



Lautard Vincent

Master 2 droit de la santé et de la protection sociale

Année universitaire 2011/2012

***GLISSEMENTS DE COMPETENCES
ENTRE INFIRMIERS ET MEDECINS :
UNE INSECURITE JURIDIQUE PERMANENTE***

DIRECTEUR DU MEMOIRE : Mr Gregory Caumes

Remerciements :

Je tiens à remercier mon maître de mémoire, Mr Gregory Caumes, pour m'avoir orienté dans mes différents choix lors de la construction de mon mémoire.

Je voudrais également remercier ma compagne, Clémence Courtarie, pour son aide précieuse ainsi que ma famille.

Je souhaite remercier en dernier lieu, tous les infirmiers et infirmières qui ont bien voulu répondre à mon enquête sur leur pratique professionnelle.

<u>Introduction</u> :	- 5 -
<u>Première partie</u> : Glissements de tâches entre infirmiers et médecins : des dérives aux causes et aux conséquences multiples.....	- 11 -
Titre 1 : Dérives dans les pratiques professionnelles : des causes variées	- 11 -
Chapitre 1 : La responsabilité de l'infirmier	- 11 -
Section 1 : Les responsabilités civile, administrative et disciplinaire de l'infirmier. .-	12 -
-	
Section 2 : La responsabilité pénale et l'exercice illégal de la médecine.....	- 15 -
Chapitre 2 : Glissements de tâches : des causes provenant à la fois du système de santé dans son ensemble mais aussi de l'évolution de la société.	- 18 -
Section 1 : Les causes en lien avec des problématiques économiques et démographiques.....	- 19 -
Section 2 : Les causes inhérentes au système de santé et à son fonctionnement. ...	- 22 -
Titre 2 : Dérives dans les pratiques professionnelles : Les conséquences concrètes et leurs risques juridiques.....	- 26 -
Chapitre 1 : Étude sur les actes effectués par les infirmiers et sortant du cadre légal du code de la santé publique.....	- 26 -
Section 1 : Étude sur les pratiques professionnelles des infirmiers : des résultats qui prouvent une pratique développée des glissements de compétences	- 26 -
Section 2: Étude sur les pratiques professionnelles des infirmiers : des professionnels de santé hors la loi ?	- 28 -
Chapitre 2 : La jurisprudence sur les contentieux en matière paramédicale.	- 32 -
Section 1: Exemples de jurisprudence dans le domaine paramédical.	- 32 -
Section 2 : La jurisprudence propre aux glissements de compétences entre médecins et infirmiers.	- 35 -
<u>Deuxième partie</u> : Glissements de tâches entre infirmiers et médecins : à la recherche de solutions juridiques viables à long terme.	- 38 -
Titre 1 : Coopération entre professionnels de santé et loi HPST (portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires), une dynamique inachevée?..	- 39 -
Chapitre 1 : La HAS (Haute Autorité de Santé) et les ARS (Agences Régionales de Santé) au cœur du système de coopération entre professionnels de santé.....	- 39 -
Section 1 : Coopération entre professionnels de santé, les problématiques soulevées par les rapports Berland.....	- 40 -
Section 2 : Coopération entre professionnels de santé, du rapport Berland à la loi HPST.....	- 43 -
Chapitre 2: Coopération entre professionnels de santé : des ambitions qui peinent à éclore.	- 46 -
Section 1: Les différents protocoles de coopération entre professionnels de santé qui ont été développés.	- 46 -
Section 2 : Des protocoles de coopération, pas à la hauteur des problématiques dont font face les infirmiers ?	- 50 -

Titre 2 : De nouveaux diplômes, de nouvelles compétences pour faire face aux problématiques actuelles.....	- 53 -
Chapitre 1 : Pratique des soins infirmiers dans les pays étrangers : un exemple à suivre ? - 54 -	
Section 1 : La formation et les conditions d'exercice des infirmiers aux États-Unis et au Canada.	- 54 -
Section 2 : Les règles qui régissent le droit à la prescription en Angleterre et en Suède.	- 58 -
Chapitre 2 : Des solutions juridiques pérennes pour faire face aux glissements de compétences entre infirmiers et médecins.....	- 60 -
Section 1 : Un nouveau cadre légal pour les infirmiers, pour un meilleur encadrement des dépassements de compétences	- 60 -
Section 2 : De nouveaux métiers et un nouveau droit à la prescription médicamenteuse pour les infirmiers, pour faire face aux défis de demain.	- 63 -

Introduction :

Pendant longtemps la profession de médecin a été la seule profession reconnue dans le domaine de la santé publique. A travers les siècles les soins aux malades, aux souffrants, aux nécessiteux se sont fondés autour de la pratique médicale, autour de l'art médical. C'est Hippocrate en 420 av JC en Grèce qui théorisa la compétence médicale. Fuyant l'obscurantisme et les superstitions, il fonda la pratique médicale sur l'observation du malade et sur l'établissement d'un diagnostic. Père fondateur de la médecine moderne, il établit, à travers le serment d'Hippocrate, des principes déontologiques toujours d'actualité aujourd'hui. Il faut bien reconnaître le fait que les écoles de médecine de la Grèce antique se basait sur des principes anatomiques et physiologiques erronés, mais le courant de pensée de ce siècle là, mis le médecin au cœur du soin, un serviteur de la science auprès des malades. Hippocrate à travers son serment, inscrit dans le marbre ses principes, il déclara :

« je mettrai mon maître de médecine au même rang que les auteurs de mes jours, je partagerai avec lui mon savoir et le cas échéant je pourvoirai à ces besoins ; je tiendrai ses enfants pour mes frères et s'ils désirent apprendre la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement(...) Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement, et je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice(...) Dans quelque maison que je rentre, j'y entrerai pour l'utilité des malades, me préservant de tous méfaits volontaires et corrupteurs. »¹

Mais l'évolution de la médecine a toujours été étroitement liée à la religion. Cette dernière au fil des siècles et jusqu'au XVIIIème après JC, laissa la médecine enfermée dans des dogmes spirituels. Des avancées scientifiques ont néanmoins pu se faire malgré le contrôle important des autorités religieuses. C'est à cette époque là, au XVIIIème siècle après JC, que les apothicaires se virent officiellement attribués le titre de pharmacien, ainsi, naquit une seconde profession majeure de la santé. Mais c'est vraiment au XIXème et au XXème siècle à travers de nombreuses découvertes que la médecine devint vraiment indépendante et détachée de son penchant religieux. C'est en 1808 avec le décret du 17 mars que les écoles de médecine incorporèrent l'université impériale, voulu par Napoléon. Ça sera le début des facultés de médecine contemporaine. Et, c'est par une ordonnance du Général de Gaulle en 1945, qu'a été créé l'actuel ordre des médecin, qui dispose d'un pouvoir réglementaire et établit les droits et

¹MOUTEL. G, « La naissance de la profession médicale dans l'histoire occidentale », disponible en ligne sur :

www.infodoc.inserm.fr

les devoirs du praticien, à travers le code de déontologie médicale figurant actuellement dans le code de la santé publique². Il est bon aussi de noter, qu'au fil du XXème siècle les principes fondamentaux de la profession de médecin se sont vus reconnaître une existence légale. Ces principes sont les suivants : le libre choix du médecin par le malade, le respect du secret professionnel, la liberté d'installation et la liberté de prescription du praticien et enfin, le paiement direct des honoraires par le malade³.

Comparé à la profession de médecin, la profession d'infirmier a une existence beaucoup plus contemporaine⁴. À la fin du XIXème siècle et au début du XXème siècle, avec le développement de techniques médicales de plus en plus perfectionnées, le médecin aura besoin d'un assistant, d'une aide, d'un auxiliaire. Les premières écoles d'infirmières ont donc vu le jour en 1878 sous l'impulsion du docteur Bourneville. Cela ayant aussi comme objectif de créer une profession dotée de compétences reconnues et détachées du corps des religieuses, qui étaient légions à l'hôpital. Mais il faudra attendre 1922 pour que le premier brevet de capacité professionnelle d'infirmier soit créé et, 1942 pour le premier diplôme d'état d'infirmier⁵.

La profession d'infirmier a toujours été étroitement liée à la profession de médecin car la pratique première en soins infirmiers est la pratique d'actes issus d'une prescription médicale. Jusque dans les années 1970 et l'apparition du rôle propre infirmier⁶, l'infirmier était juste un exécutant du médecin, lui devant obéissance et étant dévoué à sa tâche, à sa vocation de servir les malades. Cette image péjorative colle toujours à la peau des infirmiers même si la profession s'est battue ces trente dernières années pour qu'on lui reconnaisse une certaine autonomie. Les avancées significatives du développement de la profession d'infirmier se sont effectuées à partir de la fin des années 1970. Tout d'abord, il y a eu la reconnaissance par la loi du 31 mai 1978 d'un rôle propre pour l'infirmier, il peut désormais lui même effectuer certains actes, par sa propre initiative et sans se référer à une prescription préalablement établie par un médecin. Ensuite, il y a eu la publication en février 1993 du décret relatif aux règles

²Ordre National des Médecins, « Le code de déontologie médicale », disponible en ligne sur :

<http://www.conseil-national.medecin.fr>

³Code de la Sécurité Sociale, article L162-2

⁴PERRIN Georgette, DUBOYS FRESNEY Catherine , « Le métier d'infirmière en France », édition PUF, 2005.

⁵CATANAS Marc, « Historique de la profession infirmière au XXème siècle et jusqu'aux années 1970 », disponible en ligne sur : www.infirmiers.com

⁶Loi n°78-615 du 31 mai 1978, JO du 1er juin 1978, page 2235.

professionnelles de l'infirmier, en quelque sorte un code de déontologie de la profession⁷. C'est à travers ce décret qu'est apparue la possibilité pour l'infirmier de pouvoir établir des diagnostics en lien avec son rôle propre, par exemple dans la surveillance de l'équilibre alimentaire d'un patient ou encore, la surveillance des effets secondaires et de l'efficacité des médicaments...Le 11 février 2002, un nouveau décret est publié, ce dernier énumère de façon précise les actes professionnels que peut effectuer un infirmier. Ces deux décrets seront ensuite réunis en un unique décret le 29 juillet 2004. Il sera intégré au code de la santé publique par la suite. Le CSP (Code de la Santé Publique) fait référence de façon précise aux actes que peut effectuer un infirmier, ils sont variés et se distinguent en fonction du degré d'autonomie de l'infirmier vis à vis du prescripteur. Il sont de 4 ordres : il y a le rôle propre, le rôle sous prescription médicale, le rôle sous protocole et le rôle en collaboration avec le médecin. Ces actes sont énumérés à l'article R4311-1 et suivant du CSP. Il est important pour la compréhension du mémoire de détailler chacun de ces rôles :

– Selon son rôle propre, l'infirmier peut agir par sa seule initiative « pour les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes ». Ces actes ne demandent donc ni l'approbation, ni le contrôle du médecin et peuvent être effectués en toute indépendance. Ce rôle propre porte surtout sur les soins d'hygiène, d'éducation thérapeutique et de surveillance, qu'elle soit envers la prise d'un médicament ou l'utilisation d'une technique de soins (surveillance d'un cathéter...). L'infirmier peut poser un diagnostic strictement en lien avec son rôle propre. Cette capacité donnée aux infirmiers ne leur permet pas de prescrire un médicament, de prescrire l'utilisation de tout dispositif médical, de poser un diagnostic médical sur une pathologie⁸. Il est important de souligner quand même le fait qu'un arrêté du 20 mars 2012 permet aux infirmiers de prescrire certains dispositifs médicaux (pansements...) « lorsqu'ils agissent dans la durée d'une prescription médicale d'une série d'actes infirmiers ». Cela s'adresse surtout aux infirmiers libéraux⁹. Depuis peu, les infirmiers peuvent aussi renouveler les prescriptions médicales de certains contraceptifs oraux¹⁰. Une autre profession base sa pratique sur le rôle propre de l'infirmier, se sont les professionnels aides soignants. D'après le référentiel de formation des

⁷Décret n°93-221 du 16 février 1993, JO du 18 février 1993, page 2646.

⁸Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004, JO du 8 août 2004, page 14150.

⁹Arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire

¹⁰Arrêté du 25 mai 2010, JO du 1 juin 2010, page 9847

aides soignants, ces derniers travaillent en collaboration et sous la responsabilité de l'infirmier et dans le cadre du rôle propre de celui-ci.

– Selon le rôle sous prescription, l'infirmier peut effectuer une série de soins plus ou moins techniques (injections, surveillances, prélèvements sanguins....) à partir d'une prescription médicale qui doit être la plus complète possible. C'est à dire qu'elle doit être sauf urgence : écrite, datée et signée. Elle doit faire mention du soin et des données quantitatives et qualitatives en rapport avec ce soin (posologie du médicament, heure de prise....).

– D'après le rôle sous protocole (protocole préétabli et prescrit au préalable par un médecin), l'infirmier peut effectuer un soin à un malade ou à un groupe de malade. Il peut décider selon l'état du patient, de choisir quelle thérapeutique est la plus efficace à lui administrer. L'exemple le plus courant sont les protocoles qui concernent la prise en charge de la douleur: selon le ressenti du malade et sa pathologie, l'infirmier peut moduler les antalgiques en suivant les consignes du protocole. Ce protocole doit être également écrit, qualitatif et quantitatif.

– Le dernier rôle détaillé par le code de la santé publique, est le rôle en collaboration avec le médecin. L'infirmier peut participer à la mise en œuvre par le médecin, de certains soins comme par exemple : la première pose d'une sonde urinaire chez un homme pour une rétention. L'infirmier dans ce cas la, fait office non pas de technicien principal mais d'assistant, le geste étant l'apanage du médecin.

L'infirmier a aussi un rôle d'encadrement envers les auxiliaires de puériculture, les aides soignants ou les aides médico-psychologiques. Il a aussi la possibilité de devenir cadre ou coordonnateur et d'encadrer une équipe de soignants dans son ensemble. Il est important aussi de soulever le fait que, le code de la santé publique établit une distinction entre la pratique courante du soignant et, la pratique face à des situations considérées comme urgentes et sans présence du médecin,. L'article R4311-14 pose les principes suivant :

« En l'absence d'un médecin, l'infirmier et l'infirmière sont habilités, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent faire obligatoirement l'objet de sa part d'un

compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé aux dossiers du patient. En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état. »

L'exercice de la profession d'infirmier et les soins qui lui incombent sont donc établis à partir d'un décret d'acte intégré au code de la santé publique. Le professionnel peut donc s'y référer et savoir de façon explicite ce qu'il a le droit ou non de faire dans sa pratique de tous les jours. Ce décret pose donc des limites claires et restrictives à la pratique des soins infirmiers. Il a été pris comme référence l'arrêté du 6 janvier 1962¹¹ pour établir les limites de l'exercice de la profession des auxiliaires médicaux dans leur ensemble (infirmiers, kinésithérapeutes...). Cet arrêté a établi une liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou également par des auxiliaires médicaux ou encore par des directeurs de laboratoires d'analyses médicales, non médecins.

Le champ de la pratique des soins infirmiers restent donc cloisonné, se basent sur des actes précis autorisés par le code de la santé publique mais, toutes les professions du domaine médical, ne sont pas définies à partir d'actes. Certaines le sont à partir de missions, comme la profession de sage femme ou celle de chirurgien dentiste. Les missions se bornent à poser des limites sans définir précisément les actes que peuvent effectuer les professionnels. L'article L.4142-2 en est l'exemple, il déclare : « les chirurgiens-dentistes peuvent prescrire tous les actes, produits et prestations nécessaires à l'exercice de l'art dentaire ». Il est important ici de bien identifier ces deux types d'approches, de définitions des professions du domaine de la santé. On peut déjà observer les dérives possibles qui peuvent émaner de chacune d'entre elles, l'une étant trop restrictive, l'autre trop permissive. Cela sera soulevé par la suite dans l'argumentation du mémoire.

Le code de la santé publique encadre donc la pratique infirmière et à partir de cela, établit donc un système de responsabilité de l'infirmier qui peut se voir soulever devant les juridictions civiles et pénales mais aussi devant l'ordre national des infirmiers. L'ordre national des infirmiers est un ordre récent, qui a été créé par la loi du 21 décembre 2006. Il peut émettre des sanctions disciplinaires en cas de manquement à la déontologie de la profession. Nous verrons plus en détail dans la suite du mémoire les différentes formes de

¹¹Arrêté du 6 janvier 1962 fixant liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyses médicales non médecins.

responsabilité de l'infirmier.

Comme l'indique le code de la santé publique, l'infirmier est un auxiliaire médical. Il a des responsabilités propres en lien avec son décret de compétences. Mais venons en à notre sujet, l'infirmier ne peut se détacher de ses différents rôles, ou les dépasser, rentrant alors dans la sphère médicale, ce qui s'apparenterait à un glissement de tâches illégales entre un infirmier et un médecin. Mais, la pratique de tous les jours des soins infirmiers a tendance à pousser le professionnel à aller au delà de ses compétences dans certains domaines et, de façon récurrente pour certains soins, même si cela est clairement prohiber par le code de la santé publique. Ce mémoire va s'attacher à comprendre pourquoi l'infirmier se voit obligé d'effectuer certains soins qui ne sont pas de son ressort et, de savoir ce que cela peut engager pour le professionnel. Ce mémoire visera à répondre à la problématique suivante : face à la pratique réelle des soins infirmiers, et aux dérives de glissements de tâches entre infirmiers et médecins qu'elle peut comporter, comment peut on protéger juridiquement de façon plus importante le professionnel infirmier?

Dans la première partie du mémoire, nous établirons les causes et les conséquences de ces dérives, en décrivant également la responsabilité qui incombe aux infirmiers en cas de manquement aux textes et règlements. Nous analyserons une étude faite auprès des infirmiers diplômés d'état sur leur pratique quotidienne. Dans une seconde partie, nous rechercherons des solutions juridiques à ces dérives, solution à la fois basées sur des lois récentes (coopération entre professionnels de santé et loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire) et sur des idées novatrices.

Première partie : Glissements de tâches entre infirmiers et médecins : des dérives aux causes et aux conséquences multiples

Comme expliqué dans l'introduction, l'infirmier est un auxiliaire médical qui agit la plupart du temps sous prescription médicale ou à partir d'un protocole de soin préétabli par un ou plusieurs médecins. Il y a plus de 500 000 infirmiers actifs actuellement en France¹² et, pour diverses raisons que nous détaillerons dans la suite de ce mémoire, nous verrons que dans certains cas, l'infirmier agit en dehors de son cadre légal. Il effectue alors des soins soit réservés aux seules équipes médicales, soit sans prescription médicale écrite ou sans protocole préétabli. C'est ce qu'on appelle couramment un glissement de tâches entre le professionnel infirmier et le médecin prescripteur. Dans cette première partie, nous verrons dans un titre 1, les causes de ces dérives professionnelles, et le régime de responsabilités qui incombe aux infirmiers. Dans un titre 2, nous détaillerons les conséquences concrètes de ces glissements en analysant les résultats d'un questionnaire effectué auprès des infirmiers. Cette première partie se ponctuera par la présentation de certaines décisions de jurisprudence émises par les juridictions administratives, civiles et pénales.

Titre 1 : Dérives dans les pratiques professionnelles : des causes variées

Avant d'aborder et de détailler les causes qui amènent les infirmiers à dépasser leur cadre d'exercice professionnel, nous présenterons dans un chapitre 1, le régime de responsabilités des infirmiers.

Chapitre 1 : La responsabilité de l'infirmier

L'exercice de la profession d'infirmier est divers et varié :

¹²BARLET Muriel, CAVILLON Marie, « La profession infirmière, situations démographiques et trajectoires professionnelles », DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), document de travail n°101, novembre 2010, disponible en ligne sur : <http://www.robertholcman.net>

- Il peut se faire dans le cadre d'une structure publique soumise au droit administratif, tel que dans les centres hospitaliers.
- Il peut se faire dans une structure soumise au droit privé, dans les établissements de santé privée par exemple. Il peut également s'effectuer dans un ESPIC (Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif).
- Pour terminer, il peut s'effectuer dans un cabinet, à titre libéral.

Le régime de responsabilité de l'infirmier dépendra à la fois de la faute ou de l'erreur commise, mais aussi du mode d'exercice de ce dernier. Nous verrons dans une première section, la responsabilité en matières civile, administrative et disciplinaire de l'infirmier. Dans une section 2, nous verrons la responsabilité en matière pénale et nous aborderons de façon plus précise le délit d'exercice illégal de la médecine.

Section 1 : Les responsabilités civile, administrative et disciplinaire de l'infirmier.

En terme de responsabilités civile et administrative¹³, l'article L.1142-1 provenant de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, établit la responsabilité en matière médicale. Il crée une responsabilité pour faute prouvée et une sans faute en cas d'accident médical, d'affection iatrogène ou d'infection nosocomiale. Cette article déclare :

« hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé(...), ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic, ou de soins qu'en cas de faute. (...) Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme(...) ou d'un producteur de produits n'est pas engagée, un accident

¹³POIRIER Emmanuel, « Les responsabilités de l'infirmière », MACSF (Mutuelle d'Assurance du Corps de Santé Français), 9 juillet 2010, disponible en ligne sur : www.macsf.fr

médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvrent droit à la réparation des préjudices du patient, et, en cas de décès, de ses ayants droit au titre de la solidarité nationale.(...) »

En matière de responsabilité civile, le patient pourra demander la réparation d'un préjudice par le versement d'une indemnité, il devra porter sa réclamation auprès du tribunal de grande instance. Il devra prouver qu'il a bien subi un dommage, que ce dommage résulte d'un fait générateur (une faute, un risque...) et qu'il y a un lien de causalité entre ces deux derniers. En matière administrative, la patient se sentant lésé devra adresser au juge administratif ,toutes les actions en réparation pour les dommages causés (recours en pleine juridiction). Il pourra déférer également au juge administratif, tous les actes réglementaires régissant les différents services de l'hôpital et les actes individuels le concernant (recours pour excès de pouvoir). Le patient pourra s'adresser dans certains cas à la CRCI (Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation) qui pourra prononcer un avis sur le versement d'une indemnisation en cas de dommages émanant d'une faute ou bien sans faute provenant d'un risque par exemple (affection iatrogène).

S'agissant de l'infirmier, quand celui ci agit en tant que salarié d'un établissement privé ou public, c'est l'établissement qui assume la responsabilité civile ou administrative en cas de dommage causé par l'infirmier lors de sa pratique professionnelle. Cela a été établi par deux arrêts de jurisprudence :

– Dans le domaine du droit privé, c'est l'arrêt du 4 juin 1991, de la 1ère chambre civile de la cour de cassation, qui décide de modifier le contrat passé entre les cliniques privées et les patients. Auparavant, le contrat était un contrat d'hébergement et de soins paramédicaux, les obligations de la clinique ne concernaient pas les soins médicaux. Mais depuis cette arrêt, le contrat est devenu un contrat d'hospitalisation et de soins, la clinique devra assumer les fautes commises par ses salariés. Mais elle ne sera pas responsable des fautes commises par les professionnels libéraux travaillant au sein de la structure privée.

– Dans le domaine du droit public, c'est l'arrêt Isaad Slimane du tribunal des conflits, du 25 mars 1957 qui a introduit la notion de responsabilité de l'hôpital public vis à vis de ses salariés. Il va déclarer que la responsabilité de l'établissement public de santé couvre les fautes des médecins sauf les fautes graves, détachables du service. Par la suite la loi du 13 juillet 1983 portant sur les droits et obligations des fonctionnaires (modifiée par la loi du 17 mai 2011) déclare à son article 11 : «les fonctionnaires bénéficient, à l'occasion de leurs

fonctions et conformément aux règles fixées par le code pénal et les lois spéciales, d'une protection organisée par la collectivité publique qui les emploie à la date des faits en cause ou des faits ayant été imputés de façon diffamatoire aux fonctionnaires. Lorsqu'un fonctionnaire a été poursuivi par un tiers pour faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé, la collectivité publique doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable à ce fonctionnaire, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui »

L'infirmier salarié d'un établissement de soins n'est donc pour le droit civil et administratif, pas responsable des fautes de service qui lui sont imputables sauf si celles ci, sont des fautes personnelles, dites aussi fautes détachables du service. Il est important de faire la distinction entre ces deux types de faute. La faute de l'infirmier qui engagera la responsabilité de l'établissement (faute de service) peut être de deux ordres, soit une faute liée à l'acte de soins, soit une faute liée au mauvais fonctionnement du service. Cette faute résultera le plus souvent d'une négligence, d'une imprudence, d'une erreur, ou d'une omission d'agir. On peut donner comme exemples : l'erreur de dosage d'un produit médicamenteux, le défaut de surveillance d'un patient ou d'un étudiant ou d'un salarié placé sous sa responsabilité. La faute détachable du service ou faute personnelle engagera la responsabilité propre de l'infirmier, il s'agit de fautes qui résultent d'un comportement intentionnel de la part de l'infirmier, outrepassant ses compétences définies par le code de la santé publique. Le non respect du secret professionnel, l'exécution d'un acte purement médical ou la délivrance d'un médicament sans prescription ou, sous prescription orale, peuvent être considérés par les juridictions comme fautes personnelles. Les glissements de tâches entre infirmiers et médecins peuvent donc entraîner des fautes personnelles qui engagent la responsabilité directe de l'infirmier.

Qu'il s'agisse de fautes personnelles ou de fautes de service, l'infirmier pourra quand même être condamné auprès des juridictions pénales ou, recevoir une sanction disciplinaire.

En terme disciplinaire, l'infirmier pourra se voir sanctionner soit par son employeur, soit par l'ordre des infirmiers. La sanction de l'employeur vis à vis de l'infirmier pourra être émise en cas de non observance d'une règle dictée par sa hiérarchie, en cas de non respect des règles de déontologie posées par le code de la santé publique, ou encore, en cas de dépassement de ses compétences. La sanction peut aller de l'avertissement au licenciement. L'infirmier peut être également sanctionné par les chambres disciplinaires de l'ordre des infirmiers, comme le stipule la seconde mission de l'ordre : «l'ordre maintient les principes éthiques nécessaires à l'exercice de l'art infirmier, énoncés dans le code de déontologie par son conseil national. A ce

titre, il conseille et soutient les infirmiers en cas de problèmes déontologiques dans leur exercice. Ces chambres disciplinaires jugent et sanctionnent les éventuels manquements à la déontologique ». Pour terminer cette section, nous allons décrire la responsabilité de l'infirmier quand il travaille en libéral, à son propre compte. La situation de l'infirmier libéral en terme de responsabilité civile est différente de celle du salarié. Il est responsable de tous les dommages causés par sa pratique. Mais, pour protéger le professionnel libéral et pour garantir une indemnité à la victime en cas de non solvabilité de l'infirmier, la loi du 21 juillet 2009 a modifié l'article L.1142-1 sur la responsabilité en matière médicale. Cette loi, à son article 75, oblige tous professionnels de santé libérale ou établissements de santé à souscrire une assurance en matière de responsabilité civile ou administrative. Cet article stipule : « les professionnels de santé exerçant à titre libéral, les établissements de santé, services de santé et organismes(...) et toute autre personne morale, autre que l'état, exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins ainsi que les producteurs, exploitants ou fournisseurs de produits de santé, à l'état de produits finis(...), utilisés à l'occasion de ces activités, sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée en raison de dommages subis par des tiers et résultant d'atteintes à la personne, survenant dans le cadre de l'ensemble de cette activité. ». En cas de dommages sur un patient qui résultent d'un acte ou d'une omission d'agir de la part d'un infirmier libéral, l'assurance civile du professionnel pourra couvrir dans le cadre du contrat d'assurance, les indemnités qui seront dues par l'infirmier au patient, après jugement rendu par les juridictions civiles, ou avis de la CRCI.

Après avoir présenté la responsabilité de l'infirmier en matières civile, administrative et disciplinaire, nous allons voir dans une seconde section le régime de responsabilité de l'infirmier en matière pénale et plus particulièrement le délit d'exercice illégal de la médecine.

Section 2 : La responsabilité pénale et l'exercice illégal de la médecine

Un infirmier qu'il soit salarié d'un établissement ou travaillant à son propre compte peut voir sa responsabilité pénale engagée en cas d'infraction punie par le code pénal, même si une juridiction civile a déjà prononcé un jugement à son encontre. Pour être condamné à avoir commis une infraction pénale, il faut que trois éléments rentrent en jeu :

- l'élément légal : il faut que l'acte réprimé soit bien défini par un texte de loi pénale qui en établit la peine de prison et/ou l'amende. Il n'y pas d'infraction sans texte qui la définit.
- L'élément matériel : il faut que l'acte réprimé ait bien été commis.
- L'élément moral : il faut qu'il y ait eu de la part de la personne poursuivie, une volonté, une intention de commettre l'infraction.

Il faut aussi soulever le fait que la peine dépendra de la gravité de l'infraction. Les peines criminelles pour les actes les plus graves, pourront aller de la réclusion criminelle à la perpétuité. Les peines correctionnelles pour des délits pourront aller jusqu'à 10 ans d'emprisonnement. Il pourra y avoir également des peines d'amendes complémentaires qui pourront être prononcées. Les catégories d'infractions les moins graves, les contraventions seront punies par des amendes ne dépassant pas 3000 euros en cas de récidive.

Comme nous avons vu plus haut, pour qu'une infraction soit punie, il faut qu'il y ait eu intention de la commettre, mais l'article 121-3 du code pénal apporte une exception à cette règle : Il peut y avoir délit en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence et de sécurité. C'est sur l'article 121-3 que se base la plupart des articles de loi, qui donnent lieu à des poursuites pénales en matières médicale et paramédicale. L'article 121-3 stipule : « Il n'y a point de crime ou de délit sans intention de le commettre. Toutefois, lorsque la loi le prévoit, il y a délit en cas de mise en danger délibérée de la personne d'autrui. Il y a également délit, lorsque la loi le prévoit, en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas 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. Dans le cas prévu par l'alinéa qui précède, les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer ».

En matière médicale, les infractions les plus courantes sont le délit d'homicide et de blessures

involontaires, le délit de mise en danger d'autrui et le délit d'omission de porter secours. L'infirmier peut donc voir sa responsabilité engagée en cas d'infraction, d'homicide ou de blessure involontaire (article 221-6 et 222-19 du code pénal) si par une faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, l'infirmier entraîne la mort du patient ou une incapacité totale de travail de plus de 3 mois. Les peines peuvent aller jusqu'à 3 ans d'emprisonnement et 75000 euros d'amende en cas d'homicide involontaire. Les glissements de tâches entre infirmiers et médecins entraînant des dépassements de compétence des infirmiers peuvent être considérés comme un manquement à une obligation de prudence et de sécurité et donc être répréhensibles, au niveau pénal en cas de dommage sur le patient. Un infirmier qui aura entraîné un dommage important sur un patient, voir la mort après avoir par exemple délivré un médicament sans prescription médicale et de son propre chef, ou encore effectué un soin hors du cadre de son décret de compétences, pourra se voir poursuivre pour blessure ou homicide involontaire, devant les juridictions pénales. De même l'infirmier pourra se voir condamné en cas de délit de mise en danger de la personne d'autrui (article 223-1 du code pénal), si celui-ci expose directement le patient (sans qu'il y est eu dommage) à un risque immédiat de mort ou de blessure de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente, par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité et de prudence. Un infirmier qui effectuerait un soin médicale technique, compliqué et dangereux et non permis, du fait de ses compétences légales et de par sa formation, pourrait se voir poursuivi pour le délit de mise en danger de la personne d'autrui. L'infirmier pourra aussi voir sa responsabilité engagée en cas d'omission de porter secours, de non assistance à personne en danger (article 223-6 du code pénal).

L'infirmier dans sa position d'encadrement peut voir également sa responsabilité pénale soulevée, lorsqu'un membre de son équipe ou un étudiant sous son autorité a commis une faute. Cette faute de l'infirmier est une faute indirecte, ce n'est pas lui qui commet directement l'acte qui va entraîner le préjudice mais un professionnel placé sous sa hiérarchie. Dans ce cas de figure d'une faute indirecte (d'après la loi dite loi fauchon du 10 juillet 2010), pour que sa responsabilité soit engagée, l'infirmier devra avoir commis lors de ses mission d'encadrement une faute caractérisée ou délibérée. Une faute caractérisée est une faute qui expose autrui à un risque d'une particulière gravité que l'infirmier ne pouvait ignorer. La faute délibéré est une violation manifestement délibérée de l'infirmier d'une obligation particulière de sécurité ou de

prudence imposée par la loi ou le règlement¹⁴. Les juridictions pénales pourraient considérer qu'un infirmier qui laisserait en toute connaissance de cause, son équipe ou l'étudiant sous sa garde, effectuer des soins qui lui seraient prohibés par la loi et sans consigne médicale, serait dans la situation d'une faute caractérisée et délibérée.

Pour terminer ce chapitre sur la responsabilité de l'infirmier, nous allons aborder le délit spécifique d'exercice illégal de la médecine, qui peut être puni de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende. C'est l'article L.4161-1 du code de la santé publique qui définit l'exercice illégal de la médecine. Cette article stipule qu'exerce illégalement la médecine « toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un diplôme, certificat(...) exigé pour l'exercice de la profession de médecin. ». L'article dans son dernier alinéa rajoute qu'il ne s'applique pas aux infirmiers qui agissent comme « aide d'un médecin ou que celui-ci place auprès de ses malades ». Donc on peut considérer que cet article ne s'applique pas quand l'infirmier agit dans son rôle de collaboration avec le médecin sur certains soins, ou encore dans son rôle sous prescription ou sous protocole. Mais, quand l'infirmier agit en dehors de ses compétences et sans prescription, et qu'il réalise des soins réservés aux médecins, on peut considérer d'après cette article de loi, qu'il se place dans un exercice illégal de la médecine. Nous verrons dans le chapitre 2, du titre 2, des exemples de jurisprudence en matières pénale, civile et administrative.

Après avoir présenté les différentes responsabilités qui engagent l'infirmier dans sa pratique professionnelle de tous les jours, nous allons nous pencher sur les causes qui peuvent pousser les infirmiers, les médecins et même les structures de soins à laisser se développer les glissements de compétences.

Chapitre 2 : Glissements de tâches : des causes provenant à la fois du système de santé dans son ensemble mais aussi de l'évolution de la

¹⁴Fiche du recueil de jurisprudence communale, « loi du 10 juillet 2000, dite loi Fauchon », 1 mars 2003, disponible en ligne sur : <http://rjc.fr.eu.org>

société.

Comme présenté dans le chapitre 1, les glissements de tâches peuvent entraîner à la fois une perte de chance d'une meilleure guérison pour le patient, une mauvaise prise en charge de ce dernier, mais aussi un risque juridique important pour le professionnel. Mais ces dérives sont souvent en lien avec des problématiques qui touchent à la fois les établissements de soins mais aussi la société dans son ensemble. La section 1 s'attachera à présenter les problématiques économiques et démographiques qui touchent notre système de santé et qui peuvent perturber le fonctionnement des structures de soins. Dans une deuxième section, nous verrons que le système de santé a ses propres dérives liées à son fonctionnement.

Section 1 : Les causes en lien avec des problématiques économiques et démographiques.

Le système de santé fait face actuellement à deux problématiques économiques majeures : un déficit important de la sécurité sociale et une dette conséquente d'une partie des établissements de santé publics et privés. Ces différentes problématiques économiques sont en lien les unes avec les autres. Le budget de la sécurité sociale en 2011 représentait 450 milliards d'euros. Quant aux déficits des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du FSV (Fond de Solidarité Vieillesse), ils atteignaient en 2010, un peu moins de 30 milliards d'euros¹⁵. Le déficit de la sécurité sociale était de 18,6 milliards en 2011, sans inclure le déficit du FSV¹⁶. Depuis 2010 le déficit du régime général de la sécurité sociale va en diminuant même s'il reste conséquent. Cette baisse est liée à l'augmentation de la masse salariale après 2010, aux économies et aux réformes qui ont été réalisées (réformes sur les retraites, augmentation de la taxation des mutuelles...). Ces économies ont également touché les établissements de soins publics qui ont vu le gel des crédits de leur MIGAC (Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation) pour 2011 et 2012. La DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) a confirmé que des prélèvements seraient effectués sur ces

¹⁵Rapport de la cour des comptes, « la sécurité sociale », septembre 2011, disponible en ligne sur : <http://www.ccomptes.fr/>

¹⁶Article du journal le point, « le déficit de la sécurité sociale s'améliore en 2011 », publié le 22 septembre 2011, disponible en ligne sur : www.lepoint.fr

crédits alloués aux établissements de soins publics¹⁷. 189 millions d'euros de crédit pour les MIGAC ont été gelés en 2011¹⁸. Il est important de souligner que l'hôpital est financé à près de 90% par la sécurité sociale et que les dépenses d'hospitalisation représentent 51% de la consommation de soins et de biens médicaux.

Mais revenons sur les établissements de santé publics, 41% des CH (Centres Hospitaliers) et 80% des CHU (Centres Hospitaliers Universitaires) sont en déficit par rapport à leur état prévisionnel des recettes et des dépenses sachant qu'ils se financent principalement grâce au développement de leurs activités (tarification à l'activité pour la médecine, chirurgie et l'obstétrique) et aux enveloppes allouées par l'état pour les MIGAC (enseignement, recherche, aide médicale d'urgence...). A titre d'exemple le déficit de l'APHP (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris) était de l'ordre de 90 millions d'euros en 2011¹⁹. Nicolas Sarkozy, en janvier 2010 déclara la guerre au déficit à travers ses vœux au personnel de santé à Perpignan, il dit: «Je souhaite que les déficits des hôpitaux soient ramenés à zéro d'ici 2012 ». Le constat étant le suivant : sachant que 70 à 90 % des charges des hôpitaux sont des charges de personnel, les hôpitaux vont chercher à réduire leur masse salariale, pour stabiliser leur déficit²⁰. En 2009 les effectifs des hôpitaux publics s'étaient réduits. On constatait une baisse de 9800 équivalents temps plein, dont 5000 professionnels de santé (1200 infirmiers). Cette dynamique de baisse a continué en 2010 et 2011²¹.

D'après la fonction hospitalière privée, 43 % des cliniques privées sont également en déficit²². Ces cliniques élaborent aussi des plans de réduction des déficits avec diminution pour certaines de leur masse salariale, baisse du nombre de lit tout en augmentant leur taux d'occupation (qui est plus élevé que dans le domaine public). La durée moyenne de séjour est

¹⁷Dépêche AFP (Agence France Presse) hôpitaux publics : nouveau gel de crédits MIGAC en 2012 », août 2012, disponible en ligne sur : <http://www.courrierdesmairies.fr/>

¹⁸AUGUSTE Olivier, « le déficit des hôpitaux publics s'est stabilisé en 2011 », Article du journal le figaro, publié le 22 mars 2012, disponible en ligne sur : www.lefigaro.fr

¹⁹Dépêche AFP, « AP-HP : déficit en baisse, pénurie d'infirmières », publié le 9 juin 2012, disponible en ligne sur : <http://www.actusoins.com/>

²⁰Article du syndicat national des professionnels infirmiers, « APHP : baisse des effectifs infirmiers », publié le 2 mai 2012, disponible en ligne sur : <http://www.syndicat-infirmier.com/>

²¹Article de la coordination nationale infirmière, « baisse spectaculaire des effectifs des hôpitaux publics », publié le 15 mars 2011, disponible en ligne sur : <http://www.coordination-nationale-infirmiere.org/>

²²Communiqué de presse de la FHP (Fonction Hospitalière Privée), « 43% des cliniques en déficit : un secteur d'excellence menacé d'étouffement économique », publié le mardi 18 octobre 2011, disponible en ligne sur : www.fhpmco.fr

également plus basse dans le privé. Cela peut s'expliquer en partie par la prise en charge dans le privé de patients atteints de pathologies moins lourdes (chirurgie ambulatoire...). La FHF (Fédération Hospitalière de France, qui regroupe les hôpitaux publics) et la FHP (Fédération Hospitalière Privée) s'accusent mutuellement du mauvais financement de leurs établissements. La FHF reproche à la DGOS de favoriser au niveau de la tarification de certaines activités, les cliniques commerciales²³. D'un autre côté la FHP pointe du doigt le financement discriminatoire vis à vis des structures privées, déclarant que le montant de tarification de la sécurité sociale des prestations hospitalières dans le privé serait en moyenne inférieure de 26 %, comparée à celle de l'hôpital public²⁴.

Outre cette bataille entre modèles privés et publics, la dynamique de recherche de stabilité financière a donc entraîné des difficultés dans certains services hospitaliers qui ont du fonctionner en sous effectif durant une période plus ou moins grande. Ces sous effectifs, entraînent et peuvent expliquer le développement des glissements de compétences entre professionnels de santé pour pallier à l'absence de certains personnels et pour éviter de perdre trop de temps sur la gestion des soins quotidiens.

Mais ces données économiques n'expliquent pas à elles seules le dysfonctionnement et les dérives de certains professionnels, de certains services de soins. Il faut corréliser ces données économiques avec des données démographiques, sur le vieillissement de la population. Les français vivent plus vieux grâce aux progrès de la médecine, mais cela augmente de façon importante le nombre d'hospitalisations, augmentant également les frais de santé et déstabilisant ainsi le financement de la sécurité sociale, les non actifs devenant plus nombreux. A titre d'exemple, d'après l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques) le nombre de séjour en structures hospitalières en aquitaine en 2008 a augmenté de 17% par rapport à 2001. Il y a eu 511 000 aquitains hospitalisés en 2001. De façon globale, si on se réfère aux projections de populations pour la France métropolitaine, émises par l'INSEE, le mécanisme de vieillissement de la population va sans cesse en augmentant. Il y avait 27,8 % de la population qui avait 60 ans et plus en 2000. En 2010, ce chiffre grimpe à 31,5%, et, d'après les projections 38,4 % de la population aura 60 ans et plus en 2025. La balance naissance décès devrait s'inverser en 2045, car le nombre de décès

²³Communiqué de presse de la FHF (Fonction Hospitalière de France), « Campagne tarifaire 2012 : la FHF inquiète de la poursuite d'une politique défavorable à l'hôpital public », disponible en ligne sur : www.fhf.fr

²⁴Communiqué de presse de la FHP (Fonction Hospitalière Privée), « 43% des cliniques en déficit : un secteur d'excellence menacé d'étouffement économique », publié le mardi 18 octobre 2011, disponible en ligne sur : www.fhpmco.fr

excédera le nombre de naissances²⁵.

Ce vieillissement de la population entraîne une pression plus accrue sur le financement du système de solidarité nationale déjà mis à mal par de nombreux problèmes économiques. Les structures de soins faisant face à une demande accrue sans avoir à chaque fois les moyens humains et matériels d'y répondre de façon convenable. C'est dans ce climat que certains glissements de compétences se sont installés durablement pour pallier à un défaut dans l'organisation, lié le plus souvent à un afflux de malades ou à des équipes travaillant en sous effectif, à flux tendu. L'infirmier effectue alors à titre d'exemple une pose de perfusion sans prescription, ou prescrit un bilan sanguin, ou une radio ou encore pose un premier diagnostic. Mais, ces dérives se retrouvent également dans des services ou des structures de soins qui ne présentent pas à proprement dit de problèmes financiers. C'est ce qui va faire l'objet d'une section 2, où nous étudierons les causes de glissements de tâches propres au fonctionnement du système de santé et des structures de soins.

Section 2 : Les causes inhérentes au système de santé et à son fonctionnement.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, certains services de soins fonctionnent en sous effectif pour des raisons purement économiques. Mais la France fait face également à une pénurie de médecins et d'infirmiers dans certains établissements et dans certaines régions. Cette pénurie en lien avec la démographie médicale et paramédicale sur le territoire, est due à des problèmes divers, qui sont à la fois structurelles et institutionnelles, et pas automatiquement en lien avec des processus de réduction des coûts.

La densité de médecins et d'infirmiers ne se répartit pas de façon homogène sur le territoire, elle est beaucoup plus élevée dans le sud est et le sud ouest, que dans le centre par exemple. Certaines régions sont sous dotées en professionnels de santé. Ces derniers préférant s'installer dans les régions où le climat est plus favorable et la clientèle plus aisée. Ils ont tendance également à s'installer dans les centres villes plutôt que dans les quartiers considérés comme sensibles²⁶, ce qui a obligé les pouvoirs publics à mettre en place certaines mesures

²⁵ROBERT-BOBEE Isabelle, « Projection de populations pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 », INSEE (Institut National de la Statistiques et des Études Économiques), disponible en ligne sur : www.insee.fr

²⁶Fiche pratique du laboratoire GlaxoSmithKline, « démographie médicale et répartition géographiques des

incitatives ou contraignantes:

En 2008, l'assurance maladie a signé une convention avec les principaux syndicats d'infirmiers libéraux, qui convenait à une restriction d'installation des infirmiers dans les régions sur-dotées²⁷. Ce type d'accord n'a pas pu encore être mis en place pour les médecins. D'une manière générale les pouvoirs publics n'ont pas encore réussi à attirer des professionnels de santé dans les territoires délaissés.

Un autre problème structurelle est en lien avec la formation et le recrutement des professionnels de santé. D'après une étude de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), même si les quotas en IFSI (Institut de Formations en Soins Infirmiers) ont fortement augmenté ces dix dernières années, les IFSI n'arrivent pas à recruter à hauteur de leurs quotas autorisés (-8% environ) et 20 % des étudiants abandonneraient avant l'obtention de leur diplôme. Ce qui fait une différence importante entre l'attente de base en nombre de diplômés et le nombre de diplômés réels au bout de 3 ans de formation. La DREES a également fait des projections à long terme sur l'évolution de la démographie médicale et paramédicale à l'horizon 2030. Alors que la profession d'infirmier ne cesse de croître passant de 520 000 infirmiers en 2010 à 657 800 infirmiers en 2030²⁸, le nombre de médecins suit la courbe inverse en diminuant, passant de 208 000 en 2006 à 188 000 en 2019²⁹. Sur la période 2006-2030 le nombre de médecins baisserait de 1% alors que celui d'infirmiers augmenterait de 36%. Quand on connaît le lien étroit entre le médecin prescripteur et l'infirmier, on peut déjà prévoir une augmentation importante des glissements de compétences du fait même de la diminution du nombre de médecins, si le mécanisme de coopération entre professionnels de santé n'évolue pas de façon plus rapide.

A ces problèmes structurelles s'ajoutent des difficultés propres aux établissements de soins pouvant expliquer également les glissements de compétences. De nombreuses structures ont des difficultés à recruter pour des raisons diverses : pénibilité du travail, salaires et spécialités médicales peu attractifs....A titre d'exemple en 2012, l'APHP (Assistance Publique-Hôpitaux

soins », mars 2009, disponible en ligne sur : <http://www.gsk.fr/>

²⁷Article du journal le figaro, section santé, « La liberté d'installation des infirmières désormais limitée », publié le 17 avril 2009, disponible en ligne sur : www.lefigaro.fr

²⁸BARLET Muriel et CAVILLON Marie, « La démographie des infirmiers à l'horizon 2030 », étude de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), mai 2011, disponible en ligne sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/>

²⁹ATTAL-TOUBERT Ketty et VANDERSCHULDEN Mélanie, « La démographie médicale à l'horizon 2030 », étude de la DREES, 2009, disponible en ligne sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/>

de Paris) avait un déficit de 430 postes d'infirmiers³⁰.

L'absentéisme est également en constante augmentation parmi les professionnels de santé, ainsi que les accidents du travail. Selon une étude du courtier en assurance dexia sofcap à partir de 2007 et surtout de 2010, le nombre d'accident du travail a augmenté de 26% et le nombre de jours d'arrêt maladie de 8% à l'hôpital. En 2010 selon les hôpitaux, l'absentéisme était compris entre 9 à 14%³¹. Tout cela est en lien avec une dégradation des conditions de travail : une étude européenne avec son volet français dénommé étude PRESST (Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des soignants au Travail) a réalisé une enquête sur plus de 3600 infirmiers français entre 2002 et 2005. Cela a permis de montrer que plus de 16% des infirmiers pensaient fréquemment à abandonner de façon définitive leur profession³². Cette volonté de la part des infirmiers de quitter la profession pouvait être multiplié par 3 à 5 notamment en cas de sentiment d'utilisation inadéquate de leurs compétences. Une autre étude réalisée par la CFDT santé en 2012 (Confédération Française du Travail) sur plus de 490 établissements et plus de 38 000 soignants prouve une dégradation importante des conditions de travail :

– Plus de 65% des soignants déclarent que dans les 5 dernières années, le rythme, la charge et l'intensité du travail se sont dégradés. 62% des soignants déclarent travailler quotidiennement en effectif minimum (effectif de dimanche et jour férié). 59% des soignants déclarent également que l'organisation médicale de prise en charge des malades ne prend pas assez en compte l'effectif du service, les médecins continuant à faire rentrer des malades alors que l'effectif de soignants est réduit³³.

En conclusion de cette section, observons le mode de fonctionnement des établissements de soins publics et des établissements de santé privés. 54% des infirmiers travaillent dans le domaine public et plus de 20% dans un établissement de santé privé. L'approche et la pratique des soins infirmiers peuvent être différentes selon qu'on travaille dans le domaine privé ou

³⁰Dépêche AFP, « AP-HP : déficit en baisse, pénurie d'infirmières », publié le 9 juin 2012, disponible en ligne sur : <http://www.actusoins.com/>

³¹CASTAGNET Mathieu, « L'absentéisme progresse dans les collectivités et les hôpitaux », article du journal la croix, publié le 18 mai 2011, disponible en ligne sur : <http://www.la-croix.com/>

³²Étude PRESST, « Abandon prématuré de la profession infirmière, le respect des valeurs professionnelles dépend des conditions de travail », Septembre 2007, disponible en ligne sur : <http://www.prest-next.fr/>

³³Enquête du syndicat CFDT-Santé, « enquête condition de travail, filière soignante », mai 2011, disponible en ligne sur : <http://www.fed-cfdt-sante-sociaux.org/>

public. En Centre hospitalier, la plupart des médecins sont salariés de l'établissement (praticiens hospitaliers) et affectés à un ou plusieurs services, ils ont des chefs de cliniques et des internes qui les assistent et qui ont la possibilité de prescrire. Les patients ne sont pas des clients du médecin à proprement dit, mais des patients du centre hospitalier. L'infirmier a donc toujours dans son service, enfin dans le meilleur des cas, la possibilité de faire intervenir un médecin ou un interne, ce qui peut réduire de façon importante la tentation de glissement de tâches, même si cela n'est pas toujours évident. Dans les structures privées, c'est différent, à part dans certains ESPIC (Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif), il n'y a pas la présence d'étudiants en médecine et d'internes. Les patients sont des clients du médecin qui travaillent la plupart du temps en statut libéral. Le médecin loue les blocs opératoires à la clinique et a passé une convention avec cette dernière pour pratiquer en son sein. Il n'y a donc pas à proprement dit de médecin rattaché à un service même si le regroupement de médecins par spécialités se fait logiquement dans chaque service. Chaque patient a son médecin attitré, les autres médecins de la spécialité n'interviennent que rarement, sauf quand ces derniers sont de garde. Le problème se pose quand le médecin est au bloc opératoire, en consultation ou quand il est rentré chez lui, l'infirmier peut se retrouver seul sans avoir la possibilité de faire intervenir un autre médecin rapidement (anesthésiste de garde occupé, refus du médecin de se déplacer...). C'est dans ce cas là que les glissements de tâches sont les plus fréquents : prescriptions par téléphone, soins sans prescriptions, initiatives de l'infirmier en dehors de son cadre de compétences...., nous verrons de nombreux exemples dans le titre 2.

Après avoir présenté les différentes responsabilités dont doit faire face l'infirmier, et après avoir décrit les différentes causes génératrices de glissements de compétences entre professionnels de santé, nous allons voir dans un titre 2 les conséquences concrètes de ces glissements de tâches. Nous présenterons les conclusions d'une étude effectuée sur la pratique des infirmiers, en lien avec leur compétence légale, tout cela appuyé par des exemples. Dans un second temps nous étudierons différentes jurisprudences sur les glissements de compétences qui ont touché le milieu paramédical.

Titre 2 : Dérives dans les pratiques professionnelles : Les conséquences concrètes et leurs risques juridiques.

Avant de présenter et de détailler les différentes jurisprudences afférentes au domaine paramédical, nous analyserons dans un chapitre 1, une enquête effectuée auprès d'infirmiers, sur leur pratique professionnelle quotidienne.

Chapitre 1 : Étude sur les actes effectués par les infirmiers et sortant du cadre légal du code de la santé publique.

Un questionnaire a été remis à des infirmiers diplômés d'état entre le mois de mars et le mois de juillet 2012³⁴. Ce questionnaire avait comme objet à travers quatre questions, d'étudier les glissements de compétences entre les professionnels infirmiers et les professionnels médicaux. 108 infirmiers ont répondu à ce questionnaire. La section 1 de ce chapitre sera consacré aux résultats de cette étude. La section 2 fera le lien entre les résultats de l'enquête et la partie du code de la santé publique encadrant la pratique des soins infirmiers.

Section 1 : Étude sur les pratiques professionnelles des infirmiers : des résultats qui prouvent une pratique développée des glissements de compétences

Comme indiqué dans l'introduction de ce chapitre, un questionnaire portant sur les glissements de compétences entre infirmiers et médecins a été remis aux infirmiers travaillant dans des structures de santé, aussi bien publiques que privées. 108 infirmiers ont répondu à l'étude, dont 30% provenaient d'établissements de santé publics, 70% d'établissements de santé privés. Concernant les années d'exercice professionnel des infirmiers qui ont participé à

³⁴Voir annexe 1

l'enquête, 40% d'entre eux avaient plus de 6 ans d'expérience contre 60 % qui avaient moins de 6 ans d'expérience. Les infirmiers ciblés par l'étude provenaient de disciplines variées : 40 % travaillaient dans un service de chirurgie, 30% dans un service de médecine, 10% dans des services d'urgence, de réanimation et de salle de réveil, 15% dans un service de prise en charge de personnes âgées et 5 % dans un service de pédiatrie.

Cette enquête s'est focalisée à étudier les comportements des infirmiers quand ils pratiquent dans la sphère de leur rôle sous prescription médicale et quand ils agissent dans une situation qui n'est pas considérée comme urgente. Les résultats de cette étude montrent un développement important des glissements de compétences pour certains soins et dans certains domaines. Nous allons décrire plus en détail les résultats de cette enquête :

– S'agissant des soins du rôle prescrit : 37% des infirmiers interrogés déclarent effectuer un soin du rôle prescrit plusieurs fois par semaine sans prescription médicale ni orale, ni écrite. Il sont 20% à déclarer le faire plusieurs fois par mois. 87 % des infirmiers interrogés déclarent avoir déjà effectué un soin du rôle prescrit sans prescription médicale au moins une fois dans leur pratique professionnelle. Il ne sont que 13 % à déclarer ne pas faire de soins du rôle prescrit sans prescription. Les soins effectués et décrits par les infirmiers sont variés : distributions de médicaments, préparations et poses de perfusions médicamenteuses, prises de sang, poses de sondes urinaires, poses de sondes naso-gastriques, mise du patient sous oxygène, poses de voies veineuses périphériques....les raisons invoquées par les infirmiers sont les suivantes : le médecin n'est pas présent, il n'est pas joignable, il refuse de se déplacer, il est occupé, ou encore, il y a un oubli sur une prescription, l'infirmier souhaite anticiper la prescription pour gagner du temps, l'infirmier a peur de déranger le médecin.

– S'agissant des soins du rôle prescrit sous prescription orale : 50 % des infirmiers déclarent effectuer un soin du rôle prescrit plusieurs fois par semaine avec une prescription dite orale, donc sans prescription écrite. Il sont 30 % à déclarer le faire plusieurs fois par mois. Aucun infirmier répondant à cette enquête n'a déclaré n'avoir jamais effectuer de soins du rôle prescrit, sous prescription orale. Les soins effectués sont les mêmes que ceux décrits plus haut, idem pour les raisons évoquées. Certains infirmiers mettent en avant le fait qu'il peut y avoir une confiance qui s'installe entre l'infirmier et le médecin, se satisfaisant chacun d'une prescription orale. Une autre étude effectuée par la CFDT santé sur les conditions de travail en 2012 sur plus de 38000 soignants, va dans le même sens : 54% des soignants déclarent que le médecin fait des prescriptions par téléphone, et 42 % des soignants disent avoir déjà fait

face au refus d'un médecin de se déplacer.

– Concernant les prescriptions qui ne sont pas correctement écrites (non signées, pas de posologies, non datées...) : 49 % des infirmiers avouent effectuer des soins plusieurs fois par semaine à partir de prescriptions qui ne sont pas correctement rédigées. Il sont 19% à déclarer le faire plusieurs fois par mois. Seulement 19 % des infirmiers interrogés admettent avoir en permanence des prescriptions détaillées. Il est important de noter que la plupart des infirmiers utilisant des prescriptions claires travaillent à partir de supports informatiques et non de supports papiers.

– Pour terminer dans la présentation des résultats de cette enquête, la dernière question portait sur un soin spécifique, la première pose d'une sonde urinaire chez un homme qui doit être effectuée par un médecin. 67 % des infirmiers déclarent avoir déjà posé une sonde urinaire chez un homme alors que c'était son premier sondage. 49 % des infirmiers disent avoir toujours dû poser la sonde seuls à chaque fois que le soin se présentait, 18% admettent que dans certains cas le médecin s'est déplacé. Pour les infirmiers restants, seulement 16% disent que le médecin est venu dans le service à chaque fois et 19 % n'ont jamais eu à faire face à ce genre de situations. On peut donc constater que sur les infirmiers qui ont dû déjà faire face à ce type de soins, 80 % d'entre eux, l'ont effectué au moins une fois. Il est important de souligner le fait que la totalité des infirmiers travaillant en chirurgie urologique qui ont répondu à cette enquête, ont déclaré qu'ils posaient à chaque fois eux même la sonde urinaire, qu'il s'agisse d'un homme ou d'une femme. Les infirmiers ont évoqué les raisons suivantes : le médecin n'était pas présent dans le service ou à refuser de se déplacer, c'est le fonctionnement naturel du service, le médecin ne savait pas poser une sonde urinaire.

Après avoir détaillé cette étude, nous allons nous pencher, dans une section 2, sur l'aspect juridique de ce type de dérives avant d'aborder l'aspect jurisprudentiel dans un chapitre 2.

Section 2: Étude sur les pratiques professionnelles des infirmiers : des professionnels de santé hors la loi ?

Dans cette section, nous allons aborder la législation vis à vis des prescriptions médicales effectuées par les infirmiers ainsi que la législation vis à vis de certains soins spécifiques.

L'infirmier travaille le plus souvent à partir d'une prescription médicale, celle ci comme l'indique l'article R.4311-7 du CSP doit être, sauf urgence « écrite, qualitative et quantitative, datée et signée ». L'infirmier ne peut en principe pas rédiger lui même une prescription sauf dans certains cas (vus plus en amont dans le mémoire), pour des produits non médicamenteux. Le code de la santé publique détaille dans les articles R.4311-7 et suivants, tous les soins que peut effectuer l'infirmier à partir d'une prescription médicale. Ces soins sont variés, ils sont le plus souvent d'ordre médicamenteux et peuvent porter atteinte à l'intégrité physique. Il semble logique que les soins qui touchent l'intégrité physique, se fassent à partir de prescriptions médicales, d'autant plus si on se réfère à l'article 16-3 du code civil qui déclare : « il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir ». On peut conclure, à partir de l'enquête, qu'une partie des infirmiers se mettent régulièrement hors des cadres légaux en agissant sans prescription médicale pour des soins spécifiques. Cela en mettant en jeu bien évidemment leur responsabilité à la fois civile et pénale. L'enquête a fait apparaître également qu'un grand nombre d'infirmiers effectuaient des prescriptions qui n'étaient pas suffisamment détaillées. L'article R.4312-29 du CSP précise que « l'infirmier ou l'infirmière applique et respecte la prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur, ainsi que les protocoles thérapeutiques et de soins d'urgence que celui-ci a déterminés(...) il doit demander au médecin prescripteur un complément d'informations, notamment s'il estime être insuffisamment éclairé ». Dans ce cas aussi, l'infirmier peut voir sa responsabilité engagée s'il effectue un soin d'après une prescription qu'il considère comme incomplète ou erronée, sans avoir pris contact avec le médecin et que cela entraîne un dommage au patient. Concernant les prescriptions orales, les textes régissant la pratique infirmière sont clairs : sauf urgence, seul la prescription écrite peut être admise. C'est ce que confirme l'article R.5132-3 du CSP qui déclare : « la prescription de médicaments ou produits « destinés à la médecine humaine » mentionnés à la présente section est rédigée, après examen du malade, sur une ordonnance et indique lisiblement :

1° le nom, la qualité et, le cas échéant, la qualification, le titre, ou la spécialité du prescripteur telle que définie à l'article R.5121-91, son identifiant lorsqu'il existe, son adresse, sa signature, la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée, et pour les médicaments à prescription hospitalière ou pour les médicaments à prescription initiale hospitalière, le nom de l'établissement ou du service de santé ;

2° La dénomination du médicament ou du produit prescrit, ou le principe actif du médicament désigné par sa dénomination, la posologie et le mode d'emploi, et, s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée ;

3° La durée de traitement ou, lorsque la prescription comporte la dénomination du médicament au sens de l'article R.5121-2, le nombre d'unités de conditionnement et, le cas échéant, le nombre de renouvellements de la prescription.(...) ».

Cette article met en avant le fait qu'à la fois la prescription doit être rédigée mais, qu'elle doit être aussi suffisamment explicite et détaillée. Néanmoins, il existe certaines exceptions avancées par la loi et par les recommandations de bonnes pratiques. Tout d'abord, l'article 34 de la loi du 13 août 2004 sur l'assurance maladie rend possible l'utilisation de prescriptions médicales provenant d'un courriel, il déclare : « une ordonnance comportant des prescriptions de soins ou de médicaments peut être formulée par courriel dès lors que son auteur peut être dûment identifié, qu'elle a été établie, transmise et conservée dans des conditions propres à garantir son intégrité et sa confidentialité, et à condition qu'un examen clinique du patient ait été réalisé préalablement, sauf à titre exceptionnel en cas d'urgence ».

La HAS (Haute Autorité de Santé) en février 2009 est allée plus loin en publiant une synthèse de recommandations de bonnes pratiques concernant la prescription médicale par téléphone, dans le cadre de la régulation médicale³⁵. Mais ces recommandations ne prennent pas en compte les prescriptions faites par des médecins d'un établissement à l'usage de professionnels de santé du même établissement. Elles se bornent à donner un cadre aux prescriptions médicales orales faites dans des circonstances précises par un médecin régulateur (SAMU, SOS médecin...) à un patient le plus souvent à son domicile ou à un professionnel de santé ayant la charge d'un patient, un infirmier libéral par exemple.

Ces recommandations stipulent donc que les situations où une prescription médicale par téléphone peut être proposée sont :

– soit « une demande de soins non programmés nécessitant un conseil médical ou thérapeutique pouvant aboutir à une prescription médicamenteuse (médicament présent ou absent de la pharmacie familiale) après avoir éliminé une urgence vitale ou une urgence vraie nécessitant un examen médical immédiat »

³⁵ Haute Autorité de Santé, « Prescriptions médicamenteuses par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale », synthèses des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, février 2009, disponible en ligne sur : www.has-sante.fr

– soit « une situations nécessitant en urgence l’adaptation d'une prescription préalable alors que le patient et/ou le médecin régulateur n'ont pu joindre le médecin prescripteur. »

On voit bien ici qu'il n'est pas fait mention de soins programmés au sein d'un établissement de santé, ni de la participation d'un professionnel de santé autre qu'un médecin. Cependant les recommandations admettent que l'appelant peut être un professionnel de santé non médecin, mais celui-ci doit avoir au préalable prévenu le médecin prescripteur du patient ou le médecin de garde de l'établissement (la prescription doit être mentionnée dans le dossier). Ce n'est donc pas la transmission d'une prescription entre professionnels de santé d'un même établissement qui est pris en compte mais bien une transmission de prescription faite dans le cadre d'une régulation médicale par un médecin hors de l'établissement. Les infirmiers qui ont participé à l'enquête avaient en majorité répondu qu'ils effectuaient des soins à partir de prescriptions orales, fréquemment dans un cadre non urgent et transmis par un médecin du même établissement, ce qui ne rentre pas dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques. On peut donc affirmer que les prescriptions orales sont prohibées par la loi et les règlements mais que dans certains cas très précis, l'HAS admet que cette pratique peut avoir lieu. Il faudra bien sur à chaque fois se poser la question de la recevabilité légale de ce type de recommandations (recommandations de la HAS par exemple) par une juridiction compétente. Pour conclure, il est intéressant également de se pencher sur des soins spécifiques effectués par des infirmiers. Le premier exemple est la première pose d'une sonde urinaire chez un homme en cas de rétention : comme le stipule l'article R.4311-10 du CSP, l'infirmier collabore à ce type de soins qui doit être effectué par un médecin. L'article déclare : « l'infirmier ou l'infirmière participe à la mise en œuvre par le médecin des techniques suivantes : 2° premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention ». Comme nous l'avons vu, il est très fréquent que l'infirmier pose seul la sonde urinaire, ce qui engage sa responsabilité surtout si au cours du soin, il venait à endommager la prostate. Le second exemple porte sur les prélèvements vaginaux. Même si l'enquête ne met pas en avant ce type de soins, il est fréquent dans certains laboratoires importants que ça soit les infirmiers qui effectuent les prélèvements dont certain au niveau du col de l'utérus avec pose de spéculum. Là aussi l'article R.4311-7 est clair sur ce sujet : l'infirmier peut effectuer sous prescription médicale des « prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ». Les prélèvements de peau seront facilement admis mais il sera très difficile ici, d'avancer le fait que le vagin ou le col de l'utérus soit une muqueuse directement accessible. Dans ce cas là aussi, l'infirmier en cas de dommages lors du

prélèvement pourra voir sa responsabilité engagée. Ce n'est pas la compétence de l'infirmier qui est remise en cause mais bien le fait que dans de nombreux cas il effectue des soins qui sortent de son cadre légal, même si ces soins sont effectués correctement et de façon récurrente.

Pour conclure cette première partie, le chapitre 2 sera consacré à présenter les différentes décisions de justice qui ont été prises dans le domaine paramédical.

Chapitre 2 : La jurisprudence sur les contentieux en matière paramédicale.

Dans ce dernier chapitre de la première partie, nous allons donner des exemples et détailler certaines décisions de justice prises vis à vis de professionnels infirmiers. Nous présenterons dans une section 1, la jurisprudence générale dans le domaine paramédical, dans une section 2 nous présenterons des décisions de justice propres aux glissements de compétences entre infirmiers et médecins.

Section 1: Exemples de jurisprudence dans le domaine paramédical.

Nous avons pu relever en général trois types de fautes de la part des infirmiers qui entraînent des condamnations par les juridictions civiles ou pénales : la faute technique, la faute de surveillance et ce qu'on peut appeler le défaut d'alerte.

La faute technique est en lien direct avec les compétences propres de l'infirmier telle qu'elles sont définies par le code de la santé publique. Cela dépend également de la spécialité de l'infirmier ou encore du service dans lequel il travaille. Si cette faute entraîne un dommage, la condamnation peut alors être émise envers la structure qui emploie l'infirmier ou directement contre l'infirmier (voir chapitre 1 du titre 1). Nous allons prendre comme exemple ici un arrêt de la 1^{ère} chambre de la cour d'appel de Paris datant du 4 mars 2005 et portant sur l'oubli d'une compresse lors d'un soin qui entraîna un dommage pour le patient³⁶. La cour d'appel devait trancher sur le fait que la compresse avait été, soit oubliée lors d'une des différentes

³⁶ Cour d'appel de Paris, Arrêt du 4 mars 2005, 1^{ère} chambre-section B, disponible en ligne sur : <http://documentation.fhp.fr/>

opérations chirurgicales effectuées à la base pour une péritonite, soit lors d'un pansement chirurgical effectué par un infirmier faisant suite à une de ces opérations. Rappelons que l'article R.4311-7 déclare : « l'infirmier et l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

8° renouvellement du matériel de pansements médicamenteux

9° réalisation et surveillance de pansements spécifiques ».

L'infirmier était bien ici habilité à faire un pansement de plaie chirurgicale. La cour d'appel retiendra non pas la faute du médecin mais la culpabilité de l'infirmier et donc la responsabilité de la clinique en prouvant que l'oubli de la compresse avait eu lieu lors du pansement de la plaie post-opératoire. La cour d'appel condamna la clinique à verser plus de 20 000 euros au patient au titre du préjudice subi. L'expert en présentant ses conclusions à la cour avait retenu une incapacité temporaire de travail de 5 mois, une incapacité permanente partielle de 4% ou encore un préjudice esthétique.

Concernant la faute de surveillance et le défaut d'alerte, ces deux types de fautes vont le plus souvent ensembles. Deux articles du CSP mettent à la charge de l'infirmier le devoir de surveillance et le devoir d'information au médecin prescripteur de l'évolution du patient, ce sont l'article R4311-2 et l'article R.4312-29. L'article R4311-2 déclare : « Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

4° de contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

et l'article R.4312-29 stipule : « (...)l'infirmier ou l'infirmière communique au médecin prescripteur toute information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic ou de permettre une meilleure adaptation du traitement en fonction de l'état de santé du patient et de son évolution. »

Pour conclure cette section, nous allons présenter trois décisions de justice qui ont statué sur un défaut de surveillance et un défaut d'alerte de l'infirmier :

– la cour d'appel d'Aix en Provence, le 18 juin 2002 a statué sur une affaire qui a vu un patient après une chirurgie d'ablation du colon se retrouver paralysé des membres inférieurs suite à une perfusion d'analgésique dans le cathéter péridural durant la nuit suivant l'opération³⁷. La responsabilité pour défaut de surveillance des infirmiers s'est vu soulevée car le patient s'est plaint de ses jambes toute la nuit et les infirmiers n'ont pas alerté le médecin, même s'ils ont consigné le problème dans le dossier patient. La responsabilité des médecins a été également engagée car les prescriptions n'avaient pas été faites. L'incapacité permanente partielle du patient s'est élevée à 65%. La clinique a donc été condamnée du fait du défaut de surveillance des infirmiers, avec la compagnie d'assurance sou médical et deux médecins, à verser la somme de plus de 964000 euros.

– La 1ère chambre de la cour d'appel de Paris a statué le 16 juin 1989 sur une affaire qui a vu une patiente perdre la vision de l'œil gauche suite à un hématome résultant d'une opération de lifting facial³⁸. L'hématome est apparu durant la nuit suivant l'opération. La responsabilité du médecin n'a pas été retenue car aucune faute n'aurait été commise lors de l'opération mais, la responsabilité des infirmiers a été engagée pour défaut de surveillance la nuit et le matin suivant l'opération. Les infirmiers n'auraient pas immédiatement surveillé, ni pris en compte les plaintes de la patiente vis à vis de son œil. Il se serait passé plus de 3 heures entre le moment où l'hématome a été constaté et le moment où le médecin a finalement été prévenu. La clinique a été condamnée pour préjudice pour perte de chance car ce n'est pas les infirmiers qui ont créé l'hématome mais par leur décision, ils ont retardé la possibilité de sauver l'œil endommagé. La clinique a du verser plus de 12 000 euros au patient.

– La dernière décision de justice que nous présenterons dans ce paragraphe émane de la cour d'appel de Rennes, le 10 novembre 2004³⁹. Cet arrêt contrairement aux deux autres n'engage pas la responsabilité de l'infirmier. Une patiente suite à plusieurs opérations intestinales et à un séjour en réanimation prolongé, s'est vu atteinte d'une paraplégie. Même si

³⁷Cour d'appel d'Aix en Provence, arrêt du 18 juin 2002, 10ème chambre civile, disponible en ligne sur :

<http://documentation.fhp.fr/>

³⁸Cour d'appel de Paris, arrêt du 21 septembre 1989, 1ère chambre-section B, disponible en ligne sur :

<http://documentation.fhp.fr/>

³⁹Cour d'appel de Rennes, arrêt du 10 novembre 2004, 7ème chambre, disponible en ligne sur :

<http://documentation.fhp.fr/>

les experts ont considéré que la surveillance n'a pas été optimale, le jugement a statué sur le fait que l'infirmier qui était très occupé, ayant une garde chargée la nuit où les complications sont survenues, n'a commis aucune faute. Le préjudice de perte de chance d'une meilleure guérison n'a pas été retenu considérant que même si la surveillance avait été optimale et que l'incident n'était pas intervenu, la patiente n'aurait pas eu de chance supplémentaire d'une meilleure récupération.

Nous avons pu à chaque fois constater que dans ces arrêts, la faute de l'infirmier a bien été retenue mais que ce n'était pas une faute détachable du service ou faute personnelle, donc cela a engagé la responsabilité de la structure de soins et non de l'infirmier directement.

Après avoir décrit certaines décisions de justice portant sur différentes fautes attribuées à des infirmiers, nous allons voir dans une section 2, certaines décisions de justice propres aux dépassements de compétences des infirmiers en lien avec la pratique exclusivement médicale.

Section 2 : La jurisprudence propre aux glissements de compétences entre médecins et infirmiers.

Comme on l'a vu dans les chapitres précédents, les glissements de compétences ont des points de départ différents : absence du médecin, prescription par téléphone, mauvaise rédaction de la prescription ou absence de prescription....

Nous allons voir deux arrêts de juridiction pénale qui ont engagé la responsabilité directe de l'infirmier entraînant des condamnations à des peines de prisons et à des amendes, ces arrêts sont les suivants :

– La première chambre correctionnelle de la cour d'appel de Pau le 21 janvier 2003 a dû statuer sur une affaire portant sur le décès d'un patient sur le trajet de retour entre son domicile et les urgences d'un hôpital⁴⁰. Un infirmier a vu sa responsabilité engagée pénalement car quand le patient s'est présenté aux urgences après avoir été pris d'un malaise, l'infirmier a lui-même posé un diagnostic rapide et délivré deux médicaments après prescriptions

⁴⁰Cour d'appel de Pau, arrêt du 21 janvier 2004, 1ère chambre correctionnelle, disponible en ligne sur :

<http://documentation.fhp.fr/>

téléphoniques. Il a laissé repartir le patient, alors même qu'il n'aurait pas dû ni poser un diagnostic, ni donner suite à une prescription téléphonique. Il aurait dû attendre que le médecin se déplace. Cette décision de l'infirmier était en lien avec un dysfonctionnement important de l'organisation des urgences et des gardes des médecins, aucun anesthésiste n'était présent aux urgences, accaparés par les interventions aux bloc opératoires. L'infirmier a donc été condamné à des sanctions financières et à une peine de 6 mois de prison avec sursis pour homicide involontaire dû à des dépassements de compétences. La polyclinique a été condamnée également pour homicide involontaire du fait du dysfonctionnement grave de son service des urgences.

– La chambre criminelle de la cour de cassation par un arrêt du 1 avril 2008 a dû statuer sur le décès d'un enfant de 3 ans hospitalisé pour une opération des amygdales et qui aurait reçu une surdose de soluté glucosé⁴¹. Surdose ayant entraînée un œdème cérébral. Cette perfusion de glucosé effectuée par l'infirmier était dû à une prescription non détaillée et mal rédigée par le médecin anesthésiste réanimateur, faisant suite à l'opération. L'infirmier s'est vu condamné à 18 mois de prison avec sursis pour homicide involontaire, car au lieu de demander des précisions et des explications au médecin comme le CSP l'oblige, il a suivi la prescription en l'état ce qui a entraîné la mort de l'enfant. Le médecin a également été condamné à 12 mois d'emprisonnement avec sursis pour homicide involontaire car la prescription très incomplète ne précisait ni la durée de la perfusion, ni le débit, ni la quantité, ni le produit lui même. Il était juste inscrit « perf=GV », GV correspondant à « garde veine ».

Pour conclure cette section 2 et cette première partie, nous présenterons deux arrêts de jurisprudence qui ont condamné des infirmiers (infirmiers qui ont commis des dépassements de compétences), au délit d'exercice illégal de la médecine. Ces arrêts sont les suivants :

– le tribunal de grande instance de Chambéry dans une délibération du 17 mars 2000 a statué dans une affaire impliquant une association de lutte contre le cancer qui considérait que le cancer se développait sur la base d'un choc psychologique⁴². Cette association recevait des

⁴¹POIRIER Emmanuel, « Exécution d'une prescription imprécise : l'infirmière et le médecin prescripteur reconnus coupables d'homicide involontaire », article publié le 12 juin 2008 par la MACSF (Mutuelle d'Assurance du Corps de santé Français), disponible en ligne sur le site : www.macsf.fr

⁴²Tribunal de grande instance de Chambéry, délibéré du 17 mars 2000, disponible en ligne sur : <http://www.prevensectes.com/>

malades dans le but de les guérir en analysant des scanners cérébraux pour localiser « le foyer dit de Hamer » (du nom du médecin qui a créé cette technique), foyer du choc psychologique selon l'association. L'association préconisait l'utilisation de cortisone et pousser ses membres à refuser l'utilisation de radiothérapie et de chimiothérapie. Il y avait la présence d'une infirmière dans cette association qui recevait les patients, analysait leur scanner et établissait un diagnostic tout cela en total contradiction avec ses règles déontologiques et le CSP. Elle poussait les patients à prendre de la cortisone et à refuser les traitements préconisés par leurs médecins traitants. L'infirmière a donc été condamnée à un an de prison avec sursis pour exercice illégal de la médecine et non assistance à personne en danger, elle a du également verser plusieurs amendes.

– le tribunal correctionnel de Mulhouse a condamné en première instance le 28 février 2002 une infirmière pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie, ce jugement a été confirmé en appel le 27 mars 2003⁴³. L'infirmière qui avait reçu une formation universitaire en gériatrie et soins palliatifs en plus du diplôme d'infirmier avait entre 1992 et 1996 administré de la morphine à quelques patients pour soulager leur douleur, dans certains cas sans prescription médicale. Cette infirmière avait créé un centre pour la prise en charge des personnes âgées en fin de vie, considérant que la prise en charge de la douleur n'était pas optimale. Il est bon de souligner que cette affaire a fait polémique et que cette infirmière a reçu le soutien d'autres professionnels de santé dont des médecins.⁴⁴

Comme nous avons vu dans ce chapitre, l'infirmier peut donc engager la responsabilité de la clinique s'il commet une faute et si ce n'est pas une faute personnelle. Mais quand il agit en dehors du cadre de ses compétences, les dommages sont souvent plus lourds et les condamnations également : faute détachable du service reconnue par les juridictions civiles et condamnations à des peines de prison et d'amendes auprès des juridictions pénales.

Cette première partie a permis de décrire les différentes responsabilités qui incombent aux infirmiers, ainsi que de présenter différentes décisions de justice qui ont touché le milieu paramédical. Elle a permis également de détailler les différentes causes et conséquences

⁴³ Archive du quotidien le Parisien, rubrique « les faits divers », 1er mars 2002, disponible en ligne sur : www.leparisien.fr

⁴⁴ Article du magazine Agevillage, « Nelly Gantzer, soignante accusée et condamnée pour exercice illégal de la médecine, recherche des soutiens pour la révision de son procès », le 7 avril 2008, disponible en ligne sur : www.agevillage.com

entraînant des glissements de compétences entre l'infirmier et le médecin. La deuxième partie de ce mémoire s'attachera à présenter les outils juridiques qui existent pour faire évoluer les compétences des professionnels de santé, ainsi que les solutions juridiques possibles et novatrices qui seraient utilisées à la fois pour rendre légal certaines pratiques mais aussi pour créer de nouveaux métiers.

Deuxième partie : Glissements de tâches entre infirmiers et médecins : à la recherche de solutions juridiques viables à long terme.

Comme nous avons pu le voir dans la première partie, les glissements de compétences entre infirmiers et médecins peuvent dans certaines disciplines et dans certaines structures, être très répandus. Nous allons voir que le législateur a voulu à plusieurs reprises au cours des dix dernières années, faire évoluer les pratiques des professionnels de santé dans leur ensemble pour se rapprocher des réalités rencontrées sur le terrain. Nous verrons dans un titre 1 que le législateur a voulu développer de nouvelles compétences et non pas transférer des compétences d'un professionnel à un autre. C'est pour cela qu'au fil du temps, le terme de

coopération entre professionnels de santé a été préféré au terme de transfert de tâches ou encore transfert d'actes. Après avoir décrit les limites de ces coopérations naissantes en conclusion du titre 1, nous présenterons dans un titre 2, les idées innovantes qui pourraient venir répondre aux problématiques créées par les dépassements de compétences.

Titre 1 : Coopération entre professionnels de santé et loi HPST (portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires), une dynamique inachevée?

Depuis plus de 10 ans, les pouvoirs publics constatant une désorganisation de l'offre de soins au niveau du territoire pour des raisons à la fois démographique et économique, ont voulu commencer à développer la coopération entre les professionnels de santé. Le but étant que chaque patient puisse accéder à un panel de soins complets, qu'il habite dans le nord, dans le centre ou dans le sud de la France. L'autre but sous jacent était de permettre à l'assurance maladie de faire des économies. Des soins réalisés par des médecins seraient effectués dans le futur sous la responsabilité d'auxiliaires médicaux (infirmiers, manipulateurs radio....). Le chapitre 1 s'attachera à présenter l'évolution que le législateur a apporté, au cours de ces 10 dernières années, aux principes de coopération entre professionnels de santé. Nous nous demanderons dans un chapitre 2 si les avancées faites par le législateur à travers les différents protocoles de coopération vont assez loin et répondent concrètement aux problématiques rencontrées par les infirmiers.

Chapitre 1 : La HAS (Haute Autorité de Santé) et les ARS (Agences Régionales de Santé) au cœur du système de coopération entre professionnels de santé

Dans ce chapitre, nous verrons le cheminement qui a été effectué par les pouvoirs publics sur la coopération entre professionnels de santé. Évolution faite à partir de différents rapports et sous l'égide, au fil du temps, de la haute autorité de santé et des agences régionales de santé. Dans une section 1, nous présenterons les deux rapports du professeur Berland de 2002 et

2003 qui ont été à l'origine de la réflexion sur les futures coopérations entre professionnels de santé. Dans une section 2, nous retracerons les évolutions législatives entre les rapports Berland et la loi HPST de juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite également loi Bachelot.

Section 1 : Coopération entre professionnels de santé, les problématiques soulevées par les rapports Berland

Yvon Berland, doyen de la faculté de médecine de Marseille s'est vu en 2002 et 2003 confié deux missions par le ministre de la santé de l'époque, Jean-François Mattéi. Le premier de ces rapports présenté par le professeur Berland, intitulé « démographie des professions de santé » a conclu à une diminution importante des médecins généralistes et spécialistes dans les années futures, ainsi qu'une augmentation du nombre d'infirmiers sur le territoire⁴⁵. Ce même constat a été fait récemment par une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (voir première partie du mémoire). Le rapport Berland commençait déjà à élaborer certaines pistes pour remédier à ce problème démographique. La piste principale était donc de faire évoluer les missions des professionnels de santé. Les médecins verraient leurs missions redéfinies et centrées sur leur cœur de métier, d'autres professions verraient leurs compétences évoluer. La finalité étant l'apparition de nouveaux métiers pour faire face aux enjeux démographiques. Ce rapport de 2002 sur la démographie des professions de santé a débouché, en avril 2003, à confier une nouvelle étude à Mr Berland, celle-ci encrée sur la possibilité de créer des coopérations entre les professionnels de santé. C'est cette étude intitulée : « coopération entre professionnels de santé : le transfert de tâches et de compétences » que nous allons étudier plus en détail dans cette section.

Ce rapport finalisé en octobre 2003⁴⁶, est scindé en plusieurs parties et marque le début de la recherche sur ce qu'on a appelé à ce moment là, les transferts de compétences entre

⁴⁵BERLAND Yvon, « démographie des professions de santé », rapport de novembre 2002, disponible en ligne sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>

⁴⁶BERLAND Yvon, « coopérations des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », Octobre 2003, disponible en ligne sur : http://ddata.over-blog.com/xxxyyy/2/04/53/51/rapport-yvon-BERLAND2003_fps.pdf

professionnels de santé. La première partie de ce rapport présentait le fonctionnement en terme de coopération entre professionnels de santé des autres pays européens ainsi que des pays nord-américains (cela fera l'objet d'une section spécifique dans le chapitre 2 de la seconde partie du mémoire). Dans une seconde partie, le rapport s'intéressait aux coopérations déjà existantes, il faisait en quelque sorte un état des lieux. Le constat qui ressortait de cette analyse, surtout au niveau des soins infirmiers, était qu'on ne faisait pas face à des coopérations officielles ou vraiment bien organisées mais plus à des coopérations dites d'habitude qui se sont installées au fil du temps dans certains services ou dans certains établissements. Certaines expériences sont présentées par ce rapport, nous pouvons donner ici trois exemples :

- Certains infirmiers dans des établissements effectuaient des consultations auprès de patients atteints de maladies chroniques comme le diabète. Ils travaillaient également dans le domaine de l'éducation thérapeutique, par exemple pour aider et donner des conseils aux patients porteurs de colostomies (abouchement à la peau du colon après une chirurgie intestinale), ce qui a donné lieu par la suite au développement des infirmiers dits stomathérapeutes.
- Des infirmiers de gastro-entérologie dans des centres hospitaliers, pour permettre de dégager du temps médical, ont réalisé en ambulatoire des examens d'explorations fonctionnelles et cela sous la responsabilité du médecin gastro-entérologue.
- Des expériences ont été également réalisées dans les transports médicalisés urgents au sein des SMUR (Service Mobile d'Urgence Réanimation), où face à une pénurie d'anesthésistes réanimateurs, des infirmiers et des infirmiers anesthésistes réalisaient sous protocoles médicaux des interventions primaires et secondaires (les interventions d'urgence vitale étant toujours effectuées avec un médecin) sans présence du médecin. L'expérience la plus marquante a été effectuée à Toulon. Et même si ces expériences ont fait polémiques, il en ressort des résultats positifs car, dans aucunes des interventions des infirmiers, le médecin a dû se déplacer en renfort. Aucune plainte n'a été enregistrée. Il est important aussi de noter que dans de nombreuses régions où le service de SMUR est éloigné, des infirmiers sapeurs pompiers travaillent sous protocoles médicaux et sans présence du médecin pour certaines interventions.

Mais comme le montre ce rapport et c'est encore d'une certaine manière le cas actuellement, ces spécialisations internes n'étaient pas en lien automatiquement avec une formation mais plutôt en lien avec l'expérience du professionnel dans le domaine de la spécialisation. Il n'y avait pas non plus et c'est le cas aussi aujourd'hui, de gratification salariale pour l'infirmier qui voyait ses compétences évoluer et ses responsabilités avec. Il y a bien eu depuis une dizaine d'années l'apparition de nombreux DU (Diplôme Universitaire) dans de multiples domaines (la douleur, les pansements, la stomathérapie.....) mais pas la venue de nouveaux diplômes d'état à part ceux qui existent déjà depuis de nombreuses années (infirmiers spécialisés en anesthésie, en bloc opératoire, en puériculture et les infirmiers dirigeants, cadres de santé). On peut se poser également la question sur l'aspect légal de ces différentes initiatives qui n'avaient pas vraiment de cadre national officiel (la loi est apparue après). Dans certains cas l'ambiguïté était de mise et les infirmiers dépassaient des fois leurs compétences légales.

Dans une troisième partie de ce rapport, le professeur Berland et ses collaborateurs ont effectué des entretiens auprès des professionnels de santé sur le transferts de compétences, il en est ressorti de nombreuses idées. Nous allons détailler celles concernant les infirmiers :

– Des propositions sont apparues sur la possibilité pour les infirmiers d'effectuer des coloscopies courtes comme dans certains pays étrangers, où les résultats entre les coloscopies réalisées par des médecins et celles réalisées par les infirmiers sont les mêmes. Mais cette proposition ne fait pas consensus, tout d'abord parce que la technique de la coloscopie courte n'est pas vraiment répandue en France, les médecins effectuent le plus souvent des coloscopie dites longues pour dépister les cancers colo-rectaux. D'autre part car certains considèrent que cela doit rester un geste effectué uniquement par un spécialiste.

– Des médecins spécialistes ont avancé l'idée de mettre en avant des infirmiers spécialisés dans certains domaines, notamment pour les maladies chroniques en cardiologie, gastro-entérologie, cancérologie et en néphrologie, pour développer l'éducation thérapeutique et surtout effectuer un suivi plus important du malade avec la création de consultations infirmières. Cela permettrait également de libérer du temps médical. Même si la plupart des médecins sont favorables à ce type de transferts certains plus réticents ont peur qu'à terme cela dévalorise leur profession.

– Les IBODE (Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'État) ont mis en avant que certains transferts de compétences étaient déjà effectués de façon non officielle dans certains

blocs opératoires, notamment pour la suture de plaies chirurgicales après une opération ou encore l'ablation de broches. Les IBODE ont fait des propositions concernant de nouvelles compétences pour assurer le suivi post-opératoire (visites médicales, pansements...) et les chirurgiens interrogés ne sont pas fermés à ce type de propositions.

Dans la dernière partie de son rapport, le professeur Berland apporte des pistes de réflexions sur le futur développement de la coopération entre professionnels de santé. Il fonde sa réflexion sur 2 axes :

- le premier est le développement de nouvelles compétences pour des infirmiers au sein d'une spécialité déjà existante (les IBODE par exemple)
- le deuxième axe, est le développement de nouvelles compétences au sein d'un nouveau métier certifié par un diplôme reconnu au niveau national (ce qui fera l'objet d'une section dans le chapitre 2 du titre 2)

Il met en avant de façon importante que même si l'expérience est primordiale, la formation est elle essentielle pour pouvoir se permettre de transférer des compétences entre professionnels de santé. Il veut également que ça soit le médecin qui garde la responsabilité des actes transférés ainsi que la responsabilité de la prescription. Il fait valoir le fait que les décrets d'actes, au niveau paramédical, et intégrés au CSP sont obsolètes, et ne sont pas mis à jour assez rapidement. Il est pour une définition juridique des soins infirmiers par mission et non à partir d'actes précis. Nous développerons ce dernier point qui a fait largement polémique dans le chapitre 2.

Après avoir détaillé et présenté les rapports Berland à l'origine du concept de coopération entre professionnels de santé, nous allons dans une section 2 décrire le cheminement des pouvoirs publics entre le rapport Berland et la loi HPST.

Section 2 : Coopération entre professionnels de santé, du rapport Berland à la loi HPST.

Suite au rapport Berland et à ses recommandations, la loi du 9 août 2004 relative aux

politiques de santé publique introduit la possibilité d'expérimentation de coopération entre professionnels de santé et de transfert de compétences. A son article 131 la loi déclare : « des expérimentations relatives à la coopération entre professionnels de santé et aux possibilités de transfert de compétences entre professions médicales et d'autres professions de santé peuvent être prévues par dérogations (...), par arrêté du ministre chargé de la santé. Cet arrêté fixe les modalités précises de ces expérimentations, et notamment la nature et la liste des actes, la durée de l'expérimentation ; les établissements et services qui en sont chargés, les conditions de mise en œuvre, ainsi que les modalités de son évaluation ».

Phillipe Douste Blazy signe un premier arrêté le 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé. Cet arrêté déclare à son article premier : « des expérimentations prévues à l'article 131 de la loi du 9 août 2004 susvisée sont autorisées ». Dans ce premier arrêté les expérimentations autorisées seront au nombre de cinq, dont deux qui concernent les médecins et infirmiers. Ce sont les professionnels eux mêmes qui feront l'évaluation de l'expérimentation à partir d'indicateurs et d'objectifs prédéfinis. Un autre arrêté datant du 30 mars 2006 émis par Xavier Bertrand est venu compléter le premier arrêté en rajoutant dix nouvelles expérimentations dont sept concernaient des infirmiers diplômés d'état (nous détaillerons ces expérimentations dans la section suivante). Progressivement la HAS (Haute Autorité de Santé) s'est vue naturellement attribuée un rôle de conseil scientifique et même juridique, en ce qui concerne les coopérations entre professionnels de santé. La HAS a été créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Composée de différents experts dont de nombreux médecins, la HAS, a deux finalités principales : elle doit à la fois améliorer l'évaluation de l'utilité médicale des produits et actes médicaux pris en charge par l'assurance maladie et, promouvoir le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et des assurés sociaux. Une de ses missions est de développer la concertation et la collaboration avec les acteurs du système de santé en France et à l'étranger. C'est dans le cadre de ces missions qu'en 2006, le ministre de la santé de l'époque, Mr Xavier Bertrand, a confié une mission à la HAS : celle « d'élaborer une recommandation visant à clarifier les conditions de la collaboration des professionnels de santé et à identifier les évolutions qui pourraient la faciliter, afin de préserver, voire d'améliorer, la qualité des soins pour les patients ».

La HAS fera des études qualitatives et quantitatives sur les différentes expérimentations et donnera un avis en lien avec les résultats de ces dernières. Mais un tournant important va avoir lieu avec la loi dite HPST (portant réforme de l'hôpital, et relative aux patients, à la santé et aux territoires) de juillet 2009, qui dans son article 51 va donner une autre dimension à la coopération entre professionnels de santé, une dimension plus régionale, plus dynamique.

Ce sont les ARS (Agences Régionales de Santé) nouvellement créées qui vont se voir attribuées la responsabilité de ces coopérations avec comme partenaire la HAS. La HAS pourra même étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. L'article 51 déclare : « les professionnels de santé soumettent à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. L'agence vérifie que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional puis les soumet à la Haute Autorité de Santé. Ces protocoles précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés. Le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté pris après avis conforme de la Haute Autorité de Santé. La Haute Autorité de Santé peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. Dans ce cas, le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté. Il informe la Haute Autorité de Santé de sa décision. Les protocoles de coopération étendus sont intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé selon des modalités définies par voie réglementaire ». Cet article sera intégré au code de la santé publique à l'article L4011-2.

Suite à la loi HPST, La HAS a reçu depuis fin 2010, 39 demandes de mise en place de protocoles, elle en a validé scientifiquement 11 d'entre eux mais seulement 6 ont fait l'objet d'un arrêté d'autorisation par le directeur de l'ARS concernée⁴⁷.

Concernant les protocoles nationaux qui peuvent être mis en œuvre par la HAS, un décret du 11 octobre 2010⁴⁸ permet d'intégrer les protocoles de coopération étendus, au développement professionnel continu et à la formation initiale des professionnels de santé. Après avis des commissions scientifiques indépendantes des professionnels de santé concernés et arrêté du ministre de la santé, un protocole étendu au préalable par la HAS pourra devenir une véritable compétence reconnue par les textes pour l'ensemble d'une profession sur le territoire, ce qui est loin d'être négligeable. Les ARS en partenariat avec la HAS ont donc des outils en leur possession pour pouvoir remédier aux glissements de compétences. Mais à ce jour il n'existe pas de protocoles nationaux ou de protocoles étendus mis en place pour une profession donnée.

Après avoir décrit et présenté dans un chapitre 1, la réflexion d'experts avisés sur la coopération entre professionnels de santé et l'évolution de l'encadrement juridique de cette

⁴⁷Ministère des affaires sociales et de la santé, «Coopération entre professionnels de santé, bilan et perspectives, ou en est-on aujourd'hui », 13 avril 2012, disponible en ligne sur : www.sante.gouv.fr

⁴⁸Décret n°2010-1204 du 11 octobre 2010, publié au JO le 10 octobre 2010, page 18409

dernière, entre 2002 et aujourd'hui, nous allons détailler dans un chapitre 2, les différentes expérimentations qui ont concerné les infirmiers. Nous verrons également dans une section 2, si ces expérimentations répondent réellement aux problématiques de dépassement de compétences dont font faces les infirmiers au quotidien.

Chapitre 2: Coopération entre professionnels de santé : des ambitions qui peinent à éclore.

Ce chapitre va nous permettre de rentrer plus en détail dans les différentes expérimentations sur les coopérations entre infirmiers et médecins qui ont donné lieu à des analyses poussées par la HAS. Nous ferons aussi une analyse critique de ces expérimentations en lien avec les études présentées précédemment sur les dépassements de compétences des infirmiers.

Section 1: Les différents protocoles de coopération entre professionnels de santé qui ont été développés.

Dans cette section, nous allons présenter les conclusions de la HAS sur certaines expérimentations autorisées par les arrêtés du 13 décembre 2004 et du 30 mars 2006 (voir plus haut), qui concernent en premier lieu les infirmiers. Conclusions effectuées à partir des évaluations faites par les professionnels de santé sur leur pratique de terrain. Mais avant de détailler ces expériences, présentons les modalités relatives à la procédure applicable aux protocoles de coopération. C'est l'arrêté du 28 mars 2012⁴⁹ qui fixe le cadre de cette procédure. A son article premier il déclare : « les professionnels de santé qui souhaitent soumettre un protocole de coopération à l'agence régionale de santé adressent préalablement une lettre d'intention au directeur général de l'agence régionale de santé dans laquelle ils précisent l'objet et la nature de la coopération qu'ils entendent engager. Le directeur général de l'agence régional de santé les informe des suites qui seront réservées à leur projet. Ils soumettent alors un protocole de coopération à l'agence régionale de santé, en application de l'article L.4011-2 du code de la santé publique et renseignent un modèle type de protocole élaboré par la Haute Autorité de Santé ». On voit bien ici que même si se sont les

⁴⁹Arrêté du 28 mars 2012, JO du 13 avril 2012, page 6806

professionnels qui impulsent la démarche vis à vis du développement d'une procédure de protocole de coopération, c'est bien l'ARS qui décide ou non de la valider et de la développer au niveau régional. Sans un accord de l'ARS, les pratiques de soins mises en place seraient alors considérées comme des glissements de compétences sortant du cadre légal. Dans la suite de l'article 1, on peut lire également ce qui suit : « L'agence régionale de santé s'assure que le protocole de coopération déposé est complet. Elle vérifie qu'il répond à un besoin de santé régional, qu'il concerne des professions de santé, et qu'il comporte de actes professionnels dérogeant aux règles figurant dans le code de la santé publique ». L'article premier est clair, il faut bien que les expérimentations portent sur des pratiques qui ne rentrent pas dans les compétences propres des professionnels engagées pour que l'expérimentation soit validée par l'ARS. Nous sommes bien ici dans le développement de nouvelles compétences ou dans la validation de pratiques quotidiennes de soins non réglementaires. S'agissant de l'analyse des besoins de santé sur la région faite par l'ARS : Peut on considérer que de rendre légal une pratique de soins qui n'était pas réglementaire, peut elle rentrer dans le cadre de la satisfaction d'un besoin de santé ? Si on considère que cette avancée permettra une meilleure prise en charge du patient, on peut alors affirmer que cela va dans le sens d'une satisfaction d'un besoin de santé.

Nous allons nous intéresser maintenant de façon concrète aux expérimentations autorisées par les arrêtés de 2004 et 2006. Nous allons en présenter certaines qui concernent les infirmiers, détailler leurs objectifs, ainsi que présenter les résultats de ces études. L'analyse de ces expérimentations a été effectuée par la Haute Autorité de Santé⁵⁰ après que les professionnels de santé aient respecté le cahier des charges imposé par l'ARS dont ils dépendent et la HAS⁵¹. La première expérimentation que nous allons analyser a été autorisée par l'arrêté du 13 décembre 2004 et reconduite par l'arrêté du 30 mars 2006. Elle concernait la prise en charge par des infirmiers et des médecins de patients dialysés au Centre Hospitalier de Lisieux, patients qui présentaient une insuffisance rénale partielle ou définitive. L'arrêté de 2004 a posé les modalités de cette expérimentation : l'infirmier se voyait confié l'évaluation de l'état clinique du patient, il pouvait poser un diagnostic, ainsi que prescrire des examens médicaux complémentaires. Il avait également la possibilité d'effectuer des renouvellements de

⁵⁰Haute Autorité de Santé, « Nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, rapport de synthèses des évaluations quantitatives et recueil de l'avis du malade », juin 2008, disponible en ligne sur : www.has-sante.fr

⁵¹Haute Autorité de Santé, « coopération entre professionnels de santé, mode d'emploi », avril 2012, disponible en ligne sur : www.has-sante.fr

prescriptions. L'infirmier était donc beaucoup plus impliqué dans le suivi des patients dialysés, il devait également délivrer des informations aux patients par rapport à la prise en charge de leurs pathologies et de leurs traitements. L'arrêté conditionnait le début de l'étude à l'établissement d'un protocole médical qui décrivait les rôles de l'infirmier. L'étude avait comme objectif d'observer si l'implication de l'infirmier permettait de libérer du temps médical et de réduire le temps d'attente pour obtenir une consultation. Et, si cette implication avait une efficacité comparable à l'implication du médecin, tout cela en garantissant la sécurité du patient. L'étude s'est déroulée sur 30 mois lors de 4 phases consécutives. Les infirmiers ont démarré l'expérimentation en phase 2 après qu'un recueil d'information ait été effectué au préalable en phase une, pendant 12 mois. La phase 3 devait être une phase où le fonctionnement du service redevenait normal, les infirmiers reprenant leur rôle habituel hors expérimentation. Cette phase 3 était située entre la fin de l'expérimentation du premier arrêté et la reconduite par le second arrêté de cette expérience. Mais une chose intéressante a été observée : suite à la phase 2 et au développement d'un réel référent infirmier en hémodialyse avec des compétences accrues, le fonctionnement du service en phase 3 n'a pu revenir à la normal, du fait de l'apport positif d'un référent paramédical dans l'équipe de soins. S'agissant des résultats de l'étude vis à vis de la prise en charge des patients, elle était basée sur différents paramètres physiques et biologiques de malades traités souvent lors des différentes phases de l'étude. Les résultats sont significatifs : entre la première phase, où le service fonctionnait normalement, et la quatrième phase où l'expérimentation était reconduite une seconde fois, il y eu une nette amélioration de la prise en charge et du suivi du patient. Le pourcentage de résultats biologiques et de paramètres physiques dans les normes a augmenté pour certains de façon importante entre les différentes phases. A titre d'exemple, le pourcentage du taux d'hémoglobine dans les normes en phase une, était de 51%, il était de 82% en phase 4. Nous pouvons donc ici, observer que le développement d'infirmiers référents spécialisés a permis d'améliorer considérablement la prise en charge des patients, en améliorant tout simplement le suivi de ces derniers.

La seconde expérimentation que nous allons détailler dans cette section, porte sur la participation d'infirmiers de santé publique dans des cabinets de médecine générale, pour les suivis des malades diabétiques de type 2. Nous nous pencherons sur les résultats de la prise en charge des patients diabétiques par les infirmières et les coûts financiers que cela a entraîné pour les CPAM (Caisses Primaires d'Assurance Maladie). Ce dispositif a été mis en place sur 3 cabinets de médecins généralistes en juin 2004 puis s'est développé dans plusieurs autres cabinets jusqu'en mai 2007. Cette étude a touché plus de 700 patients encadrés par 8

infirmiers. L'infirmier avait deux rôles bien précis : développer un suivi administratif complet sur les patients atteints de diabète de type 2, en regroupant toute les données disponibles, et surtout l'infirmier devait accueillir les malades et effectuer des consultations d'éducation thérapeutique pour permettre un meilleur suivi de leur pathologie. Une enquête a été effectuée par les caisses du régime général de la sécurité sociale et du régime agricole (CPAM et MSA) de la région concernée sur les résultats de cette étude en terme d'efficacité et de coût. Cela portait sur le taux de réalisation d'examens complémentaires conformément aux recommandations de la HAS et le coût que cela engendrait. Les caisses de la sécurité sociale avaient comparé les patients suivis par les infirmières et un échantillon de patients témoins atteints de diabète de type 2 qui prenaient au moins un anti diabétique oral. En terme de qualité et d'efficacité, la différence était impressionnante : il y avait beaucoup plus d'examens complémentaires réalisés par le groupe suivi par les infirmières que par le groupe témoin. A titre d'exemple, le suivi biologique de la glycémie par des examens complémentaires était de 62% pour le groupe des infirmiers, contre 44% pour le groupe témoin. Idem pour les analyses biologiques, concernant la fonction rénale et le niveau normal de filtration du rein : 62% des patients suivis par les infirmiers avaient effectué au moins une micro-albuminurie (recherche de protéines qui devraient être retenues par le rein, mais qui sont libérées dans les urines en grosse quantité en cas de dysfonctionnement du rein) contre 22% chez les patients témoins. Au sujet du coût de la prise en charge du diabète (coût liés aux facteurs de risque et aux complications), on aurait pu croire que les frais auraient été plus élevés dans le groupe de patient pris en charge par les infirmiers, du fait même du nombre plus important d'examens complémentaires réalisés mais, le coût total calculé par les caisses d'assurance maladie a été sensiblement le même pour les deux groupes. Les dépenses d'hospitalisation ont été beaucoup moins importantes dans le groupe de suivi des infirmiers, ce qui prouve l'efficacité de la nouvelle démarche de prise en charge des patients diabétiques qui a été mise en place.

Pour terminer cette section, nous allons mettre en avant une troisième expérimentation, celle concernant l'entretien pré don du sang effectué par l'EFS (Établissement Français du Sang), défini par l'arrêté de 2006 relatif aux coopérations entre professionnels de santé. Cet entretien et cet examen méthodique sont effectués par un médecin avant tout prélèvement sanguin sur un donneur volontaire et en vue de la distribution de produits sanguins labiles pour des patients sur tout le territoire. Cet entretien détermine si le patient par rapport à son état de santé, à ses antécédents médicaux ou encore à ses conduites à risques, pourra ou non donner son sang. Dans cette expérience qui a été découpée en plusieurs phases, des infirmiers effectuaient des entretiens tout d'abord en présence du médecin puis seuls, décidant par eux

même s'il fallait ou non accepter le donneur volontaire. Et les résultats sont ici aussi éloquents : dans 99% des cas les IDE n'ont pas eu à recourir à un médecin lors de l'entretien, et le taux de concordance entre les décisions des médecins et celle des infirmiers approchait les 97%. Dans seulement 3 % des cas il y avait une discordance entre la décision du médecin et celle de l'infirmier, l'un donnant une contre indication au don, tandis que l'autre validait le don. L'élément majeur de cette discordance venait du fait que l'infirmier était plus strict et mettait plus facilement en avant le principe de précaution pour refuser certains dons. Dans seulement 0,2% des cas, l'infirmier a effectué un mauvais examen, ne décelant pas certains problèmes chez le patient, qui aurait pu être une cause d'ajournement du don. Cette expérimentation a pu mettre en avant le fait que parfois les compétences de certains professionnels pouvaient être mieux utilisées ou développées sans entraîner une perte de qualité dans la prise en charge du patient.

Un Chemin important a été effectué au niveau législatif depuis le rapport Berland de 2003, qui pointait les risques des glissements de compétences et cherchait à résoudre les problèmes démographiques et financiers qui touchaient le système de santé, en voulant développer la coopération entre professionnels. Comme nous l'avons vu dans cette section, les expérimentations ont été pour la plupart plus que concluantes, montrant le bénéfice en matière sanitaire et économique du développement de nouvelles compétences pour les professionnels infirmiers. Mais comme nous allons le voir dans une section 2, même si l'arsenal juridique s'est ostensiblement développé en matière de coopération sanitaire, les infirmiers sont toujours contraints dans de nombreux cas de dépasser leurs compétences. Nous essaierons de comprendre les blocages qui ne permettent pas de développer un arsenal juridique qui mettrait l'infirmier à l'abri de poursuites devant les juridictions pénale, civile ou administrative. Nous essaierons également de savoir si l'arsenal juridique actuel est utilisé de façon optimale.

Section 2 : Des protocoles de coopération, pas à la hauteur des problématiques dont font face les infirmiers ?

Comme nous l'avons vu plus en amont dans ce mémoire, à la fois dans l'étude que nous avons effectué et celle réalisée par la CFDT santé, les glissements de compétences entre infirmiers et

médecins dans certains secteurs sont en constante progression, en lien avec la dégradation des conditions de travail et le sous effectif. Nous avons présenté également les dispositions juridiques prises par les différents gouvernements sur les coopérations entre professionnels de santé pour palier aux difficultés démographiques et économiques qui touchent le milieu de la santé. L'idée était de revoir les compétences de certains professionnels pour éviter que des patients dans certaines régions ne puissent accéder à certains soins et pour libérer du temps médical, alors que le nombre de médecins va en diminuant. L'idée sous-jacente était également de valider des pratiques de soins récurrentes et efficaces mais non conformes au CSP. C'est dans ce cadre là que l'article 51 de la loi HPST a été créé, article qui permet sous le contrôle des ARS et de la HAS et par l'initiative des professionnels eux mêmes, d'impulser des protocoles de coopération entre professionnels de santé. Mais, ce processus engagé depuis le rapport Berland en 2003 et renforcé par la loi HPST a fait face à de nombreuses interrogations, certains trouvant qu'il n'allait pas assez loin, d'autres voyant ces nouveaux protocoles comme une remise en cause de leur profession. La réflexion engagée par ce mémoire était tout d'abord de faire un état des lieux des glissements de compétences et d'en chercher les causes et les conséquences. On cherchait également à savoir si ces glissements de compétences pouvaient obtenir un cadre légal dans une démarche de formation, en adéquation avec la volonté des professionnels de santé et du législateur. Tout cela, pour permettre aux professionnels infirmiers de sortir de cette insécurité juridique, qui ne les mettait pas à l'abri de voir leur responsabilité engagée en cas de contentieux lié à un dommage. La loi HPST a partiellement répondu à cette problématique par la possibilité pour un protocole de coopération régionale d'être étendu au niveau national et donc d'être intégré aux différents cursus de formations des professionnels de santé. Mais on peut quand même soulever différentes critiques :

– Le bilan des protocoles de coopération est mitigé⁵². Ce ne sont pas les résultats de ces expérimentations qui sont à remettre en cause car ils montrent clairement que les coopérations entre professionnels de santé pour les domaines étudiés, améliorent la qualité de la prise en charge du patient, sans augmenter automatiquement les coûts. Ce qui pose problème c'est que le nombre de protocoles validés est insuffisant. Et, la procédure de mise en place de ces derniers est encore trop complexe. Depuis fin 2010 seulement, 6 protocoles ont reçu un avis favorable par le directeur général des ARS concernées et cela sur 5 régions. Il faut bien sur

⁵²Ministère des affaires sociales et de la santé, «Coopération entre professionnels de santé, bilan et perspectives, ou en est-on aujourd'hui », 13 avril 2012, disponible en ligne sur : www.sante.gouv.fr

prendre en compte les 15 autres protocoles qui avaient été mis en place par les arrêtés de 2003 et 2006. Mais cela reste insuffisant en sachant qu'aucun protocole régional n'a été étendu sur le plan national. Ces protocoles, même s'ils valident certaines pratiques qui étaient déjà en place et pouvaient s'apparenter à des glissements de compétences (consultations par des infirmières, soins sans prescriptions....), ne se focalisent que sur certaines pathologies, dans certaines disciplines ou dans certains services qui restent très marginaux. On ne peut pas actuellement considérer que cette procédure améliorée par la loi HPST, répond complètement au défi de réduire les dépassements de compétences dont font face certains professionnels de santé.

– L'article 51 de la loi HPST fait face également à des problématique plus techniques⁵³. Elle sont de plusieurs ordres. C'était de savoir tout d'abord, quel mode de rémunérations allait engendrer ces nouvelles compétences mais aussi comment elles allaient s'articuler avec les instituts de formations en soins infirmiers, en cas de protocole étendu par la HAS. C'était également de savoir en terme légal, comment instituer des règles vis à vis des prescriptions et des consultations réalisées par des infirmiers et, de comprendre comment le remboursement par l'assurance maladie allait se réaliser. Pour terminer une problématique se pose, en terme de responsabilité avec l'obligatoire nécessité de faire évoluer les conditions d'assurance couvrant les professionnels concernés.

Des critiques ont également été soulevées par certains professionnels, les plus virulentes sont venues de certaines organisations de professionnels de santé libéraux, impulsées par le CNPS (Centre National des Professionnels de Santé) qui appelait tout simplement à un gel des protocoles en cours et à une révision de l'article 51 de la loi HPST. Le CNPS est une structure de représentation syndicale des professionnels libéraux de santé. Son président est un médecin et son bureau est composé entre autre de chirurgiens dentistes, de médecins, de pharmaciens, de kinésithérapeutes et d'infirmiers libéraux. Le CNPS regroupe de nombreux syndicats comme la confédération des syndicats médicaux français ou encore la confédération nationale infirmiers. La CNPS craignait une modification du périmètre des professions concernées par les expérimentations, et donc, un démantèlement des professions libérales⁵⁴.

⁵³Article du site infirmiers.com, « coopérations interprofessionnelles : bilan modeste », mis à jour le 27 février 2012.

⁵⁴Communiqué du Centre national des professions libérales de santé, « coopérations entre professionnels de santé : le CNPS exige une modification urgente de la loi Bachelot », disponible en ligne sur : www.cnps.fr

Le CNPS critiquait également le fait que pour eux, ces expériences étaient effectuées en « catimini » sans avoir consulté les organisations représentatives des professions concernées. A la décharge des ARS, on pouvait soulever le fait que ces expérimentations comme stipulées par la loi HPST ont comme origine une demande de la part de professionnels de santé et ne sont pas impulsées à la base par les ARS, qui ne font que valider des projets de protocoles. La FNI (Fédération Nationale Infirmiers, syndicat d'infirmiers libéraux) avait également déposé un recours pour excès de pouvoir devant le conseil d'état en demandant l'annulation de l'arrêté du 31 décembre 2009, relatif aux protocoles de coopération entre professionnels de santé. La FNI considérait que ces nouveaux protocoles était une dérive aux pratiques habituelles des professionnels de santé et qu'elle ne garantissait pas la sécurité pour les patients, ni la qualité des soins prodigués⁵⁵.

Comme nous l'avons vu en conclusion du titre 1 de cette première partie, la coopération entre professionnels de santé a été à l'origine de débats et d'oppositions de la part de certains professionnels qui craignaient de perdre leur identité pour des raisons qui leurs semblaient purement économiques. Nous avons vu également que la loi HPST ne réglait que partiellement la problématique des dépassements de compétences dont font face de très nombreuses structures. Nous allons nous attacher dans le titre 2 à détailler les solutions possibles aux glissements de compétences entre médecins et infirmiers. Des solutions à la fois novatrices mais aussi en lien avec des exemples venant d'autres professions de santé et de d'autres pays.

Titre 2 : De nouveaux diplômes, de nouvelles compétences pour faire face aux problématiques actuelles

La dernière partie de ce mémoire sera consacrée à présenter et à détailler les différentes solutions juridiques pour faire face aux risques de dépassements de compétences non encadrées, de la part des infirmiers. Des solutions qui sont existantes ou qui se profilent dans l'avenir. Dans le chapitre 1, nous décrirons la formation et les conditions d'exercice des infirmiers dans les pays étrangers. Dans un chapitre 2, nous verrons quelles sont les pistes de travail pour faire apparaître un nouveau cadre juridique pour les infirmiers en France.

⁵⁵Communiqué de la Fédération nationale infirmière, « Pour que la loi HPST ne devienne pas une loi déprofessionnalisante », disponible en ligne sur : www.fni.fr

Chapitre 1 : Pratique des soins infirmiers dans les pays étrangers : un exemple à suivre ?

Dans ce chapitre nous allons aborder le fonctionnement des soins infirmiers dans les pays étrangers avec deux exemples concrets. Dans une première section nous présenterons la pratique nord américaine des soins infirmiers, qui est considérée comme la plus progressiste et la plus avancée. Dans une seconde section, nous présenterons la pratique de la prescription médicamenteuse par des infirmiers dans certains pays européens comme le Royaume Uni et la Suède.

Section 1 : La formation et les conditions d'exercice des infirmiers aux États-Unis et au Canada.

Nous présenterons en premier lieu le fonctionnement des infirmiers aux USA puis les conditions d'exercice des infirmiers au Canada, plus particulièrement au Québec.

La pratique des soins infirmiers est beaucoup plus développée aux États-Unis qu'en France. Ils ont depuis longtemps intégré la formation infirmière dans un cursus de licence et de master alors que nous, nous en sommes encore aux prémices de l'intégration des soins infirmiers dans notre fonctionnement LMD (Licence, Master, Doctorat). La formation de base d'un infirmier peut se dérouler dans trois lieux distincts⁵⁶ :

– Elle peut se dérouler à l'université avec une formation de 3 à 4 ans avec l'obtention du « bachelor of science degree of nursing ». Cette formation permettra par la suite de se spécialiser sur des diplômes de niveau master que nous détaillerons par la suite. Cette formation est l'apprentissage de base le plus poussé et le plus complet qui existe pour les infirmiers aux États-Unis.

⁵⁶Doutriaux Ségolène, « La formation des infirmières au USA », 13 mars 2009, disponible en ligne sur : www.infirmiers.com

– Elle peut se dérouler également au sein de city college ou de junior college avec l'obtention de « l'associate degree of nursing » (comparable à nos Institut de Formation en Soins Infirmiers). Cette formation se déroule sur 2 à 3 ans.

– Pour terminer, elle peut se dérouler au sein même des hôpitaux, c'est un diplôme délivré par l'hôpital après 2 à 3 ans d'étude. Ce type de formation est rare aux États Unis.

Après avoir suivi une formation infirmière au sein d'une université ou au sein des city college, l'infirmier peut se spécialiser via un master ou un doctorat. C'est ici que la différence avec la France peut apparaître comme la plus importante. Les infirmiers de base après avoir pratiqué pendant quelques années, peuvent se spécialiser dans des formations de pratiques avancées, validées par un master ou un doctorat. Il en existe quatre: les sages femmes (certified nurse midwife), les infirmiers anesthésistes (certified registered nurse anesthetist), les infirmiers praticiens (nurses practitioner) et les infirmiers cliniciens spécialisés (clinical nurse specialist). Nous allons détailler les deux dernières formations que nous venons de citer. Les premiers infirmiers praticiens sont apparus dans les années 1960 aux États-Unis par la validation d'un master^{57 58}. Cette nouvelle profession a été créée pour faire face au déficit de l'offre de soins dans certaines régions ou certains états américains. Le nombre de médecins par habitant étant moindre aux États-Unis qu'en France à ce moment là. Elle a été créée aussi pour apporter les premiers soins aux personnes dans des situations sociales compliquées. Au départ la création de ces deux nouvelles professions a reçu un accueil très négatif de la part des infirmiers et des médecins, les uns refusant de devenir des médecins aux rabais, les autres ayant peur de perdre leur identité. Cette réaction rappelle les réactions des syndicats représentatifs des professions libérales de la santé en France dans ces dernières années, pour s'opposer aux protocoles sur les coopérations entre professionnels de santé. Mais au fil du temps, ces professions se sont intégrées pleinement dans le paysage du système de santé américain. De nombreuses études ont montré que l'apparition de ces nouveaux infirmiers permettait une meilleure prise en charge du patient, une prise en charge plus complète. Le temps d'attente aux urgences s'est par exemple considérablement réduit. Ces nouvelles formations permettaient aussi aux infirmiers de pouvoir évoluer pleinement et d'acquérir de nouvelles compétences, tout cela en ayant une

⁵⁷Article du site infirmiers.com, « qu'est ce que la pratique avancée (advanced practice) ? », mis à jour le 2 août 2011, disponible en ligne sur : www.infirmiers.com

⁵⁸BERLAND Yvon, « la formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner », rapport de la Haute Autorité de Santé, disponible en ligne sur : www.has-sante.fr

reconnaissance à la fois salariale et universitaire. Pour faire apparaître les évolutions qu'apportent ces nouvelles formations et pour faire un lien avec les glissements de compétences en France, nous allons les présenter :

– L'infirmier praticien peut prescrire et interpréter des résultats biologiques, il doit être titulaire d'un master spécialisé. Il en existait 95000 aux États-Unis en 2000. L'infirmier se spécialise dans un des domaines suivant : oncologie, pédiatrie, psychiatrie, cardiologie, néphrologie, endocrinologie...il travaille soit seul, soit en collaboration avec un médecin. Les infirmiers praticiens travaillent surtout dans les structures de santé primaire mais aussi dans les cabinets médicaux où ils développent la prévention, l'éducation thérapeutique ou encore le dépistage des maladies chroniques. Ils travaillent également dans les services d'urgence. Une étude d'une association de médecine en Amérique en 2000, a prouvé que la qualité de la prise en charge des patients par ces infirmiers ou par un médecin était la même⁵⁹. Cette enquête a été réalisée sur plusieurs mois en étudiant la satisfaction des patients, ainsi que leur évolution pathologique (hospitalisation...). Cette étude rejoint les enquêtes réalisées par la HAS sur les différents protocoles de coopération en France qui montrent que la spécialisation de certains infirmiers permet une meilleure prise en charge du patient.

– L'infirmier clinicien spécialisé, a un niveau allant du master universitaire au doctorat. C'est un infirmier qui se spécialise soit dans l'encadrement, soit dans la recherche, ou encore dans la formation. Mais il peut également avoir les mêmes prérogatives que l'infirmier praticien dans le domaine de l'éducation thérapeutique entre autre.

Au Canada les infirmiers cliniciens et praticiens existent et sont reconnus depuis les années 1970 mais pas de façon uniforme sur tout le territoire par rapport à la formation et aux compétences⁶⁰. En 2000 et dans le cadre du « fond pour l'adaptation des soins de santé primaire », le gouvernement canadien a voulu intégrer pleinement les infirmiers praticiens dans leur système de santé et de façon homogène sur tout le territoire. Il a été créé un projet dénommé « l'initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens » géré par l'association des infirmiers et infirmières du Canada et financé par l'état canadien. Les

⁵⁹Enquête de l'association américaine de médecine, « Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians », 5 janvier 2000, disponible en ligne sur : <http://jama.jamanetwork.com/>

⁶⁰BERLAND Yvon, « la formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner », rapport de la Haute Autorité de Santé, disponible en ligne sur : www.has-sante.fr

recommandations et conclusions de ce projet sont très représentatives du rôle de l'infirmier praticien dans sa globalité et peuvent être sans doute rattachées à de nombreux systèmes de santé occidentaux, ou en tout cas utilisées par ces derniers.

Les conclusions de cette étude déclarent donc que l'infirmier praticien permet non pas de créer une nouvelle profession médicale mais permet à l'infirmier de devenir expert dans un domaine, de pouvoir faire face à des situations sanitaires plus complexes tout cela pour permettre une meilleure approche du malade, et donc une meilleure prise en charge de ce dernier. Cet infirmier doit être reconnu par un diplôme de niveau master, identique sur tout le territoire. La rémunération ainsi que les responsabilités qui incombent à l'infirmier doivent être en rapport avec ses nouvelles compétences. L'infirmier doit pouvoir travailler en totale autonomie tout en ne négligeant pas la collaboration avec un médecin. Ses compétences sont très variées : elles vont de la prescription, au diagnostic, en passant par la promotion et la prévention des maladies chroniques, des blessures....la formation doit être définie par un cadre légal national clair, et une sensibilisation des citoyens doit être effectuée pour que les futurs patients appréhendent mieux cette nouvelle formation.

Pour conclure cette section, nous citerons le conseil international des infirmiers qui déclare « une infirmière praticienne est une infirmière diplômée, certifiée, qui a acquis la base de connaissances d'un expert, la capacité à prendre des décisions complexes et à démontrer des compétences cliniques adéquates pour la pratique avancée, pratique qui est déterminée par le contexte dans lequel elle exerce. Un master est recommandé pour rentrer dans cette profession ». Le conseil international des infirmiers a répertorié plus de 10 pays dans le monde qui ont homologué des diplômes officiels d'infirmiers praticiens⁶¹.

Comme nous l'avons vu dans cette section, de nombreux pays depuis de plusieurs années ont fait évoluer la pratique des soins infirmiers pour répondre à de nombreuses problématiques. Ces nouveaux diplômes pourraient être une des réponses aux glissements de compétences ainsi qu'aux problèmes de démographie médicale que rencontre la France. Nous verrons cela dans un chapitre 2. Mais tout d'abord dans une section 2, nous allons aborder le sujet de la prescription médicale, sujet au centre des dépassements de compétences. Nous détaillerons l'approche qui est faite par l'Angleterre et la Suède où les infirmiers ont la possibilité de prescrire dans certains cas.

⁶¹BERLAND Yvon, « la formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner », rapport de la Haute Autorité de Santé, disponible en ligne sur : www.has-sante.fr

Section 2 : Les règles qui régissent le droit à la prescription en Angleterre et en Suède.

Comme nous l'avons vu plus en amont dans ce mémoire, les infirmiers en France ont le droit dans une certaine mesure de prescrire pour leur patient, des dispositifs médicaux non médicamenteux, lorsqu'ils agissent dans la durée d'une prescription médicale, d'une série d'actes infirmiers⁶². Cela s'adresse principalement aux infirmiers libéraux et ne concerne que certains dispositifs (matériels de perfusions, pansements...). Mais, on a constaté également que de nombreux infirmiers effectuaient des soins sans prescriptions médicales, soins utilisant des médicaments. Nous avons voulu savoir comment fonctionnait le mécanisme de prescriptions élargies pour les infirmiers, dans certains pays européens comme le Royaume Uni et la Suède. Une étude de l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé) nous éclaire sur le sujet⁶³. On peut donc observer qu'au Royaume-Uni la prescription infirmière est beaucoup plus développée qu'en France. Dans plusieurs situations l'infirmier a le droit de prescrire des dispositifs médicaux mais également des médicaments. Décrivons les principales modalités de ces prescriptions infirmières :

– Certains infirmiers peuvent de façon indépendante prescrire des produits de santé : il s'agit comme en France des infirmiers à domicile qui peuvent prescrire une série de dispositifs médicaux (dont la liste est définie par l'état). Cette situation n'a rien d'exceptionnelle pour nous car en France la formation pour ce type de soins est intégrée au cursus de base de l'infirmier. La seconde situation est beaucoup plus novatrice pour nous : certains infirmiers qui ont passé une formation spécifique supplémentaire de 6 mois, peuvent prescrire une liste d'environ 180 produits médicamenteux (antibiotiques, antalgiques, vaccins, pilules, corticoïdes...) et cela dans le cadre de 80 pathologies précises rencontrées (gastro-entérites, crises d'asthme, soins palliatifs...). Nous pouvons voir ici le bénéfice qu'aurait ce type de procédure en France pour attribuer un cadre légal aux dépassements de compétences. Tout cela, sécurisé bien sur par au préalable, une formation obligatoire définie par les pouvoirs publics.

⁶²Arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire

⁶³Étude de l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé), « la participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec », juin 2005, disponible en ligne sur : www.irdes.fr

– Deux autres possibilités de prescription pour les infirmiers sont elles plus encadrées et donc moins autonomes : dans le premier cas, après accord des professionnels concernés et du patient, et établissement d'un protocole, l'infirmier peut prescrire ou adapter un traitement d'un malade atteint d'une pathologie chronique entre deux consultations du médecin référent. L'infirmier s'appuie alors sur une liste de médicaments préalablement définie. Dans le second cas, l'infirmier pourra prescrire, délivrer et administrer, après mise en place d'un protocole médical, certains médicaments tels que des vaccins. Ces prescriptions seront destinées à un groupe de patients. Et le protocole en plus d'être validé par un professionnel médical, doit être validé également par l'autorité de santé locale (dans ce cas là ça serait les ARS en France).

L'IRDES avance deux types d'études, une montrant l'augmentation du nombre d'infirmiers prescripteurs : il y avait 13761 nouveaux prescripteurs infirmiers enregistrés entre 2003 et 2004 pour un total de 33553 infirmiers prescripteurs sur tout le territoire du Royaume-Uni. Une autre étude montre une satisfaction de ces nouveaux procédés de la part des infirmiers et des patients concernés.

Face à des soucis économiques et une pénurie de médecins, la Suède a également en 1994 autorisait la prescription infirmière de façon très réglementée. L'infirmier doit suivre une formation de huit semaines qui l'autorisera à pouvoir prescrire 15 catégories de médicaments différents. Plus de 6000 infirmiers ont passé la formation en 1998 et ont donc eu le droit de prescrire. L'agence suédoise de produits médicamenteux définit cinq principes pour sécuriser la prescription infirmière et éviter les dérives :

« 1. les indications doivent concerner les soins infirmiers et non les demandes d'examen en laboratoire. 2. les produits doivent avoir été approuvés et utilisés depuis au moins deux ans. 3. la prescription doit exclusivement concerner les indications présentes sur la liste et être mise en œuvre par une infirmière qualifiée comme telle. 4. la liste doit être révisée annuellement. 5. les règles relatives à la documentation et à la responsabilité doivent être les mêmes que pour les médecins ».

Comme nous l'avons vu dans ce chapitre, de nombreux pays occidentaux pour diverses raisons ont fait évoluer les compétences des infirmiers. Évolutions qui se sont faites par l'obtention de nouveaux diplômes ou par la validation de nouvelles formations. Tout cela dans un souci de sécurité pour le patient. Les études menées sur le sujet comme celles conduites sur les protocoles de coopérations en France ont donné des résultats très encourageants, montrant que la prise en charge du patient n'était pas affectée par ces nouveaux fonctionnements. Dans

le chapitre 2, dernier chapitre de ce mémoire, nous allons étudier les évolutions juridiques possibles ou en cours, qui permettent en France de trouver des solutions durables aux dépassements de compétences des infirmiers.

Chapitre 2 : Des solutions juridiques pérennes pour faire face aux glissements de compétences entre infirmiers et médecins

Dans ce dernier chapitre, nous verrons tout d'abord dans une première section, dans quelle mesure le cadre légal de compétences des infirmiers peut évoluer pour permettre une meilleure protection juridique de ces derniers. Dans un chapitre 2, nous étudierons la possibilité du développement de nouveaux métiers, en lien avec la pratique paramédicale.

Section 1 : Un nouveau cadre légal pour les infirmiers, pour un meilleur encadrement des dépassements de compétences

En France, comme nous l'avons vu plus en amont dans le mémoire, le cadre légal des infirmiers est défini par une liste d'actes précis que l'infirmier peut réaliser, soit de façon autonome, soit après rédaction d'une prescription ou d'un protocole médical. Cette liste d'actes, établie par décret, est intégrée au code de la santé publique. Le rapport Berland avait déjà en 2003 remis en cause, ce type de réglementations, considérant que la liste d'actes était obsolète et pas assez remise à jour. Des critiques avaient émané également sur le fait que cette liste d'actes pouvait être modifiée par décret en conseil d'état, mais que la procédure était trop lourde pour que les modifications soient en lien avec les avancées des pratiques sur le terrain. L'étude que nous avons effectué, montre que l'infirmier dans sa pratique quotidienne du soin à tendance de façon régulière, à dépasser son cadre de compétences. Néanmoins, c'est cette codification qui fait foi en cas de contentieux médical.

Nous avons pu également observer que certaines professions médicales fonctionnaient non pas dans une logique d'actes mais plutôt dans une logique de missions, comme c'est le cas pour les sages femmes et pour les chirurgiens dentistes⁶⁴. Pour les sages femmes, leur cadre

⁶⁴Rapport de la Haute Autorité de Santé, « Les nouvelles formes de coopérations entre professionnels de santé : les aspects juridiques », disponible en ligne sur : www.has-sante.fr

légal est basé sur des missions centrées sur leur cœur de métier. Certaines de leurs qualifications sont définies à partir d'une liste d'actes (article R.4127-318 CSP) mais cela n'est pas limitatif. Comme l'indique l'article R.4127-313 du code de la santé publique, les sages femmes sont surtout limitées par leur formation, par leurs qualifications mais pas exclusivement par des actes précis et codifiés. Cet article déclare : «dans l'exercice de sa profession, la sage-femme ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, effectuer des actes ou donner des soins, ni formuler des prescriptions dans les domaines qui débordent sa compétence professionnelle ou dépassent ses possibilités». Les limites de leurs qualifications entraînent pour certains soins l'obligation de faire intervenir un médecin. Ce type de définition par missions permet de centrer la pratique du professionnel sur ses compétences, sur sa formation et d'éviter que celui-ci se mette dans des situations illégales pour certains soins, alors même que ses compétences dans le domaine sont acquises et reconnues.

Cette codification par décret d'actes pour les infirmiers est propre au système français alors que d'autres pays étrangers ont fait évoluer la législation en matière de soins infirmiers⁶⁵. Nous allons détailler succinctement la cadre légal d'exercice des infirmiers dans certains pays étrangers :

– En Allemagne, c'est le médecin qui décide ou non de déléguer certains actes à l'infirmier. Les soins sont alors réalisés, à la fois, sous la responsabilité du médecin et sous la responsabilité de l'infirmier qui accepte de réaliser l'acte en fonction de ses qualifications. Les infirmiers se battent pour avoir un cadre légal d'exercice plus précis et cela commence à évoluer (la formation continue s'est développée, un diplôme master est apparu...).

– En Italie et en Suède il ont abandonné la définition juridique de la profession d'infirmier à partir d'actes précis. Il se sont centrés sur une définition de la profession à partir de la formation du professionnel (qu'elle soit basique ou spécialisée) et de son domaine de compétences lié à sa pratique du terrain.

– Au Royaume-Uni , il n'y a jamais eu de textes juridiques détaillant une liste d'actes pour les infirmiers. Comme nous l'avons vu plus haut, la spécialisation vers le domaine médical avec la possibilité de prescrire est ouverte, aux seuls infirmiers ayant obtenu un

⁶⁵Étude de l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé), « la participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec », juin 2005, disponible en ligne sur : www.irdes.fr

certificat dans ce domaine.

– L'exemple du Québec et de l'Ontario est sans doute le plus intéressant. Ont été définis des actes que peuvent effectuer certains groupes de professionnels, en fonction de la gravité que cela peut impliquer pour le patient. Les actes sont actualisés et redéfinis de façon régulière pour coller aux exigences du terrain et pour être en lien avec la formation de chaque professionnel.

En France en 2008 et en 2009, la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins)⁶⁶ puis les directeurs généraux des Centres hospitaliers⁶⁷ avaient demandé l'évolution du cadre d'exercice des infirmiers pour permettre l'apparition de nouveaux métiers. Il ont cherché à faire évoluer le décret d'actes en un arrêté qui pourrait être plus facilement modifiable et qui se bornerait à établir les missions qui incombent aux infirmiers plutôt que d'établir une liste d'actes précis. A la suite de ces propositions, il y a eu une levée de bouclier de toute la profession infirmière qui voyait derrière ces modifications, une logique financière, et qui craignait de perdre une partie de ses compétences au profit de nouvelles professions sous formées. Le ministre de la santé de l'époque tranchera finalement pour le maintien du décret d'actes infirmiers en conseil d'état, même si par la suite certaines nouvelles professions verront quand même le jour comme l'assistant de soins en gérontologie (profession ouverte aux aides soignants et aides médico psychologiques sous la responsabilité d'un professionnel paramédical ou d'un travailleur social⁶⁸). Nous pouvons observer que des évolutions sont réalisables pour permettre aux infirmiers de travailler dans un cadre juridique plus sécurisé. Deux modifications possibles du décret de compétences se détachent des différentes propositions : soit se diriger vers une logique de missions pour les infirmiers en se focalisant sur une liste d'actes réglementaires, qui se borneraient à établir les limites de la pratique des soins infirmiers, soit, maintenir une liste d'actes précis mais en permettant juridiquement, comme au Canada, de faire évoluer plus rapidement cette liste pour qu'elle soit en lien avec les pratiques du terrain et l'évolution des formations. Bien sur, tout cela en coordination avec

⁶⁶Communiqué du syndicat national des professionnels infirmiers, « Coopérations entre professionnels, pratiques avancées, transfert et partage de compétences. Maintien du décret d'acte : une victoire de la profession », 13 juin 2009, disponible en ligne sur : www.syndicat-infirmier.com

⁶⁷Communiqué du syndicat national des professionnels infirmiers, « Les DG de CHU veulent supprimer le décret d'acte des infirmiers », 12 mars 2009, disponible en ligne sur : www.syndicat-infirmier.com

⁶⁸Arrêté du 23 juin 2010, JO du 16 juillet 2010, page 13198

les différentes organisations représentatives des infirmiers et, en privilégiant le développement de la formation. Il est important que cette possible évolution se fasse non pas, dans une logique de perte d'identité pour les infirmiers mais, plutôt dans une logique de valorisation de leurs compétences, avec l'apparition de nouveaux statuts en lien avec des diplômes universitaires dans un cursus LMD (Licence, Master, Doctorat). Tout cela entraînerait une revalorisation salariale en lien avec les nouvelles compétences acquises.

Après avoir présenté les possibles évolutions du cadre légal d'exercice des soins infirmiers, nous allons étudier dans la dernière section de ce mémoire, les nouvelles formations qui pourraient voir le jour, et l'évolution possible du droit à la prescription pour les infirmiers. Il est bien évident que l'évolution du cadre légal des infirmiers va de pair avec le développement de nouvelles formations, lorsqu'il s'agit de réduire de façon conséquente les dépassements de compétences entre infirmiers et médecins. Une nouvelle compétence ne peut se pratiquer qu'après avoir validé une formation officielle.

Section 2 : De nouveaux métiers et un nouveau droit à la prescription médicamenteuse pour les infirmiers, pour faire face aux défis de demain.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 1 de la partie 2, de nombreux pays européens ont développé des formations master dans le domaine de l'expertise infirmière, alliant développement de l'autonomie et acquisition de nouvelles compétences médicales. La question qui se pose en France actuellement, dans le domaine des soins infirmiers, est de savoir si le développement des compétences des infirmiers, se fait dans le cadre de la pratique en tant qu'auxiliaires médicaux ou dans le cadre d'une pratique plus autonome, de collaboration⁶⁹. Les uns voulant que le domaine médical garde un contrôle important sur la pratique des soins infirmiers, les autres voyant dans le développement plus autonome des soins infirmiers, la possibilité d'une meilleure prise en charge du patient.

La loi HPST a répondu partiellement à cette question, en consolidant la notion de coopération entre professionnels de santé. Même si la plupart des expérimentations de coopération se font à partir de protocoles médicaux, c'est bien le développement d'une meilleure expertise infirmière qui est recherché pour certaines fonctions (éducation thérapeutique, prise en charge

⁶⁹VIGIL-RIPOCHE Marie-andré , « pratiques avancées, de quoi parlons-nous ? », mis à jour le 2 août 2011, disponible en ligne sur : www.infirmiers.com

de patient atteint de maladies chroniques, consultation infirmière...). On a utilisé l'exemple des pays anglo-saxons qui allient développement de l'autonomie des infirmiers et acquisition de nouvelles compétences médicales pour ses derniers. C'est dans cette démarche qu'a été développé le premier master de pratiques avancées en soins infirmiers en 2010 en France, et ce, en lien étroit avec le développement des coopérations entre professionnels de santé permis par l'article 51 de la loi HPST⁷⁰. Cette formation en est donc à ses prémices et, les premières promotions en master 1 et en master 2 viennent à peine d'obtenir leurs diplômes. Cette formation est le fruit d'un travail entre l'école des hautes études en santé publique et l'université de la méditerranée d'Aix-Marseille. Ce travail de création de la formation s'est basé sur la loi HPST et sur les différents protocoles de coopérations développés depuis 2003, mais aussi sur les différents exemples émanant de pays étrangers. Le master 1 qui a lieu à Paris, met l'accent entre autre sur le raisonnement clinique, les réactions humaines, les interventions infirmières spécifiques, l'éducation thérapeutique du patient ou encore le processus de consultation clinique adapté aux infirmiers. Le master 2 qui a lieu à Marseille, permet aux infirmiers de se spécialiser soit, dans la pratique avancée en oncologie soit, dans la pratique avancée en gériatrie, ou encore de se spécialiser en tant qu'infirmier coordinateur en parcours complexe de soins⁷¹. Il faut bien sur noter que même si l'infirmier atteint un niveau master 2 en pratique avancée, il ne pourra pas dans la structure juridique actuelle qui encadre les infirmiers, acquérir de nouvelles compétences, sauf dans le cas d'un protocole de coopération validé par la HAS et autorisé par une ARS. Cette avancée majeure dans la formation des infirmiers aura un impact important sur les dépassement de compétences quand elle sera en lien étroit avec le cadre d'exercice légal de la profession infirmière. Une évolution ou une modification du décret d'actes infirmiers semble nécessaire pour permettre un réel développement de la pratique avancée en soins infirmiers. Dans le domaine de la masterisation, il faut souligner que les infirmiers anesthésistes viennent d'obtenir le grade master⁷².

Pour conclure ce mémoire, il est important de soulever la question de la prescription infirmière.

Un nouveau droit à la prescription de produits médicamenteux pour les infirmiers est un sujet

⁷⁰Dépêche de l'APM, « Lancement du premier master de pratique avancée en soins infirmiers », mis à jour le 15 juillet 2010, disponible en ligne sur : www.infirmiers.com

⁷¹DEBOUT Christophe, « Master sciences cliniques infirmières », 29 mars 2012, disponible en ligne sur : <http://www.coordination-nationale-infirmiere.org/>

⁷²Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant aux diplômes d'État d'infirmiers anesthésistes

très sensible, c'est bien pour cela qu'il doit être au préalable, défini légalement de façon très claire et assujéti à une formation. Mais, cette évolution est nécessaire du fait même de la baisse du nombre de médecins et de l'augmentation des dépassements de compétences surtout sur les soins nécessitant une prescription médicale. Le constat est posé : de nombreux infirmiers pratiquent dans des conditions illégales alors que leur hiérarchie qui connaît ces faits, n'a pas les moyens d'y remédier. Le Royaume Uni et la Suède ont déjà montré la voie à suivre. Les prescriptions seraient restreintes à certains médicaments qu'utilise le plus souvent l'infirmier, dans le domaine de la douleur par exemple. On note déjà une évolution ces dernières années de la part des pouvoirs publics sur la prescription infirmière : les infirmiers se sont vu obtenir le droit de renouveler une ordonnance pour des contraceptifs oraux ou encore, le droit de pouvoir prescrire des dispositifs médicaux « lorsqu'ils agissent pendant la durée d'une prescription médicale d'une série d'actes infirmiers et dans le cadre de l'exercice de leur compétence ». Ce droit à la prescription de dispositifs médicaux a été élargi récemment, de nombreux infirmiers libéraux utilisent fréquemment ce nouveau droit⁷³.

En conclusion, nous pouvons avancer le fait qu'une réduction majeure des dépassements de compétences entre infirmiers et médecins passera par trois évolutions concrètes :

- L'évolution du cadre légal d'exercice des infirmiers.
- Le développement de la formation en soins infirmiers spécialisés, validée par des diplômes reconnus.
- Un nouveau droit à la prescription pour les infirmiers.

⁷³VASSEUR Pascal et AUTEXIER MERLET Evelyne, « IDEL- sets de pansements et prescriptions », mis à jour le 27 juin 2012, disponible en ligne sur : www.infirmiers.com

ANNEXE 1

Questionnaire auprès des Infirmiers Diplômés d'État

Objet: étude sur les glissements de tâches entre les professionnels infirmiers et les professionnels médicaux.

Précision: Ce questionnaire est strictement anonyme, il n'est pas là pour vous évaluer, ni pour vous juger. Il est utilisé dans le but d'établir des statistiques qui permettront par la suite, l'élaboration d'un mémoire de fin d'étude.

Merci d'y répondre avec le plus grand sérieux.

Pour quel type de structure travaillez vous ? (établissement de soins privé, établissement de soins public, cabinet libéral...):

Si vous travaillez en milieu hospitalier, dans quel type de service travaillez vous le plus souvent ? (chirurgie, médecine.....):

Depuis combien de temps êtes vous diplômé ?:

1/ Hors cas de situations urgentes, vous arrive t-il d'effectuer un soin du rôle prescrit (perfusion, prise de sang, délivrance de médicaments...), sans prescription orale ou écrite du médecin ?

- Oui, souvent (plusieurs fois par semaine)
- Oui, parfois (quelquefois par mois)
- Oui, rarement
- Non, jamais

Si oui, pour quelle raison ? (refus par le médecin de se déplacer, non présence du médecin.....):

Si oui, pouvez vous donner des exemples de soins effectués ?

2/ Hors cas de situations urgentes, vous arrive t-il d'effectuer un soin du rôle prescrit, après prescription orale ?

- Oui, souvent (plusieurs fois par semaine)
- Oui, parfois (quelquefois par mois)
- Oui, rarement
- Non, jamais

Si oui, pour quelle raison ? (refus par le médecin de se déplacer, non présence du médecin....):

Si oui, pouvez vous nous donner des exemples de soins effectués ?

3/ Hors cas de situations urgentes, vous arrive t-il d'effectuer un soin du rôle prescrit sans que la prescription soit correctement écrite (non signée, non datée, pas de posologie...) ?

- Oui, souvent (plusieurs fois par semaine)
- Oui, parfois (quelquefois par mois)
- Oui, rarement
- Non, jamais

4/ Vous est-il déjà arrivé d'effectuer la première pose d'une sonde urinaire chez un homme pour une rétention à la place du médecin ?

- Oui à chaque fois que j'ai du poser une sonde urinaire chez un homme
- Oui mais c'est arrivé que le médecin se soit déplacé également
- Non c'est le médecin qui a posé la sonde à chaque fois

Si oui, pour quelle raison (refus par le médecin de la poser, refus par le médecin de se déplacer, urgence, non présence du médecin....):

BIBLIOGRAPHIE

1/ OUVRAGES :

- BORGETTO Michel, LAFORE Robert, MAVOKA-ISANA Armelle, « Code de l'action sociale et des familles », 8ème éditions, dalloz, 2012, 1814pp.
- GINON Anne-Sophie, GUIOMARD Frédéric, LEROY Sonia, MAVOKA-ISANA Armelle, « Code de la sécurité sociale », 36ème éditions, dalloz, 2012, 3517pp.
- PERRIN Georgette, DUBOYS FRESNEY Catherine , « Le métier d'infirmière en France », édition PUF, 2005, 127pp.
- SIREY-DALLOZ, MAVOKA-ISANA Armelle, « Code de la santé publique », 26ème éditions, dalloz, 2012, 3333pp.

2/ RAPPORTS, COURS :

- ATTAL-TOUBERT Ketty et VANDERSCHULDEN Mélanie, « La démographie médicale à l'horizon 2030 », étude de la DREES, 2009, disponible en ligne sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/>
- BARLET Muriel, CAVILLON Marie, « La profession infirmière, situations démographiques et trajectoires professionnelles », DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), document de travail n°101, novembre 2010, disponible en ligne sur : <http://www.robertholcman.net>
- BERLAND Yvon, « démographie des professions de santé », rapport de novembre 2002, disponible en ligne sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>
- BERLAND Yvon, « coopérations des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », Octobre 2003, disponible en ligne sur : <http://ddata.over->

blog.com/xxxyyy/2/04/53/51/rapport-yvon-BERLAND2003_fps.pdf

- BERLAND Yvon, « la formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner », rapport de la Haute Autorité de Santé, disponible en ligne sur : www.has-sante.fr
- Enquête du syndicat CFDT-Santé, « enquête condition de travail, filière soignante », mai 2011, disponible en ligne sur : <http://www.fed-cfdt-sante-sociaux.org/>
- Étude PRESST, « Abandon prématuré de la profession infirmière, le respect des valeurs professionnelles dépend des conditions de travail », Septembre 2007, disponible en ligne sur : <http://www.prest-next.fr/>
- Étude de l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé), « la participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec », juin 2005, disponible en ligne sur : www.irdes.fr
- Haute Autorité de Santé, « Prescriptions médicamenteuses par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale », synthèses des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, février 2009, disponible en ligne sur : www.has-sante.fr
- Haute Autorité de Santé, « Nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, rapport de synthèses des évaluations quantitatives et recueil de l'avis du malade », juin 2008, disponible en ligne sur : www.has-sante.fr
- Haute Autorité de Santé, « Les nouvelles formes de coopérations entre professionnels de santé : les aspects juridiques », disponible en ligne sur : www.has-sante.fr
- Moutel.G, « La naissance de la profession médicale dans l'histoire occidentale », faculté de médecine Necker-Université Paris V, disponible en ligne sur : www.infodoc.inserm.fr
- Rapport de la cour des comptes, « la sécurité sociale », septembre 2011, disponible en ligne sur : <http://www.ccomptes.fr/>

- ROBERT-BOBEE Isabelle, « Projection de populations pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 », INSEE (Institut National de la Statistiques et des Études Économiques), disponible en ligne sur : www.insee.fr

3/ RESSOURCES INTERNET :

- Site de l'ordre national des médecins : www.conseil-national.medecin.fr
- Site de la communauté infirmier : www.infirmiers.com
- Site officiel de diffusion du droit : www.legifrance.com
- Site de la mutuelle d'assurance du corps de santé français : www.macsf.fr
- Site de recueil de jurisprudence communal: <http://rjc.fr.eu.org>
- Site de la cour des comptes: <http://www.ccomptes.fr/>
- Site du mensuel le courrier des maires : www.courrierdesmaires.fr/
- Site du journal le figaro : www.lefigaro.fr
- Site de l'actualité infirmier : www.actusoins.com/
- Site du syndicat national des professionnels infirmiers: <http://www.syndicat-infirmier.com/>
- Site de la coordination nationale infirmière: <http://www.coordination-nationale-infirmiere.org/>
- Site de la fédération de l'hospitalisation privée : www.fhpmco.fr
- Site de la fédération hospitalière de France : www.fhf.fr
- Site de l'institut national de la statistique et des études économiques : www.insee.fr
- Site du laboratoire pharmaceutique GlaxoSmithKline: <http://www.gsk.fr/>
- Site officiel du ministère des affaires sociales et de la santé : www.sante.gouv.fr
- Site du journal la croix: <http://www.la-croix.com/>
- Site de la haute autorité de santé : www.has-sante.fr
- Site du journal le parisien : www.leparisien.fr
- Site du journal le monde : www.lemonde.fr
- Site du magazine d'information agevillage : www.agevillage.com
- Site du centre national des professions libérales de santé : www.cnps.fr
- Site de la fédération nationale des infirmiers : www.fni.fr
- Site d'une association américaine de médecine: <http://jama.jamanetwork.com/>

- Site de l'institut de recherche et documentation en économie de la santé : www.irdes.fr
- Site de la confédération des syndicats médicaux français: <http://www.csmf.org/>