

Centre Hospitalier Universitaire de Brest
Ecole d'Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat
Promotion XXXIV
2002 – 2004

La responsabilité civile professionnelle en secteur public hospitalier : Les IADES ont-ils intérêt à s'assurer ?

Eric BUNEL

Sommaire

Préambule.....	3
Introduction	5
Cadre conceptuel	7
Intérêt et rôle de l'assurance.....	22
Méthodologie.....	24
Analyse des résultats.....	42
Analyse globale.....	64
Conclusion.....	65
Glossaire.....	67
Bibliographie.....	68
Annexes.....	70

Préambule

Nul ne peut l'ignorer ; il ne se passe pas une semaine sans que les médias relatent avec force la mise en cause de médecins de toutes spécialités, la condamnation d'hôpitaux pour des défauts de surveillance, des retards de diagnostic voire des diagnostics erronés, des infections nosocomiales... la santé est en ligne de mire.

Dans l'hôpital ces annonces sont commentées, analysées et débouchent inmanquablement sur la question ; « Et toi, t'es assuré ? ». Le débat est lancé ... en parlant d'assurance, les professionnels abordent le sujet de la Responsabilité Civile Professionnelle. Deux clans s'affrontent : certains pensent qu'il ne faut pas compter sur l'administration hospitalière pour les défendre, d'autres tablent sur la prise en charge juridique « systématique » de leur responsabilité par l'hôpital (sentiment de quasi irresponsabilité personnelle des agents hospitaliers) ; les uns tremblent de devoir rendre compte de la qualité de leur travail, les autres ne s'imaginent pas voir leur responsabilité engagée ...

Qui a tort ? Qui a raison ? Les personnels assurés sont ils des anxieux pathologiques ou des visionnaires ? Ceux qui ne le sont pas, sont-ils des doux dingues persuadés de la mansuétude des instances juridiques et de leur administration, ou bien des réalistes raisonnables ?

Dés que la discussion s'engage sur l'argumentation du choix de s'assurer ou pas, les propos deviennent plus vifs ; vérités et contrevérités s'affrontent sans qu'une réponse claire ne soit apportée.

J'ai vécu ces débats lors de mon propre exercice professionnel, et je le retrouve dans les différents lieux de stage que je fréquente au cours de mon cursus d'école IADE.

Au cours de ma première année de formation maître Germain DECROIX, juriste au « Sou Médical » est intervenu à propos de la responsabilité juridique de l'infirmier anesthésiste. Il nous a apporté des repères dans un univers mouvant et complexe. Pourtant, son seul exemple concret de sinistre déclaré par un IADE du secteur public m'a laissé dubitatif sur l'intérêt de s'assurer individuellement à l'hôpital, d'autant plus que cette déclaration ne relevait pas du champ d'action de l'assurance.

Je profite donc de ce travail de recherche pour me forger mon opinion sur la nécessité réelle ou imaginaire de souscrire une assurance responsabilité civile professionnelle.

Pourquoi ce débat est-il récurrent dans les services de soins et plus particulièrement au sein des blocs opératoires et des services d'urgence ? Le fait que ces interrogations persistent est-il le signe que la réponse n'est pas si tranchée, ou bien est ce le signe pathognomonique que le corps professionnel infirmier connaît

mal les rouages des règlements qui le régissent ? Si ce débat est encore d'actualité relève-t-il du fantasme que le travail d'équipe interdit toute recherche personnelle de responsabilité ? Les infirmiers qui « ouvrent le parapluie » de l'assurance vivent-ils leur profession comme corollaire du médecin et font-ils un amalgame entre les responsabilités médicales et paramédicales ? Au contraire, ceux qui ne s'assurent pas sont-ils en état de dépendance juridique vis à vis du corps médical et se sentent-ils systématiquement sous la protection du médecin prescripteur ou de l'hôpital ?

L'accroissement de la technicité des soins, des demandes de réparation, l'évolution de la législation au bénéfice des droits du patient, le concept nouveau du patient consommateur de soins donc exigeant des explications, et revendiquant le droit à la qualité optimale de sa prise en charge sans faux-pas, ont modifié les relations entre le patient et le personnel soignant.

Les autorités sanitaires ont de leur côté institué des réglementations ayant pour but la sécurité des soins et la qualité des prestations ; accréditation, « cellule qualité », ingénieurs qualitatifs, traçabilité. Ces cadres d'exercice ont parfois donné au personnel soignant une impression de défiance vis à vis de leur travail.

L'IADE évolue dans ces cadres ; malgré toutes les mesures prises en amont de l'acte de soin auprès du patient (formation des personnels, progrès techniques), le risque anesthésique est une entité qui n'est pas près de disparaître. L'anesthésie garde un taux de mortalité et de morbidité où l'erreur humaine est déterminante (surdosage médicamenteux, lésions traumatiques de la filière trachéale,...). Le nombre de décès imputables exclusivement à l'anesthésie durant l'année 1999 peut être estimé à 53. Le nombre de décès partiellement imputables peut être estimé à 366. La mortalité totalement liée à l'anesthésie, qui était de l'ordre de 1/13000 dans les années 1980, est de l'ordre de 1/140000 à présent (1). Le manque de médecins anesthésistes croissant, la multiplication des actes d'anesthésie, la fréquence des polyopathologies dans une population de plus en plus âgée, confèrent à l'IADE un rôle prépondérant tout en accentuant son isolement face à ses responsabilités.

Aujourd'hui, le décret du 11 février 2002 définit le nouveau cadre de l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste. Il tient compte de l'évolution des pratiques et octroie des compétences accrues à l'IADE. Ces nouvelles compétences impliquent de nouvelles responsabilités ; des assurances nous proposent de les prendre en charge. Quel intérêt pouvons nous y trouver ?

(1) LIENHART (André), AUROY (Yves), PEQUIGNOT (Françoise), BENHAMOU (Dan), JOUGLA (Eric), *Sécurité anesthésique, où en est-on ?* OXYMAG n°74 février 2004 p21-24

INTRODUCTION

J'ai choisi d'entreprendre ce travail de recherche sur la question de l'intérêt pour les IADES du secteur public de s'assurer pour couvrir leur responsabilité civile professionnelle.

L'objectif finalisé de l'étude est de présenter des arguments permettant la prise de décision éclairée concernant l'assurance en responsabilité civile professionnelle. Pour y parvenir, il est indispensable de connaître précisément les risques liés à l'exercice de la profession d'IADE en secteur public hospitalier.

Il en est de même pour toute assurance facultative proposée dans le cadre de la vie privée : quels sont les risques encourus ? Quels risques suis-je prêt à accepter ? Dans quelle mesure me sont-ils applicables ?

Les objectifs opérationnels menant à une conclusion argumentée sont tout d'abord de présenter et d'analyser le cadre conceptuel du sujet, à savoir les textes régissant la profession d'IADE.

L'analyse d'entretiens auprès d'un anesthésiste expert auprès des tribunaux, d'un responsable du service contentieux, d'un assureur permettront de confronter la responsabilité « des textes » à la réalité « du terrain ».

Des entretiens de professionnels, les interrogeant sur leur choix de s'assurer ou non complètent ce volet.

La documentation enfin, sur des supports variés comme des articles de presse, des ouvrages juridiques, des travaux réalisés précédemment constitueront une ressource rassemblée en bibliographie et pourront étoffer l'argumentation.

Mais pourquoi le sujet de « l'assurance professionnelle » est-il si polémique ? Pourquoi n'obtient-on pas de réponse claire à cette question ? J'ai choisi de retenir plusieurs hypothèses ; elles se déclinent ainsi :

► Les IADES maîtrisent-ils l'organisation juridique, le droit, les textes qui régissent la profession et dans lesquels l'activité de l'IADE s'inscrit ;

► Un manque de réflexion sur l'évaluation du risque de procédure induit par l'exercice de la profession, qui débouche sur une conclusion aléatoire sur l'utilité de s'assurer,

► L'impression d'exercer une profession à haut risque juridique, de se conformer à une représentation professionnelle alors que cette notion de risque, comme nous le verrons plus loin, est surtout applicable aux médecins.

► Le mode de communication des sociétés d'assurance professionnelle qui, s'appuyant sur une actualité riche en procédures mettant en cause « le monde de la santé » et « surfant » sur des condamnations médiatisées « diabolisent » l'exercice professionnel.

Pour traiter ces différents points, mon travail comportera quatre parties :

- En premier lieu, une présentation du cadre conceptuel de l'étude : il s'agit de l'organisation du système juridique français, dont découlent les obligations de l'IADE.

- Le second chapitre présentera l'assurance responsabilité civile professionnelle ; ses champs d'intervention, les limites de son action ; par ailleurs, je m'appuierai sur l'analyse de juristes, sur les recommandations du Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes et sur celles de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation.

- Le troisième volet sera constitué du recueil de données et de l'analyse des résultats des enquêtes menées auprès des IADES.

- Au cours de la conclusion, je m'efforcerai de donner une réponse la plus claire possible quant à l'intérêt pour l'IADE du secteur public de souscrire une telle assurance.

CADRE CONCEPTUEL

Principe de droit
Les sources directes du droit
Les sources indirectes du droit
L'organisation judiciaire

Principe de droit

Le droit consiste en l'ensemble des règles permettant et organisant la vie en société.

Ainsi, le droit permet de régir les rapports entre les personnes, les organisations collectives, l'Etat, etc. In fine, l'objectif est d'organiser une société où les hommes sont égaux devant la loi.

La France est un état de droit ; ceci suppose une organisation et des principes abordés ici très succinctement.

Les sources directes du droit

Afin d'éviter la concentration des pouvoirs en un seul homme ou groupe d'hommes, il existe le principe de séparation des pouvoirs :

◆ **Le législatif** : Ce sont l'Assemblée Nationale composée de députés élus et le Sénat composé de sénateurs. Ces représentants élus sont la « voix du peuple ». Ils votent les lois et peuvent en proposer : les propositions de lois.

◆ **L'exécutif** : Ce sont le président de la République et le gouvernement avec à sa tête le premier ministre. Le gouvernement assure l'exécution des lois (art. 21 C). De surcroît, il possède un pouvoir propre dit réglementaire. Le gouvernement peut aussi proposer des lois : les projets de lois.

◆ **La justice** : Elle dispose d'une indépendance vis à vis du pouvoir afin de veiller au respect des règles de droit.

La hiérarchie des normes

Tous les textes régissant l'activité humaine en France sont regroupés en trois catégories :

◇ LES LOIS

Elles sont de **portée générale**, sans tenir compte des particularismes, et définissent de grandes orientations générales. Elles sont applicables à l'ensemble des citoyens.

La loi seule ne permet pas une évolution de la législation ; elle est validée dès lors que son décret d'application paraît au journal officiel ; elle est alors promulguée et est opposable à tout citoyen. Cette précision est importante car il peut se passer des mois entre le vote d'une loi et sa mise en application effective.

◇ LES DECRETS

Il existe deux sortes de décrets :

- Les décrets dits « autonomes » qui sont possibles dans les domaines qui ne relèvent pas de la loi.

- Les décrets qui nous intéressent sont ceux dit « **d'application** ». Ils entérinent une loi et viennent **préciser et organiser son exécution**. Ils sont signés par le 1^{er} ministre et éventuellement les ministres concernés (au titre de chef de service d'une administration).

Les décrets permettent de tenir compte des particularismes : ainsi les infirmiers disposent d'un **décret de compétence** (décret n° 2002-194 du 11 février 2002), de **règles professionnelles** (décret n°93-221 du 16 février 1993). Ce type de décrets « spécialisés » induit la consultation de conseils d'ordre technique. Pour les infirmiers, tout texte se rapportant à leur exercice provoque la consultation des infirmiers du **conseil supérieur des professions paramédicales**. Le conseil d'Etat (section sociale) est entendu pour valider juridiquement de tels décrets. Considérant la spécificité médicale du décret de compétence, l'Académie Nationale de médecine est entendue.

◇ LES ARRETES ET LES CIRCULAIRES

Les arrêtés peuvent émaner de ministres, préfets, maires dans leur domaine respectif de compétence. Des arrêtés viennent aussi **compléter des décrets d'application** en précisant les détails nécessaires à l'exécution du décret (exemple : contenu d'une formation).

Les circulaires sont essentiellement des « **explications de textes** » destinées aux administrations concernées afin de faciliter la mise en œuvre des textes. Elles ne génèrent pas de droit.

Ainsi, les infirmiers sont soumis à une réglementation elle même soumise à la loi. Ceci leur permet de disposer de droits, de devoirs, et leur confère des prérogatives spécifiques.

La loi évoque la notion « d'encadrement », un décret d'application institue le diplôme de cadre de santé et un arrêté pris en application de ce décret vient définir le contenu de la formation.

Les sources indirectes du droit

Limitons nous à la jurisprudence par souci de pertinence. **La jurisprudence est constituée par l'ensemble des décisions rendues par les différentes juridictions.**

On parle alors d'un droit prétorien (« lieu où la justice est rendue ») et l'on pourrait résumer l'intérêt de la jurisprudence en 4 points distincts :

- ◆ Elle **interprète la loi**, quand elle est obscure (la doctrine des juristes permet d'aider à l'interprétation des textes).
- ◆ Elle **adapte la loi générale** à des situations précises.
- ◆ Elle **supplée la loi** : l'évolution des mœurs, des sciences, de la technique crée des problèmes nouveaux ; la jurisprudence va tenter alors de combler le vide juridique.
- ◆ Elle **inspire des lois nouvelles** : le législateur est amené à agir sur de nouveaux problèmes repérés par les juges.

Les juges « disent le droit » et ne se réfèrent à la jurisprudence que lorsque les textes n'apportent pas de réponse précise, de solution explicite. Les juges n'ont pas obligation de se référer à des décisions précédentes (à la différence des juges anglo-saxons) et peuvent provoquer un revirement jurisprudentiel. Il existe une **jurisprudence constante** qui concerne des décisions majeures dont on dit qu'« elles font jurisprudence » qui, même si elles n'ont pas stricto sensu vocation à faire force de loi, restent des interprétations admises de tous. Ainsi les avocats et les juges tendent à se référer à la jurisprudence pour trouver une solution à un problème similaire précédemment jugé par un autre tribunal.

L'organisation judiciaire

En préambule, il convient de noter qu'il cohabite deux ordres dans notre système de droit : le droit public et le droit privé.

◆ Le droit privé comprend le droit civil, pénal, de la famille, du commerce, ... **Le droit privé régit les conflits entre personnes privées.** Qu'elles soient des **personnes physiques** (les particuliers) ou **morales** (les cliniques privées, les sociétés commerciales, les associations, ...).

◆ Le droit public est l'ensemble des textes qui régissent les affaires de l'Etat

Juridictions de l'ordre administratif

Tribunal Administratif ► Appel ► Cour Administrative d'Appel ► Conseil D'Etat

Il apparaît quelquefois difficile de déterminer si une affaire relève du droit privé ou du droit public, et ainsi si l'ordre juridictionnel judiciaire ou administratif est compétent. C'est alors au Tribunal des conflits de déterminer le régime juridique applicable. Il désigne la juridiction compétente et renvoie l'affaire devant celui-ci.

La compétence de la juridiction administrative est limitée aux contentieux des **activités de l'administration française**. Le juge administratif ne peut pas connaître de litiges entre personnes privées. Ainsi, ipso facto, on remarque qu'**une faute commise par une infirmière hospitalière (hôpital : personne morale de droit public) relève du tribunal administratif à contrario de la faute d'une infirmière exerçant en clinique (personne morale de droit privé) qui relève alors des tribunaux judiciaires.** Ce principe est vrai mais il existe des bémols en fonction de la nature de la faute.

Juridictions de droit commun

Les juridictions civiles

Tribunal de grande instance → Appel → Cour d'Appel → Pourvoi → Cour de Cassation (chambre civile)

Les juridictions répressives

- Le **Tribunal de police** juge les contraventions (ex : coups et blessures involontaires sans incapacité totale de travail, ...).
- Le **Tribunal correctionnel** juge les délits (homicide involontaire, violation du secret médical, coups et blessures involontaires avec incapacité totale de travail, ...).
- La **Cour d'assises** juge les crimes (homicide volontaire avec préméditation, infanticide, ...). A noter que cette cour implique la constitution d'un jury populaire. Effectivement, considérant la gravité potentielle intrinsèque d'un crime et celle de la sanction, la société est représentée par le juge et le jury composé de citoyens (tirés au sort sur les listes électorales).

Les notions de responsabilité

D'après le dictionnaire « Larousse », responsable est dérivé du latin *responsum*, *respondere*, se porter garant (2). Le responsable est celui « qui doit répondre, être garant de ses propres actions ou de celles des personnes dont il a la charge ». « Être responsable » signifie donc « se reconnaître auteur de ces actes, en accepter les conséquences et en répondre devant soi, devant le patient et devant la société ; c'est admettre la nécessité de remplir un devoir, de tenir un engagement, et de réparer un dommage causé ».

(2)Le petit Larousse Illustré 2001, p885

Pour le professionnel, la responsabilité (3) qui vient de responsable, ne se limite donc pas à l'exercice de ses obligations vis-à-vis de la loi (responsabilité juridique) ; elle s'entend en amont comme « modalités de l'action » et se traduit par une façon d'agir prudente, en réfléchissant aux conséquences de ses actes pour soi et pour les autres (responsabilité morale) (4)

La responsabilité civile et administrative

Le principe : **Chacun doit répondre des conséquences de ses actes.** Il doit alors réparer le préjudice ainsi causé. Cette réparation prend la forme d'une indemnisation qu'on appelle « dommages et intérêts ».

Article 1382 du code civil : « *Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer.* » La faute n'est pas nécessairement volontaire, elle peut résulter d'une inattention, d'une négligence.

Article 1383 du code civil : « *Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence.* »

De surcroît, la responsabilité civile d'une infirmière peut-être engagée du fait d'une personne sous sa responsabilité (aide-soignante lors d'un soins, étudiante infirmière, ...) et des choses sous sa garde (matériel médical, ...).

Article 1384 du code civil : « *On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde.* »

Précisions : **L'IADE doit savoir qu'elle ne peut déléguer qu'exclusivement les actes que la personne qui reçoit la délégation a acquis dans le cadre de sa formation.**

Cas des aides-soignantes : L'IADE ne peut déléguer que des actes relevant de l'article 5 (rôle propre) du décret de compétence à l'exclusion de ceux que l'aide-soignante n'a pas acquis lors de sa formation (exemple : prise de tension artérielle, dextro, changement de sonde gastrique ou vésicale, ...).

Exemple : Une IADE demande à une aide-soignante d'injecter des médicaments (art. 5, décret n° 2002-194 du 11 février 2002).

Cette dernière s'exécute et arrive un incident de posologie. On dit que la responsabilité sera partagée et solidaire : l'IADE car elle est responsable des faits des personnes sous sa garde (art. 1384, code civil) et l'aide soignante qui en acceptant cette délégation (négligence, imprudence, ...) a causé un préjudice (art. 1383, code civil).

(3) Le petit Larousse illustré 2001, p885

(4) Bulletin du SNIA n°149 2^{ème} tri 2000 « La profession de l'infirmier anesthésique ou l'éthique d'une profession à risque juridique » A. Greffier

Cas des élèves infirmiers anesthésistes : La délégation se limite aux techniques acquises par l'élève en fonction de son niveau de formation et expérience acquise lors des stages.

Pour le cas des « choses sous sa garde », il convient de préciser que l'IADE qui constate un défaut sur un appareil (pousse seringue, respirateur, ...) impliquant le patient, l'utilisateur ou un tiers (défibrillateur semi-automatique, ...) à l'obligation de le signaler (art. L665-6, CSP) à qui de droit (IADE hospitalière : le chef de service) sous peine d'engager sa responsabilité pénale (art. L665-7, CSP) pour déclaration relative à la matériovigilance (art. R665-52, 62 et 69, CSP). La loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé précise cette obligation en évoquant la notion de « produit de santé » qui englobe la pharmacovigilance et la matériovigilance :
Art. L. 1413-14. - *Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté ou suspecté la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou d'un événement indésirable associé à un produit de santé doit en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente.*

En tout état de cause, pour que la responsabilité civile soit engagée, **trois éléments doivent exister impérativement** :

**LA FAUTE ↔ LIEN DE CAUSALITE ENTRE LA FAUTE ET LE
PREJUDICE ↔ PREJUDICE**

La gravité du préjudice conditionne le montant des dommages et intérêts qui seront alloués à la victime ou à ses ayants droits.

Si la responsabilité civile d'une IADE est engagée, la procédure d'indemnisation diffère en fonction de son lieu d'exercice :

Pour l'IADE exerçant dans un établissement public (c'est l'objet de l'étude) et quel que soit son statut : **on parle alors de responsabilité administrative**. C'est l'hôpital qui assure l'indemnisation de la victime.

Attention : Il faut que la faute soit dite « de service » c'est-à-dire qu'elle soit non intentionnelle et entre dans le cadre de la fonction de l'agent. Par exemple : extravasation suite à la pose d'un cathéter court.

Si la faute est dite « **personnelle et détachable de service** », la responsabilité n'est plus administrative (du fait d'un agent public) mais bien **personnelle**, l'IADE assure alors seule l'indemnisation. Par exemple : injection létale dans un contexte d'euthanasie active.

Les responsabilités peuvent être qualifiées de cumulées : l'arrêt Lemonier (1918,

CE) prévoyait cette hypothèse considérant que « *la faute personnelle n'a pu être commise qu'au moyen des instruments, ou des pouvoirs mis à sa disposition par le service* » mais l'arrêt Laruelle (1951, CE) admet **l'action récursoire**, c'est à dire la faculté dont dispose l'administration pour assigner l'agent en justice afin d'obtenir le remboursement intégral de l'indemnité.

Dans les faits, l'administration n'utilise que très peu cette possibilité ... c'est donc un régime très protecteur pour le fonctionnaire. Par contre, l'administration peut (et choisit souvent cette solution) prononcer à l'encontre de l'agent une **sanction disciplinaire**.

► A noter : **La responsabilité administrative d'un hôpital peut-être engagée sans faute** dans des cas particuliers délimités par la jurisprudence :

- **L'aléa thérapeutique** : Lors de l'utilisation de traitements ou thérapeutiques nouvelles ayant provoqué des complications exceptionnellement et anormalement graves, hors contexte d'urgence vitale (Arrêt Gomez, 1990, CE). Le jeune homme est resté paralysé suite à une intervention chirurgicale dans un contexte de cyphose évolutive.

- **Responsabilité pour risque : la responsabilité sans faute** d'un hôpital peut-être engagée pour un acte médical nécessaire, qui comporte un **risque connu mais de réalisation exceptionnelle** auquel le patient n'est **pas particulièrement exposé**, causant des dommages d'une extrême gravité sans rapport avec **l'état initial** du patient (arrêt Bianchi, 1993, CE). La victime est restée tétraplégique suite à une artériographie.

Cette tendance tend à se développer dans l'intérêt de la victime. Ainsi, la récente jurisprudence admet qu'**en cas d'infection nosocomiale, il y a présomption de faute de l'établissement. Il reviendra donc à ce dernier de prouver son absence de faute (respect des règles d'asepsie, désinfection du matériel, ...)**. De surcroît, la loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé prévoit explicitement cette présomption de faute en ces termes : Art. L. 1142-1 CSP « [...] *Les établissements, services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère.* ».

Néanmoins il convient de souligner un aspect : par définition, dès lors que l'établissement aura à démontrer son absence de faute, l'autorité est susceptible d'analyser les faits, gestes et pratiques effectuées par les professionnels de santé aux fins de démontrer son absence de faute. **D'où l'importance de transmissions écrites ciblées, exhaustives et rigoureuses en terme de précision dans le dossier de soins infirmiers.** Cette mise en cause de la responsabilité vis-à-vis des patients en terme d'hygiène implique l'IADE car dans les textes qui lui sont applicables, le décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles dispose :

Article 11 : l'infirmière doit « **respecter et faire respecter les règles d'hygiène dans l'administration des soins, dans l'utilisation des matériels et dans la tenue des**

locaux. Il s'assure de la bonne élimination des déchets solides et liquides qui résultent de ses actes professionnels. »

Il est à noter que la responsabilité pénale sera certainement plus recherchée que la responsabilité civile (obligation de prudence, faute par négligence, mise en danger d'autrui, matérieo-vigilance, etc ...).

Responsabilité pénale

Les principes :

- « *Nullum Crimen sine lege* » qui signifie « *Pas de crime sans loi* ». **Pour qu'il y ait faute pénale, il faut que celle-ci soit expressément codifiée dans le code pénal.**
- « *Nul n'est pénalement responsable que de son propre fait* » (art. 121-1, code pénal). Ceci permet de préciser la notion de cette célèbre phrase « **je te couvre ...** ».

Par exemple, un MAR prescrit un protocole d'anesthésie en chirurgie programmée sans sa présence dans le bloc opératoire, sans être joignable dans l'établissement. L'IADE effectue l'induction, et il en résulte un accident grave entraînant le décès du patient.

L'induction correspond à un acte IADE sur protocole du MAR prévu par l'article 10 du Décret n° 2002-194 de compétence. Cet article prévoit par ailleurs que l'IADE est habilité à accomplir cet acte « *à condition qu'un MAR puisse intervenir à tout moment* ». Cette dernière condition n'est pas respectée. L'IADE n'a donc pas respecté une disposition réglementaire. Examinons maintenant un article du code pénal :

Article 221.6 du code pénal : « *le fait de causer par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements, la mort d'autrui constitue un homicide involontaire puni de trois ans d'emprisonnement et de 300 000 F d'amende. [...]* ».

Même si l'on ne peut exclure la responsabilité pénale du MAR (exemple : mise en danger d'autrui, art. 223.1 du code pénal), il faut bien comprendre que l'IADE est pénalement responsable de ses actes et elle seule. Il convient donc de bien connaître les dispositions réglementaires qui régissent la profession d'IADE et particulièrement le décret de compétence. La « couverture » initiale n'aura aucune incidence, vous pourrez être préjudiciable du délit d'homicide involontaire et être sanctionnée d'une peine de prison ferme ou avec sursis et/ou une amende. Il existe la responsabilité pénale dite « en cascade » appelée aussi « cumul de fautes » qui permet de sanctionner pénalement plusieurs acteurs successifs d'une faute (l'auteur direct, indirect, ...).

A notez dans ce cas d'espèce que la maîtrise des gestes d'urgence est certainement un atout indéniable pour l'IADE.

- **La responsabilité pénale** correspond donc à une **sanction** (au nom de la société) résultant d'une **infraction** codifiée par le code pénal entraînant des **peines** de prison et/ou des **amendes**.
- **La faute en elle même (exemple : inversion des traitements entre 2 patients) n'implique pas automatiquement la mise en jeu de la responsabilité pénale, il faut qu'il y ait effectivement un dommage, un préjudice. En cas de poursuite pénale, c'est la gravité et l'étendue du dommage qui va déterminer l'importance de la sanction et non la gravité de la faute.**

Voici quelques exemples d'articles du code pénal dont le non - respect expose l'IADE hospitalier à des poursuites pénales :

♣ Secret professionnel et discrétion professionnelle

Article 226-13 du code pénal : « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire, soit par état, ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 100 000 francs d'amende.* »

Article 226-14 du code pénal : « *L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable : À celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique.* »

Les IADES et élèves infirmiers anesthésistes sont soumis au **secret professionnel** (art. 481, code de la santé publique, art. 226-13, nouveau code pénal). Il est interdit de divulguer toute information dont il aurait eu connaissance dans le cadre de son exercice (lu, vu, entendu, compris, symptômes, diagnostic, traitement, ...) ou permettre à des tiers l'accès à des pièces ou des documents de service, description de l'activité de service, c'est la **discrétion professionnelle**. La discrétion professionnelle est confirmée pour l'IADE fonctionnaire par le statut général de la fonction publique (art. 26) et le code de santé publique (discrétion professionnelle, art. L 799, CSP). Les exceptions susceptibles de lever l'obligation de secret professionnel sont le cas où l'IADE a connaissance de sévices ou privations infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique (art. 222-14, nouveau code pénal), lorsque la nécessité de porter assistance à une personne en péril l'exige (art. 122-7, code pénal) ou que la levée du secret professionnel par l'IADE lui semble indispensable dans le cadre d'un témoignage pour empêcher la condamnation d'un innocent (art. 434-11, code pénal) ;

De surcroît, l'IADE fonctionnaire ayant connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la république (art. 40, code de procédure pénale).

Pour enfoncer le clou ... le respect du secret professionnel est prévu par les articles

1^{er} du décret de compétence (décret n° 2002-194) et 4, 24 et 28 du décret portant règles professionnelles des infirmiers (décret n° 93221).

C'est donc une faute pénale (un délit) invocable par le patient particulièrement sanctionnée par les juges, et une faute professionnelle qui peut faire l'objet d'une sanction par l'employeur. De surcroît, l'article 12 du code de déontologie médicale permet au médecin de veiller au respect du secret professionnel par les personnes qui l'assistent.

Ainsi, il faut être vigilant en terme d'informations divulguées (ex : pas d'information par téléphone, de dossiers qui traînent, de discussions dans les couloirs, en dehors du lieu d'exercice, ...).

Le secret professionnel ne se partage qu'entre professionnels de santé, garants du secret médical. Par un arrêt de la cour de cassation de 1947 : « *le patient ne peut délier le médecin ou l'infirmière du secret médical* ».

Dans le cadre de la loi de mars 2002 relative aux droits du malade, le secret médical est défini de façon extensive comme comprenant « l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé ». Le cas des équipes soignantes est explicité ainsi que l'échange entre les professionnels de santé inclus dans le processus de soins : « Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe. ». L'opposabilité du secret médical est explicitement étendu à tous les acteurs collaborant au système de santé ; " Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé. ».

♣ Atteinte involontaire à l'intégrité physique

Article 222.19 du code pénal : « *le fait de causer à autrui, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements, une incapacité totale de travail pendant plus de trois mois est puni de deux ans d'emprisonnement et de 200 000 F d'amende.* »

L'article 222-20 prévoit la même infraction mais avec une incapacité totale de travail inférieure à 3 mois. La peine maximale devient alors 1 an de prison et 100 000 F d'amende.

Plusieurs remarques :

- Par définition, l'atteinte involontaire suppose qu'il n'y a pas d'élément intentionnel. Ainsi le « **je ne l'ai pas fait exprès** » n'est pas recevable. Le juge d'instruction va bien rechercher « **la maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements** ».

- Le juge d'instruction ou éventuellement la partie civile va devoir prouver le lien de cause à effet entre votre faute et le préjudice avec **CERTITUDE**. Ce n'est pas à vous de démontrer votre innocence mais bien au juge de prouver votre culpabilité (charge de la preuve) de façon certaine (le bénéfice du doute vous revient).
- Les fautes récurrentes dans la jurisprudence sont les fautes de type : erreur de dosage, d'administration d'un médicament (sur une voie veineuse à la place d'une voie entérale) ou les fautes par omission de type : défaut de surveillance d'un patient réputé suicidaire, absence de mise d'une barrière de lit avec chute d'un enfant, ...
- Il convient de préciser la signification du terme « maladresse » évoqué dans la sanction pénale précitée : la maladresse suppose un geste ou pratique non conforme aux règles de l'art applicable à la profession.

Pour les IADES, ceci pourrait être la pose d'un cathéter 22 gauges sur une victime présentant manifestement une hémorragie externe. La bonne pratique supposerait évidemment un cathon de gros calibre (type 14 ou 16 gauges) et il semble difficile d'admettre la pose d'un 22G en première intention qui retarde voire compromet l'éventuelle transfusion nécessaire. La « maladresse » sera appréciée par le médecin expert le cas échéant.

♣ *Mise en danger d'autrui et obligation de sécurité*

Article 223-1 du code pénal : « ***Le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement est puni d'un an d'emprisonnement et de 100 000 F d'amende.*** »

Article 121.3 du code pénal : « [...] ***il y a également délit, lorsque la loi le prévoit, en cas d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou les règlements sauf si l'auteur des faits a accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait*** »

Ces deux infractions font encore aujourd'hui l'objet de nombreuses doctrines et évolutions jurisprudentielles (exemple : présomption de faute pour les infections nosocomiales >> obligation de sécurité >> désinfection du matériel ?).

La conjonction de ces deux articles a fait naître une nouvelle notion qui se cumule à l'obligation de moyens dans le domaine médical : **l'obligation de sécurité**. C'est un concept juridique majeur. L'idée est que lorsqu'on a connaissance d'un danger ou du risque de mise en danger, **l'on doit faire le nécessaire** (notion étendue de l'obligation de moyens) **en fonction des compétences et des moyens dont on dispose** (pour l'IADE, ces compétences sont définies par le décret de

compétence). Particulièrement lorsque les textes prévoient des règles de sécurité. Voyons concrètement dans quels cas cette infraction pourrait être relevée :

L'article 5 du décret de compétence prévoit « *l'appréciation des principaux paramètres servant à la surveillance de l'état de santé des patients : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, [...]* » conjuguée à la « *Surveillance des fonctions vitales [...]* ». Une IADE travaillant en SSPI ne règle pas avec diligence les alarmes du monitoring de manière que l'aggravation de l'état du patient ne déclencherait pas les alarmes, ou les désactive abusivement. L' IADE met le patient en danger en méconnaissant ses prérogatives. Dans ce cas, **l' IADE a agit en connaissance du danger et par son comportement a exposé directement le patient au risque.**

Précisions :

La mise en danger d'autrui n'est invocable qu'en cas de violation **manifeste** d'une obligation de sécurité prévue par les textes. **La spécificité de cette disposition pénale est que le patient n'a pas subi de préjudice et invoque cette disposition sur la base du risque de subir un préjudice du fait du manquement ...** il n'existe pas de jurisprudence appliquée aux personnels de santé où la notion de mise en danger d'autrui a été retenue .L'avenir nous montrera le devenir de cette disposition appliquée au domaine médical.

Dans le cas précédemment évoqué de monitoring, la mise en danger d'autrui aurait manifestement peu de chance d'être recevable sauf bien sûr, si le patient a subi un préjudice.

Par contre, dans la mesure où un préjudice existe (arrêt cardio-respiratoire du patient insuffisamment monitoré par exemple et les alarmes ne se déclenchent pas). La réanimation commence tard et le patient est réanimé mais avec des séquelles neurologiques. Dans ce cas d'espèce, la jurisprudence est abondante et effectivement l'article 121.3 sera certainement le moyen le plus pertinent et la responsabilité pénale de l' IADE engagée sur cette base. En effet, la réanimation tardive est due au dysfonctionnement des alarmes provoqué par l' IADE, méconnaissant son obligation d'assurer la surveillance des fonctions vitales à l'aide du monitoring dans le cas d'espèce.

Dans le même ordre d'idée, un patient réputé suicidaire, dont l'IADE en SSPI ne s'assurerait pas de la présence d'objets potentiellement dangereux pour le patient (objets contondants), et n'assurerait pas une surveillance adaptée, ferait l'objet de condamnation sur la base de l'article 121.3 pour défaut de surveillance. Le décret de compétence prévoit l'« *observation et surveillance des troubles du comportement* » notamment, dans le cadre du rôle propre.

Autre exemple en intégrant la notion d'auteur direct et d'auteur indirect : Un patient en SSPI après une ALR présente une conduite violente, dans le cadre d'un état de delirium tremens ou de prise de stupéfiant par exemple. L'IADE, en vertu de la compétence et des moyens dont elle dispose, informe le MAR de la dangerosité du patient pour lui même et pour les autres patients. Dans la mesure où un accident arrivait, le patient blessant un autre patient, l' IADE aurait fait une faute par négligence en omettant d'informer le médecin seul susceptible (compétence et moyens) de prescrire un traitement ou éventuellement une mesure conservatoire

(isolement, contention). Néanmoins, en cas de danger imminent, l'IADE pourrait d'elle même isoler le patient (mesure conservatoire, art 122.7 CP), aux fins de protéger les autres patients et informer sans délais le MAR de la situation. Dans la mesure où le MAR refuserait de se déplacer et donc de provoquer la mise en œuvre de mesures visant à faire cesser le danger engagerait sa responsabilité pénale. L'IADE, dans ce cas de refus, a intérêt à noter ce même refus, tenter par tout moyen de contacter un autre médecin, et le cas échéant d'informer l'administrateur de garde sans délais. Dans la mesure où l'IADE ne constaterait pas l'état d'agressivité (cas manifeste de défaut de surveillance ...) et où de surcroît il apparaîtrait que l'IADE de la faction précédente aurait omis d'informer sa collègue, pendant les transmissions, de la situation de sevrage susceptible de provoquer un risque de violence, ou tout du moins méritant une surveillance renforcée, voir l'absence d'éléments dans le dossier de soins d'informations permettant d'établir le risque lié à ce patient, pourrait permettre d'invoquer le cumul de fautes avec l'auteur direct (première IADE) et l'auteur indirect (IADE de la faction précédente).

♣ **Non assistance à personne en danger**

Par ailleurs, l'IADE doit alerter les secours et porter assistance à la victime au regard de ses compétences, dans le respect de celles-ci (décret de compétence). C'est à dire que, dans le cas d'un arrêt cardio-respiratoire, l'IADE doit effectuer un massage cardiaque + ventilation en attendant les secours (Cass. du 26 juillet 1954 - Décret 54/666).

Les limites admises en cas d'urgence : l'IADE peut-il dans le cadre de l'urgence dépasser ses compétences ?

L'article 13 du décret de compétence dispose que « [...] ***lorsque la situation d'urgence s'impose à lui, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. [...]*** »

Article 121-3 du code pénal : « [...] ***il y a également délit, lorsque la loi le prévoit, en cas d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou les règlements sauf si l'auteur des faits a accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait*** ».

Article 122.7 code pénal : « ***N'est pas pénalement responsable la personne qui, face à un danger actuel ou imminent qui menace elle-même, autrui ou un bien, accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne ou du bien, sauf s'il y a disproportion entre les moyens employés et la gravité de la menace*** ».

Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986, article 99 (fonction publique hospitalière) : « ***La notion d'urgence ne peut faire échec aux règles des professions réglementaires*** ».

Article 3 du décret n° 93-221 : « ***L'infirmier ou l'infirmière n'accomplit que les actes professionnels qui relèvent de sa compétence [...]*** ».

La réponse est donc **NON**. L'IADE peut à la rigueur mettre en place une voie veineuse périphérique mais sans apport médicamenteux. Seul le protocole d'urgence peut permettre d'accomplir des actes prévus par le décret de compétence (actes des

articles 5 et 6 du décret de compétence) sans présence d'un médecin, sous réserve d'un rapport écrit à l'issue de la gestion de l'urgence.

Responsabilité disciplinaire

Quelque soit son mode d'exercice (public, privé, libéral), l'IADE doit respecter les règles instaurées par le décret n° 93-221 portant règles professionnelles des infirmières et le décret n° 93-345 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière. De surcroît, comme tout employé, l'IADE doit respecter ses obligations contractuelles (Public : statut de la fonction publique)

Pour l'IADE du secteur public : article 81 de la loi du 9 janvier 1986 relative à la fonction publique hospitalière, en fonction de la gravité, sur décision du directeur qui saisit le conseil de discipline (pour avis). Ce peut-être par ordre croissant l'avertissement, le blâme, l'abaissement d'échelon (rémunération), la suspension provisoire de fonctions, la rétrogradation (cadre infirmier rétrogradé infirmier), la révocation. Une infirmière sous le coup de sanctions pénales (inscrite au casier judiciaire, bulletin 2) peut être révoquée pour incompatibilité avec le statut de fonctionnaire. Même en l'absence de sanctions pénales ou civiles prononcées à l'issue d'une procédure judiciaire, le directeur d'un établissement public peut prononcer une sanction disciplinaire à l'encontre de l'infirmière. Le recours pour contestation relève du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière.

A noter que l'exercice du pouvoir disciplinaire n'empêche pas en parallèle les poursuites pénales, l'action civile, ni le recours aux instances compétentes en matière de législation relative à la sécurité sociale (TASS).

En l'état actuel de la législation, **seul un tribunal répressif (correctionnel ou assises) peut prononcer une interdiction temporaire ou définitive d'exercer la profession d'infirmière** (art. L131-6, L131-10, code pénal, art L483, code de santé publique) si une peine de prison est prononcée (même avec sursis).

La responsabilité institutionnelle

Si elle est constante sur le plan civil et administratif au regard de ses agents, l'article L. 710-4 de la loi hospitalière du 31 juillet 1991 disposent que les établissements de santé développent une politique d'organisation des soins et doivent en garantir la qualité, l'efficience et la continuité.

INTERET ET ROLE DE L'ASSURANCE

Définition (5) : contrat par lequel un assureur garantit à l'assuré, moyennant une prime ou une cotisation, le paiement d'une somme convenue en cas de réalisation d'un risque déterminé.

La garantie « responsabilité civile professionnelle » (6) ; C'est-à-dire **les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile de l'assuré** et, le cas échéant, sa défense devant les juridictions administratives, commerciales, civiles, pénales ou ordinaires dans tous les cas où cette responsabilité serait recherchée dans le cadre de l'exercice légal de sa profession, tel que cet exercice est précisé aux conditions particulières. La garantie s'exerce en application tant de la législation en vigueur au moment de la souscription que des lois, décrets ou règlements pouvant intervenir, en raison des dommages corporels, matériels et/ou immatériels, causés un tiers. Elle est étendue à la responsabilité que l'assuré peut encourir à titre personnel, dans le cadre de ses fonctions hospitalières au sein d'un établissement public, à la suite d'une faute grossière, dans le cadre d'acte donnés à titre gratuit ou d'assistance à personne en danger en dehors de ses fonctions, acte ayant entraîné une plainte de la personne soignée ou de ses ayants droits.

La garantie « protection juridique » (7) ; C'est-à-dire la prise en charge de tout litige entendu comme une situation conflictuelle conduisant l'assuré devant une juridiction, pour y faire valoir un droit, résister à une prétention ou s'y défendre. Elle est divisée en :

- Protection juridique professionnelle : la société assure la protection juridique professionnelle et le conseil préalable du sociétaire, lorsque le litige résulte de l'activité ou de la qualité qu'a déclarée le sociétaire en conditions particulières et faisant l'objet du contrat.
- Protection juridique vie privée : la société assure la protection juridique de la vie privée du sociétaire, de son conjoint, de ses enfants mineurs non émancipés. Ce contrat est intéressant en cas de conflit d'intérêts avec l'établissement public hospitalier.

Cette clause n'est pas forcément incluse dans le contrat d'assurance responsabilité professionnelle ; certains assureurs proposent un contrat global, d'autres différencient les garanties.

(5)Maxidico, éditions de la connaissance 1996 p76

(6) et (7) Le modèle de contrat est celui de la MACSF-Le Sou Medical

(8) Extrait du texte de Germain Decroix « Les infirmières doivent-elles s'assurer pour couvrir leur responsabilité professionnelle ? » Gamm Info Décembre 2001

Maître Germain Decroix du Sou médical définit l'intérêt et le rôle de l'assurance (9) :

« Défendre, principalement dans les procédures pénales, les infirmières, avec pour seul objectif d'éviter ou de minimiser la sanction (emprisonnement et/ou amende) encourue, par :

-La constitution d'un dossier comprenant les éléments médicaux et administratifs relatifs aux soins prodigués et à l'accident pouvant servir de preuve des actes réalisés et des constatations faites par infirmière ;

-Le recueil des données bibliographiques sur la complication survenue et jurisprudentielles sur l'attitude des magistrats dans une telle hypothèse ;

-Le choix, fait en commun, de l'avocat qui plaidera ; il peut être l'avocat proposé par l'assureur ou celui demandé par infirmière ;

-La détermination de l'argumentaire de défense par l'infirmière, l'avocat, le gestionnaire du dossier et le médecin-conseil ;

-L'organisation de l'assistance à expertise (quand cette assistance est possible et acceptée par l'expert) ;

-Le conseil sur l'exercice des voies de recours.

Payer, principalement les honoraires de l'avocat, des auxiliaires de justice et des consultants techniques extérieurs, ainsi que les frais de justice, mais pas les amendes qui sont des sanctions pénales inassurables ; exceptionnellement les dommages et intérêts accordés aux victimes quand l'employeur d'un infirmière ne le prend pas en charge.

Il appartient à chaque infirmière salariée de mesurer le risque d'accident provoqué par l'exercice de sa profession, et donc le risque de voir sa responsabilité personnelle engagée, afin de se poser la question de l'utilité, pour elle, d'une assurance responsabilité professionnelle et protection juridique, sans trop écouté les déclarations (trop) rassurantes de son employeur. En 1990, LE SOU MEDICAL et la MACSF assuraient 12 284 infirmières dont 5071 salariés ; en septembre 2001, 50 722 dont 35 212 salariés... »

(9) Profession Infirmière, spécial information juridique par MACSF-Le Sou Medical (en annexe)

METHODOLOGIE

I - Rappel de la question de départ et des hypothèses principales

II - Outil de la recherche

A - Entretiens Exploratoires

B - Entretien avec le directeur du contentieux du CHU de Brest

C - Entretien avec le Docteur Le Gall

D - Points de vue sur le décret de compétence

E - Contact avec quatre assureurs

F – Enquête de Vincent Olivier : « Accidents médicaux, des risques surévalués »

G – Evolution du nombre de déclaration de sinistres par les infirmiers au Sou médical

H - analyse de l'enquête démographique en 2001 par le SNIA

I - Rappel de la question de départ et des hypothèses principales

La question de départ, fil conducteur de mon travail, est la suivante « Les IADES du secteur public hospitalier ont-ils intérêt à souscrire une assurance responsabilité civile professionnelle ? »

Les hypothèses de départ que j'ai retenues sont ;

- Une méconnaissance de l'organisation juridique, du droit, des textes régissant la profession due à un manque de formation juridique.
- Un manque de réflexion sur l'évaluation du risque d'accident provoqué par l'exercice de la profession.
- L'impression d'exercer une spécialité à haut risque juridique, de se conformer à une représentation de la spécialité.
- Un manque de réflexion sur l'utilité d'une assurance professionnelle

II - Outils de la recherche

Ne pouvant toucher un grand nombre d'IADES, je n'ai pas remis de questionnaires dans les services. En effet, devant la masse de questionnaires proposés par les étudiants hospitaliers, le personnel est peu motivé à les remplir, d'autant qu'il perçoit rarement les résultats des diverses enquêtes.

Monsieur Jean-Pierre Morvan, cadre anesthésiste sur le site Morvan du CHU de Brest, m'a expliqué que l'idéal pour analyser une enquête, était de recueillir une centaine de questionnaires, mission difficilement réalisable.

Anne Cadiou et Corinne Cabresin, deux IADES diplômées en 2002, avaient adressé une centaine de questionnaire pour leur TIP « IADE : quelle responsabilité ? ». Elles n'en récupérèrent que 29. Elles m'ont autorisé à me servir comme support de leur questionnaire validé par l'école. Je me suis servi de leurs résultats pour argumenter mon TIP.

Je me suis aussi appuyé sur l'enquête du SNIA sur la démographie et les pratiques déclarées réalisées en 2001.

Pour ma part, j'ai pu interroger 31 IADES sur les sites du CHIC de Quimper, du CHU de Brest, du CHBS de Lorient. Mon but n'était pas de comptabiliser les IADES assurés et non assurés, mais d'avoir une vue globale de leur répartition, de connaître leurs principales motivations, leur connaissance sur l'organisation juridique et le droit, leur vision de la responsabilité juridique, la corrélation entre risque juridique et l'assurance responsabilité civile professionnelle. J'ai donc procédé à des entretiens exploratoires auprès d'IADES sur les différents sites. Ces interviews ont consisté à tester oralement le questionnaire validé et adapté au regard du thème de mon TIP. Ces entretiens d'une quinzaine de minutes ont été enregistrés et retranscrits sur ordinateur. De la même façon, je me suis entretenu avec des juristes, des assureurs, des MAR, des cadres, un directeur du contentieux.

L'analyse de documents cités en bibliographie complète mes outils de recherche.

A – Les entretiens exploratoires

Ces entretiens menés auprès des IADES exclusivement du secteur public avaient pour but de savoir pourquoi ils étaient ou n'étaient pas assurés, leur connaissance sur les textes réglementant la profession, l'organisation juridique, leur statut en établissement public, leur perception de leur responsabilité juridique .

B - Entretien avec Monsieur Affret, directeur du service contentieux au CHU de Brest

J'ai rencontré Monsieur Affret, qui, de par sa fonction, a connaissance de tous les problèmes juridiques sur l'hôpital. Il n'existe pas de déclarations de sinistre mettant en cause la responsabilité individuelle de L'IADE au CHU. Lorsqu'il y a un bris dentaire causé par l'IADE, le MAR établit un rapport au service du contentieux, et l'assureur de l'hôpital procède à l'indemnisation de la victime.

Monsieur Affret m'a expliqué que dans le cas où un IADE était mis en cause, il faudrait qu'il fasse une demande écrite à l'hôpital pour être défendu par celui-ci. Dans le cas où l'agent possède une ARCP, il doit choisir pour le défendre entre sa propre assurance ou celle de l'hôpital. Ainsi, il pense qu'il est bénéfique pour les agents de posséder une ARCP, car « *les intérêts de l'hôpital ne sont pas forcément les mêmes que ceux d'un agent mis en cause* ». Il a connaissance du monopole de l'ARCP par le Sou Médical. Il trouve que les tarifications proposées aux paramédicaux sont prohibitives au regard du nombre de sinistres les mettant en cause.

(Entretien non enregistré, retranscrit par prise de notes.)

C - Entretien avec le Docteur le Gall.

Le Docteur le Gall est anesthésiste - réanimateur, médecin légiste expert près de la cour d'appel de Rennes, et Docteur en droit.

Il m'a confirmé qu'il ne connaissait pas d'affaires mettant en cause la responsabilité d'un IADE du secteur public. Il connaît une affaire en cours qui oppose un IADE à un anesthésiste. Il m'a expliqué que lorsqu'il y a une plainte dans le département d'anesthésie en secteur hospitalier, c'est le MAR qui est généralement mis en cause.

Les plaignants et/ou leurs défenseurs, savent qu'il est assuré et pécuniairement solvable. Il me fait part que les professionnels de santé sont plus facilement poursuivis devant les juridictions pénales. La voie pénale offre en effet au patient l'avantage d'une procédure simplifiée, plus rapide et moins onéreuse que les voies administrative et civile.

Il pense qu'il est bénéfique que les IADES prennent une ARCP : en effet, la notion de faute détachable du service, ou de faute grossière, peut-être différemment interprétée suivant l'expert désigné par le tribunal. Le flou juridique sur la notion de faute grossière et le facteur humain sont des éléments en faveur de la prise d'une ARCP.

Monsieur Le Gall me signale que selon lui, la position de l'IADE au SMUR encadré par un urgentiste, est tout à fait inconfortable au vu de l'article 10 du décret de compétence. Dans leur cadre d'exercice, on ne parle plus d'anesthésie mais de sédation pour les mêmes gestes et l'utilisation des mêmes drogues.

À ce jour, il estime qu'il n'est pas recommandé sur le plan juridique que les IADES pratiquent des ALR, bien qu'elles y soient autorisées dans le cadre du protocole anesthésique établi par le MAR, au vu de l'article 10. Monsieur Le Gall pointe l'incohérence entre le décret de formation de l'IADE et le décret de compétence.

Comme autre argument en faveur de l'importance d'une ARCP, il me cite que dans la revue « Bolus », l'anesthésie est considérée comme un processus, ce qui voudrait dire que chaque acteur de l'anesthésie prendrait ses responsabilités.

De même le rapport « Berland » sur le transfert de compétences prévues pour 2007, obligera les IADES à reconsidérer l'intérêt d'une ARCP, du fait de l'élargissement de compétence, donc de responsabilité.

Le Docteur Le Gall m'avait promis un exemplaire de son prochain article en avril 2004, dans la revue « médecine légale et criminalité de France ». Il m'a expliqué y commenter les incohérences entre les recommandations du conseil de l'ordre et de la SFAR, et leur satisfaction du contenu du décret de compétence de l'IADE. Je lui ai adressé un courrier afin de lui rappeler de bien vouloir m'adresser un exemplaire, mais je n'ai pas eu de réponse.
(Entretien non enregistré, retranscrit par prise de notes.)

D - Analyse du décret d'actes et de la responsabilité de l'infirmier anesthésiste.

LE NOUVEAU DECRET DE COMPETENCE

la compétence et l'attitude reconnue légalement à une autorité publique de faire tel ou tel acte dans des conditions déterminées.

Le décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmiers abroge le décret du 15 mars 1993.

Article 10 - L'IADE est seul habilité, à condition qu'un MAR puisse intervenir à tout moment, et après qu'un MAR a examiné le patient est établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :

1° Anesthésie générale ;

2° Anesthésie loco-régionale et réinjection dans le cas où un dispositif a été mis en place par un MAR ;

3° Réanimation peropératoire. Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du MAR, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole. En salle de surveillance post-interventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie cités au deuxième, troisième et quatrième alinéa et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques. Les transports

sanitaires visés à l'article neuf du présent décret 100 réalisé en priorité par l' IADE
L'infirmier en cours de formation réparant à ce diplôme de participer à ces activités
en présence d'un IADE

Principales modifications réglementaires :

Le médecin susceptible d'intervenir à tout moment est obligatoirement un médecin anesthésiste- réanimateur. Le MAR est le référent exclusif de l' IADE et doit pouvoir intervenir à tout moment.

L' IADE est habilité non plus « à participer à l'application » mais à « appliquer » les techniques d'anesthésie après que le MAR ait établi le « protocole ».

Le protocole se définit comme un outil d'aide à la décision dans tous les domaines d'intervention. Il n'est pas seulement médicamenteux, il est organisationnel. Il nécessite une grande rigueur et doit être validé périodiquement, daté et signé par le prescripteur

C'est un guide d'application des procédures de soins.

C'est le descriptif des techniques à appliquer et/ou des consignes à observer dans certaines situations de soins, ou pour l'administration de soins. La finalité s'inscrit dans une démarche globale de qualité. Les protocoles contribuent donc directement

-L' amélioration des prestations professionnelles (langage commun, pratique identique,...) ;

-L' évolution des soins infirmiers dans une perspective de recherche ;

-Au développement et à la valorisation des compétences et du savoir infirmier ;

-À l'évaluation de la qualité des soins infirmiers.

Le protocole résulte d'une démarche rigoureuse, méthodique, et son utilisation dépend de la validation qui avait fait après test des réajustements.

Les deux novations entre l'article 7 du 15 mars 1993 et l'article 10 du 11 février 2002 sont :

- Que le MAR ait examiné le patient est établi le protocole, qu'il soit joignable à tout moment,

- Que l' IADE est habilité non plus à participer à l'application mais à appliquer les techniques d'anesthésie.

1 - Ce que pense Marrousia Galpérine, avocat à Paris (10)

« Appliquer n'est pas pratiquer ». Le MAR délègue les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole qu'il a établi. L'IADE engage sa responsabilité dans l'exécution des soins. L'anesthésie demeure un acte médical sous la responsabilité du MAR.

Le cas de l'anesthésie loco-régionale : « L'IADE est seulement habilité à réaliser les réinjections dans les dispositifs mis en place par l'anesthésiste selon

(10)Oxymag N°67 décembre 2002 « Le décret d'actes et la responsabilité de l'infirmier anesthésiste » Marrousio Galpérine p17-18

ses prescriptions écrites. Il est donc clair qu'un IADE qui pratiquerait une ALR s'exposerait à une mise en cause sa responsabilité civile professionnelle en cas de complications pour le patient... Enfin, la loi du 4 mars 2002 relatif aux droits des patients et à la qualité du système de santé impose au médecin de dispenser une information permettant au patient de prendre une décision en toute connaissance de cause. Indiquer préalablement à celui par qui l'acte médical sera pratiqué fait clairement partie du devoir d'information. S'il est manifeste que le législateur, en exigeant plus la présence physique du MAR aux côtés de l'IADE, semble légaliser une certaine « tolérance », il est tout aussi certain que les magistrats n'interpréteront pas le texte de la même façon et analyseront en termes de responsabilité les diligences normales du médecin. ». Dans le cas d'un établissement de santé publique, l'assureur incite l'IADE à souscrire personnellement un contrat, indépendamment du MAR et de l'établissement, pour se couvrir en cas de faute grave détachable du service. En fait, il s'agit de tous les cas où l'établissement de santé ne pourrait être reconnu civilement responsable des actes de l'IADE.

Commentaire : Au vu du décret de compétence, il n'y a pas plus de raison que la responsabilité professionnelle soit mise en cause dans la réalisation d'une ALR que lors d'une anesthésie générale, à partir du moment où le protocole a été établi et le geste technique délégué à l'IADE.

Elle pose le problème de l'information au patient sur la personne qui réalisera l'acte médical, mais c'est un problème qui concerne le MAR et non l'IADE.

Elle met en avant la responsabilité du médecin et non pas celle de l'IADE. Elle pose le cadre de l'intérêt d'une ARCP.

2 - Ce que pense une directrice d'école (11)

Françoise Taris, directrice de l'école d'un infirmier anesthésistes du CHRU de Bordeaux, rappelle que la responsabilité civile professionnelle d'un infirmier anesthésistes qui encadre les élèves infirmiers anesthésistes, qui lui sont confiés par l'école, peut-être recherchée en cas de faute de l'étudiant. La responsabilité de l'école, donc de l'établissement, peut également être mis en cause.

Commentaire : je n'ai trouvé aucune jurisprudence sur un problème d'encadrement d'élève infirmier anesthésiste

3 - Ce que pense Me Cohen, Avocat à la Cour, Ancien membre du Conseil de l'Ordre (12)

Il estime que le décret du 11 février 2002 ne change rien ce qui concerne l' ALR, que seules les réinjections par l'IADE sont autorisées dans le cas où un

(11) Oxymag N°67 décembre 2002 « Le décret d'actes et la responsabilité de l'infirmier anesthésiste » Marroussia Galpérine p19

(12) « Médecins et infirmiers anesthésiste, ce qui a changé de 1984 à 2002 » Me.Cohen www.snarf.org

dispositif a été mis en place par un MAR. Qu'il ne faut pas prendre ce décret à la lettre en ce qui concerne la possibilité pour l'IADE de procéder seul à une induction. « *En cas d'incident, il y a fort à parier que les experts et encore plus les juges ne se contenteront pas de ce seul argument de texte et s'intéresseront surtout aux conditions dans lesquelles est intervenue la délégation de cet acte aussi important (compétences et expérience d'un infirmier anesthésiste, conditions dans lesquelles le MAR était effectivement mesure d'intervenir à tout moment, c'est-à-dire sans retard dommageable, soit quasi immédiatement...).* Les experts et les juges seront d'autant plus enclins à suivre cette voie que le texte lui-même de l'article 10 les y invite expressément : « il (l' IADE) accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du MAR, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole. » On notera en premier lieu dans cette phrase que si l'on ne parlait plus dans le premier alinéa de l'article 10 de « participer à l'application des techniques », on repart ici de « réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole. » Mais cette disposition a surtout pour conséquence effet de souligner, et donc de renforcer, la responsabilité du MAR lorsqu'il délègue 'une partie des gestes techniques à un IADE :

Seul le MAR reste juge de l'étendue de la délégation qu'il confie à l'IADE et surtout des conditions de sécurité qui permettent de la mettre en oeuvre effectivement, à savoir notamment celles relatives à sa capacité « d'intervenir à tout moment »... En faisant reposer la définition du type de gestes techniques réalisable par IADE, et les conditions de sa réalisation sur le seul MAR, c'est bien la responsabilité de ce dernier que l'on a renforcé... Par ailleurs, la délégation de l'induction anesthésique à l'IADE ne sera-t-elle pas posée, en dehors même de toute faute technique, la question de l'information du patient ? ... Il y a eu seulement qu'une évolution de texte tentant simplement à définir le plus précisément possible les rôles et responsabilités respectifs du couple MAR et IADE »

Commentaire : cet avocat a le même point de vue au regard du décret de compétence, que Me Galpérine ; il nous livre une interprétation de la réglementation en vigueur qui, selon lui, accentuerait la responsabilité du MAR en lui confiant la tâche d'évaluer « les compétences et l'expérience de l'IADE » avant de lui confier des prérogatives prévues par la loi.

4 - Ce que pense le professeur Claude Martin, président de l'assemblée des enseignants d'anesthésie réanimation (13)

Les recommandations du SNIA sont l'opinion d'un des syndicats représentant la profession. L'anesthésiste est le responsable de l'équipe qui assure l'anesthésie, et c'est vers lui que le patient se retournera en cas de litige. L'IADE est un collaborateur qui agit sur prescription précise, pour un malade précis

. (13) Lettre du Syndicat National des Professeurs d'Anesthésie-Réanimation, 20 décembre 2002 (en annexe)

L'assemblée des enseignants d'anesthésie-réanimation s'oppose formellement à la pratique d'une ALR par IADE, c'est un acte qui ne peut en aucun cas être délégué. Il ne peut être question que l'IADE opère les corrections pour maintenir ou améliorer l'état physiologique du patient, c'est du domaine de la compétence du MAR. La pratique d'une ALR par l'IADE est en totale contradiction avec la position du conseil national de l'ordre des médecins, qui rappelle qu'il s'agit d'un cas médical. La SFAR et le CFAR ont une position similaire. En France, seuls les référentiels établis suivant les règles de l'ANAES sont validés. Ces règles garantissent la qualité méthodologique de la démarche en s'assurant, entre autres, d'une démarche bibliographique de qualité, d'une participation de l'ensemble des acteurs impliqués de l'identification claire des éventuels points d'accord et de désaccords. Le texte sur les recommandations pour l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste ne répond à aucun de ces critères, ce qui en limite considérablement sa validité.

Commentaire : on retrouve ce qu'exprime le docteur Le Gall, que le patient se retourne en priorité contre l'anesthésiste en cas de litige. Son opinion partagée par le conseil de l'ordre, la SFAR, le CFAR, sur la pratique des ALR va à l'encontre du décret du 11 février 2002. Les recommandations du SNIA ne sont aucunement une référence.

5 - Ce que pense le professeur André Lienhart, membre du conseil d'administration de la SFAR (14).

« L'article 10 ne liste pas de façon détaillée les actes infirmiers autorisés aux IADES, faisant désormais reposer la définition du type de gestes techniques réalisables par IADE sur le seul MAR. Ceci souligne les IADES qui étaient mis dans une situation difficile si un MAR leur demandait de réaliser un geste ne figurant pas dans la liste du précédent décret ».

Monsieur Lienhart rappelle les recommandations du conseil national de l'ordre des médecins concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes professionnels de santé : La SFAR s'oppose à la pratique des ALR par IADE tout en accueillant favorablement le décret, d'autant qu'ils lève toute ambiguïté sur la possibilité pour des médecins non anesthésistes-réanimateurs de prendre l'initiative d'une anesthésie dans laquelle IADE serait le seul professionnel en la matière.

Extraits des recommandations concernant l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste par la SFAR : « L'IADE engage sa responsabilité en cas de faute dans l'exécution d'un soin, d'une technique, de défaut de surveillance et de maintenance des matériels, de non-respect de protocole ou de prescription médicale, et de réalisation de soins ou techniques ne relevant pas de sa compétence. L'IADE peut être solidairement responsable des fautes commises par l'étudiant infirmier anesthésiste qu'il est chargé d'encadrer »

(14) Revue Responsabilité n°6, juin 2002 « Les nouvelles compétences des infirmiers-anesthésistes »

La prudence doit inciter tout IADE, quel que soit son lieu d'exercice, à souscrire un contrat d'ARCP, indépendamment du MAR et de l'établissement. L'IADE doit être conscient de ses limites et d'entreprendre que les seuls actes pour lesquels il est habilité compétent ».

Commentaire : La SFAR et le conseil de l'ordre se disent opposés à la pratique des ALR par les IADE, même si cet acte est légal. Celle-ci conseille la souscription d'un contrat d'ARCP. Son exercice quotidien doit relever du bon sens.

6 - Ce que pense Thierry Faucon, président du SNIA (15)

« L'article 10, contrairement aux autres articles infirmiers, ne précise pas que la prescription est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée. La plus ou moins grande autonomie de l'IADE est laissée à l'appréciation du MAR en fonction de l'évaluation médicale du patient et de la gravité de l'intervention projetée. Il n'est pas établi de hiérarchie entre anesthésie générale et l'ALR à l'exclusion des ALR nécessitant la mise en place d'un dispositif par le MAR. Ceci restreint de facto les types d'ALR réalisable par l'IADE. Il peut réaliser, à l'initiative exclusive du MAR, les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole. La réalisation d'un geste technique suppose son apprentissage, sa parfaite maîtrise et son caractère non occasionnel afin de ne faire courir aucun risque inutile au patient ».

Extraits des recommandations pour l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste par le SNIA : « C'est à lui seul (le MAR) qu'il (l'IADE) se réfère pour tout ce qui concerne le déroulement de l'anesthésie. **Lors des transports médicalisés, le médecin de bord est le référent. L'IADE peut en présence sur le site du MAR procéder à l'induction d'une anesthésie générale.** Il peut, à l'initiative exclusive du MAR, et que celui-ci puisse intervenir à tout moment, **pratiquer une ALR** à condition d'en avoir validé la pratique et d'en posséder la maîtrise, en dehors de celles nécessitant la mise en place d'un dispositif. **Il opère les corrections pour maintenir ou améliorer l'état physiologique du patient.** Il accomplit (en SMUR), **sous la responsabilité du médecin responsable de l'intervention**, les soins et les techniques de réanimation et la mise en condition du patient.

*La responsabilité de l'IADE est engagée dans le processus de formation. Le juge considère que, dans ce domaine (la sécurité), les IADES ont des **zones d'autonomie** qui engagent directement leur responsabilité. **Tous les IADES doivent souscrire une ARC.** L'IADE est toujours un salarié, **il doit toujours justifier d'un bulletin de salaire** donc d'un employeur. L'IADE engage sa responsabilité en cas de faute dans l'exécution d'un soin ou d'une technique, de défaut de surveillance et de maintenance de matériel, de non respect de protocole ou de prescription médicale, et de réalisation fautive d'actes ne relevant pas de sa compétence.*

(15)Revue Responsabilité n°6, juin 2002 « Les nouvelles compétences des infirmiers-anesthésistes »

En cas de conditions anormales de travail, il devra clairement les dénoncer auprès du directeur de l'établissement. La passivité est fautive car elle maintient le risque subi par le patient. Il ne doit pas exécuter une prescription médicale qui comporterait un risque pour le patient Il ne doit pas appliquer des techniques ou administrer des médicaments pour lesquelles il n'a pas reçu de formation ou qui ne sont pas appropriés à la situation. En dehors de situation d'urgence vitale, il doit refuser d'anesthésier sous la pression d'un chirurgien, ou d'un investigateur, ou de toute autre personne n'ayant pas qualité. Il quitte un patient en cours d'anesthésie ou de soins en SSPI exclusivement s'il est remplacé par une personne de compétence identique. »

Commentaire : la précision de Thierry Faucon sur la non- nécessité d'une prescription écrite est très importante sur le plan juridique pour l'IADE, en ce qui concerne la mise en route du protocole anesthésique. Il confirme suivant l'article 10, la possibilité pour l'IADE d'exécuter une prescription d'ALR, de procéder seul à l'induction sur protocole. Le médecin référent n'est plus automatiquement le MAR dans les SMUR. En préambule de ses recommandations, Le SNIA exprime sa reconnaissance et ses remerciements à Me Germain Decroix (du Sou Médical) pour son assistance juridique, et les précieux conseils qu'il a prodigués. Quant à l'affirmation du SNIA «**Tous les IADES doivent souscrire une ARC** », elle n'est sans doute pas le fait du hasard, elle n'est pas argumentée. Le SNIA cadre bien le champ où l'IADE engage sa responsabilité. J'ai contacté le SNIA par courrier électronique pour connaître leurs arguments sur cette affirmation en ce qui concerne les IADES du public. Le site du SNIA m'a confirmé qu'il avait bien reçu mon message, mais je n'ai jamais eu de réponse.

D – Contact avec quatre assureurs

1 - Le Sou Médical

« Au Sou Médical, les IADES assurés sont pour la plupart des salariés d'un établissement de santé privée ou d'une société d'anesthésistes-réanimateurs. » Les statistiques du Sou Médical indiquent environ trois déclarations de sinistres par an relatifs aux IADE, mais ce chiffre n'est pas tout à fait représentatif dans la mesure la plupart des sinistres sont ouverts au nom des praticiens concernés et le mode de déclaration ne distingue pas les cas dans lesquels sont intervenus des IADES. En outre, l'ambiguïté des termes du décret du 11 février 2002 conduit à une véritable prudence quant à son interprétation (16). Me Decroix est intervenu lors des deuxièmes assises des IADES, le 30 novembre 2002 à l'hôpital Cochin à Paris

(16) Oxymag N°67 décembre 2002 « Le décret d'actes et la responsabilité de l'infirmier anesthésiste » Marrousis Galpérine, p19

. « S'il y a procès, les juges prennent peu en compte le décret de compétence mais se réfèrent surtout à la notion des bonnes pratiques professionnelles et s'appuie pour juger sur les cours dispensés, les recommandations de la SFAR, et sur une expertise réalisée par un médecin anesthésiste. »(17)

Commentaire : j'ai contacté le Sou Médical à Paris en juillet, octobre, décembre 2003, février 2004, afin de m'éclairer sur plusieurs points. (L'évolution des déclarations de sinistres mettant en cause des IADE du secteur public, les jurisprudences et/ou condamnation civiles et/ou pénales d'assurés IADES, leur opinion sur la loi du 4 mars 2002 qui pourrait contribuer à ce que les hôpitaux publics se retournent plus facilement contre l'IADE pour rechercher la faute personnelle détachable du service, d'entamer une action récursoire, leur position quant à la gestion d'un sinistre opposant des sociétaires assurés chez eux, si la mutuelle couvrait un IADE déclarant une double activité public-privé, leur position ce qui concerne la pratique des ALR, la gestion d'un sinistre, leur position quant aux IADES du SMUR travaillant avec un médecin urgentiste, leur nombre de sociétaires IADE du secteur public).

Il m'a été impossible d'obtenir des informations. Le représentant local sur Brest, M. Pollard, m'a fourni un dépliant sur les responsabilités infirmières et voies juridiques, mais n'était pas en mesure de m'a donné d'autres informations. Le seul exemple d'affaires juridiques mettant en cause une infirmière qu'il m'est soumis, fut « l'affaire Mallèvre ».

Les cotisations des infirmières ont augmenté d'environ 300 % en 10 ans. En 2001, la sinistralité représente 0,08 %, soit 40 déclarations pour 52 396 infirmiers (ères) sociétaires, dont quatre déclarations venant d'IADE, soit 0,008 %. (Impossible de savoir si ce sont des IADE du public ou du privé). Il n'y a pas d'évolution dans le temps pour les déclarations, ce qui n'est pas le cas pour le montant des cotisations et le nombre de sociétaires de plus en plus nombreux. On peut se demander pourquoi cette inflation des prix (là non plus pas de réponse). Pour Me Decroix, les juges prennent peu en compte le décret de compétence. D'une part, ce commentaire ne s'appuie sur aucun exemple concret d'IADE mis en cause. D'autre part, tout citoyen sait que la première référence juridique est le décret de loi.

2 - La Médicale de France

« La Médicale de France n'est pas la compagnie dans le portefeuille assure le plus d'IADE sur le marché français de l'assurance. Depuis cinq ans, aucun sinistre n'a été déclaré par un IADE auprès de cette compagnie » (18).

-

(17) Rapport des 2èmes Assises Nationales des infirmiers Anesthésiste et de leur encadrement, www.sitanest.net

(18) Oxymag N°67 décembre 2002 « Le décret d'actes et la responsabilité de l'infirmier anesthésiste » Marrouzio Galpérine, p19

Commentaire : j'ai contacté la Médicale de France en décembre 2003, janvier, février 2004, afin de m'éclairer sur les mêmes questions que celles posées au Sou Médical. Il m'a été impossible d'obtenir une réponse

4 - L'A.I.A.S

J'ai contacté l'Amicale des Infirmières et Assistantes Sociales de la Croix-Rouge française en février 2004, afin de m'éclairer sur les mêmes questions que celles posées au Sou Médical et à la Médicale de France. Il m'a envoyé un guide tarifaire et des garanties proposées en RCP, et m'a indiqué qu'il adresserait ma demande de renseignements aux juristes de l'association, j'attends toujours.

5 - La SHAM, assureur d'établissements de santé.

Ce que pense Caroline Brillet, juriste à la SHAM (extrait de sa réponse à ma demande de renseignement) :

« S'agissant des impacts de la loi du 4 mars 2002 relatif aux droits des malades, et à la qualité du système de santé sur une éventuelle mise en cause accrue de la responsabilité personnelle des IADE, une telle évolution n'est à notre sens pas envisageable. En effet, nous vous rappelons que la qualification de fautes personnelles détachables est très encadrée. Elle ne relève que de l'appréciation souveraine des juges du fond et doit répondre à certains critères strictement définis par la jurisprudence (« qui relève un manquement volontaire et inexcusable à des obligations d'ordre professionnel et déontologique », Cour de Cassation, 2 avril 1992, pourvoi n° 90-85579). De plus, elle est très rarement retenue et jamais, à notre connaissance, contre des infirmiers mais concernant des médecins.

En ce qui concerne les IADE qui, conformément à l'article 10 du décret numéro 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmiers, sont désormais habilités à pratiquer des ALR seuls, cette possibilité n'appelle aucune observation particulière notre part dans la mesure où ce transfert de compétence reste strictement encadré par un médecin anesthésiste. En effet, l'article précité précise que cet acte ne pas être effectué par un IADE « qu'à la condition qu'un médecin anesthésiste animateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste réanimateur ait examiné le patient est établi le protocole ». Nous ne disposons d'ailleurs d'aucun exemple de mise en cause d'IADE liée à la réalisation d'une ALR.

Enfin, vous nous interrogez sur notre position par rapport aux IADES du service mobile d'urgence de réanimation (SMUR) en présence d'un médecin urgentiste donc, a priori, non qualifié en anesthésie réanimation, ainsi que l'exige le décret de compétence précité. À ce sujet, nous souhaitons attirer votre attention sur deux points :

- Tout d'abord, sur le principe de l'omnivalence du diplôme de docteur en médecine qui confère à son titulaire le droit de pratiquer « tous les actes de

diagnostic, de prévention et de traitement » (article 70 du code de déontologie médicale), dès lors qu'il dispose d'une certaine expérience.

- Ensuite, sur le fait qu'il convient de concilier le précédent principe avec celui et selon lequel l'urgence modifie les règles ordinaires de compétence.

En vertu de ces considérations, il me semble que rien ne s'oppose, dans le contexte d'urgence qui constitue le quotidien une équipe du SMUR, à ce qu'un patient fasse l'objet d'une prise en charge initiale par une équipe polyvalente et se voit pratiquer une anesthésie loco-régionale par une IADE, spécialisée dans ce domaine, sous la surveillance d'un médecin urgentiste, d'autant plus que dès son arrivée à l'hôpital le patient en question sera transféré dans le service adapté à son état, où il pourra être pris en charge par des spécialistes de sa pathologie. »

Commentaire : Me Caroline Brillet souligne que la faute personnelle détachable relève d'une décision de juge, basée sur la jurisprudence. Il n'existe pas de « catalogue », de texte de loi, de règlement qui classifie ce type de fautes. **Elle est très rarement retenue.** L' ARCP agit dans tous les cas où l'établissement de santé ne pourrait être reconnu civilement responsable des actes de l'IADE, fait rarissime puisque je n'ai pas trouvé de jurisprudences.

Pour Me Brillet, la loi du 4 mars ne va pas accentuer la responsabilité de l'IADE.

Son avis sur la position de l'IADE au SMUR est sans ambiguïté, et va à l'encontre de celui du docteur Gall. Il faut préciser qu'un IADE qui participe à la réalisation d'une intubation trachéale sous les ordres d'un urgentiste, ne fait pas de l'anesthésie mais de la sédation pour les mêmes gestes et l'utilisation des mêmes drogues. Ainsi l'IADE exerce dans le décret de compétence sous la responsabilité exclusive du MAR, mais n'est pas dans l'illégalité en travaillant avec un urgentiste, puisque ce n'est plus « de l'anesthésie ».

F – Enquête de Vincent Olivier, journaliste à l'express (19)

Dans cet article, Monsieur Olivier explique la création d'un groupement temporaire d'assureurs après que le marché de l'assurance professionnelle se soit trouvé sinistré par les attentats du 11 septembre 2001. Il s'interroge sur l'opacité des éléments chiffrés transmis par les assurances « *les assureurs prétendant que les procès se multipliaient. Les pouvoirs publics avouent leur impuissance et affirme ne pas disposer de données précises sur la question. Les données semblent difficiles à obtenir de la part des assureurs. Jacques Domergue, député UMP de l'Hérault, lance... Les assureurs disent qu'ils ne savent pas, qui ne peuvent fournir de chiffres. Mais on a plutôt le sentiment qu'ils ne veulent rien dire... . Les inspecteurs de l'IGAS (inspection générale des affaires sociales) disent qu'il faudra attendre 2005 pour savoir si les sinistres ont réellement augmentés.* »

(19) Article de l'EXPRESS du 11 décembre 2003, « Accidents médicaux, des risques surévalués »

Il met en doute les affirmations divulguées par ces mêmes compagnies selon lesquelles la judiciarisation de la santé est en marche et qu'il convient de se prémunir contre toute action pouvant être menée par le patient contre le corps soignant. « *Et ces derniers (les assureurs) jouent, semble-t-il, avec des cartes biseautées. En d'autres termes, si les bavures, les diagnostics erronés et les fautes médicales existent bien, les plaintes liées à ces erreurs sont nettement moins nombreuses que ne le prétendent certains. ...Le marché de la responsabilité professionnelle serait devenu fou, imprévisible et, pour tout dire, ingérable. Dans ces conditions, les assureurs n'auraient d'autre choix que d'augmenter fortement leurs tarifs. Or l'enquête montre que la réalité est bien différente.*

Ainsi, contrairement à une idée reçue, le nombre de déclarations faites auprès des assureurs demeure stable au cours de ces dernières....les procédures judiciaires n'évoluent guère ;

Plus loin, le journaliste rapproche l'évolution des procédures engagées et l'inflation des primes d'assurance ; il en conclut que « *Rien, donc, ne justifie cette augmentation, sauf qu'en pratique des provisions exigées par les assureurs ont bel et bien explosé : 680 000 € en 1999, mais 2,7 millions en 2002, soit une multiplication par quatre ! Cherchez l'erreur...* »

Puis il prend comme exemple les infections nosocomiales : « *les infections nosocomiales donnerait lieu à une inflation vertigineuse de procès et à des réparations toujours plus importantes. C'est inexact. En 2001 comme en 2002, elle ne constituent que 10%, du total des sommes versées aux malades par les assureurs* ». *Quant au montant lié à ces infections, il est en chute constante depuis trois ans. Il a même été divisé par trois entre 2000 et 2002 : pour la centaine de cliniques étudiées, les patients ont touchés successivement environ 50 000 €, 35 1000 €, puis 15 000 €.* »

Dans l'enquête, la catégorie « bris » (lunettes, dentier, sonotone...) constitue plus du tiers des sinistres signalés par les patients est déclaré par les établissements. En 2002, elle représente 77 déclarations sur un total de 213. C'est le premier poste de réclamations, loin devant les infections nosocomiales ou les accidents opératoires. Le nombre de chutes d'un lit d'hospitalisation qui surviennent avant, pendant, ou après une intervention, représente 15 % du total des règlements versés en 2000.

Les assureurs profiteraient-ils du climat ambiant de défiance vis-à-vis du monde de la Santé pour diaboliser l'exercice professionnel et conduire les soignants, et donc les IADES, à se protéger contre toute action à leur encontre. C'est ce que semble penser Alain-Michel Cerreti, président du Lien (l'association de luttes contre les infections nosocomiales) et administrateur de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam), organisme officiel chargé de dédommager les patients tites de la solidarité nationale : « *les assureurs se conduisent comme des incendiaires qui se proposeraient, ensuite, d'être les pompiers chargés d'éteindre le feu !*

Le Sou Médical, par la voix de Nicolas Gombault, réfute ces accusations : « *si le coût moyen d'un sinistre a beaucoup augmenté ces dernières années, cela n'est pas de notre fait.* »

Toutes ces polémiques entraînent des incertitudes l'exercice professionnel et l'IADE n'est pas à l'abri de ces tribulations ; il n'est qu'à entendre les remarques adressées à des professionnels « ...si il y a une procédure... »

« L'enjeu est là : si les pouvoirs publics ne parviennent pas imposer des concessions assureurs, si ces derniers ne se plient pas aux règles de la transparence, et si les patients pensent, même acteur, que les accidents médicaux augmentent, le nombre de plaintes augmentera effectivement, les primes encore davantage et le système implosera » dit. Jacques Domergue, chef de service au CHU de Montpellier, « *faute de trouver une solution acceptable par tous, tout ceci risque d'entretenir un climat de défiance, généralisée et détestable. Avant, on prenait le risque dans l'intérêt du malade, et on l'assumait, constate-t-il. Demain, on va devoir d'abord étudier le risque avant d'assumer une décision. Je suis navré de cette dérive, gravissime pour le système sanitaire français.* »

Commentaires : c'est une enquête qui n'intéresse pas l'hospitalisation publique et encore moins les IADES, mais qui est très intéressante sur le fond. On apprend que la MACSF et le Sou Médical ont le monopole de l'assurance responsabilité civile, que le montant des primes d'assurance n'est pas justifié devant la stabilité du nombre des plaintes, que les assureurs manipulent les chiffres, que les hausses de primes ne sont pas justifiées par les infections nosocomiales, que les « bris » constituent un tiers des sinistres, type de sinistre qui est pris en charge par l'assureur d'un hôpital public, qu'il est impossible d'avoir des données avec les assureurs, ce qui a été aussi mon principal écueil durant mon enquête.

Pourquoi les sociétés d'assurance professionnelles, si promptes à envoyer les conditions d'adhésion, à se poster dans les restaurants du personnel des établissements hospitaliers, à intervenir dans les différents cursus de formations paramédicales, pourquoi ne communiquent-elles pas leurs statistiques ?

Pourquoi est-il impossible d'obtenir ne serait-ce que le nombre d'IADES du secteur public ? Pourquoi enfin les rapports d'activités ne précisent-ils pas, de manière anonyme, la suite judiciaire donnée aux déclarations des sociétaires.

La vraie question est : « Existe-t-il UN IADE du secteur public hospitalier condamné pour une faute entrant dans le domaine de compétence de l'assurance responsabilité civile ? »

Toutes les recherches que j'ai menées pour rédiger ce TIP me laisse penser que non ; le silence des assureurs à mes questions précises en dit long...

Je vous propose de vous présenter l'évolution des déclarations d'accidents mettant en cause des infirmiers

EVOLUTION DU NOMBRE DE DECLARATION DE SINISTRES INFIRMIERS AU SOU MEDICAL

Exercice 1999 (<http://www.lesoumedical.fr>)

Les **45 025** infirmiers (ères) sociétaires du GAMM ont adressé **34** déclarations (26 en 1998), soit une **sinistralité de 0,075%** (+0,015).

- 4 déclarations adressées par des sociétaires IADE dont syndrome de Mendelson au cours d'une AG, lombalgies après rachianesthésie, bris dentaire...
- 5 autres concernant une activité au bloc opératoire dont brûlures par bistouri électrique (3) ou par application de Cetavalon concentré lors d'une rhinoplastie.
- 4 contestations de la prise en charge ou de la surveillance exercées par nos sociétaires, leur reprochant notamment des soins d'escarre inadaptés, une mauvaise surveillance de plaie post-opératoire ou chez un diabétique. A noter une plainte pour non assistance à personne en danger.
- Erreur d'injection (5) dont 3 de produit et 2 de dose.
- Complications après injection (6) dont abcès de la fesse (3), sciatique...
- Traumatismes corporels lors de soins (4) responsables de fracture d'une vertèbre lombaire, du col du fémur, de jambe ou d'une côte.
- Piqûre accidentelle (3) dont celle d'un employé d'une société d'incinération qui s'est blessé avec une aiguille dépassant d'un conteneur appartenant à une de nos sociétaires.

Exercice 2000

Les **49 606** infirmiers (ères) sociétaires du GAMM ont adressé **31** déclarations (- 8,8%) (26 en 1998 ; 34 en 1999), soit une **sinistralité de 0,06%** (- 0,015).

- 1 déclaration adressée par une sociétaires IADE à la suite d'un AC per-opératoire (avec décès ultérieur) chez une enfant de 14 ans, lors d'une arthrodeèse vertébrale.
- 2 déclarations pour brûlures per-opératoires par bistouri électrique.
- 14 contestent la prise en charge et/ou la surveillance exercées par nos sociétaires, leur reprochant notamment un non-appel à l'anesthésiste de garde (coma brutal par AVC), une chute lors du premier lever post-opératoire, une insuffisance de fixation d'un drain (nécessitant une réintervention pour retrait), l'aggravation d'une plaie due à une morsure de chien, une erreur de posologie (commise par un interne mais non rectifiée par notre sociétaire) lors de l'administration IV de théophilline...
- Une plainte pénale pour violation du secret professionnel.
- Une erreur de programmation d'un perfuseur à débit constant (20 ml/h d'une solution d'Héparine, au lieu de 2) (hématome nécessitant évacuation chirurgicale).

- 8 complications après des gestes à visée diagnostique ou thérapeutique : AC (avec décès ultérieur) lors de la pose d'une sonde gastrique chez une malade de 85 ans grabataire ; injection IM (3) : abcès de la fesse (2 dont l'un compliqué de spondylodiscite) ; pigmentation locale (fer injectable). Injection SC d'Héparine (2) : hématome pariétal. Prélèvement IV (2) : hématome local.
Brûlure lors de soins de toilette (2).

Exercice 2001

Les **52 396** infirmiers (ères) sociétaires du GAMM ont adressé **40** déclarations soit une **sinistralité de 0,08%**.

- 4 déclarations adressées par des sociétaires IADE pour des accidents d'intubation endotrachéale : plaie trachéale (ayant nécessité une thoracotomie pour suture) ; bris dentaire (3).
- 3 accidents lors d'intervention : décès par embolie gazeuse (introduction accidentelle d'air dans un circuit de CEC) ; brûlure cutanée à la suite de la chute d'instrument des mains de l'instrumentiste (2).
- 4 déclarations où la responsabilité de nos sociétaires ne semble pas, a priori, engagée : plaie vasculaire au cours d'une vidéoappendicectomie ; décès (embolie gazeuse ?) au cours d'une vidéodégastroplastie ; coma anoxique constaté à l'arrivée en SSPI ; décès par hémorragie de la délivrance.
- 10 déclarations contestent la prise en charge et/ou la surveillance exercées par nos sociétaires notamment pour maltraitance (3) ou pour transmission de documents médicaux à des responsables administratifs (infirmière d'entreprise).
- Complications après différents actes infirmiers (8). Pose sonde *gastrique* : perforation du bas oesophage. Injection IV : fibrose résiduelle nécessitant une exérèse chirurgicale.
- Injection IM (5) : abcès (2) ; dépression cutanée inesthétique (2) ; hématome.
- Dommages corporels (3) : chute ; amputation partielle P3 index chez un enfant de 20 mois (doigt coincé dans une porte de placard) (accident survenu en crèche) ; blessure par aiguille usagée chez un éboueur.

Exercice 2002 (rapport du conseil médical du GAMM sur l'exercice 2002, RESPONSABILITE hors série mars 2004)

Les **54 050** infirmiers (ères) sociétaires du GAMM ont adressé **33** déclarations soient une **sinistralité de 0,06 %** (identique à 2000)

- Quatre déclarations adressées par des IADES : perforation d'un globe oculaire (réalisation d'une anesthésie péribulbaire sur autorisation du MAR présent) et bris dentaire (3)

- Oubli de compresses lors d'une intervention (plainte pénale avec mise en examen de l'ensemble de l'équipe du bloc opératoire).

- 11 déclarations contestent dans la prise en charge et/ou la surveillance, notamment pour réglage incorrect d'une pompe à morphine (décès), maltraitance (2), défaut de surveillance (2) (dont deux décès après absorption d'un liquide à usage ménager), rupture de contrat de soins...

- Assignation à la suite d'une stomatite ulcéro-nécrotique par surdosage en Méthotrexate*(entraînant ultérieurement une inadaptation des prothèses mobiles de la patiente) : erreur de délivrance commise à le pharmacien (ampoule à 25 mg/ml au lieu de 5 mg/2 ml) et absence de vérification par notre sociétaire.

- Complications après divers actes infirmiers (6).

Injection IM (fesse) d'AINS (2) dont abcès enkysté nécessitant un drainage chirurgical ; de fer : pigmentation inesthétique (enfant de 26 mois).

Injection IM (épaule) de corticoïde retard : dépression cutanée inesthétique.

Injection SC : lésion d'un sphincter urinaire artificiel à ballonnet nécessitant son remplacement.

Prélèvement IV : hématome douloureux entraînant un arrêt de travail.

- Dommages corporels (7) dont décès d'un enfant de six mois retrouvé coincé dans les barreaux du lit de sa mère ; chute (3) dont décès ; fracture des deux fémurs chez myopathe (attribuée à un mauvais assemblage lors d'un bain) ; fracture du pied.

- Lésions par aiguille souillée (2).

Commentaires : le nombre d'infirmiers qui s'assurent ne cesse d'augmenter. Le nombre de déclarations émanant des infirmiers (entre 30 et 40) et celui des IADES (entre 1 et 4) sont stables.

Le % de sinistralité des infirmiers sur l'ensemble des sociétaires est extrêmement faible (entre 0,06 et 0,08%), celui des IADES quasiment nul (0,0006 à 0,0008%).

Il m'est impossible d'obtenir plus de renseignement sur le secteur d'activité des IADES ayant déclarés un sinistre. Sachant par M.Affret, que les bris dentaires en secteur public sont systématiquement pris en charge par l'assureur de l'établissement, cela réduit en moyenne à une par an, le nombre de déclaration susceptible de venir d'une IADE du secteur public.

Les IADES et les infirmiers au bloc opératoire (à part pour 2002) sont incontestablement plus exposés par le nombre de déclaration.

On peut souligner en 2002, une déclaration de complication dans la réalisation d'une ALR par un(e) IADE.

Les chiffres montrent bien la faible sinistralité applicable aux actes infirmiers, d'autant plus que les assureurs ne communiquent que parcimonieusement sur leurs statistiques ; il m'a été quasiment impossible de tenir des données objectives.

Par ailleurs, les condamnations d'infirmiers ne sont pas communiquées ; n'y en aurait-il pas ?

Il semble bien que les assureurs agitent l'épouvantail judiciaire pour faire adhérer de nouveaux infirmiers à des garanties qui ne conviennent pas forcément à leur exercice ; pour cela, il joue les marchands du temple, des marchands à qui mieux mieux dans les établissements de soins.

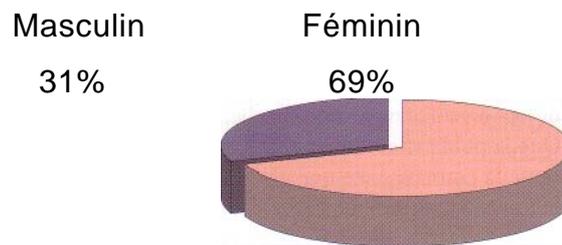
Je rejoins en cela l'opinion de Mr Olivier et de Mr Cerreti.

ANALYSE

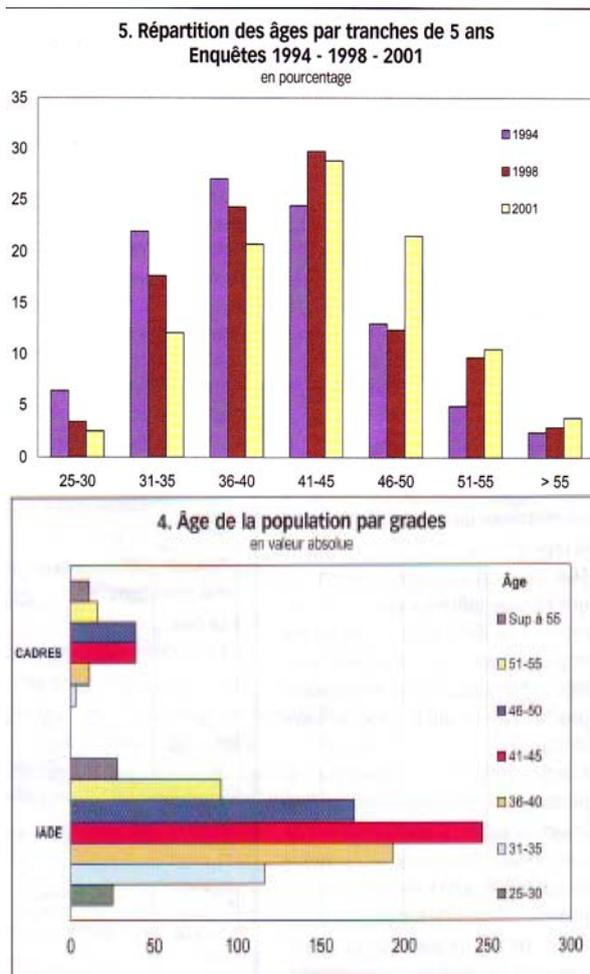
Si les chiffres parlent d'eux-mêmes et montrent que le risque de mise en cause de l'IADE est actuellement très marginal il n'en reste pas moins vrai qu'un certain nombre d'IADE choisissent de s'en protéger; Qui sont-ils ? Pourquoi ont-ils fait ce choix ? Est-il argumenté ?

Enquête démographique (20)

En 2001, il y avait 5880 IADES dans le secteur public, 1500 dans le secteur privé (sources du ministère de la santé) Cette enquête permet de déterminer le ratio hommes -femmes, d'établir une pyramide des âges et de l'appliquer aux grades des personnels.

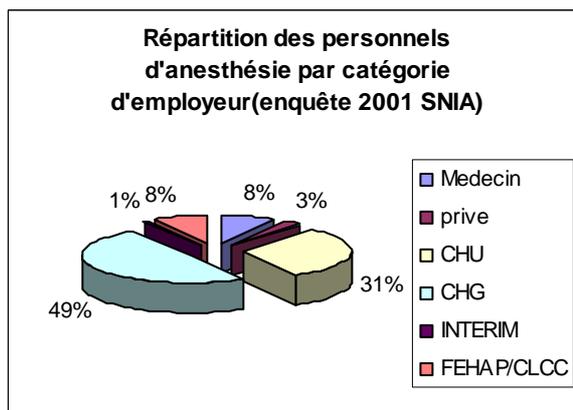
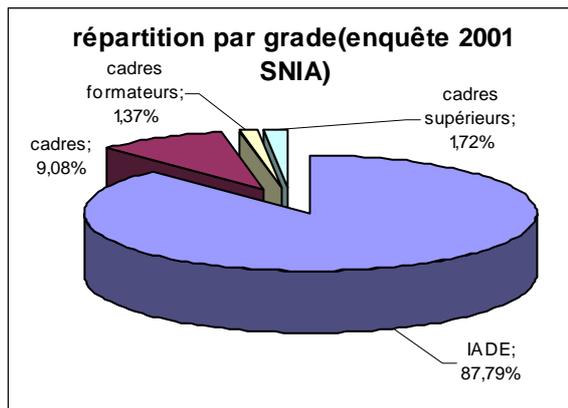


(20) Revue Oxymag N°63 avril 2002 « Enquête démographique et de pratiques déclarées des infirmiers anesthésistes, réalisée par le SNIA en juin-juillet 2001 »



La profession IADE est majoritairement féminine, en toute logique puisque la profession infirmière DE est largement féminisée.

La pyramide des âges nous apprend que les professionnels se situent en plus grand nombre en milieu de carrière (55 % des IADES ont entre 36 et 45 ans) ; la population des IADE est vieillissante avec un âge moyen d'entrée dans la spécialisation à 32 ans; cette constatation peut avoir des répercussions sur le point de vue du professionnel vis-à-vis de l'assurance. En effet, si certains trouvent leur exercice professionnel de plus en plus aisé à mesure qu'ils acquièrent de l'expérience, bon nombre d'IADES se trouvent plus vigilants et plus convaincus du caractère exposé de leur métier ; ils ont vécu des situations professionnelles difficiles et en tirent des leçons de prudence et d'humilité. Seront-ils plus enclins à s'assurer ?



Les personnels d'anesthésie se répartissent pour 80% dans le secteur public ; 11 % dans le privé y compris FEHAP/CLCC.

Il aurait été particulièrement intéressant de pouvoir comparer la fraction des personnels du privé qui sont assurés et celle du personnel de la fonction publique hospitalière qui ont souscrit aux mêmes garanties ; cela fut impossible puisque ces chiffres ne sont pas publiés.

ANALYSE DU SONDAGE ET COMPARAISON AVEC LES ENQUÊTES DE

2001

**de Corinne Cabresin et d'Anne Cadiou sur la responsabilité de l'IADE, et du
SNIA pour les pratiques déclarées.**

I – Assurance

- 1 – questions
- 2 – objectif
- 3 – analyse des résultats
- 4 – commentaires des résultats

II – Connaissance des textes professionnels

- 1 – questions
- 2- objectif
- 3 – analyse des résultats
- 4 – commentaires des résultats

III – Connaissance de l'organisation juridique

- 1 – questions
- 2 – objectif
- 3 – analyse des résultats
- 4 – commentaires des résultats

IV – Les pratiques déclarées

- 1 – questions
- 2 – objectif
- 3 – analyse des résultats
- 4 – commentaires des résultats

V – formation

- 1 – questions
- 2 – objectif
- 3 – analyse des résultats
- 4 – commentaires des résultats

VI – perception de la profession d'IADE

- 1 – question
- 2 – objectif
- 3 – analyse des résultats
- 4 – commentaires des résultats

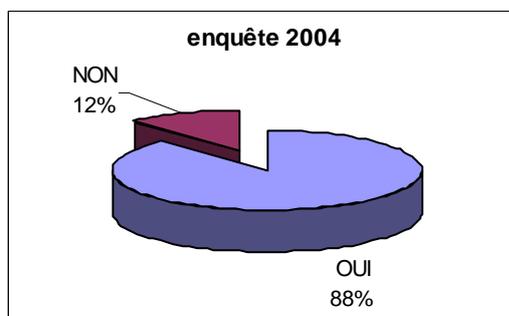
VII – généralités

- 1 – question
- 2 – objectif
- 3 – analyse des résultats
- 4 – commentaires des résultats

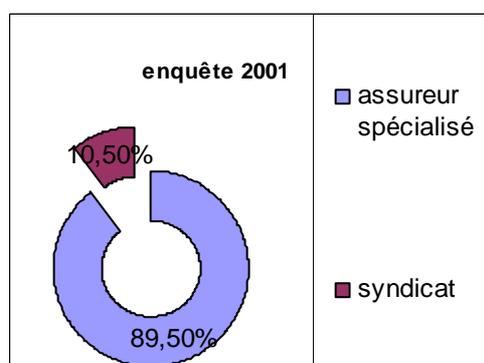
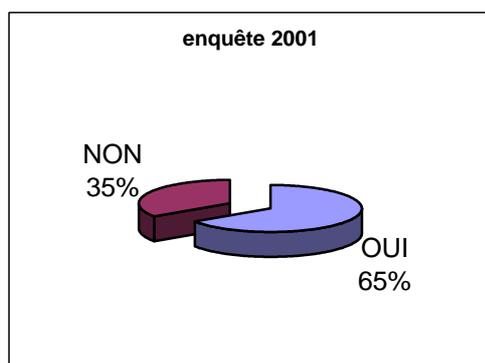
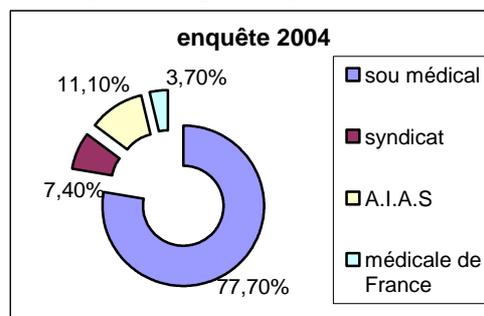
I – ASSURANCE

1 – Questions

- « Avez-vous une ARCP ? »

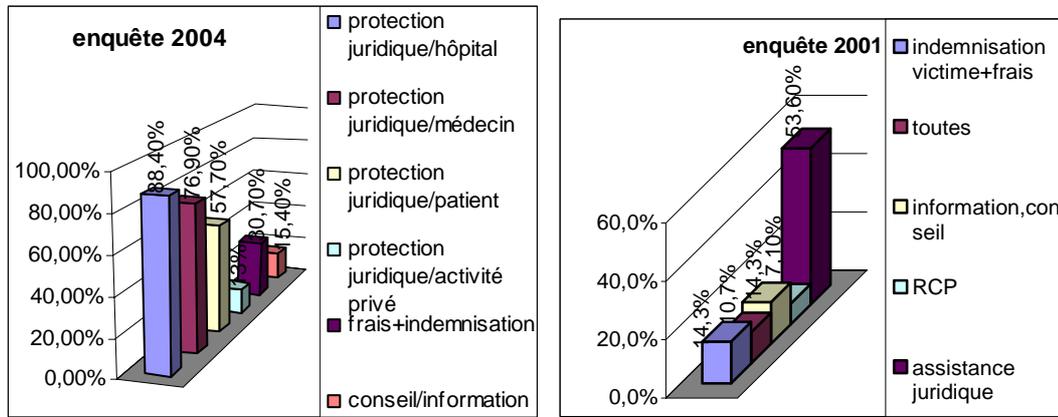


« Auprès de quel organisme ? »



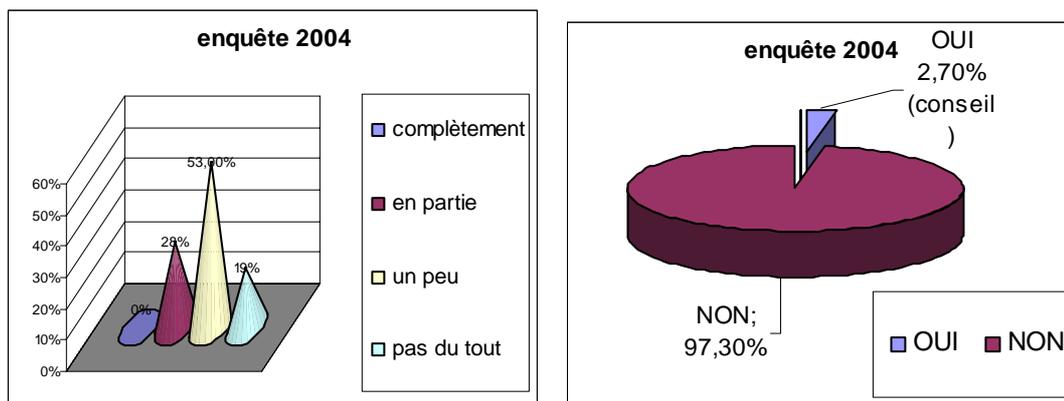
Il semblerait que la proportion d'IADÉ assurés ait augmenté entre 2001 et 2004. Cela confirme les chiffres du nombre de sociétaires transmis par les assureurs car il semble logique que si leur nombre a globalement augmenté, il l'a fait chez les IADÉ dans les mêmes proportions que dans la population générale. La vérification est de toute façon impossible puisque les déclarations ne permettent pas ou peu, de rattacher les actes mis en cause et le grade du professionnel.

« Quelles garanties vous apporte-t-elle ? »

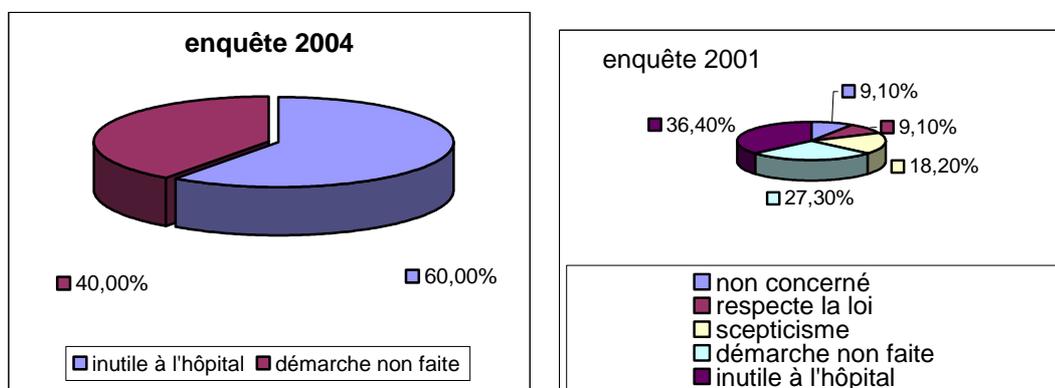


Sans tirer de conclusions hâtives, il semblerait que les IADE en 2004 craignent davantage les conflits inter-professionnels que les conflits avec le patient. Pour ma part, je l'interprète comme révélateur d'une certaine « pression » institutionnelle dans le cadre des protocoles, des « guides de bonne pratiques professionnelles », des référentiels d'accréditation ou autre qui fait porter le regard sur la pratique quotidienne des IADE et oblige à des réajustements.

« Connaissez-vous les garanties du contrat ? » « Avez-vous eu recours à votre ARCP ? »



« Pourquoi n'avez-vous pas d'assurance ? »



2 - Objectif

Avoir une idée de la proportion d'IADES assurés ou non ainsi que les motivations de leur choix

3 – Analyse des résultats

La proportion d'IADES assurés est très importante. Paradoxalement, ils connaissent peu les modalités de leur contrat. Leur motivation à souscrire une ARCP se concentre en priorité dans l'éventualité d'un conflit avec l'administration et/ou le médecin, plutôt qu'avec le patient. Je n'ai trouvé qu'un IADE ayant contacté le Sou Médical, principal assureur des IADES, pour obtenir un conseil à la suite d'un incident per-opératoire.

La réponse « démarche non-faite » est peu exploitable ; manque de temps ? d'arguments ? hésitation ?

L'observation importante réside dans le fait qu'au travers d'un sondage par contact direct sous couvert du respect de l'anonymat, 13% des sondés m'ont avoué une prendre une assurance pour leur double activité public/privé, données impossibles à recueillir par un questionnaire écrit.

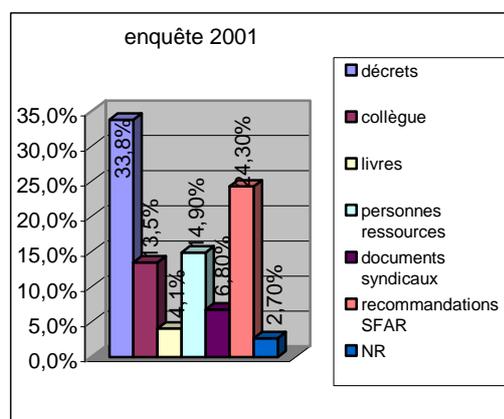
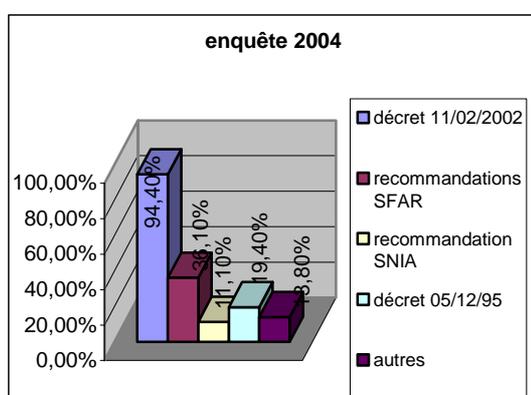
4 – Commentaires

L'IADE est très demandeur d'une protection juridique indépendante. Ils ne connaissent pas bien les critères d'intervention de leur assurance, tout simplement parce que peu d'IADES ont pu me donner toutes les conditions dans lesquelles leur responsabilité personnelle pouvait être engagée. Ils appréhendent plus un conflit d'intérêt avec l'administration hospitalière et/ou le pouvoir médical qu'avec le patient, ce qui relève plus de la protection juridique (facultative) que de l'ARCP. Dans certaines compagnies, ces garanties sont indissociables mais le coût s'en trouve augmenté de façon significative : La protection juridique coûte 3 à 4 fois plus que l'ARCP et je n'ai pas rencontré d'IADE qui s'en soit servi.

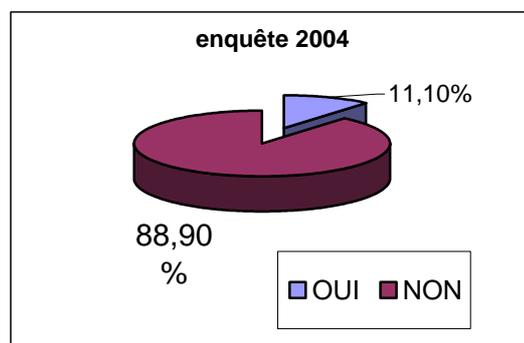
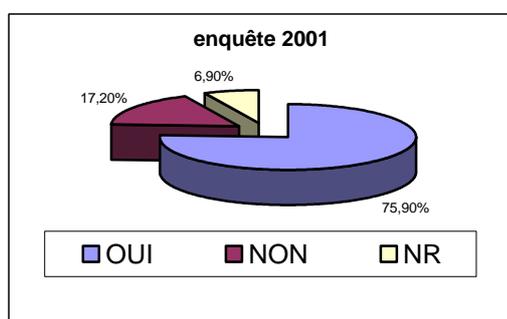
II – CONNAISSANCE DES TEXTES PROFESSIONNELS

1 – Questions

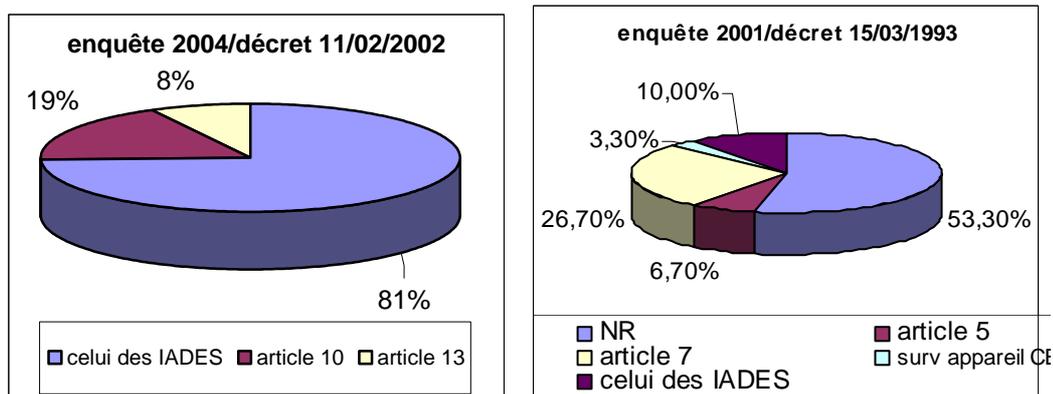
- « A quels documents vous référez-vous dans l'exercice de votre pratique ? »



- « Vous sentez-vous concerné par tous les articles du décret de compétence ? »



- « *Quel est l'article qui vous concerne plus particulièrement ?* »



1 - Objectif

Savoir si les IADES connaissent les textes qui régissent leur pratique professionnelle, et où ils puisent leur information.

2 – Analyse

La majorité des IADES interrogés se réfère au décret réglementant la profession infirmière, mais peu connaissent l'article 10. Globalement, l'analyse montre que Les IADE connaissent leur cadre législatif (94 % disent fonder leur pratique sur le décret de 2002) ; peu la maîtrisent en détail (24 % peuvent citer les articles qui les concernent); la SFAR reste une source de documentation bien utilisée. Les récents travaux en vue des visites d'accréditation et la nécessité de s'appuyer sur des textes indiscutables peuvent expliquer cette connaissance.

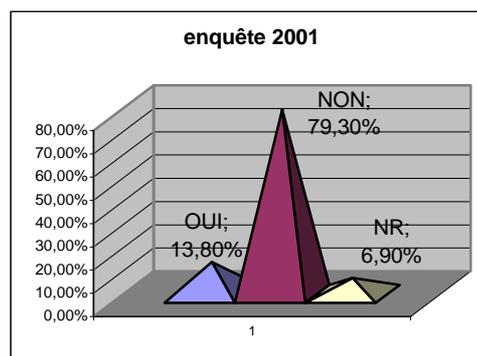
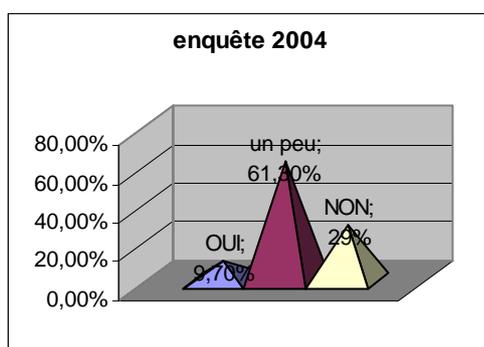
3 – Commentaires

Comme en 2001, je confirme qu'il existe toujours un décalage entre les connaissances énoncées et les connaissances réelles. La spécialité fait penser à beaucoup d'IADES qu'ils ne sont plus concernés par l'ensemble du décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière. Les textes de portée généraliste (décret de 1995) ne sont plus cités alors qu'ils ne sont pas abrogés et restent applicables. Toutefois, cette analyse doit être modulée car il est évident que l'émergence d'un nouveau texte le met en « ligne de mire » et qu'il est celui auxquels les IADE pensent en premier lieu. La comparaison des deux résultats s'en trouve aléatoire.

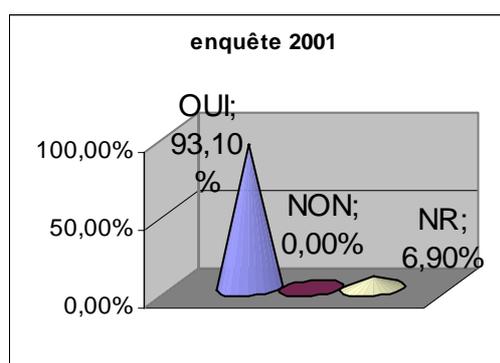
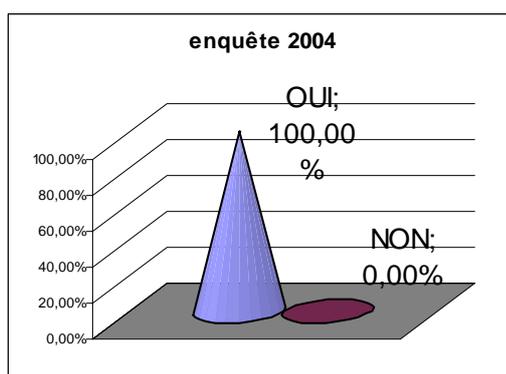
III – CONNAISSANCE DE L'ORGANISATION JURIDIQUE

1 – Questions

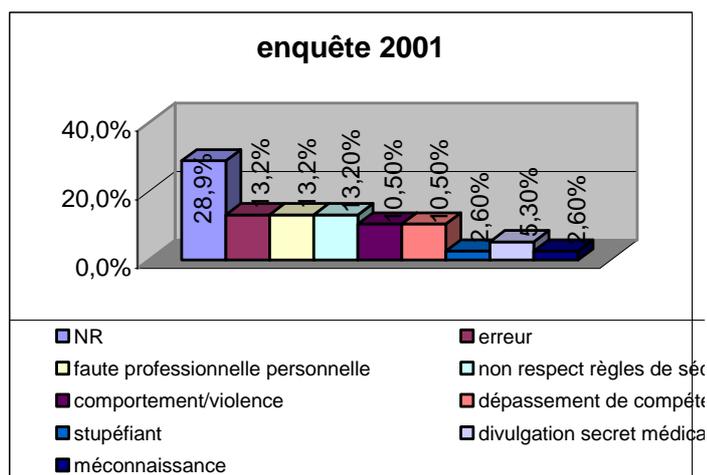
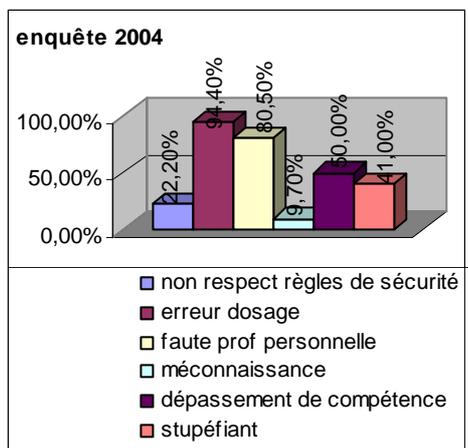
- « Pensez-vous connaître l'organisation juridique en France ? »



- « Votre responsabilité personnelle peut-elle être impliquée à l'hôpital ? »

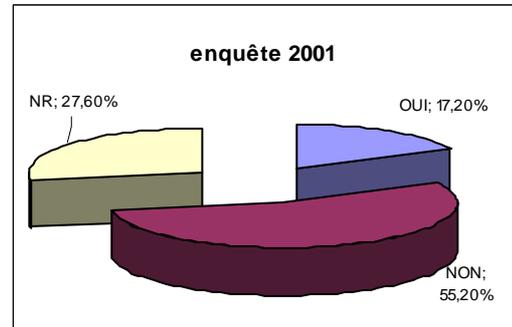
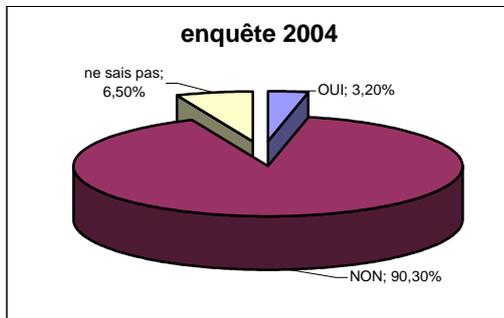


- « Avez-vous un exemple ? »

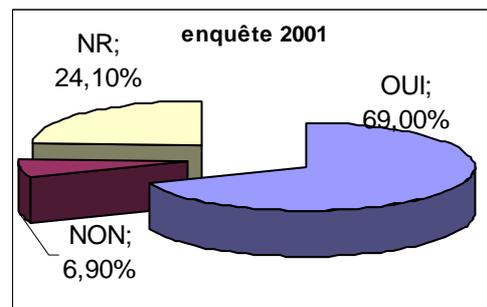
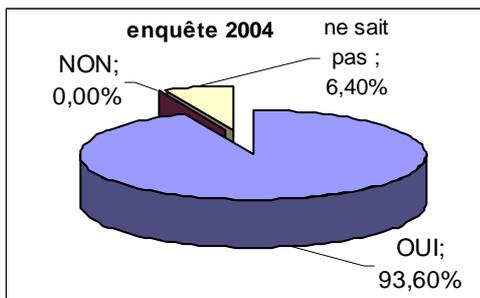


Tous les IADES ont pu citer des exemples de fautes qui mettent leur responsabilité en jeu ; beaucoup citent l’item de faute personnelle .Pourtant le rapport n’est pas fait avec le cadre judiciaire ; ces exemples ne sont pas classés en faute pénale et/ou faute administrative, ce qui laisse supposer que la plupart ignore le traitement de ces infractions et les répercussions qu’il aura.

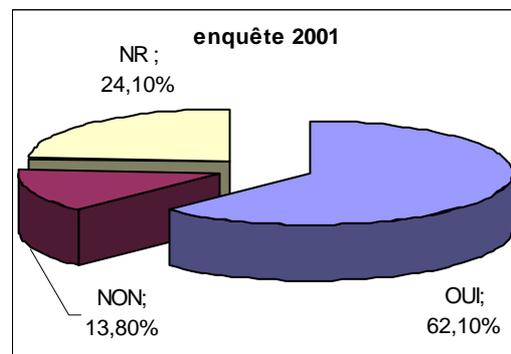
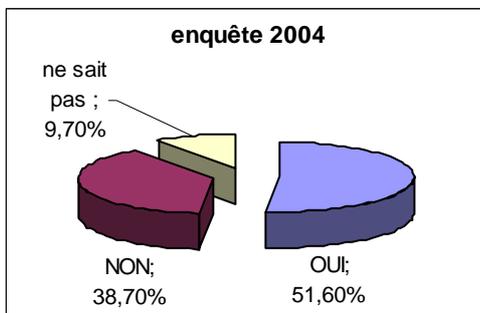
- « Si vous faites une faute personnelle détachable du service, l'Hôpital est-il responsable ? »



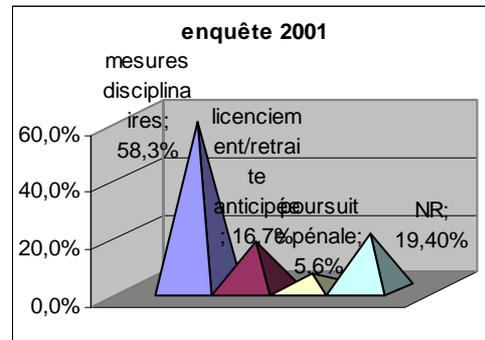
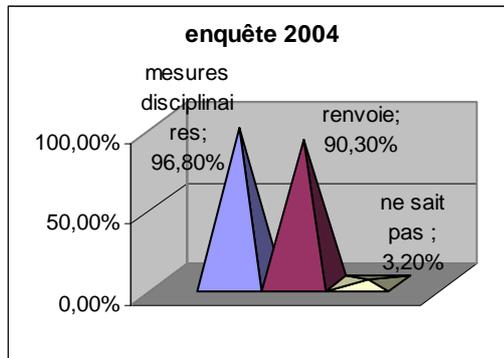
- « Savez-vous si un patient subissant un préjudice lors des son hospitalisation est dédommagé par l'hôpital ? »



- « Pensez-vous qu'en cas de poursuite pénale, l'hôpital peut vous protéger dans le cas d'une faute dite de service ? »



- « *Quelles mesures l'hôpital peut-il prendre contre un agent ?* »



2 - Objectif

Le but est d'évaluer les connaissances juridiques des IADES concernant l'organisation juridique, le droit administratif à l'hôpital.

3 – Analyse

Peu d'IADES connaissent l'organisation juridique dans ses fonctionnements. Ils semblent plus sensibles à la réglementation hospitalière.

4 – Commentaires des résultats

Même si les résultats objectivent que les IADES connaissent de mieux en mieux les notions de droit (ils ne sont plus que 3,20% à penser que la faute détachable du service est prise en charge par l'hôpital contre 17,20% en 2001). Le droit ne passionne pas les IADES, il ne fait pas partie de la culture infirmière.

D'autre part, comme les IADES méconnaissent le droit, ils appréhendent d'être confronté à ce milieu. Ils apparaissent plus intéressés dans la gestion d'un conflit d'intérêt avec l'administration hospitalière. Ces peurs nourrissent leur crainte d'un procès, et l'un des corollaires de ce ressenti, c'est leur motivation à s'assurer.

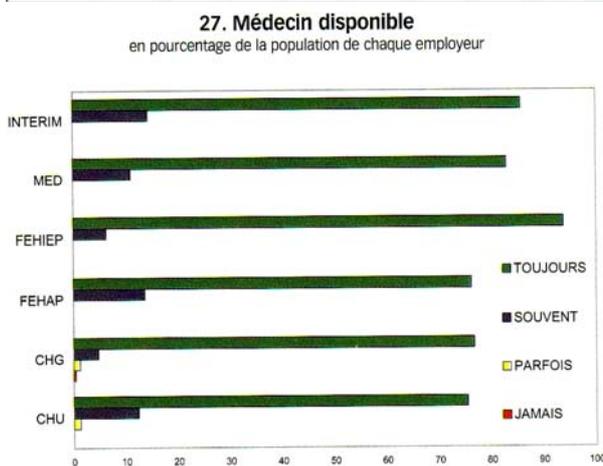
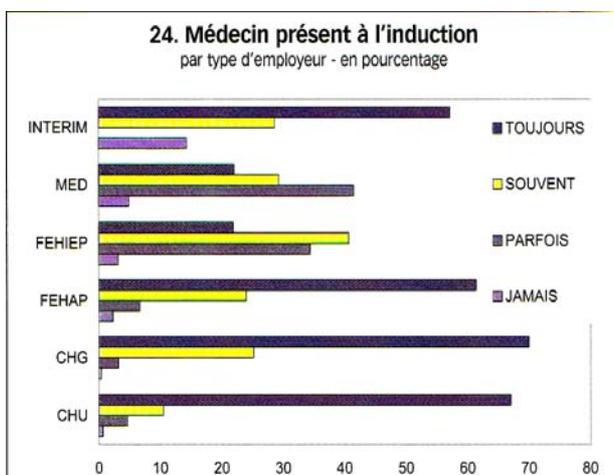
IV – LES PRATIQUES DECLAREES

1 - Questions

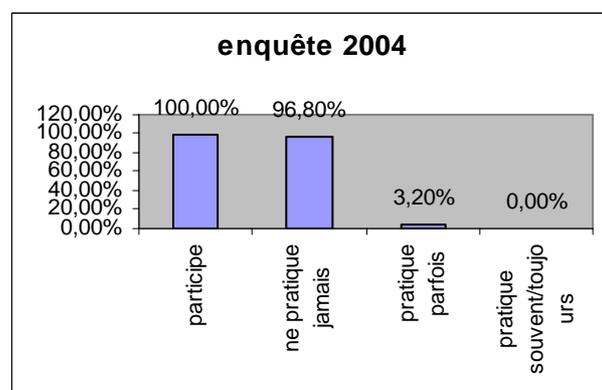
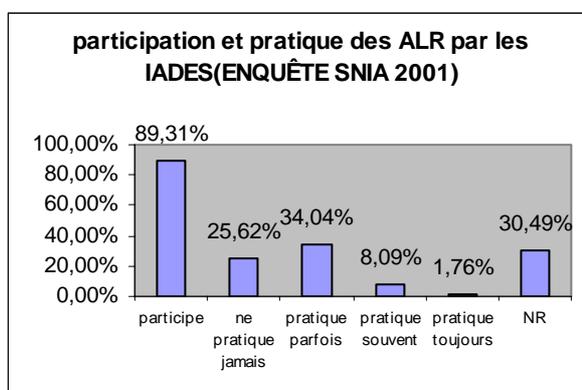
-« *Le médecin est-il présent lors de l'induction et est-il disponible ?* »

A cette question, j'ai eu 100% de réponses positives.

Résultats graphiques (numéro 24 et 27) de l'enquête du SNIA



- « Pratiquez-vous des ALR sur prescription du MAR ? »



2 – objectif

Il est de connaître les conditions de sécurité dans lesquelles travaillent les IADES, l'impact du décret du 11/02/2002 par rapport à la pratique des ALR

3 – Analyse

L'organisation de l'anesthésie se fait en présence du médecin à l'induction, et la supervision en permanence par le médecin disponible
Dans mon enquête ciblée en secteur public, les IADES ne pratiquent pas d'ALR pour diverses raisons telles que, le fait de ne pas avoir été formé, de ne pas être sollicité par le MAR, de ne pas être rétribué en conséquence.

Dans l'enquête du SNIA, 44 % des personnes interrogées répondent avoir pratiqué des ALR. « Le chiffre de 44% n'est pas négligeable et montre que, malgré certains discours, un grand nombre de MAR continue à faire pratiquer des ALR aux infirmiers anesthésistes...on constate que ce sont les IADES employés dans le secteurs privé (clinique, médecins employeurs, voire convention FEHAP) qui, proportionnellement, réalisent le plus fréquemment des actes d'ALR..
Il est assez paradoxal de constater que des IADE pratiquaient des ALR avant que la législation ne les autorise et que les IADE du secteur public ne les pratiquent toujours pas.

Il convient de rappeler qu'elles peuvent être réalisées, comme tout geste technique, à condition qu'un MAR en ait validé la formation pratique et que le geste soit maîtrisé et non occasionnel.

4 – Commentaires

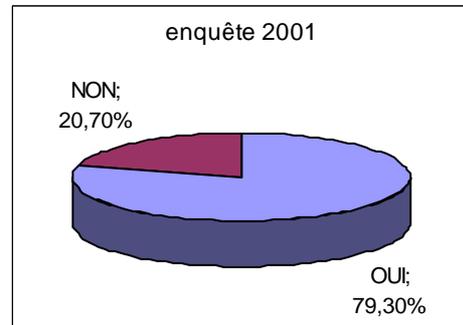
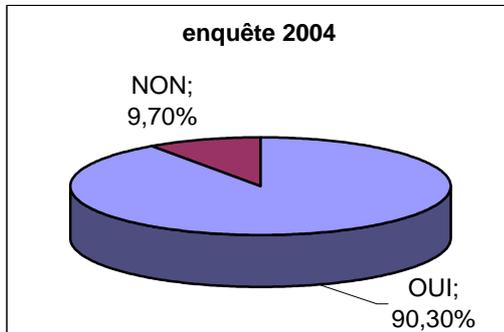
Les moyens humains sont optimaux pour la sécurité du patient et par conséquent, les conditions de travail des personnels.

Les IADES en secteur public, ne se mettent pas de façon générale en difficulté dans la réalisation d'ALR. Ils y participent et s'abstiennent d'en pratiquer pour plusieurs motifs. La mise en cause de leur responsabilité se situerait essentiellement dans la surveillance et non dans l'exécution. Ce qui ne les met pas en porte à faux par rapport à la non conformité du décret de formation au décret de compétence.

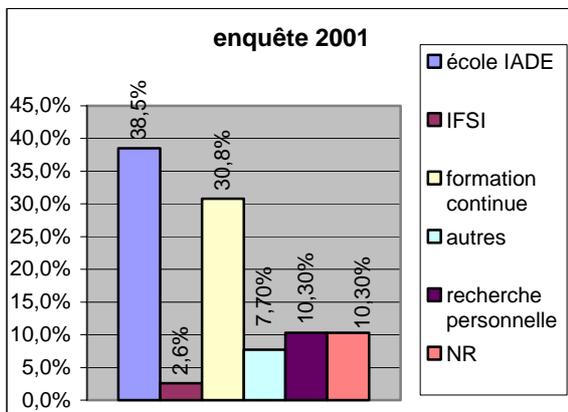
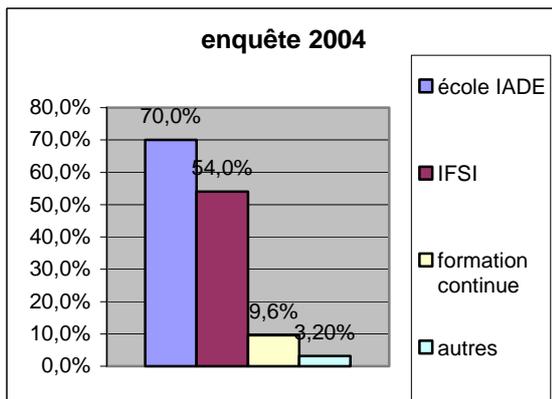
V – FORMATION

1 – Questions

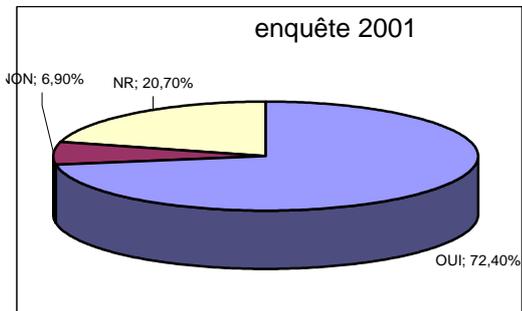
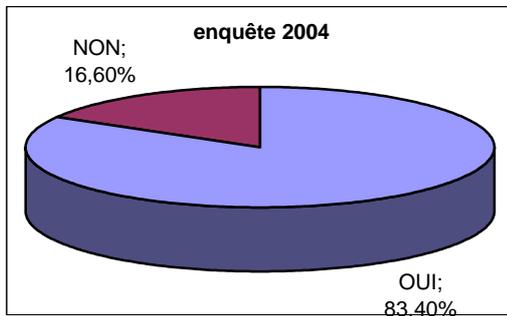
- « Avez-vous reçu une formation juridique ? »



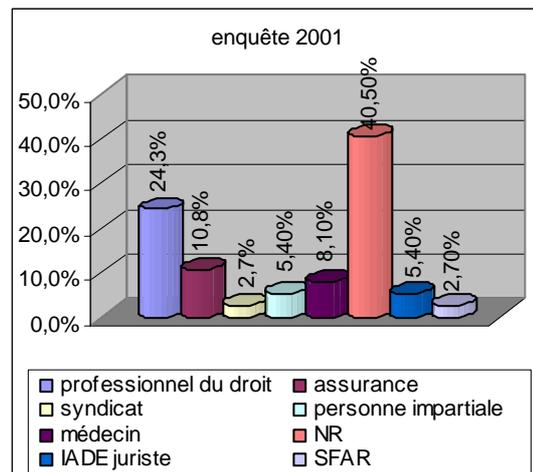
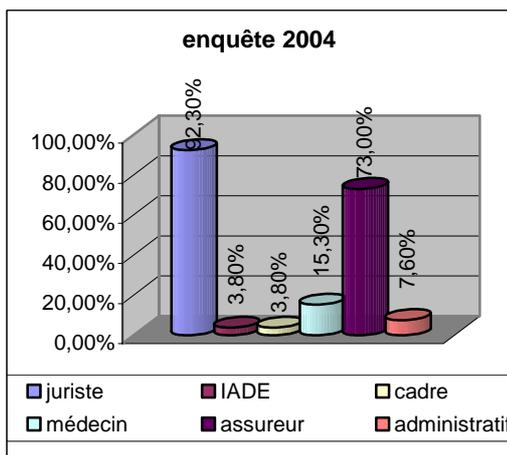
- « Dans quel cadre avez-vous reçu votre formation ? »



- « *Souhaitez-vous une formation sur la responsabilité juridique de l'IADE ?* »



- « *Par qui ?* »



2 – Objectif

Le but est de savoir si les IADES ont reçu une formation juridique, dans quel contexte, de cibler leurs besoins et qui ils souhaitent avoir comme interlocuteur.

3 – Analyse des résultats

Les IADES reçoivent une formation lors de leur scolarité, peu bénéficient de la formation continue. Beaucoup se plaignent de la disproportion entre les formations accordées aux médecins/cadres de santé et celles accordées aux IADES.

Comme en 2001, les chiffres montrent une volonté de s'informer sur la responsabilité juridique. 92,3% des sondés demandent une formation donnée par un juriste

4- Commentaires

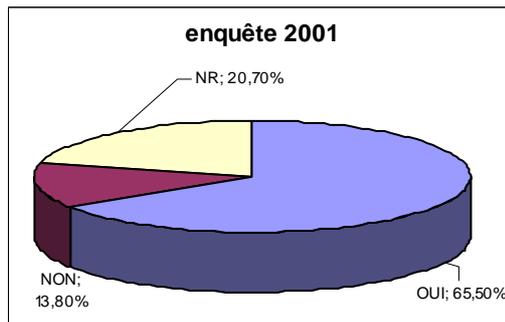
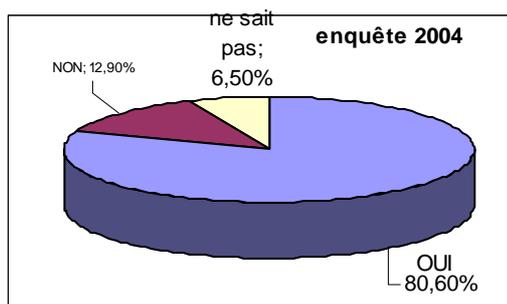
La grande majorité des IADES ont reçu une formation mais qui pourrait sembler apparemment incomplète puisque 92,3% en redemandent. Il y aurait deux raisons à cela :

- La grande majorité des IADES reçoivent cette formation à l'école. Sous le statut d'élève, le cadre juridique n'est pas l'une des priorités du futur professionnel.
- D'autre part, si l'intervenant est peu convaincant ou peu captivant sur le sujet, les cours deviennent facilement rébarbatifs.

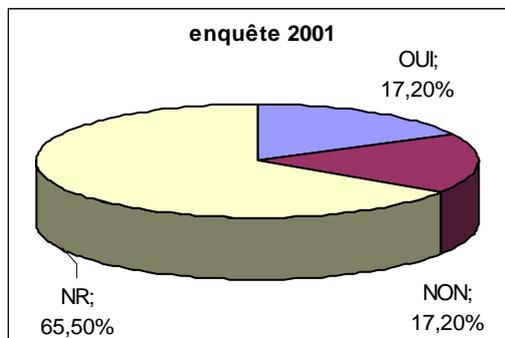
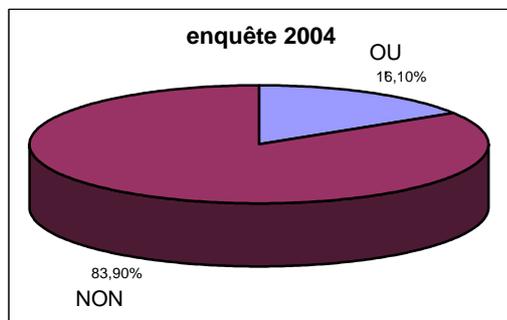
VI – PERCEPTION DE LA PROFESSION D'IADE

1 – Question

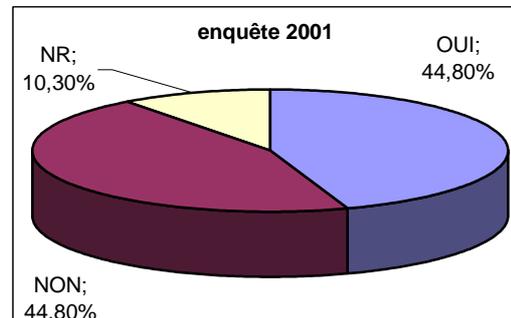
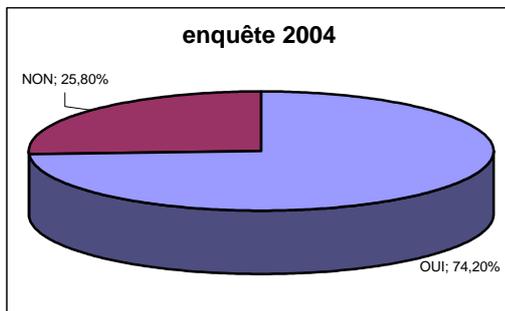
- « Pensez-vous qu'il y ait de plus en plus de procès ? »



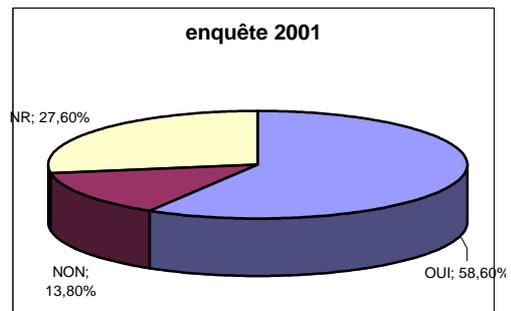
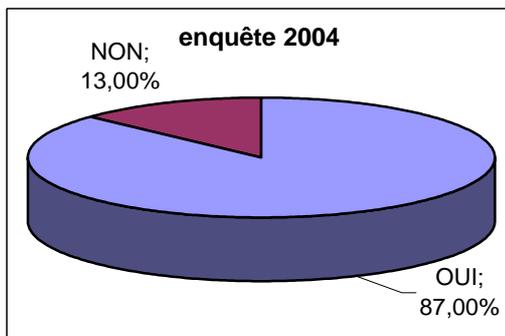
- « Cela influence-t-il vos comportements professionnels ? »



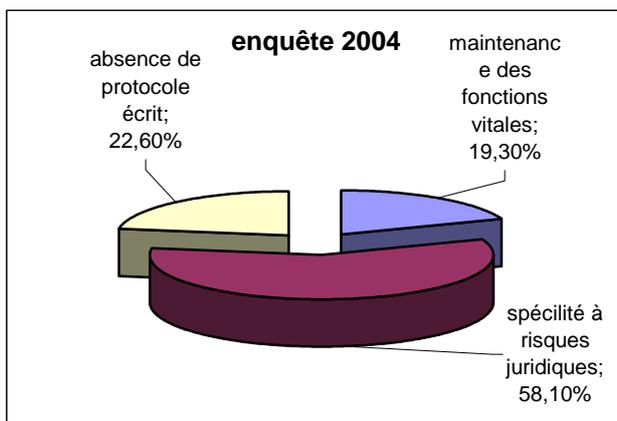
- « Connaissez-vous un IADE ayant eu un problème juridique ? »



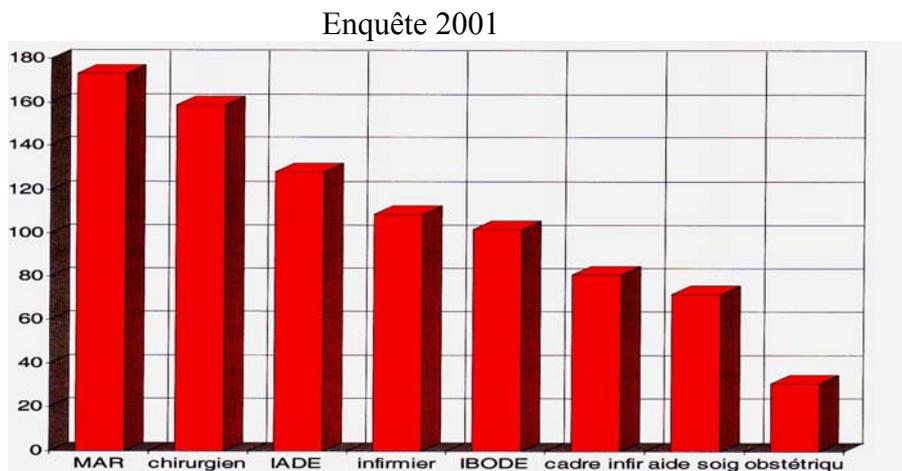
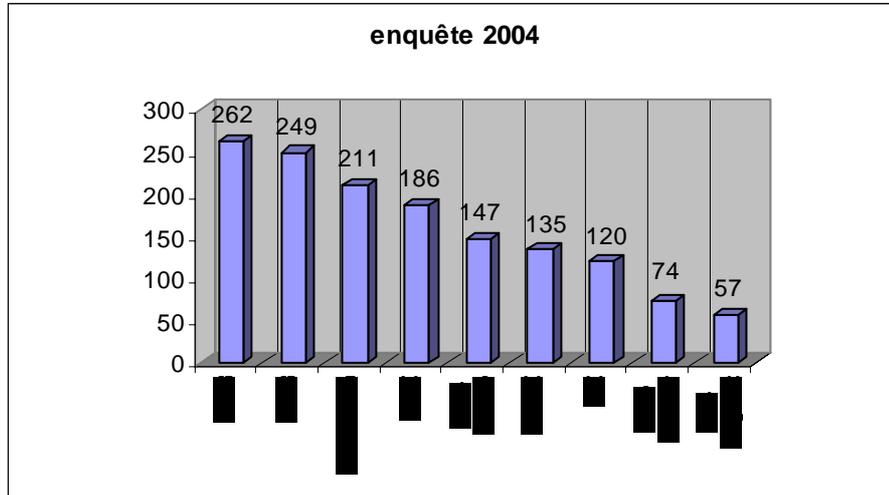
- « Pensez-vous que la responsabilité juridique soit plus spécifique en anesthésie ? »



- « Pourquoi ? (Aucune réponse pour l'enquête 2001) »



- *Classez par ordre croissant les professions qui vous semblent les plus à risque juridique.*



2 – Objectif

Il est d'évaluer le retentissement de l'actualité juridique, de constater si les IADES continuent de percevoir une spécificité dans leur responsabilité juridique, et de vérifier comment ils se situent sur « l'échelle des responsabilités juridiques » par rapport aux autres soignants. Le but est de montrer s'il y a une quelconque évolution depuis 2001. J'ai demandé aux sondés de classer par ordre croissant les professions confrontées au patient, selon le risque juridique estimé. J'ai ensuite établi un score : le premier obtenait 10 points, le deuxième 9 points, et ainsi de suite.

3- Analyse

Beaucoup d'IADE sur les différents sites narrent la même affaire juridique parue il y a quelques années dans la presse locale. Elle concernait un procès en pénal pour un IADE mis en examen pour vol et utilisation de stupéfiant .C'est ce qui explique que la majorité des IADE connaisse un collègue qui a eu des démêlés judiciaires.

Cet agent, d'ailleurs, n'a pu être soutenu par son ARCP car sa faute relève de la faute personnelle et détachable du service.

On peut remarquer que le sentiment d'une responsabilité spécifique est accru depuis l'enquête de 2001, mais sans justification .Depuis quelques pages déjà, j'ai montré qu'il n'en était rien ; il n'y a pas d'augmentation des actions à l'encontre des IADES, le nombre de déclaration est stable, la sinistralité reste faible.

A noter que les IADE ressentent comme risquée l'absence de protocole écrit (demande institutionnelle de transmissions écrites).

Dans la hiérarchisation des risques juridiques, le MAR culmine toujours en tête, l'IADE se place entre l'obstétricien et la sage-femme. Curieusement, alors que leurs déclarations et condamnations sont en augmentation, les IBODE sont ressenties comme « protégées » des réclamations. Le cadre infirmier, pourtant en ligne de mire en cas d'accident puisque responsable de l'organisation du service, est perçu comme ne pouvant être inquiété.

4 Commentaire des résultats

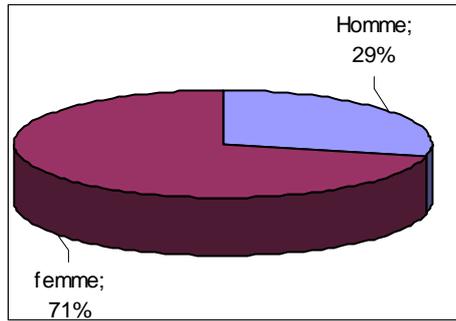
Les IADES sont sensibilisés à l'actualité juridique, sont même préoccupés puisqu'ils s'assurent en masse, mais paradoxalement, cela n'influence pas leur exercice quotidien. L'IADE a une très haute opinion de sa responsabilité. Le nouveau décret plus précis sur le niveau de compétence n'y est peut-être pas étranger.

Il reste que l'IADE a du mal à se situer sur l'échelle des soignants, il ne se considère pas dans les professions médicales, mais s'identifie au MAR dans le partage des responsabilités. Curieusement, alors que leurs déclarations et condamnations sont en augmentation, les IBODE sont ressenties comme « protégées » des réclamations. Le cadre infirmier, pourtant en ligne de mire en cas d'accident puisque responsable de l'organisation du service, est perçu comme ne pouvant être inquiété.

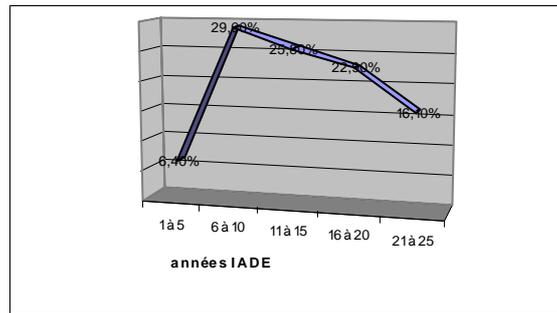
C'est sans nul doute une des raisons pour lesquelles l'IADE s'assure. Il a de même des difficultés à justifier sa spécificité en terme juridique

VII – GENERALITES

Répartition par sexe



ancienneté année d'IADE



5 IADES n'ont pas d'assurance, trois femmes (ancienneté en anesthésie 3, 5 et 11 ans), deux hommes (ancienneté 7 et 17 ans)

1 - Objectif

Il s'agissait d'évaluer l'impact du sexe et de l'expérience sur la prise d'une assurance

2 - Analyse des résultats

Aucun recoupement n'est possible

3 – Commentaire des résultats

L'ancienneté et le sexe n'influencent pas les réponses données.

ANALYSE GLOBALE

Mes hypothèses se confirment : Une méconnaissance de l'organisation juridique, du droit, des textes qui régissent la profession, semblent être une des raisons pour lesquelles l'IADE cherche une protection juridique dans la prise d'une assurance. Il se sent rassuré dans l'éventualité où il serait confronté à un univers qu'il ne connaît pas.

Un manque de réflexion sur l'évaluation du risque de procédure induit par l'exercice de la profession, qui débouche sur une évaluation aléatoire de l'utilité de s'assurer : L'IADE est demandeur de formation juridique, mais quand il s'assure, il ne prend pas le temps de lire son contrat d'assurance, ou ne demande pas d'explication à son assureur. Les élèves infirmiers anesthésistes reçoivent une formation supplémentaire sur la responsabilité juridique.

En première année de formation et sur la même journée, notre promotion a eu deux discours différents sur la nécessité d'avoir une ARCP. Le matin, monsieur Bourhis, directeur général adjoint au CHU de Brest, nous a dit qu'il n'y avait aucun intérêt de souscrire une ARCP à l'hôpital public ; L'après-midi, Me Germain Decroix, juriste du Sou Médical, justifia l'intérêt d'une telle assurance par des exemples certes intéressants, mais qui jamais n'ont eu trait à l'activité de l'IADE en secteur public. Pire, il n'a pu citer aucune condamnation (et pour cause) concernant un IADE.

Au vu des statistiques, les IDÉS et les IBODES sont plus exposés. La MACSF- Sou Médical se garde bien de préciser si les sinistres ont lieu en secteur public ou en secteur privé. Cette absence de précision n'est en aucun cas un problème de données, puisque chaque sociétaire doit donner un descriptif de son activité. C'est une stratégie commerciale qui porte ses fruits, les effectifs d'infirmières assurées augmentent, bien qu'il n'y ait aucune progression dans l'évolution du nombre de sinistres.

La situation de l'élève n'est pas facile, car en situation d'apprentissage, pour appréhender la responsabilité juridique, et si les intervenants se contredisent pour cause d'intérêt divergeant, « il y a de quoi perdre son latin ».

L'impression d'exercer une profession à haut risque juridique, de se conformer à une représentation professionnelle alors que cette notion de risque est surtout applicable aux médecins. L'IADE fait un transfert des responsabilités du MAR sur ses propres responsabilités. Ils n'arrivent pas, dans la majorité des cas, à justifier la spécificité de leur responsabilité en anesthésie. Je pense que des MARS ne sont pas étrangers à cette situation. En effet, le travail en binôme oblige à une grande confiance mutuelle car le MAR n'est pas systématiquement présent dans la salle d'opération. L'IADE qui se retrouve seul et qui est le garant de la bonne conduite de l'anesthésie, a le sentiment de responsabilité exacerbée par une fausse impression de délégation. En effet, il n'y a pas de délégation possible entre médecin et IADE, c'est une application de protocole, d'où cette représentativité de la fonction qui concourt à la prise d'une ARCP.

CONCLUSION

Au terme de ce travail de recherche, j'ai assimilé les bases de l'organisation juridique, les principes de l'organisation juridique, les conditions dans lesquelles une ARCP avaient un intérêt pour l'IADE du secteur public.

« Il faut distinguer en assurance les régimes de RCP des régimes de protection juridique. L'intérêt d'un régime de RCP est éventuellement d'assurer à la place de l'infirmière des dommages et intérêts auxquels elle serait condamnée ; sauf pour l'infirmière libérale, ce régime présente peu d'intérêt pour les infirmières salariées couvertes par l'assurance de l'établissement qui les emploie à moins qu'elles n'accomplissent des acte bénévoles à l'extérieur de l'établissement... Un régime de protection juridique permet de prendre en charge, en cas de poursuite pénale personnelle, les frais de procédures, d'avocats et les frais annexes de contre-expertises, par exemple. » (21)

Finalement, il y a peu d'arguments en faveur de la souscription d'une telle assurance : pas de jurisprudence mettant en cause une IADE dans une affaire sans caractère de faute intentionnelle et détachable du service, qui sont des clauses d'exclusions de garantie .Les assureurs n'ont jamais répondu à mes interrogations et pour cause, il n'existe pas de sinistre pour l'IADE du secteur public relevant de l'ARCP.

En cas de faute non intentionnelle, même grossière, c'est systématiquement l'assurance responsabilité civile de l'hôpital qui prend en charge l'éventuelle indemnisation.

Il aurait été très intéressant de connaître l'issue du sinistre mettant en cause une IADE pour perforation de globe oculaire post ALR. L'assurance précise « avec autorisation du MAR », il aurait de même été intéressant de savoir si le MAR est sociétaire du Sou.

Je partage ainsi l'opinion de monsieur Bourhis, l'ARCP n'est d'aucune utilité à l'hôpital. Elle est par contre intéressante pour les IADES qui font des actes bénévoles en dehors du lieu de travail, et pour ceux qui ont une activité professionnelle en dehors de l'hôpital. Bien que le statut astreigne au respect d'obligation de désintéressement avec interdiction de cumul (22), un certain nombre d'IADE du secteur public dépanne des cliniques, mais aussi d'autres hôpitaux par l'intermédiaire d'entreprises d'intérim ou par contact direct avec les établissements. C'est apparemment un secret de polichinelle pour la profession, et le souci de ces IADES n'est pas uniquement la faute personnelle, mais la dénonciation à leur employeur d'origine.

Me Decroix nous a expliqué que la double activité pour un sociétaire du secteur public n'était pas un problème, du moment qu'il la déclarait à l'assurance.

La garantie protection juridique est un contrat global ou en option suivant les assureurs, mais le sociétaire doit dans tous les cas s'assurer au départ en RCP. Il pourrait être théoriquement intéressant en cas de conflit d'intérêt avec

l'administration ou bien sa hiérarchie, mais je n'ai trouvé aucun IADE possédant ce type de contrat qui en ait eu recours.

L'idéal serait que tout IADE puisse bénéficier d'une formation juridique par un juriste spécialisé, qui n'aurait aucun intérêt commercial avec une quelconque assurance. J'ai sollicité l'opinion de Me Gilles Devers, infirmier et avocat, sur le thème de mon mémoire, mais je n'ai pas eu de réponse.

Les IADES du secteur public qui souscrivent une ARCP avec ou sans protection juridique, permettent d'aider les assureurs à régler les frais de gestion des sinistres des paramédicaux et des médecins du secteur privé. Les assureurs, en ce qui concerne les paramédicaux, font de l'information spectacle sur de rares cas marginaux concernant le secteur public. La technique est simple pour les néophytes que nous sommes en matière de justice. Il s'agit d'impressionner et de « diaboliser » l'administration hospitalière, tout en évitant de donner des précisions sur les chiffres qui n'évoluent guère. Les 33 déclarations 2002 viennent-elles d'infirmières du public ou du privé ? Cette volonté manifeste de ne pas faire de distinction rentre à l'évidence dans le cadre d'une stratégie commerciale.

Nous vivons dans une société où il faut s'assurer contre tous les risques, mais si les IADES du secteur public recadraient leur fonction au regard des textes, de leur statut à l'hôpital, et des garanties de ces contrats d'assurances, ils ne s'assureraient pas autant.

Toutefois, il convient de recadrer ces conclusions dans le contexte ACTUEL ; l'évolution des techniques, le déficit de nombre des MAR qui ne fait que s'accroître, les responsabilités croissantes entraîneront sans doute des recours contre des IADE du secteur public, à plus ou moins long terme. C'est là une raison de souscrire une ARCP ; en effet, dès qu'un procès contre un IADE aboutira à une condamnation, il « fera jurisprudence » et sera applicable aux procès futurs. Or, compte tenu des délais impartis pour déposer une plainte, le professionnel sera alors jugé en considérant cette nouvelle donne. Pour autant l'ARCP n'a pas d'effet rétro-actif et l'IADE non assuré au moment de l'acte en cause ne pourra compter que sur lui-même.

Dans tous les cas, les IADE auront tout intérêt à actualiser et approfondir leurs connaissances juridiques ; d'autre part, je les encourage, s'ils prennent la décision de s'assurer en ARCP, de s'intéresser aux clauses précises de leur contrat et de souscrire auprès d'une compagnie où les para-médicaux sont largement représentés afin de ne pas se trouver obligé, en cas de conflit avec un médecin, de partager une assurance commune.

(21) BOISSIER-RAMBAUD (Claude), HOLLEAUX (Georges), ZUCMAN (Jean), *la responsabilité juridique de l'infirmière*, 4^e édition, Paris : Lamarre, p245

(22) CLEMENT (Jean-Marie), *Le fonctionnaire hospitalier*, 3^e édition, Paris : Berger-Levrault, 1996, p243 (Manuels B.-L Santé)

GLOSSAIRE

A.I.A.S : Amicale des infirmières et des assistantes sociales

AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien

AS : Aide-soignante

ALR : Anesthésie loco-régionale

ALRIV : Anesthésie loco-régionale intraveineuse

ARCP : Assurance responsabilité civile professionnelle.

CHBS : Centre hospitalier Bretagne sud

CHIC : Centre hospitalier inter-communal de Cornouaille

CHG : Centre hospitalier général

CHU : Centre hospitalier Universitaire

DGCCR : Direction générale de la concurrence, de la consommation, de la répression des fraudes

IADE : Infirmier anesthésiste diplômé d'état

IBODE : Infirmier de bloc opératoire diplômé d'état

IDE : Infirmier diplômé d'état

IGAS : Inspection général des affaires sociales

MACSF : Mutuelle d'assistance du corps de santé français

MAR : Médecin anesthésiste réanimateur

NR : Non réponse

SFAR : Société française d'anesthésie-réanimation

SHAM : Société hospitalière d'assurances mutuelles

SNIA : Syndicat national des infirmiers anesthésiste

SSPI : Salle de surveillance post-interventionnelle

TIP : Travail d'intérêt professionnel

BIBLIOGRAPHIE

BOISSIER-RAMBAUD (Claude), HOLLEAUX (Georges), ZUCMAN (Jean), *la responsabilité juridique de l'infirmière*, 4^e édition, Paris : Lamarre, 335 p

CLEMENT (Jean-Marie), *Le fonctionnaire hospitalier*, 3^e édition, Paris : Berger-Levrault, 1996, 338 p (Manuels B.-L Santé)

DUPONT (Marc), ESPER (Claudine), PAIRE (Christian), *Droit hospitalier*, 3^e édition, Paris : Dalloz, 2001, 472 p, (Cours Dalloz série droit public)

NICOLET Martine, *l'infirmier anesthésiste*, Paris : Flammarion, 2003, 233 p, (collection pour les infirmiers)

CONGE Elisabeth, *La responsabilité de l'IADE*, OXYMAG n°52 mai/juin 2000 p23-24

GALPERINE Maroussia, *Le décret d'actes et la responsabilité de l'infirmier anesthésiste*, OXYMAG n°67 décembre 2002 p17-19

LIENHART (André), AUROY (Yves), PEQUIGNOT (Françoise), BENHAMOU (Dan), JOUGLA (Eric), *Sécurité anesthésique, où en est-on ?* OXYMAG n°74 février 2004 p21-24

OLIVIER Vincent, *Accidents médicaux des risques surévalués*, L'EXPRESS n°2736 décembre 2003 p10-14

SNIA, *Enquête démographique et de pratiques déclarées des infirmiers anesthésistes*, OXYMAG n°63 avril 2002 p9-24

LE GUEN Catherine, *L'hôpital en crise. Indigestion de réforme*, LE TELEGRAMME 17 décembre 2003

Médecins. Les assureurs ont promis d'assurer, LE TELEGRAMME 23 décembre 2003

Dr Christian Sicot, *Responsabilité civile professionnelle : rapport du conseil médical du GAMM sur l'exercice 2002*, RESPONSABILITE hors série mars 2004

CADIOU (Anne), CABRESIN (Corinne), *IADE : Quelle responsabilité ?* TIP 2002

GREFFIER Angélique, *La responsabilité de l'infirmier anesthésiste ou l'éthique d'une profession « à risques juridiques »*, bulletin du SNIA 2^e trimestre 2000

DECROIX Germain, *Les infirmières salariées doivent-elles s'assurer pour couvrir leur responsabilité professionnelle ?* , GAMM info, décembre 2001

LIENHART (André), FAUCON (Thierry), *les nouvelles compétences des infirmières anesthésistes*, RESPONSABILITE n°6 juin 2002

<http://www.infirmier.com>

<http://www.legifrance.gouv.fr>

<http://www.lesoumedical.fr>

<http://www.sitanest.net>

<http://www.sfar.org>

<http://www.snia.asso.fr>

ANNEXES

Annexe I

Extrait du décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.

Annexe II

Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Annexe III

Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier anesthésiste.

Annexe IV

Recommandations du SNIA pour l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste. Mai 2002.

Annexe V

Recommandations de la SFAR concernant le rôle de l'infirmier anesthésiste. Janvier 1995.

Annexe VI

Information de la SFAR sur le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Février 2002.

Annexe VII

Extrait du rapport Berland « Coopération des professionnels de santé : Le transfert de tâches et de compétences ». Octobre 2003.

Annexe VIII

Demande de renseignements au Sou Médical. Décembre 2003.

Annexe IX

Demande de renseignements à la Médicale de France. Décembre 2003.

Annexe X

Réponse à ma demande de renseignements à l' A.I.A.S. Février 2004.

Annexe XI

Demande de renseignements à la S.H.A.M. Décembre 2003.

Annexe XII

Réponse à ma demande de renseignements à la S.H.A.M. Janvier 2004.

Annexe XIII

Courrier au Docteur Le Gall. Décembre 2003.

Annexe XIV

3 jurisprudences nationales des juridictions administratives

Annexe XV

Extrait des deuxièmes assises nationales des IADES et de leur encadrement,
www.sitanest.net

Annexe XVI

Article de Philip Cohen, avocat à la cour, diffusé sur le site www.snarf.org,
« médecins et infirmiers anesthésistes, ce qui a changé de 1984 à 2002 »

Annexe XVII

Lettre du Professeur Claude Martin, président de l'assemblée des enseignants
d'anesthésie-réanimation, 20 décembre 2002

Annexe XVIII

Texte du comité Vie Professionnelle, A propos des recommandations du SNIA sur
l'exercice de la profession d'IADE, www.sfar.org

Annexe XIX

Exemplaire du contrat d'assurance du Sou Médical

Annexe XX

Entretiens d'IADE

Courrier reçu après la remise du TIP

De: devers [gilles.devers@wanadoo.fr]

Envoyé: jeudi 10 juin 2004 16:17

À: bunelfamily@wanadoo.fr

Objet: votre mail du 11 avril

Monsieur,

Tout d'abord, permettez-moi de vous présenter mes excuses pour le retard à vous répondre.

Vos observations font preuve d'une grande connaissance du dossier et beaucoup de prudence dans l'analyse.

J'estime en effet que l'argumentaire des grandes compagnies d'assurances est inepte et que les infirmiers se maintiennent dans ces compagnies dont le premier métier est l'assurance des médecins, pour alléger la prime des médecins.

Il s'en suit par ailleurs un discours incensé, irréaliste sur la responsabilité, propre non pas à aller de l'avant mais à fuir ses responsabilités.

Je dois vous indiquer que nous travaillons actuellement à la création d'une mutuelle des professions de la santé et du soin, qui prendra pour base l'actuelle structure AIAS-MIPS.

Sous de nombreux aspects, ces éléments soulèvent de grands enjeux. Ce qui est sûr c'est qu'actuellement, c'est l'illusion qui est assurée.

Votre bien dévoué

Gilles Devers