face aux menaces sanitaires graves ...	491
I. Dispositifs de surveillance, planification et exercices.....	491
A. L’OMS et le dispositif de veille, d’alerte et de coordination de la réponse	491
B. Santé Publique France et le dispositif de veille.....	492
C. Planification Nationale	494
D. La planification départementale et ses déclinaisons dans les plans d’établissements	495
E. La mise en œuvre d’exercices et d’entraînements.....	496
II. La mobilisation de moyens matériels et humains face aux menaces sanitaires ...	498
A. Des moyens matériels : les stocks stratégiques nationaux de produits de santé et les moyens tactiques locaux	498
1. Teneur.....	498
2. La responsabilité de l’Etat dans la gestion des stocks.....	503
B. Des moyens humains mobilisables : la réserve sanitaire	505
Section 2. La menace sanitaire sans précédent : l’exemple du SARS-CoV-2	507
Paragraphe 1 : L’État comme garant d’un « ordre public sanitaire », face au Covid-19 et à l’urgence	509
I. L’instauration de mesures coercitives face à l’urgence.....	511
A. La puissance publique en 1 ^{er} outil	511
B. Restrictions de circulations	514
1. Confinement général de la population	514
2. L’instauration d’un passe sanitaire puis d’un « passe vaccinal ».....	518
II. La recherche d’un équilibre entre les impératifs de l’urgence de santé publique et les libertés individuelles.....	520
A. Le contrôle du juge administratif, conciliateur de l’ordre public et des libertés individuelles	521
B. Un régime de responsabilité spécifique.....	525

III. Le cadre juridique actuel de la gestion des crises sanitaires.....	526
Paragraphe 2 : Le tri des patients dans le contexte du COVID-19 : la conciliation entre non-discrimination dans l'accès aux soins et ressources limitées	528
I. Le tri hospitalier en situation de crise sanitaire grave	529
A. La saturation des services de réanimation face à l'afflux de patients	529
B. Le tri des patients COVID dès l'accueil hospitalier	534
C. Le tri des patients déjà hospitalisés	537
II. Le tri pour la vaccination.....	538
A. L'éligibilité à la vaccination : une urgence à protéger les plus fragile.....	538
1. Éligibilité restreinte à la vaccination	539
2. La vaccination « pour tous », la suppression de l'éligibilité : une urgence à la prophylaxie.....	539
B. La vaccination « de masse » et l'ouverture de « vaccinodromes »	541
Conclusion du Chapitre 2	543
Conclusion du titre 2	545
Conclusion de la seconde partie	547
Conclusion Générale	549
Section 1. Les résultats obtenus.....	550
Section 2. Propositions suggérées	554
Section 3. Limites des recherches.....	557
Section 4. Perspectives ultérieures	559
Bibliographie.....	561
Dictionnaires et encyclopédies	561
Ouvrages.....	562
Ouvrages généraux	562
Ouvrages spéciaux.....	564
Chapitres d'ouvrages collectifs	570
Thèses	571
Articles de revues en sciences juridiques	578
Articles de revues en sciences de la santé	592
Articles de revues de presse	615
Jurisprudence.....	616
Jurisprudence administrative	616

Jurisprudence judiciaire.....	634
Jurisprudence du Tribunal des Conflits.....	642
Jurisprudence constitutionnelle	642
Décisions ordinales.....	643
Jurisprudence supranationale.....	646
Textes législatifs et réglementaires	647
Codes	647
Publications au Journal Officiel	647
Rapports, études, travaux et avis	664
Rapports	664
Avis	671
Recommandations	672
Sites internet.....	675
Index	677
Table des matières.....	679

Résumé en français

A la source de la recherche sur l'urgence en santé, se trouvent le code de la santé publique qui énonce un certain nombre de droits pour les patients, applicables sauf urgence ou impossibilité, mais aussi des expériences en terrains de crise. L'objet de la recherche porte sur une tentative de définition de l'urgence, sous ses différentes formes, leur hiérarchisation et leurs conséquences : l'urgence n'emporte pas les mêmes effets lorsqu'elle ne concerne qu'un unique patient ou s'inscrit dans un contexte de catastrophe collective (accident industriel, épidémie, attentat...). La méthodologie retenue, fondée sur la transversalité et l'interdisciplinarité, associant les données médicales aux sciences juridiques, pousse la recherche au-delà du droit jusqu'à la dimension éthique. Elle articule la nécessité d'établir des critères juridiques précis avec celle de réserver aux cadres d'action une certaine souplesse, afin d'épouser la grande diversité des situations, de répondre aux situations les plus extrêmes, sans pour autant outrepasser certaines limites de principe.

Résumé en anglais

At the core of research on health emergencies lies the Public Health Code, which outlines patient rights applicable except in cases of urgency or impossibility, as well as insights drawn from crisis settings. The purpose of this research is an attempt to define the concept of urgency in its various forms, establish a hierarchy among them, and examine their consequences: urgency has different implications when it concerns a single patient versus a collective disaster context (industrial accident, epidemic, terrorist attack, etc.). The adopted methodology is rooted in transversality and interdisciplinarity, and combines medical data with legal sciences. It extends the research beyond legal frameworks to include ethical considerations. It seeks to reconcile the need for precise legal criteria with the necessity of ensuring that operational frameworks allow for a degree of flexibility, to accommodate the vast diversity of situations, address the most extreme cases, and yet remain within principled boundaries.

Mots-clés

Urgence, Santé, Médecine, Priorisation, Tri, Ethique, Pandémie, Epidémie, Accident, Catastrophe, Attentat, Prise en charge, Victime, Patient, Péril, Aléa, Dérogation, Exception