

La responsabilité juridique de l'IBODE : des textes à la pratique

Charlotte Letellier

► **To cite this version:**

Charlotte Letellier. La responsabilité juridique de l'IBODE : des textes à la pratique. Médecine humaine et pathologie. 2011. hal-01881983

HAL Id: hal-01881983

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01881983>

Submitted on 26 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

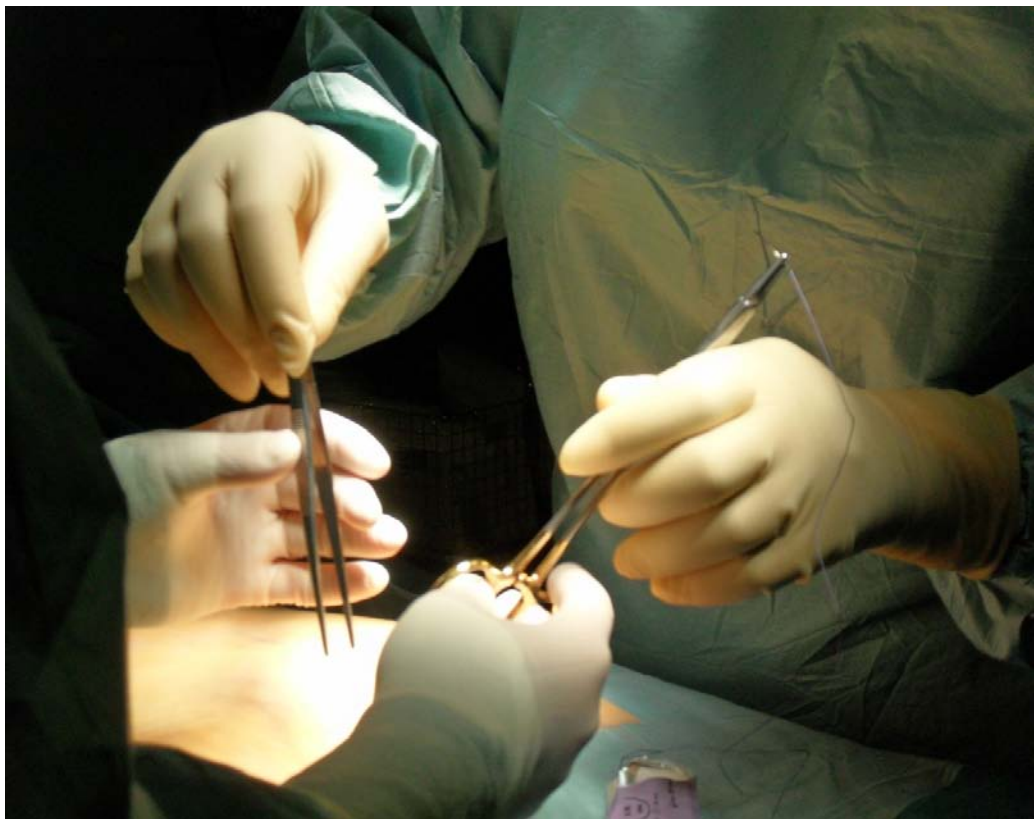
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Ecole Régionale d'Infirmiers de Bloc Opératoire du
C.H.U de Nancy

*La responsabilité juridique de l'IBODE :
des textes à la pratique*



*La responsabilité juridique de l'IBODE :
des textes à la pratique.*

*« On ne fait pas ce que l'on veut et cependant on est responsable de ce que l'on est ». **Jean Paul Sartre,**
Situations (1947)*

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué, par leur soutien, leur participation et leurs conseils, à l'élaboration de ce travail d'intérêt personnel, en particulier :

- Ma directrice de mémoire, Melle Julie LEONHARD,
- Les formateurs de l'Ecole Régionale d'Infirmiers de Bloc Opératoire de Nancy,
- Valérie CHULER et Virginie GAUTIER, IBODE

Et un grand merci au personnel des blocs opératoires de l'Hôpital Clinique Claude Bernard et HPM Site Belle-Isle.

Sommaire

INTRODUCTION.....	3
MODELE D'ANALYSE	5
CADRE THEORIQUE	5
CADRE CONCEPTUEL	6
La responsabilité civile ou administrative.....	6
La responsabilité pénale.....	8
Responsabilité disciplinaire	10
Illustration	11
CADRE D ANALYSE	13
Le glissement de tâche et transfert de compétence.....	13
La compétence professionnelle	14
Référentiel de compétences de l'IBODE	15
Commandement de l'autorité légitime.....	16
PROBLEMATIQUE.....	19
METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	23
Les participants	23
L'échantillonnage.....	23
L'éthique	23
L'échantillon	23
Le matériel.....	23
Enumération du matériel	23
Construction de l'outil de recherche.....	24
Validité de l'outil.....	24
Description de l'outil	24
Le déroulement de la collecte.....	25
Le moment et le lieu.....	25
La tâche.....	25
Les consignes	25
Le temps alloué	25
CONCLUSION.....	26
BIBLIOGRAPHIE	28
Ouvrages	28
Articles.....	28
Textes législatifs	28

Textes	29
Webographie.....	29
ANNEXES	1
ANNEXE 1	2
ANNEXE 2	1
ANNEXE 3	1
ANNEXE 4.....	6

INTRODUCTION

« Vous refermerez la peau ». N'avez-vous jamais entendu cette phrase au bloc opératoire ?

Et l'infirmier s'exécute.

Cet acte délégué par le chirurgien à l'IBODE¹ ou l'IBO² nous donne une impression d'évidence. Certes valorisant pour l'infirmier, il s'agit là non plus d'une délégation mais d'un glissement de tâches.

Aujourd'hui les chirurgiens, pressés par le temps, leurs obligations, comptent de plus en plus sur les IBODE. Il s'agit ainsi de « devenir de véritables partenaires par rapport au chirurgien, et non plus seulement de le " servir " ». ³

*« La suture est un acte médical pour lequel l'IBODE n'est pas juridiquement compétent. S'il réalise cet acte, et ce même en présence du chirurgien, sa responsabilité pourra dès lors être engagée pour dépassement de compétence. La responsabilité du chirurgien pourra également être engagée pour avoir demandé à l'IBODE de réaliser la suture ».*⁴

Le risque juridique n'est peut-être pas si bien maîtrisé par les professionnels de santé, ainsi mettent-ils en jeu simultanément la sécurité du patient et leur responsabilité.

C'est dans ce contexte qu'il s'agit alors de montrer les conséquences d'une délégation ou d'un glissement de tâches sur la responsabilité juridique de l'IBODE.

Ma question de départ a dès lors été formulée comme suit :

« Quel est l'impact du glissement de tâches sur la responsabilité juridique de l'IBODE encadrée par sa grille de compétences ? »

¹ IBODE : Toujours lire Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat

² IBO : Toujours lire Infirmier de Bloc Opératoire

³ Inter bloc, Vol 27, n°3, septembre 2008, " Regard d'une ethnologue sur le métier d'Ibode " pp. 182-185

⁴ Inter bloc, Tome XXVII, n°3, p.210 " La responsabilité juridique de l'Ibode (2/2) "

L'objectif de ma recherche est de définir la responsabilité juridique en matière de droit de la santé et de montrer l'écart existant entre les textes qui régissent notre profession et la pratique.

MODELE D'ANALYSE

Aujourd'hui, l'infirmier a la compétence matérielle pour effectuer certains actes, comme les sutures par exemple, mais est amené à dépasser ses compétences juridiques par rapport aux besoins du terrain. Il s'agit dans ce contexte d'étudier le terme de responsabilité et de compétence.

CADRE THEORIQUE

Selon le dictionnaire Larousse, la responsabilité désigne l'obligation ou la nécessité morale de répondre, de se porter garant de ses actions ou de celles des autres (décliner toute responsabilité en cas de vol). Elle est le fait pour quelque chose d'être la cause, l'origine d'un dommage. Enfin elle nomme une fonction, une position qui donne des pouvoirs de décision, mais implique que l'on en rende compte (avoir des responsabilités dans un syndicat).

Selon l'encyclopédie Universalis, le terme "responsabilité" n'a pourtant que fort récemment pénétré la science du droit. Au commencement était le responsable, à propos duquel la recherche étymologique enseigne qu'il signifiait autant celui qui s'engage (du latin *sponsor*, "débiteur") que celui qui garantit (*responsor*, "caution"), avant qu'il n'acquiert son sens définitif, en désignant celui qui doit « répondre de » ou « répondre devant », répondre d'un dommage en assumant toutes ses conséquences, comme en répondre devant la justice en subissant la contrainte publique qui s'y attache. La notion de responsabilité, dépouillée de la subjectivité du responsable car saisie cette fois en tant qu'institution, ne s'est en fait réellement dévoilée qu'aux alentours des XVIII^e et XIX^e siècles, d'abord dans l'ordre politique (responsabilité du gouvernement devant le Parlement) avant de connaître l'utilisation dans l'ordre juridique.

La responsabilité en santé est d'abord structurée par la loi pénale. Les principaux textes n'ont pas été écrits dans le but de résoudre spécifiquement les questions de santé. " *C'est au sein du Code Pénal que l'exigence du respect de la loi est la plus forte : toute incrimination et toute sanction doit être prévue par la loi, et ne peut être prononcée que dans les conditions déterminées par elle*".⁵

CADRE CONCEPTUEL

Sur le plan juridique les responsabilités engagées par les infirmiers exerçant au bloc opératoire sont les mêmes que pour tous les professionnels.

On distingue quatre responsabilités juridiques pouvant être engagées séparément ou cumulativement :

La responsabilité civile ou administrative.

La responsabilité civile

Le principe général de la responsabilité civile est exposé par l'article 1382 du Code Civil : " *Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer* ". La responsabilité civile vise donc à réparer le dommage causé à la victime. On parle de responsabilité civile pour les soignants exerçant dans le secteur privé.

Appelé également préjudice, il doit être certain (qui peut être prouvé), direct (résulte directement du fait reproché au responsable) et déterminé (évaluation du dommage subi par les experts) pour pouvoir être réparable.

Le dommage peut être matériel (bien appartenant à la victime), corporel (le dommage constitue une atteinte à l'intégrité physique d'une personne ; préjudice esthétique, blessures, incapacités...) et/ou moral (perte d'un être cher ou atteinte à l'honneur, la réputation).

En effet tous les dommages de la vie ne peuvent être réparables ; l'intérêt lésé doit pouvoir être pris en considération par la loi : le décès d'une personne peut

⁵ Droit, déontologie et soin, revue trimestrielle, volume 7, juillet 2007

causer un préjudice mais il ne peut donner lieu à réparation que dans certains cas identifiés.

Dans le cadre de notre profession l'infirmier engage cette responsabilité si trois conditions sont réunies :

- Une faute commise par le soignant. Elle peut se définir comme un comportement anormal et peut être volontaire ou involontaire (dans la majorité des cas on ne peut reprocher aux soignants que des fautes involontaires).

- Un préjudice subi par le patient. Ce préjudice peut être moral, physique, financier. Par exemple, un infirmier demande à un aide-soignant de distribuer des médicaments. Ce dernier s'exécute et arrive un incident de posologie. On dit que la responsabilité sera partagée, solidaire (*in solidum*) et seulement si chacun a commis une faute civile : l'infirmier car il est responsable des faits des personnes sous sa garde et l'aide soignant qui en acceptant cet acte (négligence, imprudence, ...) a causé un préjudice au patient.

- Un lien de causalité, c'est-à-dire de cause à effet entre la faute commise par le soignant et le préjudice subi par le patient. Pour que la responsabilité soit engagée, il faut en effet que sa faute soit à "*l'origine du préjudice subi par le patient*".⁶

Si les trois conditions sont réunies, la responsabilité du professionnel sera engagée et aboutira à une sanction (disciplinaire par son établissement d'origine). Le patient qui subit le préjudice est indemnisé : c'est l'assureur de l'établissement de santé du soignant qui prendra en charge les dommages et intérêts. La compensation financière sera calculée en fonction de l'importance du dommage, et non de la faute.

La responsabilité administrative

La responsabilité administrative peut se définir comme l'obligation pour l'administration de réparer le dommage qu'elle cause à autrui. La responsabilité administrative est donc une responsabilité civile, non pas au sens où elle serait une responsabilité de droit civil applicable à l'administration, mais où elle conduit au

⁶ Le métier d'IBODE, 2^{ème} édition, MASSON, 2004

versement de dommages et intérêts à la victime (tout comme la responsabilité de droit civil applicable aux personnes privées). Concernant l'organisation et le fonctionnement du service public hospitalier, toute faute engage la responsabilité de l'Etat. Concernant les actes de soins (personnel hospitalier, infirmiers, aides soignants...) toute faute engage la responsabilité de l'administration. Tout comme la responsabilité civile elle doit réunir trois conditions : la faute, le préjudice, le lien de causalité.

La responsabilité pénale.

La responsabilité pénale est l'obligation de répondre et de subir la peine prévue par le texte qui réprime des comportements. Il faut accorder une attention toute particulière quant à la lecture de ces textes, qui doivent être comparés et mis en perspective.

Article 121-1 du code Pénal : absence de culpabilité pénale du fait d'autrui.

Nul n'est responsable pénalement que de son propre fait.

A l'inverse du droit civil où la responsabilité du fait d'autrui est généralisée, la culpabilité pénale n'est pas engagée du fait d'autrui.

Article 121-3 : intention délinquante. Mise en danger délibérée d'autrui. Fautes d'imprudence ou de négligence. Responsabilité pénale des décideurs. Force majeure.

Le principe est qu'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. La loi prévoit ainsi une exception : en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité, 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*".⁷

Dans ce cas précédent, les personnes physiques qui n'ont pas directement causé le dommage mais qui ont créé ou contribué à créer la situation provoquant le

⁷ Droit, déontologie et soin, revue trimestrielle, vol. 7 juillet 2007

dommage ou encore, qui n'ont pas mis en œuvre tout ce qu'il fallait pour l'éviter, sont tenues responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit manqué de façon délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée exposant autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer.

En matière de droit de la santé, le droit pénal est essentiellement celui de l'exception au principe car les fautes qui font débat sont les faits non-intentionnels.

Pour qualifier un acte d'infraction il faut réunir ces trois points :

- Un élément légal : un texte de loi qui interdit et punit cet acte (texte d'incrimination),
- Un élément matériel : description du comportement fautif de l'agent,
- Un élément moral :
 - Intentionnel (volonté et conscience de l'acte)
 - Non intentionnel (sans intention de nuire)

La faute pénale sera fonction du lien de causalité, seulement pour les infractions non intentionnelles, on distingue alors :

- La faute simple, lorsque qu'il y a un lien direct entre la faute et le dommage.

Elle constitue soit une faute d'imprudence ou de négligence, soit un manquement à une obligation, de prudence ou de sécurité imposé par la loi ou le règlement.

- La faute qualifiée, en cas de lien indirect avec le dommage subi.

Cette faute qualifiée s'inscrit dans le cadre de la loi dite Fauchon en date du 10 juillet 2000 qui limite la responsabilité pénale des personnes physiques en cas d'infractions non intentionnelles⁸. *C'est une faute qui expose autrui à un risque grave que l'agent ne pouvait pas ignorer ou il s'agit d'une violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement.*⁹

La responsabilité pénale, en matière médicale, est le plus souvent fondée soit sur un texte général incriminant l'homicide ou les blessures involontaires, soit sur un texte particulier : violation du secret professionnel (article 226-13 et 14 du Code Pénal), non assistance à personne en péril (article 223-6 du Code pénal).

⁸ Loi n°2000-647 du 10 juillet 2000, publication au Journal Officiel le 11 juillet 2000

⁹ Alinéas 3 et 4 de l'article 121-3 du nouveau Code Pénal

Une infraction pénale (crime, délit ou contravention) justifie l'application par le tribunal judiciaire de la sanction pénale prévue par la loi : amende, peines privatives de liberté, peines complémentaires éventuelles - au titre desquelles peut notamment figurer l'interdiction d'exercer à temps ou définitive.

Responsabilité disciplinaire

Elle permet à l'employeur de sanctionner son employé. Elle n'est pas engagée par un juge mais par l'employeur qui sanctionne les actes fautifs commis par un personnel. Les sanctions peuvent aller du blâme à la mise à pied, et maintenant à la radiation au tableau de l'Ordre National des Infirmiers. En cas de contestation l'IBODE peut avoir recours au Conseil des Prud'hommes (établissement privé) ou au Tribunal Administratif (établissement public).

Les chambres disciplinaires de l'Ordre National des Infirmiers ont été instituées par la Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 ¹⁰ portant création d'un Ordre National des Infirmiers. Etablis sur les mêmes articles concernant les chambres disciplinaires des médecins, chirurgiens dentistes et sages femmes, les articles L.4124-1 et suivants le Code de la Santé Publique s'appliquent, aux infirmiers. Ces chambres disciplinaires s'articuleront autour de deux niveaux de juridiction :

- Une juridiction de 1ère instance, la chambre disciplinaire de 1ère instance qui dépend des Conseils Régionaux de l'Ordre National des Infirmiers et qui reçoit les plaintes à l'encontre des professionnels.

- Une juridiction de 2ème instance, la chambre disciplinaire nationale qui dépend du Conseil National de l'Ordre des Infirmiers. Elle est unique, siège au Conseil National et connaît en appel les décisions rendues par les chambres disciplinaires de 1ère instance.

L'article L.4124-6 est rendu applicable par la loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 et confère aux chambres disciplinaires de 1ère instance la possibilité d'appliquer les peines disciplinaires suivantes :

- L'avertissement
- Le blâme

¹⁰ Loi n°299, publication au Journal Officiel le 27 décembre 2006

- L'interdiction temporaire avec ou sans sursis ou l'interdiction permanente d'exercer une, plusieurs ou la totalité des fonctions d'infirmier, rétribuées par l'Etat, les départements, les communes, les établissements publics, les établissements reconnus d'utilité publique ou des mêmes fonctions accomplies en application des lois sociales.

- La radiation du tableau de l'ordre

Illustration

Prenons l'exemple du comptage, il est fait avant le début d'utilisation de chaque paquet de compresses, d'un sachet de noisettes, des instruments, et à la fin de l'intervention :

- Avant de les utiliser, car le plus dangereux reste le paquet de onze compresses non repérées... et dont on en récupère dix à la fin de l'intervention. Lorsque le décompte effectué ne correspond pas à la référence, il faut enregistrer toutes les indications nécessaires à l'identification du lot et alerter le pharmacien.

- À la fin de l'intervention, le comptage doit être fait, posément, par l'infirmier de la salle d'opération et concernera les clamps, compresses, petits instruments, etc....

Il est conseillé de procéder à un comptage intermédiaire des compresses lorsqu'un infirmier vient remplacer son collègue qui est en salle.

Lorsqu'une compresse est délibérément abandonnée dans une cavité (dans un but d'hémostase), cela est signalé dans le cahier de bloc, et dans les comptes rendus opératoires et anesthésiques. Même un compte juste est enregistré dans le cahier de bloc.

Lorsqu'un chirurgien refuse de vérifier le champ opératoire alors qu'il manque une compresse, l'infirmier ne peut pas se contenter de noter simplement l'événement sur la feuille de traçabilité du cahier de bloc. Il doit refuser de servir le praticien pour refermer la paroi, se fondant sur l'article R. 4312-26 du Code de la santé publique qui stipule que :

" L'infirmier doit agir en toute circonstance dans l'intérêt du patient". L'intérêt du patient est de ne pas être victime de l'oubli d'une compresse. L'infirmier qui n'agirait pas ainsi pourrait éventuellement être condamné pour complicité pour

avoir aidé le chirurgien à commettre l'infraction de blessures involontaires s'il a continué à servir le chirurgien pour fermer la paroi. Autre hypothèse, l'infirmier pourrait être auteur indirect et reconnu responsable pour faute qualifiée s'il n'avait pas procédé à un compte de compresses.

L'évolution de la réglementation concernant les actes infirmiers, notamment au bloc opératoire, est certainement à l'origine de condamnation d'infirmiers dans des affaires concernant l'oubli de compresses. Bien entendu le chirurgien demeure responsable car il a obligation de vérification avant la fermeture de la paroi.

C'est ainsi que, pour avoir oublié une compresse dans l'abdomen d'une patiente après une laparotomie, le chirurgien et deux infirmières (l'instrumentiste et la circulante) ont été condamnés à 3 mois d'emprisonnement avec sursis pour blessures involontaires ayant causé une incapacité totale de travail (ITT) de plus de 3 mois (Code pénal, article 222-19). Le tribunal a jugé, d'une part, que l'oubli de la compresse ne pouvait provenir que d'une erreur de comptage de la part de l'instrumentiste et de la circulante, la mention "exact" ayant été notée à tort à la rubrique "Compte textiles" figurant sur la feuille de bloc et, d'autre part, que le chirurgien, avant de procéder à la fermeture de la paroi abdominale, aurait dû procéder à une vérification minutieuse malgré l'information d'un décompte exact. Par ailleurs, selon les juges, il aurait dû imposer l'application du protocole indiquant que, en cas de cœlioscopie suivie d'une laparotomie, on devait procéder à deux comptes séparés.¹¹

Cependant, le chirurgien peut être mis hors de cause (responsabilité pénale et disciplinaire) pour l'oubli d'une compresse lorsqu'il est établi qu'à l'issue de l'intervention le compte des compresses était exact et qu'aucune compresse marquée n'a été révélée par radiographie pratiquée en post-opératoire.

La responsabilité administrative du centre hospitalier peut être engagée pour oubli d'une compresse alors même que le compte des compresses à la fin de l'intervention était juste, dès lors que la radiographie pratiquée trois mois après

¹¹ La responsabilité juridique de l'Ibode (2/2), Inter bloc, Vol.27, N°3 – septembre 2008, Tribunal Correctionnel, Brest, 13 mai 2003

l'intervention démontre l'existence d'un fil métallique révélant la présence d'une compresse oubliée.¹²

CADRE D ANALYSE

Le glissement de tâche et transfert de compétence

Depuis de nombreuses années, on observe un transfert de compétences des actes médicaux aux personnels paramédicaux et ce dans plusieurs pays, notamment aux Etats-Unis, au Canada et au Royaume-Uni. En France, quelques pratiques non reconnues peuvent être identifiées.

Dans le rapport Berland, ce dernier émet des propositions et incite à la coopération active entre chirurgiens et infirmiers. Je m'attacherai ici à évoquer essentiellement la partie chirurgicale du rapport.

" Comme pour les consultations infirmières, il existe quelques exemples en France de délégations de tâches chirurgicales non formalisées à des infirmiers. Cela va de la pause d'un plâtre à l'ablation de broches osseuses ou à la « fermeture » des malades ".¹³

Le rapport Domergue a évoqué le transfert de compétences en chirurgie comme une solution à envisager pour faire face aux difficultés annoncées par rapport à la baisse d'effectif des chirurgiens.¹⁴

La réflexion concernant ce transfert de compétences doit impliquer les IBODE.

Parmi les délégations de compétences sont évoquées :

- en pré-opératoire : l'information (Hygiène, infections nosocomiales...)
- en per-opératoire : l'installation du malade en position opératoire, la mise en place des champs opératoires, l'aide opératoire, certaines sutures notamment cutanées.
- en post-opératoire : suivi des pansements, visites.

¹² Lettre de Jurisprudence, Tribunal Administratif de Rennes, Responsabilité de la puissance publique, n°42, 20 mars 2004

¹³ Y. Berland : " Coopération des Professions de Santé : le transfert de tâches et de compétences", octobre 2003

¹⁴ J. Domergue-Y. Guidicelli : " la chirurgie française en 2003, les raisons de la crise et les propositions"

La compétence professionnelle

Il est commun de parler de compétence, ou encore de compétences professionnelles.

Rémi Gagnayre et Jean-François d'Ivernois en 2005 distinguaient trois notions dans la compétence professionnelle des soignants appliquée à l'éducation thérapeutique, mais tout à fait transférable à ce contexte¹⁵ :

" Dans la mesure où ces compétences s'adressent à des professionnels, notre définition empruntera aux travaux des domaines des sciences de l'éducation, de la psychologie du travail et de la didactique professionnelle ".

La première considère que la compétence est proche d'un système intégré de savoirs au sens large (savoir, savoir-faire, savoir-être,...) comme le signale F. Chenu.¹⁶

La seconde notion considère que la compétence permet d'aboutir à une performance, laquelle pour certains auteurs ne représente que sa part observable voire mesurable...

Cependant, pour que les deux notions précédentes prennent effet, il est important d'y joindre une troisième. Une compétence requiert, pour son acquisition et sa mise en œuvre, que le professionnel soit en mesure de mener une activité réflexive au cours même de sa réalisation ou après celle-ci.

Savoir agir avec compétence en situation insinue que l'on a appris à effectuer les gestes pour mener cette action. Certes à l'ERIBODE¹⁷ plusieurs heures sont consacrées à la pratique des ligatures et des nœuds, mais il n'en reste pas moins qu'au final l'exercice de ces actes est réservé au chirurgien.

Juridiquement, on fait la différence entre la compétence matérielle et juridique. Sur le plan matériel, la compétence est l'aptitude à savoir faire quelque chose, la capacité due au savoir et à l'expérience. Professionnellement, la compétence est la *"mise en œuvre, en situation professionnelle, des capacités qui permettent d'exercer convenablement une fonction ou une activité"*.¹⁸

¹⁵ ADSP N°52 Septembre 2005. Rubriques Etudes. Les compétences des soignants en éducation thérapeutique. Rémi Gagnayre, Jean-François d'Ivernois, Laboratoire de Pédagogie des sciences de la Santé, éducation et observance, Upres EA, 3412, Université Paris 13

¹⁶ Chenu F., Vers une définition opérationnelle de la notion de compétence, Éducation permanente, n°162, pages 201-208

¹⁷ Toujours lire Ecole Régionale des Infirmiers de Bloc Opératoire

¹⁸ Définition de l'Association Française de Normalisation

On dira, par exemple, d'un artisan qu'il est compétent dès lors qu'il a fait la preuve d'une capacité à effectuer les gestes, à réaliser les actes, à exécuter les tâches de sa spécialité selon les règles de l'art.

Sur le plan juridique, la compétence est l'ensemble des pouvoirs attribués par le droit à un individu ou une institution. La compétence est alors une qualité qui découle des textes autorisant une personne à effectuer tel ou tel acte. *"Celui qui est juridiquement compétent a le droit, l'autorisation, la permission de réaliser l'activité pour laquelle il est habilité"*.¹⁹

On dira par exemple que le titulaire du permis de conduire est compétent pour circuler sur la voie publique ou que les jurés de la Cour d'Assises sont compétents pour participer au jugement des crimes. De même l'IBODE est compétent pour effectuer des sutures (de par sa formation).

La compétence pour soigner, c'est l'ensemble des pouvoirs attribués par le droit à un individu ou une institution. La compétence est alors une qualité qui découle des textes autorisant une personne à effectuer tel ou tel acte : *"n'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires. N'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte commandé par l'autorité légitime, sauf si cet acte est manifestement illégal"*.²⁰

Référentiel de compétences de l'IBODE

Dans le cadre de mon travail de recherche, il me paraît indispensable d'utiliser ce référentiel en décrivant brièvement son contenu. (Annexe 1)

Compétence N°1 : Concevoir et mettre en œuvre des modes de prise en charge des personnes adaptés aux situations rencontrées en bloc opératoire.

Compétence N°2 : Analyser la qualité et la sécurité en bloc opératoire et en salle d'intervention et déterminer les mesures appropriées.

Compétence N°3 : Mettre en œuvre des techniques et des pratiques adaptées au processus opératoire.

Compétence N°4 : Mettre en œuvre des techniques et des pratiques adaptées à la chirurgie ostéo-articulaire.

¹⁹ Gérard Cornu, Vocabulaire juridique, PUF 1992, p.165, V. compétences

²⁰ Article 122-4 du Code Pénal

Compétence N°5 : Mettre en œuvre des techniques et des pratiques adaptées à la chirurgie abdomino – pelvienne.

Compétence N°6 : Mettre en œuvre des techniques et des pratiques adaptées à la chirurgie vidéo-assistée et à la micro – chirurgie.

Compétence N° 7 : Organiser et coordonner les activités de soins liées au processus opératoire.

Compétence N°8 : Rechercher, traiter et produire des données professionnelles et scientifiques.

Certes précises et encadrées, les compétences de l'IBODE contenues dans ce référentiel ne mentionnent toujours pas la pratique de "suture et ligature" pourtant pratiquées plusieurs heures avec différents chirurgiens à l'ERIBODE.

L'IBODE, infirmier avant tout, répond de ces actes par son décret de compétence, il participe à la mise en œuvre des techniques avec le médecin. Les actes infirmiers réalisés sur rôle propre et sur prescription médicale, sont détaillés dans le décret de compétence des IDE contrairement aux actes effectués par les IBODE.

Commandement de l'autorité légitime

Article 122-4 : obéissance à la loi ou à l'autorité légitime.

N'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires.

N'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte commandé par l'autorité légitime sauf si cet acte est manifestement illégal.

L'article 122-4 du Code Pénal vise l'hypothèse où un supérieur hiérarchique donne l'ordre à son subordonné de commettre une infraction. Dans certains cas, ce dernier n'est pas pénalement répréhensible s'il a commis l'infraction sur ordre de son supérieur. Les conditions de ce fait justificatif tiennent d'une part à l'autorité qui a donné l'ordre, et, d'autre part, à l'acte lui-même. L'ordre doit provenir d'une autorité publique. Au contraire, une autorité privée donnant l'ordre de commettre une infraction ne fait pas profiter de ce fait justificatif. Il faut aussi que cette autorité soit une autorité légitime, c'est-à-dire qui agit dans l'exercice de ses fonctions, et qu'elle ait un pouvoir sur le subordonné.

Ces conditions ne sont donc valables uniquement dans un contexte public et d'autorité légitime, ce qui n'est donc pas applicable à un ordre donné par un chirurgien à un infirmier. De même, le supérieur hiérarchique d'un IBODE est le cadre du bloc opératoire, le chirurgien n'a donc aucune autorité hiérarchique sur ce dernier.

Le seul lien hiérarchique existant entre le médecin et l'infirmier est la prescription médicale.

L'IDE²¹, de par son rôle sur prescription, exécute la prescription médicale faite par le médecin. Si l'IDE a un doute sur la prescription, il doit se faire confirmer à nouveau l'acte, mais si ce dernier juge que l'acte met en péril la vie du patient, il a le droit de refuser de pratiquer le soin : "*le péril immédiat s'étend d'un état dangereux ou d'une situation critique faisant craindre de graves conséquences pour la personne qui y est exposée et qui risque, soit de perdre la vie, soit des atteintes corporelles graves*".²²

Si l'acte est confirmé par le médecin prescripteur ou par un de ses confrères, l'infirmier a le choix entre deux possibilités : effectuer l'acte qu'il juge dangereux pour le patient ou refuser tout de même de le pratiquer (cf. schéma page suivante).

L'agent est ainsi tenu de désobéir à un ordre manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public : "*le fonctionnaire doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public*".²³

Dans ce cas, l'obligation d'obéissance ne constitue ni un élément justificatif, ni une excuse absolutoire pour le juge administratif.

Exemple frappant qui illustre le devoir d'obéissance à l'autorité légitime, le refus de distribuer des médicaments par un aide-soignant jugé comme une faute professionnelle²⁴. Le juge relève qu'il s'agit de la compétence des aides-soignants de distribuer des médicaments lorsqu'il s'agit d'apporter une aide, un soutien à une personne qui a perdu son autonomie. L'aide-soignant est considéré comme apportant son aide à un geste de la vie courante et cela relève de la compétence de

²¹ Toujours lire Infirmier Diplômé d'Etat

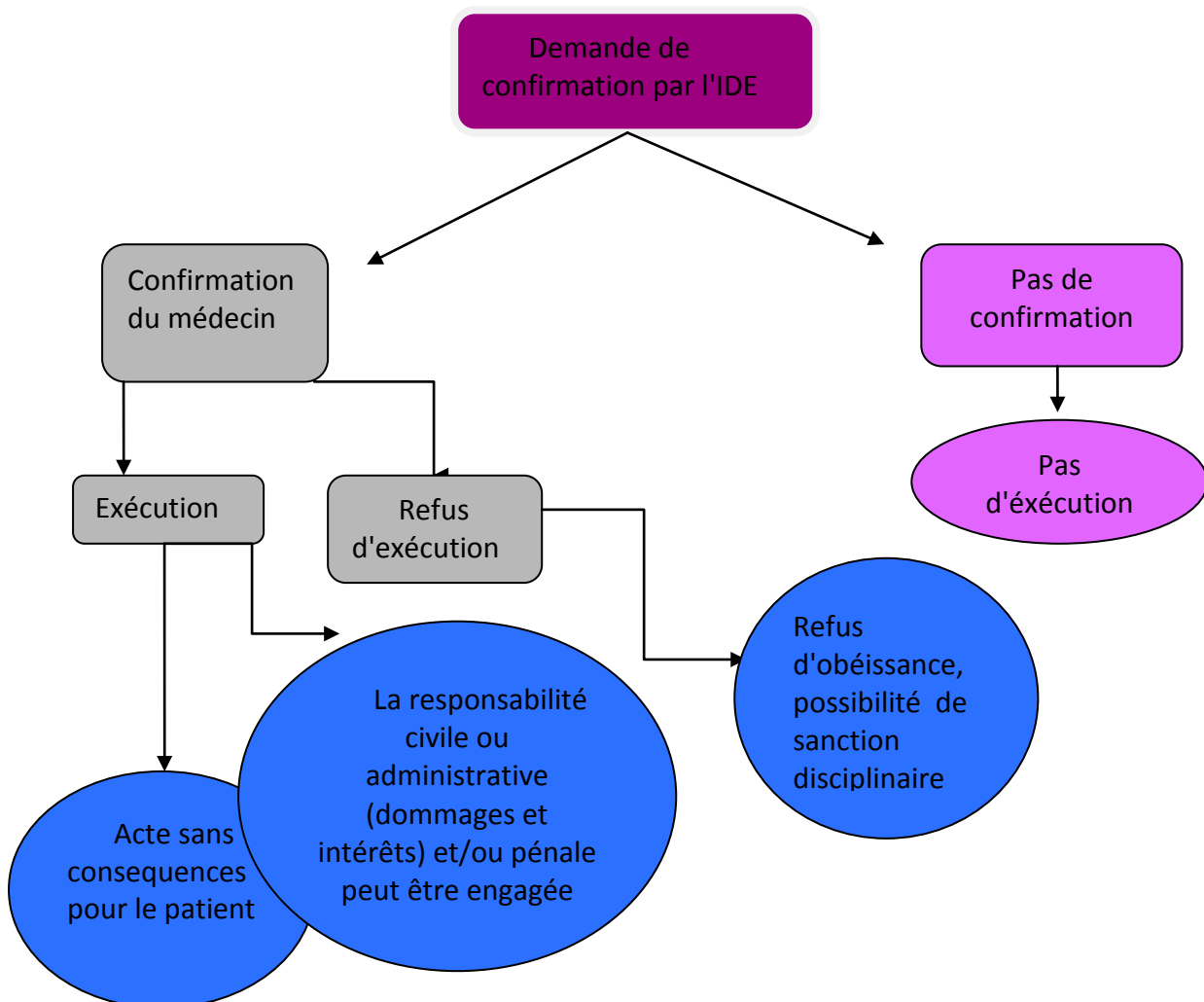
²² Cour d'Assises Toulouse 19 mars 2002, n°2002/00234

²³ Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, parue au J.O le 14 juillet 1983, article 28

²⁴ Lettres Hospitalières, Jurisprudence commentée, Cour administrative d'appel de Bordeaux, 10 juillet 2008

ce dernier en application de la circulaire du 19 janvier 1996²⁵ définissant le rôle des aides-soignants et auxiliaires de puériculture qui cite parmi leurs missions : la surveillance des patients et l'aide apportée aux personnes ayant perdu leur autonomie. La circulaire est un texte qui permet aux autorités administratives d'informer leurs services. Le plus souvent, elle est prise à l'occasion de la parution d'un texte (loi, décret), se contente de l'expliquer, et ne peut rien ajouter au texte. Ce qui permet d'expliquer pourquoi l'aide soignant n'a aucun droit dans la distribution des médicaments mais a cependant le droit, grâce à cette circulaire, d'aider à l'administration du traitement.

En résumé, voici l'attitude à tenir en cas de confirmation ou non de l'acte :



²⁵ Circulaire DGS/PS3/DH/FH1 n°96-31, 19 janvier 1996 en application du décret de compétence de la profession d'infirmier du 29 juillet 2004, collaboration aide-soignant infirmier

PROBLEMATIQUE

Le problème soulevé ici, par le principe d'obéissance, impose indirectement à l'IBODE d'effectuer l'acte demandé par le chirurgien. En effet, il doit répondre à l'ordre de sa hiérarchie sauf en cas de péril vital s'il juge que le malade est mis en péril. La notion de péril doit correspondre à une menace pour la vie ou la santé d'un individu. *"Ce péril doit être constant, imminent et nécessitant une intervention immédiate. Il doit donc être réel, susceptible d'être perçu et sur le point de se réaliser".*²⁶

Avant d'exécuter un acte, l'infirmier doit toujours s'assurer de la possession des informations utiles contenues dans le dossier de soins ; qu'il possède les connaissances professionnelles indispensables à l'exécution de l'acte ; qu'il connaît l'utilisation du matériel.

L'IBODE a le devoir de prévenir, de supprimer toute situation pouvant entraîner un préjudice au patient. Il ne doit pas rester passif lorsqu'une situation met en péril la sécurité de ce dernier et dégrade la qualité des soins.

Lors de ma pré-enquête (avant d'entamer la rédaction de ce mémoire) et au cours de mes stages, j'ai observé que les IBODE/IBO effectuent la fermeture cutanée et/ou sous - cutanée à la demande du chirurgien ou encore avec l'accord de ce dernier à l'exécuter eux-mêmes.

Pourtant, l'article 4311-11 du Code la Santé Publique ne précise en rien la pratique de sutures et ligatures :

" L'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire ou en cours de formation préparant à ce diplôme, exerce en priorité les activités suivantes :

1^o Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire ;

2^o Elaboration et mise en œuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés ;

3^o Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ;

²⁶ Article 223-6 du Code Pénal, l'obligation de porter secours

4º Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés ;

5º Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés.

En per-opératoire, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire ou l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme exerce les activités de circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire en présence de l'opérateur.

Il est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée diagnostique, thérapeutique, ou diagnostique et thérapeutique dans les secteurs de stérilisation du matériel médico-chirurgical et dans les services d'hygiène hospitalière".

La suture est un acte médical et dans ce cas l'IBODE tient une position délicate. En effet, de par sa formation, il est compétent pour exécuter des sutures et l'IBO de par son expérience, mais les textes comme nous l'avons vu précédemment, sont imprécis. Malgré tout, il est difficile de refuser de pratiquer ce geste car il ne met pas en danger de mort le patient et témoigne d'une marque de confiance de la part du chirurgien. L'importance de cette précision réside dans le fait que le chirurgien demande souvent à l'IBODE d'effectuer des actes pour lesquels il n'est pas juridiquement compétent. Même si le chirurgien garantit qu'en cas de problème il "protègera" l'IBODE, il n'en est rien car ses paroles n'ont aucun fondement juridique.

Tout réside dans la nuance du mot présence du chirurgien...

En effet, en per-opératoire, l'IBODE exerce les activités de circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire en présence de l'opérateur.²⁷

Alors le chirurgien doit-il être présent habillé stérilement? Doit-il être simplement présent en salle?

²⁷ Article R.4311-11 du Code de la Santé Publique

Ces questions soulevées ne trouvent pas de réponses dans les textes qui régissent la profession. Alors pourquoi voit-on toutes ces IBODE/IBO effectuer de tels actes ?

Pour les IBODE cette situation ne peut pas rester en l'état. Pour cela, la réglementation doit donc être modifiée avec une réécriture de l'article R.4311-11 du Code de la Santé Publique car elle est beaucoup trop incomplète. La création d'une liste exhaustive des actes effectués quotidiennement par les IBODE/IBO devrait être proposée. C'est ce qui a été demandé par Mme la Ministre de la Santé (Annexe 2).

*"A défaut, les IBODE continueraient à exercer dans l'illégalité et les chirurgiens à se trouver eux-aussi en difficulté : en cas d'erreurs médicales, ils seraient systématiquement en faute puisque complices d'exercice illégal".*²⁸

La volonté étant de définir les actes, les activités et les missions et de les confier exclusivement aux IBODE dans la limite de leurs compétences définies par leur formation. Mais également la précision des actes à réaliser en présence du chirurgien et ceux qui nécessitent qu'un médecin puisse intervenir à tout moment.

Le ministère de la Santé, fin 2009, a décidé d'explorer les pratiques avancées de chacune des trois spécialités avec un objectif : définir les pratiques nouvelles que pourraient réaliser tous les infirmiers concernés moyennant une formation complémentaire, ainsi que les pratiques que seuls pourrait exécuter une partie d'entre eux en vue de répondre aux besoins de santé.²⁹

L'Unaibode³⁰, l'Aeeibo³¹, des syndicats, des chirurgiens ainsi que des représentants des associations des autres infirmiers spécialisés se sont réunis durant trois journées.

Les discussions mettent en lumière l'exercice illégal : les IBODE ont décrit les activités de par leur formation théorique, pratique et clinique et parallèlement ce qui est permis au regard de l'article R4311-11 du code de la Santé Publique. Cette discordance est le cœur du problème de ce mémoire ...

Quelques exemples : l'installation du patient en position chirurgicale sans la présence du chirurgien, le drapage, l'hémostase, l'utilisation de pinces à sutures

²⁸ Inter bloc Tome XXIX, Hors-série, mai 2010

²⁹ Inter bloc Tome XXIX, Hors-série, mai 2010

³⁰ Unité nationale des associations d'infirmières de bloc opératoires

³¹ Association des enseignants et des écoles d'infirmières de bloc opératoire

mécaniques, l'utilisation de l'amplificateur de brillance, la réalisation de sutures et ligatures ... (Annexe 3)

Au cours de ces séances les IBODE ont démontré que la profession pouvait élargir ses compétences, par exemple : *" l'assistance opératoire avec la prise en charge possible (sur prescription) des installations chirurgicales, de la pose des drains et de leur fixation ou de la fermeture cutanée, l'activité dans la chirurgie assistée par la "robotique" notamment, la prescription limitée lors des consultations pré et postopératoires, la subsidiarité aux manipulateurs en radiologie médicale pour les radioscopies..."* ³²

Il paraît évident qu'il s'agit d'un manquement non seulement au niveau des textes régissant notre profession, mais également au niveau des connaissances juridiques de l'IBODE/IBO sur la question.

Quels facteurs influencent l'IBODE et l'IBO à effectuer des actes juridiquement non reconnus ?

Une description des actes dans le Code de la Santé Publique permettrait-elle aux IBODE et IBO d'exercer ces actes en toute connaissance de cause ?

Ce travail a pour but de vérifier ou d'infirmer ces hypothèses. Pour cela j'élaborerai un questionnaire destiné aux IBODE et IDE d'un hôpital public et d'une clinique privée. Cet outil me permettra d'étudier leurs comportements et leurs motivations à exercer ce type d'acte, de connaître leurs opinions et par la même leur connaissance juridique à propos du sujet.

³² Interbloc Tome XXIX, Hors-série, mai 2010

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Les participants

L'échantillonnage

Le questionnaire (Annexe 4) n'a pas été uniquement élaboré pour des IBODE car celui-ci n'aurait pas été représentatif. J'ai donc choisi d'interroger des IBODE et des IBO. Les aides-soignantes faisant fonction d'aide-opérateur ont été volontairement exclues.

L'éthique

Les questionnaires, avant d'être diffusés, ont reçu l'autorisation des directeurs des soins des établissements concernés par cette recherche. Les cadres des différents blocs opératoires ont ensuite été contactés par mes soins afin de définir les modalités de diffusion et de recueils des questionnaires.

Ceux-ci sont proposés aux IBODE et IBO sans obligation, il est introduit par un bref exposé du thème de la recherche, l'anonymat y est garanti, les résultats exploités aux seules fins de cette recherche.

L'échantillon

Sont ciblés par cette étude des IBODE et des IBO exerçant au sein d'un bloc opératoire dans deux établissements distincts. Pour que mon étude soit représentative, j'ai recueilli 30 questionnaires en totalité.

Le matériel

Enumération du matériel

J'ai choisi d'utiliser un questionnaire comprenant 12 questions. Le but est de permettre une diffusion sur plusieurs sites et garantir une certaine liberté d'expression possible au travers du support écrit.

Construction de l'outil de recherche

L'outil a été testé au préalable auprès de différentes collègues de ma promotion pratiquant ou ne pratiquant pas de sutures ou ligatures dans leurs blocs opératoires respectifs. Il s'agissait de vérifier la pertinence des questions, leur bonne compréhension et leur interprétation. Lors de mes premières exploitations j'ai pu constater que certaines questions étaient mal formulées et pouvaient induire la réponse. J'ai donc ciblé et placé les questions dans une logique pertinente pour mon interprétation.

Validité de l'outil

Le questionnaire a été validé par Madame la Directrice de l'Ecole mais aussi par mon directeur de mémoire Mademoiselle Julie Leonhard.

Description de l'outil

La première question est à mettre en relation avec la troisième, elle permet de déterminer le nombre d'IBODE et le nombre d'IBO effectuant des sutures et ligatures.

La deuxième question est en rapport avec l'article R. 4311-11 du Code de la Santé Publique, elle montre comment l'expression "*en présence de l'opérateur*" est interprétée étant donné que le texte de loi ne le stipule pas.

La seconde partie de la troisième question vise à identifier le type de ligature et de suture, d'en mesurer son degré c'est-à-dire de savoir s'il s'agit d'une fermeture cutanée avec un simple agrafage ou si la sous peau a été également suturée par l'infirmier.

La quatrième question détermine la fréquence de l'acte.

Les questions n°5 et n°6 évaluent le comportement du personnel soignant sur la pratique de ces actes.

Les questions n°7 et n°8, avec liste de pointage, déterminent quels facteurs motivent le personnel à effectuer ou non les sutures et ligatures.

La question n°9 fait appel aux connaissances juridiques du soignant sachant que l'ERIBODE définit la pratique de sutures et ligatures comme une participation à la

mise en œuvre par le médecin de cette technique, mais qu'il n'y a pas de texte qui précise l'exécution de ces actes.

La question n°10 fait également appel aux connaissances juridiques du personnel.

La onzième question permet de mesurer la motivation du soignant à effectuer ce geste tout en sachant qu'il n'a pas le droit de l'effectuer.

La douzième question est posée afin de vérifier si l'IBODE/IBO a bien conscience de partager sa responsabilité avec le chirurgien si c'est lui qui effectue la suture cutanée du patient par exemple.

Le déroulement de la collecte

Le moment et le lieu

La diffusion des questionnaires sur les deux sites hospitaliers (Hôpital Clinique Claude Bernard à Metz, HPM³³ Site Belle-Isle) a débuté dès accords des hôpitaux reçus et l'entrevue avec les cadres de bloc opératoire.

La diffusion des questionnaires s'est établie comme suit :

- Du 1^{er} au 20 novembre au sein de l'Hôpital Clinique Claude Bernard.
- Du 25 novembre au 10 décembre au sein de l'HPM Site Belle – Isle.

15 questionnaires ont été respectivement récupérés sur chaque lieu.

La tâche

Le questionnaire se compose de 3 feuilles comprenant la page de présentation du thème de la recherche. Il est rempli de manière individuelle.

Les consignes

Il n'existe aucune consigne particulière, seule la sincérité des réponses est souhaitée.

Le temps alloué

³³ Hôpitaux Privés de Metz

Le temps nécessaire afin de répondre aux 12 questions est laissé au discernement de chaque IBODE et IBO.

CONCLUSION

La perception de l'étendue de la responsabilité de l'IBODE dans l'organisation du bloc opératoire est très variable d'un établissement à l'autre, voire d'une personne à l'autre. Il faut dire que la réponse à cette question va dépendre de la répartition des tâches qui a été déterminée avec le cadre du bloc qui confie des missions spécifiques l'IBODE ou encore à l'IBO (traçabilité, vigilances, rédaction du tableau, vérification de la mise en œuvre des procédures de stérilisation ou du respect des bonnes pratiques en matière d'hygiène). Dans les établissements où l'enquête a été menée 66,6 % des IBODE et IBO confondus pratiquent les sutures et ligatures. Certes, un résultat attendu ... mais le plus frappant, confortant mon hypothèse : 26,6 % du personnel interrogé pense que la pratique des sutures et ligatures est encadré par un texte juridique. Et 26,6 % des sondés n'a aucune connaissance juridique sur la question... Plus de la moitié du personnel interrogé pratique ces actes (57 %), ne sachant pas s'ils y sont autorisés.

De manière générale, et peut être un peu trop générale, l'article R. 4311-11 du Code de la Santé Publique, comme nous l'avons vu précédemment, décrit les missions de l'IBODE et de l'IBO de façon extrêmement vaste et permettent de redouter que les magistrats mettent en jeu la responsabilité de ces derniers. D'autant plus redoutable que ce texte est applicable non seulement aux IBODE mais également à toute IDE exerçant au bloc. Il rappelle que tout infirmier au bloc opératoire doit se sentir concerné par l'organisation et être un acteur actif de la prévention des risques en signalant sans délai tout dysfonctionnement. Il en est ainsi des incidents affectant le matériel chirurgical (étincelle au niveau d'un câble de bistouri électrique), de l'utilisation abusive d'un matériel non professionnel (micro-onde pour chauffer le sérum physiologique), du défaut de maintenance préventive du matériel, de mauvaises pratiques récurrentes (refus d'un chirurgien de laisser les infirmiers compter les compresses, sutures de la peau par les infirmiers...).

Alors pourquoi dans ce lieu de haute technicité les pratiques ne sont-elles pas encadrées ? Pourquoi le gouvernement ne met-il pas en place un décret de compétence spécifique aux IBODE en plaçant les pratiques avancées dans un cadre légal ? La mise en place d'une liste exhaustive des actes de l'IBODE permettrait d'encadrer les pratiques quotidiennes, mais la difficulté majeure dans l'élaboration de cette liste est de ne rien y oublier.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

CORNU G., Vocabulaire juridique, *compétences*, PUF 1992, p.165

CHENU F., " *Vers une définition opérationnelle de la notion de compétence*", Éducation permanente, n°162, pages 201-208

JOUNIN N., WOLFF L., " *Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé* ", rapport de recherche

UNAIBODE, *Pratiques et Références de l'infirmier(e) de Bloc Opératoire*, Masson, Savoir et Pratique Infirmière, 2^{ème} édition

Le métier d'IBODE, Masson, 2^{ème} édition, 2004

Articles

DECROIX G., " IBODE : une responsabilité complexe ", Juriste, Le Sou Médical, Groupe MACSF, 20/12/2010

Inter bloc Tome XXIX, Hors-série, mai 2010

La responsabilité juridique de l'ibode (2/2), *Inter bloc*, Vol.27, N°3 – septembre 2008, Tribunal correctionnel, Brest, 13 mai 2003

Lettre de Jurisprudence, Tribunal Administratif de Rennes, Responsabilité de la puissance publique, n°42, 20 mars 2004" La responsabilité juridique de l'ibode ", *Inter bloc*, tome XXVII, n°3, p.210

Lettres Hospitalières, Jurisprudence commentée, Cour administrative d'appel de Bordeaux, 10 juillet 2008

POUCHELLE M-C., " Regard d'une ethnologue sur le métier d'IBODE ", *Inter bloc*, Vol 27, n°3, septembre 2008 p. 182-185

Revue *Droit, déontologie et soin*, revue trimestrielle, volume 7, juillet 2007

Textes législatifs

Circulaire DGS/PS3/DH/FH1 n°96-31, 19 janvier 1996 en application du décret de compétence de la profession d'infirmier du 29 juillet 2004, collaboration aide-soignant infirmier

Code de la Santé publique : Article R.4311, R.4312

Code Pénal : Article 121 et 122

Code civil : Article 1382

Décret de compétence du 29 juillet 2004

Loi n°2000-647 du 10 juillet 2000, publication au Journal Officiel le 11 juillet 2000

Loi n°299 du 21 décembre 2006, publication au Journal Officiel le 27 décembre 2006

Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, parue au J.O le 14 juillet 1983, article 28

Textes

Gagnayre R., J-F d'Ivernois Actualité et Dossier en Santé Publique (ADSP). "*Les compétences des soignants en éducation thérapeutique*", Laboratoire de Pédagogie des sciences de la Santé, éducation et observance, N°52 Septembre 2005, Rubriques Etudes

BERLAND Y., "*Transfert de compétences ou nouvelles qualifications ?*", Rapport, Octobre 2003

Référentiel de compétences : Diplôme d'Etat d'Infirmier de Bloc Opérateur, DHOS, version du 23 janvier 2009

Risques au bloc opératoire - DRASS Midi-Pyrénées - CCREVI - janv. 2007 "*Compétences et Responsabilités : Interface entre les différents acteurs en bloc opératoire*"

Webographie

Légifrance.gouv.fr :

Cour d'assises Toulouse 19 mars 2002, n°2002/00234

Tribunal correctionnel, Brest, 13 mai 2003

Tribunal Administratif, Rennes, 20 mars 2004

LA RESPONSABILITE JURIDIQUE DE L'IBODE : DES TEXTES A LA PRATIQUE

Mots clés :

Glissements de tâches, transfert de compétences, responsabilités, sutures et ligatures.

Résumé :

Suivant la gravité de sa faute et de ses conséquences, l'infirmier peut comparaître devant différents tribunaux (tribunal de police, tribunal correctionnel, cour d'Assise). Quelle est la nature de ces fautes ? Citons les atteintes involontaires à l'intégrité de la personne, le manquement délibéré à une obligation de sécurité ou de prudence, la mise en danger d'autrui, la non-assistance à personne en péril ou bien encore la violation du secret professionnel. D'autres fautes pénales sont également susceptibles d'engager sa responsabilité, comme, par exemple, l'exercice illégal de la profession de médecin. Les fautes engageant la responsabilité civile et administrative conduisent les établissements à verser une compensation financière pour les dommages et intérêts au patient victime d'un préjudice. La pratique des sutures et ligatures au bloc opératoire est un acte réservé au médecin. De par sa formation l'IBODE a la compétence matérielle pour les effectuer mais n'en possède pas la compétence juridique, il en va de même pour l'IBO expérimenté. Les infirmiers savent-ils que leur responsabilité est mise en jeu ? Pourquoi pratiquent-ils des actes illégaux ? En tant qu'IBODE où en sommes-nous dans les pratiques avancées?

Autorisation de diffusion :

Je soussignée LETELLIER Charlotte, autorise la diffusion de mon travail.

Fait à Nancy, le 31 janvier 2011