JurisMedX | Aile juridique du préhospitalier

Droit préhospitalier

Les réflexes juridiques entre l'alerte et l'hôpital



COLLECTION 24 fiches autonomes consacrées aux acteurs, aux compétences, aux droits du patient, à la preuve, aux responsabilités et à l'organisation des secours préhospitaliers.

VERSION Socle fondé sur les sources officielles réunies dans le dossier maître. La doctrine, la jurisprudence et l'ouvrage spécialisé pourront enrichir les versions suivantes sans modifier l'architecture.

Édition du 6 novembre 2026



Index des 24 fiches

Chaque fiche peut être utilisée seule. Les regroupements ci-dessous facilitent un parcours progressif du système, des droits du patient jusqu'aux responsabilités et à l'organisation.

Bloc 1 — Acteurs et compétences

Réf.	Fiche
DPH-01	La chaîne juridique du préhospitalier
DPH-02	Titre, compétence, habilitation : les sept verrous
DPH-03	Ambulancier ES, technicien ambulancier et personne en formation
DPH-04	Secouristes, first responders et bénévoles
DPH-05	SMUR, médicalisation et direction médicale
DPH-06	Mission intercantonale ou transfrontalière

Bloc 2 — Droits du patient

Réf.	Fiche
DPH-07	Consentement et refus de soins ou de transport
DPH-08	Capacité de discernement sur le terrain
DPH-09	Patient incapable de discernement, représentation et mineurs
DPH-10	Directives anticipées, réa-non et abstention de réanimation
DPH-11	Crise psychiatrique, suicidalité, PLAFA et contrainte
DPH-12	Décès sur place, arrêt des soins et scène médico-légale

Bloc 3 — Information et preuve

Réf.	Fiche
DPH-13	Secret, proches, police et autres tiers
DPH-14	FIP, dossier et transmission
DPH-15	Photos, vidéos, téléphones et réseaux sociaux
DPH-16	Qualité, incident et retour d'expérience

Bloc 4 — Action et responsabilité

Réf.	Fiche
DPH-17	Acte propre, protocole, délégation et ordre médical
DPH-18	Responsabilités : ne pas chercher un seul porteur
DPH-19	Course urgente, feu bleu et responsabilité routière
DPH-20	Violence, sécurité de scène et moyens de contrainte
DPH-21	Accident majeur, triage et commandement

Bloc 5 — Organisation et financement

Réf.	Fiche
DPH-22	Transport, sauvetage et assurances
DPH-23	Autorisation du service, médecin responsable et qualité
DPH-24	Manifestations et dispositifs médico-sanitaires

DPH-01 | Série 1 | 6 novembre 2026

La chaîne juridique du préhospitalier

Entre l'appel 144 et la porte des urgences, qui détient quelle parcelle de décision ?

PÉRIMÈTRE Repères suisses à adapter au droit cantonal, aux protocoles du service et aux habilitations individuelles.

SÉCURITÉ PÉDAGOGIQUE Cette fiche soutient le raisonnement juridique. Elle ne remplace ni une formation clinique, ni les instructions de la centrale, ni une décision médicale.

À quoi sert cette fiche ?

Cartographier la chaîne de décisions permet d'éviter deux erreurs opposées : croire que la centrale décide de tout, ou considérer que chaque intervenant agit isolément. La fiche aide à attribuer chaque choix à la bonne personne et à conserver une trace exploitable.

Règle de méthode

Le préhospitalier n'est pas un bloc. La centrale régule et engage les moyens ; le service fournit une organisation et des personnes autorisées ; l'équipage réévalue la situation réelle ; le médecin décide des actes et orientations relevant de la médecine ; les partenaires de sécurité agissent dans leur propre champ. Plusieurs centres de décision coexistent sans supprimer la responsabilité propre de chacun.

Points à retenir

- La demande initiale est un point de départ, jamais une conclusion clinique.
- La régulation coordonne les moyens ; elle ne remplace ni l'examen sur place ni la conduite prudente.
- La présence d'un médecin ne dissout pas les devoirs techniques, organisationnels et documentaires de l'équipage.
- Police, pompiers, proches et secouristes n'acquièrent pas une compétence sanitaire générale parce qu'ils sont présents.

Grille opérationnelle

Question	Contrôle à effectuer
Appel	Qui a appelé, pour quel motif et quelles données sont vérifiées ?
Engagement	Quel moyen a été engagé, par qui, avec quelle priorité ?
Évaluation	Que constate réellement l'équipage et qu'est-ce qui change ?
Décision	Qui décide du soin, du renfort, de la destination ou du non-transport ?
Exécution	Qui accomplit l'acte, avec quelle compétence et autorisation ?
Preuve	Que reste-t-il dans la FIP, la centrale et les rapports partenaires ?

Application pratique

TRAÇABILITÉ MINIMALE	PIÈGES À ÉVITER
• Heure, auteur et contenu utile de l'appel initial. • Priorité, moyen engagé et éventuelles modifications par la centrale. • Constats de l'équipage et éléments qui imposent une requalification. • Identité des décideurs pour le renfort, l'acte, la destination ou le non-transport. • Relève, documents transmis et décisions encore ouvertes.	• Traiter la catégorie d'engagement comme un diagnostic définitif. • Supposer que l'arrivée d'un médecin absorbe toutes les responsabilités. • Laisser un partenaire de sécurité imposer une décision sanitaire hors de son champ. • Noter seulement le résultat final sans reconstruire la chronologie.

SENTINELLE Une consigne orale, un uniforme ou le diplôme le plus élevé ne suffisent jamais à identifier la responsabilité. Il faut rattacher chaque décision à son auteur, son fondement et ses conditions concrètes.

Mise en situation express

La centrale engage une ambulance pour une chute annoncée sans gravité. Sur place, l'équipage constate un trouble de la conscience et une aggravation rapide. La police demande pourtant un départ immédiat afin de libérer la chaussée, tandis que le SMUR n'a pas encore été engagé.

Questions à trancher

- Qui peut requalifier la situation et demander des moyens supplémentaires ?
- Quelle place accorder à la demande de la police sans perdre la priorité sanitaire ?
- Quels éléments doivent apparaître dans la FIP et dans les échanges avec la centrale ?

RÉFLEXE FINAL À chaque étape, rattacher la décision à un acteur, un fondement, un moment et une trace.

Sources officielles principales

Les liens renvoient aux versions officielles. Vérifier la version en vigueur avant une utilisation institutionnelle ou une adaptation cantonale.

- **S01** SEFRI – Plan d'études cadre Sauvetage, ambulancier·ère ES (2022)
- **S12** Vaud – Directives pour les professionnels des urgences préhospitalières
- **S16** Neuchâtel – Règlement sur les soins préhospitaliers et les transports de patients
- **S21** Genève – Loi sur les transports sanitaires urgents et l'aide sanitaire associée
- **S25** Berne – Sauvetage : organisation, autorisations et planification

DPH-02 | Série 1 | 6 novembre 2026

Titre, compétence, habilitation : les sept verrous

Pourquoi un diplôme ne répond-il jamais, à lui seul, à la question « ai-je le droit de faire cet acte ? »

PÉRIMÈTRE Repères suisses à adapter au droit cantonal, aux protocoles du service et aux habilitations individuelles.

SÉCURITÉ PÉDAGOGIQUE Cette fiche soutient le raisonnement juridique. Elle ne remplace ni une formation clinique, ni les instructions de la centrale, ni une décision médicale.

À quoi sert cette fiche ?

Cette fiche sert à répondre de manière structurée à la question la plus fréquente du terrain : une personne peut-elle accomplir cet acte, ici et maintenant ? Elle distingue la qualification professionnelle de l'autorisation concrète d'agir.

Règle de méthode

La compétence professionnelle se construit en couches. Le titre atteste une formation ; le droit cantonal organise l'exercice ; le service doit être autorisé ; le médecin responsable ou l'autorité peut imposer une habilitation ; le protocole doit être valable ; la personne doit réellement maîtriser l'acte ; enfin la situation concrète doit entrer dans les indications prévues.

Points à retenir

- Titre et formation reconnus.
- Rôle effectivement tenu dans l'équipage.
- Territoire et droit cantonal applicables.
- Service et véhicule autorisés pour la mission.
- Habilitation personnelle encore valable.
- Protocole officiel, version et indications respectés.
- Maîtrise technique, surveillance et solution de secours disponibles.

Grille opérationnelle

Question	Contrôle à effectuer
Titre	Le diplôme couvre-t-il la famille d'actes ?
Rôle	Suis-je la personne appelée à l'exécuter ?
Canton	Quel droit s'applique sur le lieu de l'acte ?
Service	Mon employeur et ce véhicule sont-ils autorisés ?
Habilitation	Ai-je une validation personnelle à jour ?
Protocole	La version officielle permet-elle cet acte ici ?
Maîtrise	Puis-je l'exécuter et en surveiller les effets ?

Application pratique

TRAÇABILITÉ MINIMALE	PIÈGES À ÉVITER
• Titre et formation de la personne qui intervient. • Rôle réellement tenu dans l'équipage et catégorie de mission. • Autorisation du service et du véhicule sur le territoire concerné. • Habilitation nominative, date de validité et éventuelles restrictions. • Version du protocole et évaluation de la maîtrise actuelle.	• Transformer un diplôme en permission universelle. • Appliquer le protocole d'un ancien employeur ou d'un autre canton. • Confondre formation suivie et habilitation délivrée. • Agir parce qu'un collègue affirme que tout le monde le fait.

SENTINELLE Une instruction médicale ne crée pas une compétence technique inexistante. À l'inverse, une compétence acquise ne dispense pas d'une délégation ou d'une habilitation lorsque le droit cantonal l'exige.

Mise en situation express

Une ambulancière expérimentée rejoint un nouveau service. Son dossier contient son diplôme et plusieurs attestations de formation, mais aucune décision locale d'habilitation. Un collègue lui remet les protocoles imprimés et lui propose d'appliquer immédiatement l'ensemble des algorithmes.

Questions à trancher

- Quels verrous sont déjà ouverts et lesquels restent à vérifier ?
- Qui peut confirmer l'habilitation et ses limites ?
- Comment organiser la garde tant que la situation n'est pas clarifiée ?

RÉFLEXE FINAL Le droit d'agir résulte de l'alignement des sept verrous, jamais d'un seul document.

Sources officielles principales

Liens officiels ; vérifier la version en vigueur avant une utilisation institutionnelle.

S01 SEFRI – Plan d'études cadre Sauvetage

S13 Vaud – Conditions-cadres des algorithmes

S16 Neuchâtel – Règlement préhospitalier

S17 Fribourg – Règlement des services d'ambulance

S18 Jura – Ordonnance sur le service ambulancier

S21 Genève – Loi sur les transports sanitaires urgents

S23 Genève – Règlement sur les professions de la santé

S25 Berne – Sauvetage, autorisations et planification

S26 Berne – Autorisation d'exercer comme ambulancier

DPH-03 | Série 1 | 6 novembre 2026

Ambulancier ES, technicien ambulancier et personne en formation

Comment répartir les tâches sans confondre formation, autonomie et rôle dans l'équipage ?

PÉRIMÈTRE Repères suisses à adapter au droit cantonal, aux protocoles du service et aux habilitations individuelles.

SÉCURITÉ PÉDAGOGIQUE Cette fiche soutient le raisonnement juridique. Elle ne remplace ni une formation clinique, ni les instructions de la centrale, ni une décision médicale.

À quoi sert cette fiche ?

La composition de l'équipage ne suffit pas. Il faut encore répartir les rôles, anticiper l'évolution de la mission et garantir une supervision réelle des personnes en formation. Cette fiche aide à éviter les glissements silencieux de responsabilité.

Règle de méthode

L'ambulancier ES est formé à la conduite globale d'interventions de tous degrés de priorité dans ses compétences propres et déléguées. Le technicien ambulancier BF intervient dans un périmètre plus ciblé et doit reconnaître le moment où la situation exige un renfort. La personne en formation agit selon son niveau, sous un encadrement réel, sans être utilisée pour contourner les exigences d'équipage.

Points à retenir

- Confier l'accompagnement au collègue ne transfère pas automatiquement la responsabilité globale de l'intervention.
- La personne la plus qualifiée doit pouvoir reprendre ou faire reprendre une tâche lorsque la situation dépasse le cadre de l'équipier.
- Le stagiaire agit dans un objectif de formation, avec supervision et possibilité d'intervention effective du superviseur.
- Une pénurie de personnel n'élargit pas les compétences ; elle constitue un risque organisationnel à signaler.

Grille opérationnelle

Question	Contrôle à effectuer
Avant le départ	Composition conforme, rôles annoncés, limites et habilitations connues.
Sur place	Réévaluer le niveau de complexité et redistribuer les tâches.
Transport	Maintenir un accompagnement qualifié adapté à l'évolution possible.
Après	Documenter actes, décisions, renforts et difficultés de composition.

Application pratique

TRAÇABILITÉ MINIMALE	PIÈGES À ÉVITER
• Composition annoncée au départ et conformité à la mission. • Personne désignée pour conduire l'intervention et accompagner le patient. • Tâches confiées au technicien ambulancier ou à la personne en formation. • Modalités concrètes de supervision et possibilité de reprise immédiate. • Évolution de la situation, redistribution des tâches et appel de renfort.	• Utiliser une personne en formation pour compléter artificiellement un équipage. • Maintenir une organisation prévue pour un patient stable malgré une aggravation. • Confondre conduite du véhicule et direction globale de l'intervention. • Attribuer une tâche sans vérifier la disponibilité du superviseur.

SENTINELLE « Il sait le faire » n'est pas une base juridique. Il faut pouvoir établir formation, autorisation, supervision et compatibilité avec la mission.

Mise en situation express

Un transfert secondaire annoncé stable est confié à un technicien ambulancier accompagné d'une personne en formation. En cours de trajet, le patient présente des signes nouveaux et nécessite une surveillance plus étroite que prévu.

Questions à trancher

- À quel moment la mission sort-elle du périmètre initial ?
- Quelles mesures immédiates et quels renforts doivent être envisagés ?
- Comment documenter la répartition des rôles avant et après l'aggravation ?

RÉFLEXE FINAL La situation réelle commande la répartition des rôles, pas l'étiquette donnée au départ.

Sources officielles principales

Les liens renvoient aux versions officielles. Vérifier la version en vigueur avant une utilisation institutionnelle ou une adaptation cantonale.

- **S01** SEFRI – Plan d'études cadre Sauvetage, ambulancier·ère ES (2022)
- **S16** Neuchâtel – Règlement sur les soins préhospitaliers et les transports de patients
- **S17** Fribourg – Règlement sur les services d'ambulance et les transports de patients
- **S18** Jura – Ordonnance concernant le service ambulancier
- **S23** Genève – Règlement sur les professions de la santé, art. 35
- **S26** Berne – Autorisation d'exercer comme ambulancier·ère

DPH-04 | Série 1 | 6 novembre 2026

Secouristes, first responders et bénévoles

Jusqu'où peut aller une personne formée aux premiers secours mais non engagée comme professionnel de la santé ?

PÉRIMÈTRE Repères suisses à adapter au droit cantonal, aux protocoles du service et aux habilitations individuelles.

SÉCURITÉ PÉDAGOGIQUE Cette fiche soutient le raisonnement juridique. Elle ne remplace ni une formation clinique, ni les instructions de la centrale, ni une décision médicale.

À quoi sert cette fiche ?

Secouristes, first responders et bénévoles occupent une place essentielle avant l'arrivée des moyens professionnels. La fiche précise leur apport sans transformer une formation de premiers secours en titre sanitaire ou en autorisation générale de traiter et transporter.

Règle de méthode

Le secouriste apporte l'aide immédiatement raisonnablement exigible, sécurise, alerte, pratique les gestes de premiers secours maîtrisés et remet la situation aux professionnels. Sa formation n'équivaut ni à un titre sanitaire, ni à une autorisation générale de transport, d'administration de médicaments ou d'actes médico-techniques.

Points à retenir

- L'obligation pénale de prêter secours dépend des circonstances et des capacités de la personne.
- Le first responder complète la chaîne avant l'arrivée des moyens professionnels ; il ne remplace pas l'ambulance nécessaire.
- Le bénévole en manifestation agit sous l'organisation prévue et connaît son seuil d'appel au 144.
- Un transport non professionnel n'est envisageable que si la personne n'a pas besoin de soins ni de surveillance et si le cadre local l'admet.
- Dans le canton de Vaud, les informations officielles distinguent explicitement ambulanciers ES et secouristes IAS.

Grille opérationnelle

Question	Contrôle à effectuer
Sécuriser	Ne pas se mettre en danger et protéger la scène.
Alerter	Appeler 144 dès que la situation dépasse une simple assistance.
Aider	Appliquer les gestes appris, sans improviser une compétence sanitaire.
Surveiller	Rester auprès de la personne et signaler toute évolution.
Transmettre	Distinguer ce qui a été vu, dit et fait.

Application pratique

TRAÇABILITÉ MINIMALE	PIÈGES À ÉVITER
• Identité, organisme et niveau de formation de l'intervenant. • Heure de l'alerte au 144 et consignes reçues. • Observations, gestes de premiers secours et matériel utilisé. • Médicaments ou objets remis par le patient, sans interprétation excessive. • Heure, identité et contenu de la remise aux professionnels.	• Administrer un médicament trouvé sur place sans cadre approprié. • Transporter dans un véhicule privé une personne nécessitant surveillance ou soins. • Retarder l'appel au 144 pour terminer une évaluation bénévole. • Photographier la scène ou partager des informations dans un groupe informel.

SENTINELLE Un sac de secours, une tenue ou un cours avancé ne permettent pas de constituer une « petite ambulance » parallèle.

Mise en situation express

Une first responder arrive avant l'ambulance auprès d'une personne dyspnéique. Un proche lui tend un spray appartenant au patient et insiste pour qu'elle l'administre, tandis que la centrale annonce un délai d'arrivée de plusieurs minutes.

Questions à trancher

- Quels gestes relèvent clairement de l'aide immédiate et maîtrisée ?
- Comment gérer le médicament personnel sans dépasser son rôle ?
- Quelles informations transmettre à l'équipage lors de la relève ?

RÉFLEXE FINAL Sécuriser, alerter, aider dans ses compétences et remettre sans délai aux professionnels.

Sources officielles principales

Les liens renvoient aux versions officielles. Vérifier la version en vigueur avant une utilisation institutionnelle ou une adaptation cantonale.

- **S06** Fedlex – Code pénal suisse, notamment art. 128 et 321
- **S14** Vaud – Ambulanciers ES et secouristes IAS : bases légales
- **S17** Fribourg – Règlement sur les services d'ambulance et les transports de patients
- **S19** Valais – Ordonnance sur l'organisation des secours sanitaires
- **S21** Genève – Loi sur les transports sanitaires urgents et l'aide sanitaire associée

DPH-05 | Série 1 | 6 novembre 2026

SMUR, médicalisation et direction médicale

Quand le médecin arrive, qui conduit encore quoi ?

PÉRIMÈTRE Repères suisses à adapter au droit cantonal, aux protocoles du service et aux habilitations individuelles.

SÉCURITÉ PÉDAGOGIQUE Cette fiche soutient le raisonnement juridique. Elle ne remplace ni une formation clinique, ni les instructions de la centrale, ni une décision médicale.

À quoi sert cette fiche ?

La médicalisation ajoute une autorité clinique, mais ne remplace ni l'organisation du service ni les responsabilités propres de l'équipage. Cette fiche clarifie la relation entre décision médicale, exécution technique, sécurité et traçabilité.

Règle de méthode

Le SMUR apporte une compétence médicale au patient sans assurer nécessairement son transport. Le médecin décide des mesures médicales relevant de sa profession et adapte les protocoles au cas. L'équipage conserve ses devoirs propres : sécurité, techniques autorisées, gestion du véhicule, traçabilité, alerte sur ses limites et coordination selon le dispositif cantonal.

Points à retenir

- Le modèle SMUR varie selon les cantons : rendez-vous avec l'ambulance, véhicule dédié, médecin de garde, REMU ou hélicoptère.
- L'engagement et l'annulation sont régulés et doivent être justifiés et tracés.
- Le médecin délégant vérifie la compétence, donne une instruction claire et organise la supervision nécessaire.
- L'ambulancier signale une instruction incomprise, irréalisable ou manifestement dangereuse.
- Le médecin responsable du service organise protocoles, habilitations, formation continue et qualité.

Grille opérationnelle

Question	Contrôle à effectuer
Avant l'arrivée	Stabiliser selon compétences et transmettre une situation structurée.
À l'arrivée	Clarifier décision médicale, conduite opérationnelle et communication.
Pendant	Répéter l'ordre, confirmer l'acte, annoncer difficulté et résultat.
Après	Faire concorder FIP, rapport médical et horaires de la centrale.

Application pratique

TRAÇABILITÉ MINIMALE	PIÈGES À ÉVITER
• Motif, heure et auteur de l'engagement ou de l'annulation du SMUR. • Identité du médecin et moment de la prise de direction médicale. • Ordres reçus, reformulation, exécution et effets observés. • Répartition des rôles pour la sécurité, le transport et la surveillance. • Décision de destination et contenu de la relève.	• Considérer que le médecin devient responsable de tout ce qui se passe. • Annuler un renfort sans réévaluation documentée. • Exécuter un ordre incompris ou hors des capacités de l'équipage. • Omettre l'identité et l'heure d'un ordre médical à distance.

SENTINELLE La phrase « le médecin était là » ne dispense ni d'identifier l'ordre, ni de documenter l'exécution, ni de signaler une limite.

Mise en situation express

Un médecin SMUR rejoint l'ambulance, donne plusieurs instructions orales puis repart sur une autre mission avant le transport. L'équipage reste seul avec une situation instable et une consigne dont une partie n'a pas été clairement comprise.

Questions à trancher

- Quelles décisions demeurent médicales et quelles responsabilités restent propres à l'équipage ?
- Comment sécuriser une instruction incomplète avant de l'exécuter ?
- Que faut-il transmettre au médecin et à l'hôpital receveur ?

RÉFLEXE FINAL La décision médicale et l'exécution professionnelle doivent rester reliées par une boucle fermée et traçable.

Sources officielles principales

Liens officiels ; vérifier la version en vigueur avant une utilisation institutionnelle.

S12 Vaud – Directives préhospitalières

S16 Neuchâtel – Règlement préhospitalier

S17 Fribourg – Règlement des services d'ambulance

S18 Jura – Ordonnance sur le service ambulancier

S19 Valais – Organisation des secours sanitaires

S21 Genève – Loi sur les transports sanitaires urgents

S27 HUG – Protocoles BSC / SMUR

DPH-06 | Série 1 | 6 novembre 2026

Mission intercantonale ou transfrontalière

Quel protocole appliquer lorsque l'équipage, le patient et le lieu d'intervention ne relèvent pas du même canton ?

PÉRIMÈTRE Repères suisses à adapter au droit cantonal, aux protocoles du service et aux habilitations individuelles.

SÉCURITÉ PÉDAGOGIQUE Cette fiche soutient le raisonnement juridique. Elle ne remplace ni une formation clinique, ni les instructions de la centrale, ni une décision médicale.

À quoi sert cette fiche ?

Une mission hors canton ou au-delà de la frontière multiplie les cadres applicables. Cette fiche évite de choisir intuitivement le protocole le plus familier ou le plus large et oblige à vérifier territoire, mandat, autorisations et relais médical.

Règle de méthode

Le lieu de l'intervention, les autorisations du service, les conventions et la régulation déterminent le cadre applicable. Une habilitation obtenue dans un canton ne se transpose pas automatiquement. La continuité des soins peut justifier des mesures immédiates, mais toute divergence de protocole doit être anticipée avec la centrale et le médecin responsable.

Points à retenir

- Identifier le territoire où l'acte sera accompli, pas seulement la base de départ du véhicule.
- Vérifier les conventions de couverture, les autorisations réciproques et les règles de destination.
- Ne pas mélanger deux versions de protocoles en choisissant celle qui paraît la plus favorable.
- Documenter la centrale engageante, la centrale coordinatrice, le médecin consulté et le fondement des actes hors routine.
- À la frontière nationale, vérifier aussi qualifications, médicaments, véhicule et retour du patient.

Grille opérationnelle

Question	Contrôle à effectuer
Territoire	Où suis-je et quelle autorité régule ?
Mandat	Quelle convention permet cette mission ?
Référentiel	Quel protocole est reconnu pour cet acte ?
Renfort	Quel médecin peut arbitrer une divergence ?
Trace	Consigner les échanges et la raison du choix.

Application pratique

TRAÇABILITÉ MINIMALE	PIÈGES À ÉVITER
• Lieu exact de l'intervention et centrale qui engage ou coordonne. • Convention ou mandat permettant l'intervention hors secteur. • Référentiel annoncé comme applicable et version utilisée. • Autorisation du service, du véhicule et de la personne pour l'acte concerné. • Médecin consulté, divergence résolue et destination retenue.	• Appliquer automatiquement les protocoles du canton de départ. • Choisir la règle la plus permissive entre deux systèmes. • Présumer qu'une habilitation nominative est portable. • Négliger les règles relatives aux médicaments, au véhicule ou au retour du patient.

SENTINELLE L'urgence réduit parfois le temps de vérification ; elle ne transforme pas une autorisation cantonale en passeport universel.

Mise en situation express

Une ambulance vaudoise est engagée en renfort dans un canton voisin. L'équipage identifie une indication qui figure dans son algorithme habituel, mais le protocole local accessible sur place prévoit une autre conduite.

Questions à trancher

- Quel territoire et quel mandat déterminent le cadre de l'intervention ?
- Qui doit arbitrer la divergence avant l'acte ?
- Comment tracer le choix effectué et la coordination entre centrales ?

RÉFLEXE FINAL Territoire, mandat, référentiel, autorisation, recours médical et trace doivent être clarifiés dans cet ordre.

Sources officielles principales

Les liens renvoient aux versions officielles. Vérifier la version en vigueur avant une utilisation institutionnelle ou une adaptation cantonale.

- **S12** Vaud – Directives pour les professionnels des urgences préhospitalières
- **S16** Neuchâtel – Règlement sur les soins préhospitaliers et les transports de patients
- **S19** Valais – Ordonnance sur l'organisation des secours sanitaires
- **S21** Genève – Loi sur les transports sanitaires urgents et l'aide sanitaire associée
- **S22** Genève – Règlement d'application de la LTSU
- **S25** Berne – Sauvetage : organisation, autorisations et planification

DPH-07 | Série 1 | 6 novembre 2026

Consentement et refus de soins ou de transport

Un patient peut-il dire non à l'ambulance, au soin ou à l'hôpital ?

PÉRIMÈTRE Repères suisses à adapter au droit cantonal, aux protocoles du service et aux habilitations individuelles.

SÉCURITÉ PÉDAGOGIQUE Cette fiche soutient le raisonnement juridique. Elle ne remplace ni une formation clinique, ni les instructions de la centrale, ni une décision médicale.

À quoi sert cette fiche ?

Le refus n'est pas un formulaire mais une décision du patient. La fiche permet de distinguer ce qui est refusé, de vérifier que l'information est comprise et d'organiser une sortie de mission qui reste aussi sûre que possible.

Règle de méthode

La personne capable de discernement peut refuser un examen, un soin, un transport ou une destination après une information adaptée. Le refus doit porter sur une proposition comprise et être libre. La signature d'une décharge ne remplace ni l'information, ni l'évaluation du discernement, ni la recherche d'une alternative sûre.

Points à retenir

- Distinguer ce qui est refusé : examen, geste, médicament, transport, destination ou hospitalisation.
- Expliquer les risques significatifs, les options et les signes imposant de rappeler le 144.
- Rechercher les obstacles : douleur, peur, coût, animal, obligations familiales, intoxication ou barrière linguistique.
- Un choix médicalement imprudent n'est pas, à lui seul, la preuve d'une incapacité de discernement.
- Documenter capacité, information, décision, personnes présentes, consultation médicale et plan de sécurité.

Grille opérationnelle

Question	Contrôle à effectuer
Objet	Qu'est-ce que la personne refuse exactement ?
Information	Qu'a-t-elle compris de la situation et des conséquences ?
Discernement	Peut-elle comprendre, apprécier, raisonner et choisir ?
Liberté	Subit-elle pression, peur ou trouble aigu ?
Alternative	Existe-t-il une option proportionnée ?
Sécurité	Quels signes d'alarme, entourage et rappel ?
Trace	Le raisonnement est-il lisible par une personne absente ?

Application pratique

TRAÇABILITÉ MINIMALE	PIÈGES À ÉVITER
• Objet exact du refus et proposition formulée par l'équipe. • Information donnée sur les risques, options et signes d'alarme. • Évaluation du discernement et recours éventuel à un interprète. • Motifs exprimés, alternatives proposées et consultation médicale. • Plan de sécurité, entourage, rappel au 144 et signature éventuelle.	• Réduire l'analyse à une décharge signée. • Utiliser le coût du transport comme moyen de pression. • Déduire l'incapacité du seul caractère imprudent du choix. • Quitter les lieux sans alternative, consigne de rappel ni trace lisible.

SENTINELLE Une case « refus » cochée et une signature isolée sont faibles si le dossier ne montre pas comment la décision a été éclairée et évaluée.

Mise en situation express

Une personne présentant des symptômes préoccupants refuse le transport parce qu'elle ne veut pas laisser son animal seul. Elle comprend les explications, mais minimise le risque et demande à l'équipage de partir.

Questions à trancher

- Que refuse-t-elle exactement et après quelle information ?
- Le motif pratique peut-il être traité sans nier son choix ?
- Quels éléments rendent le dossier du refus compréhensible a posteriori ?

RÉFLEXE FINAL Objet du refus, information, discernement, liberté, alternative, sécurité et trace forment un seul raisonnement.

Sources officielles principales

Les liens renvoient aux versions officielles. Vérifier la version en vigueur avant une utilisation institutionnelle ou une adaptation cantonale.

- **S02** OFSP – Consentement libre et éclairé
- **S03** ASSM – Capacité de discernement dans la pratique médicale
- **S07** Fedlex – Code civil suisse, notamment art. 16, 370 à 381 et 426 à 439
- **S12** Vaud – Directives pour les professionnels des urgences préhospitalières

DPH-08 | Série 1 | 6 novembre 2026

Capacité de discernement sur le terrain

Comment évaluer une capacité qui peut varier en quelques minutes ?

PÉRIMÈTRE Repères suisses à adapter au droit cantonal, aux protocoles du service et aux habilitations individuelles.

SÉCURITÉ PÉDAGOGIQUE Cette fiche soutient le raisonnement juridique. Elle ne remplace ni une formation clinique, ni les instructions de la centrale, ni une décision médicale.

À quoi sert cette fiche ?

La capacité de discernement est une aptitude fonctionnelle, relative à une décision et à un moment. Cette fiche aide à rendre l'évaluation explicite, à rechercher les causes réversibles et à éviter les raccourcis fondés sur l'âge, le diagnostic ou le désaccord.

Règle de méthode

La capacité de discernement est présumée mais doit être évaluée lorsqu'il existe des doutes concrets. Elle est relative à la décision et au moment : une personne peut comprendre un geste simple et ne pas mesurer les conséquences d'un refus à haut risque. L'évaluation porte sur le processus de décision, non sur l'accord avec les soignants.

Points à retenir

- Comprendre : reformuler la situation et les options.
- Apprécier : reconnaître que les risques peuvent la concerner.
- Raisonner : comparer les conséquences et expliquer le choix.
- Choisir : exprimer une volonté stable et cohérente.
- Rechercher les facteurs perturbateurs : douleur, hypoxie, hypoglycémie, intoxication, délire, choc, langue ou fatigue.
- Réévaluer après traitement d'une cause réversible ou avec un délai sécurisé.

Grille opérationnelle

Question	Contrôle à effectuer
Comprendre	Peut-elle reformuler la situation ?
Apprécier	Reconnaît-elle la portée personnelle des risques ?
Raisonner	Peut-elle comparer les options ?
Choisir	Exprime-t-elle une volonté stable ?
Facteurs	Qu'est-ce qui altère actuellement le processus ?
Réévaluer	L'évaluation change-t-elle après une mesure simple ?

Application pratique

TRAÇABILITÉ MINIMALE	PIÈGES À ÉVITER
• Motifs concrets qui font douter du discernement. • Capacité à comprendre, apprécier, raisonner et exprimer un choix. • Facteurs perturbateurs recherchés et mesures correctrices. • Réévaluation, évolution et avis médical sollicité. • Décision finalement reconnue ou mesure prise en urgence.	• Se contenter d'une orientation dans le temps et l'espace. • Transformer une intoxication ou un diagnostic en incapacité automatique. • Confier aux proches le pouvoir de déclarer la personne incapable. • Oublier qu'une capacité peut réapparaître après correction d'une cause aiguë.

SENTINELLE Ne pas écrire seulement « orienté ×3 » ou « alcoolisé ». Décrire les réponses, incohérences, facteurs perturbateurs et la décision médicale obtenue.

Mise en situation express

Après une chute, une personne alcoolisée refuse tout examen et veut repartir à pied. Elle connaît son nom et le lieu, mais ne parvient pas à expliquer les conséquences possibles d'un traumatisme ni à comparer les options proposées.

Questions à trancher

- Quels éléments portent sur la décision concrète plutôt que sur l'étiquette d'intoxication ?
- Quelles causes réversibles ou informations manquantes faut-il rechercher ?
- Quand et comment réévaluer la capacité ?

RÉFLEXE FINAL Comprendre, apprécier, raisonner et choisir sont plus utiles qu'un jugement global sur la personne.

Sources officielles principales

Les liens renvoient aux versions officielles. Vérifier la version en vigueur avant une utilisation institutionnelle ou une adaptation cantonale.

- **S02** OFSP – Consentement libre et éclairé
- **S03** ASSM – Capacité de discernement dans la pratique médicale
- **S07** Fedlex – Code civil suisse, notamment art. 16, 370 à 381 et 426 à 439

DPH-09 | Série 1 | 6 novembre 2026

Patient incapable de discernement, représentation et mineurs

Qui décide lorsque le patient ne peut pas valablement consentir ?

PÉRIMÈTRE Repères suisses à adapter au droit cantonal, aux protocoles du service et aux habilitations individuelles.

SÉCURITÉ PÉDAGOGIQUE Cette fiche soutient le raisonnement juridique. Elle ne remplace ni une formation clinique, ni les instructions de la centrale, ni une décision médicale.

À quoi sert cette fiche ?

Lorsque le patient ne peut pas décider, l'urgence n'efface pas sa volonté antérieure et la représentation ne se résume pas au proche le plus présent. La fiche structure la recherche du représentant et la décision conforme aux intérêts et aux souhaits du patient.

Règle de méthode

En urgence, les soins sont guidés par la volonté présumée et les intérêts de la personne. Si le temps le permet, il faut rechercher directives anticipées et représentant selon l'ordre légal. Pour les mineurs, la capacité de discernement se juge concrètement : un mineur capable exerce lui-même les droits strictement personnels liés au traitement et au secret.

Points à retenir

- La majorité civile n'est pas le seul critère : le discernement peut exister avant 18 ans ou manquer temporairement chez un adulte.
- Le conjoint ou le proche n'est pas automatiquement autorisé ; il faut vérifier la qualité de représentant.
- Le représentant décide selon la volonté présumée et les intérêts du patient, non selon sa préférence personnelle.
- En conflit aigu, solliciter un médecin, l'autorité compétente ou la protection de l'enfant/adulte selon le temps disponible.
- Associer autant que possible la personne incapable à la décision.

Grille opérationnelle

Question	Contrôle à effectuer
Urgence	Agir selon volonté présumée et intérêts, tout en recherchant les indices disponibles.
Temps disponible	Rechercher directives, mandat, représentant et proches pertinents.
Mineur	Évaluer le discernement pour la décision précise.
Conflit	Documenter, médicaliser et recourir à l'autorité si possible.

Application pratique

TRAÇABILITÉ MINIMALE	PIÈGES À ÉVITER
• Évaluation de l'incapacité et décision concernée. • Urgence, délai disponible et soins immédiatement nécessaires. • Recherche d'un représentant habilité et vérification de son rôle. • Volontés connues, directives, projet de soins et informations des proches. • Conflits, avis médical et décision prise dans l'intérêt du patient.	• Donner automatiquement le pouvoir au proche le plus bruyant ou le plus proche géographiquement. • Écarter la volonté d'un mineur capable de discernement. • Retarder une mesure urgente en attendant un document introuvable. • Communiquer l'ensemble du dossier à un proche sans vérifier son rôle et le besoin d'information.

SENTINELLE La présence d'un parent ou d'un conjoint ne dispense pas de parler directement au patient ni d'évaluer sa capacité propre.

Mise en situation express

Une adolescente de quinze ans, calme et capable d'expliquer sa position, refuse un transport que son père exige. L'équipe estime toutefois qu'une évaluation hospitalière est médicalement recommandée sans être immédiatement vitale.

Questions à trancher

- Comment apprécier la capacité de la mineure pour cette décision ?
- Quelle place donner au parent dans l'information et la décision ?
- Quels éléments doivent conduire à un arbitrage médical ou à une mesure urgente ?

RÉFLEXE FINAL Commencer par la capacité et la volonté du patient avant de chercher qui peut le représenter.

Sources officielles principales

Les liens renvoient aux versions officielles. Vérifier la version en vigueur avant une utilisation institutionnelle ou une adaptation cantonale.

- **S02** OFSP – Consentement libre et éclairé
- **S05** OFSP – Secret professionnel ou secret médical
- **S07** Fedlex – Code civil suisse, notamment art. 16, 370 à 381 et 426 à 439

DPH-10 | Série 1 | 6 novembre 2026

Directives anticipées, réa-non et abstention de réanimation

Que vaut un document, un bracelet ou la parole d'un proche au moment d'un arrêt circulatoire ?

PÉRIMÈTRE Repères suisses à adapter au droit cantonal, aux protocoles du service et aux habilitations individuelles.

SÉCURITÉ PÉDAGOGIQUE Cette fiche soutient le raisonnement juridique. Elle ne remplace ni une formation clinique, ni les instructions de la centrale, ni une décision médicale.

À quoi sert cette fiche ?

Les décisions de réanimation sont prises dans l'urgence alors que les documents disponibles peuvent être incomplets, anciens ou contestés. Cette fiche aide à vérifier l'auteur, l'actualité et l'applicabilité d'une volonté sans retarder indûment les mesures nécessaires.

Règle de méthode

La réanimation suit la volonté connue ou présumée et l'intérêt du patient. En l'absence d'information fiable, l'urgence justifie de commencer. Si une opposition valable et applicable est ensuite établie, les mesures sont adaptées ou interrompues selon le cadre médical et les protocoles. Un emblème réa-non constitue un indice important, mais son actualité et son authenticité peuvent nécessiter une vérification rapide.

Points à retenir

- Rechercher sans retarder indûment : directives, plan de soins, ordonnance médicale, dossier institutionnel, représentant et déclarations concordantes.
- Vérifier que la situation actuelle correspond à celle visée par le document.
- Un proche apporte des informations sur la volonté ; il ne vote pas la valeur d'une vie.
- Noter le moment où l'information a été découverte et son effet sur la conduite.
- Le médecin engagé ou de garde doit être associé selon le protocole.

Grille opérationnelle

Question	Contrôle à effectuer
Document	Identité, date, signature, champ, situation visée et révocation éventuelle.
Applicabilité	La situation actuelle correspond-elle ?
Crédibilité	Les déclarations sont-elles concordantes et plausibles ?
Médecin	Qui confirme la conduite à tenir ?
Trace	Quand l'information a-t-elle été connue et avec quel effet ?

Application pratique

TRAÇABILITÉ MINIMALE	PIÈGES À ÉVITER
• Document, bracelet ou information retrouvée, avec photographie institutionnelle si autorisée. • Auteur, date, signature, provenance et éventuelles versions concurrentes. • Correspondance entre la situation actuelle et les conditions prévues. • Identité du médecin qui confirme ou adapte la décision. • Information donnée aux proches et mesures entreprises ou interrompues.	• Traiter un bracelet ou une note isolée comme une décision absolue. • Laisser un proche décider à la place du patient sans vérifier son rôle. • Interrompre des mesures uniquement sur la base d'un document non authentifié. • Ignorer qu'une directive peut ne pas couvrir la situation présente.

SENTINELLE Ne jamais transformer une discussion familiale au bord du patient en vote.

Mise en situation express

Lors d'un arrêt circulatoire à domicile, un proche montre une feuille placée sur le réfrigérateur portant la mention « pas de réanimation ». Le document n'est ni daté ni signé et le médecin traitant n'est pas immédiatement joignable.

Questions à trancher

- Quels éléments permettent d'apprécier la valeur du document ?
- Que faire pendant la vérification lorsque la situation ne permet pas d'attendre ?
- Qui doit formaliser la décision médicale et comment la tracer ?

RÉFLEXE FINAL Vérifier l'auteur, l'actualité, l'applicabilité et la décision médicale, puis documenter la chronologie.

Sources officielles principales

Les liens renvoient aux versions officielles. Vérifier la version en vigueur avant une utilisation institutionnelle ou une adaptation cantonale.

- **S04** ASSM – Décisions de réanimation
- **S07** Fedlex – Code civil suisse, notamment art. 16, 370 à 381 et 426 à 439
- **S12** Vaud – Directives pour les professionnels des urgences préhospitalières

DPH-11 | Série 1 | 6 novembre 2026

Crise psychiatrique, suicidalité, PLAFA et contrainte

Peut-on transporter contre son gré une personne qui refuse l'aide ?

PÉRIMÈTRE Repères suisses à adapter au droit cantonal, aux protocoles du service et aux habilitations individuelles.

SÉCURITÉ PÉDAGOGIQUE Cette fiche soutient le raisonnement juridique. Elle ne remplace ni une formation clinique, ni les instructions de la centrale, ni une décision médicale.

À quoi sert cette fiche ?

Crise psychique, danger, discernement et placement sont des questions différentes. La fiche évite de transformer un refus en justification automatique de contrainte et clarifie l'autorité nécessaire pour transporter ou limiter la liberté.

Règle de méthode

Un risque suicidaire ou un trouble psychique n'efface pas automatiquement le discernement. La contrainte exige une base légale, une indication et une proportionnalité. Le placement à des fins d'assistance est prononcé par l'autorité ou par un médecin habilité selon le droit cantonal ; l'ambulance exécute et sécurise la prise en charge, mais ne crée pas le placement par simple appréciation opérationnelle.

Points à retenir

- Évaluer urgence somatique, intoxication, traumatisme et causes réversibles avant de réduire la situation à la psychiatrie.
- Rechercher les alternatives moins restrictives : proche, équipe mobile, suivi, lieu calme, médecin ou délai sécurisé.
- Vérifier le document ou l'ordre de placement, la destination et la responsabilité du transport.
- La police intervient pour la sécurité ou l'exécution légale, non pour décider du traitement.
- Toute contention ou sédation doit être médicalement fondée, proportionnée, surveillée et documentée.

Grille opérationnelle

Question	Contrôle à effectuer
Danger	Quel danger concret, immédiat ou prévisible ?
Discernement	La personne peut-elle décider du refus ?
Base	Consentement, urgence, décision médicale ou autorité ?
Moindre atteinte	Quelle option moins restrictive a été tentée ?
Sécurité	Qui contrôle, surveille et coordonne avec la police ?
Trace	Faits, paroles exactes, moyens, horaires et recours expliqué.

Application pratique

TRAÇABILITÉ MINIMALE	PIÈGES À ÉVITER
• Comportements, propos, menaces et contexte observés, sans diagnostic improvisé. • Évaluation du discernement pour la décision proposée. • Danger concret, immédiateté et personnes exposées. • Mesures de désescalade et alternatives tentées. • Auteur et base de la décision de placement ou de contrainte. • Modalités, durée, surveillance et relève.	• Déduire automatiquement l'incapacité d'un propos suicidaire. • Présenter l'ambulance comme l'autorité qui prononce le PLAFA. • Utiliser la présence policière comme base juridique suffisante. • Employer une contrainte pour gagner du temps ou compenser un manque de personnel.

SENTINELLE La formule « danger pour lui-même » sans faits, temporalité ni analyse du discernement ne suffit pas à justifier une privation de liberté.

Mise en situation express

Une personne signalée sur un balcon accepte finalement de rentrer dans son logement. Elle nie toute intention actuelle, refuse l'hôpital et veut rester seule. La police souhaite l'emmener immédiatement, mais aucune décision formelle de placement n'a encore été prise.

Questions à trancher

- Quels faits doivent être évalués avant de conclure à un danger concret ?
- Qui peut décider d'un placement et sur quelle base ?
- Quelles mesures moins restrictives peuvent être envisagées et documentées ?

RÉFLEXE FINAL Séparer besoin de soins, discernement, danger, autorité décisionnelle et modalités de transport.

Sources officielles principales

Les liens renvoient aux versions officielles. Vérifier la version en vigueur avant une utilisation institutionnelle ou une adaptation cantonale.

- **S03** ASSM – Capacité de discernement dans la pratique médicale
- **S07** Fedlex – Code civil suisse, notamment art. 16, 370 à 381 et 426 à 439
- **S15** Vaud – Placement à des fins d'assistance

DPH-12 | Série 1 | 6 novembre 2026

Décès sur place, arrêt des soins et scène médico-légale

Quand la mission de soins devient-elle aussi une scène à préserver ?

PÉRIMÈTRE Repères suisses à adapter au droit cantonal, aux protocoles du service et aux habilitations individuelles.

SÉCURITÉ PÉDAGOGIQUE Cette fiche soutient le raisonnement juridique. Elle ne remplace ni une formation clinique, ni les instructions de la centrale, ni une décision médicale.

À quoi sert cette fiche ?

Sur une scène de décès, les impératifs de soins, de constat, d'information des proches et de préservation peuvent se succéder en quelques minutes. La fiche aide à ne pas sacrifier les soins à la preuve, ni la preuve à des gestes devenus inutiles.

Règle de méthode

Il faut distinguer signes de mort évidente, décision de ne pas entreprendre ou d'arrêter une réanimation, constat formel du décès et caractère naturel ou suspect. Les protocoles déterminent les gestes immédiats et l'appel médical. En présence d'un décès potentiellement non naturel, la priorité devient aussi la préservation des traces et la coordination avec la police et le médecin compétent.

Points à retenir

- Ne déplacer que ce qui est nécessaire aux soins et à la sécurité ; noter les modifications de scène imposées par la prise en charge.
- Ne pas conclure à une mort naturelle sur la seule base de l'âge ou des antécédents.
- Protéger la dignité du défunt et accompagner les proches sans annoncer une cause non établie.
- Tracer heures, signes, manœuvres, ordre médical, personnes présentes, objets découverts et remise de la scène.

Grille opérationnelle

Question	Contrôle à effectuer
Soins	Réanimation ou abstention selon protocole, volonté et décision médicale.
Constat	Qui est habilité à constater et à certifier ?
Cause	Existe-t-il un élément violent, accidentel, toxique ou inexpliqué ?
Scène	Qu'a-t-on déplacé, coupé, retiré ou administré ?
Partenaires	Qui a été avisé et à quelle heure ?
Proches	Quelle information certaine peut être donnée maintenant ?

Application pratique

TRAÇABILITÉ MINIMALE	PIÈGES À ÉVITER
• État initial, soins entrepris et éléments conduisant à leur poursuite ou arrêt. • Identité et heure de la décision médicale ou du constat selon le cadre applicable. • Indices particuliers, incertitudes et partenaires avisés. • Objets déplacés, vêtements coupés et modifications imposées par les soins. • Information aux proches, effets personnels et remise de la scène.	• Retarder des soins possibles pour préserver la scène. • Déplacer ou nettoyer des éléments sans nécessité après la fin des soins. • Annoncer une cause de décès non établie. • Promettre aux proches l'accès à des informations relevant de l'autorité ou du médecin.

SENTINELLE L'arrêt d'une réanimation n'est pas le certificat de décès ; le certificat n'est pas l'autorisation de modifier une scène potentiellement judiciaire.

Mise en situation express

Une personne est retrouvée décédée dans une chambre verrouillée. Les proches ont déjà déplacé plusieurs objets et demandent à l'équipage de confirmer une mort naturelle, tandis qu'un détail de la scène demeure inexpliqué.

Questions à trancher

- Quelles mesures de soins ou de constat doivent précéder la préservation ?
- Quels éléments justifient l'appel aux autorités compétentes ?
- Comment documenter les modifications de scène et informer les proches avec prudence ?

RÉFLEXE FINAL Soigner d'abord lorsqu'un soin est possible, puis préserver et tracer tout ce qui a été modifié.

Sources officielles principales

Les liens renvoient aux versions officielles. Vérifier la version en vigueur avant une utilisation institutionnelle ou une adaptation cantonale.

- **S04** ASSM – Décisions de réanimation
- **S06** Fedlex – Code pénal suisse, notamment art. 128 et 321
- **S07** Fedlex – Code civil suisse, notamment art. 16, 370 à 381 et 426 à 439
- **S12** Vaud – Directives pour les professionnels des urgences préhospitalières

DPH-13 | Série 1 | 6 novembre 2026

Secret, proches, police et autres tiers

Que peut-on dire à la police, à la famille, à l'employeur ou au voisin présent ?

PÉRIMÈTRE Repères suisses à adapter au droit cantonal, aux protocoles du service et aux habilitations individuelles.

SÉCURITÉ PÉDAGOGIQUE Cette fiche soutient le raisonnement juridique. Elle ne remplace ni une formation clinique, ni les instructions de la centrale, ni une décision médicale.

À quoi sert cette fiche ?

La présence d'un tiers, d'un uniforme ou d'un lien familial ne crée pas automatiquement un droit à l'information. Cette fiche propose un filtre simple : identifier le demandeur, le fondement, la finalité et le minimum nécessaire.

Règle de méthode

Le secret protège toute information apprise dans la prise en charge. La communication exige le consentement, une base légale ou la nécessité proportionnée de la prise en charge. La présence de la police, d'un proche ou d'un supérieur ne crée pas un droit général à connaître diagnostic, antécédents ou déclarations du patient.

Points à retenir

- Entre soignants, partager seulement les données nécessaires à la continuité et à la sécurité.
- À la police, donner les éléments imposés ou nécessaires ; clarifier une demande qui dépasse l'urgence.
- Aux proches, vérifier consentement ou qualité de représentant ; recevoir une information n'autorise pas à en fournir.
- À l'employeur ou à l'organisateur, transmettre le strict besoin de sécurité, pas le détail médical.
- Sur la radio, limiter les identifiants et informations sensibles.

Grille opérationnelle

Question	Contrôle à effectuer
Destinataire	Qui demande et dans quel rôle ?
But	Quelle décision doit-il prendre avec l'information ?
Base	Consentement, représentation, loi, urgence ou sécurité ?
Minimum	Quelle donnée minimale suffit ?
Canal	Le moyen de communication est-il approprié ?
Trace	La transmission sensible doit-elle être documentée ?

Application pratique

TRAÇABILITÉ MINIMALE	PIÈGES À ÉVITER
• Identité, fonction et coordonnées vérifiées du demandeur. • Question précise posée et finalité annoncée. • Consentement, base légale, urgence ou besoin de soins invoqué. • Information effectivement communiquée et limites posées. • Canal utilisé, destinataire et éventuelle demande de levée du secret.	• Considérer qu'une carte de police ouvre un accès général. • Répondre à un proche sans vérifier ce que le patient a accepté. • Informer un employeur par souci de simplicité opérationnelle. • Transmettre des données sensibles sur un canal radio ou une messagerie non adaptée.

SENTINELLE « La police était sur place » ou « c'est sa femme » n'est pas une base autonome de divulgation.

Mise en situation express

Après la prise en charge d'un salarié sur son lieu de travail, l'employeur appelle le service pour connaître le diagnostic et la destination. Un policier présent demande également les médicaments administrés, sans préciser le cadre de sa demande.

Questions à trancher

- Quelle information est nécessaire à chacun et sur quel fondement ?
- Que peut-on différer jusqu'à clarification ou consentement ?
- Comment documenter une communication ou un refus de communiquer ?

RÉFLEXE FINAL Communiquer seulement au bon destinataire, pour une finalité légitime et dans la mesure nécessaire.

Sources officielles principales

Les liens renvoient aux versions officielles. Vérifier la version en vigueur avant une utilisation institutionnelle ou une adaptation cantonale.

- **S05** OFSP – Secret professionnel ou secret médical
- **S06** Fedlex – Code pénal suisse, notamment art. 128 et 321
- **S11** PFPDT – Données patient et communication
- **S21** Genève – Loi sur les transports sanitaires urgents et l'aide sanitaire associée

DPH-14 | Série 1 | 6 novembre 2026

FIP, dossier et transmission

Comment écrire pour soigner maintenant et répondre demain ?

PÉRIMÈTRE Repères suisses à adapter au droit cantonal, aux protocoles du service et aux habilitations individuelles.

SÉCURITÉ PÉDAGOGIQUE Cette fiche soutient le raisonnement juridique. Elle ne remplace ni une formation clinique, ni les instructions de la centrale, ni une décision médicale.

À quoi sert cette fiche ?

La FIP est à la fois un outil de continuité, de qualité et de preuve. Cette fiche aide à écrire des faits attribués à leur source, à montrer l'évolution et à distinguer une correction loyale d'une réécriture rétrospective.

Règle de méthode

La documentation doit permettre de comprendre l'état initial, l'évolution, les décisions, les actes, leurs effets et la transmission. Elle distingue observation directe, information rapportée et interprétation. Une FIP incomplète fragilise la continuité des soins, l'analyse qualité et la défense des professionnels.

Points à retenir

- Horodater appel, départ, arrivée, premier contact, actes, appels médicaux, départ des lieux et relève.
- Attribuer les propos : patient, proche, témoin, police, institution ou médecin.
- Documenter les tendances, pas seulement une valeur isolée.
- En cas de refus : compréhension, risques expliqués, alternatives, capacité et plan de sécurité.
- En cas d'ordre médical : identité, heure, formulation, relecture, acte, effet et rappel éventuel.
- Éviter jugements de valeur, copier-coller et modifications tardives non identifiables.

Grille opérationnelle

Question	Contrôle à effectuer
Faits	Ce que je vois, mesure ou accomplis.
Source	Qui rapporte l'information ?
Raisonnement	Pourquoi ai-je demandé un renfort ou accepté un non-transport ?
Décision	Qui a décidé quoi et à quelle heure ?
Résultat	Quel effet et quelle surveillance ?
Relève	À qui, où, quand et avec quelles réserves ?

Application pratique

TRAÇABILITÉ MINIMALE	PIÈGES À ÉVITER
• Chronologie, heures clés et personnes présentes. • Données rapportées avec leur source, puis observations propres. • Tendances, réévaluations et éléments ayant modifié la stratégie. • Actes, effets, incidents, refus et avis obtenus. • Identité du destinataire de la relève et documents remis. • Correction datée et attribuée si une modification ultérieure est nécessaire.	• Recopier l'appel initial comme un fait certain. • Modifier silencieusement le rapport après une discussion ou une plainte. • Omettre un refus, un incident ou une difficulté de transmission. • Utiliser des abréviations ambiguës ou des jugements de valeur.

SENTINELLE Une transmission orale excellente ne répare pas un dossier vide ; un dossier volumineux ne compense pas l'absence de raisonnement.

Mise en situation express

Après sa garde, un professionnel réalise qu'une information importante n'apparaît pas dans la FIP. Un collègue lui conseille de rouvrir le document et de modifier directement le texte comme si l'information avait été saisie sur le moment.

Questions à trancher

- Comment compléter sans effacer la chronologie documentaire ?
- Quelle différence entre correction matérielle et ajout tardif ?
- Qui doit être informé si l'élément modifie la continuité des soins ?

RÉFLEXE FINAL Écrire factuellement, chronologiquement, en attribuant les sources et en conservant la trace des corrections.

Sources officielles principales

Liens officiels ; vérifier la version en vigueur avant une utilisation institutionnelle.

S01 SEFRI – Plan d'études cadre Sauvetage

S16 Neuchâtel – Règlement préhospitalier

S17 Fribourg – Règlement des services d'ambulance

S18 Jura – Ordonnance sur le service ambulancier

S19 Valais – Organisation des secours sanitaires

S22 Genève – Règlement d'application de la LTSU

S24 Genève – Règlement sur les institutions de santé

DPH-15 | Série 1 | 6 novembre 2026

Photos, vidéos, téléphones et réseaux sociaux

Que faire lorsqu'un proche filme, qu'un intervenant photographie ou qu'une scène circule en ligne ?

PÉRIMÈTRE Repères suisses à adapter au droit cantonal, aux protocoles du service et aux habilitations individuelles.

SÉCURITÉ PÉDAGOGIQUE Cette fiche soutient le raisonnement juridique. Elle ne remplace ni une formation clinique, ni les instructions de la centrale, ni une décision médicale.

À quoi sert cette fiche ?

Les images peuvent compromettre la dignité, le secret, la sécurité de la scène et la prise en charge. La fiche distingue la demande de cesser, la sécurisation des soins, l'intervention éventuelle des autorités et la production d'images professionnelles autorisées.

Règle de méthode

Les images de patients et de scènes d'intervention touchent à la personnalité, au secret, à la protection des données et parfois à la procédure pénale. Les professionnels n'utilisent pas leur appareil privé sauf dispositif institutionnel expressément autorisé. Face à un tiers qui filme, il faut protéger les soins et la dignité par des mesures proportionnées, sans exiger une suppression arbitraire ni saisir soi-même l'appareil hors base légale.

Points à retenir

- Créer un périmètre de soins et demander de reculer ou de cesser si l'enregistrement gêne la prise en charge.
- Éviter de divulguer à voix haute des informations sensibles devant une caméra ou une foule.
- Faire intervenir la police si le comportement compromet la sécurité, l'accès au patient ou une scène judiciaire.
- Ne jamais publier ou transférer une image clinique dans une messagerie ou un cloud non autorisé.
- Si une image est nécessaire, utiliser l'outil institutionnel, limiter le champ et assurer la traçabilité.

Grille opérationnelle

Question	Contrôle à effectuer
Besoin	L'image répond-elle à une finalité clinique ou légale précise ?
Base	Consentement, règle institutionnelle, urgence ou ordre d'autorité ?
Appareil	Outil professionnel sécurisé et autorisé ?
Cadrage	Minimum nécessaire, sans tiers inutiles.
Stockage	Dossier approprié, durée et accès contrôlés.
Incident	Signaler toute fuite, perte ou publication.

Application pratique

TRAÇABILITÉ MINIMALE	PIÈGES À ÉVITER
• Auteur de la prise d'image et contexte visible. • Demande formulée pour protéger le patient ou ne pas entraver les soins. • Conséquences concrètes sur la sécurité, la confidentialité ou l'intervention. • Partenaires sollicités et mesures prises sans saisie improvisée. • Pour une image professionnelle : finalité, autorisation, appareil, stockage et accès.	• Arracher le téléphone ou supprimer soi-même un contenu. • Photographier sur un appareil personnel pour faciliter la relève. • Diffuser une scène prétendument anonymisée mais reconnaissable. • Concentrer l'équipe sur le conflit au détriment du patient.

SENTINELLE La curiosité, l'enseignement informel ou le groupe WhatsApp de l'équipe ne constituent jamais une finalité suffisante.

Mise en situation express

Un proche diffuse en direct la prise en charge depuis son téléphone. Le cadrage montre le patient, l'intérieur de l'ambulance et les noms de plusieurs intervenants. Les demandes verbales de cesser sont ignorées.

Questions à trancher

- Quelles limites peut-on poser immédiatement pour protéger les soins et la dignité ?
- Quand l'aide de la police ou de la sécurité devient-elle pertinente ?
- Quels faits doivent être consignés sans transformer la FIP en récit du conflit ?

RÉFLEXE FINAL Protéger le patient et la mission, poser des limites proportionnées et éviter toute saisie ou suppression improvisée.

Sources officielles principales

Les liens renvoient aux versions officielles. Vérifier la version en vigueur avant une utilisation institutionnelle ou une adaptation cantonale.

- **S05** OFSP – Secret professionnel ou secret médical
- **S11** PFPDT – Données patient et communication

DPH-16 | Série 1 | 6 novembre 2026

Qualité, incident et retour d'expérience

Comment analyser une mission difficile sans chercher immédiatement un coupable ?

PÉRIMÈTRE Repères suisses à adapter au droit cantonal, aux protocoles du service et aux habilitations individuelles.

SÉCURITÉ PÉDAGOGIQUE Cette fiche soutient le raisonnement juridique. Elle ne remplace ni une formation clinique, ni les instructions de la centrale, ni une décision médicale.

À quoi sert cette fiche ?

L'analyse d'un incident doit comprendre ce qui s'est passé avant de distribuer les reproches. Cette fiche sépare le dossier patient, la déclaration qualité et l'éventuelle analyse de responsabilité tout en maintenant les obligations d'alerte et de correction.

Règle de méthode

L'analyse doit reconstruire le système : information disponible, décisions, moyens, compétences, protocoles, charge, coordination et barrières de sécurité. Une complication n'établit pas automatiquement une faute ; l'absence de dommage n'efface pas une pratique dangereuse. La déclaration d'incident ne remplace pas la FIP et ne sert pas à réécrire le dossier clinique.

Points à retenir

- Conserver séparément dossier patient, rapport d'incident et documents qualité.
- Identifier les écarts actifs et les conditions latentes : effectif, fatigue, matériel, radio, protocole ambigu, formation ou surcharge.
- Analyser les communications à partir des traces, pas de la mémoire reconstruite en groupe.
- Distinguer erreur, prise de risque, violation consciente et défaillance organisationnelle.
- Transformer l'événement en action mesurable : protocole, simulation, matériel, feedback ou supervision.

Grille opérationnelle

Question	Contrôle à effectuer
Chronologie	Que s'est-il passé, minute par minute ?
Attendus	Qu'exigeaient droit, protocole et organisation ?
Écart	Où et pourquoi la trajectoire a-t-elle divergé ?
Barrières	Qu'est-ce qui a fonctionné ou échoué ?
Responsabilités	Individu, supervision, organisation, équipement, régulation.
Action	Qui modifie quoi, pour quand et comment vérifier ?

Application pratique

TRAÇABILITÉ MINIMALE	PIÈGES À ÉVITER
• Chronologie factuelle et conséquences réelles ou potentielles. • Référentiel attendu, écart observé et raisons apparentes. • Barrières qui ont fonctionné ou échoué. • Facteurs liés à l'organisation, au matériel, à l'information ou à la charge. • Mesures immédiates, action corrective, responsable et délai. • Information du patient et des autorités selon le cadre applicable.	• Chercher un coupable avant d'avoir stabilisé les faits. • Réécrire la FIP pour la rendre cohérente avec l'analyse ultérieure. • Confondre déclaration qualité et dossier clinique. • Garder l'incident oralement pour éviter une mauvaise statistique.

SENTINELLE Ne pas compléter rétroactivement la FIP comme si l'information avait été connue pendant la mission. Toute correction tardive doit être identifiable.

Mise en situation express

Une erreur d'étiquetage est repérée juste avant l'administration d'un médicament. Le patient ne subit aucun dommage. Plusieurs personnes proposent de ne rien déclarer puisqu'il ne s'agit que d'un quasi-incident.

Questions à trancher

- Quelles informations appartiennent à la FIP et lesquelles à la déclaration qualité ?
- Quelles barrières ont empêché le dommage et doivent être conservées ?
- Quels facteurs du système doivent être corrigés malgré l'absence de préjudice ?

RÉFLEXE FINAL Les faits précèdent la faute, mais l'absence de dommage ne dispense jamais d'apprendre.

Sources officielles principales

Liens officiels ; vérifier la version en vigueur avant une utilisation institutionnelle.

S01 SEFRI – Plan d'études cadre Sauvetage
S12 Vaud – Directives préhospitalières
S13 Vaud – Conditions-cadres des algorithmes
S16 Neuchâtel – Règlement préhospitalier
S19 Valais – Organisation des secours sanitaires
S22 Genève – Règlement d'application de la LTSU
S24 Genève – Règlement sur les institutions de santé
S25 Berne – Sauvetage, autorisations et planification

DPH-17 | Série 1 | 6 novembre 2026

Acte propre, protocole, délégation et ordre médical

Quatre mots souvent confondus, quatre régimes différents.

PÉRIMÈTRE Repères suisses à adapter au droit cantonal, aux protocoles du service et aux habilitations individuelles.

SÉCURITÉ PÉDAGOGIQUE Cette fiche soutient le raisonnement juridique. Elle ne remplace ni une formation clinique, ni les instructions de la centrale, ni une décision médicale.

À quoi sert cette fiche ?

Les mots acte propre, protocole, délégation et ordre médical sont souvent employés comme synonymes. La fiche oblige à identifier le régime exact, l'autorité qui l'a créé, son destinataire et les conditions de surveillance.

Règle de méthode

L'acte propre relève des compétences professionnelles reconnues. Le protocole autorise une conduite prédéfinie dans des conditions définies. La délégation confie un acte médical à une personne compétente et reste encadrée par le droit cantonal. L'ordre médical ponctuel répond à une situation précise. Dans tous les cas, l'exécutant reste responsable de comprendre l'instruction, de reconnaître ses limites et de surveiller le patient.

Points à retenir

- Vaud : algorithmes cantonaux et habilitation nominative ; la délégation ponctuelle demeure un mécanisme distinct.
- Neuchâtel : la COMUP définit et approuve les protocoles d'actes délégués ; le médecin responsable autorise les personnes.
- Fribourg : délégation et protocoles s'intègrent au règlement interne approuvé du service.
- Jura : les gestes avancés sont délégués par protocoles du médecin référent.
- Genève : les actes délégués suivent les protocoles du médecin responsable ; l'antalgie est expressément visée.

Grille opérationnelle

Question	Contrôle à effectuer
Nature	Acte propre, protocole, ordre ponctuel ou assistance directe ?
Auteur	Quelle autorité ou quel médecin valide ?
Destinataire	Suis-je personnellement habilité ?
Conditions	Indications, limites, contre-indications et renfort.
Boucle fermée	Répéter, confirmer, exécuter, annoncer et surveiller.
Trace	Version du protocole ou identité et heure de l'ordre.

Application pratique

TRAÇABILITÉ MINIMALE	PIÈGES À ÉVITER
• Qualification du mécanisme : compétence propre, protocole, délégation ou ordre ponctuel. • Autorité, médecin ou instance ayant validé le cadre. • Version du protocole et habilitation personnelle. • Identité du médecin, heure et contenu d'un ordre ponctuel. • Reformulation, exécution, effets, complications et rappel éventuel.	• Utiliser un protocole ancien ou appartenant à un autre service. • Croire qu'un ordre médical crée une compétence technique absente. • Déduire une autorisation personnelle de la seule présence du protocole. • Exécuter sans reformuler ni documenter un ordre reçu par radio.

SENTINELLE Un protocole téléchargé, ancien ou appartenant à un autre service ne peut pas être « auto-adopté ».

Mise en situation express

Au cours d'une mission, la communication radio est mauvaise. L'équipage entend le nom du médicament, mais pas clairement la dose ni les conditions de surveillance. Un intervenant propose d'appliquer la dose habituelle du service.

Questions à trancher

- Quel régime juridique fonde l'acte envisagé ?
- Quels éléments doivent être confirmés avant toute exécution ?
- Comment tracer l'ordre, la reformulation et la surveillance ?

RÉFLEXE FINAL Identifier d'abord le régime juridique de l'acte, puis vérifier l'autorité, la personne, les conditions et la trace.

Sources officielles principales

Liens officiels ; vérifier la version en vigueur avant une utilisation institutionnelle.

S12 Vaud – Directives préhospitalières

S13 Vaud – Conditions-cadres des algorithmes

S14 Vaud – Ambulanciers ES et secouristes IAS

S16 Neuchâtel – Règlement préhospitalier

S17 Fribourg – Règlement des services d'ambulance

S18 Jura – Ordonnance sur le service ambulancier

S23 Genève – Règlement sur les professions de la santé

S24 Genève – Règlement sur les institutions de santé

DPH-18 | Série 1 | 6 novembre 2026

Responsabilités : ne pas chercher un seul porteur

Qui répond lorsqu'un dommage survient au préhospitalier ?

PÉRIMÈTRE Repères suisses à adapter au droit cantonal, aux protocoles du service et aux habilitations individuelles.

SÉCURITÉ PÉDAGOGIQUE Cette fiche soutient le raisonnement juridique. Elle ne remplace ni une formation clinique, ni les instructions de la centrale, ni une décision médicale.

À quoi sert cette fiche ?

Un dommage préhospitalier résulte souvent d'une chaîne de décisions et de conditions. Cette fiche aide à distinguer responsabilité individuelle, décision médicale, organisation du service, action de la centrale et éventuels facteurs extérieurs.

Règle de méthode

Plusieurs responsabilités peuvent coexister : responsabilité de la collectivité ou civile de l'employeur, responsabilité pénale personnelle, responsabilité professionnelle ou disciplinaire, droit du travail et responsabilité organisationnelle. Le médecin répond de ses décisions et de la délégation ; le professionnel répond de l'exécution et de ses limites ; le service répond de l'organisation, des effectifs, des protocoles et du matériel ; la centrale répond de ses propres actes de régulation.

Points à retenir

- Le résultat défavorable n'est pas une faute : il faut établir devoir, violation, causalité et dommage selon le régime applicable.
- L'ordre hiérarchique n'exonère pas d'un acte manifestement dangereux ou incompris.
- La délégation exige choix d'une personne compétente, instruction adéquate et supervision adaptée.
- Une insuffisance chronique d'effectif ou de formation peut déplacer l'analyse vers l'organisation sans effacer les devoirs individuels.
- La documentation permet de répartir les décisions et de comprendre les ressources disponibles.

Grille opérationnelle

Question	Contrôle à effectuer
Devoir	Quelle norme, compétence ou obligation s'appliquait ?
Auteur	Qui a pris la décision ou omis l'action ?
Conditions	Quelles informations et ressources étaient disponibles ?
Causalité	L'écart a-t-il contribué au dommage ?
Organisation	Personnel, matériel, protocole et supervision étaient-ils adaptés ?
Preuve	FIP, logs, protocoles, formations, maintenance et témoignages.

Application pratique

TRAÇABILITÉ MINIMALE	PIÈGES À ÉVITER
• Chronologie de chaque décision et informations disponibles à ce moment. • Rôle, compétence et marge de manœuvre de chaque acteur. • Protocoles, moyens, effectifs et état du matériel. • Écart allégué, causalité, dommage et mesures de limitation. • Alertes antérieures, incidents similaires et réponses de l'organisation. • Conservation des documents et information des instances compétentes.	• Attribuer toute la responsabilité au plus haut diplôme ou au dernier signataire. • Déduire une faute du seul résultat défavorable. • Masquer les facteurs du système derrière une erreur individuelle. • Considérer qu'une pratique est acceptable parce qu'elle n'a pas encore causé de dommage.

SENTINELLE La dernière personne à signer la FIP n'est pas automatiquement responsable de toutes les décisions antérieures.

Mise en situation express

Une prise en charge tardive associe un engagement initial imprécis, un véhicule dont un équipement est indisponible et un ordre médical ambigu. Le dommage final ne peut pas être relié à un seul geste isolé.

Questions à trancher

- Quelles décisions doivent être examinées séparément ?
- Quels facteurs organisationnels ont limité les choix des professionnels ?
- Comment distinguer écart, causalité et dommage sans simplifier la chaîne ?

RÉFLEXE FINAL Reconstituer les responsabilités par couches au lieu de chercher immédiatement un porteur unique.

Sources officielles principales

Liens officiels ; vérifier la version en vigueur avant une utilisation institutionnelle.

S01 SEFRI – Plan d'études cadre Sauvetage

S06 Fedlex – Code pénal suisse

S12 Vaud – Directives préhospitalières

S16 Neuchâtel – Règlement préhospitalier

S18 Jura – Ordonnance sur le service ambulancier

S19 Valais – Organisation des secours sanitaires

S21 Genève – Loi sur les transports sanitaires urgents

S25 Berne – Sauvetage, autorisations et planification

DPH-19 | Série 1 | 6 novembre 2026

Course urgente, feu bleu et responsabilité routière

La priorité autorise-t-elle à franchir un feu rouge ?

PÉRIMÈTRE Repères suisses à adapter au droit cantonal, aux protocoles du service et aux habilitations individuelles.

SÉCURITÉ PÉDAGOGIQUE Cette fiche soutient le raisonnement juridique. Elle ne remplace ni une formation clinique, ni les instructions de la centrale, ni une décision médicale.

À quoi sert cette fiche ?

La course urgente donne des facilités conditionnelles, pas une immunité. La fiche rappelle que l'urgence réelle, l'usage approprié des signaux, la prudence et la sécurité du patient doivent rester visibles dans la décision de conduite.

Règle de méthode

Le droit de priorité spécial suppose en principe l'usage simultané du feu bleu et de l'avertisseur à deux sons. L'urgence s'interprète strictement. Les règles de circulation peuvent être dépassées seulement avec la prudence imposée par les circonstances ; le conducteur reste responsable de justifier la nécessité et la manière de conduire. Pour les ambulances, la course urgente est ordonnée par la centrale.

Points à retenir

- La priorité n'est pas une immunité et ne garantit pas que les autres usagers ont vu ou compris les signaux.
- Adapter vitesse et trajectoire aux intersections, à la visibilité, à la météo, à la foule et au patient.
- Le conducteur peut ralentir ou renoncer à une manœuvre malgré la pression opérationnelle.
- L'équipe évite les consignes contradictoires et annonce les gestes en cellule incompatibles avec la sécurité.
- Après un incident, préserver données du véhicule, logs de centrale et horaires.

Grille opérationnelle

Question	Contrôle à effectuer
Ordre	La centrale a-t-elle qualifié la course urgente ?
Nécessité	Une perte de temps aggrave-t-elle raisonnablement le risque ?
Signaux	Feu bleu et avertisseur sont-ils utilisés selon les règles ?
Prudence	Puis-je franchir sans transférer le risque aux autres ?
Patient	La conduite reste-t-elle compatible avec les soins ?
Trace	Priorité, changement de statut et incident éventuel.

Application pratique

TRAÇABILITÉ MINIMALE	PIÈGES À ÉVITER
• Priorité et motif communiqués par la centrale. • Évolution de l'urgence et décision de maintenir ou cesser les signaux. • Conditions de circulation, météo, visibilité et obstacles particuliers. • Sécurisation du patient, du matériel et de l'équipage. • Incident routier, quasi-incident et information immédiate à la centrale. • Justification de toute dérogation aux règles ordinaires.	• Traiter le feu bleu comme un droit de passage absolu. • Obéir à un ordre de rapidité malgré une situation routière manifestement dangereuse. • Utiliser les signaux pour gagner du temps sans urgence réelle. • Négliger l'arrimage ou la surveillance du patient pendant la conduite.

SENTINELLE « P1 » n'est pas un permis de conduire sans limite ; la classification d'urgence et la conduite concrète doivent toutes deux être justifiables.

Mise en situation express

En course urgente, le conducteur aborde un feu rouge avec les signaux enclenchés. Un autre véhicule ne cède pas le passage et une collision survient, alors que la centrale avait demandé une arrivée la plus rapide possible.

Questions à trancher

- Quelles obligations de prudence subsistent malgré la priorité ?
- Quelle portée donner à l'instruction de la centrale ?
- Quels éléments permettront d'analyser la justification et la conduite concrète ?

RÉFLEXE FINAL L'urgence peut justifier une dérogation, jamais l'abandon de la prudence adaptée aux circonstances.

Sources officielles principales

Les liens renvoient aux versions officielles. Vérifier la version en vigueur avant une utilisation institutionnelle ou une adaptation cantonale.

- **S08** OFROU – Feux bleus et avertisseur à deux sons alternés

DPH-20 | Série 1 | 6 novembre 2026

Violence, sécurité de scène et moyens de contrainte

Jusqu'où peut-on se protéger et protéger le patient ?

PÉRIMÈTRE Repères suisses à adapter au droit cantonal, aux protocoles du service et aux habilitations individuelles.

SÉCURITÉ PÉDAGOGIQUE Cette fiche soutient le raisonnement juridique. Elle ne remplace ni une formation clinique, ni les instructions de la centrale, ni une décision médicale.

À quoi sert cette fiche ?

La sécurité des intervenants et du patient peut imposer des limites, mais toute contrainte doit répondre à un danger concret, reposer sur une décision compétente et rester la moins restrictive possible. Cette fiche organise le passage de la désescalade à la surveillance.

Règle de méthode

La sécurité de l'équipe est une condition de la prise en charge. En présence de violence ou d'arme, le retrait, l'attente de la police ou une stratégie coordonnée peuvent être nécessaires. Toute contrainte physique ou médicamenteuse doit avoir une base, répondre à un danger concret, être la moins restrictive possible, durer le moins longtemps possible et faire l'objet d'une surveillance et d'une documentation renforcées.

Points à retenir

- Distinguer défense contre une attaque, maîtrise de scène par la police et mesure thérapeutique de contrainte.
- Ne pas s'engager dans une zone non sécurisée pour satisfaire une pression de délai.
- Utiliser désescalade, distance, réduction des stimuli et renfort avant la force lorsque possible.
- Une immobilisation n'autorise pas à négliger ventilation, position, circulation, température, intoxication ou traumatisme.
- Décrire le comportement et le danger, puis chaque mesure, contrôle et réévaluation.

Grille opérationnelle

Question	Contrôle à effectuer
Menace	Arme, violence, foule, animal, produits dangereux ou circulation ?
Périmètre	Qui sécurise et autorise l'accès ?
Alternative	Communication, proche, recul, médecin ou police ?
Mesure	Base, objectif, personne qui ordonne, matériel et durée.
Surveillance	Respiration, position, conscience, circulation et effets.
Fin	Retirer dès que possible et transmettre les risques résiduels.

Application pratique

TRAÇABILITÉ MINIMALE	PIÈGES À ÉVITER
• Comportements et danger concret observés. • Mesures de désescalade, distance, renfort et alternatives tentées. • Autorité ou médecin ayant décidé la mesure. • Type de contrainte, position, matériel, heure de début et durée. • Surveillance clinique, réévaluations et incidents. • Heure de fin, état du patient et transmission au destinataire.	• Utiliser la contrainte comme sanction ou réponse à l'impolitesse. • Accepter une mesure policière sans évaluer ses conséquences médicales. • Maintenir une position dangereuse sans surveillance rapprochée. • Prolonger la mesure parce qu'elle facilite le transport.

SENTINELLE La contrainte n'est jamais une sanction contre un patient difficile ni une solution à un manque d'effectif.

Mise en situation express

Une personne très agitée menace l'équipe. La police la menotte avant l'arrivée du médecin. Pendant le transport, son agitation diminue, mais personne ne réévalue la nécessité ni les effets de la mesure.

Questions à trancher

- Quel danger justifiait initialement la mesure et qui l'a décidée ?
- Quelles alternatives et adaptations doivent être réévaluées pendant le transport ?
- Quels paramètres et événements doivent être transmis à l'hôpital ?

RÉFLEXE FINAL Sécurité, base légale, moindre restriction, surveillance continue et fin dès que possible.

Sources officielles principales

Les liens renvoient aux versions officielles. Vérifier la version en vigueur avant une utilisation institutionnelle ou une adaptation cantonale.

- **S07** Fedlex – Code civil suisse, notamment art. 16, 370 à 381 et 426 à 439
- **S15** Vaud – Placement à des fins d'assistance

DPH-21 | Série 1 | 6 novembre 2026

Accident majeur, triage et commandement

Que change juridiquement le passage d'une mission ordinaire à un événement majeur ?

PÉRIMÈTRE Repères suisses à adapter au droit cantonal, aux protocoles du service et aux habilitations individuelles.

SÉCURITÉ PÉDAGOGIQUE Cette fiche soutient le raisonnement juridique. Elle ne remplace ni une formation clinique, ni les instructions de la centrale, ni une décision médicale.

À quoi sert cette fiche ?

L'événement majeur change l'échelle, le commandement et la logique d'allocation des ressources. Il ne supprime ni l'égalité de traitement ni la nécessité d'identifier les patients, les décisions de triage et les destinations.

Règle de méthode

L'événement majeur active une chaîne de commandement et des règles de coordination spécifiques. Les ressources sont réparties pour maximiser le bénéfice collectif, mais la dignité, la non-discrimination, la traçabilité et les compétences professionnelles subsistent. Un intervenant ne s'auto-attribue pas une fonction de commandement ou un acte hors compétence au seul motif du chaos.

Points à retenir

- Identifier commandement sanitaire, direction des secours, zones et canaux.
- Utiliser le système de triage et d'acheminement officiel ; ne pas improviser une destination individuelle.
- Documenter identification, catégorie, gestes essentiels, changements et moyen d'évacuation.
- Limiter l'information aux médias et aux proches aux canaux officiels.
- Préserver les documents de tri, journaux de centrale et listes d'acheminement.

Grille opérationnelle

Question	Contrôle à effectuer
Alerte	Qui qualifie l'événement et déclenche le dispositif ?
Commandement	À qui je rends compte et sur quel canal ?
Mission	Quel rôle m'est attribué ?
Triage	Quel outil officiel et quelle réévaluation ?
Évacuation	Destination coordonnée et traçabilité du patient.
Relève	Transmettre l'essentiel malgré la saturation.

Application pratique

TRAÇABILITÉ MINIMALE	PIÈGES À ÉVITER
• Heure et autorité d'activation du dispositif. • Chaîne de commandement, canal et mission attribuée. • Outil de triage, catégorie, heure et réévaluation. • Identité ou identifiant du patient et destination coordonnée. • Écarts motivés, ressources indisponibles et demandes de renfort. • Relève, clôture de mission et retour d'expérience.	• Céder à une demande de priorité liée au statut social ou à l'influence. • Utiliser plusieurs systèmes de triage concurrents. • Agir sans mission attribuée ni rendre compte au commandement. • Perdre la traçabilité du patient au moment de l'évacuation.

SENTINELLE L'urgence collective ne justifie ni favoritisme, ni disparition des traces, ni utilisation de bénévoles comme professionnels improvisés.

Mise en situation express

Lors d'un accident impliquant de nombreuses personnes, un proche influent exige l'évacuation immédiate d'un patient classé moins urgent. Dans le même temps, plusieurs intervenants utilisent des catégories de triage différentes.

Questions à trancher

- Quelle autorité fixe le dispositif et l'outil commun ?
- Comment répondre à la pression sans rompre l'équité du triage ?
- Quelles traces minimales doivent suivre chaque patient ?

RÉFLEXE FINAL Un commandement, un langage de triage, une traçabilité et des réévaluations partagées.

Sources officielles principales

Les liens renvoient aux versions officielles. Vérifier la version en vigueur avant une utilisation institutionnelle ou une adaptation cantonale.

- **S12** Vaud – Directives pour les professionnels des urgences préhospitalières
- **S19** Valais – Ordonnance sur l'organisation des secours sanitaires
- **S22** Genève – Règlement d'application de la LTSU
- **S25** Berne – Sauvetage : organisation, autorisations et planification

DPH-22 | Série 1 | 6 novembre 2026

Transport, sauvetage et assurances

Pourquoi la même ambulance peut-elle être remboursée très différemment ?

PÉRIMÈTRE Repères suisses à adapter au droit cantonal, aux protocoles du service et aux habilitations individuelles.

SÉCURITÉ PÉDAGOGIQUE Cette fiche soutient le raisonnement juridique. Elle ne remplace ni une formation clinique, ni les instructions de la centrale, ni une décision médicale.

À quoi sert cette fiche ?

Transport et sauvetage ne sont pas remboursés de la même manière et l'assurance compétente dépend de l'événement. La fiche aide à recueillir les faits utiles sans transformer l'équipage en garant de couverture ni laisser la question financière dicter la décision clinique.

Règle de méthode

Sous l'AOS, transport médicalement indiqué et sauvetage relèvent de règles distinctes. L'OPAS prévoit une contribution de 50 % : pour le transport, jusqu'à 500 francs par année ; pour le sauvetage en Suisse, jusqu'à 5 000 francs par année. En LAA, les frais nécessaires de sauvetage, dégagement, voyage et transport médicalement nécessaires sont remboursés selon le régime accident. La qualification dépend des faits, pas du seul véhicule utilisé.

Points à retenir

- Transport : déplacement médicalement indiqué parce que l'état ne permet pas un moyen ordinaire et vers un fournisseur approprié.
- Sauvetage : extraction d'une situation de danger extrême pour la vie ou la santé vers la prise en charge adaptée la plus proche.
- Accident couvert LAA : régime généralement plus favorable que la LAMal pour les coûts nécessaires.
- SMUR, hélicoptère, pompiers et renforts peuvent être facturés séparément.
- L'équipage ne promet pas un remboursement ; il explique prudemment la possibilité de coûts et documente l'indication.

Grille opérationnelle

Question	Contrôle à effectuer
Événement	Maladie, accident, maladie professionnelle ou autre ?
Nature	Transport ou sauvetage au sens juridique ?
Indication	Pourquoi un moyen spécial était-il médicalement nécessaire ?
Destination	Fournisseur adapté et le plus proche lorsque requis ?
Prescripteur	Ordonnance ou engagement 144 selon convention ?
Trace	Données permettant une qualification correcte.

Application pratique

TRAÇABILITÉ MINIMALE	PIÈGES À ÉVITER
• Nature de l'événement : maladie, accident ou autre situation. • Nécessité médicale d'un moyen particulier de transport ou de sauvetage. • Lieu de départ, destination et fournisseur approprié. • Engagement par le 144, prescription ou autre fondement disponible. • Informations administratives utiles sans retarder les soins. • Explications prudentes données au patient sur l'incertitude de prise en charge.	• Promettre le remboursement par une caisse ou l'assurance-accidents. • Faire peur avec la facture pour obtenir un refus. • Choisir une qualification administrative pour améliorer la couverture. • Confondre tout transport urgent avec un sauvetage au sens des assurances.

SENTINELLE Ne pas utiliser la peur de la facture pour forcer un refus, ni promettre une prise en charge que l'équipage ne peut garantir.

Mise en situation express

Après une intervention en terrain difficile, le patient demande si l'évacuation sera entièrement remboursée et envisage de refuser pour des raisons financières. Les faits permettant de distinguer transport et sauvetage ne sont pas encore clairement documentés.

Questions à trancher

- Quelles données factuelles seront utiles à l'assureur ?
- Que peut-on expliquer sans garantir la couverture ?
- Comment éviter que la question financière remplace l'évaluation médicale du refus ?

RÉFLEXE FINAL Décider d'abord selon la nécessité clinique, puis documenter précisément les faits qui permettront la qualification assurantielle.

Sources officielles principales

Les liens renvoient aux versions officielles. Vérifier la version en vigueur avant une utilisation institutionnelle ou une adaptation cantonale.

- **S09** OFSP – Frais de transport et de sauvetage (OPAS art. 26-27)
- **S10** Fedlex – Ordonnance sur l'assurance-accidents, frais de voyage, transport et sauvetage

DPH-23 | Série 1 | 6 novembre 2026

Autorisation du service, médecin responsable et qualité

Que doit garantir l'organisation avant même la première mission ?

PÉRIMÈTRE Repères suisses à adapter au droit cantonal, aux protocoles du service et aux habilitations individuelles.

SÉCURITÉ PÉDAGOGIQUE Cette fiche soutient le raisonnement juridique. Elle ne remplace ni une formation clinique, ni les instructions de la centrale, ni une décision médicale.

À quoi sert cette fiche ?

La sécurité ne commence pas au départ de l'ambulance. Elle dépend des autorisations, des effectifs, des habilitations, du matériel, des versions de protocoles et du système qualité. Cette fiche rend visibles les obligations de l'organisation avant l'incident.

Règle de méthode

Les cantons autorisent et surveillent les services, imposent une responsabilité médicale, des qualifications, un équipement, une permanence, une formation continue, une documentation et des mécanismes qualité. L'autorisation de l'entreprise, l'autorisation ou inscription du professionnel et l'habilitation à un acte sont des objets distincts.

Points à retenir

- Le service contrôle titres, habilitations, formations, interruptions d'activité et recyclages.
- Le médecin responsable élabore ou met en œuvre les protocoles et assure la surveillance médicale selon le modèle cantonal.
- Équipements, médicaments et stupéfiants exigent inventaire, maintenance, stockage, traçabilité et responsabilité.
- La planification doit permettre des équipages conformes ; les dérogations doivent être encadrées.
- La centrale et le service analysent interventions, non-transports, délais, incidents et qualité.

Grille opérationnelle

Question	Contrôle à effectuer
Service	Autorisation valable pour les missions effectuées.
Personnel	Titres, inscriptions, habilitations et formation continue vérifiés.
Protocoles	Validation, version, diffusion, formation et retrait.
Matériel	Maintenance, contrôles, médicaments et compatibilité.
Données	FIP, statistiques, sécurité de l'information et accès.
Qualité	Audit, incidents, simulation et actions correctives.

Application pratique

TRAÇABILITÉ MINIMALE	PIÈGES À ÉVITER
• Autorisation d'exploiter, périmètre et échéance. • Qualifications, autorisations professionnelles et habilitations du personnel. • Version, validation, diffusion et formation aux protocoles. • Maintenance des véhicules, dispositifs, médicaments et systèmes d'information. • Supervision du médecin responsable et contrôles périodiques. • Incidents, audits, actions correctives et vérification de leur efficacité.	• Découvrir après l'incident qu'une habilitation était échue. • Employer un véhicule ou un dispositif hors du périmètre autorisé. • Laisser coexister plusieurs versions non maîtrisées d'un protocole. • Réduire le médecin responsable à une signature administrative.

SENTINELLE Le professionnel ne doit pas découvrir lors d'un incident que son habilitation avait expiré ou que le protocole affiché n'était plus la version officielle.

Mise en situation express

Après une mission problématique, l'audit interne révèle qu'une habilitation individuelle avait expiré, que deux versions du protocole circulaient et qu'un contrôle de matériel n'avait pas été clôturé.

Questions à trancher

- Quelles obligations relèvent du professionnel et lesquelles de l'organisation ?
- Quels contrôles auraient dû empêcher la situation avant la garde ?
- Quelles mesures immédiates et systémiques doivent être prises ?

RÉFLEXE FINAL L'organisation doit pouvoir prouver la conformité et la préparation avant que la première mission ne soit engagée.

Sources officielles principales

Liens officiels ; vérifier la version en vigueur avant une utilisation institutionnelle.

S12 Vaud – Directives préhospitalières

S13 Vaud – Conditions-cadres des algorithmes

S16 Neuchâtel – Règlement préhospitalier

S17 Fribourg – Règlement des services d'ambulance

S18 Jura – Ordonnance sur le service ambulancier

S19 Valais – Organisation des secours sanitaires

S20 Valais – Autorisation d'une entreprise de secours

S21 Genève – Loi sur les transports sanitaires urgents

S22 Genève – Règlement d'application de la LTSU

S24 Genève – Règlement sur les institutions de santé

S25 Berne – Sauvetage, autorisations et planification

S26 Berne – Autorisation d'exercer comme ambulancier

DPH-24 | Série 1 | 6 novembre 2026

Manifestations et dispositifs médico-sanitaires

Quand une tente de secours devient-elle une organisation sanitaire réglementée ?

PÉRIMÈTRE Repères suisses à adapter au droit cantonal, aux protocoles du service et aux habilitations individuelles.

SÉCURITÉ PÉDAGOGIQUE Cette fiche soutient le raisonnement juridique. Elle ne remplace ni une formation clinique, ni les instructions de la centrale, ni une décision médicale.

À quoi sert cette fiche ?

Une manifestation peut aller du simple poste de premiers secours à un dispositif médicalisé soumis à des exigences plus fortes. La fiche aide à définir positivement les compétences, les actes, le lien au 144 et les modalités de transport avant l'ouverture au public.

Règle de méthode

Le dispositif dépend du risque, du public, de l'accès au 144, du niveau de soins proposé, des médicaments, du transport et du canton. Les secouristes bénévoles ne deviennent pas ambulanciers. Si un dispositif promet des soins, une surveillance, des actes ou un transport sanitaire, il doit disposer des autorisations, compétences, responsabilité médicale et voies d'escalade correspondantes.

Points à retenir

- Établir un concept médico-sanitaire : risques, effectifs, compétences, matériel, communications, évacuation et commandement.
- Définir les actes autorisés par profil et interdire médicaments ou gestes non couverts.
- Prévoir la relation avec le 144, les ambulances et l'hôpital ; éviter les transports « maison » de patients nécessitant surveillance.
- Informer le public sur la limite du poste : premiers secours, consultation, dégrisement, surveillance ou médicalisation.
- Conserver une documentation proportionnée et sécurisée.

Grille opérationnelle

Question	Contrôle à effectuer
Risque	Type d'événement, foule, alcool, chaleur, sport, éloignement et accès.
Équipe	Qui est professionnel, secouriste, bénévole, médecin ou responsable ?
Actes	Liste positive par fonction et mécanisme d'escalade.
144	Critères d'appel, canal et point de rendez-vous.
Transport	Qui peut transporter quel patient et vers où ?
Qualité	Rapport, incident, matériel et retour d'expérience.

Application pratique

TRAÇABILITÉ MINIMALE	PIÈGES À ÉVITER
• Analyse du risque, effectif attendu et caractéristiques du site. • Autorisation, concept sanitaire et interlocuteurs officiels. • Liste nominative des intervenants avec fonctions et compétences. • Actes, médicaments, matériel et limites de chaque profil. • Critères d'appel au 144, communications et point de rendez-vous. • Modalités de transport, documentation, confidentialité et retour d'expérience.	• Transformer une tente de premiers secours en consultation improvisée. • Laisser des bénévoles distribuer des médicaments ou pratiquer des gestes non couverts. • Transporter en véhicule privé une personne nécessitant soins ou surveillance. • Retarder l'appel au 144 pour éviter une mauvaise image ou une facture.

SENTINELLE Un dispositif interne ne doit pas retarder l'appel au 144 pour préserver l'image de l'organisateur ou éviter une facture.

Mise en situation express

Un festival accueille plusieurs milliers de personnes avec une tente tenue par des bénévoles. Après un traumatisme crânien, l'organisateur demande un transport en voiture privée afin d'éviter l'arrivée d'une ambulance devant le public.

Questions à trancher

- Le dispositif prévu correspond-il au risque réel de la manifestation ?
- Qui peut décider du transport et avec quel niveau de surveillance ?
- Quelles relations avec le 144 et quelles traces auraient dû être définies avant l'événement ?

RÉFLEXE FINAL Définir le risque, les compétences, les actes autorisés, l'escalade au 144, le transport et la documentation avant l'ouverture.

Sources officielles principales

Liens officiels ; vérifier la version en vigueur avant une utilisation institutionnelle.

S12 Vaud – Directives préhospitalières

S14 Vaud – Ambulanciers ES et secouristes IAS

S16 Neuchâtel – Règlement préhospitalier

S17 Fribourg – Règlement des services d'ambulance

S19 Valais – Organisation des secours sanitaires

S21 Genève – Loi sur les transports sanitaires urgents

S22 Genève – Règlement d'application de la LTSU