



**Mémoire Présentée
par Soulye
NDIAYE**

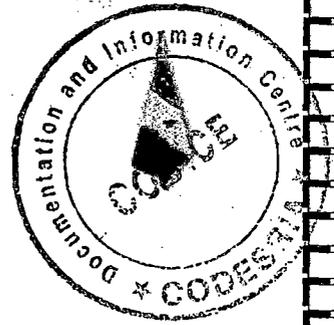
**UNIVERSITE CHEIKH
ANTA DIOP**

LE TRAITEMENT DES MALADES EN URGENCE AU SENEGAL

2004-2005



REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un peuple, un but, une foi



UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP
Faculté des Sciences Juridiques et Politiques
ECOLE DOCTORALE REGIONALE AFRICAINE



MEMOIRE DE DEA
DROIT DE LA SANTE

THEME :

LE TRAITEMENT DES MALADES
EN URGENCE AU SENEGAL

Présenté par Soulyèye NDIAYE

Sous la Direction de Monsieur Samba THIAM
Maître de conférence Agrégé des Facultés de Droit

Année Universitaire
2004 - 2005

02.05.02
NDI
12524

21 JUIN 2007

02.05.02

NDI

13524



REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un peuple, un but, une foi

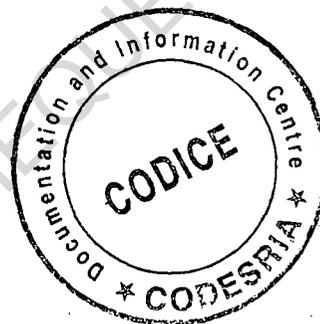
UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP

Faculté des Sciences Juridiques et Politiques

ECOLE DOCTORALE REGIONALE AFRICAINE



**MEMOIRE DE DEA
DROIT DE LA SANTE**



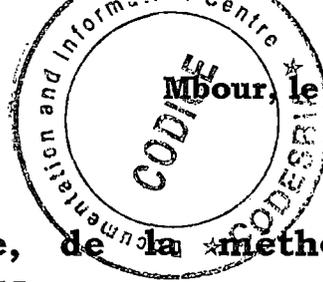
THEME :

**LE TRAITEMENT DES MALADES
EN URGENCE AU SENEGAL**

Présenté par Soulye NDIAYE

**Sous la Direction de Monsieur Samba THIAM
Maître de conférence Agrégé des Facultés de Droit**

**Année Universitaire
2004 - 2005**



Mbour, le 11 Juin 2007

Synthèse de la problématique, de la méthodologie de recherche et des résultats obtenus.

1- Problématique de la recherche

Pour remplir leurs missions de service de public, les établissements publics de santé disposent des services d'urgence qui doivent accueillir sans sélection 24h/24 tous les jours de l'année, toutes personnes en situation d'urgence.

Cependant, l'inadéquation croissante de la gestion des flux de malades est la cause principale de l'engorgement des services d'urgence conduisant à des éventuels cas d'hospitalisations impossibles et des cas de longue attente des patients. Or, dans tout service d'urgence bien organisé, l'attente est exceptionnelle. Ce problème actuel de longue attente des patients ou de l'hospitalisation impossible n'est pas spécifique aux hôpitaux ciblés. Il concerne généralement les établissements hospitaliers de tous les pays, et *spécifiquement ceux en voie de développement*. C'est dire que la problématique du traitement des urgences est un problème étudié à l'échelle mondiale selon une publication du dossier traitant du thème des urgences médicales¹

2- Méthodologie

La recherche documentaire nous a permis d'obtenir des informations générales à partir des rapports sur la réforme hospitalière, des ouvrages sur le *Droit de la Santé, l'Internet, et un questionnaire dressé à l'encontre des chefs de service d'urgence, les praticiens et les patients*. Ainsi, nous feront le point sur :

- L'organisation de l'urgence hospitalière dans lequel cas nous mettrons l'accent sur les critères et composantes de la notion d'urgence ;
- L'état textuel de la prise en charge des urgences ;
- Enfin, sur l'état de la jurisprudence.

Pour mieux appréhender notre sujet, nous avons ciblé cinq établissements publics de santé dont quatre à Dakar et un à Thiès (Centre Hospitalier universitaire de Fann, Hôpital Aristide Le Dantec, hôpital Principal, Hôpital Général de Grand Yoff, Hôpital Régional de Thiès).

3- Résultats obtenus :

Cette étude menée à partir d'une enquête sur le terrain en grande partie, nous a permis d'obtenir des informations sans doute sur le problème de la gestion des urgences dans les hôpitaux ciblés, *notamment sur la qualité de l'accueil*.

Ensuite, malgré l'existence de quelques textes réglementant ce secteur, une inobservance totale est de rigueur. Cela est accentué par les patients qui ne connaissent pas les moyens de droit leur permettant de se faire droit en cas de faute médicale.

¹ Dossiers politiques publics, la politique hospitalière, l'hôpital face aux défis : les urgences médicales, nouvelle version 2004

Remerciements

Remerciements

✚ Louange à Allah. Seigneur de l'Univers

« C'est en Dieu que je trouve mon soutien, c'est en Lui que je place ma confiance. Il est mon appui ».

« A Lui, louanges et grâces, par Lui, assistance et protection ».

« Gloire à Toi ! Nous n'avons de savoir que ce que Tu nous as appris. Certes c'est Toi l'Omniscient, le Sage ».

✚ A mon encadreur Monsieur Samba THIAM

✚ Au CODESRIA (Conseil pour le développement de la recherche en sciences sociales en Afrique) dont le programme des petites subventions pour la rédaction des mémoires et thèses nous a permis d'approfondir notre recherche et de réaliser ce modeste travail.

✚ Au ministère de la santé : M. Patrick KOREA conseiller technique en matière d'urgence, à monsieur Diameh BOB, Samba Cor SARR (DERF), Mme Penda CISSE (KAS/ PNDS), Docteur Chimer DIAW (Division médecine privée, médecine du travail et médecine traditionnelle, M. Bamba NDIYOUK (service législation)

✚ A tous nos professeurs : Monsieur Mamadou BADJI, Charles BECKER, Ismaïla Madior FALL, Roch David GNAHOUI, Docteur Mohamed SOUMAH, Demba SY.

✚ A tous les praticiens hospitaliers dont leur coopération a été indispensable :
Hôpital Fann : (le Directeur, Docteur NDARAW, Docteur Alioune DIENG, Major BA)

Hôpital Aristide Le Dantec : (La Direction, Docteur Thérèse MOREIRA DIOP, Docteur Niang Diallo)

Hôpital Principal : (le Directeur Francis KLOTZ, Major DIENG)

HOGGY : Monsieur Thierno seydou Ndiaye et tous les agents du service des relations extérieures

Hôpital régional de THIES : Docteur Diop

✚ A mon tuteur Arona POUYE du Rectorat,

✚ A tous les camarades de ma promotion,

✚ A mes voisins de chambre et leurs amis : El hadji Ibrahima Thiam, Serigne Ndiaye, Khadim, Diongue, Samba Kâ, Malick Ngom, Sellou Diallo, Papa samba, Sidy Mohamed Diop, Ibrahima Sarr, Mamadou Benté Diallo...

✚ A tous les frères salafis de par leur apport moral : Mushab Gaye, Nongo Diouf, Sékou Diatta, Ibrahima Ndiaye, Bounama Fall, Moustapha fall, Moustapha Gueye, Ahmad Barry, Maguatte Ma Anta fall, Ibrahima Mboup, Ahmad Faye, Ismaël Tamba Tahir Traoré, Babacar Diop, Ahmad Thiongane, Abdoul Moussawir, Maguette fall, Abou Ibrahim, Ibrahima Diémé, Mamadou lamine Bâ, Makhtar Ndiaye, bref tous ...

Dédicaces

Dédicaces

Au nom d'Allah, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux

Au nom d'Allah, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux

- ✚ A la mémoire de mon père : Alioune Ndiaye
- ✚ A ma très chère maman : Diakhou Diop à qui je dois beaucoup ; je la souhaite une longue vie dans la foi en Allah
- ✚ A ma femme Adama Mar et sa sœur jumelle Awa
- ✚ A mon homonyme à qui je souhaite aussi une longue vie dans la foi en Allah
- ✚ A mon oncle maternel Birame DIOP à qui je souhaite une bonne santé
- ✚ A mes frères Antou Ndiaye, Cheikh Ahmadou Bamba Diagne, Alioune Wade de par leur soutien.
- ✚ A mes sœurs : Fatou, Ndéye Ndiaye, Yacou, Anta et Fatou Wade et ma belle sœur Ndéye Thiaw.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

SOMMAIRE

Première Partie : La gestion hospitalière de l'urgence	11
Chapitre I- la notion d'urgence.....	12
Section I- Les critères de l'urgence.....	12
Section II- les composantes notionnelles de l'urgence.....	15
Chapitre II- L'organisation de l'urgence au Sénégal.....	19
Section I- Les structures d'accueil des urgences.....	20
Section II – L'admission des urgences.....	30
Deuxième Partie : La responsabilité hospitalière en matière d'urgence	40
Chapitre I – La responsabilité administrative	41
Section I – La faute dans l'organisation du service d'urgence.....	41
Section II- La responsabilité administrative du fait du traitement de l'urgence.....	46
Chapitre II- La responsabilité pénale	50
Section I- la non assistance à personne en danger.....	51
Section II- La pratique du pré-contentieux : exemple des hôpitaux Principal et Fann.....	57
CONCLUSION GENERALE	60
BIBLIOGRAPHIE	62
ANNEXES	66
TABLE DES MATIERES	70

LISTE DES ABBREVIATIONS

AL.	Alinéa	
AP	Agence Presse	
ART.	Article	
CAA	cour administrative d'appel	
CACNP	la Commission des Admissions et des Consultations	Non
	programmées	
C. CASS	cour de cassation	
CASS. CRIM.	Cassation chambre criminelle	
CE	conseil d'Etat	
C. DEONT.	Code de déontologie	
COA	Code des obligations de l'administration	
C. Pén.	Code Pénal	
CPF	Code pénal français	
CHU	centre hospitalier universitaire	
D.	Dalloz	
DP	Dalloz Périodique	
ED.	Édition	
Ed. G.	Edition Général	
Gaz. Pal.	Gazette du Palais	
HOGGY	Hôpital Général de Grand Yoff	
JCP	Juris-classeur Périodique	
LEB.	Recueil Lebon	
Par.	Paragraphe	
PDA	panorama de droit administratif	
PDIS	programme de développement intégré de la santé	
RDSS	Revue de droit sanitaire et social	
RDP	Revue de droit pénal	
SAMU	service d'assistance médicale d'urgence	
SAU	structure d'accueil des urgences	
SU	service des urgences	
SOMM.	Sommaire	

TC Tribunal Correctionnel
UDCD Unité d'Urgence de Courte Durée
UP ou UPATOU unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation
des urgences

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION

La mission des structures d'accueil des urgences (SAU) qui théoriquement semble être clairement définie, reste en pratique mal comprise. Ils constituent une composante essentielle du système de soins, dans n'importe quelle situation (urgences vraies, vitales, subjectives ou à caractère social). C'est à ce niveau que le malade ressent de façon intense le niveau de la qualité des prestations qu'il reçoit (accueil, rapidité et qualité d'intervention).

Les faiblesses les plus ressenties au niveau des structures d'accueil des urgences sont liées à des contraintes structurelles, humaines (effectif et compétence), matériels (équipements médico-technique et techniques, médicamenteuses (disponibilité), financières et organisationnelles.

Ainsi, les médecins, les pouvoirs publics mais aussi les patients se préoccupent de plus en plus des conditions de prise en charge des malades en situation d'urgence. Cette préoccupation quotidienne est d'autant plus vraie que l'obligation d'assistance immédiate est à la base de l'éthique médicale.

L'accroissement du recours des patients en urgence entraînant une affluence considérable, nécessite un traitement et un encadrement juridique particuliers ; d'où notre sujet : « Le traitement des malades en urgence au Sénégal ».

Cette activité a été réorganisée et soumise à un encadrement juridique par la loi n°98-08 portant Réforme Hospitalière du 12 février 1998¹. Cette loi dispose en son article 8 que : « *Le service public hospitalier garantit pour tous un accès équitable aux soins. Il est tenu d'accueillir toute personne de jour comme de nuit, en urgence si l'état du malade ou du blessé le justifie* ».

¹ Voir annexe

Puis le Décret n° 67-147 du 10 février 1967 instituant le Code de Déontologie Médicale, qui dispose en son article 5 que : « *Quelque soit sa fonction ou sa spécialité, hors le seul cas de force majeure, tout médecin doit porter secours d'extrême urgence à un malade en danger immédiat, si d'autres soins médicaux ne peuvent pas lui être assurés* ² ».

Enfin, l'arrêté n° 005776 du 17 juillet 2001 portant Charte du malade dans les établissements publics de santé hospitalier édicté par le Ministre de la santé et de la prévention, a-t-il précisé que : « *L'accès au service public hospitalier est garanti à tous les malades sans discrimination aucune* ³ ».

Ceci étant, que faudrait-il entendre maintenant par « traitement des malades en urgence » ? En effet, si la définition de la notion de traitement ne pose pas de problème, il en est autrement de la notion d'urgence.

Si la notion de traitement médicale vise simplement l'ensemble des prescriptions médicamenteuses et hygiéno-diététiques employées dans un but thérapeutique ou symptomatique, en revanche la notion d'urgence est difficile à définir car il faut tenir compte du point de vue du médecin et du malade.

Pour le médecin, l'urgence est une situation pathologique grave qui risque de mettre en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et qui nécessite un traitement dans les délais les plus brefs⁴.

Pour le malade par contre, toute situation pathologique nouvelle ou insolite est une urgence justifiant l'appel du médecin, ou le transfert dans un établissement de soins⁵.

Dans ce dernier cas, l'urgence entraîne un accroissement du recours des patients aux structures d'urgence, c'est pourquoi certains auteurs ont essayé d'établir un subtil distinguo entre « vraies » et « fausses » urgences. Qu'en bien même que cette distinction est totalement sans intérêt pratique car elle ne peut être établie qu'après examen du patient par le médecin, toutefois, il est impossible d'en donner une définition admise par tous

² Voir annexe

³ Voir annexe article 1

⁴ Goulon M., extrait du Préface de l'ouvrage collectif : Les Urgences, ed. Edisem Inc..., 1984,

(médecin et malade). En plus, il n'est pas éthiquement supportable d'interdire arbitrairement l'accès aux urgences à un patient sans examen médical. Certes, il est incontestable qu'un tri médical en amont des services d'urgence pourrait permettre un meilleur accès à ces services, aux patients qui en ont réellement besoin, mais il ne faut pas négliger d'apporter une réponse correcte aux autres.

Ainsi il s'avère nécessaire de donner aux médecins généralistes confrontés à cette demande de soins urgents, une technique organisationnelle parfaite tendant à prévenir la mise en cause de leur responsabilité. Pour se faire, les professionnels se battent pas à pas avec des armes de plus en plus efficace, mais surtout avec leur volonté de soulager et de rester formés en permanence aux meilleures techniques de prise en charge.

C'est dans ce sens que Bernard Kouchner disait : « Notre engagement politique a été de les aider, de leur donner dès février 1999 des moyens supplémentaires pour participer activement au premier plan triennal de lutte contre la douleur jamais lancé en France.

Nous sommes heureux de retrouver dans cette monographie la même volonté de lutter, le même engagement, afin que face à la souffrance d'un patient, le professionnel de l'urgence puisse, comme l'autorise la loi « Droit des malades » du 4 mars 2002, ne pas supporter que perdure la douleur des autres. Notre étude se propose de rechercher des solutions idoines à ce problème récurrent du traitement des urgences à l'hôpital »⁶.

L'étude du traitement des malades en urgence englobe deux aspects : l'intervention et l'accueil.

En effet, l'intervention renvoie à l'étude des moyens relatifs au transport des urgences. A cet effet, il y a lieu de noter qu'au Sénégal, jusqu'en 2004, le secteur du transport sanitaire n'était pas réglementé ; il était assuré par des structures privées à savoir le Service d'Assistance Médicale d'Urgence (SAMU), le SOS Médecin pour les personnes ayant les moyens et par le

⁵ Idem

⁶ Bernard Kouchner ; préface de l'ouvrage collectif DEQUAD URGENCES, Paris, le 9 mars 2004

Groupement National des Sapeurs Pompiers utilisant des ambulances de transport non médicalisées.

Cependant, au titre des mesures gouvernementales destinées à prendre en charge les préoccupations dans ce domaine, le Ministre de la Santé et de la prévention médicale a mis en place, après la revue annuelle conjointe du Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) de 2000, un sous programme de renforcement des urgences qui constitue une nouvelle orientation de la politique de santé.

Ces efforts ont été renforcés sur le plan institutionnel en termes de dispositif législatif et réglementaire précisant, notamment les conditions d'intervention, en vue de l'harmonisation des activités des différents intervenants dans le secteur et de la normalisation des moyens de transport par la création d'un établissement public.

C'est ainsi qu'il a été présenté un projet de loi relatif à l'Assistance Médicale d'Urgence et aux Transports Sanitaires voté par l'Assemblée Nationale, c'est la loi n° 2005-22 du 05 Août 2005. Il s'agit là d'un aspect extérieur au traitement des malades en urgence qui ne sera pas pris en compte dans le cadre de cette étude entièrement consacrée au traitement des malades et dans laquelle nous prenons en compte l'accueil et les conséquences juridiques qui en résultent.

Dés lors, une précision s'impose eu égard au libellé du sujet. En effet, le traitement des malades en urgence doit être traité sous un angle purement juridique si nous ne voulons pas tomber sur le piège de la notion purement médicale qui renvoie aux premiers soins à dispenser. Ainsi, une étude sur l'organisation des services d'urgence nous permettra d'en faire une appréciation critique afin d'envisager ses conséquences sur le plan juridique.

C'est ainsi qu'il faut noter que les urgences au Sénégal posent un véritable problème et une enquête effectuée auprès des hôpitaux révèle une réticence des médecins envers les juristes sur la nature et la destination de l'information à donner. C'est pourquoi au départ, nous avons eu beaucoup de difficultés à avoir accès aux structures d'urgence des différents hôpitaux

ciblés car les praticiens pensent que : « le fait de parler du traitement des malades en urgence peut constituer une menace de poursuite judiciaire, parce que le phénomène se dégrade de plus en plus depuis 1998⁷ ».

Nous avons décidé quand même d'établir un questionnaire⁸ adressé aux Majors des services d'urgence des établissements publics hospitaliers, aux médecins des services d'urgence, aux accompagnants des malades, aux stagiaires de la Faculté de Médecine, et autres professionnels de la santé. Ce questionnaire porte précisément sur la qualité du traitement dans les établissements publics hospitaliers.

Or, si les établissements privés ont la réputation d'être bien outillés, la question de la qualité du service est difficilement détachable de la conscience professionnelle. En effet, si les praticiens hospitaliers jugent la situation acceptable, il en est autrement chez les patients qui pour la majeure partie dénoncent les conditions de prise en charge.

Nous n'allons pas s'appesantir sur l'étude des établissements privés et partant par là sur la responsabilité civile des professionnels de la santé dans la mesure où le traitement des urgences pose plus de problèmes dans les établissements publics de santé. Et dans ces derniers, c'est le régime de droit public de la responsabilité qui s'applique.

Tous ceux-ci font que l'urgence mérite une attention particulière et une bonne administration de ses services afin de pouvoir répondre aux demandes des usagers relatives à la qualité des soins.

C'est ainsi qu'une telle étude présente un intérêt pratique. Les problèmes relatifs au traitement des urgences constituent un fait qui contraste à bien des égards avec ses objectifs que sont la qualité de la prise en charge, une gestion rationnelle et le respect des règles juridiques.

⁷ Entretien avec un agent de la cellule information de l'hôpital Principal, Mardi 15 février 2006, à partir de 10 h

⁸ Voir annexe

Une telle étude nous permettra d'appréhender l'organisation des services d'urgence au Sénégal afin de pouvoir apprécier son encadrement juridique et éventuellement son applicabilité.

Evidemment la gestion hospitalière de l'urgence a pour corollaire la mise en cause de la responsabilité de l'établissement et de ses agents. La mauvaise prise en charge, le mauvais fonctionnement du service, l'impunité des fautes commises, notamment doivent être sanctionnées.

Pour appréhender les difficultés de l'urgence au Sénégal et identifier les solutions, il convient d'étudier d'abord l'organisation de l'urgence dans la gestion hospitalière et ensuite essentiellement la responsabilité de l'hôpital et du médecin.

Le choix d'un tel plan nous semble fondamental pour comprendre notre sujet qui, partant d'un aspect purement médical, nous permet d'en tirer toutes ses conséquences juridiques.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Première partie

LA GESTION HOSPITALIERE DE L'URGENCE

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

PREMIERE PARTIE : La gestion hospitalière de l'urgence

Pour mieux comprendre le problème de la gestion hospitalière de l'urgence, les développements qui suivent seront placés sous le signe d'une citation empruntée à un des rapports présentés à monsieur le Ministre de la santé et de la population français⁹. Cette citation rend bien compte de l'état du problème du traitement des malades en urgence au Sénégal.

Pour cela, il faut d'abord reconnaître les deux éléments caractéristiques de ce fait.

Certains éléments sont propres aux malades, d'autres sont caractérisés par les circonstances où s'opère la prise en charge du malade (le lieu et les circonstances qui entourent cette prise en charge qui ne seront pas développés dans cette étude).

Les premiers faits relatifs aux caractéristiques des malades s'organisent très bien autour de deux rubriques :

- La notion d'urgence véritable qui comporte celle d'urgence potentielle. Le malade doit bénéficier d'un acte médical de caractère particulier, à défaut, il en résulterait un risque quasi vital ;
- La notion de malade non urgent, mais qui, par suite de l'impossibilité relative ou absolue de se présenter directement à un service hospitalier, doit cependant être admis temporairement, mais devra être après consultation et étude du cas, soit renvoyé chez lui, soit hospitalisé (après programmation dans un service organisé spécialement pour prendre le besoin identifié, non urgent présentement).

De par ces éléments caractéristiques de ce fait, nous verrons qu'une définition de la notion d'urgence s'impose : ce sera l'objet de notre premier chapitre.

⁹ « L'urgence est devenue un fait de civilisation et doit être considérée comme tel avec la ferme volonté de la maîtriser le plus possible », Les grandes actions de la santé – Rapport présenté à monsieur Robert Boulin, 1971, Paris, La Documentation française

Après avoir cerné la notion d'urgence, l'étude de son organisation s'avérera fondamentale en ce sens, elle nous permettra de mieux connaître ses différents types de services.

Chapitre I : La notion d'urgence

« D'état rédempteur, de symptôme d'alerte, la douleur est devenue injuste. Et comme toutes les injustices, de moins en moins supportable.

Soigner n'est plus seulement guérir, c'est d'abord soulager. C'est aussi sur le terrain de l'urgence, face à la diversité des souffrances, qu'apparaît l'intensité de cette évolution. La médecine d'urgence relève du combat de tous les instants : confrontés en permanence à la douleur sous toutes ses formes (douleur aiguë, douleur chronique rebelle, douleur morale), les professionnels se battent pas à pas avec des armes de plus en plus efficaces, mais surtout avec leur volonté de soulager et de rester formés en permanence aux meilleures techniques de prise en charge »¹⁰.

Généralement, les hôpitaux retiennent des critères préétablis pour déterminer l'urgence, cela se rapporte à la notion d'urgence spécialisée. Celle-ci postule des actes médicaux définis selon leur appartenance à une spécialité médicale reconnue dans un laps de temps très rapproché ou sous une surveillance médicale constante.

Cependant, dans la pratique, il faut constater le fait que la notion d'urgence telle que définie par les hôpitaux ne correspond pas à l'approche des patients, ce qui nécessite la mise en exergue des composantes notionnelles de l'urgence (section II) après avoir sérié ses critères (section I)

Section I – Les critères de l'urgence

Les critères retenus pour définir l'urgence d'un soin ou d'un examen sont généralement au nombre de quatre :

¹⁰ Voir Bernard Kouchner, op. cit., p.7

1° Le caractère non différable de l'acte médical ou chirurgical : il faut comprendre par là l'état d'un malade qui nécessite une intervention immédiate. Par exemple les urgences chirurgicales concernent tous les patients admis en urgences et pour lesquels une décision d'intervention chirurgicale peut s'imposer dans les 24 heures. En pratique, ce sont toutes les situations qui intéressent les équipes de garde chargées de recevoir nuit et jour les blessés dont la guérison dépend d'une intervention chirurgicale. A l'évidence, c'est un des plus beaux modèles de la prise de décision ;

2° Le caractère intensif ou semi-intensif des soins impliqués comme les massages cardiaques ou les réanimations urgentes ;

3° Le caractère indispensable de l'hospitalisation en raison de la nature des soins ou des examens (il y a lieu d'insister sur ce point souvent oublié : par examen, il faut entendre aussi bien de laboratoire, que radiologique) qui ne peuvent être pratiqués qu'en milieu hospitalier.

Parmi les motifs d'exigence du transfert à partir de l'impossibilité de soins (ou de l'observation) au domicile figurent les indications d'ordre psychologique ou psychosocial.

On observe, en effet, que l'incompatibilité du maintien au domicile et des soins urgents à donner peut tenir à des raisons d'ordre psychopathologique. Alors que la nature de ceux-ci peut cependant ne pas nécessiter le « placement » au sens de la loi du 09 juillet 1975¹¹ tout en rendant nécessaire un transfert en milieu « protégé ». Autrement dit, l'état mental peut nécessiter l'hospitalisation de la personne atteinte sans cependant qu'on décide le placement volontaire ou d'office en hôpital psychiatrique.

4° Enfin, le caractère imprévisible de la survenue de l'hospitalisation, celle-ci se présentant comme un événement contrevenant au processus normal de traitement ou de prévention.

Ces quatre éléments peuvent être tous réunis ou seulement certains. On constate qu'ils ne sont pas en général exposés de façon didactique. Pour la plupart, les auteurs qui traitent la question se contentent de

¹¹ C'est la loi n° 75-80 du 09 juillet 1975 relative aux malades mentales (Sénégal)

parler « d'urgence vraie » et « d'urgence potentielle ». Cela est d'autant plus vrai que la notion d'urgence vraie ne permet pas à elle seule une démocratisation de ses critères afin de prendre en considération le maximum de malades. Or, il n'est pas éthiquement supportable d'interdire arbitrairement l'accès aux urgences à un patient sans examen médical. Certes, il est incontestable qu'un tri médical en amont des services d'urgence pourrait permettre un meilleur accès à ces services, aux patients qui en ont réellement besoin, mais il ne faut pas négliger d'apporter une réponse correcte aux autres.

Nous verrons que l'institution elle-même, par sa spécialisation, concourt au développement de ce qui est polyvalent ou polydisciplinaire. C'est tellement vrai que le service d'accueil ou service de porte, cela dépend de la terminologie utilisée par l'hôpital retourne près de 60% de ses consultations à leur domicile¹². Loin d'être un service d'accueil, c'est-à-dire de réception et d'orientation, il satisfait totalement à la demande, à lui seul, pour 59% des personnes qui se présentent à lui¹³.

Donc, il est permis de penser que les critères de détermination du service médical d'accueil sont très étroits. On oublie trop, on ne le rappellera jamais assez, que la décision de renvoi d'un demandeur de soin est extrêmement grave. Retourner chez lui un individu qui se présente à la porte de l'hôpital plutôt que de le garder ; la décision, même si elle est accompagnée de mesures provisoires, d'une ordonnance, de conseils, engage hautement la responsabilité de l'hôpital.

Nous notons enfin que les critères retenus diffèrent d'un hôpital à un autre : par exemple à l'hôpital Aristide Le Dantec il y a urgence lorsque les paramètres vitaux (la mentalité, l'hémodynamique, la respiration et l'autonomie) font défaut et en cas de douleurs intenses¹⁴. Dans d'autres hôpitaux on parle d'« état douloureux », une notion imprécise sous des

¹² Entretien avec Docteur Alioune Dieng du service d'accueil et d'orientation de Fann, le 14 février 2006

¹³ 90% d'entre eux sont traités totalement par le seul personnel de la porte sans appel à des consultations extérieures.

¹⁴ Docteur Thérèse Moreira Diop Professeur de Médecine Interne, Clinique Médicale I, CHU A. LE DANTEC, courrier ordinaire du 14 février 2006

allures très strictes et qui demandent des soins intensifs c'est-à dire dans la plupart des cas exigeant une surveillance médicale continue.

Les urgences sont une spécialité transversale. En ce sens, elles touchent tous les domaines de la médecine : cardiologie, psychiatrie, médecine légale, la traumatologie, La gynécologie et l'obstétrique ...

La gynécologie et l'obstétrique sont des spécialités souvent confrontées à l'urgence, mettant parfois en danger la vie de deux personnes. Il est donc essentiel que les praticiens possèdent les connaissances théoriques et pratiques indispensables à la réalisation d'une prise en charge rapide et efficace.

Le classement est fait à partir d'un motif de recours qui peut être un symptôme initial d'affectation touchant des appareils très divers : exemple un malaise peut être d'origine cardiaque, neurologique, pneumonologique ou affection des poumons... Chaque motif de recours a été traité de la même manière : les signes cliniques qui accompagnent le motif de recours et permet de décrire une phase très précoce de la pathologie, les signes de gravité pour aider les médecins à choisir la meilleure prise en charge du patient qu'il a en face de lui¹⁵.

Les critères étant déterminés, nous allons faire état maintenant des composantes notionnelles de l'urgence.

Section II - Les composantes notionnelles de l'urgence

S'il s'avère nécessaire d'étudier les composantes notionnelles de l'urgence, c'est parce qu'au cours de l'enquête effectuée auprès des hôpitaux il a été noté que cette notion était polysémique en ce sens qu'on parle d'« *urgence vraie* », d'« *urgence fausse* », et d'« *urgence potentielle* ». En effet, le fait d'ajouter l'urgence potentielle à la notion traditionnelle d'urgence

¹⁵ Professeur B. Blettery, préface de l'ouvrage, *Les urgences*, ed. Edissem Inc..., 1984

marque un tournant dans les conceptions hospitalières et médicales de ces dernières années.

En effet, s'il faut définir l'urgence vraie telle qu'on peut la déduire de la lecture et des comptes rendus médicaux, elle se rapporte à la notion d'urgence spécialisée. Le caractère d'urgence est alors évident pour le médecin et détermine, sans problème l'orientation du malade ou du blessé vers le service spécialisé de l'unité hospitalière envisagée.

Cependant dans la pratique, il faut constater le fait qu'on regroupe sous l'appellation d'urgence véritable des urgences dont la nature n'est pas à proprement parler immédiatement spécialisée, mais dont le caractère relève de ce que l'on appelle : « *la conviction médicale* ». Ceci suppose que le début du traitement intensif ou des examens complémentaires permettant de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'orientation supposé, sans qu'il y ait aucune évidence à l'arrivée du patient. C'est ainsi qu'une vérification statistique ultérieure peut aboutir à classer comme « *fausse urgence* » un pourcentage plus ou moins élevé d'admission cependant justifiée.

Les « *urgences potentielles* » recouvrent les cas de malades dont l'état tel qu'il ressort d'un examen non approfondi mais suffisant (en raison des circonstances), permet de penser qu'ils peuvent ressortir dans un avenir très prochain, même si celui-ci n'est pas encore tout à fait certain d'un placement en urgence spécialisée.

En pratique, on retiendra surtout que la décision définit le caractère immédiat des soins apportés ou à prévoir à partir généralement de deux éléments, l'un - concerne l'état de détresse psychologique ou psychique pas nécessairement aigu - qui peut être très récent ou déjà ancien ; le deuxième élément concerne la nécessité d'une surveillance quasi constante durant une période où il est impossible de l'organiser en dehors d'un service hospitalier équipé à cet effet¹⁶.

De telle sorte que les facteurs extérieurs aux résultats de l'examen médical peuvent préciser ou urger la décision du transfert. Ces facteurs

¹⁶ Pour les examens, le critère d'exigence d'hospitalisation immédiate sera :

1° la nécessité de les pratiquer sans délai ;

2° la complexité de ceux-ci, vu l'exigence de l'appareillage lourd et coûteux, ou encore de l'intervention quasi chirurgicale pour les pratiquer.

concernent aussi bien l'examen par le médecin prescripteur des éléments de vie et des possibilités de soins qui se trouvent auprès du sujet, que des possibilités d'accueil par l'établissement hospitalier.

Pratiquement, deux éléments non médicaux convergeront pour donner un caractère d'urgence au transfert :

1° en raison de l'âge et du dénuement matériel du sujet ;

2° l'existence d'un service hospitalier polyvalent susceptible de le recevoir à toute heure, donc essentiellement (pour les problèmes médicaux) l'existence d'une urgence médicale¹⁷.

Cette manière d'analyser la question n'est pas seulement vraie pour décider du transfert d'individus vivant à l'extérieur de l'hôpital, mais également pour décider de transfert intra-hospitalier vers le service d'urgence. Ces transferts seront facilités si la structure architecturale de l'hôpital permet une liaison directe et aisée avec le service d'urgence¹⁸. Ce qui veut dire que de tels transferts seront moins facilement envisagés si l'hôpital est de type pavillonnaire¹⁹.

De tels transferts intra-hospitaliers sont parfaitement légitimes. Nous les retrouveront sous la rubrique « entrée par mutation » au service d'urgence²⁰. Les motifs du transfert le plus souvent observés sont les suivants :

1° La possibilité de survenance d'une situation susceptible d'exiger une intervention médicale ou chirurgicale à un moment non prévu. Il s'agira par exemple, d'organiser une assistance respiratoire – une grande ou petite réanimation – une surveillance post-anesthésique.

2° cela va de soit, la continuité de soins actifs ou semi actifs déjà entrepris mais qui ne peuvent être continués, faute de personnel restant la nuit. Il peut s'agir aussi de l'exigence d'une surveillance régulière durant la nuit, même si celle-ci est de caractère banal. Il se peut qu'il soit efficace et plus économique, de restreindre le service de garde (à une garde sur appel) et de

¹⁷ C'est l'effet créateur de l'offre, on le retrouve à tous les niveaux. Il est relatif à la facilité de transport (SAMU)

¹⁸ Exemple de l'hôpital Principal où le service d'urgence est relié aux autres services par des couloirs de transmission permettant le transfert intra-hospitalier à l'aide des brancardiers

¹⁹ Exemple de l'hôpital FANN

²⁰ « parmi l'essentiel des malades dont l'état est critique ou urgent, la moitié se trouve déjà dans les services de consultations générales situés dans les centres hospitaliers qui disposent ainsi de services de traitement des détresses médicales » (Rapport Santé, p. 14). Mais il s'agit là de cas qui ne concernent que 11% environ de la totalité des malades réellement admis en urgence.

transférer en service d'urgence les malades qui sont à surveiller constamment.

On peut noter déjà présent, tout un glissement qui va d'abord de l'urgence vraie à l'urgence potentielle, pour arriver à une notion beaucoup plus imprécise de la notion d'urgence.

Mais nous sommes encore loin d'avoir relaté toute l'ampleur de ce glissement depuis ces dernières années.

Peut être pourrait-on dire très brutalement que non seulement l'urgence potentielle est devenue un définisseur beaucoup plus exact que l'urgence vraie, mais encore que l'urgence va se dédoubler en s'ouvrant davantage encore, par des activités de détection de l'urgence potentielle.

De quoi s'agit-il ? On s'aperçoit qu'en outre d'être un service d'hospitalisation, l'urgence devient un service de consultation polyvalent ouvert en permanence.

On y répond non seulement à la question très légitime et très directe de savoir s'il y a lieu ou non à hospitalisation immédiate, mais encore à une demande qui ne porte plus tout à fait sur cet objet, mais sur une définition de caractère diagnostique analogue à celle d'un service de consultation mais à cette double différence près, qu'on y retrouve *la vieille consultation polydisciplinaire* et qu'elle doit se tenir 24 heures sur 24.

C'est ici que nous allons voir intervenir la richesse conceptuelle que déroule en avant des services d'urgence médicale et chirurgicale la notion pourtant assez banale à première vue d'accueil médico-chirurgical.

Celle-ci marque le grand retour vers l'indifférenciation de l'accueil hospitalier. Elle marque aussi littéralement la démocratisation des critères de l'urgence. Rien que de très banal à première vue. Cette structure n'était destinée qu'à donner un caractère plus rationnel et plus humain à la traditionnelle réception par le service de porte.

Mais en organisant, en développant le service de porte en lui donnant une structure efficace, on va modifier profondément les critères d'utilisation de l'urgence par les médecins de la ville, les services publics, mais aussi par la population tout entière.

Il échappera vite à ses initiateurs. Le service d'accueil va générer toute une dialectique avec le public d'une part, et l'institution hospitalière de l'autre.

Nous venons de voir tout à l'heure combien des critères non proprement médicaux, mais qui tiennent pour une grande part aux possibilités d'accueil en urgence interviennent dans la décision médicale de transfert hospitalier. Mais ici, la porte va s'ouvrir littéralement vers la population. Le public engage de lui-même une manière de penser l'urgence qui engendre un rapport avec l'institution hospitalière à la fois plus familier, mais surtout plus exigeant. A son tour l'institution va être conduite à repenser sa systématique soignante dans son ensemble.

Aux vues de ses conséquences, il s'avère fondamentale de procéder à une étude détaillée de la structure organisationnelle des urgences ; ceci permettra d'en apprécier la qualité.

Chapitre II – L'organisation de l'urgence au Sénégal

L'accueil et le traitement des malades en urgence constituent aujourd'hui une mission essentielle des établissements de santé.

En France, ces activités ont été réorganisées et soumises à autorisation par le décret n° 95-619 du 30 mai 1995, puis par les décrets n° 97-615 et 97-619 du 30 mai 1997 (art. R. 6123-2 et s. C. santé publ.).

L'organisation des activités d'accueil et de traitement peut aujourd'hui prendre la forme :

- au sein de l'établissement lui-même, soit d'un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU), éventuellement spécialisé, soit d'une unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UP ou UPATOU), éventuellement saisonnière ;
- d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) destiné à effectuer les interventions médicales hors de l'établissement dans le cadre de l'aide médicale urgente.

Les décrets du 9 mai 1995 et 30 mai 1995 assujettissent la création et le fonctionnement de ces services et structures à des conditions rigoureuses :

- les établissements de santé ne peuvent ainsi organiser de SAU que s'ils ont la capacité de dispenses en leur sein, en hospitalisation complète et dans un grand nombre de disciplines, des soins aigus (soins de courte durée ou concernant des affections graves dans leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie) ;
Les SAU doivent comporter au moins les catégories de service ou d'unités médicales suivantes : réanimation, médecine générale ou médecine interne, médecine pédiatrique, anesthésie-réanimation, chirurgie orthopédie ou chirurgie viscérale, y compris gynécologie. (Art. R. 6123-2, C. santé publ.)²¹.

Au Sénégal, il existe à cet effet l'art. 8 de la loi n° 98-08 du 02 mars 1998, l'art. 5 du décret n° 67-147 du 10 février 1967 instituant le Code de déontologie médicale sénégalais et loi n° 2005-22 du 05 Août 2005 relatif à l'Assistance Médicale d'Urgence et aux Transports Sanitaires.

Pour appréhender l'organisation de l'urgence au Sénégal, il s'avère nécessaire d'étudier dans un premier temps l'organisation des structures d'accueil des malades en urgence (section I) et dans un second temps l'admission ou la réception des urgences (nous ferons ici état du problème des accidentés, des vieillesses et des cas sociaux) (section II)

Section I – Les structures d'accueil des urgences

Cette partie s'efforcera de mettre en exergue les différents types de services d'urgence au Sénégal : il s'agit essentiellement du service médical d'accueil ou service de porte et de l'urgence centralisée.

²¹ Marc Dupont, Claudine Esper, Christian Paire, Cours de Droit Hospitalier, 5ème édit., D. 2005, p.127-128

Paragraphe I – Le Service Médical d’Urgence ou Service de Porte : Exemple des hôpitaux Aristide Le Dantec et Fann

Nous étudierons successivement la relation entre service de porte, urgence médicale et urgence chirurgicale (A) et son rôle par rapport aux autres services hospitaliers (B).

A – les liens entre service de porte et urgence médicale ou chirurgicale

Il semble nécessaire de faire, en quelques mots, l’historique du dispositif actuel mis en place par le Sénégal en partant d’un constat tiré du dispositif Français.

Historiquement le service des urgences (SU) était la principale porte d’entrée de l’hôpital, et constituait donc un passage quasi obligatoire pour les patients avant leur admission dans la plupart des services hospitaliers. En raison des progrès médicaux et techniques et du développement des spécialités médicales, les admissions directes dans les services hospitaliers sont devenues possibles, puis ont progressivement augmentées au point d’être aujourd’hui, privilégiées par les spécialistes.

Ceci étant, on trouve la conviction qu’eut le Directeur des Hospices Civils de Lyon, dans les années 50, que : « *le problème hospitalier majeur allait devenir (dans les années qui allaient suivre) celui de l’urgence. Cela, non seulement au sens de l’urgence chirurgicale – qui attire facilement l’attention par son caractère dramatique – mais aussi au sens des besoins de l’urgence médicale²² ».*

Ainsi, il y a un lien intime entre les services d’urgence et le service de porte de l’Hôpital Aristide Le Dantec et le Centre Hospitalier Universitaire de Fann. C’est pourquoi, tout au long de cette étude l’activité du service de porte est d’une certaine manière omniprésente.

²² L. M. RAYMONDIS, Pour une politique d’urgence : l’expérience Lyonnaise, MASSON & Cie, Paris, 1974, p.36

Mais cette imbrication constante - quoique nécessaire dans le cheminement de notre étude - ne doit pas empêcher une réflexion sur une certaine autonomie et spécificité de ce service. Il ne recouvre pas totalement l'urgence, il ne s'y dilue pas, ne s'identifie pas avec lui.

Il est vrai que certains hôpitaux aboutissent à une identification structurelle - au moins au niveau de la planification proposée - entre service de porte et les urgences médicales et chirurgicales²³.

La « porte » reçoit alors toutes les urgences et toutes les entrées non planifiées, sauf éventuellement celles qui concernent les disciplines qui ont elles-mêmes un service d'urgence (comme la cardiologie, la pédiatrie, la néphrologie et la réanimation respiratoire).

Le service de porte a comme annexe dans ce cas un nombre restreint de lits qui sont évacués tous les matins sur les disciplines en causes.

En ce qui concerne les deux hôpitaux ciblés dans ce cas, ce n'est pas cette configuration du service de porte qui prévaut ni dans les faits, tels que nous les avons observés, ni dans les intentions des dirigeants de ces hôpitaux, quant à l'avenir.

Dans le déroulement actuel des choses dans ces hôpitaux, voici les constatations qu'on peut faire et les concepts hospitaliers qu'on peut dégager.

✓ « L'intimité » total entre le service de porte et l'urgence chirurgicale :

La totalité des admissions en urgence chirurgicale s'effectue par l'intermédiaire au service de porte et cela vingt-quatre heures sur vingt-quatre (24h/24).

Il résulte de ce fait une sorte d'osmose entre le service de porte et l'urgence qui, se trouve joints tout près (chirurgie traumatique et viscérale)²⁴. Il est bien connu que dans les hôpitaux de type pavillonnaire l'éloignement d'un bâtiment, par rapport à un autre, a des effets considérables sur les relations des deux services.

²³ C'est le cas des hôpitaux Aristid Le Dantec et Fann

²⁴ Alors que l'urgence médicale est située un peu fort loin de l'urgence chirurgicale

Enfin, une raison beaucoup plus importante peut être, tient au fait que comme nous l'avons vu le service médicale d'accueil est, en vérité, souvent obligé d'effectuer des premiers soins et de prendre les dispositions qu'implique « l'attente chirurgicale ». De même l'appel à la réanimation chirurgicale et seulement rarement par la réanimation du service médicale dès fois un peu éloigné.

- ✓ Les liens moins compénétrant du service de porte avec l'urgence médicale

Le service d'accueil médical reçoit en principe les malades à orienter dans les services de médecine et de spécialité de 8 heures à 17 heures.

Mais en fait si 17 heures est l'heure d'ouverture de l'urgence médicale qui va recevoir tous les malades qui y sont destinés, il n'en est pas moins que de 8 heures à 13 heures les services de consultation dans différents pavillons²⁵ sont ouverts. Ainsi sont possibles les admissions soit par la consultation spécialisée, soit directement, donc ce n'est en fait que de 13 heures à 17 heures que l'accueil médicale reçoit l'ensemble des malades qui n'ont pas de destination précisée auparavant dans l'hôpital, alors que pour la chirurgie le service d'accueil recevra tous les blessés vingt-quatre heures sur vingt-quatre (24h/24)²⁶.

Il en résulte que le nombre de malades de médecine qui passent par l'accueil médical se trouve fortement réduit. Nous savons qu'en fait on doit décompter tous les intoxiqués volontaires ou accidentels qui vont directement en urgence médicale, quelque soit l'heure.

Dans la plupart des malades admis par l'hôpital, le service de Porte a dirigé un nombre, un peu élevé des malades sur l'urgence médicale. Or les services d'urgence médicale ont reçu pendant cette période, entre 8 heures à 17 heures environ un nombre plus élevé des admissions.

²⁵ Dans certains hôpitaux on parle de Jamot 1,2... (Hôpital principal par exemple)

²⁶ Cela ne veut pas dire que l'activité du Service de Porte cesse de 8 heures à 13 heures. C'est l'activité de ce service comme Accueil médical qui est simplement suspendue. La Porte continue à orienter les malades après avoir examiné le problème posé et donné les soins qui s'imposent d'emblée.

Si l'on prend comme base la totalité des admissions à l'urgence médicale, le service de Porte n'a accueilli que 14% de l'ensemble des hospitalisés à l'urgence médicale.

Les liens du service de porte avec l'urgence médicale sont donc bien plus lâches qu'avec l'urgence chirurgicale.

Cependant on ne doit pas sous-estimer pour autant le rôle joué par le service de Porte dans ce domaine : assurer l'accueil « primaire » entre 8 heures et 17 heures pour 44% des admissions en urgence médicale, aux heures où ce service doit procéder à toutes ses évacuations quotidiennes et quand l'activité médicale des soins est particulièrement intense, est sûrement d'un grand secours.

Voyons maintenant le rôle du service de porte par rapport aux autres services.

B- Le rôle du service de porte par rapport aux services « non urgents » de l'hôpital

D'après l'enquête que j'ai menée auprès du Docteur Alioune Dieng du Service d'Accueil et d'Orientation de l'Hôpital FANN : « Une partie des hospitalisations dans « les services non urgents » passe aussi par la filière du service de porte « en raison de l'heure tardive à la quelle ils (les malades) arrivent ou de l'encombrement de ces services ».

- ✓ Le service de porte achemine des malades vers les autres établissements hospitaliers

Pour partie, en raison de l'encombrement des services hospitaliers, pour partie aussi du fait de la spécificité de certaines affections (troubles psychiques par exemple) non traitées par l'hôpital d'accueil, beaucoup de malades ont été acheminés du service d'accueil vers d'autres établissements hospitaliers.

- ✓ Les fonctions soignantes du service de porte en dehors des perspectives d'hospitalisation

Si l'importance du service de porte est très marquée dans le sens d'un passage vers l'hospitalisation, son rôle ne s'arrête évidemment pas là.

Il assume une fonction de tri entre nécessités d'hospitalisation et possibilités de soins sans hospitalisation.

Cette fonction de tri est évidemment primordiale, pour éviter et les fausses urgences hospitalières et une facilitation excessive même par rapport à l'hospitalisation ordinaire.

D'une certaine manière le service de porte se définit avant tout par cette fonction-là.

Mais elle ne peut être exercée que dans la mesure où on ne renvoie pas les malades les « mains vides » ; elle comporte un ensemble de petits soins, pansements, vaccination, etc... qui finalement au lieu d'être une hospitalisation d'urgence est une consultation d'urgence, en raison en grande partie, de l'encombrement des services de consultations dans les autres pavillons (ou Jamot) ou de l'absence de permanence de consultation dans l'après-midi, la soirée et la nuit²⁷.

- ✓ Les malades hospitalisés par l'intermédiaire du service de porte pour une grande partie d'entre eux subissent un examen médical au service de porte, avant l'admission aux différents services

La fonction de tri ne s'effectue pas dans la majeure partie des cas à la suite d'un « regard » médical sommaire, mais après un véritable examen médical effectué par le service de porte.

Le tri doit être une réponse « opérationnelle » à la double question

- a) y a-t-il lieu à hospitalisation ?
- b) si oui, vers quel service le malade doit-il être dirigé ?

²⁷ (SAKHO, GNINGUE, FAYE, CISSE, DIOP) rapport du groupe de travail chargé de la réforme du système hospitalier : « On peut affirmer sans grand risque de se tromper que le temps de présence du personnel hospitalier est de moins de quatre heures. Les services hospitaliers sont désertés les après-midi ; les malades l'ont si bien compris qu'ils ne se rendent qu'exceptionnellement à l'hôpital l'après-midi. Les après-midi, dans certains services, une ou deux personnes seulement assurent la permanence ; en cas d'urgences, elles sont très vite débordées », décembre 1984

Et cela comporte évidemment un véritable examen médical.

Pour la majeure partie des malades dirigés vers le service de porte de l'hôpital Fann et l'hôpital Le Dantec environ 94% ont été examinés par le service de porte avant leur admission dans les différents services, ce qui constitue évidemment un travail considérable.

En revanche, sur le nombre de malades dirigés par le service de porte sur d'autres établissements hospitaliers, 42% seulement ont été examinés par ce service avant l'envoi vers ces autres établissements.

Donc le service de porte assure une activité de dispensaire, comme nous l'avons dit, d'un grand intérêt pour limiter les admissions hospitaliers. Cette activité représente le quart des entrées totales à la porte. Les soins sont assurés jusqu'au rétablissement de la capacité de sortie.

Après avoir présenté le service de porte, voyons maintenant qu'en est-il de l'urgence centralisée ?

Paragraphe II- l'urgence centralisée : exemple de l'hôpital régional de Thiès et l'Hoggy

Nous ferons état d'abord de son organisation et ensuite de ses rapports avec l'urgence chirurgicale.

A- l'organisation de l'urgence centralisée

L'urgence centralisée peut être définie comme une structure constituée d'un bâtiment unique abritant l'urgence médicale et l'urgence chirurgicale.

Ainsi, à la différence du service de porte, l'urgence centralisée reçoit tous les cas directement dans son service et cela vingt quatre sur vingt quatre. En d'autres termes cela signifie que le service reçoit toutes les entrées non

planifiées et que pour les malades ordinaires l'hôpital peut mettre sur place un service de consultation externe chargé de les accueillir sur rendez-vous²⁸.

La conséquence qui en résulte est que le service d'urgence centralisée satisfait à lui seul toute la demande alors que dans le cadre du service de porte, celui-ci jouant aussi bien le rôle de réception et d'orientation des urgences, ne peut que satisfaire une partie de la demande se présentant devant lui.

Ainsi, il est permis de penser que les critères de détermination d'urgence de ce service apparaissent beaucoup plus larges et cela est d'autant plus vrai que la procédure administrative mise en place permet le contact direct entre le malade et le praticien qui de ce fait, bénéficiera d'un diagnostic fiable.

Nous avons vu combien le service de porte mettant en première ligne l'hôpital et non plus le praticien est lourd de conséquences.

Il convient en revanche de noter que dans le cadre de l'urgence centralisée, la responsabilité de l'hôpital est difficile à mettre en œuvre dans la mesure où le traitement effectué dans ce service relève d'une technicité qui souvent est difficile à cerner par le malade lorsqu'il survient des circonstances dommageables. Les erreurs, voire les fautes professionnelles des praticiens sont difficiles à connaître, plus risquées à signaler. Leurs échecs leur sont beaucoup moins reprochés, même si les conséquences en sont au moins aussi dramatiques.

Le service devient ainsi un véritable écran quant à la multiplicité des responsabilités mais aussi une telle organisation peut laisser apparaître un certain nombre de dysfonctionnements.

Voyons maintenant les liens entre ce service et les urgences médicales et chirurgicales.

²⁸ C'est le cas de l'hoggy et de l'hôpital régional de Thiès

B- l'urgence centralisée : une intimité totale avec l'urgence médicale et chirurgicale

Il existe un lien intime entre l'urgence centralisée et l'urgence médicale et chirurgicale en raison de l'organisation de ce service qui est caractérisé par l'existence d'un bâtiment unique.

Il en résulte un certain nombre d'avantages liés d'une part à la rapidité dans le cadre du transfert intra-hospitalier, autrement dit une urgence reçue dans le service médical d'urgence pourra être transférée très rapidement à l'urgence chirurgicale s'il ne relève pas de la compétence du premier.

Nous avons vu combien cela peut être un véritable problème dans les établissements de types pavillonnaires dans lesquels est mis en place un service de porte qui parfois est très éloigné des autres services d'urgence²⁹.

D'autre part, ce type d'organisation permet une prise en charge directe de l'urgence par un médecin traitant, ce qui permet d'en assurer un diagnostic complet.

En revanche, l'armature de ce service peut permettre de relever un certain nombre d'inconvénients :

D'abord en raison de l'unicité du bâtiment abritant et l'urgence médicale et l'urgence chirurgicale, on peut noter un risque d'encombrement du service qui doit prendre tous les cas non planifiés. L'encombrement est défini comme une situation dans laquelle la demande de service d'urgence dépasse l'habilité d'un service d'urgence à fournir des soins de qualité et ou à satisfaire tous les besoins du patient dans un délai médicalement acceptable.

La cause principale de l'encombrement est le manque de lits dans les salles communes et dans les UHCD. Avec le manque de lits d'hôpitaux, les patients en surplus sont souvent « entreposés » dans les services d'urgence, créant ainsi une situation où les patients les plus malades sont privés de l'accès à des soins rapides. La capacité de lits réservée aux soins d'urgence est aussi

²⁹ C'est le problème des transferts intra-hospitaliers entre le service de porte et les autres services d'urgence dans le cadre d'un hôpital de type pavillonnaire. L'absence des couloirs de transmission directs rend les transferts difficiles

considérablement affectée par les patients qui requiert un « autre niveau de soins » c'est-à dire des patients qui pourraient par exemple être soignés dans des structures de 1^{er} niveau. Les patients monopolisent jusqu'à 20% des lits d'hôpitaux réservés aux soins d'urgence et contribuent au problème d'encombrement des services d'urgence en empêchant l'admission des patients de l'urgence à des lits d'hôpitaux. En moyenne, un patient « entreposé » dans le service d'urgence bloque l'accès de quatre patients par heure au service d'urgence, contribuant ainsi directement aux temps d'attente prolongés et à la souffrance des patients.

Un des mythes les plus fréquents à propos de l'encombrement est le fait qu'il est causé par des gens qui optent pour une visite au service des urgences alors qu'ils pourraient être soignés ailleurs.

En effet, du fait des progrès médicaux et techniques et du développement des spécialités médicales, les admissions directes dans les services hospitaliers sont devenues possibles, puis ont progressivement augmentées au point d'être aujourd'hui, privilégiées par les spécialistes.

Les difficultés d'hospitalisation des patients des urgences se sont encore aggravées en raison d'une demande générale en soins qui accroit, d'une modification en santé d'une population vieillissante, d'une transformation des structures hospitalières en unités de soins programmés (unités de semaine, de jour et de contrainte économiques fortes). Aujourd'hui, alors que la fréquentation des services d'urgence a doublé en 10 ans, les patients ayant initialement transité par les services d'urgence ne représentent plus que 40% des malades séjournant dans les services hospitaliers³⁰.

Tous ces éléments contribuent à l'engorgement, à la saturation des services d'urgence, et à leurs conséquences potentiellement dangereuses :

³⁰ Résultats de l'enquête effectuée par la Direction de la Recherche de l'Évaluation et des Statistiques de la France

les difficultés de gestion voire la mauvaise gestion des malades à hospitaliser.

Aussi, le service peut connaître des défaillances dans la rapidité du traitement en ce sens où l'urgence qui vient peut être accueillie par le service médical alors qu'il peut relever du service chirurgical, vis versa. Enfin, l'absence de planification en amont peut contribuer à traiter beaucoup de cas que l'on croit urgents et qui, à la fin se révèle être des fausses urgences hospitalières.

C'est là donc qu'apparaît le problème du tri dans l'urgence centralisée. En effet, la fonction de tri en amont constitue une partie importante dans le cadre de l'accueil des urgences en ce sens qu'il permet de se rendre compte de la nécessité où non d'hospitalisation et de la possibilité de soins sans hospitalisation.

De même le tri permet d'éviter l'encombrement dans les services d'urgence qui sont toujours confrontés à un grand problème de base qui peut se résumer en deux :

1°- la nécessité d'établir une rotation rapide des cas afin que les lits soient sans cesse disponibles ;

2°- à l'inverse, la nécessité de suite à apporter à l'urgence, celle-ci est reconnue comme étant de plus en plus importante, c'est le problème de la continuité des soins. La qualité de ces soins est désormais un souhait fort pour les professionnels de la santé.

Après cette présentation des services d'urgence différents d'un hôpital à un autre, nous essayerons de faire état du problème de l'admission des urgences. Une telle étude permet de s'appesantir sur deux phénomènes essentiels qui constituent pour la plupart des difficultés majeures dans le traitement des urgences au Sénégal. Il s'agit de l'admission des accidentés, des vieillesses et des cas sociaux.

Section II - l'admission des urgences

Cette partie s'efforcera de mettre en exergue deux problèmes majeurs que nous avons pus observer à la suite des visites effectuées auprès des

services d'urgence : il s'agit de la réception des accidentés parag.I et celui des vieillesse et cas sociaux parag.II

Paragraphe I- La réception des accidentés

Le problème de la réception des accidentés peut être situé dans le contexte d'une citation dressé pour le Ministère de la Santé, en 1990, par un groupe de travail constitué à cet effet³¹. Selon cette citation : « *Actuellement, ce sont les accidents de la route qui constituent la plus grande partie des cas d'urgence* ». *C'est par cette constatation que commence l'étude sur « l'efficacité des soins en urgence »*.

Loin de nous l'intention de contester cette affirmation au Sénégal, elle est certainement basée sur une évaluation fort correcte des faits actuels. Mais ce qui nous a frappé dans cette citation, c'est que notre attitude est déjà induite par une longue familiarité avec les résultats des observations faites en urgence notamment dans les services d'urgence, de même qu'un interview accordé par certains éléments du Groupement National des Sapeurs Pompiers³².

En effet, le problème des accidentés est celui qui frappe le plus la population. Celle-ci a l'impression que les pompiers existent essentiellement pour conduire le plus rapidement possible les accidents du travail ou de la route à l'hôpital et que tout se règle par là.

En fait, si dans les établissements publics de santé ayant mis en place un service de porte, tous les cas d'urgence doivent d'abord y passer, il en est autrement pour le cas des accidentés ou des intoxiqués qui doivent être directement dirigés à l'urgence chirurgicale. Et dès l'entrée dans ce service, on est profondément marqué par l'aspect quasi tragique que revêt la présence de polytraumatisés dans un état parfois effroyable.

Le caractère lésionnel très spectaculaire des grands blessés, la détresse visible de leur entourage dans le contexte dramatique que prend l'arrivée de

³¹ « Pour une politique de la santé », 1990, les grandes actions de la santé, I, P.126

³² Entretien avec les éléments du colonel Watara du Groupement National des Sapeurs Pompiers, Avenue Malick sy, le 17 mars 2006

certaines accidentés, n'est pas sans frapper beaucoup jusqu'à souhaiter isoler ces lieux pour en éviter la vue aux malades médicaux et particulièrement à ceux qui présentent des troubles psychiques ou sont fragilisés par un état d'angoisse et de dépression³³.

Mais, si nous revenons à notre sujet, particulièrement relatif à la réception des accidentés en urgence, on aperçoit des difficultés énormes. Ces difficultés sont d'une part liées à la capacité technique des hôpitaux et d'autre part à la permanence des soins (la garde nocturne).

S'agissant de la capacité technique des hôpitaux, il faut d'abord rappeler que c'est l'art 8 de la loi 98-08 qui fait une obligation aux hôpitaux de « recevoir tous les malades en urgence... ». Cependant, cette loi comporte des limites liées au manque de lits qui, souvent amène les hôpitaux à demander le transfert sans pour autant faire les premiers soins. Or, dans de tels cas la loi dispose qu'il faut d'abord « lever l'urgence » avant le transfert vers un autre établissement³⁴.

C'est ainsi que, dans la plupart des accidentés transportés par l'ambulance des Sapeurs Pompiers, il est très fréquent qu'on leur oppose le manque de lits ; et cela peut être le fait de plusieurs hôpitaux, les poussant ainsi au dernier moment à demander la réquisition du Procureur³⁵.

L'autre difficulté est celle liée à la garde nocturne. En effet, rien n'est plus triste que d'amener une urgence (un cas d'accident) à l'hôpital la nuit. Les conditions d'accueil sont, en effet, fortement décriées par plus d'un usager des hôpitaux publics et autres structures sanitaires. Et à ce propos, les anecdotes et histoires vécues sont nombreuses à pouvoir être racontées. *Vieux Samb* est un fonctionnaire de la Police. Sa mère, âgée de 67 ans, a séjourné pendant deux mois au service des Maladies infectieuses d'un hôpital public de Dakar. Il raconte, presque avec amertume, « le calvaire vécu ». « La nuit, c'est à la limite si les malades ne sont pas laissés à eux-

³³ Voir supra l'urgence centralisée, pp. 28-29

³⁴ Voir infra responsabilité pour mauvais fonctionnement du service, pp. 41-42

³⁵ Le groupement national des sapeurs pompiers et le Procureur : Dans les hôpitaux, plus particulièrement ceux de Dakar, le Procureur a eu à intervenir plusieurs fois lorsqu'il y a refus d'admission d'une urgence transportée par les Sapeurs. Nous verrons aussi combien ce refus peut être aussi source de responsabilité administrative comme pénale.

mêmes. Sur trois préposés à la garde, un seul est souvent disponible, et il lui arrive de traîner les pieds quand un patient fait appel à lui. Généralement las d'attendre, les patients préfèrent laisser jusqu'à l'arrivée au petit matin, des autres agents... », Raconte *M. Sidibé*³⁶.

C'est le même problème qui se répercute en cas d'urgence : très souvent on est confronté par l'absence du médecin chef qui doit superviser l'interne lorsqu'il s'agit d'un cas qui dépasse ce dernier ; ou le praticien en plein sommeil, ou même une absence de praticien. Plus grave encore certains se déshabillent la nuit de leur blouse afin de ne pas être sollicités.

Il n'y a pas que cela dans la perception que certains usagers ont de l'hôpital. Nous avons pu nous rendre compte, au cours de notre enquête, que les récriminations concernent, outre la qualité « mauvaise » de l'accueil, « l'état de délabrement des structures, le manque d'informations des populations sur les prestations offertes, l'allongement des temps d'attente et des délais de rendez-vous, et l'inadaptation des jours et heures des prestations ».

El Hadji Mamadou Diallo, un instituteur à la retraite, dit avoir été témoin d'une « scène désolante liée au refus d'admettre certains malades du fait de l'impossibilité pour eux de faire face aux frais inclus ».

Récemment, la presse s'est fait écho de la menace de plaintes contre une structure sanitaire publique brandie par un usager qui ne comprenait pas « l'absence de conscience professionnelle qui a favorisé le décès de son enfant ». La plupart du temps, il y a un manque notoire d'assistance dont le personnel médical est fortement responsable. Cela crée une véritable suspicion que développent à juste raison les usagers. Une dame se disait ahurie de voir, un jour, le personnel d'un centre de santé se préoccuper de tontine « alors qu'il y avait au moins 40 personnes en consultation »³⁷.

³⁶ Bimestriel spécial d'information et de recherche en santé (Sénégal) n°10, Mars 2007, p.5

³⁷ Idem

En somme, nous voyons comment l'étude de ce cas est révélateur de difficultés dans les hôpitaux et plus encore combien les éléments des Sapeurs pompiers manifestent leur mécontentement en ce qui concerne l'accueil des urgences.

Par ailleurs, un autre cas mérite d'être souligné en raison de ses difficultés : c'est le problème des vieillesse et cas sociaux dans un contexte d'urgence.

Paragraphe II- La réception des Vieillesse et cas sociaux

Ici, il faudra parler de la situation dramatique des vieillards dans les grandes villes et surtout la ville de Dakar aux mouvances sociales très complexes. Il faudra aussi parler de l'inadéquation du système hospitalier (de sa misère) lorsqu'il s'agit de résoudre le problème des vieillards qui ne peuvent être maintenus à leur domicile.

Il y a dans la nomenclature des « catégories de diagnostic » de l'urgence médicale une appellation qu'on déclare ouvertement « cas sociaux » qui figure pour la majeure partie dans les entrées au service d'urgence.

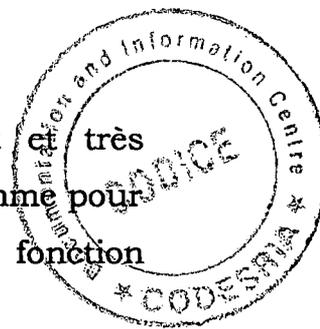
Or, un nombre important de ces cas sociaux concerne les personnes de plus de 60 ans.

De plus, il semble certain que beaucoup de personnes hospitalisés sous l'appellation « Affections Médicales », la plupart, notamment les personnes âgés, si elles sont effectivement atteintes d'une « affection médicale », cause apparemment immédiate de leur hospitalisation, se trouvent beaucoup plus dans un état d'urgence sociale que celui d'une *vraie urgence médicale*. Il est de notoriété publique qu'en raison de l'occupation des services d'urgence par ces cas sociaux, le service d'urgence est obligé de jouer le jeu d'une urgence médicale. Mais, pour ne pas garder ces vieillards dans ce service très coûteux et à rotation rapide parce que en fait le nombre de lits est très limité³⁸, d'assumer le rôle d'un bureau social de placement pour trouver un lit soit à l'urgence médicale soit le garder jusqu'à rétablissement normal³⁹.

³⁸ Principal : 9 lits, deux pour la consultation, trois pour la réanimation et quatre pour la suivie ; Fann : 6 lits ; deux pour la consultation, un pour les soins et trois pour la suivie

³⁹Entretien avec le Major Dieng du service d'urgence de l'hôpital Principal, le 14 février 2006 vers 11 h

Ainsi, le service d'urgence assume ici – très directement et très massivement – pour tous les cas déclarés ouvertement sociaux, comme pour une grande partie des cas appelés « affections médicales » une fonction extrêmement d'urgence sociale.⁴⁰



Or un établissement qui réalise plus de 85000 passage par an (comme le fait l'HPD) reçoit près de 230 malades par jour et devra donc trouver en moyenne une trentaine de lits pour le service des urgences, dont 10 pour les personnes âgées (la moitié d'entre elle ayant plus de 80 ans).

On peut noter que ce n'est là qu'une solution transitoire, regrettable. Le service d'urgence doit jouer un rôle efficace dans l'admission des malades, et pour ce faire il doit assurer une rotation rapide des cas afin qu'il y ait toujours de lits disponibles. A partir de ce moment, nous pouvons noter combien le problème des « cas sociaux » et des « sans-abris » posent un problème au niveau de ces structures et peut dans une certaine mesure pénaliser le travail⁴¹.

L'étude de la gestion hospitalière de l'urgence nous a permis de passer en revue la notion d'urgence ainsi que l'organisation de ses différents services. Elle est révélatrice de plusieurs difficultés dont la mauvaise organisation des urgences qui a pour conséquence la longue attente des patients, les hospitalisations impossibles du fait d'une absence de coordination en cas de transfert de malades vers d'autres établissements. Il faut noter que ce problème actuel des urgences n'est pas exclusif aux hôpitaux ciblés. Il concerne généralement les établissements hospitaliers de tous les pays, et spécifiquement ceux en voie de développement.

⁴⁰ Dans notre visite du 14 fev. 2006 au service d'urgence de l'hôpital Principal le Major Dieng nous a montré un sans-abri, un vieillard d'une soixantaine d'année qui a été amené en urgence dans leur service par les Sapeurs Pompiers. En raison de sa situation sociale, le service a été obligé de le prendre en charge et cela nonobstant la durée du séjour qui a dépassé plus de 48 heures.

⁴¹ Pour Docteur Alioune Dieng du Service d'Accueil et d'Orientation de l'Hôpital FANN : « les cas sociaux constituent un problème de base sérieux dont sont confrontés les services d'urgence, c'est pourquoi, tout en saluant la Loi Portant Réforme Hospitalière en ce qu'elle ait venue à son heure souhaite que les pouvoirs publics, en collaboration avec les collectivités locales et les associations de quartier puissent développer une politique consistant à répertorier les cas sociaux dans les quartiers périphériques. Et même si possible de leur octroyer des cartes attestant leur situation sociale pour qu'ils soient traités rapidement en cas d'urgence sans être confrontés au problème financier. Entretien du 14 février 2006

C'est dire que la problématique de la gestion des malades à hospitaliser dans un service d'accueil des urgences est un problème étudié à l'échelle mondiale. Selon une publication de dossier traitant du thème des urgences médicales : « Depuis leur création au milieu des années 60, les services d'accueil des urgences ont connu une croissance soutenue, et régulière de leurs activités⁴². En France, le plan d'urgence présenté par la Direction des Hospitalisations et des Soins (DHOS) en Octobre 2003 avait pour but de traiter l'ensemble des éléments relatifs aux difficultés des urgences. En effet, il est établi que la mission des urgentistes n'est ni d'apporter les soins relevant de la médecine ambulatoire, ni de répondre aux missions spécifiques des autres services de l'hôpital, de même, il n'ont pas à assurer la continuité des soins des services où l'accueil des patients est programmé par l'hôpital. Ils ont donc la vocation à dispenser des soins urgents. L'accueil aux urgences désigne la manière de recevoir quelqu'un dont la situation clinique imprévue nécessite une prise en charge immédiate, sans délai.

A ce propos, le projet d'établissement de l'HPD (2002-2006) précise que les admissions en urgence doivent se faire immédiatement sans formalités. En effet, ces dernières seront ultérieurement effectuées au chevet du patient. Par ailleurs, les multiples études dont l'amélioration de la qualité de l'accueil des urgences fait l'objet à travers le monde en sont une » parfaite illustration⁴³ :

- ✓ Au CHU de FANN, Monsieur Serigne Mbow⁴⁴ a recommandé aux autorités de l'établissement la formation du personnel ;
- ✓ Au Centre Hospitalier Régional de Ziguinchor, Monsieur Mamadou Ngom⁴⁵ a abouti aux mêmes conclusions et ajoute qu'il faut en plus mettre l'accent sur l'encadrement et l'affectation du personnel ;

⁴² Dossiers politiques publics, La politique hospitalière, l'hôpital face aux défis : les urgences médicales, France, les nouvelles versions 2004

⁴³ Diallo Abdoulaye Saliou : « Contribution à l'amélioration de la gestion des malades à hospitaliser dans un service d'accueil des urgences : cas de l'Hôpital Principal de Dakar, CESAG, 16ème promotion 2005/2006, pp. 33-34, M0038GH06

⁴⁴ Mbow Serigne : « Organisation de l'accueil du patient dans un établissement public de santé de 3^{ème} niveau : cas du CHU de Fann », Mémoire de fin d'études DSGS, CESAG, juin 2000, voir Diallo Abdoulaye S., op. cit.

⁴⁵ Ngom Mamadou : « L'organisation d'un service d'accueil des urgences d'un hôpital de 2^{ème} niveau : cas du centre hospitalier régional de Ziguinchor », CESAG Idem

- ✓ A l'HPD, Mme Attoumoh Marcelle⁴⁶ quant à elle a abouti à la conclusion que : « l'attente et l'urgence ne peuvent coexister. Selon elle, parler en principe d'attente dans un service d'accueil et de traitement des urgences ou découvrir une file d'attente dans un SAU est inconvenient » ;
- ✓ Au Canada, dès 1952, le conseil des hôpitaux avait édicté un code de l'accueil à l'hôpital⁴⁷ ;
- ✓ Au Québec des sondages sont effectués périodiquement pour évaluer la satisfaction des patients à l'égard du réseau hospitalier ⁴⁸;
- ✓ En France, le législateur s'est penché sur le problème à travers plusieurs textes réglementaires suivants :
 - les circulaires n° 326/DH/DGS90 et N° DH4B/ DGS3E/91 du 14 mai 1991 relatives à l'amélioration des conditions d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers ;
 - en outre le législateur français fait obligation aux établissements de santé de procéder régulièrement à l'évaluation de l'accueil des patients⁴⁹. C'est ainsi qu'au Centre hospitalier de Nancy, les auteurs de « l'accueil et l'orientation des patients dans les services d'urgence »⁵⁰ estiment que le véritable problème de l'accueil des urgences réside dans le dysfonctionnement entre les services d'accueil et les services cliniques. Pour eux l'inadaptation de la procédure en est la cause ;
 - ✓ Au Sénégal, dès 1974, le législateur imposait déjà la plus grande correction à l'égard des patients (art. 32, règlement intérieur des hôpitaux).
- Récemment, la loi 98-08 portant réformes hospitalière est venue renforcer la protection du patient en instituant une Charte du malade⁵¹.

⁴⁶Attoumoh Marcelle : « Contribution à l'amélioration de l'accueil au niveau des urgences portes de l'Hôpital Principal de Dakar », CESAG Idem

⁴⁷ Abbé Victorien Germain, Code de l'accueil à l'hôpital, conférence de Québec du Conseil des hôpitaux Catholiques du Canada (CHCC), cahier n°12, Québec 1952

⁴⁸ Henri FAVRE, Président de l'association des hôpitaux de Québec, ARTER, volume 8, n°6, juillet Août 1990

⁴⁹ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1946 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, art. 1^{er}

⁵⁰A. Paul Dauphin, S. Briansou, J. Manel..., Gestion hospitalière, Avril 1995

⁵¹ Voir annexe

-Au CHU de FANN, une inspection d'Etat a formulé en 1995 des recommandations pour la résolution du problème de l'accueil des patients au Sénégal⁵².

Toutes ces illustrations montre avec suffisance l'importance que revêt l'accueil des urgences dans un établissement de santé. C'est dire donc que l'ampleur et l'importance de l'accueil des urgences ne sont plus à démontrer. S'il est admis que l'accueil est le premier geste thérapeutique, l'accueil des urgences constitue alors le premier soin d'urgence. Il constitue le miroir de la qualité des soins qui se sont dispensés ultérieurement au sein de l'hôpital. Donc, cette étude nous permettra d'apprécier le traitement des malades en urgence au Sénégal plus particulièrement dans le cadre de la responsabilité de l'hôpital et du médecin. C'est la responsabilité hospitalière en matière d'urgence que nous allons étudier maintenant.

⁵²Abdoul Karim Gueye, rapport de l'inspection d'Etat, n°31/96 du 11 février 1996, CESAG, voir mémoire Diallo Abdoulaye Saliou, op. cit. p.36

Deuxième partie

La responsabilité hospitalière en matière d'urgence

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

DEUXIEME PARTIE :

LA RESPONSABILITE HOSPITALIERE EN MATIERE D'URGENCE

L'urgence constitue une circonstance particulière de l'administration des soins qui impose à l'hôpital voire aux soignants de tout mettre en œuvre pour porter assistance ou prodiguer les soins nécessaires au patient. Ainsi le patient qui s'adresse à l'hôpital public recherche une haute technicité et une certaine qualité des soins. Mais il ne faut pas négliger la mission originelle des hôpitaux qui était l'assistance.

Avec la loi hospitalière n° 98-08 du 02 Mars 1998 qui a renforcé la place et le rôle de l'hôpital public, et introduit la notion de « service public hospitalier », la responsabilité de l'hôpital se pose.

Le service public hospitalier est en effet un service administratif dont le fonctionnement est défini par le principe de continuité, d'égalité et d'adaptabilité. C'est ainsi qu'aux termes de l'Art 8 : « *Le service public hospitalier garantit pour tous un accès équitable aux soins. Il est tenu d'accueillir toute personne de jour comme de nuit, en urgence si l'état du malade ou du blessé le justifie* »..., « *Ils sont tenus de prendre en charge les patients qui leur sont régulièrement référés, ou de leur trouver un lieu de soins adaptés à leur état* »..., « *Ils veillent à la continuité des soins...* ».

Donc, le service public doit mettre en œuvre tous les moyens nécessaires à l'accueil et au traitement des patients, mais aussi des moyens conformes aux besoins des malades.

Ainsi, tout manquement à ces obligations des services publics hospitaliers permet de ressortir deux types de responsabilité à savoir une responsabilité administrative et une responsabilité pénale.

Toutefois une revue de la jurisprudence Sénégalaise montre un nombre insignifiant de décisions en matière d'urgence relativement (deux

décisions seulement)⁵³. Une enquête montre que cette faiblesse se justifie par la tradition Sénégalaise marquée par des considérations d'ordres sociaux qui poussent les familles à procéder aux modes de règlement des litiges tels que la médiation ou la conciliation et le règlement amiable. C'est pourquoi nous en avons pris à titre d'exemple le cas des hôpitaux Fann et Principal. Ceci étant, nous étudierons successivement la responsabilité administrative en matière d'urgence (chap. I) et la responsabilité pénale (chap. II).

Chapitre I- La responsabilité administrative en matière d'urgence

La responsabilité administrative en matière d'urgence doit être essentiellement recherchée dans la mauvaise organisation du service (section I) et dans le traitement des urgences (section II) pris en tant que acte médical.

Section I- la faute dans l'organisation du service d'urgence

La faute de service, dans son sens général, est constituée par tout manquement aux obligations du service public. Ainsi l'art 142 du COA la définit comme : « un fonctionnement défectueux du service public par rapport à son fonctionnement normal, présentant un certain degré de gravité variable en fonction des activités de l'administration, compte tenu des difficultés présentées pour l'exercice de cette activité et des moyens dont disposerait l'administration pour éviter le dommage ». Elle peut être le fait d'un ou de plusieurs agents, résulter d'une action volontaire ou d'une omission, mais aussi d'une imprudence ou d'une maladresse.

Dans le cas du traitement des malades en urgence la responsabilité hospitalière peut être engagée en cas de refus d'admission parag. I et en cas de retard du transfert de l'urgence parag. II, c'est le cas lors que les

⁵³ Affaire Ibrahima LAYE, TC de Kaolack, 15 mars 1994, CA de Dakar, 19 février 1997, N° 210. Affaire THIONGANE, TC de Kaolack, jugement non disponible, WALF, N° 2783, P. 2 du mardi 26 juin 2001 (voir annexe)

capacités techniques de l'hôpital ne permettent pas une prise en charge immédiate.

Paragraphe I – Le refus d'admission d'une urgence

Celui qui est amené à l'hôpital en urgence est avant tout un homme saisi d'angoisse. Face à cette angoisse multiforme, l'urgence doit survenir pour offrir un cheminement, comme on conduit un passager d'avion. De ce fait, il y a toujours une solution car il y a un cheminement qui est instauré depuis l'activité médicale de reconnaissance à savoir le service de porte.

En effet, l'admission des urgences est réglementée par la loi et plus particulièrement l'art 8 al1 de la loi 98-02 du 02 Mars 1998 Portant Réforme Hospitalière qui dispose que : « *Le service public hospitalier garantit pour tous un accès équitable aux soins. Il est tenu d'accueillir toute personne de jour comme de nuit, en urgence si l'état du malade ou du blessé le justifie* ».

De cette disposition, il en résulte un apport considérable de la réforme hospitalière dans la mesure où il est prévu maintenant aux hôpitaux une obligation immédiate de prise en charge des cas d'urgences. Autrement dit, la question financière qui était un obstacle majeur dans cette prise en charge n'est plus considérée comme une condition préalable. Ainsi, en cas d'urgence le malade doit être traité avant l'engagement de toute procédure financière.

Cependant il faut noter que dans la pratique, tel n'est pas le cas, en effet, la question financière continue toujours de susciter une question préalable et cela est d'autant plus vrai chez les personnes dénommées « cas sociaux »⁵⁴. El Hadji Mamadou Diallo, un instituteur à la retraite, dit avoir été témoin d'une « scène désolante liée au refus d'admettre certains malades du fait de l'impossibilité pour eux de faire face aux frais inclus »⁵⁵.

Par ailleurs, ce que le malade peut considérer comme urgence peut ne pas l'être chez le praticien. Ceci pousse des fois les services concernés à refuser un cas d'urgence, quand bien même que, la décision de renvoi ou de

⁵⁴ Entretien avec Docteur Alioune Dieng du service d'accueil et d'orientation de l'hôpital Fann, le 16 mars 2006

⁵⁵ Voir *op. cit.*, p.7

refus d'un demandeur de soins est extrêmement grave. En effet, refuser à quelqu'un le traitement en cas d'urgence du fait qu'il n'est pas solvable. De même ne pas considérer le caractère d'urgence à un malade qui se présente à la porte de l'hôpital en se heurtant plutôt à la tentation de le garder ou de le traiter, qu'à celle de ne pas le faire. La décision, même si elle est motivée par les moyens importants à utiliser ou accompagner de mesures provisoires (une ordonnance, un conseil), engage hautement la responsabilité de l'hôpital.

A défaut d'une jurisprudence en la matière au Sénégal, la jurisprudence française s'est prononcée largement sur les cas relatifs au refus médical d'admission.

C'est ainsi que dans l'affaire *Gojat*⁵⁶ : *le patient avait fait une chute avec fracture du crâne, il est amené en urgence et soigné sommairement avant d'être renvoyé de l'hôpital comme étant atteint d'ébriété, malgré l'insistance de ses amis pour qu'il soit hospitalisé. Le lendemain, sur prescription de son médecin personnel, il est hospitalisé de nouveau mais décédera quarante jours plus tard.* Ce refus d'admission a été qualifié de faute lourde, mais une expertise a été demandée pour rechercher si l'absence d'examen et de soins et l'ajournement au lendemain de son transfert dans un établissement, spécialisé, conséquence directe de l'erreur de diagnostic, ont pu avoir une influence sur l'état de l'intéressé et sur l'évolution de son affection.

Il a été jugé aussi dans une autre affaire dans laquelle : *« un patient en état de délire particulièrement agité, avait été transporté en urgence dans un hôpital non spécialisé. L'interne signe immédiatement le bulletin d'admission et ordonne l'administration d'un calmant. Alors que l'interne est parti, l'intéressé refuse le calmant et l'hospitalisation, regagne son domicile et tue sa femme. Le tribunal administratif de Paris a reconnu la faute de l'administration hospitalière, parce qu'il appartenait au service d'admission d'avertir l'interne du refus du malade ; il aurait été possible d'ordonner un examen médical immédiat et de provoquer un internement d'office.*

⁵⁶ CE, 18 novembre 1966, *Gojat*, Leb., P. 613

Le personnel affecté au bureau d'admission avait commis une négligence regrettable en laissant repartir un malade dont le bulletin d'admission avait été signé par l'interne de service »⁵⁷.

Au Sénégal, même si on ne dispose pas encore de décisions, il y a un certain nombre de cas que nous avons recueillis auprès de certaines personnes, surtout les étudiants⁵⁸ et qui étaient susceptibles d'engager la responsabilité de l'hôpital en cas de poursuite.

Par ailleurs, le transfert du malade peut être aussi source de responsabilité.

Paragraphe II – Le retard du transfert de l'urgence

Le service public hospitalier doit mettre en œuvre tous les moyens nécessaires à l'accueil et au traitement des malades en urgence. Toutefois, cette obligation astreinte aux hôpitaux n'est pas absolue dans la mesure où, compte tenu des capacités techniques des hôpitaux ainsi que le problème de spécialisation, des mesures de transfert peuvent être envisagées. C'est ainsi que lorsqu'un médecin constate que l'état d'un malade admis en urgence requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'établissement ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas, le directeur doit prendre les mesures nécessaires pour que le malade soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

L'évaluation de l'état du patient et la décision du transfert reste un acte médical, l'organisation, en revanche, incombe au directeur.

Il convient de noter ici que le transfert de patients vers les hôpitaux publics sans préavis de la part de la structure d'origine constitue entre autre un des causes de l'engorgement des services d'urgence conduisant à des éventuels cas d'hospitalisations impossibles. Il y a hospitalisation impossible lorsque le taux de fréquentation des malades est supérieur à la capacité d'accueil.

⁵⁷ (CE, 13 mars 1974, AP Paris, RDSS 1975, P. 210)

⁵⁸ Entretien avec les stagiaires, étudiants de la faculté de médecine –

Voir aussi annexe le cas des deux jumeaux décédés à l'hôpital Abass NDAO, article de l'OBS du jeudi 11 mai 2006, Seneweb.com. (Affaire sans suite judiciaire).

Donc, le problème de transfert des urgences peut se poser en termes d'un manque de lits ou en termes d'une spécialisation qui ne relève pas du service public hospitalier d'accueil. Le problème actuel de longue attente des patients ou de l'hospitalisation impossible avec référence de malades des urgences vers les autres structures n'est pas exclusif aux hôpitaux ciblés. Il concerne généralement les établissements hospitaliers de tous les pays, et spécifiquement ceux en voie de développement. Ainsi, l'absence de transfert vers un établissement plus adapté, le retard injustifié et la non levée de l'urgence sont souvent invoqués pour la recherche de la responsabilité.

Et toujours, en l'absence de jurisprudences sénégalaises en la matière, celle française nous servira d'illustration.

En effet, dans la jurisprudence du Conseil d'Etat français, il s'agit rarement d'un moyen isolé, il est associé parfois à la recherche d'autres fautes dans le fonctionnement du service, notamment quand des erreurs successives se sont produites. L'orientation du malade peut être à l'origine soit de la faute médicale ou du fonctionnement du service. C'est ainsi qu'à plusieurs reprises le Conseil d'Etat a retenu une faute en raison du transfert : *« Les médecins d'un centre hospitalier ayant reçu en urgence une femme enceinte, après un accident de la circulation, ont commis une faute lourde en décidant, en l'absence de lits disponibles en maternité, de faire transporter la blessée dans un autre hôpital dès lors que l'intéressée présentait des symptômes permettant de diagnostiquer une rupture du placenta ou imposant une intervention chirurgicale immédiate »*⁵⁹.

Dans le cadre d'un retard concernant un transfert dans un service spécialisé, le juge français a eu aussi à se prononcer : « Une enfant admises en urgence, a présenté un arrêt cardiaque et ne parvenait pas à récupérer un réveil franc. Dès quatorze heures, elle présentait des signes de détresse cérébrale imposant une thérapie plus active et son transfert vers un service spécialisé. Or, la décision a été prise à 17 h 45 avec début de réanimation vers 19 heures. Le retard dans la décision de transfert a été qualifiée de « révélateur d'une faute lourde » entraînant la responsabilité hospitalière

⁵⁹ CE, 8 avril 1987, CH Gonesse, RDSS 1987, P. 521

pour l'intégralité des conséquences dommageables supportées par l'enfant »⁶⁰.

Toutefois, ce n'est pas dans tous les cas de retard de transfert que le juge engage la responsabilité hospitalière. C'est ainsi que le juge avait retenu dans une affaire que « *La décision de transfert vers un hôpital parisien, alors qu'il n'y avait aucune urgence, n'a pas été considérée comme inappropriée, et n'y a pas entraîné de retard de soins : si une augmentation des frais d'hospitalisation s'en est suivie, la circonstance que le centre hospitalier se soit abstenu de recueillir le consentement au transfert n'a aucune part sur la survenue du dommage* »⁶¹.

Par ailleurs, une faute dans l'organisation du service d'urgence peut être aussi recherchée dans le traitement des urgences en tant que acte médical.

Section II- La responsabilité administrative du fait de l'acte médical

Le traitement médical se définit comme l'ensemble des prescriptions médicamenteuses et hygiéno-diététiques employées dans un but thérapeutique ou symptomatique. L'exécution du traitement en urgence renvoie aux premiers soins à pratiquer, il peut être l'objet d'un médecin ou d'un auxiliaire médical dans la limite de ses compétences. Le traitement aussi peut intéresser dans une moindre mesure le problème de la garde nocturne des services d'urgence afin d'assurer la permanence des soins⁶². Ainsi, nous étudierons successivement le retard dans la mise en œuvre du traitement Parag. I et les anomalies de la garde nocturne dans les services d'urgence Parag. II

Paragraphe I- Le retard dans la mise en œuvre du traitement

L'urgence hospitalière se présente comme une situation grave dans laquelle le pronostic vital du malade est en jeu, ce qui implique aux

⁶⁰ CAA Nantes, 24 mai 1989, Gilet, Leb., P. 910

⁶¹ CAA, Nantes, 22 février 1996, n° 93 nt 00797

⁶² DUGUET Anne-Marie, La faute Médicale à l'hôpital, 2^{ème} édition Berger-Levrault, avril 2000, 205p. p.70

soignants de tout mettre en œuvre pour porter assistance ou prodiguer les soins nécessaires au patient. Ainsi, dans le cadre de la recherche d'une responsabilité hospitalière du fait du traitement des urgences, il faut se placer dans un double angle à savoir d'une part le retard injustifié du traitement dans lequel cas la responsabilité s'impose et d'autre part le retard justifié par la complexité du traitement qui doit être mis en œuvre et qui peut ne pas engager la responsabilité hospitalière.

Dans le cadre du retard injustifié, le juge français a eu à le qualifier de faute lourde ou médicale comme en témoigne cette affaire : « *Un forestier s'enfonce une épine dans un doigt et se présente à l'hôpital en urgence pour l'extraction. Un rendez-vous lui est donné quarante-huit heures après. Le lendemain, alors qu'un panaris s'est développé, son médecin traitant l'adresse au même hôpital pour une injection antitétanique : le patient est refusé et invité à se présenter le lendemain, date du rendez-vous à laquelle l'épine est extraite et le sérum injecté. Quatre jours plus tard, alors que le patient présente des symptômes de tétanos, il est hospitalisé à 8 heures par son médecin et pris en charge seulement à 20 heures pour transfert dans un centre spécialisé. Cet ensemble de négligences dans l'organisation du service doit être considéré comme une faute* ». La haute juridiction s'est d'emblée placée dans le cadre du fonctionnement du service parce que ce retard dans le traitement relevant d'un acte médical s'est déroulé dans un contexte manifeste de refus préjudiciable et de soins retardés dans une indication médicale formelle d'administration de sérum antitétanique⁶³.

Il a été aussi retenu que : « *Pour une gangrène gazeuse se présentant au service d'urgence, l'équipe médicale qui après l'avoir diagnostiquée attend plus de vingt-quatre heures avant de procéder à l'opération nécessaire à la chirurgie commet une faute lourde* »⁶⁴.

A contrario, dans d'autres espèces, le retard n'a pas été qualifié de faute lourde.

En effet, le retard de mise en œuvre du traitement peut être justifié par les risques de la thérapeutique envisagée : « *Le chef de service d'urgence*

⁶³ CE, 23 janvier 1981, hôpital Meulan, RDP 1982, P. 214.

⁶⁴ CAA, 5 juillet 1990, Leb., P.976

diagnostique une embolie pulmonaire, il fait enlever le plâtre. L'état du patient n'étant pas préoccupant, il ne prescrit pas immédiatement un traitement anticoagulant en raison du risque d'hémorragie cérébrale susceptible de survenir sur ce patient, et fait pratiquer des examens complémentaires. Le fait d'avoir estimé que le risque d'hémorragie cérébrale était plus grand que le risque de récurrence de l'embolie pulmonaire n'a pas été constitutif d'une faute lourde »⁶⁵.

Un autre état peut être relevé dans le traitement des urgences et qui est relatif aux anomalies dans la permanence des soins.

Paragraphe II- Les anomalies de la garde nocturne

Pour assurer la permanence du fonctionnement des services de soins, les médecins doivent organiser des gardes et astreintes, parce que les internes ne peuvent prendre en charge qu'imparfaitement certaines situations d'urgence en dehors de la présence des praticiens hospitaliers. Un service de garde est indispensable pour que l'hôpital puisse faire appel de jour comme de nuit aux médecins quand les besoins en soins excèdent la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes⁶⁶.

Les principes de fonctionnement des gardes, présence continue du médecin dans l'enceinte de l'hôpital, et des astreintes, permanence assurée à domicile et déplacement selon les appels, le praticien devant rester à la disposition de l'établissement.

Dans le cadre de l'urgence la responsabilité hospitalière peut être recherchée soit dans le cas d'un refus de se déplacer au cours des astreintes, soit en cas de praticiens en nombre insuffisant.

Ainsi, dans le premier cas, « *constitue une faute dans l'organisation du service par l'impossibilité de joindre un praticien pendant sa garde. A l'occasion d'un accouchement difficile, le fait que l'anesthésiste n'ait pu être alerté a empêché que la pose de forceps se fasse sous anesthésie générale.*

⁶⁵ CE, 9 juin 1990, Danet, GP 1991, PDA., P. 12

⁶⁶ Exemple de l'hôpital Fann où la garde dans le service de porte est assurée de 17 h à 8 h par un médecin de fonction et un interne. (Pour les internes il y a un tableau dressé du 1^o au 30 dans lequel ils sont inscrits)

L'anesthésie facilitant la manœuvre instrumentale, la paralysie radiculaire dont l'enfant demeure doit être regardée comme imputable à l'absence d'anesthésiste, constitutive d'une faute de service »⁶⁷.

« L'impossibilité de contacter l'anesthésiste et l'obstétricien de garde a obligé l'interne, dans un cas d'urgence, à pratiquer une anesthésie générale à l'aide d'une infirmière-anesthésiste au cours de laquelle la patiente est décédée. L'absence d'anesthésiste a privé la parturiente les garanties particulières qu'exigeait son état et constitue une faute dans l'organisation du service de nature à engager la responsabilité de l'hôpital »⁶⁸.

En ce qui concerne le cas des praticiens en nombre insuffisant, il faut noter que d'emblée, le service d'urgence doit être organisé de telle sorte qu'il puisse répondre aux besoins des patients, en particulier dans le cadre de l'urgence.

Cependant un problème s'était posé en France : c'est le cas lorsque deux urgences se présentent de manière simultanée, et que le médecin de garde ne peut que prendre une seule en charge. Ainsi, le problème juridique qui se posait est de savoir si les garanties que l'utilisateur est en droit d'attendre du service public sont-elles bien respectées ? Le Conseil d'Etat a estimé qu'« *il n'y avait pas de faute dans l'organisation du service quand l'unique gynécologue présent d'après l'effectif réglementaire de l'hôpital n'a pu intervenir sur une dystocie des épaules qu'après avoir terminé la césarienne qu'il avait entreprise sur une autre parturiente. Le délai de quarante minutes a été trop long, la patiente est décédée* »⁶⁹. Cette position se justifie parce qu'elle fait référence aux moyens dont disposait l'établissement, en l'absence de toute précision réglementaire sur le nombre de praticiens nécessaires à l'accueil des urgences obstétricales.

En somme, les tribunaux administratifs pour la France et tribunaux régionaux pour le Sénégal ne sont pas les seuls amenés à qualifier les fautes médicales en matière d'urgence. En effet, le principe de l'égalité des citoyens

⁶⁷ CE, 6 mai 1988, CH Beauvais, Leb., P. 1006

⁶⁸ CAA Nantes, 22 février 1989, Leb. P. 300

⁶⁹ CE, 20 janvier 1989, Compiègne, Leb. P. 910

devant la loi impose de ne pas dissocier l'activité professionnelle de la vie privée, quel que soit le secteur de l'activité.

La justice pénale aura à connaître des fautes commises dans l'exercice du service public : c'est la responsabilité pénale de l'urgence⁷⁰.

Chapitre II- La responsabilité pénale

Il n'est pas fréquent de voir un médecin attiré devant une juridiction répressive, comme c'est le cas d'ailleurs dans nombre de pays en développement.

Cette situation de fait est aux antipodes de ce qui se passe en Occident où il serait pas exagéré de parler de « culture » de l'action en justice de manière générale.

Pourtant comme disait Saint-Exupéry : « Etre homme, c'est être responsable ». Toute personne doit répondre de ces actes a fortiori répréhensibles, le cas échéant elle sera déclarée responsable, laquelle responsabilité la rend passible d'une sanction pénale prévue par le législateur.

En matière d'urgence, la responsabilité pénale peut être retenue seulement à l'égard des personnes physiques (les praticiens) qui sont astreints d'une obligation de porter secours : il s'agit du délit de non assistance à une personne en danger prévu par l'art 49 al 2 du Code pénal Sénégalais.

S'agissant des personnes morales, il n'est pas possible de les poursuivre sur le plan pénal au Sénégal en raison du principe « pas d'infraction sans texte ». En d'autres termes, il n'y a pas de disposition légale permettra d'engager leur responsabilité pénale contrairement en France où la loi prévoit l'infraction de la mise en danger d'autrui pour les personnes morales⁷¹.

⁷⁰DUGUET Anne-Marie, La faute Médicale à l'hôpital, 2^{ème} édition Berger-Levrault, avril 2000, 205p. p154

⁷¹ La mise en danger d'autrui, infraction créée par le code pénal de 1992 (art. 223-1)

En effet la reconnaissance de l'obligation de porter secours est une construction relativement récente puisque le Code Pénal français de 1810 ne sanctionnait pas la non assistance à personne en danger et que seul le refus d'aide en cas de calamité publique malgré les réquisitions des autorités compétentes était incriminé.

Il faudra attendre 1941 pour qu'une sanction de l'abstention volontaire soit édictée. Le danger visé était « un péril de perdre la vie ou de souffrir d'une grave lésion corporelle ».

« Le péril vise une menace pour la vie, la santé d'un individu »⁷². La jurisprudence s'accorde pour retenir « un péril constant, imminent et nécessitant une intervention immédiate »⁷³.

Nous étudierons successivement le délit de non assistance à une personne en danger (section I) et comme nous l'avons tantôt souligné la justification de la rareté de la mise en œuvre de la responsabilité médicale, cette dernière se justifie par l'option de la pratique du pré-contentieux (section II).

Section I- la non assistance à personne en danger

L'urgence constitue une circonstance particulière de l'administration des soins qui impose aux soignants une obligation de donner des soins. C'est ainsi que le refus d'un praticien de prendre en charge une urgence peut entraîner une responsabilité pénale sous le chef de la non assistance à une personne en danger (art 49 al 2 du code Pénal Sénégalais, art 223- 6 du Code pénal français et Code de la santé publique, art. L.2212-8). La non assistance est donc une obligation pénale d'agir. Cette dernière est l'engagement de la responsabilité pénale d'une personne qui n'interviendrait pas face à une personne courant un danger. Nous étudierons d'abord les caractéristiques du délit, ensuite les sanctions pénales.

⁷² CA Rouen, 31 mai 1949, D1950, Sommaire P.9

⁷³ Cass. Crim., 13 janvier 1955, Bull. Crim., n°37

Paragraphe I- Les caractéristiques du délit de non assistance

En ce qui concerne plus spécifiquement le médecin, celui-ci, de par ses connaissances, sa qualification peut avoir connaissance de certains dangers et, à ce titre lorsqu'il se trouve en contact direct avec une victime, a nécessairement connaissance du péril.

Le délit de non assistance à une personne en danger, constitué dès lors que l'on ne porte pas secours à une personne en danger, « est instantané, consommé, au moment, et à l'endroit, où son auteur manifeste, par son comportement, sa volonté de ne pas remplir l'obligation d'intervenir immédiatement pour prêter son assistance à une personne exposée à un péril grave. L'auteur du délit n'a pas d'ailleurs la possibilité de faire cesser à son gré l'infraction et les conséquences dommageables. Le délai de prescription de l'action publique commence à courir à partir du moment où se manifeste la volonté de ne pas intervenir »⁷⁴.

Donc, il faut un péril existant et une abstention volontaire.

La notion de « péril » ou « danger » n'a pas une définition légale, ce sont la Jurisprudence et la Doctrine qui la définissent comme un état dangereux, une situation critique qui fait craindre de graves conséquences pour la personne qui y est exposée : elle risque soit de perdre la vie, soit de blessure, soit une altération grave de sa santé... Bref une menace sérieuse pèse sur la personne physique. C'est pourquoi l'appréciation de l'intervention est laissée au praticien dans le respect des règles déontologiques⁷⁵.

A cet effet, la chambre criminelle avait retenue dans un arrêt que : « Le délit de porter secours à une personne en péril est caractérisé lorsque le médecin, conscient de l'état de péril du patient adressé au service d'urgence, refuse son admission à la réanimation »⁷⁶.

⁷⁴ Fillette Jean-Luc, 1995, « l'obligation de porter secours à une personne en danger », JCP, Ed. G., 3868
Faye Amadou : « Cours de droit pénal », P. 51 à 53

⁷⁵ Selon l'article 7 du Code déontologie médicale du Sénégal : « Quelque soit sa fonction ou sa spécialité, hors le seul cas de force majeure, tout médecin doit porter secours d'extrême urgence à un malade en danger immédiat, si d'autres soins médicaux ne peuvent lui être assurés. Voir annexe

⁷⁶ Cass. Crim., 19 février 1997, D.1998, juri. P. 347

La nature et l'origine du danger sont sans incidence, ainsi selon la jurisprudence : « *peu importe que le danger provienne d'un délit commis par le patient, d'une cause naturelle ou accidentelle* »⁷⁷. Par exemple le patient peut être un voleur blessé lors d'une intrusion chez autrui ou un délinquant qui a reçu une balle lors d'un braquage alors qu'il a lui-même tiré le premier. Pour la jurisprudence, l'état de péril doit être 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 graves⁷⁸.

Le danger appelant le secours doit être aussi imminent. Ce caractère n'est pas énoncé par les textes, il résulte d'une jurisprudence constante : « *le péril doit être imminent et de nature à nécessiter une intervention immédiate* »⁷⁹. Il s'agit d'une condition nécessaire à la réalisation de l'infraction.

« *Le péril exige donc qu'on prenne des mesures immédiates, même s'il n'est pas certain que le danger qui pèse actuellement sur la personne se réalisera. Par conséquent, le péril est dépassé si la personne est décédée* »⁸⁰.

Le critère de l'imminence joue un rôle déterminant pour la condamnation ou la relaxe du prévenu. Ainsi, « *le médecin qui ne se déplace pas au chevet d'une femme enceinte qui accouche alors que la grossesse s'est déroulée tout à fait normalement ne se trouve pas en état de péril imminent* », mais il en va autrement lorsqu'il « *est alerté par téléphone des difficultés rencontrées* »⁸¹. Toujours selon la jurisprudence, le médecin peut refuser de pratiquer une interruption de grossesse en invoquant la clause de conscience, lorsque la « *situation de détresse* » invoquée par la femme ne constitue pas un péril imminent ⁸²». Donc la responsabilité pénale n'est pas toujours retenue par les juges dans la mesure où si la présence d'un risque avéré est susceptible de constituer un délit chez le praticien, il en est autrement en cas d'absence de risque qui est une cause d'exonération.

⁷⁷ Cass. Crim. 31 mai 1949. Bull. Crim. N° 202

⁷⁸ T. corr. Rouen, 9 juillet 1975, D. 1976, note Roujou de Boubée

⁷⁹ Crim., 31 mai 1949 précité

⁸⁰ Crim. 1^{er} février 1995, JCP 1995, II, 8582

⁸¹ Paris, 8 avril 1952, Gaz. Du palais 1952, 2, 128

⁸² T. corr. Rouen du 9 juillet 1975, D. 1975, 531, note Roujou Boubée

Cependant, si la jurisprudence retient que : « *L'intervention n'est pas requise dès lors qu'il est établi que la personne ne courait aucun risque. Par contre un risque même minime doit être appréhendé et une suite doit lui être réservée.*

Les chutes de neige rendant un déplacement difficile n'exonèrent pas le médecin de son obligation de se déplacer auprès d'un patient »⁸³.

Et toujours selon le juge pénal : « *Le simple état de fatigue du praticien ne peut, lui non plus, justifier un refus d'intervention* ⁸⁴».

En ce qui concerne l'abstention volontaire il faut dire que l'infraction réprimée par l'article 49 al 2 ou art 223-6 alinéa 2 du CPF est un délit intentionnel. C'est le refus volontaire de porter assistance. La recherche de cet élément intentionnel rend souvent difficile la preuve du délit. Il faut cependant au préalable établir que celui qui a opposé le refus d'agir a eu connaissance du péril encouru par la victime.

Pour s'abstenir volontairement de porter secours à une personne en péril, il faut avoir connaissance de l'état dans lequel celle-ci se trouve. En l'absence d'une telle connaissance, on ne pourrait parler d'acte volontaire⁸⁵. Le péril dès lors qu'il est avéré appelle l'assistance.

Voyons maintenant qu'en est-il des sanctions du délit.

Paragraphe II- les sanctions du délit de non assistance

Le Code pénal sanctionne l'omission de porter secours à une personne en danger en ces termes : « *Sans préjudice de l'application, le cas échéant, des peines plus fortes prévues par le présent Code et les lois spéciales, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à cinq ans et d'une amende de 25.000 francs à 1 million de francs, ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque, pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un fait qualifié crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne, s'abstient volontairement de le faire.*

⁸³ C. Cass., 4 février 1998, inédit

⁸⁴ Cass. Crim, 17 février 1972, D 1972, juri. P. 325

⁸⁵ (Crim. 21 janv. 1954, préc. – 23 juin 1955, préc. – T. corr. Bobigny, 14 oct. 1980, JCP 1980, IV, 375).

*Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ni pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours*⁸⁶ »

La profession médicale est directement visée par cet article puisqu'elle est régulièrement sollicitée. Les questions qui vont se poser après la qualification de l'élément intentionnel de l'infraction dans sa relation avec la connaissance que le professionnel peut avoir du péril encouru, les formes et les modalités de son intervention et les causes d'exonérations qui peuvent être retenues.

Il convient de noter qu'une clinique ne peut pas être condamnée sur ce fondement, l'article du Code pénal ne visant pas les personnes morales.

Pour les modalités d'assistance la loi prévoit soit une action personnelle ou l'intervention d'un tiers. Si la jurisprudence a une préférence pour l'intervention personnelle, encore faut-il que celle-ci soit possible.

Les tribunaux condamnent cependant tout comportement qui consisterait à se décharger trop facilement du devoir que la loi impose à chacun d'entre nous.

Ainsi, selon la jurisprudence française : « Dès lors que la description de symptôme ne laisse pas de doute sur la gravité du péril encouru par un patient la responsabilité du praticien peut être retenue »⁸⁷.

Nous pouvons citer pour le Sénégal l'affaire Ibrahima LAYE et l'affaire THIONGANE.

Dans l'affaire THIONGANE⁸⁸, ce dernier a été condamné par le juge sous le chef de la non assistance à personne en péril. *Il avait été informé d'une urgence à l'hôpital, il refusa d'effectuer le déplacement et campa sur sa position malgré la réquisition de l'autorité compétente au motif que c'est son collègue le médecin-chef qui devait assurer le service, lequel bénéficia d'un repos médical suite à une fracture du doigt. Après une attente d'environ 8*

⁸⁶ C. Pén., art 49 al 1&2

⁸⁷ Cass. Crim. 23 juin 1995, D.1995, juri. P. 575

⁸⁸ Voir annexe l'extrait du journal Walfadjri du mardi 26 juin 2001

heures d'horloge, le jeune Modou NGOM qui souffrait d'une occlusion intestinale rendait l'âme au cours de son évacuation sur Diourbel.

Prévenu de non assistance à personne en péril, le praticien sera placé sous mandat de dépôt avant de bénéficier plus tard d'une liberté provisoire.

Le chirurgien sera condamné avec sursis par le tribunal correctionnel de Kaolack pour abstention fautive en application de l'art 49 du CP.

Il en est de même dans l'affaire Ibrahima LAYE⁸⁹ infirmier au service chirurgical de l'hôpital de Kaolack, qui a été condamné pour non assistance à personne en danger. Il avait été informé d'une urgence à l'hôpital, il refusa d'effectuer le déplacement pour répondre à l'appel des parents du feu Binta DIAW évacuée en urgence pour occlusion intestinale au motif qu'il était entrain de manger.

C'est d'abord au juge du tribunal correctionnel de Kaolack à la date du 15 Mars 1994 de condamner le prévenu à 50000 Francs d'amende avec sursis pour non assistance à personne en danger en application de l'article 49 du Code pénal.

Ensuite, sur appel, la Cour d'appel de Kaolack à la date du 19 février 1997 confirme le jugement en première instance.

Il ne fait aucun doute que dans ces arrêts, le délit prévu à l'art 49 du CP était réalisé dès lors que les prévenus dont leur concours a été demandé ne pouvaient se méprendre sur l'existence du péril qui frappait les victimes.

L'illustration de notre étude de la responsabilité administrative et pénale par la jurisprudence française témoigne un certain état de fait. Il s'agit des considérations d'ordres sociaux qui se traduisent d'une part par l'ignorance des voies de droit et d'autre part par l'option aux modes de règlement des litiges. C'est ce dont nous allons étudier dans cette partie.

⁸⁹ Cour d'Appel de Dakar, 19 février 1997, N° 210, voir annexe

Section II- La pratique du pré-contentieux : exemple des hôpitaux Principal et Fann

Lorsque survient un accident thérapeutique, la plus grande attention doit être portée aux suites immédiates qui sont données : dialogue avec le patient ou sa famille, examen rapide de la meilleure solution de règlement possible sont essentiels.

Pour qu'il en soit ainsi, deux mesures sont pratiquées : la médiation ou la conciliation (Par. I), le règlement amiable des litiges (Par. II)

Paragraphe I- la médiation ou la conciliation

L'expérience démontre qu'une partie des procès médicaux est liée à l'absence ou l'insuffisance de dialogue entre le patient, sa famille et le médecin traitant ou l'équipe soignant.

Cette constatation s'impose d'autant plus à l'hôpital où la multiplicité des interlocuteurs médicaux rend le dialogue singulier avec un médecin plus difficile pour le malade et ses proches. Lorsqu'il en est ainsi, la victime a tendance, pour connaître la vérité, à s'adresser à la justice.

C'est ainsi que l'institution d'une procédure de médiation ou conciliation s'avère nécessaire pour remédier ces difficultés au niveau hospitalier.

En France, l'ordonnance n°96-346 du 24 Avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, a développé dans chaque établissement de santé une Commission de Conciliation.

Celle-ci avait pour objectif « *d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement, et de lui indiquer les voies de conciliation et de recours dont elle dispose* » (article L.1511-2 du Code de la Santé Publique).

Son rôle n'était pas le règlement du pré-contentieux, mais d'assister, d'orienter et d'informer les victimes sur les voies de conciliation et de recours gracieux ou juridictionnel.

Un décret n° 98-1001 du 2 Novembre 1998 avait ébauché véritablement son rôle et lui assurait une compétence de « *gestion de*

clientèle », car elle devait être informée des recours gracieux ou contentieux, et recevait les résultats des différentes mesures de satisfaction élaborées par l'établissement.

Une circulaire d'application, du 1^{er} Juin 1990, avait permis l'installation des Commissions.

La loi du 04 Mars 2002⁹⁰ est intervenue pour réformer l'indemnisation des accidents médicaux au titre IV, intitulé « réparation des conséquences des risques sanitaires ». Deux Commissions sont créées : « *une Commission Régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales* » (article L.1142-5 du C.S.P.), qui a pleinement le statut de concilier, et des *Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge*, feu des Commissions de Conciliation⁹¹.

Au Sénégal, c'est La Charte du malade dans les Etablissements Publics de Santé Hospitalier⁹² qui met l'accent sur cette phase préalable au contentieux. Elle rappelle le droit de demander réparation des préjudices éventuellement subis : « *Le malade hospitalisé peut exprimer ses observations sur la qualité de l'accueil et des soins. Il dispose du droit de demander réparation des préjudices qu'il estime avoir subis* »⁹³.

Quelques mécanismes de conciliation fonctionnent à ce jour au Sénégal.

L'hôpital Fann n'a pas textuellement mis en place une institution chargée de la médiation, mais celle-ci est assurée par le conseiller juridique dudit hôpital en collaboration avec le Directeur de l'établissement.

L'hôpital Principal en revanche, a mis sur place un service du contentieux chargé aussi du règlement des coûts de prise en charge des malades hospitalisés et non solvables à court terme et les litiges susceptibles de naître.

⁹⁰ LAMBERT-FAIVRE Y. : La loi n° 2002-303 du 04 Mars 2002, relative aux droit des malades et à la qualité du système de santé. II : *Les droits des malades, usagers du système de santé*. D. 2002, 16 ; 1291-6

⁹¹ Responsabilité Médicale : La référence pour les Hôpitaux-Médecins-Juristes, Paris, ESKA, 2005, p.263

⁹² Arrêté n° 005776 du 17 juillet 2001 portant charte du malade hospitalier dans les Etablissements Publics de Santé Hospitaliers (annexe)

⁹³ Art 9 de la Charte du malade

Paragraphe II- Le règlement amiable

Le règlement amiable d'un litige lié à l'activité d'un établissement de santé est quelquefois l'issue d'une procédure de conciliation. Il intervient aussi sur l'initiative directe de l'institution de soins ou de sa compagnie d'assurance.

La compagnie d'assurance de l'hôpital Principal, règle la réparation d'environ des deux tiers des litiges portés devant elle.

Il faut noter que dans le cadre de cette réparation assurée par les compagnies d'assurance, une difficulté s'est survenue entre ces dernières et les Etablissements Publics Hospitaliers. En effet, le recours fréquent au règlement à l'amiable par les victimes des accidents médicaux a fini par créer un climat tendre dans cette relation. Ainsi les compagnies d'assurances ont, dans une certaine période demandé une augmentation du montant de la souscription⁹⁴, afin de faire face aux frais d'indemnisation qui parfois est très important.

C'est dans ce contexte que certains administrateurs hospitaliers voient que ce principe de la réparation intégralement assuré par les compagnies d'assurance doit être revisité et qu'il y ait un mécanisme permettant à la sécurité sociale de prendre en charge les conséquences dommageables résultant des pratiques médicales ; et en dernier lieu les compagnies de prendre en charge les parties non couvertes par cette dernière.

En somme, il faut noter que rien ne fait obstacle au règlement amiable lorsque la faute est établie. Il doit être procédé à une expertise contradictoire pour évaluer le dommage de la victime. Tout est alors question de négociation entre les parties et leurs conseils.

⁹⁴ Entretien avec SARR Babacar, ex conseiller juridique de l'hôpital Principal, le 08 mai 2006 à partir de 10h, UCAD II

CONCLUSION :

On s'attend évidemment à ce qu'une étude intitulée « le traitement des malades en urgence au Sénégal », comporte en guise de conclusion l'ébauche d'un plan directeur pour l'avenir des structures étudiées.

En effet, l'étude des réalisations de la fonction soignante, quel qu'en soit le domaine, est toujours difficile en raison du caractère empirique de solutions qui procèdent plus de transactions entre des pressions diverses que des plans préétablis.

C'est pour cela que d'entrée de jeu, dans notre travail, nous avons cherché à découvrir les « critères de l'urgence et les composantes notionnelles », et « l'organisation de l'urgence au Sénégal ».

Pour élaborer ce schéma directeur du traitement des malades en urgence, nous allons proposer des opérations qui tiendront plus de l'incitation et du développement groupées autour de trois idées : la réforme de l'accueil, le développement d'une urgence spécialisée, et le développement des poursuites contre les praticiens fautifs.

En ce qui concerne la réforme, nous entendons eu égard au rôle important que joue les services d'urgence, de restructurer les locaux dans lesquels ils sont logés. Ce qui est inacceptable, si on veut poursuivre un plan rationnel, c'est la composition, l'importance et l'état des bâtiments occupés par les services d'accueil (Fann, Le Dantec, Principal...). Ceux-ci sont inadaptés aux fonctions réelles de cette unité. Faute de pouvoir construire un pavillon qui serait directement relié, à la fois aux unités d'urgence chirurgicale et médicale, il faut lui donner l'espace.

Le développement d'une urgence spécialisée est aussi nécessaire. En effet, les inconvénients de l'hôpital d'urgence et d'un service polyvalent unique, ont conduit à mieux poser le problème de la décentralisation non plus selon des perspectives géographiques, mais selon des perspectives disciplinaires.

A cet effet, on pourra considérer comme une réussite assez extraordinaire le fait d'avoir plusieurs services d'urgence variant selon les spécialités médicales.

Enfin, le développement des poursuites contre les praticiens fautifs. Certes, comme le disait Feu Falilou DIOP, Bâtonnier de l'Ordre des Avocats du Sénégal : « le praticien qui intervient auprès des malades ne doit pas voir son action annihilée par la menace d'une poursuite. L'homme de l'art doit pouvoir agir en toute liberté et non en fonction de la responsabilité que lui attire tel ou tel choix thérapeutique...

Si rien ne permet d'écarter l'application de la loi à la faute commise à l'occasion de l'exercice de la profession, il n'en est pas moins vrai qu'une application trop stricte de la notion de faute conduirait à un climat de suspicion paralysant toutes les initiatives propres à sauver ou à guérir un malade »⁹⁵.

Il n'en demeure pas moins qu'en matière pénale, le juge apprécie le lien de causalité de manière rigoureuse dans le domaine médical. Cette position présente l'avantage de ne pas faire peser sur le médecin la psychose de la responsabilité comme disait un auteur : « *l'idéologie de la répression, c'est-à-dire son érection en règle générale peut faire peser sur le corps médical une responsabilité en cascade, infinie, totalement imprévisible; Ce qui forcément rejaillira sur la qualité et l'efficacité des prestations médicales*⁹⁶ ».

Enfin, il faut noter que les urgences au Sénégal continuent de susciter des difficultés malgré les apports de la Réforme hospitalière adoptée par l'Assemblée Nationale le 12 février 1998⁹⁷. En somme, la réalité des faits contraste, à bien des égards avec ses objectifs que sont l'amélioration de la gestion et des soins dans les hôpitaux : l'inertie coupable de certains praticiens, le manque criard de matériel technique, l'insuffisance du personnel médical, la discrimination dans l'accueil et les soins réservés aux patients... sont le triste visage qu'offre nos services de santé, en particulier publics.

⁹⁵ Voir DIOUF Papa Samba, Mémoire de maîtrise sur : « L'Etat de la jurisprudence sur la responsabilité médicale » 2001/2002, p.56

⁹⁶ Idem

⁹⁷ Sous la forme de deux lois complémentaires : la première intitulée « loi 98-08 du 02 mars 1998 Portant réforme hospitalière » et la seconde, « loi 98-12 du 02 mars 1998 Relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé ».

BIBLIOGRAPHIES

I/ OUVRAGES

- & Azard Pierre, « *L'évolution actuelle de la responsabilité médicale au Canada* », Canada, RIDC 1958, 16 p.
- & Almenras J., Pequignot H., « *La Déontologie Médicale* », Litec, 1996
- & Bénézet M., Bermanis PH., Marsol Cl., Raymondis D., Tilliet C., *Pour une politique de l'urgence : l'expérience lyonnaise, Hospices civils de Lyon*, édition Masson, Paris, 1974, 270 p
- & Blain Gilles, 1970 "Problèmes actuels de responsabilité médico-hospitalière", in *Le droit dans la vie économique-sociale*, Montréal, Livre centenaire du Code civil, Presses de l'Université de Montréal, 1970, t. II
- & Blettery B., *Les urgences pour le praticien*, édition Masson, 2000
- & Boucher Raymond, « *La responsabilité hospitalière* » : le statut juridique du centre hospitalier. Les personnes susceptibles d'engager la responsabilité du centre hospitalier. Les obligations du centre hospitalier envers le patient, Numéro spécial des *Cahiers de Droit de Laval* 1974, p. 217-528.
- & Castalietta Angelo, *Responsabilité médicale, Droit des malades*, Dalloz référence, mai 2000, 332 p.
- & Clément Jean Marie, *Mémento de droit hospitalier*, Berger-Levrault, juillet 2000
- & DEQUAD URGENCES, Collection Arnette, 2004, 325 pages
- & Dupont Marc, Paire Christian, Esper Claudine, *Droit hospitalier*, 4ème édition, Dalloz 2003.
- & DUPONT M. : La conciliation médicale à l'hôpital. In : Nouveau droit des patients. Journées d'éthiques médicales Maurice Rapin. Ch. 9 Ed. Médecine-sciences Flammarion – 2002
- & Duguet Anne Marie, *La faute médicale à l'hôpital*, 2ème édition Berger-Levrault, avril 2000, 205p

- & Harichaux Michelle, André Mouroche, *Dictionnaire commentée*, édition M Masson, Paris, 2003
- & FAGNIEZ p.-L., E. YAHCHOUCY, Urgences chirurgicales, Paris MASSON, 1998, 145pages
- & Goulon M., *Les urgences*, édition Edisem Inc... 1984
- & LANGER Bruno, Urgences en gynécologie- obstétrique, Paris MASSON, 2004, 274 pages
- & Lhuillier Jean-Marc, *La responsabilité civile, administrative et pénale dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux* (2e édition mise à jour) (2 exemplaires) Rennes ENSP 2001 B2D-101
- & Lombois, *De l'influence de la santé sur l'existante des droits civils*, Droit, Poitiers, 1963, P. 337
- & Moreau J., Truchet D., *Droit de la santé publique*, Dalloz [Pansier] 1990, A4E-16
- & Montador Jean, *La responsabilité des services publics hospitaliers*, 2^{ème} édition, 1979
- & Muzzin Louis, *Droit hospitalier*, 2^{ème} édition, Dalloz 1999
- & Nadeau André, *La responsabilité médicale*, RDBC, 1946 p.153
- & Revue Hospitalière de France, 2000
- & Responsabilité du médecin : La référence pour les Hôpitaux-Médecins-Juristes, Paris, ESKA, Collection EAL, 2005, 884pages
- & Welsch Sylvie, *Responsabilité du médecin*, Paris Litec, 2^{ème} édition, 2003. 346 pages

II/ Textes

Loi 98-08 du 02 mars 1998 Portant Réforme Hospitalière

Décret n°67-147 du 10 février 1967 instituant Le Code Déontologie Médicale (annexe)

Arrêté n°005776 du 17 juillet 2001 portant Charte du Malade dans les Etablissements Publics de Santé Hospitaliers (annexe)

Loi 2005-22 du 05 Août 2005 relative à l'Assistance Médicale d'Urgence et aux Transports Sanitaires

Code de le Santé Publique, art R.-712-63 à art R.712-83 relatifs à L'accueil et le traitement des urgences, édition Dalloz, 2000

Décret n° 2005-1270, portant organisation du Conseil National De l'assistance médicale d'urgence et des transports sanitaires

III/ ARTICLES :

& Audrey PHILIPPE : « *La réforme hospitalière du Sénégal* » août 2001

& Alain Le GARNEC : « *Rapport sur les hôpitaux relevant du ministère de la santé et de l'action sociale* » juin 1990

& Baudouin J.-C., Foster W. : « *La médecine et le droit* ». Rapport du IIème Colloque de responsabilité civile : Nouveaux aspects de la responsabilité civile médicale, Montréal 24-25 octobre 1975, *RJT*, 5-72. *Thème I. : Services d'urgence et bons samaritains*, 1975

& Diop Abdoulaye : « *Mission et fonctions de l'hôpital au Sénégal* » [: 190-201], in *Le droit hospitalier*. XIIIe Congrès de l'IDEF, Paris 8-13 septembre 1980, n° spécial *Revue juridique et politique Indépendance et coopération*, 1981, p. 35, 628 p.

& Corny, Alain : « *Droit de la santé : de la faute à la responsabilité de la victime* », *La Gazette du Palais*, n° 305, 31/10/2004, pp 27

& Hubert BALIQUE : « *Le système hospitalier du Sénégal - analyse et perspectives* » mai 1996

& GUEYE Ibrahima : « *Les établissements publics de santé - un nouveau système de financement et de gestion de la santé au Sénégal* » juillet 2001

& CHOPIN Jean-Marie : « *Les hôpitaux du Sénégal - situation actuelle - perspectives & suggestions* » décembre 2000

& SAKHO, GNINGUE, FAYE, CISSE, DIOP, Rapport du groupe de travail chargé de la réforme du système hospitalier, décembre 1987

& SAKHO Abdoulaye, « *Exercice de la médecine : Fréquence accrue de procès entre médecin et patient* », août 2004, *Soleil* du 5 août 2004

ANNEXES

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

Enquête sur le traitement des malades en urgence au Sénégal

I- Hôpitaux ciblés :

A – Localisation : Dakar

Thiès

B- Nature de la structure :

Centres hospitaliers universitaires (Fann, Le Dantec, Principal, Hôpital Général de Grand Yoff)

Hôpitaux régionaux (hôpital régional de Thiès)

C- Caractéristiques du répondant :

Majors des services d'urgence

Médecins des services d'urgence et médecins généralistes

Eléments du Groupement des Sapeurs Pompiers

Accompagnants des malades

Stagiaires de la Faculté de Médecine au sein des hôpitaux

Autre professionnels de la Santé

II- Questions :

A- Quels sont les critères pour déterminer l'urgence ?.....

.....

B- Qu'est- ce que l'urgence ?.....

C- Comment sont organisés les services d'urgence ?.....

D- Quels sont les liens entre ces services et l'urgence médicale ou chirurgicale ?.....

E- Comment sont pris en charge les accidentés, les vieillesses ou cas sociaux en urgence?.....

F- Quelle est la procédure prévue par l'hôpital lorsqu'il y a des cas d'urgence alors que sa capacité technique ne permet pas leur hospitalisation ?.....

G- Est- ce que la procédure financière constitue toujours une condition préalable au traitement des urgences ?.....

H- Qu'est- ce qui justifie la rareté de la jurisprudence en matière médicale au Sénégal ?.....

I- Quel est l'état des procédures de conciliation en cas de responsabilité médicale au Sénégal ?

J- Quelle est l'opinion des malades et de leurs accompagnants sur les conditions de l'accueil des urgences ?.....

K- Comment trouvent-ils le personnel des service d'urgence ?.....

L- Adresseront-ils leurs malades ou aimeront-ils être orienté vers le service en cas de maladie ?

Oui /---/ Non /--/

M- Comment apprécient-ils le temps d'attente en termes de minutes pour être traité ?.....

L- Adresseront-ils leurs malades ou aimeront-ils être orienté vers le service en cas de maladie ?

Oui /---/ Non /--/

M- Comment apprécient-ils le temps d'attente en termes de minutes pour être traité ?.....

.....

N- Quel appuis devraient venir de la Direction des Hôpitaux ou des Pouvoirs publics pour améliorer le fonctionnement des services d'urgences ?.....

.....

O- Autres remarques et suggestions :

.....

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

TABLE DES MATIERES

<u>INTRODUCTION</u>	4
<u>Première Partie : La gestion hospitalière de l'urgence</u>	11
Chapitre I- la notion d'urgence	12
Section I- Les critères de l'urgence.....	12
Section II- les composantes notionnelles de l'urgence.....	15
Chapitre II- L'organisation de l'urgence au Sénégal	19
Section I- Les structures d'accueil des urgences.....	20
Paragraphe I- Le service d'accueil ou service de porte : exemple des hôpitaux Fann et Le Dantec.....	21
Paragraphe II- Le service d'urgence centralisée : exemple des hôpitaux Hoggy et Thiès.....	26
Section II – L'admission des urgences.....	30
Paragraphe I- Le problème des accidentés.....	31
Paragraphe II- Les vieilleses et cas sociaux.....	34
<u>Deuxième Partie : La responsabilité hospitalière en matière d'urgence</u>	40
Chapitre I – La responsabilité administrative	41
Section I – La faute dans l'organisation du service d'urgence.....	41
Paragraphe I- Le refus d'admission d'une urgence.....	42
Paragraphe II- Le retard du transfert vers un autre établissement.....	44
Section II- La responsabilité administrative du fait de l'acte médical.....	46
Paragraphe I- Le retard dans la mise en œuvre du traitement.....	46
Paragraphe II- La garde nocturne	48
Chapitre II- La responsabilité pénale	50
Section I- la non assistance à personne en danger.....	51
Paragraphe I- Les caractéristiques de l'obligation de secours.....	52
Paragraphe II- Les sanctions pénales	54

Section II- La pratique du pré-contentieux : exemple des hôpitaux Principal et Fann.....	57
Paragraphe I- La conciliation ou la médiation.....	57
Paragraphe II- Le règlement amiable des litiges.....	59
CONCLUSION GENERALE.....	60
Bibliographie.....	62
ANNEXES	66
TABLE DES MATIERES.....	70

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple -Un But -Une Foi

MINISTERE DE LA SANTE

Direction des Etablissements de Santé

REFORME HOSPITALIERE

.Présentation

.Lois et Décrets

Table des matières

Préface	3
POURQUOI LA REFORME ?.....	4
QU'EST CE QUI CHANGE DANS LE FONCTIONNEMENT DE L'HÔPITAL ?	4
Le Conseil d'Administration.....	5
La Commission Médicale d'Etablissement	6
Le Comité Technique d'Etablissement.....	6
QU'APPORTE LA REFORME A L'USAGER ?.....	6
QUELS CHANGEMENTS POUR LE PERSONNEL DES HOPITAUX ?	7
QUELLES SONT LES AUTRES INNOVATIONS DE LA REFORME ?.....	7
Le Classement des Hôpitaux	7
La carte sanitaire	8
Le Projet d'Etablissement	8
Les institutions de formation et de recherche dans la Réforme.....	8
Les Hôpitaux Privés et la Réforme.....	9
La coopération entre Etablissements Hospitaliers	9
Annexe 1 : Loi n° 98-08 portant réforme hospitalière	10
Annexe 2 : Loi n° 98-12 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé	14
Annexe 3 : DECRET N°98-701 relatif à l'organisation des établissements publics de santé hospitalière	17
Annexe 4 : DECRET N°98-702 portant organisation administrative et financière des établissements publics de santé	18
Annexe 5 : Arrêté portant chadans les Etablissements Publics de Santé Hospitaliers	23

CHAPITRE II : MISSIONS ET OBLIGATIONS DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

SECTION I: DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Article 8 : Le service public hospitalier garantit pour tous un accès équitable aux soins. Il est tenu d'accueillir toute personne de jour comme de nuit, en urgence si l'état du malade ou du blessé le justifie.

Afin de dispenser des soins de qualité, les Etablissements Publics de Santé Hospitaliers et les établissements hospitaliers privés ou militaires participant au service public doivent disposer des moyens adéquats. Ils sont tenus de prendre en charge les patients qui leur sont régulièrement référés, ou de leur trouver un lieu de soins adapté à leur état. Ils assurent le diagnostic et dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs et de réadaptation que requiert leur état. Ils veillent à la continuité de ces soins à l'issue de leur admission, en liaison avec leurs autres structures de soins, les autres professionnels de santé.

Tout établissement ayant reçu un malade référé est tenu d'adresser au praticien qui a référé le malade et qui en fait la demande, un résumé du dossier médical.

Le service public hospitalier ne peut établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins.

Article 9 : Outre, les missions définies aux articles 1 et 8 de la présente loi, le service public hospitalier concourt :

1. à l'enseignement universitaire et post-universitaire ;
2. à la formation continue des praticiens ;
3. à la recherche médicale, odontostomatologie, pharmaceutique et psychologique;
4. à la formation initiale et continue du personnel paramédical et à la recherche en soins infirmiers et obstétricale,
5. aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination;
6. à l'organisation de l'aide médicale d'urgence conjointement avec les personnes et les services concernés ;
7. à la mise en oeuvre de toute activité s'inscrivant dans le cadre des priorités de santé publique définies par le Ministre chargé de la santé ;
8. à la prise en charge de la population pénitentiaire dans des conditions fixées par voie réglementaire.

Le service public hospitalier est assuré par :

1. les établissements publics de santé hospitaliers ;
2. les établissements hospitaliers militaires participant au service public ;
3. les établissements hospitaliers privés qui ont sollicité et obtenu leur participation au service public.

Sont spécialement interdits :

- 1) Tous procédés, directs ou indirects, de publicité ou de réclame;
- 2) Les manifestations spectaculaires touchant à la médecine et n'ayant pas exclusivement un but scientifique ou éducatif.

Article 11

Les seules indications qu'un médecin est autorisé à mentionner sur ses feuilles d'ordonnance ou dans un annuaire sont :

- Celles qui facilitent ses relations avec ses patients;
- La qualification qui lui aura été reconnue dans les conditions déterminées par le Conseil national de l'Ordre des Médecins avec l'approbation du Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales;
- Les titres et fonctions reconnus valables par le Conseil national de l'Ordre.

Article 12

Les seules indications qu'un médecin est autorisé à faire figurer à la porte de son cabinet sont :

- le nom, les prénoms
- les titres
- les jours et heures de consultations
- la qualification.

Ces indications doivent être présentées avec mesure selon les usages des professions libérales.

Article 13

Tout médecin se servant d'un pseudonyme pour les activités se rattachent à sa profession est tenu d'en faire la déclaration à l'Ordre des Médecins.

Article 14

En aucun cas, un médecin ne peut avoir, en dehors de son cabinet principal, plus d'un cabinet secondaire.

Lorsque l'intérêt des malades l'exige, la création ou le maintien d'un cabinet secondaire peut être autorisé par le Ministère

de la Santé publique et des Affaires sociales après avis du Président du Conseil de l'Ordre des Médecins.

Article 15

Il est interdit à un médecin de faire gérer un cabinet par un confrère, sous réserve des dispositions relatives au remplacement temporaire.

Article 16

L'exercice de la médecine privée en consultations foraines est interdit.

Article 17

Sont interdits :

- Tout acte de nature à procurer à un malade un avantage injustifié ou illicite;
- Toute ristourne en argent ou en nature faite à un malade;
- Tout versement, acceptation ou partage clandestin d'argent entre praticiens;
- Toute commission à quelque personne que ce soit;
- L'acceptation d'une commission pour un acte médical quelconque et notamment pour examens, prescriptions de médicaments, d'appareils, envoi dans une station de cure ou de maison de santé, etc.

Article 18

Sont interdites toutes facilité ou caution accordées à quiconque se livre à l'exercice illégal de la médecine.

Article 19

Tout compérage entre médecin et pharmaciens, auxiliaires médicaux ou toutes autres personnes est interdit.

Il est interdit à un médecin de donner des consultations dans les locaux où sont mis en vente des médicaments ou des appareils médicaux ainsi que dans les dépendances desdits locaux.

Article 20

Il est interdit à un médecin d'exécuter un autre métier ou une autre profession susceptible de lui permettre d'accroître ses bénéfices par ses prescriptions ou ses conseils d'ordre professionnel.

Article 21

Il est interdit à tout médecin qui remplit un mandat électif ou une fonction administrative d'en user à des fins professionnelles pour accroître sa clientèle.

Article 22

Divulguer prématurément dans le public médical, en vue d'une application immédiate, un procédé de diagnostic ou de traitement nouveau et insuffisamment éprouvé, constitue de la part du médecin une imprudence répréhensible s'il n'a pas pris le soin de mettre ses confrères en garde contre les dangers éventuels de ce procédé.

Divulguer un tel procédé dans le grand public quand sa valeur et son innocuité ne sont pas démontrées constitue une faute.

Tromper la bonne foi des praticiens ou de la clientèle en leur présentant comme salutaire ou sans danger un procédé insuffisamment éprouvé est une faute grave.

Article 23

L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations ou documents dont la production est prescrite par les Lois et Règlements.

Tout certificat, attestation ou document, délivré par un médecin doit comporter sa signature manuscrite.

Article 24

La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance constitue une faute grave.

TITRE II

DEVOIRS DES MEDECINS ENVERS LES MALADES

Article 25

Le médecin, dès qu'il est appelé à donner des soins à un malade et qu'il a accepté de remplir cette mission, s'oblige :

- A lui assurer personnellement ou avec l'aide de tiers qualifiés tous les soins

médicaux en son pouvoir et désirable en la circonstance;

- A agir toujours avec correction et aménité envers le malade et à se montrer compatissant envers lui.

Article 26

Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec la plus grande attention, sans compter avec le temps que lui coûte ce travail. Il doit faire appel, s'il y a lieu aux conseils les plus éclairés et aux méthodes scientifiques les plus appropriées.

Après avoir posé un diagnostic et formulé une thérapeutique, le médecin doit s'efforcer à veiller à l'exécution du traitement, particulièrement si la vie du malade est en danger.

En cas de refus du patient, il peut cesser ses soins dans les conditions de l'article 33.

Article 27

Dans toute la mesure compatible avec la qualité et l'efficacité dans les soins et sans négliger son devoir d'assistance morale envers son malade, le médecin doit limiter au nécessaire ses prescriptions et ses actes.

Article 28

Le médecin appelé à donner des soins dans une famille ou dans un milieu quelconque doit y assurer la prophylaxie. Il met les malades et leur entourage en face de leurs responsabilités vis-à-vis d'eux-mêmes et de leur voisinage. Il doit s'efforcer d'imposer le respect des règles d'hygiène et de prophylaxie.

Article 29

Appelé d'urgence auprès d'un mineur ou d'un autre incapable et lorsqu'il lui est impossible de recueillir en temps utile le consentement du représentant légal, le médecin doit donner les soins qui s'imposent.

Article 30

Hors le cas prévu à l'article précédent, le médecin attaché à un établissement comportant le régime de l'internat, doit en présence d'une affection grave, faire avvertir les parents et accepter ou provoquer, s'il y a lieu, la consultation du médecin désigné par le malade ou sa famille.

Article 31

Un pronostic peut légitimement être dissimulé au malade. Un pronostic fatal ne peut lui être révélé qu'avec la plus grande circonspection, mais il doit l'être généralement à sa famille, à moins que la malade ait préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

Article 32

Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin peut être amené à refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

Article 33

Le médecin peut se dégager de sa mission, à condition de ne jamais nuire de ce fait, à son malade. Il doit s'assurer de la continuité des soins et fournir à cet effet, tous les renseignements utiles.

Article 34

Le médecin ne doit pas s'immiscer dans les affaires de famille.

Article 35

Il ne peut être procédé à un avortement thérapeutique que si cette intervention est le seul moyen susceptible de sauvegarder la vie de la mère.

Lorsque la sauvegarde de la vie de la mère gravement menacée, exige une intervention chirurgicale ou l'emploi d'une thérapeutique susceptible d'interrompre la grossesse le médecin traitant ou le chirurgien devra obligatoirement prendre l'avis de deux médecins consultants, dont l'un pris sur la liste des experts près du tribunal qui, après examen et discussion, attesteront par écrit que la vie de la mère ne peut être sauvée qu'au moyen d'une telle intervention ou thérapeutique.

Un des exemplaires du protocole de la consultation sera remis à la malade les deux autres étant conservés par les deux médecins consultants.

En outre, un protocole de la décision prise n'indiquant pas le nom de la malade, doit être

adressé sous pli recommandé au Président de l'Ordre des Médecins.

En cas d'indication thérapeutique, le médecin doit s'incliner devant le refus éventuel de la malade dûment informée. Cette règle ne peut supporter d'exception que dans le cas d'extrême urgence et lorsque la malade est hors d'état de donner son consentement.

Si le médecin, en raison de ses convictions, estime qu'il lui est interdit de conseiller de pratiquer l'avortement, il peut se retirer en faisant assurer la continuité des soins par un confrère qualifié.

Article 36

Au cours d'un accouchement dystocique ou prolongé, le médecin doit se considérer comme étant le seul juge des intérêts de la mère et de l'enfant, sans se laisser influencer par des considérations d'ordre familial.

Article 37

Le médecin doit toujours établir lui-même sa note d'honoraire; il doit le faire avec tact et mesure.

Un médecin n'est jamais en droit de refuser à son client des explications sur sa note d'honoraires.

Article 38

Le médecin est libre de donner gratuitement ses soins, quand sa conscience le lui recommande.

Article 39

Il est interdit d'établir une note d'honoraires forfaitaires pour la durée d'un traitement, sauf dans quelques cas exceptionnels (accouchement, opération chirurgicale, traitement dans une station de cure, etc.) et après accord du Conseil national de l'Ordre des Médecins.

Une note forfaitaire pour l'efficacité du traitement est interdite en toutes circonstances.

Article 40

La rencontre en consultation entre un médecin traitant et un médecin consultant, légitime, pour le second, des honoraires.

Article 41

Tout partage d'honoraires entre médecin traitant d'une part, consultant, chirurgien, spécialiste d'autre part, lors d'une consultation ou d'un acte opératoire, étant formellement interdit, chaque médecin doit présenter sa note personnelle.

En aucun cas, le chirurgien, spécialiste ou consultant ne peut accepter de remettre lui-même les honoraires au médecin traitant, mais il doit préciser que ces derniers ne sont pas compris dans sa note.

L'acceptation, la sollicitation ou l'offre d'un partage d'honoraires même non suivis d'effet, constituent une faute professionnelle grave.

Article 42

Le chirurgien a le droit de choisir son aide où ses aides opératoires ainsi que l'anesthésiste. Les honoraires de ceux-ci peuvent être réclamés par eux directement à l'opéré, soit figurer sur la note que le chirurgien remet à l'opéré. Toutefois, lorsque le chirurgien croit devoir confier les fonctions d'aide-opératoire ou d'anesthésiste au médecin traitant, celui-ci doit réclamer ses honoraires directement à l'opéré.

Article 43

La présence du médecin traitant à une opération chirurgicale lui donne droit à des honoraires spéciaux, si elle est demandée par le malade ou sa famille.

TITRE III

DEVOIRS DES MEDECINS EN MATIERE DE MEDECINE SOCIALE

Article 44

Il est du devoir de tout médecin compte tenu de son âge, de son état de santé et de son éventuelle spécialisation, de prêter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé publique et pour organiser la permanence des soins là où elle est nécessaire.

Article 45

L'existence d'un tiers garant (assurances publiques ou privées, assistance, etc.) ne doit pas amener le médecin à déroger aux prescriptions de l'article 27.

Article 46

L'exercice habituel de la médecine sous quelque forme que ce soit au service d'une entreprise, d'une collectivité, ou d'une institution de droit privé doit, dans tous les cas, faire l'objet d'un contrat écrit.

Une copie du contrat doit être adressée dans un délai de trente jours (30) après signature, d'une part au Directeur de la santé publique, d'autre part, au Président de l'Ordre des Médecins.

Article 47

Les médecins sont tenus de communiquer au Président de l'Ordre des Médecins une copie des contrats intervenus entre eux et une administration publique ou une collectivité administrative.

Article 48

Sauf cas d'urgence, nul ne peut être, à la fois, médecin contrôleur et médecin-traitant d'un même malade, ni devenir ultérieurement son médecin-traitant pendant une durée d'un an à compter de l'exercice à l'égard de ce malade du dernier acte de contrôle. Cette interdiction s'étend aux membres de la famille du malade vivant avec lui et, si le malade est accrédité auprès d'une collectivité, aux membres de celle-ci.

Article 49

Le médecin-contrôleur doit faire connaître au malade soumis à son contrôle qu'il l'examine en tant que médecin-contrôleur.

Article 50

Le médecin-contrôleur ne doit pas s'immiscer dans le traitement. Toutefois, si au cours d'un examen, il se trouve en désaccord avec son confrère sur le diagnostic ou le pronostic et s'il apparaît qu'un élément important et utile à la conduite du traitement semble avoir échappé à son confrère, il doit le lui signaler personnellement.

Article 51

Le médecin chargé du contrôle est tenu au secret vis-à-vis de son administration à laquelle il ne doit fournir que ses conclusions sur le plan administratif sans indiquer les raisons d'ordre médical qui les motivent.

Les renseignements d'ordre médical contenus dans les dossiers établis par ce médecin ne peuvent être communiqués ni aux personnes étrangères au service médical, ni à une autre administration.

Article 52

Nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade.

Sauf accord des parties, un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu les intérêts de ses clients, de ses amis, de ses proches ou de groupements qui font appel à ses services. Il en est de même lorsque ses propres intérêts sont en jeu.

Article 53

Le médecin expert doit, avant d'entreprendre toute expertise, informer de sa mission la personne qu'il doit examiner.

Article 54

Lorsqu'il est investi de sa mission, le médecin expert ou le médecin contrôleur doit se récuser s'il estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères à la technique proprement médicale.

Dans la rédaction de son rapport, le médecin expert ne doit révéler que les éléments de nature à fournir les réponses aux questions posées dans la décision qui l'a nommé.

Hors de ces limites, le médecin expert doit taire ce qu'il a pu apprendre à l'occasion de sa mission.

TITRE IV

DEVOIRS DE CONFRATERNITE

Article 55

Les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Ils se doivent une assistance morale.

Celui qui a un dissentiment professionnel avec son confrère doit d'abord tenter de se réconcilier avec lui. S'il n'a pu réussir, il peut en aviser le Président de l'Ordre des Médecins.

Il est interdit de calomnier un confrère, de médire de lui, ou de se faire l'écho de propos capables de lui nuire dans l'exercice de sa profession.

C'est un devoir de bonne confraternité de prendre la défense d'un confrère injustement attaqué.

Article 56

Le détournement ou la tentative de détournement de clientèle sont interdits.

Article 57

Le médecin appelé auprès d'un malade que soigne un de ses confrères doit respecter les règles suivantes :

- Si le malade entend renoncer aux soins de son premier médecin, s'assurer de cette volonté expresse et prévenir le confrère;
- Si le malade a simplement voulu demander un avis sans changer de médecin traitant, proposer une consultation d'urgence. Au cas où pour une raison valable la consultation paraîtrait impossible ou inopportune, le médecin peut examiner le malade mais réserve à son confrère son avis sur le diagnostic et le traitement.
- Si l'appel est motivé par l'absence du médecin habituel, le médecin appelé doit assurer les soins pendant cette absence, les cesser dès le retour de son confrère et donner à ce dernier toutes informations utiles.

Article 58

Le médecin peut, dans son cabinet, accueillir tous les malades, quelque soit leur médecin traitant, sous les réserves indiquées à l'article suivant.

Article 59

Le médecin consulté à son cabinet par un malade venu à l'insu de son médecin traitant

doit s'efforcer d'entrer en rapport avec ce dernier afin de lui faire part de ses conclusions sauf opposition du malade.

Article 60

Le médecin traitant d'un malade doit proposer une consultation dès que les circonstances l'exigent.

Il doit accepter une consultation demandée par le malade ou son entourage.

Dans les deux cas, le médecin traitant propose le consultant qu'il juge le plus qualifié, mais il doit tenir compte des désirs du malade et accepter sauf raison sérieuse, de rencontrer en consultation tout médecin autorisé à exercer au Sénégal. Il a la charge d'organiser les modalités de la consultation.

Si le médecin traitant ne croit pas devoir donner son agrément au choix formulé, il a la possibilité de se retirer et ne doit à personne l'explication de son refus.

Article 61

A la fin d'une consultation entre deux ou plusieurs médecins, il est de règle que leurs conclusions, rédigées, en commun, soient formulées par écrit, signées par le médecin traitant et enregistrées par le ou les médecins consultants.

Quand il n'est pas rédigé de conclusions écrites, le consultant est censé admettre qu'il partage entièrement l'avis du médecin traitant.

Article 62

Quand au cours d'une consultation entre médecins, les avis du consultant et du médecin traitant diffèrent essentiellement, le médecin traitant est libre de cesser les soins si l'avis du consultant prévaut.

Article 63

Un médecin qui a été appelé en consultation ne doit pas revenir auprès du malade examiné en commun, en l'absence du médecin traitant ou sans son approbation, au cours de la maladie ayant motivé la consultation.

Article 64

Un médecin peut se faire remplacer dans sa clientèle conformément aux prescriptions des lois et règlements en vigueur.

Article 65

Un médecin qui, soit pendant, soit après ses études, a remplacé un de ses confrères, ne doit pas s'installer pendant un délai de deux ans dans un poste où il puisse entrer en concurrence directe avec le médecin qu'il a remplacé à moins qu'il n'y ait entre les intéressés un accord qui doit être notifié à l'Ordre des Médecins.

Lorsque cet accord ne peut être obtenu, le cas doit être soumis au Ministre de la Santé publique et de l'Action sociale, qui peut autoriser l'installation.

Article 66

Un médecin ne doit pas s'installer dans l'immeuble où exerce déjà un confrère, sans l'agrément de celui-ci, ou à défaut, sans l'autorisation du Conseil de la Section B de l'Ordre des Médecins.

Article 67

Toute association ou société entre médecins doit faire l'objet d'un contrat écrit qui respecte l'indépendance professionnelle de chacun d'eux. Une copie du contrat doit être adressée, dans un délai de trente (30) jours après signature, d'une part au Directeur de la Santé publique, d'autre part, au Président de l'Ordre des Médecins.

Article 68

Sauf urgence, et pour une durée maximum d'un mois, il est interdit à tout médecin de se faire assister dans l'exercice normal habituel et organisé de sa profession d'un médecin exerçant sous le nom du titulaire du poste. Cette règle n'est pas applicable dans les services hospitaliers.

Article 69

Dans tous les cas où ils sont interrogés en matière disciplinaire, les médecins sont tenus de révéler tous les faits utiles à l'instruction parvenus à leur connaissance, dans la mesure compatible avec le respect du secret professionnel.

Article 70

Dans les cas prévu aux articles 46, 47 et 67, le Conseil de la Section B ou le Ministre de la

Santé publique peuvent mettre en demeure l'intéressé de faire apporter les modifications nécessaires à un contrat ou de le résilier, s'ils estiment qu'il n'est pas conforme aux lois et règlement en vigueur, et notamment au présent code.

TITRE V

DEVOIRS DES MEDECINS ENVERS LES MEMBRES DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

Article 71

Dans leurs rapports professionnels avec les membres des professions paramédicales, notamment les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes, les médecins doivent éviter tout agissement susceptible de leur porter préjudice.

Article 72

Tout projet de contrat d'association ou de société ayant un objet professionnel entre un ou plusieurs médecins et un ou plusieurs membres de l'une des professions visées à

l'article précédent doit être soumis au Conseil national de l'Ordre. Ce dernier vérifie notamment si le projet est conforme aux lois et règlements en vigueur ainsi qu'au Code de Déontologie médicale. En cas d'avis défavorable du Conseil de l'Ordre, le Ministre de la Santé publique et de l'Action sociale statue.

Une copie du contrat d'association ou de société doit être adressée au Directeur de la Santé publique et au Président de l'Ordre dans le mois qui suit la signature.

TITRE VI

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 73

Le Ministre de la Santé publique et de l'Action sociale, le Ministre de la Fonction publique et du Travail sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent Code qui sera publié au Journal officiel.

Fait à Dakar, le 10 février 1967

Léopold Sédar SENGHOR



N° 210

Arrêt Contradictoire
correctionnel

AFFAIRE :

Ministère Public et :

contre

Ibrahima LAYE

Mandat de dépôt
du

NATURE DU DÉLIT

Non assistance à
personne en danger

DÉCISION

Voir dispositif

Présents MM.

Sokhna TOURE... Président
Ely M. DIENG...
Henri G. DIOP... Conseillers
Ciré Aly BA... Avocat Général
M. P. NDOYE... Greffier

AUDIENCE PUBLIQUE DU 19 FEVRIER 1997

LA COUR D'APPEL DU SÉNÉGAL

séant à Dakar, Chambre des appels correctionnels au Palais de Justice
de ladite ville "Cap Manuel" en son audience publique et ordinaire
du Dix neuf Février mil neuf cent quatre vingt dix sept

à laquelle siégeaient Messieurs :

Madame Sokhna TOURE Président

Ely Manel DIENG et Henri Grégoire DIOP Conseillers

Monsieur Ciré Aly BA Avocat Général

Mame PENDA NDOYE Greffier

En présence de Monsieur
et avec l'assistance de Maître

A rendu l'arrêt dont la teneur suit dans la cause

ENTRE

Le Ministère Public appelant intimé

et :

d'une part

Ibrahima LAYE né le 21 Décembre 1937 à Diourbel de
El Hadji DIATTA et de Coumba NDIAYE, Infirmier à Kougueul
prévenu de non assistance à une personne en danger, compara
et concluant à l'audience, jugé contradictoirement ;

d'autre pa

Le Tribunal correctionnel Kaolack
statuant dans ladite cause a rendu à la date du 15 Mars 1994

un jugement dont le dispositif frappé
d'appel est ainsi conçu : Condamne Ibrahima LAYE à 50.000 Francs
d'amende avec sursis pour non assistance à personne en danger
en application de l'article 49 du Code Pénal ;

Le Ministère Public et le prévenu

ont relevé appel du jugement sus-énoncé
suivant acte du Greffe en date du 24 Mars 1994

En conséquence de l'appel et à la requête de Monsieur
le Procureur Général près la Cour d'Appel de Dakar

ont été cités suivant
exploit en date du 24 Octobre 1996 de Maître Assane SENE
Huissier de Justice à Kaffrine à comparaître par devant
la Cour de céans, chambre des appels correctionnels à l'audience
du 20 Novembre 1996 pour voir statuer sur les mérites
appel sus-énoncé ;

La cause, sur cette assignation fut inscrite au rôle de la cour à ladite
audience, et appelée à son tour. et successivement renvoyée jus q

l'audience du 12 Février 1997 et utilement retenue .

MADAME SOKHNA TOURE a fait le rapport de l'affaire

Le Ministère public a été entendu en ses réquisitions :

La Cour a mis l'affaire en délibéré pour l'arrêt être
rendu à l'audience du 19 Février 1997, advenue cette date,
Cour memement composée vidant son délibéré a statué en ces
termes :

LA COUR

Vu le jugement du Tribunal correctionnel de Kaolack
en date du 15 Mars 1994 statuant en ladite cause.

Vu l'appel relevé contre ledit jugement par LE Ministère Publ:
et le prévenu selon acte du Greffe en date
du 24 Mars 1994

Oui Madame Sokhna TOURE en son rapport

Oui Monsieur l'Avocat Général en ses réquisitions orales
Oui Maître SARR en sa plaidoirie
Vu les pièces du dossier
Après en avoir délibéré conformément à la loi ;

ATTENDU que par acte en date du 24 Novembre 1994, Ibrahima LAYE a relevé appel de la décision rendue par le Tribunal Régional de Kaolack en son audience du 15 Mars 1994 qui l'a condamné à une amende de Cinquante mille francs (50.000 Frs) assortie du sursis

Que par acte portant la même date, le Ministère Public a relevé appel ;

EN LA FORME

ATTENDU que ces appels ont été faits dans les formes et délais prévus par la loi ;
qu'ils sont réguliers donc recevables ;

IN LIMINE LITIS

ATTENDU que le prévenu par l'organe de son conseil Maître Mohamed SARR soulève une exception tirée de l'irrégularité de la procédure, soutenant que les dispositions de l'article 94 du Code de Procédure Pénale ont été violées ;

ATTENDU qu'il résulte du dit article que " toute personne nommément visée par une plainte peut refuser d'être entendue comme témoin ; le Juge d'instruction l'en avertit, après lui avoir donné connaissance de la plainte mention en est faite au procès verbal ; En cas de refus, il ne peut l'entendre que comme inculqué

ATTENDU que la plainte à l'origine des poursuites est dirigée contre inconnu ; que le Juge d'instruction a ouvert une information contre X, devenu Ibrahima LAYE qui a été régulièrement inculpé ;
qu'il échet de rejeter l'exception soulevée, comme mal fondée

AU FOND

ATTENDU que Ibrahima LAYE est poursuivi pour non assistance à personne en danger ; qu'il fait grief au jugement entrepris de l'avoir déclaré coupable ;:

SUR LES FAITS

Il est reproché au prévenu, qui est ^{infirmier} infirmier au service chirurgie de l'Hopital de Kaolack, de ne pas avoir répondu à l'appel des parents de feu Bineta DIAW évacuée en urgence à l'Hopital pour occlusion intestinale ;

SUR LE DELIT

ATTENDU que la qualité du prévenu n'est pas contestée ;

qu'il est constant que le jour où la défunte a été admise en urgence à l'Hopital, c'est bien lui qui assurait la garde ;
qu'il résulte des différents témoignages recueillis, qu'il a refusé de porter secours à la malade alors que sa présence en ce lieu ne se justifiait que pour cela ;

qu'il reconnaît lui même " qu'il était en train de manger " ;
qu'il s'est ainsi rendu coupable de non assistance à personne en danger ;

qu'il échet en conséquence de confirmer le jugement entrepris en toutes ses dispositions ;

PAR CES MOTIFS .

Statuant publiquement, contradictoirement, en matière correctionnelle et en dernier ressort

En la forme ;

Déclarer recevables les appels enregistrés ;

Au fond ;

Confirme le jugement entrepris en toutes ses dispositions

Met les dépens à la charge de l'appelant .

Condamne Ibrahima LAYE aux dépens liquidés à la somme de Cinquante Sept mil cinq cent trente francs (57 530 Francs)

DÉTAIL DES FRAIS

Dépens liquidés à l'État de frais

26.100.

citation 11.430

enregistr. et timbres 20.000

frais exécution

correspondance

signification

TOTAL 57 530

approuvé

mots lignes

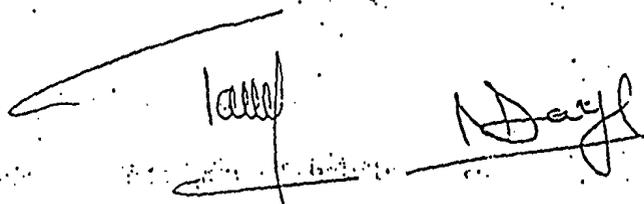
rayés nuls

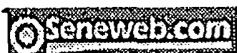
Monsieur le Président a donné au condamné l'avertissement prévu à l'article 712 du Code de Procédure Pénale sur l'exercice de la contrainte par corps.

Le tout par application des dispositions de la loi visées au jugement et lues à l'audience par le premier Juge.

Ainsi fait jugé et prononcé publiquement par la Cour d'Appel de céan les jours, mois, que dessus.

et ont signé le Président et le Greffier.



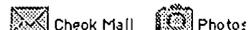


Salut [Changez votre nom](#) , Bienvenue sur seneweb.com!

Judi 22 Jun 2006 - 09:

Le Sénégal dans le Web!

[Accueil](#) [Annonces](#) [Forum](#) [Chat](#) [Contributions](#) [Seneshop](#) [Immobilier](#)



[Seneweb.com](#) > [Actualités](#) > [Société](#)



L'Observateur: Jeudi 11 Mai 2006

Des Jumeaux meurent à l'hôpital Abass Ndao pour non-assistance à personne en danger Une nuit d'horreur racontée par une mère choquée

Négligence coupable ou faute professionnelle? C'est le débat qui oppose un couple à la direction de l'Hôpital Abass Ndao. Au centre de cette affaire, une dame qui devait subir une césarienne, a été obligée d'accoucher par la voie basse. Dans l'indifférence générale du personnel médical, ses deux enfants, qu'elle mettra au monde, sont morts suite à un accrochage. La famille a décidé de porter plainte contre l'hôpital. Déjà mère de deux enfants, la dame Awa Dramé, demeurant au camp Abdou Diassé, était au terme de sa troisième grossesse. Prise par les douleurs prénatales, la dame, accompagnée d'un de ses parents, s'est rendue, ce mercredi 5 avril 2005, à l'hôpital Abass Ndao de Dakar. Arrivé vers vingt-trois heures, elle a été accueillie par le service d'urgence de l'hôpital. Vu l'urgence de son cas, Mme Awa Dramé sera aussitôt conduite vers un lit et le personnel médical averti de la délicatesse de sa situation. Sa grossesse a été normale, les dernières analyses prénatales ayant conclu à une bonne tenue des fœtus. L'analyse échographique avait révélé la présence d'un garçon et d'une fille. L'un, J1 en position siège, l'autre J2 en position normale. «Dans une situation pareille, le médecin devait décider une césarienne soutient un spécialiste». Selon lui, «comme les deux devaient sortir en même temps, il y a de fortes chances qu'il se passe un accrochage». Revenant sur cette nuit, la dame que nous avons rencontrée au camp Abdou Diassé, nous relate les circonstances de son arrivée. «En effet, comme j'étais trop fatiguée, le docteur Aminna Sonko, vers qui le docteur Touré m'a conduite, a recommandé une césarienne». Le début d'un véritable supplice Informé de cette décision, un médecin s'y opposera, nous dit-on. Il laissera Awa Dramé avec la sage-femme. La sage femme qui était de garde cette nuit. «Ils ont déclaré que je pouvais bien accoucher normalement», déclare Mme Diouf, née Awa Dramé. Pourtant, son état de santé ne le permettait pas. Visiblement fatiguée, la position des deux bébés ne permettait pas un accouchement sans danger. Et, de surcroît, n'étant pas des prématurés, les jumeaux sont arrivés à terme. La dernière échographie parle «de position normale pour l'un et pour l'autre, de position siège». Couchée sur la table d'accouchement, la dame, abandonnée à elle-même, se tordra de douleurs. Ne pouvant plus supporter cet état de fait, elle appelle la sage-femme à son secours. Selon toujours la version de Mme Diouf, la sage-femme lui aurait dit : «je ne peux rien faire pour toi. Il n'y a que toi qui peux t'aider». À cet instant, la dame se battra de toutes ses forces. Et, au bord de la rupture, elle sentira la délivrance toute proche. Une fois encore, elle appellera la sage-femme à son secours. Cette fois encore, c'est la même réponse. Négative. Soudain, après avoir longuement poussé, elle sentira un des bébés naître. Malheureusement, le premier des jumeaux qui devait naître viendra en «état siège». Ce sont les pleurs qui viendront en premier. Bien que très diminuée, Awa Dramé se battra pour faire libérer son premier bébé. «Ce dernier, selon la dame, parviendra à sortir tout son corps». Mais, poursuit-elle, «sa tête n'a pu être libérée». Ne pouvant supporter cette douleur continue, elle fera à nouveau appel à la sage femme, la suppliant de l'aider. Une fois de plus, la sage-femme refusera. «Je suis restée dans cette position pendant environ trente minutes. Finalement, ayant compris le sérieux de la situation, elle est allée appeler des renforts», selon toujours la version de Madame Dramé. La sage-femme et le brancardier la fulent comme la peste. Ces renforts, composés du médecin Gynéco et d'un brancardier, arriveront au chevet de la dame. Surpris par la gravité de la situation, le médecin gynéco demandera que la dame soit transférée d'urgence au bloc opératoire. «Mais, ni le brancardier, encore moins la sage femme, ne l'aideront à monter sur la litière. Avec son bébé pendant entre ses jambes, elle fera deux pas pour se hisser sur la civière. «En allant sur la civière, dira-t-elle, j'ai essayé de m'accrocher au brancardier. Mais, ce dernier m'a sèchement dit de ne pas le toucher». Une fois sur le brancard, elle perdra connaissance. La suite nous ne la connaissons jamais. La sage femme dont nous avons voulu recueillir la version, n'a jamais pu être jointe. La direction de l'hôpital vers qui nous sommes allés, est elle aussi restée muette. Par l'intermédiaire de sa secrétaire, le directeur nous fera savoir qu'il ne nous recevra pas. Quant au médecin gynéco qui a reçu la dame, il tentera de sauver tout ce beau monde en procédant à une césarienne. Mais, «le médecin gynéco a déclaré que l'un des jumeaux était mort lorsqu'il a ouvert le ventre de la mère», affirme M. Diouf, le mari de Awa Dramé. Le médecin gynéco a reconnu la faute professionnelle Interpellé pour nous expliquer la raison de cette mort, le médecin gynéco non plus, n'a pas souhaité s'exprimer. «Il a dit que ce sont les deux têtes qui se sont coincées à la sortie», affirme le mari. De toutes les façons, elle souffrira deux fois. L'un des bébés naîtra par la voie basse et l'autre par césarienne. Asphyxiés et coincés, les deux jumeaux ne verront jamais le jour. Les deux corps sans vie, seront remis au couple Diouf. Leur mère, meurtrie et physiquement diminuée, restera pendant cinq jours à la maternité de l'hôpital. Interpellé pour avoir l'avis d'un expert, un avocat nous a confié que «les employés fautifs, si leur responsabilité est avérée, risquent deux sanctions». L'une pénale et l'autre professionnelle. «Pour le moment, en dehors du médecin gynéco qui nous a présenté ses excuses, personne à l'hôpital n'est venu vers nous», se désole M. Diouf. Sortie de cette épreuve, accompagnée de son cousin, Awa Dramé a porté plainte, pour non-assistance à personne en danger et faute médicale ayant entraîné mort d'homme, au commissariat central de Dakar contre l'hôpital.

[Imprimer l'article](#)

[E-mail l'article](#)

[Réagir à l'article](#)

[Commentaires \[28 \]](#)

Thématique

- * [Politique](#)
- * [Société](#)
- * [Sports](#)
- * [Faits Divers](#)
- * [Économie](#)
- * [Art & Culture](#)
- * [Afrique](#)
- * [Région](#)
- * [International](#)
- * [Vos Contributions](#)

SenePub

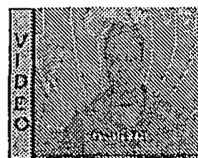


Photo Reportage



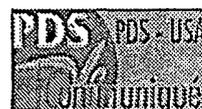
Pour échapper à la pauvreté, des jeunes risquent leur vie
[\[Toutes les photos \]](#)

Le Dernier Journal



L'intégralité du journal
Télévisé du 21 Juin
Gratuit: Telediaspora

SenePub



Le Dernier Reportage Video





Salut [Changez votre nom](#) , Bienvenue sur seneweb.com!

Jeudi 22 Juin 2006 - 09:

Le Sénégal dans le Web!

[Accueil](#) [Annonces](#) [Forum](#) [Chat](#) [Contributions](#) [Seneshop](#) [Immobilier](#)



[Seneweb.com](#) > [Actualités](#) > [Société](#)



Observateur: Jeudi 11 Mai 2006

Des Jumeaux meurent à l'hôpital Abass Ndao pour non-assistance à personne en danger Une nuit d'horreur racontée par une mère choquée

Négligence coupable ou faute professionnelle? C'est le débat qui oppose un couple à la direction de l'Hôpital Abass Ndao. Au centre de cette affaire, une dame qui devait subir une césarienne, a été obligée d'accoucher par la voie basse. Dans l'indifférence générale du personnel médical, ses deux enfants, qu'elle mettra au monde, sont morts suite à un accrochage. La famille a décidé de porter plainte contre l'hôpital. Déjà mère de deux enfants, la dame Awa Dramé, demeurant au camp Abdou Diassé, était au terme de sa troisième grossesse. Prise par les douleurs prénatales, la dame, accompagnée d'un de ses parents, s'est rendue, ce mercredi 5 avril 2005, à l'hôpital Abass Ndao de Dakar. Arrivé vers vingt-trois heures, elle a été accueillie par le service d'urgence de l'hôpital. Vu l'urgence de son cas, Mme Awa Dramé sera aussitôt conduite vers un lit et le personnel médical averti de la délicatesse de sa situation. Sa grossesse a été normale, les dernières analyses prénatales ayant conclu à une bonne tenue des fœtus. L'analyse échographique avait révélé la présence d'un garçon et d'une fille. L'un, J1 en position siège, l'autre J2 en position normale. «Dans une situation pareille, le médecin devait décider une césarienne soutient un spécialiste». Selon lui, «comme les deux devaient sortir en même temps, il y a de fortes chances qu'il se passe un accrochage». Revenant sur cette nuit, la dame que nous avons rencontrée au camp Abdou Diassé, nous relate les circonstances de son arrivée. «En effet, comme j'étais trop fatiguée, le docteur Amina Sonko, vers qui le docteur Touré m'a conduite, a recommandé une césarienne». Le début d'un véritable supplice Informé de cette décision, un médecin s'y opposera, nous dit-on. Il laissera Awa Dramé avec la sage-femme. La sage femme qui était de garde cette nuit. «Ils ont déclaré que je pouvais bien accoucher normalement», déclare Mme Diouf, née Awa Dramé. Pourtant, son état de santé ne le permettait pas. Visiblement fatiguée, la position des deux bébés ne permettait pas un accouchement sans danger. Et, de surcroît, n'étant pas des prématurés, les jumeaux sont arrivés à terme. La dernière échographie parle «de position normale pour l'un et pour l'autre, de position siège». Couchée sur la table d'accouchement, la dame, abandonnée à elle-même, se tordra de douleurs. Ne pouvant plus supporter cet état de fait, elle appelle la sage-femme à son secours. Selon toujours la version de Mme Diouf, la sage-femme lui aurait dit : «Je ne peux rien faire pour toi. Il n'y a que toi qui peux t'aider». À cet instant, la dame se battra de toutes ses forces. Et, au bord de la rupture, elle sentira la délivrance toute proche. Une fois encore, elle appellera la sage-femme à son secours. Cette fois encore, c'est la même réponse. Négative. Soudain, après avoir longuement poussé, elle sentira un des bébés naître. Malheureusement, le premier des jumeaux qui devait naître viendra en «état siège». Ce sont les pieds qui viendront en premier. Bien que très diminuée, Awa Dramé se battra pour faire libérer son premier bébé. «Ce dernier, selon la dame, parviendra à sortir tout son corps». Mais, poursuit-elle, «sa tête n'a pu être libérée». Ne pouvant supporter cette douleur continuelle, elle fera à nouveau appel à la sage femme, la suppliant de l'aider. Une fois de plus, la sage-femme refusera. «Je suis restée dans cette position pendant environ trente minutes. Finalement, ayant compris le sérieux de la situation, elle est allée appeler des renforts», selon toujours la version de Madame Dramé. La sage-femme et le brancardier la fulent comme la peste. Ces renforts, composés du médecin gynéco et d'un brancardier, arriveront au chevet de la dame. Surpris par la gravité de la situation, le médecin gynéco demandera que la dame soit transférée d'urgence au bloc opératoire. «Mais, ni le brancardier, encore moins la sage femme, ne l'aideront à monter sur la civière. Avec son bébé pendant entre ses jambes, elle fera deux pas pour se hisser sur la civière. «En allant sur la civière, dira-t-elle, j'ai essayé de m'accrocher au brancardier». Mais, ce dernier m'a sèchement dit de ne pas le toucher». Une fois sur le brancard, elle perdra connaissance. La suite nous ne la connaissons jamais. La sage femme dont nous avons voulu recueillir la version, n'a jamais pu être jointe. La direction de l'hôpital vers qui nous sommes allés, est elle aussi restée muette. Par l'intermédiaire de sa secrétaire, le directeur nous fera savoir qu'il ne nous recevra pas. Quant au médecin gynéco qui a reçu la dame, il tentera de sauver tout ce beau monde en procédant à une césarienne. Mais, «le médecin gynéco a déclaré que l'un des jumeaux était mort lorsqu'il a ouvert le ventre de la mère», affirme M. Diouf, le mari de Awa Dramé. Le médecin gynéco a reconnu la faute professionnelle Interpellé pour nous expliquer la raison de cette mort, le médecin gynéco non plus, n'a pas souhaité s'exprimer. «Il a dit que ce sont les deux têtes qui se sont coincées à la sortie», affirme le mari. De toutes les façons, elle souffrira deux fois. L'un des bébés naîtra par la voie basse et l'autre par césarienne. Asphyxiés et coincés, les deux jumeaux ne verront jamais le jour. Les deux corps sans vie, seront remis au couple Diouf. Leur mère, meurtrie et physiquement diminuée, restera pendant cinq jours à la maternité de l'hôpital. Interpellé pour avoir l'avis d'un expert, un avocat nous a confié que «les employés fautifs, si leur responsabilité est avérée, risquent deux sanctions». L'une pénale et l'autre professionnelle. «Pour le moment, en dehors du médecin gynéco qui nous a présenté ses excuses, personne à l'hôpital n'est venu vers nous», se désole M. Diouf. Sortie de cette épreuve, accompagnée de son cousin, Awa Dramé a porté plainte, pour non-assistance à personne en danger et faute médicale ayant entraîné mort d'homme, au commissariat central de Dakar contre l'hôpital.

[Imprimer l'article](#)

[E-mail l'article](#)

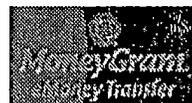
[Réagir à l'article](#)

[Commentaires \[28 \]](#)

Thématique

- * [Politique](#)
- * [Société](#)
- * [Sports](#)
- * [Fait Divers](#)
- * [Économie](#)
- * [Art & Culture](#)
- * [Afrique](#)
- * [Région](#)
- * [International](#)
- * [Nos Contributions](#)

SenePub



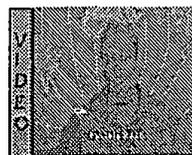
Envoyez de l'argent en Afrique

Photo Reportage



Pour échapper à la pauvreté, des jeunes risquent leur vie [\[Toutes les photos\]](#)

Le Dernier Journal



L'intégralité du journal Télévisé du 21 Juin Gratuit:Telediaspora

SenePub



Le Dernier Reportage Video



Arrêté ministériel portant Charte du malade dans les Établissements publics de santé hospitaliers

Le Ministre de la santé,

Vu la Constitution notamment en ses articles 37 et 65 ;

Vu la loi n° 98-08 du 12 février 1998 portant Réforme hospitalière ;

Vu la loi n° 98-12 du 12 février 1998 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des Établissements publics de santé ;

Vu le décret n° 98-961 du 2 décembre 1998 portant organisation du Ministère de la Santé.

Vu le décret n° 2001-196 du 3 mars 2001 portant nomination du Premier Ministre ;

Vu le décret n° 2001-197 du 4 mars 2001 modifié portant nomination des Ministres ;

Vu le décret n° 2000-269 du 5 avril 2000 portant répartition des services de l'État et du contrôle des Établissements publics, des Sociétés nationales et des Sociétés à participation publique entre la Présidence de la République, la Primature et les Ministères.

Arrête :

Article premier. – L'accès au service public hospitalier est garanti à tous les malades sans discrimination aucune.

Art. 2. – Les personnes handicapées doivent être prises en compte dans l'aménagement des sites d'accueil.

Art. 3. – Les établissements publics de santé hospitaliers garantissent un accueil et des soins de qualité ; ils veillent au soulagement de la douleur.

Art. 4. – L'information destinée au malade doit être accessible et juste afin que ce dernier accepte les choix thérapeutiques.

Art. 5. – Aucun soin ne peut être dispensé au malade sans son consentement libre et éclairé, celui des parents ou des représentants légaux, sauf en cas de force majeure.

Art. 6. – Le malade hospitalisé dans un établissement public de santé peut à tout moment le quitter, sauf exceptions prévues par la loi, après avoir été informé des risques éventuels qu'il encourt et signé une décharge.

Art. 7. – Le malade a droit au respect de sa vie privée, de ses croyances ainsi que de la confidentialité des informations personnelles médicales et sociales le concernant.

Art. 8. – Le malade peut accéder à son dossier médical par l'intermédiaire d'un médecin de son choix.

Art. 9. – Le malade hospitalisé peut exprimer ses observations sur la qualité de l'accueil et des soins. Il dispose du droit de demander réparation des préjudices qu'il estime avoir subis.

Art. 10. – Le malade et les personnes qui l'accompagnent doivent se conformer aux normes de conduite requises pour sauvegarder la sécurité de l'hôpital et la salubrité de son environnement.

Art. 11. – Le malade et son entourage doivent protéger le patrimoine de l'hôpital. Ils ne doivent ni en abuser, ni le détourner de son utilisation.

Art. 12. – Le malade doit participer à la préservation et au renforcement de l'harmonie sociale au sein de l'hôpital.

Art. 13. – Les droits et devoirs de chaque malade s'exercent dans le respect du droit d'autrui, de la morale et de l'intérêt commun.

Le Ministre de la Santé

Abdou Fall

Editorial

Professeur Mamadou GUEYE
Vice-Président, Secrétaire général

Avec la parution du premier numéro de son organe de liaison, l'Ordre national des Médecins du Sénégal voit un vieux rêve se réaliser et le bulletin vient combler un vide dans la communication médicale au Sénégal.

La presse médicale sénégalaise s'est enrichie ces dernières années de publications aussi intéressantes les unes que les autres et spécialisées chacune dans des domaines de compétence déterminés. Le bulletin de liaison de l'Ordre des Médecins se veut un véhicule d'information, de sensibilisation et d'échanges au profit de tous les membres du corps médical exerçant leur art au Sénégal et regroupés au sein de notre Institution.

Son objectif principal est d'apporter à la communauté médicale toutes les informations relatives à l'exercice de la Médecine, d'une Médecine de qualité, d'une Médecine au service du développement pour le plus grand bénéfice de nos populations.

Le bulletin sera aussi un organe de rassemblement des Médecins pour un Ordre doté des pouvoirs l'autorisant à jouer pleinement le rôle qui lui est dévolu.

Le bulletin qui voit le jour, s'inscrit enfin dans une perspective d'ouverture vers les autres ordres professionnels de la Santé en activité au Sénégal mais également vers les Institutions sœurs au-delà de nos frontières et particulièrement en Afrique.

Le message de Monsieur le Ministre de la Santé et de l'Action sociale contenu dans ce premier numéro nous conforte dans notre mission de service public.

La lettre du Président de l'Ordre inaugure une série d'appels adressés aux Médecins dans un souci de redynamiser l'Institution.

Enfin, le vibrant hommage rendu au Professeur Biram DIOP ne pouvait être mieux véhiculé que par l'organe de l'Institution à laquelle notre défunt Président d'honneur a consacré sa vie entière.

Mes chers confrères, vous constaterez que ce premier numéro contient les textes législatifs et réglementaires de référence qui organisent l'Ordre des Médecins et précisent les conditions de l'exercice de la Médecine au Sénégal. Il va sans dire que leur adaptation à la situation sanitaire du pays et aux progrès révolutionnaires réalisés dans le domaine des Sciences médicales, s'avère de plus en plus urgente.

Notre détermination commune et notre engagement à soutenir l'Ordre des Médecins dans sa mission de veiller au respect strict des règles édictées par le Code de Déontologie constituent dès lors nos meilleures armes pour asseoir une Médecine respectueuse de l'Ethique et respectée par les hommes qu'elle sert.

Le bulletin est notre organe de liaison, faisons le vivre et prospérer par nos réflexions et contributions, vous y êtes tous conviés.

Lettre du Président

Docteur Mbaye NDOYE,
Président de l'Ordre

L'Ordre national des Médecins du Sénégal réalise enfin son projet de doter le corps médical d'un organe de liaison sous la forme d'un bulletin périodique. En cette heureuse occasion, il me plaît de saluer l'événement et assurer mes confrères de mon engagement total à servir l'Ordre.

Notre Institution a été créée en application de la loi n° 6 6-069 du 4 juillet 1966 relative à l'exercice de la Médecine et à l'Ordre des Médecins.

Le décret n° 67-147 du 18 février 1967 institue le Code de Déontologie médicale dont les dispositions s'imposent à tout médecin habilité à exercer la médecine dans notre pays.

L'Ordre national des Médecins regroupe tous les médecins exerçant leur art, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé, et cette obligation implique l'inscription au Tableau de l'Ordre.

Dans la chaîne dont dispose le système sanitaire de notre pays, l'Ordre des Médecins constitue un des maillons essentiels par sa vocation multisectorielle, et par les principes d'une doctrine fondée essentiellement sur le respect de la personne humaine et sur la défense de la vie.

Au moment où certains de nos confrères, semblent méconnaître le rôle fondamental de notre institution dans le développement de notre pays, il nous paraît utile de faire un bref appel de nos prérogatives en vue d'un réarmement civique et moral.

L'Ordre des Médecins est le garant de la moralité de ses membres et le défenseur des principes fondamentaux de l'exercice médical contenus dans le Code de Déontologie.

Il est le défenseur intransigeant de la dignité et de l'indépendance professionnelle et le garant de la qualité des soins.

Mes Chers Confrères,

Vous mesurez ainsi l'étendue de ces tâches et leur complexité. Leur bonne exécution nécessite que l'Ordre soit doté de pouvoirs juridictionnels réels et étendus et qu'il jouisse d'une autonomie totale.

Cela suppose aussi que nous fassions nous-mêmes l'effort nécessaire pour développer en notre sein l'esprit de confraternité, d'entraide et de solidarité.

Conseiller privilégié du Gouvernement, l'Ordre a participé de façon très active non seulement à tous les séminaires relatifs à la promotion de la Santé

Message de M. Assane Diop

Ministre de la Santé et de l'Action sociale

C'est avec beaucoup de plaisir que j'accueille l'honneur insigne de formuler un message à l'occasion de la parution du premier numéro du Bulletin de l'Ordre national des Médecins du Sénégal.

Cet événement ne pouvait échapper à l'attention du Ministre de la Santé et de l'Action sociale car pour répondre aux besoins immenses d'un domaine aussi vital que celui de la Santé de l'homme, il est nécessaire que la communication occupe la place qui doit lui être attribuée. Pour jouer le rôle fondamental qui lui est dévolu en sa qualité de conseiller privilégié du gouvernement, l'Ordre des Médecins a besoin d'un véhicule médiatique pour informer ses membres en même temps qu'il participe à leur formation.

La santé est l'un des moteurs essentiels du développement et la volonté du gouvernement de relever le défi du développement implique une politique sanitaire adaptée et dynamique. Si le progrès économique lié au progrès scientifique a fait beaucoup avancer la Médecine, il est indéniable que la prise en compte des apports modernes de la Médecine dans nos contextes socio-culturels doit être parfaitement maîtrisée.

La parution régulière d'un organe de liaison contribue à n'en point douter, à progresser dans cette voie de trouver les solutions les mieux adaptées aux situations que nous vivons.

Il m'est particulièrement agréable de saluer la naissance du Bulletin de l'Ordre, tribune ouverte à l'ensemble des acteurs du développement médical. Je voudrais rendre hommage au Président de l'Ordre et à l'Institution qu'il dirige pour avoir contribué avec efficacité au démarrage de l'organe officiel dont je salue la parution du premier numéro.

Tout en assurant l'Ordre des Médecins et la famille médicale toute entière de la bienveillante attention du gouvernement du Sénégal, je souhaite une réussite remarquable et une longue vie au Bulletin de liaison de l'Ordre national des Médecins du Sénégal.

publique, mais aussi à la recherche des solutions aux problèmes de société posés au secteur si névralgique de la santé.

Nous espérons qu'avec l'entrée à l'Ordre de jeunes médecins disponibles et compétents, nous jeterons les bases d'une organisation portant la marque d'une orientation et d'une impulsion nouvelle indispensable au développement de la Santé : c'est là un engagement à une participation de plus en plus grande à la vie de la nation.

L'évolution des techniques et de la science dont la médecine est si largement tributaire, nous oblige à un effort permanent d'information. C'est-à-dire de formation continue.

Cela est une exigence éthique et déontologique, et une raison supplémentaire de repenser l'esprit et la lettre de la loi en vue de doter l'Ordre de pouvoirs juridictionnels étendus.

C'est donc le moment d'exhumer et d'exploiter les conclusions du séminaire de Saly et également de donner une âme au comité interprofessionnel de liaison regroupant les Ordres des Médecins, des Pharmaciens et des Chirurgiens-dentistes.

Mes Chers Confrères,

Devant le nombre sans cesse croissant des médecins, et le développement des infrastructures sanitaires tant publiques que privées, il est indispensable que les praticiens prennent clairement conscience de leurs devoirs et de leurs droits afin d'en acquérir la maîtrise, et de faire face aux interpellations d'une Société de plus en plus exigeante quant à la qualité des soins.

Quant aux responsables de l'Ordre que nous sommes, nous ne devons jamais nous départir de cet esprit de responsabilité collégiale, qui doit nous pousser au respect et à l'application des décisions que nous prenons ensemble, et qui est susceptible de donner une dynamique nouvelle à la nature de nos rapports de confraternité.

Pour cela il s'avère indispensable que les Commissions jouent pleinement leur rôle surtout dans le cadre de l'assainissement de la profession médicale et de l'information de ses membres.

Ce message est une invitation à la réflexion et notre bulletin sera désormais le lien de communication privilégié qui offre à chacun d'entre nous l'opportunité de s'exprimer.

Dieu fasse que notre Institution bénéficie de la pertinence des réformes que nous avons proposées, pour qu'elle continue de jouer pleinement son rôle d'instrument pour la promotion de la Santé.

DECRET N° 67-147 DU 10 FEVRIER 1967 INSTITUANT LE CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,

VU la Constitution, notamment ses articles 37 et 65;

VU la loi n° 66-069 du 4 juillet 1966 relative à l'exercice de la Médecine et à l'Ordre des Médecins;

La Cour Suprême entendue;

Sur le rapport du Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales;

DECRETE :

ARTICLE PREMIER

Les dispositions du présent Code s'imposent à tout médecin habilité à exercer la médecine au Sénégal.

TITRE I

DEVOIRS GENERAUX DES MEDECINS

Article 2

Le respect de la vie et de la personne humaine constitue en toute circonstance le devoir primordial du médecin.

Article 3

Le médecin doit soigner avec la même conscience tous ses malades, quels que soient les opinions, leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation et les sentiments qu'ils lui inspirent.

Article 4

En aucun cas, le médecin ne doit exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux.

Le Directeur de la Santé publique est habilité à s'assurer des conditions dans lesquelles sont effectués les soins et les actes médicaux.

Article 5

Quelle que soit sa fonction ou sa spécialité, hors le seul cas de force majeure, tout médecin doit porter secours d'extrême urgence à un malade en danger immédiat, si d'autres soins médicaux ne peuvent pas lui être assurés.

Article 6

Le médecin ne peut abandonner ses malades en cas de danger public sauf sur ordre formel et donné par écrit, des autorités qualifiées.

Article 7

Tout médecin est astreint au secret professionnel, il peut en être délié dans les cas prévus par la loi.

Article 8

Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

Article 9

Tout médecin doit s'abstenir, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tous actes de nature à déconsidérer celle-ci et notamment de toutes pratiques de charlatanisme.

Il est interdit à un médecin d'exercer une autre activité incompatible avec la dignité professionnelle.

Article 10

La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce.

TABLE DES MATIERES

<u>INTRODUCTION</u>	4
<u>Première Partie : La gestion hospitalière de l'urgence</u>	11
Chapitre I- la notion d'urgence	12
Section I- Les critères de l'urgence.....	12
Section II- les composantes notionnelles de l'urgence.....	15
Chapitre II- L'organisation de l'urgence au Sénégal	19
Section I- Les structures d'accueil des urgences.....	20
Paragraphe I- Le service d'accueil ou service de porte : exemple des hôpitaux Fann et Le Dantec.....	21
Paragraphe II- Le service d'urgence centralisée : exemple des hôpitaux Hoggy et Thiès.....	26
Section II – L'admission des urgences.....	30
Paragraphe I- Le problème des accidentés.....	31
Paragraphe II- Les vieilleses et cas sociaux.....	34
<u>Deuxième Partie : La responsabilité hospitalière en matière d'urgence</u>	40
Chapitre I – La responsabilité administrative	41
Section I – La faute dans l'organisation du service d'urgence.....	41
Paragraphe I- Le refus d'admission d'une urgence.....	42
Paragraphe II- Le retard du transfert vers un autre établissement.....	44
Section II- La responsabilité administrative du fait de l'acte médical.....	46
Paragraphe I- Le retard dans la mise en œuvre du traitement.....	46
Paragraphe II- La garde nocturne	48
Chapitre II- La responsabilité pénale	50
Section I- la non assistance à personne en danger.....	51
Paragraphe I- Les caractéristiques de l'obligation de secours.....	52
Paragraphe II- Les sanctions pénales	54

Section II- La pratique du pré-contentieux : exemple des hôpitaux Principal et Fann.....	57
Paragraphe I- La conciliation ou la médiation.....	57
Paragraphe II- Le règlement amiable des litiges.....	59
CONCLUSION GENERALE.....	60
Bibliographie.....	62
ANNEXES	66
TABLE DES MATIERES.....	70

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE