



es nouvelles responsabilités de l'infirmier, reconnaissance professionnelle ou guet-apens ?

Mireille DUCROS - Directrice du Service de Soins Infirmiers - Centre Hospitalier d'AUBAGNE

"La responsabilité est la capacité de prendre une décision sans en référer préalablement à une autorité supérieure, ou l'obligation de réparer une faute, de remplir une charge, un engagement."

Cette définition du petit Larousse illustre parfaitement le contexte dans lequel se situe la Responsabilité de l'Infirmier, qui d'une part, donne à celui-ci la faculté de gérer sa mission de façon autonome, mais qui d'autre part, l'engage à répondre de ses actes.

Si exercer la profession sans diplôme est un délit (article L474 du Code de la Santé Publique),

Exercer avec un diplôme d'Etat engage des responsabilités professionnelles qui, en cas de faute, implique juridiquement les soignants sur le plan disciplinaire, civil ou pénal (décret du 15 mars 1993).

"Tout manquement aux règles professionnelles est susceptible d'entraîner des poursuites devant la commission de discipline des infirmiers instituée par l'article L482-1 du Code de la Santé Publique et le décret du 16 février 1993".

La Charte du patient hospitalisé (circulaire du 6 mai 1995) informe celui-ci de ce qu'il est en droit d'attendre des soignants :

"Les Etablissements de Santé assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades en tenant compte des aspects psychologiques des patients."

"Si la personne hospitalisée... estime avoir subi un préjudice,... il peut saisir le Directeur de l'Hôpital d'une réclamation préalable en vue d'obtenir réparation."

"La personne hospitalisée est traitée avec égard et ne doit pas souffrir de propos et d'attitudes équivoques de la part du personnel."

Au fil des années, le rôle technique de l'Infirmier Diplômé d'Etat s'est accru, en même temps que ses responsabilités.

Nous sommes loin des années 70 où un certain Docteur SALMON déclarait : "S'il est vrai que l'I.D.E a sa responsabilité propre, c'est une responsabilité seconde, celle de l'exécutante qui n'a pas l'initiative et qui reste l'auxiliaire du médecin. Comment alors peuvent-elles envisager les éléments indispensables à leur métier ?"

Depuis, revendiquant à juste titre un rôle plus autonome, celui-ci est devenu plus spécifique et efficace, mais aussi plus responsable et dangereux.

Une phrase de Michel ROCARD extraite de la circulaire du 23 février 1989 relative au renouveau du service publique résume à elle seule le contexte dans lequel évolue notre profession :

"Il ne peut y avoir ni autonomie sans responsabilité, ni responsabilité sans évaluation, ni évaluation sans conséquences."

Dans le domaine des soins la responsabilité ne peut être plus lourde car la conséquence du risque peut aller jusqu'à la mort de la personne soignée.

En outre, cette responsabilité s'exerce sur des gens vulnérables : personnes affaiblies par la maladie ou âgées, enfants ou adultes à l'état de conscience altérée.

Cette responsabilité est d'autant plus difficile à contrôler qu'elle est complexe et souvent ambiguë.

Prendre nos responsabilités, c'est alors veiller au respect de nos règles professionnelles afin de ne pas être nous-mêmes en insécurité permanente ou en faute, mais aussi appréhender pour les autres, les conséquences de nos actes et de notre façon d'être. Prendre nos responsabilités, c'est également lutter contre notre envie "viscérale" d'enfreindre la loi pour faire plaisir aux malades, aux Médecins, aux collègues ou à la surveillante, au Directeur...

Pour cela, il nous faut prendre conscience des possibilités d'erreur et de nos limites personnelles, mais surtout connaître les circonstances pouvant engager notre responsabilité individuelle, collective ou conjonctuelle, afin de les éviter.

LA RESPONSABILITE INDIVIDUELLE

La responsabilité individuelle est sans doute la plus facile à cerner et à maîtriser car elle est assujettie à notre seule façon d'être. Elle peut être directe c'est-à-dire engagée par un acte personnel, ou indirecte c'est-à-dire consécutive à un acte que nous avons délégué.

Les mécanismes de fautes les plus connus sont ceux relatifs à la technique ou à la délégation :

- médication erronée ou non prescrite,
- utilisation de médicaments périmés,
- contamination du malade,
- non-obéissance à un ordre hiérarchique,
- non-respect des règles de sécurité,
- omission de porter secours,
- mauvaise délégation à une aide-soignante,
- non-encadrement des stagiaires,
- trahison du secret professionnel.

Mais dans le domaine individuel, il peut s'agir aussi de :

- méconnaissance des règles de prudence et de bon sens,
- désinvolture à l'égard de la mission,
- compérage.

et encore :

- de propos diffamatoires ou d'injures,
- de voie de fait,
- de satisfaction d'intérêt personnel en utilisant sa mission,
- d'outrage public à la pudeur au cours du service.

LA RESPONSABILITE COLLECTIVE OU PARTAGEE

La responsabilité collective ou partagée est indirecte et ses facettes sont multiples et complexes. Elle peut également être subie, et dans ce cas, le responsable est aussi la victime d'autres acteurs ou d'un système.

Elle est liée essentiellement au domaine de l'organisation des soins, et plus précisément :

- à l'affectation,
- aux attributions,
- aux transmissions,
- à la continuité des soins,
- à la coordination des soins,
- à la répartition de la charge de travail.

Mais aussi :

- à l'hygiène et l'asepsie,
- à la surveillance des personnes hospitalisées,
- à la maintenance du matériel et ses structures,
- à la vigilance collective en matière de sécurité.

Et encore :

- à l'information donnée aux malades et aux familles,
- à la recherche biomédicale,
- aux prélèvements d'organes,
- à l'évaluation des pratiques,
- à l'évaluation des agents.

LA RESPONSABILITE CONJONCTURELLE

La responsabilité conjoncturelle est diffuse et induite par un large contexte politique ou social : Maîtrise des dépenses de santé et conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers.

Cette forme de responsabilité résulte le plus souvent de mauvaises conditions de travail :

- pénurie d'infirmière,
- structures inadéquates,
- matériel insuffisant,

- amplitude de travail excessive,
- formation inexistante ou inadaptée,
- information incomplète ou erronée,
- concurrence structurelle déloyale.

S'il est bon pour éviter les pièges, de connaître les circonstances dans lesquelles s'exerce notre responsabilité, encore faut-il pouvoir se prémunir de la faute en appliquant préventivement le traitement.

Et paradoxalement, c'est la législation qui nous l'offre. En effet, si la législation pose les problèmes en précisant les devoirs de chacun, elle contient également dans ces textes d'application les solutions à mettre en œuvre pour assumer sans faillir ses responsabilités.

LES SOLUTIONS A METTRE EN ŒUVRE

De la même façon que l'on apprend le code de la route avant de prendre le volant, on ne peut soigner sans risque en ignorant le décret de compétence du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et le code de déontologie du 16 février 1993.

Ces 2 textes définissent clairement le partage des responsabilités entre I.D.E, Médecins, A.S. et étudiants.

"Les soins infirmiers sont préventifs, curatifs ou palliatifs, de nature technique, relationnelle et éducative."

" Relèvent du rôle propre de l'infirmier, les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne. Dans ce cadre, **I.D.E. a compétence pour prendre les initiatives** qu'il juge nécessaire et accomplit les soins indispensables. Il identifie les besoins du patient, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, **met en œuvre les actions appropriées et les évalue.**

"L'I.D.E. peut les assurer avec la collaboration d'A.S. ou d'A.P. qu'il encadre, et **dans la limite de la compétence reconnue à ces derniers.**"

L'I.D.E. **est habilité à accomplir sur prescription médicale**, qui sauf urgence, doit être écrite, **qualificative et quantitative, datée et signée**, les actes ou soins infirmiers relevant de sa compétence.

L'I.D.E. participe **en présence d'un médecin** à l'application des techniques suivantes :

- 1er sondage vésical chez l'homme en cas de rétention.
- prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant.
- actions mises en œuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale.
- activité au sein d'un B.O. en tant que panseur, aide ou instrumentiste.
- l'infirmier anesthésiste ou l'I.D.E. en cours de formation sont seuls habilités, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, à participer à l'application des techniques suivantes : Anesthésie Générale, Anesthésie loco-régionale et réinjection per-opératoire.

En l'absence du Médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation d'urgence, **à mettre en œuvre des protocoles de soins** préalablement **écrits, datés et signés** par le médecin responsable.

L'I.D.E. **participe à des actions de secours...** ainsi qu'à la **concertation avec les membres des autres** professions de santé ou des professions sociales, en vue de coordonner leurs interventions notamment dans le domaine des prélèvements et des transplantations d'organes ou de greffes de tissus.

Le Code de déontologie (Décret du 16 Février 1993) précise :

"I.D.E. n'accomplit que les actes professionnels qui relèvent de sa compétence"

"I.D.E. est tenu de porter assistance aux malades ou blessés en péril....."

"Pour garantir la qualité des soins et la sécurité des patients, l'I.D.E. a le devoir d'actualiser et perfectionner ses connaissances professionnelles"

"I.D.E. a le devoir de ne pas utiliser de techniques nouvelles de soins infirmiers qui feraient courir au patient des risques injustifiés"

"I.D.E. fait respecter les règles d'hygiène dans l'administration des soins"

"I.D.E. a le devoir d'établir correctement les documents nécessaires aux patients"

D'autres textes comme le Guide du Service Infirmier sur le dossier de soins (Circulaire du 15 Mars 1985) et ses modalités d'utilisation (circulaire du 15 Septembre 1989) nous proposent depuis longtemps les solutions d'organisation à mettre en œuvre dans le domaine des transmissions.

Si la responsabilité se conçoit clairement sous un aspect technique, il faut également l'appréhender du point de vue relationnel et là encore, les textes nous éclairent sur la conduite à tenir.

Le secret professionnel est défini de manière générale dans le Code Pénal du 1er mars 1993 à l'article 226-16. Pour les I.D.E. l'article 487 du Code de la Santé Publique apporte des précisions complémentaires : le secret professionnel pour l'I.D.E. est double. Il peut s'agir :

- d'informations confiées par un malade
- d'informations sur le patient, découvertes dans l'exercice de ses fonctions.

La "révélation divulgatrice" constitue l'effraction. Deux cas sont exempts de secret :

- les sévices ou privations subis par un mineur de moins de 15 ans,
- les violences sexuelles.

Le décret du 30 mars 1992 relatif au secret professionnel insiste de manière encore plus précise sur le sujet.

Dans le domaine de l'information

La responsabilité des I.D.E. peut être engagée, non pas dans l'explication au malade de sa maladie et son traitement où seuls les médecins sont concernés, mais seulement lors d'in-

formation et de recueil de consentement dans le cadre des essais thérapeutiques et des dons d'organes. La conduite générale à tenir est une prudence particulière dans l'information, lorsqu'il s'agit de maladie grave ou mortelle.

Du point de vue de l'organisation des soins, là encore les textes nous permettent de donner notre avis ou de **participer aux décisions**.

L'article 714-26 de la loi hospitalière du 31 juillet 1991 crée le Service de Soins Infirmiers, identifie et reconnaît les domaines de compétence de sa Commission.

La Commission du Service de Soins Infirmiers (CSSI) donne son avis sur :

- l'organisation des soins,
- la formation,
- la recherche en soins infirmiers,
- le Projet d'Etablissement.

C'est un outil de participation proposé aux Infirmiers et aux Aides-Soignants.

La loi **prévoit** aussi la **participation, à titre consultatif**, d'un membre de la CSSI à la **Commission Médicale d'Etablissement (CME)** et l'**implication** d'un soignant à **part entière dans la plus haute instance de décision** de l'Hôpital, le Conseil d'Administration (CA). Composé des représentants du personnel non médical le **Comité Technique d'Etablissement émet un avis** sur le Projet d'établissement, le budget, les créations, les suppressions ou transformations des structures médicales, les conditions et l'organisation du travail, la politique générale de formation (loi du 31 juillet 1991).

Le Conseil de Service ou de Département permet de développer les responsabilités à tous les niveaux. Il associe davantage les acteurs hospitaliers aux décisions d'organisation de soins du service. Toutes les catégories de personnels médicaux et non médicaux y sont représentées. Le Conseil de Service permet aux agents de s'informer, de s'exprimer, d'échanger, de participer à l'élaboration des projets de service et enfin de faire des propositions sur le fonctionnement.

Enfin, la loi du 31 juillet 1991 positionne l'**Evaluation**. "Les Etablissements de santé publics ou privés développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation de soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin d'en garantir notamment la qualité et l'efficacité."

La législation, pour nous permettre de prendre nos responsabilités, **nous offre la qualification**.

La formation de base des infirmiers s'adapte à l'évolution des compétences nécessaires et des besoins, et le texte de 1992 modifie le **programme de formation des Etudiants Infirmiers**, prévoit moins de stages techniques, plus de psychiatrie et remplace le terme déresponsabilisant "d'Ecole" par celui "d'Institut".

Bien que générale, la compétence de l'Infirmier n'est pas universelle et une affectation non ciblée peut induire des risques importants, d'où la nécessité d'élaborer des profils de postes et de fonctions et l'intérêt **d'élargir ses compétences** par une spécialisation (décret du 13 janvier 1992 relatif aux IBODE et décret du 17 décembre 1991 relatif au IADE).

Dans le domaine de l'encadrement,

Le décret du 17 avril 1943 précisait le rôle des surveillants :

"Les surveillants dirigent les services de malades et le personnel placé sous leur ordre, sous l'autorité du Directeur pour toutes les questions administratives et sous l'autorité du Médecin Chef pour les soins à donner aux malades".

Le décret du 18 août 1995 créant un diplôme créant un cadre de santé commun à toutes les professions paramédicales **donne les moyens d'assumer les responsabilités inhérentes à la fonction d'encadrement.** En effet la formation traite des rôles et place du surveillant, de l'initiation à la recherche, de la responsabilité des cadres gestionnaires et formateurs, et permet d'acquérir des outils de gestion financière et matérielle.

Enfin un des moyens donnés aux Infirmiers par la législation est la **création de la fonction d'Infirmier Général et le rôle de celui-ci.**

"L'Infirmier Général participe à la conception, l'organisation, l'évolution des Services Médicaux sous l'autorité du Directeur d'Etablissement (décret du 18 octobre 1989). Son rôle essentiel est de "créer, maintenir, développer les conditions permettant à ses membres de distribuer des soins infirmiers adaptés".

CONCLUSION

Le Service de Soins Infirmiers, écartelé entre son rôle propre et son rôle délégué est en permanence confronté à ses responsabilités. Or, il est de notre responsabilité de pouvoir tous y répondre, car la reconnaissance de notre profession passe par **la compétence individuelle mais surtout collective.**

Prendre ses responsabilités, ce n'est pas subir les contraintes d'une législation aussi abondante que complexe, mais utiliser les solutions qu'elle nous offre, et gérer les risques inhérents à notre profession.

Ce n'est pas non plus subir sans rien dire l'organisation des soins et les exigences des autres, mais au contraire se motiver pour avancer ensemble, partager clairement les charges, développer la créativité pour pallier les difficultés économiques et améliorer la qualité des soins.

Prendre ses responsabilités, c'est enfin conforter la place de l'Infirmier au sein des structures de soins, s'engager dans la réalisation d'objectifs communs, ouvrir de nouvelles perspectives d'avenir et de carrières.

En nous donnant des responsabilités, la législation nous donne les moyens d'exister. A nous de les utiliser pour développer cette reconnaissance que nous revendiquons.

Pour cela, il ne s'agit pas de supplanter les administratifs, les médecins, les médico-techniques et les logistiques, ni de tomber dans un système de "couverture du risque" qui engendrerait une "déresponsabilisation" totale, mais de travailler ensemble sur des projets communs permettant un meilleur fonctionnement des services, et d'aller vers une responsabilité sereine et objective en remettant en cause nos pratiques professionnelles.

Lorsque la loi nous interpelle, nous avons tendance à penser que les textes ne sont pas adaptés à la pratique et qu'ils contiennent de nombreuses contradictions, voire des aberrations ! Et si c'était l'inverse ?...