

# NOUVEAUX CAHIERS DE L'INFIRMIÈRE

sous la direction de

Léon Perlemuter - Jacques Quevauvilliers - Gabriel Perlemuter - Béatrice Amar - Lucien Aubert - Laurence Pitard

## Législation, éthique et déontologie, responsabilité, organisation du travail

SOINS INFIRMIERS



L. Aubert  
R. Eccli  
J. Eggers  
M.-H. Renault  
M. Samson



Nouvelle édition

4

avec à l'intérieur  
un cahier d'entraînement

**MASSON**

Copyrighted material

Hidden page

NOUVEAUX CAHIERS DE L'INFIRMIÈRE

4

*Législation, éthique  
et déontologie, responsabilité,  
organisation du travail*

This One



80NW-QF7-94WP

Copyrighted material

Hidden page

# NOUVEAUX CAHIERS DE L'INFIRMIÈRE

sous la direction de

**L. PERLEMUTER**  
*Professeur des universités*

**J. QUEVAUVILLIERS**  
*Professeur émérite*

**G. PERLEMUTER**  
*Professeur des universités  
Praticien hospitalier*

**B. AMAR**  
*Cadre infirmier-formateur*

**L. AUBERT**  
*Directeur d'école paramédicale*

**L. PITARD**  
*Infirmière diplômée d'État*

## 4

avec à l'intérieur un  
« cahier  
d'entraînement »

# Législation, éthique et déontologie, responsabilité, organisation du travail

**Lucien AUBERT**

*Directeur d'école paramédicale, diplômé de l'Institut d'administration des entreprises (IAE) :  
titulaire du DESS d'économie et de gestion des services de santé (université Dauphine, Paris),  
diplômé en santé publique*

**René ECCLI †**  
*Diplômé de l'ENSP*

**Marie-Hélène RENAULT**  
*Directeur  
Hospices civils de Lyon*

**Jérôme EGGERS**  
*Directeur des soins,  
coordonnateur général (CH de Laval)  
Maîtrise en gestion hospitalière  
Diplômé de l'ENSP*

**Manuelle SAMSON**  
*Cadre supérieur de santé  
Assistance publique  
(Hôpitaux de Marseille)*

**Thérèse VALETTE †**  
*Directrice du service  
de soins infirmiers  
(CHU de Saint-Étienne)*

Avec la collaboration de :

*Laurence JACACK-MEYRE, infirmière libérale*

*Germain DECROIX, juriste au SOU médical*

*Jean-Loup DUROUSSET, directeur du centre hospitalier privé de la Loire (Saint-Étienne)*

*Marcus ENYOUMA, formateur en sciences humaines*

4<sup>e</sup> édition

 **MASSON**

Copyrighted material



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ».

Cette pratique, qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisations de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. : 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle par quelque procédé que ce soit des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2007 Elsevier Masson S.A.S. – Tous droits réservés

ISBN : 2-294-08054-8

EAN : 978-2-294-08054-8

ELSEVIER MASSON S.A.S.

62, rue Camille Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux Cedex

# Avant-propos de la collection

---

Le programme de formation en soins infirmiers articule les activités de soins avec la pathologie médicale et chirurgicale. L'ensemble de l'enseignement des Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) est donc harmonisé avec celui des autres pays de la Communauté européenne.

L'objectif de la collection des *Nouveaux Cahiers de l'Infirmière* est de répondre aux critères de formation et d'exercice de la profession d'infirmier. Nous avons donc respecté le découpage et le contenu des enseignements en modules, respectant ainsi la grande liberté pédagogique des IFSI.

## **Comment cette collection des Nouveaux Cahiers de l'Infirmière a-t-elle été réalisée ?**

Elle a été confiée à des équipes d'enseignants, médecins, cadres infirmiers, connus pour leur compétence pédagogique et pour la qualité de leur travail en commun. Le but est de répondre aux besoins réels des IFSI. Les directeurs de cette collection se sont montrés particulièrement vigilants à cet égard.

## **Que contiennent ces Nouveaux Cahiers de l'Infirmière ?**

On trouvera dans chaque fascicule l'exposé concernant les connaissances — le savoir — mais aussi, dans les modules de soins, des fiches concernant le savoir-faire (*protocoles de soins, protocoles d'examen*) et le savoir-être (*démarches infirmières*). Les cas concrets permettent au lecteur de se situer par rapport à des situations réelles.

L'utilisation quotidienne des médicaments par les infirmières et leur responsabilité de plus en plus grande dans la surveillance des traitements nous ont incités à inclure, pour chaque pathologie, des rubriques de *pharmacologie pratique* où sont indiqués non seulement les noms commerciaux des médicaments mais aussi leurs principales propriétés, contre-indications, effets indésirables et la surveillance.

La démarche infirmière fait l'objet d'un développement entièrement nouveau au début des cahiers de pathologies. Sont ainsi développés : l'accueil du patient, les soins infirmiers spécifiques, le plan de soins infirmiers, les diagnostics prévalents, les transmissions, la sécurité sanitaire, les modalités de sortie du patient. La démarche de soins est illustrée par des cas cliniques.

## **La forme des Nouveaux Cahiers de l'Infirmière est entièrement nouvelle**

Nous avons voulu que la lecture en soit agréable, et surtout que la mémorisation soit largement facilitée. L'impression en deux couleurs et en deux colonnes, la clarté de la mise en page et la disposition des schémas et des illustrations ont fait l'objet de tous les efforts du comité de rédaction et des éditeurs.

Nous désirons que cette collection soit votre collection. Nous serons donc attentifs aux remarques et aux suggestions que vous voudrez bien nous faire. Auteurs, directeurs et éditeurs de la collection des *Nouveaux Cahiers de l'Infirmière* ont travaillé avec enthousiasme pour que les lecteurs et lectrices disposent d'ouvrages qui leur permettent de réussir dans les meilleures conditions leur diplôme d'État. Il en vaut la peine !

Léon PERLEMUTER, Jacques QUEVAUVILLIERS, Gabriel PERLEMUTER,  
Béatrice AMAR, Lucien AUBERT, Laurence PITARD

Hidden page



# Table des matières

---

Avant-propos de la collection .....	V
<hr/>	
<b>1. Les principes fondamentaux du droit .....</b>	<b>1</b>
<hr/>	
<b>Le droit privé .....</b>	<b>1</b>
<i>Le droit civil (1) — Le droit commercial (2) — Le droit rural (2) — Le droit social (2) —     Le droit judiciaire privé (2) — Le droit pénal (3) — Le droit international privé (3)</i>	
<b>Le droit public .....</b>	<b>3</b>
La notion de droit public .....	4
<i>La distinction du droit public et du droit privé (4) — Les sources du droit public (4) — Le         contenu du droit public (4)</i>	
Les branches du droit public .....	5
<i>Le droit constitutionnel (5) — Le droit administratif (5) — Le droit financier (5) — Le droit         international public (6)</i>	
<b>Le droit juridictionnel .....</b>	<b>6</b>
Les juridictions judiciaires .....	8
<i>Les juridictions ordinaires (8) — Les juridictions spécialisées (9) — La Cour de cassation (10)</i>	
Les juridictions administratives .....	10
Les juridictions extérieures aux deux ordres .....	11
<hr/>	
<b>2. Législation du travail dans le secteur privé et public .....</b>	<b>13</b>
<hr/>	
<b>Généralités .....</b>	<b>13</b>
Le contrat de travail .....	13
<i>Dans le secteur privé (13) — Dans le secteur public (14) — Le contrat d'apprentissage (15)</i>	
Les caractéristiques générales .....	15
<i>Les priorités d'emploi aux handicapés et aux mutilés (17)</i>	
Les conventions collectives .....	18
Le bulletin de salaire .....	18
Les congés .....	20
Les institutions représentatives du personnel .....	23
<b>Fonction publique hospitalière .....</b>	<b>25</b>
La carrière d'un agent public hospitalier .....	26
Les droits et obligations d'un fonctionnaire .....	30
<i>Les droits (ou garanties) (30) — Les obligations (loi 83-634 du 13 juillet 1983) (31)</i>	
Rémunération, indemnités et primes .....	32
<i>Grille 1 : personnel de catégorie B. Classe normale (32) — Grille 2 : personnel de catégorie         B. Classe supérieure (33) — Grille 3 : personnel de catégorie A. Cadre de santé — Grille 4 :         infirmières spécialisées (IADE, IBODE...) (33)</i>	
Organisation du temps de travail .....	33
<b>Les associations .....</b>	<b>34</b>
<i>Définition (article 1 de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901) (34) — Les associations en quelques chiffres     (34) — Caractéristiques des associations (34) — Différentes catégories d'associations (34)     — Unions, fédérations et confédérations d'associations (35) — Création d'une association     (35) — Statuts de l'association (35) — Conclusion (36)</i>	

<b>Codes de la santé publique, de l'action sociale et des familles</b> .....	36
<i>Le Code de la santé publique (36) — Le Code de l'action sociale et de la famille (39)</i>	
<hr/>	
<b>3. Éthique et déontologie</b> .....	41
<hr/>	
<b>Notion d'éthique</b> .....	41
Historique .....	41
Les différentes conceptions de l'éthique .....	42
<b>Notion de morale</b> .....	44
<b>Déontologie</b> .....	46
<b>Les différentes religions</b> .....	47
Les différentes religions dans le monde .....	48
<b>Les droits de l'homme et de l'enfant</b> .....	51
Droits de l'enfant .....	51
Droits de l'homme .....	54
<b>Déclaration universelle des droits de l'homme (décembre 1948)</b> .....	58
<b>Secret professionnel et exercice infirmier</b> .....	61
Les références pénales .....	61
Article 226-13 du Code pénal (61) — Article 226-143 (JO du 3/1/2004, Art. 11) (61)	
Les références au Code de la santé publique .....	61
Code de la santé publique — article L. 4314-3 (61)	
Nature du secret .....	62
Cas particuliers .....	62
Les dérogations (62)	
Les expertises médico-légales .....	63
Le secret professionnel et l'hôpital .....	63
Les personnes tenues au secret professionnel .....	64
Le cas particulier des transplantations d'organes .....	65
Sanctions en cas de manquement au secret professionnel .....	65
Sanctions pénales (65) — Sanctions civiles (65) — Sanctions administratives (65)	
Conclusion .....	65
<b>Droits des patients</b> .....	67
L'évolution hospitalière et le statut du malade .....	67
Des droits de l'homme au droit à la santé .....	68
Citoyenneté et droit à la santé .....	68
La protection de la santé et les soins (68) — Le droit au libre choix (68) — Le respect de la dignité et des libertés individuelles (69) — L'obligation d'informer (69) — L'information des malades (69) — L'accès au dossier médical (70) — Le consentement aux soins (70)	
Le patient hospitalisé .....	70
Le patient hospitalisé en établissement de santé publique (70) — Le patient hospitalisé en établissement de santé privé (72) — Indemnisation, réparation des risques sanitaires (72) — La représentation des usagers (72)	
Vie privée, confidentialité et protection du patient hospitalisé .....	72
Droit de l'image (73) — Respect de l'anonymat (73) — Chez le mineur (73) — Chez le majeur incapable (73)	
La souffrance et la mort à l'hôpital .....	73
Lutte contre la douleur et soins palliatifs (73) — Le décès à l'hôpital (74)	
Euthanasie .....	74
La bioéthique et ses activités .....	76

Recherche biomédicale .....	76
Définition de la recherche biomédicale sur l'homme (77) — Catégories de recherche médicale (77) — Le promoteur (77) — La personne qui se prête à la recherche (77) — Exemples et pistes de réflexion (78)	
Activité liée à la génétique .....	79
Don et utilisation des éléments et produits du corps humain .....	79
Principes généraux de la loi (79) — Prélèvements d'organes (79) — Tissus, cellules et produits du corps humain (80) — L'agence de la Biomédecine (80)	
Assistance médicale à la procréation .....	81
Diagnostic prénatal et interruption volontaire de grossesse (IVG) .....	81
Diagnostic prénatal (81) — Interruption volontaire de grossesse (81)	
<hr/>	
4. Formation, Exercice .....	87
<hr/>	
<b>Les professions de soins</b> .....	87
Infirmier(e) .....	87
Généralités (87) — Les études d'infirmier(e) (87)	
<b>Représentation et expression de la profession au plan national et international</b> .....	91
Associations professionnelles nationales .....	91
Associations nationales et syndicats .....	92
Associations professionnelles internationales .....	92
Les différentes professions paramédicales non spécialisées (sauf celles de l'appareillage) ..	93
<hr/>	
5. La profession d'infirmier(e) et sa réglementation .....	99
<hr/>	
<b>L'infirmier(e) dans le secteur privé</b> .....	99
Le statut juridique .....	99
L'organisation fonctionnelle et financière .....	100
<b>L'infirmier(e) dans le secteur libéral</b> .....	100
Notions fondamentales .....	100
Indépendance (100) — Désintéressement (100)	
Conditions d'installation .....	101
Formalités à accomplir en vue d'une installation .....	102
L'installation proprement dite et l'informatisation .....	102
Lettres clés, coefficient et nomenclature des actes professionnels .....	102
Le remplacement .....	102
Le travail temporaire .....	103
<b>La responsabilité professionnelle infirmière</b> .....	103
De quelle manière la responsabilité de l'infirmier(e) peut-elle être recherchée ? .....	104
Comment les magistrats apprécient-ils la responsabilité infirmière ? .....	105
Quelles sont les situations à risque ? .....	106
Vérifications avant l'acte infirmier (106) — Erreur pendant la réalisation de l'acte (106) — Faute de surveillance (107)	
Précautions à prendre .....	107
<b>Textes relatifs à l'exercice de la profession d'infirmier(e)</b> .....	108
Infirmiers libéraux .....	110
Infirmiers salariés .....	110
Exercice illégal de la profession d'infirmier (usurpation de titre par exemple, détention de faux diplômes) .....	111
Arrêté 2004-800 du 29 juillet 2004 inséré au Code de la santé publique .....	111

6. L'organisation du travail .....	121
<b>La direction des soins</b> .....	121
Missions .....	121
Le coordonnateur général des soins .....	121
<b>Organigramme fonctionnel de la direction des soins</b> .....	122
Les acteurs de soins .....	122
<i>Profil fonctionnel d'une unité de soins (122) — Approche organisationnelle (124)</i>	
Qualité des soins .....	127
<i>Continuité des soins (128) — Évaluation des pratiques professionnelles (129)</i>	
Psychopathologie du travail .....	131
<i>Atteintes physiques (131) — Souffrance psychique (132) — Principes d'ergonomie (133)</i>	
<b>Bibliographie</b> .....	135
<b>Glossaire</b> .....	137
<b>Cahier d'entraînement</b> .....	141
<b>Index</b> .....	161

# Sommaire des fiches

---

## DOSSIER

RÉFLEXION ÉTHIQUE – SIDA :	
QUESTIONS D'ÉTHIQUE	
SUR DES ESSAIS CLINIQUES .....	43
SANTÉ ET ÉTHIQUE .....	44
OBSERVATOIRE MONDIAL DE L'ÉTHIQUE ...	56
LA SANTÉ EN PRISON .....	56
L'ACCÈS À L'EAU .....	57
LA VACCINATION, UN DROIT DE L'HOMME	57
CHARTRE DU PATIENT HOSPITALISÉ,	
CE QUI CHANGE .....	71

Hidden page

# Les principes fondamentaux du droit

# 1

Traditionnellement, le mot « droit » signifie un ensemble de règles de conduite qui, dans la société, gouvernent les relations des personnes juridiques entre elles et s'imposent à elles, au besoin par la contrainte.

C'est un droit objectif, en général suivi d'un qualificatif qui précise son objet :

- le droit privé ;
- le droit public, etc.

## Le droit privé

Le droit privé comprend les règles s'appliquant aux rapports des particuliers entre eux. C'est donc cette branche du droit qui indique, par exemple, comment se forment les contrats, quels sont leurs effets et la sanction de leur inexécution.

Le droit privé se compose lui-même de plusieurs branches qui vont être successivement présentées.

### Le droit civil

Le droit civil embrasse l'ensemble des règles relatives aux institutions, aux actes, aux rapports juridiques intéressant les particuliers dans leurs relations entre eux.

Son domaine englobe l'étude des personnes (état et capacité), des biens (propriété, servitudes, hypothèques), de la famille (mariage, divorce, filiation), des créances et de la responsabilité des régimes matrimoniaux, des successions et libéralités.

#### ► PERSONNES ET FAMILLE

Le droit civil se préoccupe des êtres humains à chaque moment de leur vie (exemples : règles protégeant l'enfant mineur, veillant au respect de la volonté des défunts).

Le droit civil va organiser la protection des mineurs et des malades mentaux (droit des incapacités), la protection de l'honneur et de la vie privée des personnes physiques. Il va établir le régime juridique du mariage et du divorce. Il va mettre aussi en place les règles de filiation s'appliquant notamment aux enfants naturels.



Fig. 1.1. Le droit privé et ses différentes branches.

#### ► LES ACCIDENTS, LA RESPONSABILITÉ

Entre deux personnes que ne lie aucun contrat, ni aucun rapport de famille, une relation pécuniaire peut naître dans le cas où la première occasionne un préjudice à l'autre. Selon les règles du Code civil, une personne peut être non seulement

responsable des dommages causés par sa propre faute, mais aussi de ceux causés par le fait d'autrui ou d'une chose.

#### ► LES GROUPEMENTS DE PERSONNES

Les juristes appellent « personne morale » un groupement de personnes doté d'une organisation et agissant dans un intérêt propre. Ce groupement est considéré comme un sujet de droit, comparable dans une certaine mesure à un être humain (exemples : association, syndicat).

## Le droit commercial

C'est une branche du droit privé appelée à régir les commerçants et les industriels dans l'exercice de leur profession : sociétés, fonds de commerce, actes de commerce, bourses, banques.

Il se subdivise tour à tour en : droit maritime, droit aérien, droit artisanal, droits intellectuels, droit bancaire, droit de la concurrence.

## Le droit rural

Le droit rural a trait à l'activité agricole, à l'aménagement foncier, aux animaux, aux cours d'eau, aux baux, à la chasse et à la pêche.

## Le droit social

Ce droit est fait de deux branches : le droit du travail, la Sécurité sociale.

► **LE DROIT DU TRAVAIL**, dans ses premiers éléments, a pris naissance au XIX<sup>e</sup> siècle avec la révolution industrielle; sa codification, opérée par fragments entre 1910 et 1927 a été révisée en 1973. Cependant, au fil du temps, le code du travail est devenu un document complexe et difficile d'accès. C'est en 2005, que le ministre délégué aux relations du travail a décidé de la remise à plat du code du travail.

Il intéresse la condition des salariés (durée du travail, hygiène, sécurité) et leur rémunération, la politique de l'emploi, le pouvoir du chef d'entreprise, la vie syndicale, les conventions collectives, la grève.

► **LE DROIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**, apparu à la Libération, aménage la protection des individus contre les divers risques de maladie, accidents du travail, invalidité, chômage, garantit les ressources après cessation d'activité, développe une politique familiale à travers une multitude de prestations :

- prestations générales d'entretien (allocations familiales, allocation de parent isolé);
- prestations liées à la naissance (allocation pour jeune enfant, allocation parentale d'éducation);
- prestations d'affectation spéciale (allocation de logement familial, allocation de rentrée scolaire).

## Le droit judiciaire privé

Cette discipline n'a pas pour unique vocation de prescrire la manière de faire valoir et de défendre ses droits en justice (déroulement de l'instance, administration de la preuve, jugement); elle règle également l'organisation et la compétence des différents tribunaux, ainsi que les voies d'exécution qui permettent de réaliser dans les faits les décisions de justice.

► **DEUX CODES SONT CONSACRÉS À CETTE MATIÈRE** : le Code de l'organisation judiciaire publié par décret du 16 mars 1978 et le Nouveau Code de procédure civile issu du décret du 5 décembre 1975.

Étant donné que la matière concernant l'organisation des juridictions est étudiée dans une autre partie, nous envisagerons ici plus spécifiquement la question de la procédure civile.

► **LE TERME DE PROCÉDURE** sert à désigner des réalités juridiques distinctes. Dans un sens large, il évoque une série de formalités à accomplir pour atteindre un résultat déterminé. Dans un sens plus étroit, il désigne l'ensemble des formalités par lesquelles une difficulté d'ordre juridique peut être soumise à un tribunal. À cet égard, la procédure civile relative aux procès entre particuliers s'oppose à la procédure pénale, à la procédure administrative.

Les situations que la procédure civile permet de régler ont le plus souvent un caractère subjectif. Ce sont les parties qui gardent l'initiative du procès, de son engagement ou de son arrêt, de son déroulement.



## Le droit pénal

► **LE DROIT PÉNAL, ENCORE DÉNOMMÉ DROIT CRIMINEL**, définit les comportements constitutifs d'infractions et détermine les sanctions qu'il faut leur appliquer. Le Code pénal proprement dit est tout récent. Promulgué le 22 juillet 1992, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 1994, il chasse le Code pénal précédent, issu de la codification napoléonienne (1810). Au droit pénal lui-même est intimement liée la procédure pénale (poursuite, juridictions d'instruction et de jugement, détention, sursis, casier judiciaire...) dont le code du même nom a succédé, en 1958, au code napoléonien d'instruction criminelle.

► **LE DROIT PÉNAL EST UNE BRANCHE DU DROIT POSITIF**

Il ne crée pas, le plus souvent, par lui-même une obligation nouvelle, mais il se contente d'apporter une sanction plus énergique aux règles déjà posées dans quelque autre branche du droit. C'est un droit sanctionnateur.

► **LE CONTENU DU DROIT PÉNAL**

Le droit pénal général étudie les conditions générales d'incrimination et les règles générales sur la fixation des peines. C'est le droit pénal général qui prévoit les diverses grandes catégories d'infractions en fonction de leur gravité relative et de leurs caractères essentiels, et qui attache à chacune de ces catégories un régime juridique déterminé.

## Le droit international privé

### Notion et application pratique

Les règles du droit international privé sont appelées à résoudre les multiples problèmes juridiques qui nais-

sent des rapports entre personnes privées lorsqu'il y a dans ces rapports des éléments internationaux.

### Objet

Comme objet du droit international privé, l'on peut citer, outre les conflits de lois :

- les *conflits de juridictions* : si un rapport privé à éléments internationaux provoque un litige, il faut savoir quel sera le tribunal compétent, quelle loi sera applicable à la procédure judiciaire, quelles seront les conditions de l'exécution du jugement rendu;
- la *nationalité* : souvent les règles de conflits désignent la loi applicable en fonction de la nationalité d'une personne;
- la *condition des étrangers* : leur statut juridique est intimement lié aux solutions des problèmes qui relèvent du droit international privé;
- le *droit privé matériel conventionnel* : plusieurs traités internationaux consacrent des règles de fond (matérielles) de droit privé qu'ils unifient sur le plan international.

### Les sources

Parmi les sources internes, on trouve : la législation (le Code civil), la jurisprudence, la doctrine. Parmi les sources internationales, on distingue : les traités internationaux et la jurisprudence internationale.

### Caractère autonome, national et original

Le droit international privé est en contact avec le droit privé interne et le droit international public, tout en gardant son indépendance envers ces disciplines.

En outre, chaque pays a son droit international privé propre.

## Le droit public

Dans toute société, l'on dénombre une infinie variété de rapports sociaux entre : propriétaires et locataires, employeurs et salariés, officiers et soldats, etc.

Mais chaque type de rapport suscite une réglementation particulière : le droit public correspond

au type de relations sociales s'établissant entre les gouvernants et les gouvernés.

Malgré la participation démocratique des citoyens à l'exercice du pouvoir, l'existence d'un pouvoir politique et administratif reste une caractéristique fondamentale de nos sociétés modernes.

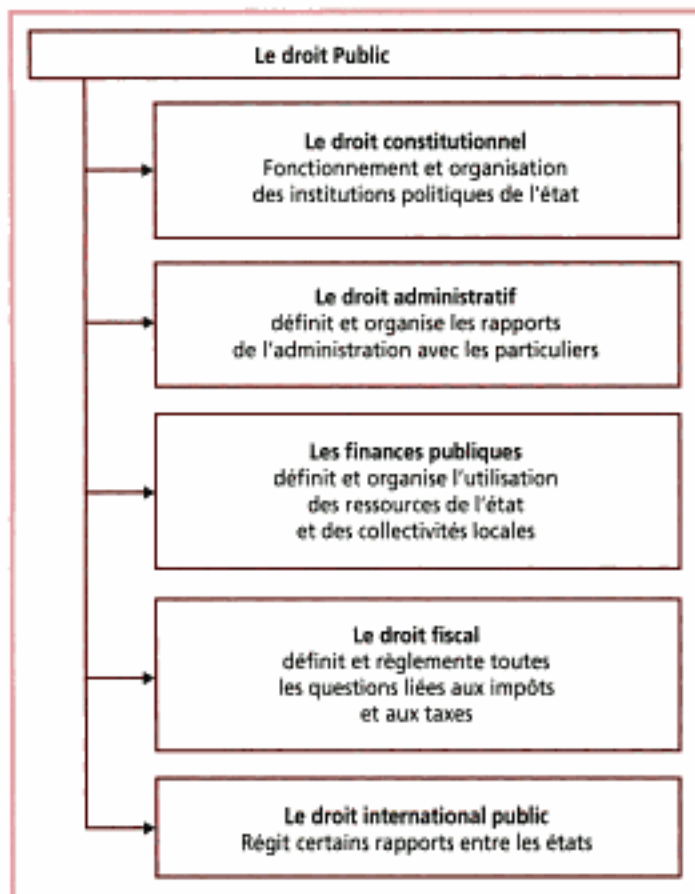


Fig. 1.2. Le droit public et ses différentes branches.

## La notion de droit public

### La distinction du droit public et du droit privé

#### ► LES ORIGINES DE LA DISTINCTION

Il existe dans notre société une autorité politique et administrative. De plus, l'enseignement du droit s'est divisé au fil du temps entre droit public et droit privé.

#### ► LE CONTENU DE LA DISTINCTION

Droit public et droit privé se distinguent tant matériellement (le critère est l'intervention de l'État dans les rapports juridiques) que formellement (le critère est l'utilisation de techniques juridiques étrangères au droit privé) et que fonctionnellement (le critère est la présence de règles destinées à la sauvegarde de l'intérêt général).

#### ► LES LIMITES DE LA DISTINCTION

Actuellement, les activités publiques et privées s'interpénètrent de telle sorte que l'État agit souvent selon des techniques juridiques du droit commun alors que les particuliers se voient appliquer des règles considérées traditionnellement comme de droit public.

### Les sources du droit public

Le droit public a été l'œuvre de la jurisprudence et de la doctrine.

#### Les sources politiques

En France, une tradition autoritaire et une tradition libérale sont aisément décelables. Leur « mariage réussi » est à l'origine des bases politiques du droit public français.

#### Les sources juridiques

À partir des idéologies politiques venant d'être citées, s'est élaborée la construction juridique qui porte le nom de droit public. Ce droit a été pendant longtemps un droit plus « primitif » que le droit privé. La coutume, la jurisprudence et la doctrine occupent une place importante parmi ses sources.

#### ► LES SOURCES CONSTITUTIONNELLES ET LÉGALES

• Parmi elles, on peut citer la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen (26 août 1789) qui a été réaffirmée par les préambules des constitutions de 1946 et 1958.

#### ► LE RÔLE DE LA DOCTRINE

L'insuffisance des règles écrites caractérisant le droit public explique le rôle important joué par la doctrine dans l'élaboration de ce droit. Le développement de chacune des disciplines du droit public a résulté dans une très large mesure de l'œuvre des professeurs de facultés de droit ayant exercé une influence décisive.

### Le contenu du droit public

#### Les notions fondamentales du droit public

La notion d'autorité constitue l'élément principal qui fonde la spécificité et l'autonomie du droit public. Dans les rapports de l'État et de ses agents, l'autorité engendre la hiérarchie dont le corollaire est la couverture par l'agent supérieur des actes de

ses subordonnés. De plus, seule une autorité administrative — par opposition à un simple agent — a le pouvoir de prendre des décisions exécutoires applicables aux citoyens.

Le principe de légalité signifie que l'administration doit respecter la règle de droit. Le bloc de légalité comprend un ensemble de règles juridiques très variées, mais toutes respectables à des degrés divers. Les compétences de l'administration doivent être expressément prévues par un texte ou par un principe juridique.

## Les branches du droit public

Traditionnellement, le droit public comporte quatre branches :

- *droit constitutionnel* ;
- *droit administratif* ;
- *droit financier* ;
- *droit international public*.

### Le droit constitutionnel

Le droit constitutionnel définit et organise les modalités de fonctionnement de l'état ainsi que des institutions publiques à caractère politique.

Le droit constitutionnel donne la possibilité de déterminer la nature du régime politique de l'état (parlementaire, présidentiel...).

#### Pour illustrer ce passage :

Les institutions publiques et administratives se composent d'un pouvoir exécutif :

- le Président de la république ;
- le Gouvernement ;
- le Parlement exerçant un pouvoir législatif ;
- l'Assemblée nationale composée des députés, tous élus au suffrage universel direct pour 5 ans ;
- le Sénat composé de sénateurs, tous élus au suffrage universel indirect pour 9 ans ;
- le Conseil constitutionnel, qui partage avec le Président de la République la fonction de gardien de la Constitution.

► **PAR EXEMPLE :** la Constitution de la V<sup>e</sup> République de 1958 considère que le pouvoir exécutif est bicéphale :

- le Président de la République est élu pour 5 ans au suffrage universel depuis 2005 ;

- le Gouvernement, se compose du Premier Ministre, désigné par le Président de la République ainsi que des différents ministres ou secrétaires d'état.

### Le droit administratif

Le droit administratif est issu du droit public ; son objet étant de gérer les rapports entre l'administration et les particuliers.

Le droit administratif a comme missions de définir et d'organiser les différents services publics (armée, police, éducation, santé...).

Le droit administratif gère également le statut de l'ensemble des fonctionnaires.

#### Pour illustrer ce passage :

En France il existe trois fonctions publiques distinctes :

- la fonction publique d'état (ex : éducation nationale, armée, police) ;
- la fonction publique territoriale (ex : commune, conseil général et régional) ;
- la fonction publique hospitalière (ex : hôpitaux publics).

Les infirmiers peuvent trouver des emplois au sein de ces trois fonctions publiques, notamment la fonction publique hospitalière est le plus grand pourvoyeur d'emploi pour les infirmiers.

### Le droit financier

Selon la théorie classique, c'est l'étude des moyens par lesquels l'État se procure les ressources nécessaires à la couverture des dépenses publiques et en répartit la charge entre tous les citoyens. Mais, du fait de l'interventionnisme étatique, cette théorie a évolué.

#### Le rôle nouveau des finances publiques

À côté des dépenses destinées à assurer le fonctionnement des services publics, sont apparues des dépenses d'investissements destinées à financer des biens susceptibles d'entraîner un accroissement du produit national (exemples : routes, écoles, hôpitaux) et des dépenses de transfert redistribuant aux couches sociales les revenus de la nation (exemple : bourses d'étudiants).

### Les procédures financières

► **L'ÉTABLISSEMENT DU BUDGET DE L'ÉTAT.** Le projet de budget est un *état prévisionnel*. Il est une autorisation donnée par le parlement qui permet aux services publics de l'État de l'exécuter.

► **L'EXÉCUTION DU BUDGET DE L'ÉTAT.** L'exécution des opérations de recettes et de dépenses publiques comporte deux phases :

- Une phase administrative au cours de laquelle sont prises les décisions de recettes ou de dépenses.
- Une phase comptable au cours de laquelle est effectué le paiement de la dépense ou l'encaissement de la recette.

Ces deux phases ont été confiées à deux corps d'agents publics indépendants l'un de l'autre : les ordonnateurs et les comptables publics. C'est la règle de la *séparation des ordonnateurs et des comptables publics* (exemple : à l'hôpital, l'ordonnateur de dépense est le directeur ; le comptable ou « le payeur » est le trésor public).

► **LE CONTRÔLE DE L'EXÉCUTION DU BUDGET DE L'ÉTAT.** La Cour des comptes et, depuis 1982, les chambres régionales des comptes, exercent un contrôle de type juridictionnel. En outre, le parlement peut faire des observations par le vote de la loi de règlement.

## Le droit international public

Branche la moins juridique du droit public, c'est un mélange de règles tacitement admises et constamment respectées et de règles juridiques que la pratique internationale ne respecte

jamais. Le droit international public reste le droit des États, assorti de quelques éléments de « supranationalité ».

### Structure de la société internationale

Les États se reconnaissent à l'existence d'un territoire où vit une population sur laquelle est exercé un ensemble de pouvoirs publics.

Les institutions internationales telles la Société des nations (aujourd'hui Organisation des nations unies) ont eu la vocation juridique la plus large. Cependant, c'est dans des domaines spéciaux et « techniques » que les institutions internationales sont promises au plus grand avenir (exemple : alliances militaires comme l'OTAN ou le pacte de Varsovie).

Les individus et les peuples sont de plus en plus destinataires de règles de droit international établies à leur bénéfice, même s'ils ne sont pas sujets directs, comme l'État, du droit international.

### Les relations internationales

Cette discipline cherche à déterminer quelles sont les composantes réelles de la société internationale — forces politiques, doctrines politiques — et comment agissent ces forces dans la vie internationale.

Du point de vue du fond, les relations internationales permettent de découvrir, au-delà des règles juridiques non respectées, des règles de jeu admises, fût-ce tacitement dans la société internationale (exemple : guerre froide puis coexistence pacifique).

## Le droit juridictionnel

► **LE TERME DE « JURIDICTION » EST GÉNÉRIQUE.** Les juridictions sont appelées « tribunaux » au premier degré et « cours » aux échelons supérieurs. Ces différences terminologiques ont leur prolongement dans le nom porté par les actes juridictionnels : les tribunaux rendent des « jugements » et les cours des « arrêts ».

La distinction traditionnelle est celle des juridictions de droit commun et des juridictions d'exception.

► **SONT DES JURIDICTIONS DE DROIT COMMUN :**

- En matière de droit privé : le tribunal de grande instance et la cour d'appel.
- En matière pénale : le juge d'instruction ; la chambre d'accusation ; le tribunal correctionnel ; la cour d'assises ; la chambre des appels correctionnels.
- En matière administrative : le tribunal administratif et les cours administratives d'appel.

Toutes les autres juridictions sont d'exception ou spécialisées : la Cour de cassation, le Conseil d'État, le

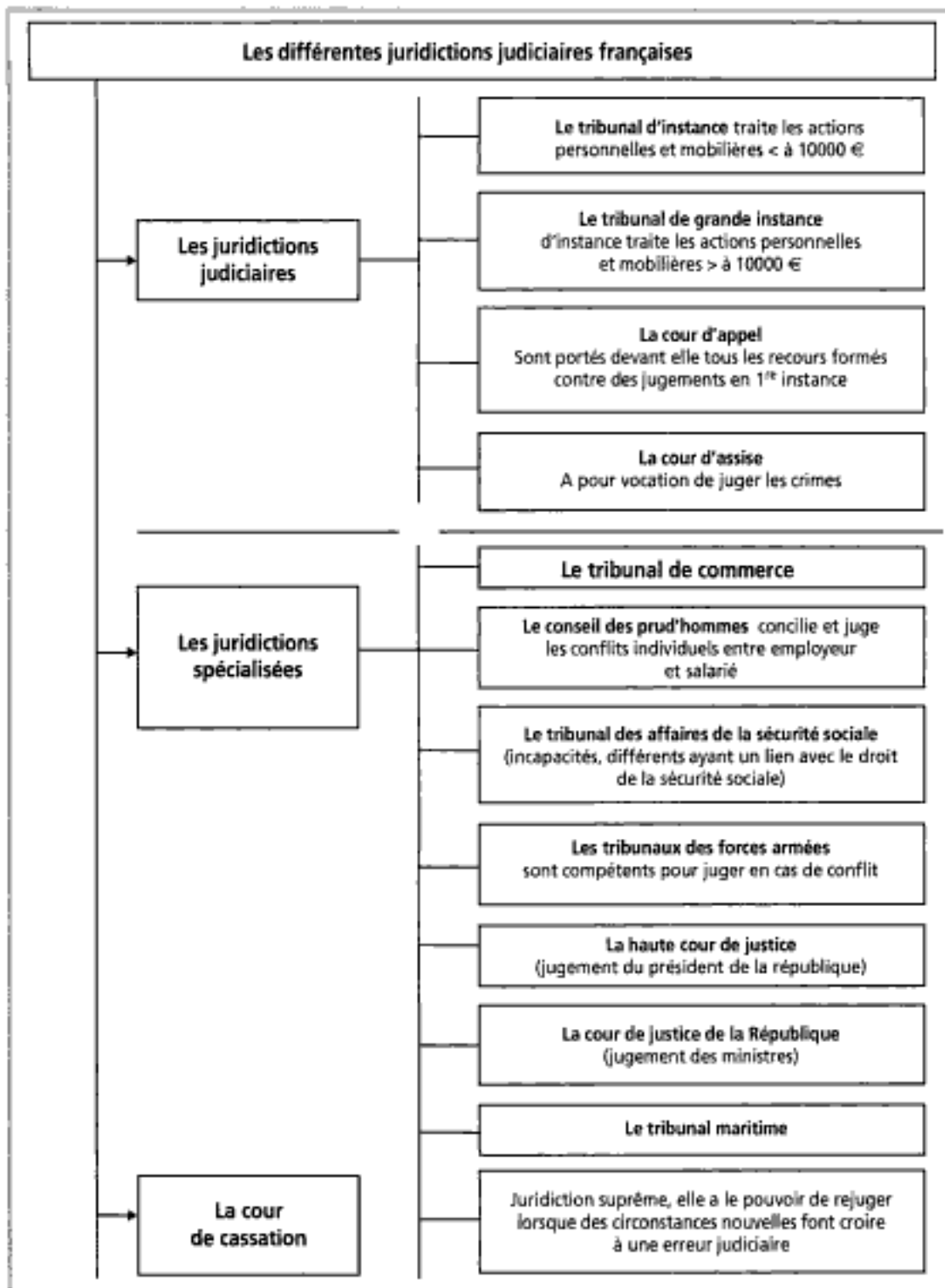


Fig. 1.3. Les différentes juridictions judiciaires françaises.

Conseil constitutionnel et le tribunal des conflits échappent à cette classification.

## Les juridictions judiciaires

Le grand public a souvent tendance à croire qu'il existe, au sein des juridictions judiciaires, des juridictions qui jugent les procès civils, d'autres qui se consacrent à la punition des infractions. Cela est inexact.

La France adopte le principe de l'unité de la justice civile et répressive : ce sont les mêmes juridictions qui statuent alternativement ou cumulativement dans le domaine civil et pénal. De même pour les magistrats.

Il n'y a pas lieu d'opposer les juridictions de droit privé aux juridictions de droit pénal, mais simplement, au sein de chacune des juridictions ordinaires, de distinguer entre ses formations civiles et ses formations répressives.

### Les juridictions ordinaires

#### **Le tribunal d'instance**

► LE TRIBUNAL D'INSTANCE A SON SIÈGE DANS CHAQUE CHEF-LIEU DE DÉPARTEMENT ET D'ARRONDISSEMENT (environ 473 en tout).

Les magistrats des tribunaux d'instance sont des juges du tribunal de grande instance détachés par décret pour trois ans renouvelables auprès des tribunaux d'instance de son ressort.

En formation civile, le tribunal d'instance connaît toutes les actions personnelles et mobilières ne dépassant pas 10 000 €..

Il a en outre une compétence spécifique pour les actions en bornage et les saisies mobilières.

En formation répressive, le tribunal d'instance prend le nom de tribunal de police. Il est compétent pour juger les contraventions, c'est-à-dire les infractions encourant un emprisonnement inférieur à deux mois et (ou) une amende inférieure à 3 000 €.

#### **Le tribunal de grande instance (TGI)**

En principe départemental, l'on dénombre 181 TGI en métropole et 6 dans les DOM. Tous les TGI possèdent au minimum un président et deux juges. Dès qu'il y a plus de cinq membres, un TGI peut se diviser en cham-

bres spécialisées. Le fonctionnement administratif de la juridiction est assurée par le président et par l'assemblée générale de la juridiction qui réunit à huis clos toutes les chambres du tribunal.

► LA FORMATION CIVILE DU TGI. Juridiction de droit commun en matière civile, le TGI a compétence exclusive concernant les litiges relatifs à l'état des personnes (mariage, divorce, nationalité), à la propriété immobilière, aux brevets d'invention. Il a ensuite une compétence résiduelle pour juger tous les procès non expressément attribués à un autre juge.

► LE TGI TRAITE LES AFFAIRES (actions personnelles mobilières) dont la valeur est supérieure à 10 000 €.

► LE JUGE DES ENFANTS. Il s'agit d'un magistrat du siège nommé dans les fonctions de juge des enfants par décret. La fonction a été créée en 1945 avec des attributions uniquement répressives, mais s'est vue reconnaître en 1958 des attributions civiles. Il peut intervenir lorsque la santé, la sécurité et la moralité de l'enfant sont en danger.

► LES FORMATIONS RÉPRESSIVES DU TGI. Le juge d'instruction est un magistrat du siège nommé à l'instruction par décret individuel. L'instruction est obligatoire concernant les majeurs en matière de crime, facultative en matière de délit. Le juge d'instruction est normalement saisi par le procureur de la République.

Le tribunal correctionnel, compétent pour juger les délits, est la formation normale du TGI dans le domaine pénal.

Le tribunal pour enfants est compétent pour juger les mineurs délinquants. C'est une juridiction collégiale présidée par le juge des enfants.

Le juge de l'application des peines (JAP), créé en 1958, est un magistrat du TGI nommé par décret dans ses fonctions pour trois ans renouvelables.

#### **La cour d'appel**

Il y a 34 cours d'appel dont le ressort s'étend sur plusieurs départements (de 2 à 4 en moyenne) et qui comprennent d'ordinaire plusieurs chambres. Chaque chambre est présidée par un président. Le président de la cour est le fait de l'assemblée générale et du premier président.

La réforme de 1958 a entendu faire de la cour d'appel la juridiction générale d'appel. Sont donc

portés devant elle, tous les recours formés contre des jugements de première instance.

► **LES FORMATIONS CIVILES.** Chaque cour d'appel comprend au moins deux formations obligatoires : une chambre civile et une chambre sociale. Le plus souvent, elle comprend aussi une chambre commerciale.

► **LES FORMATIONS RÉPRESSIVES.** La chambre d'accusation est la juridiction d'instruction du second degré. Constituée de trois magistrats, son intervention est obligatoire pour l'instruction des crimes. Quand le juge d'instruction a jugé qu'il y avait lieu de mettre en œuvre la procédure de jugement contre un crime, il doit rendre une ordonnance de renvoi devant la chambre d'accusation qui supervisera l'ensemble de l'instruction menée au premier degré.

La chambre des appels correctionnels juge tous les appels des jugements des tribunaux de police et des tribunaux correctionnels de son ressort.

La chambre des mineurs juge les appels interjetés dans toutes les affaires concernant les mineurs.

### La cour d'assises

Lorsqu'on parle de « cour d'assises » sans précision, il s'agit de la cour d'assises de droit commun ou cour d'assises des majeurs. Mais il existe des formations plus particulières.

► **LA COUR D'ASSISES « STRICTO SENSU ».** La cour d'assises ne se rattache à aucune autre juridiction. C'est une juridiction départementale qui a une composition originale.

La cour proprement dite est composée de trois magistrats (un président et deux assesseurs).

Le jury de la cour d'assises est la seule forme de jury qui ait été maintenu après que le droit intermédiaire eut essayé de généraliser l'institution.

La cour d'assises a pour vocation de juger les crimes. Mais elle bénéficie d'une plénitude de juridictions considérant que c'est celle de toutes nos juridictions qui offre le maximum de garanties, le Code de procédure pénale la déclare compétente pour juger toutes les infractions dont elle a été saisie, même à tort.

### ► LA COUR D'ASSISES DES MINEURS

Créée en 1951, la cour d'assises des mineurs est présidée par un conseiller à la cour d'appel et composée d'un jury. Son particularisme tient tout à fait que les deux assesseurs magistrats doivent être d'anciens

juges pour enfants. Cette cour est compétente pour juger les crimes dont un des auteurs au moins est un mineur de seize à dix-huit ans.

### ► FORMATION SPÉCIALE POUR JUGER LES INFRACTIONS CONTRE LA SÛRETÉ DE L'ÉTAT ET LES ACTES DE TERRORISME

Jusqu'au 4 août 1981, les atteintes à la sûreté de l'État étaient jugées par la Cour de sûreté de l'État. Cette juridiction présentait notamment l'avantage de pouvoir juger, avec la discrétion nécessaire, les infractions mettant en cause des secrets de la défense nationale. On a ensuite créé une « cour d'assises » composée de 7 magistrats professionnels et dépourvue de jury.

C'est la même technique qui a été employée pour faire juger les crimes en relation avec une entreprise terroriste (loi du 9 septembre 1986).

## Les juridictions spécialisées

Elles sont dotées d'un personnel, d'une organisation et d'une procédure autonomes, cette autonomie ne dépasse pas le premier degré de juridiction puisque l'appel, s'il est possible, est porté devant la cour d'appel.

### Les juridictions de droit privé spécialisées

#### ► LA JURIDICTION COMMERCIALE

Le tribunal de commerce est constitué de magistrats non professionnels élus par les commerçants parmi eux selon un système d'élection à deux degrés. Son implantation dépend des besoins, c'est-à-dire essentiellement de l'activité économique de la région dont il s'agit. Le ressort de chaque tribunal est le plus souvent l'arrondissement.

#### ► LES JURIDICTIONS SOCIALES

##### • Le conseil de prud'hommes

Il y a un conseil de prud'hommes dans le ressort de chaque TGI (281 en tout). Chacun comporte cinq sections se répartissant les affaires relatives à l'encadrement, l'industrie, le commerce, l'agriculture et les activités diverses. Le conseil de prud'hommes est une juridiction paritaire : chaque section comprend au moins quatre salariés et quatre employeurs.

• Tous les conseillers prud'hommes sont élus pour 5 ans.

Les conseils de prud'hommes concilient et jugent les conflits individuels de travail entre employeurs et salariés.

• **Les juridictions de la Sécurité sociale**

Elles jugent le contentieux auquel donne lieu l'application de la législation de la Sécurité sociale qu'il s'agisse :

– du contentieux général : tous les différends auxquels donne lieu le droit de la Sécurité sociale non attribués expressément au contentieux technique relèvent au premier degré du tribunal des affaires de la Sécurité sociale ;

– du contentieux technique dont la vocation est les questions médicales, à la fois au premier degré et en appel.

Les juridictions sont les commissions régionales d'invalidité et incapacités permanentes et d'incapacité au travail.

• **La juridiction rurale**

Il existe un tribunal paritaire des baux ruraux par tribunal d'instance. Il est présidé par le président du tribunal d'instance.

**Les juridictions répressives spécialisées**

► **LES JURIDICTIONS MILITAIRES**

• **Les tribunaux territoriaux des forces armées**

Ils sont compétents pour juger obligatoirement en temps de guerre et facultativement (s'ils sont établis) en temps d'état de siège ou d'état d'urgence, les infractions militaires et les infractions contre la sûreté de l'État.

• **Les juridictions militaires aux armées**

Ces juridictions accompagnent les armées en campagne soit en temps de guerre, soit lorsque, en temps de paix, des unités opèrent en territoire étranger.

► **LA HAUTE COUR DE JUSTICE**

Elle est prévue par la constitution pour juger le président de la République en cas de haute trahison et pour les crimes et délits commis dans l'exercice de sa fonction.

► **LA COUR DE JUSTICE DE LA RÉPUBLIQUE**

Elle juge les ministres pour les mêmes faits.

► **LES TRIBUNAUX MARITIMES COMMERCIAUX**

Ils sont compétents pour une liste de délits et de contraventions énumérés limitativement et concernant des infractions maritimes.

## La Cour de cassation

**Le rôle de la Cour de cassation**

► **LE POURVOI EN CASSATION**

La Cour de cassation n'est pas un troisième degré de juridiction. Elle n'a pas le pouvoir de rechercher les faits de la cause. Elle n'a que deux tâches :

– vérifier que la qualification juridique donnée aux faits par les juges du fond est exacte ;

– rechercher si les conséquences juridiques déduites par les juges du fond de cette qualification sont les bonnes.

Si elle ne découvre aucune erreur de droit, la Cour rend un arrêt de rejet. Si elle pense qu'une erreur a au contraire été commise, elle rend un arrêt de cassation. Dans ce second cas, le procès est renvoyé devant une autre juridiction du fond de même nature et de même degré que celle dont émanait la décision qu'elle vient de casser.

Lorsqu'une affaire a été définitivement jugée en matière criminelle ou correctionnelle, mais que des circonstances nouvelles peuvent faire croire à une erreur judiciaire, le garde des Sceaux, le condamné ou ses proches peuvent saisir la Cour de cassation.

**L'organisation de la Cour de cassation**

Elle repose sur l'existence de « formations administratives » et de « formations juridictionnelles ».

## Les juridictions administratives

Très nombreuses, nous nous limiterons aux plus importantes.

**Le Conseil d'État**

Le Conseil d'État constitue la clef de voûte du système.

► **L'ORGANISATION DU CONSEIL D'ÉTAT**

Le Conseil d'État est présidé par le Premier ministre ou à défaut par le garde des Sceaux mais seulement pour des manifestations solennelles, sinon c'est le vice-président membre du conseil qui exerce la présidence de fait.

**Les juridictions administratives de droit commun**

Le président a des fonctions administratives et est seul juge du référé des matières générales.



Le tribunal administratif est juge de droit commun pour connaître au premier degré tous les litiges qui n'ont pas été attribués à une autre juridiction.

L'appel de ses jugements est porté devant la cour administrative d'appel.

Ces cours administratives d'appel ont été créées en 1987 pour pallier l'engorgement de la justice administrative.

Elles sont aujourd'hui au nombre de 6, chacune divisée en chambres, et jugent les appels contre les jugements des tribunaux administratifs de leur ressort sauf dans les cas où l'appel a été réservé au Conseil d'État.

### Les juridictions d'attribution

#### ► JURIDICTIONS RELEVANT DU CONSEIL D'ÉTAT PAR LA VOIE DE LA CASSATION

La Cour des comptes, divisée en 7 chambres, comprend un premier président, 6 présidents de chambres, des conseillers-maitres, des conseillers référendaires et des auditeurs.

À côté d'attributions administratives (contrôle de l'efficacité des administrations), elle est chargée dans le cadre de ses attributions juridictionnelles d'apprécier d'office la régularité des comptes des organismes publics.

## Les juridictions extérieures aux deux ordres

Deux juridictions françaises se situent en dehors des deux ordres : la première les couvre tous les deux, la seconde est très spécifique.

### Le tribunal des conflits

Le tribunal des conflits n'a pas pour rôle principal de régler les différends au fond mais seulement de trancher les conflits de compétence, c'est-à-dire de désigner l'ordre de juridiction qui doit connaître d'un litige. Plus récemment, cependant, on lui a confié la tâche secondaire de trancher des espèces dans lesquelles des décisions contradictoires ont été rendues par des juridictions appartenant aux deux ordres.

### Le Conseil constitutionnel

Créé par la Constitution de 1958, le Conseil constitutionnel a pour rôle essentiel d'être juge de la constitutionnalité des lois. Mais son autorité a conduit à lui conférer aussi d'autres fonctions.

Le Conseil constitutionnel, outre les anciens présidents de la République, est composé de 9 membres désignés à raison d'un tous les trois ans par le président de la République, le président de l'Assemblée nationale et le président du Sénat. La durée du mandat est de neuf ans.

Le Conseil constitutionnel a été institué pour être juge de la constitutionnalité des lois. La saisine peut être opérée par le président de la République, le Premier ministre, les présidents des assemblées parlementaires, 60 députés ou 60 sénateurs. Si le Conseil constitutionnel juge un texte non conforme à la Constitution, celui-ci ne peut être promulgué.

#### POINTS CLÉS

1. ► Deux distinctions fondamentales sont à faire en matière de droit :

– le *droit public*, qui correspond au type de relations sociales s'établissant entre les gouvernants et les gouvernés ;

– le *droit privé*, qui correspond aux rapports des particuliers entre eux.

2. ► Des termes essentiels sont à définir afin de mieux comprendre les textes de lois et leur application :

– l'*arrêt* : décision de justice rendue, soit par une Cour d'appel, soit par une Cour de cassation, soit par les juridictions administratives autres que les tribunaux administratifs ;

– l'*arrêté* : décision exécutoire à portée générale ou individuelle émanant soit d'un ou plusieurs ministères, soit

d'autres autorités administratives (arrêté préfectoral, municipal) ;

– le *décret* : décision exécutoire à portée générale ou individuelle signé par le président de la République ou par le Premier ministre ;

– la *circulaire* : instructions de service écrites adressées par une autorité supérieure à des agents subordonnés en vertu de son pouvoir hiérarchique. Elles jouent un rôle majeur dans la relation administration/administrés.

3. ► Normalement, la circulaire est dépourvue de pouvoir décisionnel, sauf si l'auteur est investi d'un pouvoir réglementaire.

4. ► Tout au long de votre formation, de votre carrière ainsi que de votre vie privée, vous serez confrontés à la lecture et à la compréhension des textes.

Hidden page

# Législation du travail dans le secteur privé et public

# 2

## Généralités

La législation du travail naît au XIX<sup>e</sup> siècle de la nécessité de protéger les ouvriers contre les abus du libéralisme institué par la Révolution de 1789. Son développement est lié à celui de l'industrialisation, au progrès du syndicalisme et à l'accès du peuple au pouvoir politique. Il est marqué par des périodes d'avancées et de reculs en relation avec les circonstances politiques.

### Le contrat de travail

Le contrat de travail est une convention écrite par laquelle une personne, le salarié, s'engage à effectuer un travail pour le compte et sous la subordination d'une autre personne, l'employeur, moyennant une rémunération.

► **TROIS ÉLÉMENTS CARACTÉRISTIQUES** se dégagent d'une telle définition :

- la prestation de travail;
- le salaire;
- le lien de subordination.

► **DANS LA NOTION DE CONTRAT DE TRAVAIL** il faut faire une distinction fondamentale, qui est :

- le contrat de travail à durée déterminée;
- le contrat à durée indéterminée.

### Dans le secteur privé

#### Le contrat de travail à durée déterminée

Le contrat conclu pour une durée déterminée correspond à un besoin économique des entreprises; il est donc admis dans certaines circonstances, mais il est réglementé de façon à ne pas aggraver

la précarité de l'emploi (loi du 12 juillet 1990, JO, 14 juillet 1990).

« La loi de modernisation sociale n° 2002-73 du 17 janvier 2002 renforce la protection de tous les salariés, notamment ceux en contrat à durée déterminée. »

#### Le contrat de travail à durée indéterminée

Il constitue la preuve de la relation de travail entre employeur et employé; c'est la forme normale du contrat de travail, proposé pour chaque emploi à caractère définitif. Cependant, il doit comporter des clauses obligatoires et des clauses facultatives.

##### ► LES CLAUSES OBLIGATOIRES

- la nature du contrat;
- la définition de l'emploi;
- la rémunération, indice, grade, échelon;
- le lieu d'exécution du contrat;
- la durée du travail;
- la convention qui s'applique à l'établissement;
- la durée de la période d'essai et du préavis;
- la visite médicale à effectuer avant la fin de la période d'essai;
- les nom et adresse de caisses de retraite complémentaires;
- le n° URSSAF de l'employeur;
- le n° de Sécurité sociale ou la date de naissance du salarié.

► **LES CLAUSES FACULTATIVES:** Les parties peuvent faire figurer dans le contrat de travail, toutes clauses sur lesquelles elles se seront mises d'accord, à l'exception des clauses illicites.

Ce peut être la clause de non-concurrence, la clause de mobilité, la clause de discrétion.

**Tableau 2.1. Les différents types de contrats de travail les plus couramment proposés aux infirmiers dans le secteur privé.**

Type de contrat	Durée	Forme	Objet	Différentes formes de contrats	Résiliation	Références
CDI	Indéterminée	Écrite ou orale si le contrat est à temps complet. En règle générale il y a de nos jours toujours un écrit.	Création de poste, remplacement d'un salarié démissionnaire ou partant à la retraite ....	Ils sont rédigés pour une durée indéterminée. Ils comportent des clauses obligatoires et des clauses facultatives en fonction de l'emploi occupé	Démission Licenciement	Le code du travail et les conventions collectives
CDD	Entre quelques heures et 18 à 24 mois selon les cas	Écrite Normalement un CDD doit être signé dans les 48 heures, sinon il peut être qualifié à durée indéterminée et à temps complet.	Ce contrat est conclu pour réaliser un travail temporaire : remplacement d'un salarié momentanément absent, surcharge de travail, emploi saisonnier, etc.	Contrat d'apprentissage Contrat de professionnalisation Contrat de qualification	Licenciement pour fin de mission Rupture avant son terme possible si accord des deux parties ou pour signer un CDI.	Le code du travail et les conventions collectives

## Dans le secteur public

Le contrat de travail dans la fonction publique hospitalière. La loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 définit l'article 9, les situations dans lesquelles l'établissement public peut recourir aux agents

contractuels. Ce sont ces motifs de recours qui orientent le contrat vers une forme déterminée ou indéterminée (remplacement temporaire ou de longue durée). Le décret n° 91-155 du 6 février 1991 décrit les dispositions générales applicables aux agents contractuels et définit les modalités de recrutement.

**Tableau 2.2. Loi du 9 janvier 1986, article 9 : motif de recours aux agents contractuels et nature du contrat dans la fonction publique hospitalière.**

Motifs du recours au contrat	Situation justifiant le recrutement	Nature du contrat	Contenu du contrat
Remplacement momentané de fonctionnaires hospitaliers indisponibles ou autorisés à exercer leurs fonctions à temps partiel	Fonctionnaire en maladie, maternité, accident de travail, congé parental, congé longue maladie ou à temps partiel. Le nom du fonctionnaire remplacé est mentionné	Durée déterminée	- le contrat de travail expire soit à la date du retour du fonctionnaire désigné dans le contrat, soit à la date d'échéance lorsque celle-ci a été précisée dans le contrat
Vacance d'un emploi qui ne peut être immédiatement pourvu dans les conditions réglementaires	Emploi en attente d'ouverture de concours, de publication de poste...	Durée déterminée limitée à un an	- Contrat le plus souvent au 1 <sup>er</sup> échelon sans progression de carrière
Fonctions occasionnelles	Renfort nécessaire en remplacement de congés annuels, d'absentéisme, de surcroît de travail. Le nom du fonctionnaire remplacé n'est pas mentionné	Durée déterminée limitée à un an	
Emplois spécifiques	Absence de corps de fonctionnaire (ex : documentaliste) ou nouvellement prises en charge (ex : contrôleur de gestion), ou hautement spécialisées (ex : informaticien, radiophysicien)	Durée indéterminée	- Contrat sans durée annoncée. Nécessité d'un préavis de l'employeur pour y mettre fin, Durée du préavis différent selon la durée de la période contractuelle. - Ce contrat prévoit le plus souvent une évolution de carrière (changements d'échelon)
Emplois à temps non complet inférieur au mi-temps	L'emploi à temps non complet (orthophoniste, psychologue...) correspond à un emploi permanent	Durée indéterminée	

Tableau 2.3. Le contrat d'apprentissage.

Bénéficiaire	Formalités	Salaire	Durée de la formation	Conditions de travail	Conditions d'apprentissage
Minimum 16 ans Maximum 25 ans Sauf cas dérogatoires	Se faire embaucher par un hôpital, une clinique, une maison de retraite... au plus tôt dans les 3 mois avant les cours et au plus tard dans les 2 mois.  Il s'agit d'un contrat particulier à durée déterminée	Le salarié apprenti est rémunéré en pourcentage du SMIC et varie en fonction de l'âge de l'apprenti et de son année d'exécution du contrat d'apprentissage.  Il varie de 25 % à 78 % du SMIC	Minimum 6 mois  Maximum 3 ans (peut être portée à 4 ans si travailleur handicapé)	Les conditions de travail sont identiques à celle de tout salarié.  La convention collective de branche s'applique également aux apprentis.  L'apprenti bénéficie de la couverture sociale en cas de maladie ou d'accident.  Le contrat de travail est un contrat écrit particulier	L'apprenti est pris en charge par un maître d'apprentissage ou par un tuteur.  Le temps de formation est compris dans le temps de travail.  La formation doit être de 400 heures minimum par année de contrat.  La formation théorique est assurée par le centre de formation des apprentis de la branche professionnelle

## Le contrat d'apprentissage

La formation des infirmiers et des infirmières est possible par la voie de l'apprentissage.

L'apprenti infirmier s'engage par contrat à travailler dans l'établissement dès l'obtention de son DEL. Il y travaillera durant la même durée que son apprentissage.

Exemple : un étudiant infirmier qui signe un contrat d'apprentissage avec une maison de retraite durant sa deuxième et troisième année d'étude, devra s'engager à travailler au moins deux ans dans ledit établissement.

Les apprentis ne sont pas des stagiaires, mais des salariés à part entière et, jouissant des mêmes droits et contraints aux mêmes obligations que les autres personnels.

Le contrat d'apprentissage permet aux futurs infirmiers et infirmières de préparer leur diplôme d'État en suivant une formation théorique et pratique.

Cette formation est réalisée en conformité avec le programme national préparant au DEL.

### Pour aller plus loin :

- <http://www.travail.gouv.fr>  
Des informations pratiques sur le contrat de travail.
- <http://vosquestions.service-public.fr>  
La période d'essai dans les différentes formes de contrats de travail.

- <http://www.35h.travail.gouv.fr>
- <http://www.service-public.fr>
- <http://www.afaphp.asso.fr>
- <http://www.inrs.fr>

## Les caractéristiques générales

### Principe de liberté

L'existence d'un service public du placement ne fait échec, ni à la liberté de l'employeur de choisir parmi les candidats à l'emploi, ni celles du salarié de choisir entre les employeurs éventuels. Donc libre volonté des parties.

### Les priorités d'emploi

La liberté de choix de l'employeur n'est cependant pas totale. Les entreprises occupant au moins vingt salariés doivent employer un certain nombre de travailleurs handicapés, de mutilés de guerre et assimilés.

### Les discriminations prohibées

Si l'employeur peut, en principe, en l'absence de priorité d'emploi, librement choisir tous les postulants à l'emploi, il n'a pas le droit d'écarter un candidat à l'emploi en raison de son sexe ou de sa situation de famille, de son activité syndicale, de sa race, de sa religion, de son âge, de ses mœurs, de son état de santé ou de son handicap.

**Tableau 2.4. Le travail à temps partiel et le travail à temps complet et durée du travail.**

La loi du 13 juillet 1998 donne la définition suivante du temps de travail : « est temps de travail effectif le temps pendant lequel le salarié et à la disposition de l'employeur et doit se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à ses occupations personnelles »		
Textes de références de base	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La loi n° 2003-47 du 17 janvier 2003 relative, aux salaires, au temps de travail et au développement de l'emploi</li> <li>• La loi 2005-296 du 31 mars 2005 relative à l'aménagement du temps de travail</li> <li>• La loi du 13 juin 1998</li> </ul>	
	Travail à temps complet	Travail à temps partiel
Durée du travail	La durée du temps de travail est de 1 607 heures par an ou de 35 heures par semaine (appelé horaire hebdomadaire de base)	Est considéré comme travail à temps partiel tout travail dont la durée est inférieure à la durée légale (35 heures hebdomadaires) ou conventionnelle. <b>Le travail à temps partiel n'est pas un droit</b>
Aménagement du temps de travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La modulation : ce principe va permettre de s'adapter à la fluctuation des horaires de travail des activités des services hospitaliers et extra-hospitaliers</li> <li>• La réduction du temps de travail par attribution de journées ou 1/2 journées de repos sur l'année – la RTT s'applique lorsque le salarié effectue plus de 35 heures hebdomadaires</li> <li>• La convention de forfait annuel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La durée du temps de travail à temps partiel peut s'effectuer sur la semaine, le mois ou l'année.</li> </ul> <p>Le temps de travail peut être modulé ou compensé par des jours de RTT</p>
Motivations		<p>À l'initiative du salarié</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour la création ou la reprise d'une entreprise (sous certaines conditions)</li> <li>• Pour élever un enfant (congé parental), en cas de maladie, d'accident ou de handicap grave ou encore dans le cadre d'un congé de solidarité familiale</li> </ul> <p>Dans les autres cas, l'employeur doit motiver sa réponse en apportant des éléments objectifs (difficultés de remplacement par exemple)</p> <p>À l'initiative de l'employeur</p> <p>L'employeur peut décider du passage d'un salarié à temps complet vers un emploi à temps partiel à condition d'obtenir l'accord du salarié</p>
Heures supplémentaires	Elles peuvent être effectuées dans la limite de 130 heures/an en cas de modulation et de 220 heures par an hors modulation et à défaut d'accord. Toutes les heures supplémentaires sont majorées	
Heures complémentaires		Le travail à temps partiel permet aussi d'effectuer des heures de travail au-delà du temps prévu par le contrat de travail, dans ce cas il s'agit d'heures complémentaires majorées.

La Loi Fillon ne remet pas en cause la durée légale du travail qui reste fixée à 35 heures hebdomadaires, mais vise à assouplir et à simplifier, notamment par la voie de la négociation collective, les conditions dans lesquelles la réduction du temps de travail est mise en œuvre dans les entreprises.

#### Des exemples pour illustrer ce tableau

Vous êtes infirmière dans un service d'urgence où l'activité est imprévisible et de plus en plus croissante.

Votre contrat stipule que vous devez effectuer contre rémunération 1 607 heures de travail.

Au-delà de ces heures effectuées, votre employeur est tenu de vous rémunérer en heures supplémentaires.

En règle générale la durée moyenne du travail en France est de 35 heures hebdomadaires avec une durée de 10 h par jour maximum sauf dérogation (certains services hospitaliers fonctionnent avec des roulements de 12 h/jour).

Ces 35 heures de travail effectuées sont le résultat d'une moyenne, en effet la durée maximale hebdomadaire est fixée à 48 heures.

Au-delà, les heures travaillées sont des heures supplémentaires majorées de 10 % au minimum.

Vous êtes infirmier dans un service de soins à domicile et d'hospitalisation à domicile.

Vous pouvez être contrainte à dépasser votre durée du travail sans que cela puisse être prévisible, alors dans ce cas votre employeur va vous proposer une convention de forfait en heures ou en jour. Il s'agit d'un forfait annuel organisé par une convention ou un accord collectif étendu à votre entreprise.

### Les interdictions d'embauche

Dans quelques situations prévues par la loi ou résultant d'une clause conventionnelle, un employeur n'a pas le droit d'embaucher une personne déterminée, pourtant candidate à l'emploi (étranger sans carte de travail adéquate, mineur de moins de 16 ans).

### Les limites

Respect des règles de droit commun.

Sanctions : ni erreur, ni dol, ni violence.

Exigence d'un écrit (lettre d'embauche ou contrat de travail).

## Les priorités d'emploi aux handicapés et aux mutilés

L'article 2 met en évidence des points importants, tels que :

- la notion de « durable ou définitif » ;
- la notion de polyhandicap ;
- la notion de trouble de santé invalidant.

Pour en savoir plus :

- <http://admi.net/jo>
- [www.travail.gouv.fr](http://www.travail.gouv.fr)

Tableau 2.5. Les priorités d'emploi aux handicapés et aux mutilés.

Références législatives	Avantages pour le salarié	Obligation pour l'employeur
<p>La loi du 10 juillet 1987 a développé une obligation d'emploi des personnes handicapées</p> <p>La loi du 2005-102 du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, définit le handicap comme :</p> <p>« constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap, ou d'un trouble de santé invalidant. » article 2</p>	<p>La reconnaissance de travailleur handicapé donne le droit à tout un dispositif afin de faciliter au maximum l'insertion professionnelle (aide AGEFIHP par exemple, poste de travail aménagé...)</p> <p>Cette reconnaissance est réalisée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).</p> <p>Un accès plus large aux transports, à l'emploi, à la reconnaissance du droit à la compensation des conséquences du handicap.</p> <p>Droit à de la formation et priorité d'emploi. Concours pour accéder à la fonction publique éventuellement aménagé.</p>	<p>Les employeurs du secteur public et privé occupant régulièrement 20 salariés sont tenus d'offrir des emplois prioritairement aux personnes énumérées dans la colonne de gauche à concurrence de 6 % de leur personnel</p>

Source : [www.admi.net/jo/20050212/SANX0300217L.html](http://www.admi.net/jo/20050212/SANX0300217L.html)

### TRAVAUX DIRIGÉS

Ce travail dirigé peut vous être également utile si vous souhaitez réaliser votre TFE sur :

- le malade handicapé hospitalisé ;
- le travailleur handicapé.

À partir de ces deux items quels sont les moyens mis à disposition pour les malades handicapés lors d'un séjour à l'hôpital ?

Comment peut-on améliorer les conditions des travailleurs handicapés au regard de la loi du 11 février 2005 ?

Concrètement, quels sont les effets de cette loi à ce jour ? Quels sont les constats que vous pouvez formuler au quotidien ?

Pour vous aider, vous pouvez aussi télécharger le rapport de Philippe Bas du 9 février 2006 (communiqué de presse) à propos de la loi du 11 février 2005, 1 an après sa promulgation.

Vous y trouverez des informations récentes et présentant le dossier du handicap de façon concrète : [www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr)

## Les conventions collectives

Dans le cadre de son champ d'application, la convention collective traite de l'ensemble des conditions d'emploi, l'accord collectif traite un sujet déterminé (salaire, durée de travail). Les conventions et accords de travail sont conclus au niveau de l'entreprise, au niveau de la branche d'activité au niveau professionnel.

Il en existe dans de nombreux secteurs (industrie, commerce, hôtellerie...). Dans le domaine de la santé, nous en distinguons plusieurs :

- la convention collective des centres de lutte contre le cancer ([www.fnclcc.fr](http://www.fnclcc.fr));
- la convention collective de la Croix-Rouge française ([www.croix-rouge.fr](http://www.croix-rouge.fr));
- la convention de la Fédération des établissements hospitaliers de l'assurance privée (FEHAP) du 31 octobre 1951, secteur privé à but non lucratif;
- la convention collective de la Fédération de l'hospitalisation privée ([www.fhp.fr](http://www.fhp.fr)).

Cette liste est volontairement exhaustive, car il en existe plusieurs autres que nous ne pouvons citer ici. Les quatre conventions énumérées ci-dessus représentent celles applicables dans le secteur sanitaire privé (lucratif et non lucratif).

Il est impératif avant toute embauche de consulter la convention collective à laquelle adhère votre employeur; il faut savoir que celle-ci est consultable à l'inspection du travail.

### Qu'est-ce qu'une convention collective ?

C'est un accord écrit relatif aux conditions de travail et aux garanties sociales des travailleurs. Il est négocié entre les partenaires sociaux, sans interventions de l'État. La convention collective définit :

- son *champ d'application territorial* : le cadre géographique dans lequel elle s'applique, il peut être national, régional, ou local;
- son *champ d'application professionnel* : les professions auxquelles la convention s'applique.

Les dispositions de la convention sont plus favorables aux salariés que les dispositions légales, cependant elles doivent respecter les règles d'ordre public.

### Qui participe à l'élaboration d'une convention collective ?

• **Les salariés**, par l'intermédiaire des syndicats représentatifs auxquels la loi reconnaît un mono-

pole. La signature d'un seul syndicat représentatif suffit à la validité de l'accord.

• **Les employeurs** : la convention peut être discutée et signée, soit par les organisations syndicales patronales, soit par tout autre groupement d'employeurs, soit par des employeurs pris individuellement.

### À qui la convention s'applique-t-elle ?

Aux employeurs signataires ou membres d'un groupement signataire, dès lors que leur activité économique principale entre dans le champ professionnel de la convention.

Tous les salariés liés à ces employeurs par un contrat de travail bénéficient de ses deux effets :

- *effet impératif* : les dispositions de la convention s'imposent aux employeurs et aux salariés, sauf clauses plus favorables du contrat de travail;
- *effet automatique* : les dispositions de la convention se substituent automatiquement aux clauses du contrat individuel lorsque celles-ci sont moins favorables aux salariés.

## Le bulletin de salaire

Le bulletin de salaire est obligatoire. L'article R143-2 du Code du travail énonce un certain nombre de mentions que doit obligatoirement comporter le bulletin de paie :

#### ► LES MENTIONS RELATIVES À L'EMPLOYEUR :

- nom et adresse;
- références auquel l'organisme verse ses cotisations sociales (URSSAF);
- n° de SIRET;
- code APE;
- l'intitulé de la convention collective, pour le secteur privé.

#### ► LES MENTIONS RELATIVES AU SALARIÉ :

- nom et adresse;
- emploi occupé et position du salarié dans l'établissement par rapport à la convention collective;
- n° d'immatriculation à la Sécurité sociale.

#### ► LES MENTIONS RELATIVES AU TRAVAIL EFFECTUÉ :

- période travaillée;
- nombre d'heures effectuées;
- taux horaire;
- valeur du point.





► LES MENTIONS RELATIVES À LA RÉMUNÉRATION :

- nature et montant des primes;
- rémunération mensuelle brute;
- montant de la cotisation sociale généralisée ainsi que du remboursement de la dette sociale;
- nature et montant des cotisations salariales et patronales;
- rémunération nette;
- date et paiement de la rémunération.

► LES MENTIONS RELATIVES AUX CONGÉS PAYÉS :

- dates des congés payés;
- indemnités correspondantes.

Un bulletin de salaire se conserve sans limitation de durée.

## Les congés

Il existe plusieurs sortes de congés. Le tableau 2.6 indique de manière synoptique les principaux congés auxquels peut prétendre un salarié du secteur privé.

Tous les salariés acquièrent deux jours et demi ouvrables de congé payé annuel par mois.

**Tableau 2.6. Principaux congés d'un salarié du secteur privé.**

Types de congés	Période	Durée légale	Bénéficiaires	Conditions
Les congés payés	Du 1 <sup>er</sup> mai au 31 octobre, sauf dérogation.	Ne peut excéder 30 jours ouvrables. La 5 <sup>e</sup> semaine doit se prendre en dehors de la période légale, sauf pour contraintes géographiques particulières.	Tous les salariés de l'entreprise.	L'employeur doit centraliser les demandes des salariés et, après avis des délégués du personnel, établir les congés annuels en fonction : - des nécessités du service, - du roulement des années précédentes, - des charges familiales des salariés, - de la durée des services dans l'entreprise. C'est l'employeur qui fixe après avis des délégués du personnel l'ordre des départs.
Les congés pour événements familiaux (mariages, décès, naissances,...)				En fonction des conventions collectives des entreprises.
Les congés pour création d'entreprise		Il s'agit d'une absence non rémunérée d'un an renouvelable.	Tous les salariés remplissant les conditions (sans salaire).	- 36 mois d'ancienneté consécutive ou non dans l'entreprise, - contrôler l'entreprise qu'il crée ou qu'il reprend, - ne pas faire concurrence à l'entreprise dans laquelle il a été salarié.
Les congés sabbatiques		Durée minimale 6 mois, durée maximale 11 mois. Il s'agit d'une absence non rémunérée.	Tous les salariés remplissant les conditions (sans salaire).	Il en existe trois (code du travail, art L122-32-18) : - 36 mois d'ancienneté, - justifier de 6 années d'activité professionnelle, - ne pas avoir bénéficié dans les 8 années précédentes d'un congé sabbatique, d'un congé pour création d'entreprise ou d'un congé formation d'une durée d'au moins 6 mois.

Tableau 2.6. Principaux congés d'un salarié du secteur privé. (Suite)

Types de congés	Période	Durée légale	Bénéficiaires	Conditions
Les congés liés à la maternité		Suspension du travail pendant 16 semaines autour de la naissance.	Les femmes enceintes dans n'importe quelle situation vis-à-vis de son contrat de travail.	Des prolongations sont possibles en cas de : - naissances multiples, - accouchement prématuré, - naissance d'un 3 <sup>e</sup> enfant, - grossesse et couches pathologiques, - hospitalisation de l'enfant - au-delà de la 6 <sup>e</sup> semaine postnatale. Certaines conditions sont liées à la convention collective de l'entreprise.
Les congés d'adoption		10 semaines à l'arrivée de l'enfant à son foyer. 12 semaines en cas d'adoption multiples.	Tous les salariés sans perte de salaire.	Aucune.
Les congés parentaux Ils permettent au père ou à la mère de cesser momentanément ou de réduire son activité (de 16 à 32 heures/semaine, afin d'élever son enfant).		Un an. Cette durée peut être renouvelée deux fois pour prendre fin en tout état de cause lors du 3 <sup>e</sup> anniversaire de l'enfant.		Avoir au moins un an d'ancienneté dans l'entreprise. Les salariés ne justifiant pas de cette ancienneté doivent démissionner à l'issue de leur congé de maternité, et, pendant un an, ils garderont priorité de réembauche (art. L122-28 du code du travail).
Le congé de paternité		11 jours pour une naissance simple et 18 jours pour une naissance multiple	Tous les pères de familles (sous certaines conditions) Pour en savoir plus : <a href="http://www.village-justice.com">www.village-justice.com</a>	
Le congé enfant malade		Entre 3 à 5 jours par an	Tout salarié bénéficie d'un droit à un congé non rémunéré en cas de maladie ou d'accident d'un enfant de moins de 16 ans.	Un certificat médical constatant la maladie ou l'accident doit être établi.
Le congé de présence parentale	Durée initiale : 4 mois Durée maximale renouvelable deux fois dans la limite de 12 mois		Tout salarié bénéficie d'un droit à un congé non rémunéré en cas de maladie ou d'accident d'un enfant de moins de 16 ans.	Un certificat médical constatant la maladie ou l'accident doit être établi.
Le congé d'accompagnement de proches en fin de vie		Durée maximale : 3 mois	Tout salarié dont un ascendant, descendant ou une personne partageant son domicile fait l'objet de soins palliatifs a le droit de bénéficier d'un congé non rémunéré.	

Tableau 2.6. Principaux congés d'un salarié du secteur privé. (Suite)

Types de congés	Période	Durée légale	Bénéficiaires	Conditions
<i>Les congés de formation professionnelle</i>				
Le congé pour validation des acquis et de l'expérience		En fonction de la durée de la formation	Tout salarié, a droit, s'il remplit les conditions à obtenir un diplôme par la voie de la validation des acquis (VAE)	La VAE est un droit destiné à tous les salariés qu'ils soient en CDD ou en CDI. Elle est valable quelque soit le diplôme préparé Cependant, il faut justifier d'au moins 3 ans d'expérience professionnelle en rapport avec le contenu du diplôme envisagé La VAE peut faire l'objet d'un contrat spécifique, d'un congé individuel de formation...
Le congé individuel de formation (CIF)			Tout salarié de l'entreprise en CDD ou en CDI. Le CIF permet au salarié de s'absenter de son poste pour suivre une formation de son choix	24 mois de présence consécutives ou non sont obligatoire dont 12 dans l'entreprise. Attention ! l'employeur peut reporter le CIF pour des motifs de services (insuffisance d'effectif par exemple)
Le congé de bilan de compétences			Tout salarié a le droit de demander un congé pour effectuer un bilan de compétences. La demande se fait auprès de l'employeur.	Justifier de 5 ans d'activités professionnelle dont 12 mois dans l'entreprise et respecter le délai de 5 ans entre deux bilans. Il existe des conditions particulières pour les intérimaires et les personnels employés en CDD.
Enfin, le droit individuel à la formation (DIF) Tout salarié peut bénéficier depuis le 5 mai 2004 d'un droit individuel à la formation. Ce droit est issu de la loi « la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social » Le DIF est de 20 heures par an cumulables sur 6 ans et par salarié.				
Le plan de formation est un document qui :  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centralise toutes les actions de formation de l'entreprise.</li> <li>• Recense et répertorie les besoins en formation</li> <li>• Doit faire l'objet de la consultation des représentants du personnel</li> </ul>		Le plan de formation peut comprendre : <ul style="list-style-type: none"> <li>• des bilans de compétences</li> <li>• des congés pour VAE</li> <li>• des actions de lutte contre l'illettrisme</li> <li>• des actions que le chef d'entreprise décide de mettre en place pour le développement de son entreprise</li> </ul> Ces actions rentrent dans le cadre : <ul style="list-style-type: none"> <li>• de l'adaptation à un nouvel emploi</li> <li>• d'actions liées à l'évolution des emplois</li> <li>• du développement des compétences.</li> </ul>	Tous les salariés ont le droit de faire une demande de formation et d'être inscrits au plan de formation quel que soit la taille, la structure de l'entreprise et la nature de son contrat de travail.  <b>Par exemple : vous pourrez bénéficier d'un congé formation pour préparer un diplôme d'IBODE, d'aide soignante ou d'auxiliaire de puériculture par la voie de la VAE...</b>	Chaque année, l'employeur doit soumettre le plan de formation à l'avis du comité d'entreprise ou à défaut des délégués du personnel.  <b>Attention ! Les congés individuels de formation ne sont pas soumis à l'avis du CE ou des DP.</b>

**Exemple :**

Vous êtes infirmière dans le secteur privé associatif et vous souhaitez suivre une formation pour devenir infirmière anesthésiste. Vous travaillez depuis 6 ans au sein de votre hôpital.

Cette formation durant deux années, il vous faut donc financer celle-ci et obtenir le maintien de votre salaire.

**► COMMENT S'Y PRENDRE ?**

● Vous devez présenter à votre employeur dans un délai minimum de 120 jours avant ouverture du stage une demande écrite d'autorisation d'absence en précisant l'intitulé de la formation, la date d'ouverture, la durée de la formation et l'organisme qui dispense cette formation (chaque organisme financeur dispose de ses propres documents à remplir).

● Si vous remplissez les conditions, l'employeur ne peut s'opposer à votre départ, mais peut cependant différer celui-ci en motivant son refus.

● Vous devez déposer dans les délais imposés auprès de l'organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) votre dossier de demande de financement de la formation + le coût de votre salaire. Attention ! chaque organisme collecteur dispose de ses propres procédures, à vous de vous y conformer.

● la demande de CIF et l'autorisation d'absence ne sont pas soumises aux délégués du personnel.

**► DÉROULEMENT EN CAS DE RÉUSSITE À LA SÉLECTION À L'ÉCOLE D'IADE**

L'OPCA peut prendre en charge les frais suivants :

- la rémunération,
- le coût de la formation,
- les frais de transports,
- les frais d'hébergement.

Vous devez savoir que durant votre formation vous êtes toujours salariée de votre hôpital (celui-ci continue toujours à vous payer et se fait rembourser votre salaire et éventuellement les autres coûts de formation par l'OPCA).

Vos droits liés à votre contrat de travail restent acquis ; congés annuels (à l'exception de certaines primes).

À l'issue de votre formation votre employeur est tenu de vous réintégrer, mais il n'est pas obligé de vous proposer un emploi prenant en compte la qualification que vous allez acquérir.

Par ailleurs, votre employeur n'a pas le droit de vous faire signer un contrat vous obligeant à travailler au sein de son établissement.

## Les institutions représentatives du personnel

Les représentants du personnel sont élus dans l'entreprise directement ou indirectement par les salariés. Il s'agit des délégués :

- du personnel ;
- du comité d'entreprise ;
- comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail.

Ces trois délégués sont élus tous les 2 ans.

► **LES DÉLÉGUÉS DU PERSONNEL.** Ils sont les porte-parole des salariés auprès du chef d'entreprise et de l'inspecteur du travail (tableau 2.7). C'est l'institution la plus ancienne dans la représentation du personnel ; elle date des accords de Matignon du

**Tableau 2.7. Présentation du délégué du personnel.**

<b>Définition</b>	C'est le représentant élu par le personnel.
<b>Électeurs</b>	Être âgé d'au moins 16 ans et avoir au moins 3 mois d'ancienneté dans l'entreprise.
<b>Éligibles</b>	Être âgé de plus de 18 ans et avoir plus d'un an d'ancienneté dans l'entreprise (sauf dérogation de l'inspecteur du travail).
<b>Nombre</b>	Le nombre est variable selon le nombre de salariés à représenter. Il est élu autant de suppléants que de titulaires.
<b>Initiateur</b>	L'employeur, ou bien un salarié ou un syndicat si l'employeur ne l'a pas mis en place.
<b>Attributions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Représentation des salariés auprès de l'employeur et de l'inspecteur du travail.</li> <li>- Consultation sur les conditions d'emploi.</li> <li>- Coopération avec les autres institutions représentatives du personnel (comité d'entreprise [CE], comité d'hygiène, de sécurité et des conditions [CHSCT]).</li> <li>- Dans les entreprises de moins de 50 salariés, les délégués du personnel sont appelés à exercer certaines attributions qui sont dévolues au CE dans les entreprises de plus de 50 salariés (consultation du plan social et de son exécution, licenciement pas exemple).</li> </ul>
<b>Moyens</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise à disposition des textes conventionnels.</li> <li>- Registre du personnel.</li> <li>- Documentation sur les événements importants.</li> <li>- Réunion avec l'employeur.</li> <li>- Crédit d'heures.</li> <li>- Protection des délégués du personnel.</li> </ul>
<b>Entreprises concernées</b>	Toutes celles du secteur privé et certains établissements publics

**Tableau 2.8. Présentation du comité d'entreprise.**

<b>Définition</b>	C'est une institution collégiale. Le comité d'entreprise est une institution qui représente le personnel de l'entreprise.
<b>Électeurs</b>	Le comité d'entreprise est mis en place tous les deux ans par voie d'élection dans les entreprises de 50 salariés et plus. Les électeurs sont donc les salariés de l'entreprise.
<b>Éligibles</b>	Le nombre est variable en fonction du nombre de salariés présents dans l'entreprise.
<b>Attributions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participation à la vie de l'entreprise par l'intermédiaire d'un dialogue avec le chef d'entreprise. Le comité d'entreprise doit être informé par écrit des événements importants de l'entreprise (licenciement, embauche).</li> <li>- Il doit être consulté sur les projets intéressant la vie des salariés au travail.</li> <li>- Il peut prendre des décisions en matière d'activités sociales et culturelles.</li> </ul>
<b>Moyens</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réunions avec l'employeur.</li> <li>- Locaux (avec chaises, tables...).</li> <li>- Budgets propres, dont une subvention de fonctionnement égale à 0,2 % de la masse salariale brute, et une contribution patronale aux activités sociales et culturelles.</li> <li>- Crédit d'heures.</li> <li>- Liberté de se déplacer.</li> <li>- Moyens d'étude (formation, consultation d'experts).</li> </ul>

**Tableau 2.9. Présentation du CHSCT.**

<b>Définition</b>	C'est une institution représentative spécialisée, elle est constituée de l'employeur et des représentants des salariés. Dans cette institution spécialisée se discutent les questions relatives à la santé des salariés, à la sécurité et aux conditions de travail.
<b>Constitution</b>	Dans les établissements de plus de 50 salariés où le code du travail s'applique (c'est-à-dire dans les institutions de droit privé).
<b>Composition</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membres ayant voix délibérative (employeur, la délégation du personnel).</li> <li>- Membres ayant voix consultative (médecin du travail, chef du service sécurité).</li> <li>- Le nombre varie en fonction des effectifs de l'établissement.</li> </ul>
<b>Interventions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réunions périodiques.</li> <li>- Enquêtes régulières et ponctuelles.</li> <li>- Consultations obligatoires.</li> <li>- Propositions libres.</li> </ul>
<b>Attributions</b>	La prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail. (aménagement des postes de travail, durée du temps de travail...).
<b>Moyens</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informations de la part de l'employeur.</li> <li>- Temps de liberté et d'informations.</li> <li>- Possibilité de consulter des experts.</li> <li>- Bénéfice d'une formation.</li> </ul>

7 juin 1936. Leur rôle a été conformé et amplifié avec la loi du 16 avril 1946 et la loi n° 82-915 du 28 octobre 1982 relative au développement des institutions représentatives du personnel dite loi Auroux.

► **LE COMITÉ D'ENTREPRISE.** Créé par l'arrêté du 8 juin 1945 portant application de l'ordonnance du 22 février 1945 instituant les comités d'entreprise, il est le lieu privilégié du dialogue social dans l'entreprise (tableau 2.8). Le comité d'entreprise est présidé par le chef d'entreprise. Le comité d'entreprise a une double mission :

- l'expression collective des salariés dont il représente les intérêts ;
- le contrôle de gestion des activités sociales.

Les membres du comité d'entreprise ont la garantie de pouvoir exercer leur mission sans risquer de sanctions injustifiées.

► **LE COMITÉ D'HYGIÈNE, DE SÉCURITÉ ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL (CHSCT).** Il exerce son action sur les lieux de travail et associe étroitement les représentants des salariés aux mesures à prendre en ces domaines (tableau 2.9). Cette institution représentative a été créée par la loi n° 82-1097 du 23 décembre 1982 relative aux comités d'hygiène et des conditions de travail, modifiée par la loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 relative à l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs. Elle répond aux objectifs suivants :

- traiter globalement des problèmes d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ;
- affirmer la capacité d'intervention des salariés sur leurs conditions de travail.

Il est doté des pouvoirs délibératifs pour l'ensemble des questions de santé, de sécurité et de qualité de vie au travail.

## Fonction publique hospitalière

Le représentant du personnel sont élus par les professionnels à l'occasion des élections aux commissions paritaires. Les commissions paritaires suivent les déroulements de carrière des agents stagiaires et titulaires (avancements d'échelons, promotions de grade, recours de notation, titularisation, discipline).

Ces élections servent également à définir la représentation des organisations syndicales au CTE (Comité technique d'établissement suit l'organisation générale du travail, le budget, la formation continue) et au CHSCT.

Les contractuels ne prennent part au vote que pour la représentation au CTE.

Les emplois de la fonction publique hospitalière ont pour vocation d'être tenus par des personnels fonctionnaires. Les garanties de stabilité d'emploi dont ceux-ci bénéficient expliquent que leur indisponibilité ne peut être considérée que comme temporaire.

C'est la raison pour laquelle la FPH recrute des personnels contractuels dans des conditions fixées par la loi et limitées à six motifs. Parmi ceux-ci, les deux les plus fréquemment utilisés sont les suivants :

- renforts temporaires (contrat à durée déterminée le plus souvent) liés à une surcharge de travail;
- remplacements de fonctionnaires momentanément indisponibles (congés annuels, maladie, maternité, complément de temps partiels...).

Les autres motifs sont les suivants : métier haute technicité sans grade équivalent dans la FPH, agent handicapé...

Les départs d'agents titulaires (mutations, retraite, disponibilité) feront que, sous un délai variable selon les établissements et non limité par les textes, une mise en stage pourra être proposée à l'agent contractuel qui remplit les conditions (âge, nationalité, diplôme, santé, casier judiciaire).

Commence alors la carrière hospitalière.

**Tableau 2.10. Loi du 9 janvier 1986, article 9 : motif de recours aux agents contractuels et nature du contrat dans la fonction publique hospitalière : présentation des contrats les plus utilisés.**

Motifs du recours au contrat	Situation justifiant le recrutement	Nature du contrat	Contenu du contrat
Remplacement momentané de fonctionnaires hospitaliers indisponibles ou autorisés à exercer leurs fonctions à temps partiel.	Fonctionnaire en maladie, maternité, accident de travail, congé parental, congé longue maladie ou à temps partiel. Le nom du fonctionnaire remplacé est mentionné.	Durée déterminée.	- Le contrat de travail expire soit à la date du retour du fonctionnaire désigné dans le contrat soit à la date d'échéance lorsque celle-ci a été précisée dans le contrat.
Vacance d'un emploi qui ne peut être immédiatement pourvu dans les conditions réglementaires.	Emploi en attente d'ouverture de concours, de publication de poste...	Durée déterminée limitée à un an.	
Fonctions occasionnelles	Renfort nécessaire en remplacement de congés annuels, d'absentéisme, de surcroît de travail. Le nom du fonctionnaire remplacé n'est pas mentionné	Durée déterminée limitée à un an.	- Contrat le plus souvent au 1 <sup>er</sup> échelon sans progression de carrière.
Emplois spécifiques	Absence de corps de fonctionnaire (ex : documentaliste) ou nouvellement prises en charge (ex : contrôleur de gestion), ou hautement spécialisées (ex : informaticien, radiophysicien)	Durée indéterminée.	- Contrat sans durée annoncée. Nécessité d'un préavis de l'employeur pour y mettre fin. Durée du préavis différent selon la durée de la période contractuelle. - Ce contrat prévoit le plus souvent une évolution de carrière (changements d'échelon).
Emplois à temps non complet inférieur au mi temps	L'emploi à temps non complet (orthophoniste, psychologue...) correspond à un emploi permanent	Durée indéterminée.	

**Tableau 2.11. Le temps partiel dans la fonction publique hospitalière.**

Article 46 loi du 9 janvier 1986 : « les fonctionnaires titulaires (...) qui occupent un emploi à temps complet (...) peuvent sur leur demande, sous réserve des nécessités de la continuité du service (...) être autorisés à accomplir un service à temps partiel qui ne peut être inférieur au mi-temps ».

Les agents contractuels peuvent obtenir un temps partiel après un an d'activité continu à temps plein.

Dans la fonction publique le décret du 4 janvier 2002 définit la durée du travail effectif.

Travail à temps partiel	Travail à temps plein
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Décret 91-155 du 6/2/1991 relatif aux agents contractuels</li> <li>- Décret 2003-1306 du 26/12/2003 relatif au régime de retraite des fonctionnaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires.</li> <li>- Décret 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail dans la fonction publique hospitalière ( loi « 35 heures »)</li> </ul>
<p>Conditions d'attribution.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le temps partiel sur autorisation :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sous réserve des nécessités et de la continuité du service</li> <li>• 50 %, 60 %, 70 %, 75 %, 80 %, 90 %</li> <li>• Salaire au prorata sauf pour les 80 et 90 % (85,7 % et 91.4 %)</li> <li>• Déroulement de carrière non impacté.</li> <li>• Rachat retraite sous réserve de sur cotisation employeur et agent.</li> </ul> </li> <li>- le temps partiel de droit pour raisons familiales :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Naissance d'un enfant jusqu'à ses 3 ans (50 %, 60 %, 70 %, 80 %)</li> <li>• Soins au conjoint ou enfant malade ou ascendant handicapé (50 %, 60 %, 70 %, 75 %, 80 %, 90 %)</li> <li>• Sur cotisation retraite payée totalement par l'employeur dans le premier cas.</li> <li>• Sur cotisation possible employeur et agent dans les autres cas.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Organisation du temps de travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des obligations annuelles de travail différentes selon les contraintes des professionnels : de 1 547 heures en cas de contraintes lourdes (20 dimanches ou fériés travaillés dans l'année à 1 568 heures pour les agents à repos fixes)</li> <li>- Personnel de nuit à 32 heures 30 en moyenne sur l'année.</li> <li>- Définition du nombre maximale d'heures de travail sur la semaine (44 sur la semaine, 48 sur 7 jours glissants), avec obligation de retrouver une moyenne de 35 heures sur le cycle de travail (cycle de 1 à 12 semaines au plus).</li> <li>- Réduction progressive du seuil d'heures supplémentaires</li> <li>- Travail sur 12 heures consécutives sur dérogation encadré par le contrôle des organisations syndicales en CTE.</li> <li>- Un dimanche sur 2 en repos.</li> <li>- 4 repos hebdomadaires par quinzaine dont au moins deux consécutifs comportant un dimanche. Repos de 36 heures minimum.</li> <li>- 12 heures de repos entre 2 postes de travail (cela interdit les soirs-matin)</li> <li>- Congés annuels en jours ouvrés.</li> <li>- Création d'un compte épargne temps.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demande formulée par l'agent au moins 2 mois avant l'échéance.</li> <li>- Passage temps plein en cas de congé maternité pendant la période de temps partiel.</li> <li>- Réintégration temps plein de droit à échéance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les garanties de repos et de rythme de travail définies pour les agents temps plein sont les même pour les temps partiels (durée du repos hebdomadaire, 1 dimanche sur 2 en repos...).</li> </ul>

## La carrière d'un agent public hospitalier

Prenons l'exemple de quatre étudiants sortis de la même promotion il y a 10 ans : Vincent, Claire, Maud, Malika. Leurs choix personnels et professionnels les ont conduits vers quatre carrières différentes :

- **Vincent** a été d'abord infirmier salarié dans le privé pendant 5 ans. Il a ensuite rejoint la fonction publique hospitalière (FPH) bénéficiant d'une **reprise d'ancienneté** à la mise en stage.

Après 3 ans d'exercice public, il est entré à l'école des cadres et sera inscriptible au tableau d'avancement sur les fonctions de **cadre de santé** dès qu'il aura 5 ans d'ancienneté dans la fonction publique.

- **Claire** a travaillé sous **contrat** dans un établissement hospitalier public dès l'obtention de son diplôme d'État. Mise en stage après 24 mois de contrat, elle a exercé ses fonctions pendant encore 4 ans en bloc opératoire. Elle a passé avec succès les concours d'entrée en école d'IBODE et travaille maintenant sur ce nouveau grade.

- **Malika** a intégré la FPH après 24 mois de contrat et l'obtention de la nationalité française.



Deux ans plus tard, à la naissance de ses jumeaux, elle a bénéficié d'un **congé parental**, puis a repris ses fonctions à **temps partiel**. En congé maternité pour son 3<sup>e</sup> enfant, elle prévoit de demander son départ en **retraite** dès qu'elle aura 15 ans de service. Elle est à son retour inscrite à une session de **formation continue**.

► **Maud** a travaillé dans un établissement hospitalier dès sa sortie d'école. Ces dix années ont été interrompues par trois **disponibilités** de 6 mois pour des missions humanitaires. Maud envisage un **détachement** au ministère de la Coopération pour rester en Afrique.

► **CONTRAT**. C'est le document signé des deux parties qui définit les relations entre l'employeur et l'employé non fonctionnaire. Le contrat formalise l'accord des deux parties sur sa durée, son terme ou son motif. Les droits des contractuels sont détaillés dans un décret de 1991 (n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements publics hospitaliers). Même un contrat à durée indéterminée ne garantit pas un emploi pérenne, il peut à tout moment être pourvu par un fonctionnaire ou être fermé au tableau des effectifs.

► **LES CONDITIONS POUR ÊTRE MIS EN STAGE**

– Posséder la nationalité française ou être ressortissant d'un pays de la Commission européenne (CE).

– Jouir de ses droits civiques.

– Bulletin judiciaire n° 2 vierge ou compatible avec l'exercice des fonctions.

– Être en situation régulière en regard du service militaire.

– Remplir les conditions physiques exigées pour l'exercice des fonctions.

► **SUR LE GRADE INFIRMIER**

– Diplôme d'État ou d'un pays de la CE.

– Concours sur titres.

► **MISE EN STAGE**. C'est la décision administrative, prise par la direction seule, qui place l'agent dans la situation de fonctionnaire. Le stage, période d'évaluation, s'étend sur 12 mois de travail **effectif** (les arrêts maladie et maternité reportent l'échéance). Après avis des commissions administratives paritaires (moitié direction, moitié représentants du personnel), la direction décide ou non la **titularisation**. La carrière du fonctionnaire commence à la mise en stage si

celle-ci est confirmée par la titularisation. Dès lors le déroulement de carrière suit le statut qui s'impose à l'agent et à son administration.

► **REPRISE D'ANCIENNETÉ**. À la mise en stage (et pas de droit pendant les mois de contrat qui peuvent précéder), l'agent qui a travaillé auparavant comme **salaré** du privé obtient la reprise de ces services. Les années de privé placeront Vincent directement au 4<sup>e</sup> échelon.

---

**Attention** : l'activité libérale n'est pas une activité salariée donc n'engendre pas de reprise.

---

► **ÉCHELON, INDICE, GRADE** (voir *Rémunération, indemnités et primes*, page 32).

► **INFIRMIER(E) DE CLASSE SUPÉRIEURE**. La classe supérieure est la seule promotion possible pour l'infirmier de classe normale qui souhaite rester dans ses fonctions (conditions : 5<sup>e</sup> échelon de la classe normale + 10 ans de services effectifs, quota : 30 % de l'effectif du corps au 1<sup>er</sup> janvier 2004).

Cependant la profession infirmière est parmi celles qui offrent le plus de diversité de qualifications ultérieures à l'hôpital. Des grades d'infirmiers spécialisés sont classés en catégorie A :

– **IBODE** (Infirmière de bloc opératoire diplômée d'État);

– **IADE** (Infirmier(e) anesthésiste DE);

– infirmier(e) puériculteur/trice.

► **CADRE DE SANTÉ**. Le diplôme de cadre de santé est devenu une condition statutaire pour être nommé cadre infirmier après inscription sur le tableau d'avancement. On ne peut être inscrit puis nommé qu'après 5 années de services effectifs dans la fonction publique ou sur un emploi de corps équivalent dans le secteur privé.

► **TEMPS PARTIEL**. C'est une possibilité prévue par la loi et accordée sur autorisation par périodes de 6 mois renouvelables (le seul temps partiel de droit est le mi-temps après une naissance et jusqu'au 3<sup>e</sup> anniversaire de l'enfant). La quotité et les modalités du temps de travail sont négociées en fonction des possibilités du service (50, 60, 70, 75, 80 et 90 % du temps plein).

La position de droit de l'agent correspond au temps plein, la position d'exception au temps partiel. Cette règle permet à l'agent comme à sa direction de demander le retour à temps plein à chaque échéance de 6 mois (possible même avant

**Tableau 2.12. Principaux congés d'un salarié du secteur public**  
*(les congés des agents contractuels sont précisés dans le décret 86-83 du 17 janvier 1986).*

<b>Types de congés</b>	<b>Durée légale</b>	<b>Bénéficiaires</b>	<b>Conditions</b>
Congés annuels	25 jours ouvrés + 2 hors saison + 1 fractionnement Du 1 <sup>er</sup> janvier au 31 décembre	Tous les agents, contractuels et fonctionnaires	Conditions idem privé Être en activité Pas de report hors nécessité de service dûment justifiée Recommandation : 3 semaines pendant l'été dont au moins 15 jours en même temps que le conjoint.
Congé maternité	6 semaines avant, 10 semaines après la naissance pour les 2 premiers enfants.	Stagiaires, titulaires et contractuels de plus de 6 mois.	Extension de la période d'arrêt à partir du troisième enfant, naissances multiples, grossesse pathologique... Rétablissement du temps plein pendant le congé maternité pour les agents à temps partiel
Congé maladie ordinaire	12 mois : 3 plein traitement, 9 demi-traitement complété le cas échéant par la mutuelle. 12 mois glissants	Agent titulaire (contractuel : indemnisation variable selon ancienneté, à partir de 4 mois service)	Certificat médical. Possible contrôle médical. Abattement sur la prime de service
Congé longue maladie	1 an plein traitement, 2 ans demi-traitement.	Agents titulaires (contractuel = congé de grave maladie : 1 an PT, 2 ans 1/2 traitement après 3 ans de service)	Liste de maladies nécessitant des soins longs et coûteux, définie par arrêté du 14 mars 1986,
Congé de longue durée	3 ans plein traitement; 2 ans demi-traitement.	Agents titulaires (contractuel : cf. congé grave maladie ci-dessus)	Affections limitées : cancer, maladie mentale, tuberculose, poliomyélite, SIDA
« dans la rubrique congé sabbatique du privé » Disponibilités	Variables selon les motifs de disponibilité.	Agents titulaires (congé sans traitement pour les stagiaires et congé non rémunéré pour les contractuels sous réserve d'ancienneté)	De droit (élever un enfant, suivre son conjoint, s'occuper d'un ascendant ou descendant malade) ou Sur autorisation : convenances personnelles; activité libérale; humanitaire
Autorisations d'absence		Agents titulaires. Bénéfice parfois étendu aux agents contractuels par le conseil d'administration de l'établissement sous réserve d'ancienneté.	Certaines sont réglementaires (mariage, enfant malade, décès, fonctions électives...), d'autres sont des accords locaux (concours, rentrée scolaire...). Se renseigner
Congé parental	Jusqu'au 3 <sup>e</sup> anniversaire de l'enfant	Tous les agents, contractuels 1 an ancienneté à la naissance de l'enfant.	Peuvent en bénéficier le père ou la mère. Réintégration de droit dans les effectifs même en surnombre.
Congé de formation	Formation continue, adaptation à l'emploi, préparation aux concours et promotion professionnelle : c'est de l'activité	Tous les agents.	L'agent garde le bénéfice de tous les congés énumérés ci-dessus
Congé individuel de formation professionnelle	1 an renouvelable dans la limite de 3 ans au total. Formation sans lien avec le milieu hospitalier, en vue d'une reconversion.	Les agents titulaires	Dossier examiné au niveau de la région. Salaire garanti à 80 % du traitement indiciaire (100 % pour les emplois non qualifiés). Certaines primes sont suspendues.

en cas de difficultés graves de l'agent ou de raisons de service sérieuses pour l'administration). Les années de temps partiel comptent temps plein pour les droits à avancement et à retraite.

**Attention :** à temps partiel, sur sa demande, Marie n'aura pas le droit de travailler ailleurs, conformément à la réglementation sur le non-cumul d'activités des fonctionnaires (exceptions : audit, formation, productions artistiques). Seuls les agents contractuels recrutés à moins de 50 % peuvent poursuivre une activité libérale (kiné, orthophoniste...).

► **CONGÉ PARENTAL.** Il est accordé de droit, par période de 6 mois à la mère ou au père de famille après une naissance et jusqu'au 3<sup>e</sup> anniversaire de l'enfant. Malika sera réintégrée, en sureffectif s'il le faut, à l'issue de son congé.

Pendant son congé parental, Malika conserve son droit à avancement d'échelon réduit de moitié.

Les autres congés du fonctionnaire sont : les congés annuels, les congés maladie ordinaire, longue maladie, longue durée, le congé maternité. Les congés sont équivalents à de l'activité et ouvrent les mêmes droits (avancement, retraite, congés annuels ...).

► **DISPONIBILITÉ, DÉTACHEMENT.** Ce sont des périodes pendant lesquelles le fonctionnaire quitte la fonction publique hospitalière tout en gardant un lien juridique qui lui permettra de solliciter son retour. Les disponibilités accordées par périodes minimales de 6 mois peuvent s'étendre sur un nombre d'années variables selon leurs motifs. Elles sont :

● **De droit :**

- pour élever un enfant de moins de 8 ans ;
- pour suivre son conjoint ;
- pour soigner un descendant ou ascendant malade ou handicapé.

● **Sur autorisation de la direction :**

- pour convenances personnelles ;
- pour exercer une activité libérale (soumise en plus à déclaration et autorisation de la commission nationale du contrôle des activités) ;
- pour suivre une mission d'intérêt général ou humanitaire ;
- pour études ou recherches présentant un intérêt général.

L'administration peut contrôler que l'agent se consacre au motif de sa disponibilité.

► **LE DÉTACHEMENT** permet au fonctionnaire hospitalier, sur sa demande, de travailler pour l'une des deux autres fonctions publiques (État et collectivités territoriales) tout en restant rattaché pour son déroulement de carrière à son administration d'origine. Période minimale : un an renouvelable. La rémunération obtenue pendant le détachement ne peut excéder de plus de 15 % celle reçue dans la fonction publique hospitalière.

► **FORMATION CONTINUE.** Elle est obligatoirement prévue par les établissements hospitaliers (1 % minimum de la masse salariale). Pendant les périodes de formation, l'agent est en activité avec tous les droits qui s'y rattachent : congés, couverture accident du travail ...

La formation accompagne les projets d'adaptation à l'emploi, de reconversion.

Les études promotionnelles (1,1 % de la masse salariale) permettent à l'agent de suivre un cursus **qualifiant** (IBODE, IADE ...). En contrepartie des frais de scolarité et des salaires et charges versés pendant ces périodes, l'agent signe un contrat d'engagement de servir dans la fonction publique hospitalière d'une durée variable selon la durée des études. S'il quitte volontairement la FPH avant l'échéance, l'agent devra rembourser les frais engagés proportionnellement au temps de service restant à accomplir. Dans certaines conditions (rapprochement du conjoint...), le fonds pour l'emploi hospitalier peut se substituer à l'agent et rembourser l'engagement.

► **LA RETRAITE.** Les personnels soignants peuvent demander à bénéficier de leur retraite à 55 ans. Ils ont le droit de travailler jusqu'à 60 ans. Au-delà, pour deux années supplémentaires maximum, ils doivent solliciter l'autorisation de leur direction et l'avis favorable de la médecine du travail.

Les mères de trois enfants peuvent obtenir une retraite à jouissance immédiate après 15 années de service. Le montant de la retraite est fonction du nombre d'années de travail et de l'indice détenu depuis 6 mois au moins au moment du départ. Les années de travail à temps partiel de Malika comptent temps plein pour l'ouverture de son droit à partir en retraite. Elles sont en revanche proratisées pour le calcul du **montant** de la pension de retraite. Depuis le décret du 10 mai 2005, ce droit est étendu au père. Une condition : s'être arrêté de travailler 2 mois au moment de la naissance (congé maternité, paternité, parental, disponibilité...).

Les personnels non soignants peuvent prendre leur retraite à 60 ans, ont le droit de travailler jusqu'à 65 ans. Les cadres infirmiers supérieurs et les infirmiers généraux appartiennent à cette catégorie.

Entre 2004 et 2008, le nombre de trimestres nécessaires pour bénéficier de la retraite maximale (75 % du dernier traitement indiciaire) progressivement de 152 à 160 trimestres (soit de 37,5 à 40 années de cotisations).

Dans le même temps, la valeur de l'annuité de travail (2 % du dernier traitement par année de travail jusqu'en 2003) diminue progressivement pour atteindre 1,829 % en 2013 : les montants des pensions subissent donc un tassement.

## Les droits et obligations d'un fonctionnaire

### Les droits (ou garanties)

Ils sont définis pour l'ensemble des agents des trois fonctions publiques (État, collectivités territoriales, établissements hospitaliers) par la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

#### Droits individuels

- **La liberté d'opinion** (politique, syndicale, philosophique ou religieuse) et l'interdiction de discrimination au motif du sexe, de l'appartenance ethnique, de l'engagement politique.

- **Être informé** individuellement des décisions le concernant par :

- la consultation du dossier;
- la procédure écrite et motivée pour toute décision portant grief.

- **Être consulté** et participer par l'intermédiaire des représentants du personnel siégeant dans diverses instances à l'organisation et au fonctionnement de son établissement (CTE, CHSCT, CLIN), à l'élaboration des règles statutaires (CSFPH ou Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière), à l'examen des décisions individuelles relatives à sa carrière (CAP) (voir *Droit d'expression*, page 31).

- **Être protégé :**

- **de l'administration :** par le respect du statut, la consultation des CAP, la motivation des décisions, la saisie du CSFPH, les garanties disciplinaires;

- **par l'administration :**

- des menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations, outrages dont la personne pourrait être victime dans le cadre de ses fonctions, avec le cas échéant réparation du préjudice,
- des fautes de service entraînant une condamnation civile en réparation du préjudice.

C'est alors l'administration qui est condamnée sauf :

- faute détachable du service (on entend par là que le préjudice est causé par l'action directe, totalement imputable à l'agent : ivresse, volonté manifeste de nuire, etc.);

- si la victime intente une action au pénal, cette dernière est nominative et l'agent en répond à titre individuel;

- si la victime veut :

- réparation → civil → responsabilité administrative;

- condamnation → pénal → responsabilité individuelle.

- **Être rémunéré** selon son grade et son échelon. La direction ne saurait tirer les conséquences d'une absence ou d'une mauvaise prestation professionnelle pour modifier le niveau de rémunération sans avoir, au préalable, respecté une procédure disciplinaire.

- **Bénéficiaire** des congés prévus par le statut.

- **Bénéficiaire** de la formation syndicale et professionnelle dans les conditions prévues par les textes.

#### Droits collectifs

##### ► DROIT SYNDICAL

Les fonctionnaires peuvent librement créer des organisations syndicales, y adhérer, y exercer des mandats. Ces organisations peuvent en leur nom ester en justice<sup>1</sup>, se pourvoir contre des décisions concernant le statut du personnel ou l'organisation du travail.

Les organisations syndicales sont impérativement consultées sur les points majeurs de la vie de leur établissement :

1. Ester en justice : soutenir une action en justice comme demandeur et défendeur.

- les représentants du personnel disposent d'autorisations spéciales d'absence pour exercer leur mandat, ils peuvent organiser des permanences et des réunions dans les conditions prévues par les textes (demande préalable à la direction ...);
- les agents peuvent librement contacter les représentants du personnel et participer, le cas échéant, sur le temps de travail (1 heure/mois/syndicat) à des réunions d'information.

#### ► DROIT DE GRÈVE

Les organisations syndicales peuvent déposer des préavis de grève, soit au niveau national si elles sont représentées au CSFPH (Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière), soit au niveau local. Les agents peuvent participer à une action de grève. Dès lors cependant que le directeur est le garant de l'organisation de son établissement et surtout de la continuité des soins et de l'accueil des malades, l'agent ayant manifesté son souhait de grève peut être assigné au travail par son directeur dans le cadre d'un service minimum.

Ne pas travailler bien qu'assigné est une faute professionnelle qui expose à des sanctions disciplinaires.

#### ► DROIT D'EXPRESSION

Les représentants du personnel, au nom de l'ensemble des professionnels, sont consultés et participent à la vie institutionnelle en siégeant dans diverses instances.

Ils formulent un avis sur le fonctionnement de l'institution :

- en CA (conseil d'administration) sur les dossiers majeurs et stratégiques de l'établissement;
- en CME (commission médicale d'établissement);
- en CTE (comité technique d'établissement) qui réunit les organisations syndicales pour débattre des organisations de travail, du budget, de la formation continue ...;
- en CHSCT (comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail);
- au CLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales);
- en CSSI (conseil supérieur des soins infirmiers);
- en conseil de service.

Ils examinent enfin les décisions individuelles en CAP (commissions administratives paritaires) (autant de représentants du personnel que de la direction sur les changements d'échelons, titularisations, recours de notation, avancements de grades).

En formation restreinte, les CAP sont consultées sur les dossiers disciplinaires.

## Les obligations (loi n° 83-634 du 13 juillet 1983)

► **OBLIGATION DE SERVIR** (art. 25). Le fonctionnaire ne doit pas avoir une activité privée lucrative (sauf formation, expertise, production intellectuelle ou artistique) et ceci même dans l'hypothèse d'un travail à temps partiel. En aucun cas, toutefois, le fonctionnaire ne peut avoir d'intérêt ou d'activité de nature à compromettre son indépendance ou à desservir les intérêts de son employeur.

► **OBLIGATION DE SECRET PROFESSIONNEL** (art. 26). Les fonctionnaires sont tenus au secret professionnel sauf dérogations prévues par la loi (violences sur mineurs ...). C'est une obligation lourde et sans nuances. S'y ajoute l'obligation de discrétion professionnelle pour tout ce que l'agent a vu ou entendu en dehors même des informations sur l'état de santé du patient : sa présence même dans l'établissement, ses propos, ses visites... L'agent doit respecter la vie privée et la volonté de la personne hospitalisée.

Cette obligation de secret professionnel s'étend bien entendu au personnel soignant contractuel. L'obligation de discrétion professionnelle s'applique à tous les agents de l'hôpital, soignants ou non.

► **OBLIGATION D'INFORMER LE PUBLIC** (art. 27). Cette obligation d'information trouve sa seule limite dans l'impératif de secret professionnel vu ci-dessus. Il appartient à l'agent soignant de déterminer le seuil à ne pas franchir et à orienter si besoin vers le médecin du service.

► **L'OBÉISSANCE HIÉRARCHIQUE** (art. 28). Tout fonctionnaire, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique (sauf ordre illégal et de nature à compromettre un intérêt public). *A posteriori*, il a à sa disposition plusieurs voies possibles d'expression s'il considère qu'il est en face d'instructions manifestement en dehors de la norme (niveau hiérarchique supérieur, organisations syndicales).

L'agent reste responsable des tâches qu'il délègue.

► **OBLIGATION de suivre**, si besoin et le cas échéant contre son gré, des sessions DE FORMA-

FORMATION professionnelle nécessaires à l'adaptation à l'emploi. C'est une contrepartie du droit à la formation.

## Rémunération, indemnités et primes

### Grille 1 : personnel de catégorie B. Classe normale

- Infirmier(e), pédicure, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, technicien de laboratoire.
- Psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, diététicien...

Tableau 2.13. Grille 1.

Échelon	Durée moyenne d'ancienneté	Indice brut	Indice majoré
1 <sup>er</sup> échelon	1 an	322	307
2 <sup>e</sup> échelon	2 ans	346	323
3 <sup>e</sup> échelon	3 ans	372	342
4 <sup>e</sup> échelon	3 ans	407	366
5 <sup>e</sup> échelon	4 ans	443	389
6 <sup>e</sup> échelon	4 ans	480	415
7 <sup>e</sup> échelon	4 ans	519	445
8 <sup>e</sup> échelon	-	568	480

Tableau 2.14. Grille 2.

Échelon	Durée moyenne d'ancienneté	Indice brut	Indice majoré
1 <sup>er</sup> échelon	2 ans	471	410
2 <sup>e</sup> échelon	2 ans	514	441
3 <sup>e</sup> échelon	3 ans	548	465
4 <sup>e</sup> échelon	3 ans	580	489
5 <sup>e</sup> échelon	4 ans	613	514
6 <sup>e</sup> échelon	-	638	533

Tableau 2.15. Grille 3.

Échelon	Durée moyenne d'ancienneté	Indice brut	Indice majoré
1 <sup>er</sup> échelon	1 an	430	379
2 <sup>e</sup> échelon	2 ans	480	415
3 <sup>e</sup> échelon	2 ans	520	445
4 <sup>e</sup> échelon	3 ans	558	472
5 <sup>e</sup> échelon	3 ans	589	496
6 <sup>e</sup> échelon	4 ans	627	525
7 <sup>e</sup> échelon	4 ans	664	553
8 <sup>e</sup> échelon	-	740	610

Le traitement de base se calcule en multipliant l'indice majoré par le prix du point qui évolue au fil des augmentations salariales (en juillet 2006 = 4,498 €).

● Exemple : un(e) infirmier(e) au 3<sup>e</sup> échelon a un traitement de base de  $342 \times 4,498 = 1\,538,42$  €.

#### ► INDEMNITÉS ET PRIMES POUR TOUS LES GRADES

- Prime de service.

- Indemnité de sujétion spéciale (13 heures supplémentaires par mois).

#### ► PRIMES SPÉCIFIQUES

● Au corps infirmier :

- prime spécifique mensuelle, prime spéciale début de carrière (IDE jusqu'au 2<sup>e</sup> échelon) : 36,9 €/mois ;

- prime Veil : 76,22 €/mois.

Tableau 2.16. Grille 4 : infirmiers anesthésiste de classe normale.

Échelon	Durée	Indice Nouveau Majoré (INM)	
		IADE	PUER-IBODE
1	1 an	366	340
2	2 ans	393	366
3	3 ans	412	385
4	3 ans	437	410
5	4 ans	460	428
6	4 ans	486	455
7	4 ans	515	484
8		543	511

Tableau 2.17. Grille 4 : infirmiers anesthésiste de classe supérieure.

Échelon	Durée	Indice Nouveau Majoré (INM)	
		IADE	PUER-IBODE
1	2 ans	453	419
2	2 ans	481	454
3	2 ans	500	473
4	3 ans	523	497
5	3 ans	543	517
6	3 ans 6 mois	564	538
7		603	569

## Grille 2 : personnel de catégorie B. Classe supérieure

- Infirmier(e), pédicure, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, technicien de laboratoire.
- Psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, diététicien...

Idem traitement = INM (indice nouveau majoré) × prix du point.

### ► INDEMNITÉS, PRIMES POUR TOUS LES GRADES ET PRIMES SPÉCIFIQUES

Maintenues dans les conditions de la grille 1.

## Grille 3 : personnel de catégorie A.

### Cadre de santé

## Grille 4 : infirmières spécialisées (IADE, IBODE...)

- Infirmier(e), pédicure, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, technicien de laboratoire.
- Psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, diététicien ...

### ► INDEMNITÉS ET PRIMES POUR TOUS LES GRADES

- Prime de service.
- Indemnité de sujétion spéciale (13 heures supplémentaires par mois).

### ► PRIMES SPÉCIFIQUES

Maintenus dans les conditions de la grille 1.

### ► PRIME ENCADREMENT

76,22 €/mois. NBI : 41 points pour les IADE/19 points pour IBODE et PUER.

## Organisation du temps de travail

Le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans

les établissements hospitaliers a précisé les conditions de mise en place des 35 heures dans la fonction publique hospitalière.

► **LES POINTS MAJEURS DE CETTE NOUVELLE RÉGLEMENTATION** sont les suivants : définition d'une obligation annuelle de travail variable selon les contraintes des professionnels :

- de 1 540 heures dans le cas de contraintes fortes (plus de 20 dimanches et fériés travaillés dans toute l'année) à 1 561 heures en repos fixes ;

- définition du nombre maximum d'heures de travail sur la semaine (44 heures du lundi au dimanche/48 heures sur 7 jours glissants) avec obligation de retrouver une moyenne de 35 heures sur le cycle de travail (cycle de 1 à 12 semaines maximum) ;

- disparition progressive des heures supplémentaires sauf celles réalisées dans le cadre d'astreintes ;

- travail en 12 heures consécutives sur dérogations encadré par le contrôle des organisations syndicales en CTE ;

- un dimanche sur deux en repos ;

- repos hebdomadaires : 4 par quatorzaine dont au moins 2 consécutifs comportant un dimanche, repos de 36 heures minimum ;

- 12 heures de repos entre 2 postes de travail interdisant les postes « soir-matin » ;

- décompte uniformisé des temps de maladie et de formation ;

- décompte des congés annuels en jours ouvrés (c'est-à-dire prévus en travail sur le planning 25 jours + 2 jours congés hors saison + 1 jour si fractionnement des congés) ;

- création d'un compte épargne temps, sur initiative de l'agent, sur lequel peuvent être placés, sous conditions, des heures supplémentaires, congés annuels ou RTT non pris pour raisons de service ;

- passage à 32 heures 30 pour les agents fixes de nuit à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 (ces agents sont déjà à 35 heures depuis plusieurs années).

## Les associations

### Définition (article 1<sup>er</sup> de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901)

« L'association est une convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun,

d'une façon permanente, leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices.

Elle est régie, quant à sa validité, par les principes généraux du droit applicables aux contrats et obligations. »

### Les associations en quelques chiffres

Nombre d'associations	Nombre de créations annuelles	Nombre de bénévoles	Nombre d'adhérents	Nombre de salariés	Nombre de donateurs
+ de 900 000	+ de 60 000	10 500 000	20 000 000	1 650 000	21 000 000

Source : <http://www.associationsnous.com/>

Nous sommes dans un secteur dynamique travaillant dans de nombreux domaines, tels que la santé, le social, la formation, l'insertion...

Nombreuses sont les institutions sanitaires qui fonctionnent en association et qui peuvent intégrer les infirmiers en tant que structure d'emploi.

• **Article 2.** « Les associations de personnes pourront se former librement sans autorisation, ni déclaration préalable, mais elles ne jouiront de la capacité juridique que si elles se sont conformées aux dispositions de l'article 5. »

• **Article 5.** « Toute association qui voudra obtenir la capacité juridique prévue par l'article 6 devra être rendue publique par les soins de ses fondateurs. »

### Caractéristiques des associations

La loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 en est le texte de base. C'est la liberté de pouvoir s'associer.

- L'association est un contrat.
- L'association est un groupement de personnes.
- Les buts des associés doivent être communs.
- Une association ne doit pas avoir un but lucratif.

### Différentes catégories d'associations

Il en existe deux types : les associations déclarées et les associations non déclarées (tableau 2.18).

Les associations, à condition d'être agréées, peuvent demander la reconnaissance d'utilité publique. Pour obtenir ce statut, il faut que l'association :

- justifie d'une activité dépassant le cadre local ;
- soit déclarée ;
- fonctionne depuis au moins 3 ans ;
- regroupe au moins deux cents adhérents ;
- justifie de ressources suffisantes pour assurer ses activités dans la durée ;
- possède une dotation mobilière de mille francs minimum, placée en rentes nominatives sur l'État, en actions nominatives de sociétés d'investissements ou en valeurs nominatives admises par la Banque de France en garanties d'avances ;
- adopte des statuts types proposés par l'administration.

Le dossier de demande de reconnaissance d'utilité publique est à déposer auprès des services du ministère de l'Intérieur.



Tableau 2.18. Spécificités des associations.

Non déclarées	Déclarées
C'est un groupement d'individus.	« Elles constituent le droit commun des associations. »
Elles ne peuvent ester en justice.	Elles peuvent ester en justice.
Elles ne peuvent recevoir ni dons, ni legs.	Elles sont obligées de se déclarer en préfecture.
Elles ne peuvent emprunter, ni posséder d'immeubles ou de biens.	Elles peuvent recevoir dons et legs.

## Unions, fédérations et confédérations d'associations

C'est le cas où plusieurs associations poursuivent des buts similaires ou bien très proches. Dans cette hypothèse, elles ont la possibilité de se regrouper afin de se constituer en **unions, fédérations ou bien en confédérations d'associations**. Elles ont la personnalité morale distincte des associations qu'elles représentent.

Cette forme est intéressante pour les associations qui souhaitent être représentées à l'échelon national.

## Création d'une association

Les fondateurs d'une association sont des personnes physiques ou morales. Leur participation personnelle à la création de l'association est un gage majeur dans la bonne marche de celle-ci.

Les associations sont toutes formées sur le même schéma organisationnel (tableau 2.19).

## Statuts de l'association

► **LA FORME.** Ces statuts sont obligatoires et doivent être joints lors de la déclaration de l'association.

La rédaction des statuts est libre dans sa forme, cependant un écrit est obligatoire, soit sous seing privé ou notarié. Les services préfectoraux proposent des statuts types afin d'aider les associations dans leur constitution.

► **LE CONTENU.** À cet égard, la loi donne peu de précisions, mais nous pouvons indiquer ici les éléments essentiels qui semblent représenter des indications minimales (tableau 2.20).

Tableau 2.19. Schéma organisationnel d'une association.

<b>Les membres fondateurs</b>	Personnes physiques ou morales participant à la création de l'association. L'adhésion se fait moyennant une cotisation. Il existe des membres adhérents, des membres actifs, des membres d'honneur ainsi que des membres bienfaiteurs.
<b>Le bureau</b>	C'est l'organe de décision de l'association. En règle générale les membres du bureau font également partie du conseil d'administration. Il est composé : – d'un président ; – d'un secrétaire ; – d'un trésorier ; – d'un ou de plusieurs vice-présidents.
<b>Le conseil d'administration</b>	Il se compose d'un nombre variable d'administrateurs élus lors des assemblées générales.
<b>Les assemblées générales</b>	Il faut distinguer l'assemblée générale ordinaire qui se tient une fois par an qui présente à ses adhérents le rapport moral, le bilan financier et le budget prévisionnel de l'année à venir..., des assemblées générales extraordinaires qui peuvent être convoquées à n'importe quel moment afin de traiter une question à caractère urgent.
<b>Le règlement intérieur</b>	Il est obligatoire. Il fixe les règles de fonctionnement de l'association.

Tableau 2.20. Contenu minimal des statuts d'une association.

Le nom de l'association
La durée
L'objet
L'adresse du siège social
L'état civil des membres fondateurs
Les activités
Les conditions d'admission et d'exclusion des membres
La composition de l'association
Les modalités d'élection, la durée des mandats
La convocation de l'assemblée
La composition de l'association (membres)
La modification des statuts et la dissolution de l'association

**Tableau 2.21. Détails de la déclaration.**

<b>Forme</b>	Aucun délai n'est fixé par la loi. Mais tant que cette formalité n'est pas accomplie, l'association n'a aucune existence.
<b>Lieu</b>	À Paris : à la préfecture de police. En province : à la préfecture du département.
<b>Contenu</b>	Voir le contenu de la déclaration ci-dessus.
<b>Pièce à fournir</b>	– Une justification l'établissement du siège social. – Deux exemplaires des statuts. – Un registre à pages numérotées et paraphées par le président de l'association.
<b>Récépissé</b>	Délivrance dans un délai de 10 jours par les services préfectoraux. Il mentionne la date de dépôt ainsi que la date de sa remise, il contient en outre l'énumération des pièces annexées. Il est daté et signé par le préfet. Il permettra par la suite d'obtenir du <i>Journal officiel</i> l'insertion exigée par la loi.
<b>Insertion au Journal officiel</b>	C'est la préfecture qui en fait la demande moyennant la somme de 39,06 € (somme due au 1 <sup>er</sup> janvier 2005).

► **LA DÉCLARATION.** Cette formalité est obligatoire afin que l'association puisse obtenir la personnalité morale.

## Conclusion

Les associations représentent pour le personnel infirmier un domaine d'activités professionnelles qui n'est pas négligeable en termes d'embauches. Il faut signaler que des possibilités d'emploi peuvent exister tant dans le secteur sanitaire que médico-social. À avoir les associations les plus représentatives dans le secteur de la santé sont :

- la Croix-Rouge française;
- les centres de lutte contre le cancer;
- la Mutualité française;
- les centres de transfusion sanguine;
- ainsi que d'autres associations du secteur, fédérées ou pas entre elles.

## Codes de la santé publique, de l'action sociale et des familles

Ces codes contiennent des informations importantes et très denses. Il est impossible, sur le plan technique, d'en synthétiser le contenu en quelques pages. Nous conseillons donc à nos lecteurs de parcourir directement ces codes.

Nous donnons ici des indications sur leur structure et des « clés » permettant de faciliter leur lecture et donc leur approche.

### Le Code de la santé publique

Suite à la promulgation de nouvelles lois, ces deux codes ont été modifiés dans leur organisation : le Code la santé publique et le Code de l'action sociale et de la famille.

Le code de la Santé publique est divisé en six parties plus une partie réglementaire, il est ensuite divisé en livres, titres, sections et sous-sections (dernière mise à jour : septembre 2005).

Tableau 2.22. Le Code de la santé publique.

<b>PREMIÈRE PARTIE</b>		
Livre I <sup>er</sup>	Protection des personnes en matière de santé	Droits des personnes malades et des usagers du système de santé Recherches biomédicales Examen des caractéristiques génétiques, identification génétique et recherche génétique Réparation des conséquences des risques sanitaires Prévention des risques liés à certaines activités diagnostiques et thérapeutiques
Livre II	Don et utilisation des éléments et produits du corps humain	Principes généraux – Sang humain – Organes Tissus, cellules et produits Dispositions communes aux organes, tissus et cellules Dispositions pénales Produits des thérapies géniques et de l'environnement Dispositions pénales
Livre III	Protection de la santé et environnement	Dispositions générales – Sécurité sanitaire des eaux et des aliments – Prévention des risques sanitaires liés à l'environnement et au travail – Prévention des risques d'intoxication
Livre IV	Administration générale de la santé	Institutions Administrations
Livre V	Dispositions particulières applicables à certaines parties du territoire	
<b>DEUXIÈME PARTIE</b>		
<i>Santé de la famille, de la mère et de l'enfant</i>		
Livre I <sup>er</sup>	Protection et promotion de la santé maternelle et infantile	Organisation et missions Actions de prévention concernant les futurs conjoints et parents Actions de prévention concernant l'enfant – Assistance médicale à la procréation
Livre II	Interruption volontaire de grossesse	Dispositions générales Dispositions pénales
Livre III	Établissements, services et organismes	Organismes de planification, d'éducation et de conseil familial Autres établissements et services
Livre IV	Dispositions particulières applicables à certaines parties du territoire	
<b>TROISIÈME PARTIE</b>		
<i>Lutte contre les maladies et dépendances</i>		
Livre I <sup>er</sup>	Lutte contre les maladies transmissibles	Lutte contre les épidémies et certaines maladies transmissibles Infection par le virus de l'immunodéficience humaine et infections sexuellement transmissibles
Livre II	Lutte contre les maladies mentales	Modalités d'hospitalisation Organisation
Livre III	Lutte contre l'alcoolisme	Prévention de l'alcoolisme Boissons Débits de boissons Répression de l'ivresse publique et protection des mineurs Dispositions pénales
Livre IV	Lutte contre la toxicomanie	
Livre V	Lutte contre le tabagisme	
Livre VI	Lutte contre le dopage	

Tableau 2.22. *Le Code de la santé publique. (Suite)*

<b>TROISIÈME PARTIE</b>		
Livre VII	Prévention de la délinquance sexuelle, injonction de soins et suivi socio-judiciaire	
Livre VIII	Dispositions particulières applicables à certaines parties du territoire	
<b>QUATRIÈME PARTIE – Professions de santé</b>		
Livre I <sup>er</sup>	Professions médicales	
Livre II	Professions de la pharmacie	
Livre III	Auxiliaires médicaux	
Livre IV	Dispositions particulières applicables à certaines parties du territoire	
<b>CINQUIÈME PARTIE – Produits de santé</b>		
Livre I <sup>er</sup>	Produits pharmaceutiques	
Livre II	Dispositifs médicaux	
Livre III	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé	
Livre IV	Dispositions pénales	
Livre V	Dispositions particulières applicables à certaines parties du territoire	
<b>SIXIÈME PARTIE – Établissements et services de santé</b>		
Livre I <sup>er</sup>	Établissements de santé	Organisation des activités des établissements de santé – Équipement sanitaire – Coopération – Établissements publics de santé – Personnels médicaux et pharmaceutiques – Établissements de santé privés
Livre II	Laboratoires d'analyses de biologie médicale	
Livre III	Aide médicale urgente, permanence des soins, transports sanitaires et autres services de santé	
Livre IV	Dispositions particulières applicables à certaines parties du territoire	
<b>PARTIE RÉGLEMENTAIRE (RÉSIDUELLE) DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE</b>		
Livre VII	Établissement de santé, thermoclimatisme	
Livre VIII	Institutions	
Livre IX	Personnel	

Source : [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

## Le Code de l'action sociale et de la famille

Antérieurement ce code était intitulé Code de la famille et de l'aide sociale. Il est divisé en cinq livres avec des titres et des sections.

**Tableau 2.23. Le Code de l'action sociale et des familles.**

Livre I <sup>er</sup> Dispositions générales	Principes généraux Compétences Procédures Institutions
Livre II Différentes formes d'aide et d'action sociales	Famille Enfance Personnes âgées Personnes handicapées Personnes non bénéficiaires de la CMU Lutte contre la pauvreté et les exclusions
Livre III Action sociale et médico-sociale mise en œuvre par des établissements et des services	Établissements et services soumis à autorisation Établissement sous à déclaration Dispositions communes aux établissements sous à autorisation et à déclarations Dispositions spécifiques à certaines catégories d'établissements Contentieux de la tarification sanitaire et sociale
Livre IV Professions et activités d'accueil	Assistants de service social Assistants maternels et assistants familiaux Particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées Accueillants familiaux et modalités d'agrément Formation des travailleurs sociaux
Livre V Dispositions particulières applicables à certaines parties du territoire	

Source : [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

### POINTS CLES

- ▶ Trois fonctions publiques existent en France :
  - la fonction publique d'état (éducation nationale, défense...);
  - la fonction publique territoriale (mairies, conseil général, conseil régional, collectivités locales);
  - la fonction publique hospitalière (hôpitaux publics), établissements de santé (maison de retraite, maisons d'accueil spécialisées).
- ▶ La réglementation du travail dans le secteur public et dans le secteur privé n'est pas tout à fait régie par les mêmes textes et juridictions.
- ▶ La durée du travail est fixée sur la base hebdomadaire de 35 heures depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000 dans le privé et depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2002 dans le public.
- ▶ Le contrat de travail écrit est obligatoire dans tous les secteurs, même si vous êtes contractuels de la fonction publique.
- ▶ L'ensemble des lois et décrets concernant le secteur sanitaire et social est contenu dans le Code de santé publique.
- ▶ Les cadres infirmiers soignants et enseignants, spécialisés ou non, sont classés dans la catégorie A des fonctionnaires de même que les infirmières spécialisées.

Hidden page

Le mot **éthique** constitue avec le mot **morale** un couple de synonymes que l'usage a tendance à différencier. En effet l'éthique renvoie à la philosophie grecque pour désigner les actions d'un être doué de raison. Ce qui correspond au courant « laïc », tandis que la morale renvoie à la philo-

sophie latine ou à l'idéologie chrétienne pour désigner les savoir-vivre fixés par les règles et les normes. Cela nous conduit au courant spiritualiste, au point que « faire de l'éthique passe mieux que faire de la morale ».

## Notion d'éthique

L'éthique désigne l'étude théorique des principes qui guident l'action humaine dans les contextes où le choix est possible. C'est aussi un ensemble des principes gouvernant l'action des individus pour autant qu'ils agissent en fonction de leur appartenance à un groupe social déterminé et que cette appartenance impose des conduites de groupe.

Considérée comme la « morale des philosophes, c'est-à-dire de la raison », l'éthique est un **art de diriger sa conduite**. Donc l'éthique échappe au registre du bien et du mal, du **permis** et de l'**interdit**, c'est-à-dire se différencie de la morale (qui s'appuie sur le registre du bien et du mal). Enfin l'éthique est un ensemble de règles collant à chaque individu et suppose une certaine insertion de l'homme au monde. D'où les notions de respect, de dignité, de tolérance, du respect de la vie privée ...

## Historique

Les moments forts de la recherche éthique en Occident passeraient par :

● **Socrate** (philosophe grec, - 470-399 av. J.-C.). En effet l'éthique est née avec Socrate qui en propose une conception intellectualiste : « fonder la morale, c'est montrer que ce qui est bien en soi, est aussi bien pour moi. Que ce qui est mal en soi est aussi mal pour moi. » Il conclut en disant que « la loi morale n'est pas extérieure à nous, elle est en nous. » C'est ce qu'il appelle l'immanence et qui assure le développement et l'épanouissement

de notre être. Comme on le voit, Socrate semble confondre « éthique et morale ». Malgré tout, il est le moraliste chez qui l'ambition de connaître l'homme reste intimement liée à celle de l'améliorer. Cette ambition, il la communique au plus fidèle de ses disciples : Platon.

● **Platon** (philosophe grec, - 428-348 av. J.-C.) : disciple de Socrate, il dira que « celui qui connaît vraiment le bien ne peut faire le mal » : « la vertu est identique au bonheur », « le juste crucifié est totalement heureux », « le tyran sur son trône est entièrement malheureux », « la tragédie de la méchanceté n'est que la tragédie de l'ignorance, car l'homme méchant est un homme ignorant, c'est-à-dire qui n'utilise pas de raison ». Pour Socrate et pour Platon « personne n'est méchant volontairement ».

● **Aristote** (philosophe grec, env. - 384-322 av. J.-C.) va se lever contre les conceptions socratique et platonique de la loi morale. Dans l'*Éthique à Nicomaque*, Aristote trace le portrait de l'homme vertueux. Pour lui, l'homme vertueux est « celui qui excelle en humanité, c'est un honnête homme, c'est un homme libre qui vit dans la cité où chacun est citoyen et participe au pouvoir; c'est le philosophe à cause de cette capacité de connaissance et de contemplation élevée qui nous égalent à Dieu. »

● **Baruch Spinoza** (philosophe allemand, 1632-1677) exprime le double lien de l'homme à la nature et au politique, c'est-à-dire l'attachement de l'homme à son environnement et à la vie de la cité.

• **Georg Wilhelm Friedrich Hegel** (philosophe allemand, 1770-1831) scelle l'articulation de l'éthique sur l'institution, c'est-à-dire ensemble de systèmes où évoluent les individus.

• **Friedrich Nietzsche** (philosophe allemand, 1844-1900) dans la « quête abyssale » (dimension psychanalytique consistant à comprendre le processus inconscient, en somme une référence aux profondeurs de l'âme) dit que « en chacun de nous existe une petite voix. Il faut écouter cette petite voix ».

• **Emmanuel Levinas** (philosophe français, 1905) dit que « on ne peut se comprendre que par l'autre ». Associé au psychologue américain Saul Rosenzweig (1907), il parle de la « révolution de l'altérité ».

Bien qu'étant la « morale des philosophes », l'éthique est confrontée à d'autres conceptions.

## Les différentes conceptions de l'éthique

La conception chrétienne de l'éthique est très proche de la pensée socratique. Le christianisme admet que l'homme est volontairement pécheur. Saint Augustin, saint Thomas d'Aquin et Bossuet admettent que le mal n'a rien de positif. Saint Thomas d'Aquin soutient que si le bien (Dieu) est parfaitement connu, il est aussi nécessairement voulu.

Chez les musulmans, l'ensemble des règles et normes ont été consignées dans le livre qui s'appelle le Coran.

L'hindouisme parle de la « maîtrise de soi ».

Tandis que dans la conception cartésienne de l'éthique, il suffit de bien juger pour bien faire et tout pécheur n'est qu'un ignorant. Descartes dira que « la faute n'est qu'une erreur ».

Quant à la conception kantienne de l'éthique, celle-ci voit le mal et l'erreur dans la perversion de la volonté (liberté + raison). Kant dira que « il n'y a rien d'absolument bon, si ce n'est la bonne volonté ». Il admet que : « le mal peut être positif ». Toute l'éthique de Kant consiste à dire que : « nous ne sommes pas responsables de ce que nous faisons, mais de ce que nous sommes ». D'où la formule célèbre de Karl Jaspers (philosophe allemand) qui dira, durant la période nazie : « responsables (collectivement), mais pas coupables (individuellement) ».

---

### Pour en savoir plus :

• **Rendez-vous sur le site Société Alzheimer :**

<http://www.alzheimer.ca/french/care/ethics-intro.htm>

Ce site vous aidera dans vos recherches en matière d'éthique à propos de la maladie d'Alzheimer (vivre au quotidien, la sexualité, la qualité de la vie, la communication du diagnostic...)

• **Rendez-vous sur le site de l'Association médicale mondiale** qui est une organisation internationale de médecins.

<http://www.wma.net/fr/index.htm>

D'après l'AMM : « Cette association a été fondée pour garantir les plus hauts standards possibles dans le domaine de l'éthique médicale ».

Vous trouverez également sur ce site la déclaration d'Helsinki à propos de la recherche médicale.

<http://www.espace-ethique.org/fr/accueil.php>

• **Rendez-vous sur le site de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris** qui vous informe et vous propose de réfléchir sur les grandes thématiques liées à l'éthique, non seulement à l'hôpital mais aussi dans le cadre de la santé publique.

Ce site vous informe également sur les offres de formations en éthique.

• **Rendez-vous sur le site du Comité Consultatif National d'Éthique** qui vous informera sur l'ensemble de vos questions ainsi que sur l'avancée des travaux en matière d'éthique.

<http://www.ccne-ethique.fr>

---



## RÉFLEXION ÉTHIQUE – SIDA : QUESTIONS D'ÉTHIQUE SUR DES ESSAIS CLINIQUES

S'agissant de maladies aussi graves que le Sida, est-il moralement acceptable de faire des essais cliniques sur un traitement en le comparant à un placebo ? La question revient dans l'actualité avec l'essai mis en place en Afrique australe pour évaluer l'efficacité et la sécurité d'emploi d'un gel microbicide (*Le Monde* du 19 juin). Dix mille femmes vont prendre part à cette étude. Après information, elles seront réparties de manière aléatoire en deux groupes, dont l'un recevra un gel vaginal appelé Pro 2000 contenant une substance chimique active sur le VIH, et l'autre un gel placebo.

Les reproches émanant du courrier au *Monde* peuvent être ainsi résumés : on se sert de ces femmes comme de cobayes dans des conditions qui ne seraient pas acceptées dans les pays développés ; les organisateurs de l'essai ne favoriseront pas l'utilisation de préservatifs car ils ont intérêt à ce qu'un maximum de femmes sous placebo soient contaminées ; les femmes contaminées auront-elles accès aux traitements anti-VIH ?

Le questionnement est légitime. Les reproches sont injustes. Dans les pays en développement, plus de la moitié des personnes séropositives sont des femmes. Plus de 13 millions de femmes sont porteuses du VIH en Afrique subsaharienne. Mettre au point un outil de prévention qu'elle puissent maîtriser, ce qui n'est pas le cas du préservatif, est donc primordial.

L'essai clinique avec le Pro 2000 va-t-il à l'encontre des principes éthiques définis à partir du code de Nuremberg ? Aucunement. Son protocole a été approuvé par les comités d'éthique et les autorités de régulation des pays participants, de même que par un comité d'éthique britannique et la Food and Drug Administration américaine. Des comptes sont régulièrement rendus à deux structures de supervision indépendantes, qui ont autorité pour interrompre l'essai.

S'il existait un produit de référence permettant d'inactiver le VIH, tester le Pro 2000 contre un placebo serait scandaleux. Ce n'est pas le cas. Les seuls outils de prévention disponibles sont les préservatifs, masculin ou féminin, dispensés avec une formation répétée sur leur emploi.

Dans la vie réelle, le taux d'utilisation des préservatifs n'atteint jamais 100 %. Il y aura fatalement des contaminations au cours de cet essai. Considérer a priori qu'elles seraient dues au cynisme des organisateurs de l'essai relève du procès d'intention. Loin d'être menée par une firme privée qui n'aurait d'autre objectif que d'écouler son produit, l'étude est conduite par une structure publique britannique, le Conseil de la recherche médicale (MRC), avec un financement public. Par ailleurs, les équipes des sites participants ont établi préalablement à l'essai des liens avec les programmes locaux d'accès aux traitements du sida pour garantir la prise en charge des femmes qui en auraient besoin.

Pourrait-on se passer d'un tel essai ? Non, car il serait pour le coup scandaleux de diffuser des produits n'ayant pas fait l'objet d'une évaluation rigoureuse. Deux essais menés, à la fin des années 1990, en Afrique, avec un gel contenant du nonoxynol-9, avaient dû être interrompus. En laboratoire, ce spermicide faisait efficacement barrière au VIH. Au cours des essais, il entraînait des ulcérations vaginales et les femmes qui l'utilisaient étaient plus souvent infectées par le VIH que celles qui employaient le placebo.

Pourrait-on évaluer le gel sans recourir à la méthode de l'essai avec répartition aléatoire (« randomisé ») et contre placebo, que l'Organisation mondiale de la santé reconnaît comme la base la plus solide pour une recommandation sanitaire ? Non, car il n'y a pas encore de preuve que le microbicide serait efficace pour protéger les femmes de la contamination et un essai sans groupe contrôle sous placebo ne fournirait pas une preuve aussi forte.

Dans les pays du tiers-monde, où l'allocation de ressources financières est beaucoup plus limitée que dans les pays développés, les interventions en santé publique doivent être étayées par le meilleur niveau de preuve possible. Ne pas faire une évaluation au rabais est non seulement une question d'éthique, mais aussi une préoccupation concrète.

Source : Paul Benkimoun / *Le Monde* (article paru dans l'édition du 16 juillet 2006).

## SANTÉ ET ÉTHIQUE

### Corps et médecine : regards des praticiens et des théologiens, Témoignages pastoraux

Question pertinente qui en soulève bien d'autres : quel hôpital au siècle nouveau ? Hôpital high tec ou lieu d'hospitalité et de solidarité ? Éthique pour qui et par qui ? Il s'agit là d'éthique médicale bien sûr, mais qui intéresse aussi bien les médecins que les acteurs de santé ou les patients potentiels que nous sommes.

Voici quelques éléments de réflexion entendus au fil des interventions de plusieurs « éthiciens », médecins, directeurs d'hôpitaux, sociologues, philosophes, qui se sont succédé tout au long d'une récente journée parisienne de travail sur ce thème.

Cette démarche éthique risque fort d'être dérangeante, voire polémique, et même « poil à gratter » dès lors qu'elle a pour but à la fois de critiquer les pratiques médicales et d'affirmer les compétences pour un meilleur soin des personnes souffrantes. Elle vise certes à l'évaluation des pratiques médicales, mais sans constituer pour autant une nouvelle spécialité : elle se veut force de questionnement, ouverte aux échanges multidisciplinaires et ce, avant tout, au service du patient. Et si l'espérance en était le fil rouge ?

L'histoire hospitalière française est depuis des siècles une oscillation entre accueil social de la misère et offre d'une compétence technique de soins à tous, entre social et médical. La notion de prise en charge globale de la personne permet-elle de conjuguer ces deux dimensions ? L'hôpital peut-il et doit-il assumer la globalité de la prise en charge de toute situation ? Un responsable du ministère de la santé affirme que l'éthique du service public est de faire valoir un double impératif : l'inviolabilité des individus, impliquant le respect de chacun, une attitude d'empathie, et la non-ségrégation, c'est-à-dire l'égal respect et l'égalité des droits pour chaque individu.

On sait aussi que l'hôpital est devenu un lieu où s'entrechoquent entre autres les enjeux médicaux et économiques : sont-ils régulés par des systèmes normatifs offrant aux professionnels, comme aussi aux « usagers », des garanties d'ordre, de sécurité et de qualité, permettant de réels échanges et l'expression de la diversité des points de vue ? La circulation de l'information, « l'info-éthique » est ici déterminante ; elle permet le discernement et l'écoute des éléments de divergence et des « signaux faibles ».

D'où cette double question :

– Peut-on demeurer indifférent aux conséquences de malentendus, entorses ou fractures impliquant l'info-éthique et donc le lien social ?

– Peut-on demeurer indifférent aux besoins contemporains de sens ? À l'époque où les échanges sont tellement facilités par les technologies, il faut tenter de comprendre ce que l'on vit, il faut acquérir cette dignité-là.

Un aspect nouveau de la mission de l'hôpital se nomme « réseaux de santé », ou réseau ville-hôpital : réconciliant le médical et le social, comme aussi la médecine de ville et la pratique hospitalière. La consultation exige certes beaucoup de temps, mais ouvre bien des possibilités d'éducation de la santé, de prévention, et avant tout d'écoute personnalisée de chaque personne en situation de vulnérabilité. Le médecin est là, conseiller tout autant que thérapeute.

Visant au respect de chaque individu dans sa personne et son besoin d'autonomie, dans sa situation de vulnérabilité, de précarité ou de handicap (le handicap c'est, à un moment donné, pour une personne, le fait de se trouver confronté à une situation incompatible avec ses capacités), dans son consentement ou son refus de soins ; la démarche éthique ne peut que maintenir la tension entre les diverses modalités hospitalières, en particulier entre l'hôpital plateau technique et l'accueil médico-social qui en reste une indispensable composante. Si « la souffrance est avec la jouissance le refuge ultime de la singularité » (Paul Ricœur), il faut réfléchir et agir pour que l'hôpital ne soit pas avec la rue la retraite ultime de la souffrance.

C'est dans cette perspective que se créent des « espaces éthiques », lieux d'échanges et d'enseignement universitaire, lieux de formations, de recherches, d'évaluations et de propositions critiques portant sur l'éthique hospitalière et de soin. Dans ces lieux de résistance, il faut servir les valeurs du soin et accompagner l'émergence d'une culture du soin pour les patients et pour les soignants. L'éthique ne peut être la pensée unique, mais bien un questionnement, un échange pluridisciplinaire (impliquant des philosophes, des juristes, des théologiens...)... Un lieu où circule la parole des citoyens que nous sommes.

Source : *L'hôpital du XXI<sup>e</sup> siècle : quelle éthique ?*

Équipe Régionale d'Aumônerie Hospitalière / François P. Rochat (Paru dans le CEP, journal régional réformé, n° 449 janvier 2003).

## Notion de morale

La morale correspond à ce qui a trait aux mœurs, au caractère, aux attitudes humaines, aux règles de conduite et à leur justification. Elle apparaît donc comme un système de règles que l'homme suit dans sa vie personnelle et sociale. Nous pouvons donc affirmer qu'il n'existe pas de communauté

humaine qui ne connaisse de règles et ne distingue pas le bien d'avec le mal. Ce qui est fondamental et intéressant à retenir, c'est que la morale remplit une fonction sociale, c'est-à-dire renvoie à la vie en communauté. Or toute société ou communauté est d'abord une organisation de lutte contre la

## TRAVAUX DIRIGÉS

**Extrait :** Dans une étude rendue publique, jeudi 22 juin, le Fonds de la couverture-maladie universelle (CMU) dénonce les pratiques discriminatoires de certains praticiens libéraux. Selon une enquête, rendue publique, jeudi 22 juin, par le Fonds de financement de la couverture-maladie universelle (CMU), 41 % des médecins spécialistes et 39 % des dentistes refusent de recevoir un patient bénéficiant de la CMU. L'étude a été réalisée à partir de la méthode du « testing » auprès de 215 professionnels de santé installés dans six villes du Val-de-Marne.

Source : par Sandrine Blanchard / *Le Monde*  
(article publié le 24 juin 2006).

– À l'aide de sources documentaires, citer et commenter les obligations des praticiens à l'égard des personnes sous CMU.

**Extrait :** Le 25 août 2003, Paulette Druais, atteinte d'un cancer du pancréas en phase terminale, décédait... Je suis un médecin parmi tant d'autre, et j'ose, au nom de tous ceux qui s'identifient à l'histoire de Paulette Druais (*Le Monde* du 20 mai), au médecin que je suis ou à l'infirmière Chantal Chanel, prendre la plume au risque d'une liberté d'expression qui pourrait porter préjudice. J'ose tout de même, car je suis avant tout un médecin responsable de ses actes et je n'ai pas pour habitude de fuir devant mes responsabilités. Je garde et garderai la tête haute tout en restant humble et respectueuse du corps de métier que je représente.

Source : par Laurence Tramois / *Quand un médecin se sent contraint de donner la mort* / *Le Monde*  
(article publié le 4 juillet 2006).

– À l'aide de vos connaissances et de votre réflexion vous développerez votre argumentaire sur l'euthanasie

**Extrait :** Quand les traitements ont été interrompus, faut-il aussi stopper l'alimentation artificielle ? La loi d'avril 2005 sur la fin de vie le permet, mais la réponse n'est pas simple. Témoignages. « C'est fini, je ne veux plus manger, je reste dans mon lit, je ne bouge plus. » Geneviève s'est cassé le col du fémur. Sans attache familiale, cette dame âgée est une ancienne nounou qui a longtemps vécu en institution. Hospitalisée, elle n'est pas en fin de vie mais veut en finir avec la vie. Elle refuse tout soin et toute alimentation. L'équipe médicale essaie en vain de la convaincre. À l'issue d'une réunion, les soignants

décident de lui poser une sonde gastrique. « Sinon, on ne s'en sortira pas », estiment-ils.

Source : par Sandrine Blanchard / *Illustration Jessy Deshois*  
*Laisser mourir... de faim* / *Le Monde*  
(article publié le 5 février 2006).

– Que pensez-vous de cette situation ?  
– Argumentez vos propos.

**Extrait :** Une semaine après l'intervention de chirurgie réparatrice pratiquée au CHU d'Amiens, la jeune femme qui a subi la première greffe mondiale partielle de visage se porte « impeccablement bien », estime le professeur Jean-Michel Dubernard (Hospices civils de Lyon). Coordinateur de l'équipe médicale et responsable du suivi post-opératoire de la patiente et du traitement anti-rejet qu'elle reçoit, le professeur Dubernard a, dimanche 4 décembre, précisé que sa patiente était « heureuse » et qu'elle pourrait quitter l'hôpital dans quatre à six semaines. « L'aspect du greffon est normal. Elle trouve même son visage mieux qu'avant, voilà de quoi balayer toutes les controverses éthiques », a-t-il ajouté.

Source : Propos recueillis Jean-Yves Nau / Pr Dubernard :  
« Nous n'avons pas voulu faire un coup » /  
*Le Monde* (article publié le 6 décembre 2005).

– Donner votre avis sur ce sujet et essayer de faire le parallèle avec d'autres greffes d'organes.

**Extrait :** La controverse a joué comme un catalyseur dans le monde de la petite enfance. Des pédopsychiatres, des psychologues, des pédiatres et des travailleurs sociaux ont fait une irruption soudaine dans l'espace public. Habités à travailler dans la discrétion, au plus près des enfants en souffrance psychique, ils s'élèvent pour s'opposer aux conclusions d'une expertise collective de l'Inserm. Avec la pétition « Pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans », qui a désormais recueilli plus de 170 000 signatures, ces praticiens s'opposent au dépistage des troubles du comportement chez les enfants en bas âge et récusent l'idée d'un lien prédictif entre lesdits troubles et la délinquance à l'adolescence.

Source : par Cécile Prieur / « Prédélinquants » dès la crèche ? /  
*Le Monde* (Article publié le 20 avril 2006).

– Peut-on penser que la délinquance est réellement inscrite dans les gènes ?

nature extérieure. Voilà pourquoi la morale reste suspendue dans un monde de règle et de normes et qu'elle se plaît dans le registre du bien et du mal.

La morale apparaît donc comme un ensemble de valeurs permettant de juger et de classer les êtres humains et leurs actions en bien, mal, lâche, honnête, juste... La morale est également un ensemble de prescriptions qui apparaissent sous les formules telles que : « tu dois, il est obligatoire de, il est défendu de... ».

C'est ainsi qu'aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles en Grande-Bretagne, était considéré comme un être moral, l'homme qui sait d'instinct ce qui est noble ou infâme, bien ou mal, à faire ou à ne pas faire. La question qu'on est en droit de se poser est de savoir comment l'individu parvenait-il à intérioriser ce qui est bien et ce qui est mal ? C'est par les normes et les valeurs.

► **LES NORMES.** C'est l'ensemble de règles ou de modèles de conduite propres à un groupe ou à une

société donnée, appris, partagés et légitimés par des valeurs et dont la non-observance entraîne des sanctions. La notion de norme désigne la règle ou la loi, le modèle ou l'idéal. Les normes définissent le comportement approprié ou attendu dans la vie sociale. Les normes sont multiples et se présentent sous des aspects différenciés selon les sphères de la vie sociale auxquelles elles s'appliquent. On peut donc dire que toute norme est relative et subjective. Il peut arriver que l'individu refuse d'intérioriser les normes qu'inculque le groupe ou la société. Nous serons donc confrontés au phénomène de la **déviance**.

► **LA DÉVIANCE.** C'est un terme sociologique qui désigne les comportements individuels ou collectifs qui s'écartent de la norme, créent des dysfonctionnements et donnent lieu à des sanctions. La notion de déviance est conçue comme une anomalie, un état ou l'expression de comportements ou d'opinions différents de ceux du plus grand nombre. La déviance est l'expression de la différence, le refus du conformisme, c'est-à-dire de la normalisation de comportements; il s'agit du refus de l'influence de l'environnement. Cependant, les

déviances sont nécessaires pour conduire à une révolution de l'ordre social et des représentations du monde. **Émile Durkheim** (sociologue français, 1858-1917) disait que l'acte déviant est une blessure de la conscience collective et qu'aucune société n'en ait épargné.

S'il y a déviance, c'est qu'au niveau de **valeurs**, il y a des différences (« nous n'avons pas les mêmes valeurs »). Voyons maintenant la notion de valeurs.

► **VALEURS.** C'est un ensemble de préférences ou de principes qui définissent les grandes orientations de l'action. Les valeurs orientent et légitiment les règles sociales. Le terme valeur s'emploie dans des domaines extrêmement divers (économie, esthétique, éthique...). En somme, le concept de valeur sert à désigner le but final et pratique de la raison, à définir l'Humanité comme fin en soi et comme aptitude réelle à la liberté.

Puisque les individus sont différents et qu'ils sont égaux en droits, chaque corps de métiers, chaque institution établit des règles de jeu pour renforcer le respect des droits et libertés des individus dans les différentes professions. D'où la notion de **déontologie**.

## Déontologie

Le mot **déontologie** désigne des règles qui sont des devoirs, des obligations, donc ce qu'il faut faire. De ce fait, déontologie est synonyme de « morale » et même d'« éthique » étant donné que ces derniers sont synonymes. L'on désigne souvent par déontologie le courant moral inauguré par Emmanuel Kant.

► **HISTORIQUEMENT.** Le terme déontologie fut rapidement lié à l'expérience des professions et notamment des professions libérales : médecine, droit, architecture... Il désigne alors l'ensemble des règles et des devoirs liés à l'exercice d'une profession. Quand on parle de déontologie, on pense aux devoirs qu'impose à des professionnels l'exercice même de leur métier, dans ce sens que toute profession impose des devoirs à ceux qui l'exercent. En d'autres termes, il n'est pas de profession qui ne cherche à veiller au respect par certaines règles considérées comme essentielles, du bon exercice du métier commun. Du coup, le mot déontologie sera confronté au droit positif.

► **DÉONTOLOGIE ET DROIT POSITIF.** Le mot déontologie est entré dans le droit positif, c'est-à-dire l'ensemble des règles juridiques en vigueur dans un État. Ceci grâce au professeur Portes, président de l'Ordre des médecins. En application de l'ordonnance du 24 septembre 1945, le Conseil d'État l'a approuvé pour en faire un règlement d'administration publique. D'où le Code de déontologie du 27 juin 1947 qui commença à s'appliquer aux membres de l'ordre médical. Ce code a été suivi de réglementations analogues, également consacrées par des règlements d'administration publique pour les chirurgiens-dentistes (3 janvier 1948) et les sages-femmes (30 septembre 1949). La déontologie vise les cas rencontrés par le professionnel dans l'exercice de son métier. La déontologie cherche à donner à ces cas des solutions pratiques et précises définissant les devoirs d'une profession. Quand une profession a une organisation officielle, les textes qui la lui donnent ne manquent pas de se préoccuper de déontologie. Ainsi le décret du 10 avril 1954 sur la profession d'avocat donne mission au conseil

de l'Ordre de chaque barreau de « maintenir les principes de probité, de désintéressement, de modération et de confraternité sur lesquels repose l'ordre des avocats, et d'exercer la surveillance que l'honneur et l'intérêt de l'ordre rendent nécessaire; de veiller à ce que les avocats soient exacts aux audiences et se comportent en loyaux auxiliaires de la justice ». Dans les professions publiques, une déontologie, au sens large, s'est également établie sous le contrôle de la hiérarchie. Les codes de déontologie contiennent des règles administratives visant à assurer la qualité de l'exercice de la profession et la bonne renommée de la corporation. L'exercice des codes de déontologie suppose que les règles ont été adoptées officiellement par l'autorité (conseil de l'Ordre, gouvernement...) et qu'elles rejoignent un certain nombre de consensus de membres et qu'elles ne demandent pas trop d'héroïsme.

► **LES RÈGLES DÉONTOLOGIQUES** se situent à mi-chemin entre la morale et le droit. D'où la figure 3.1.

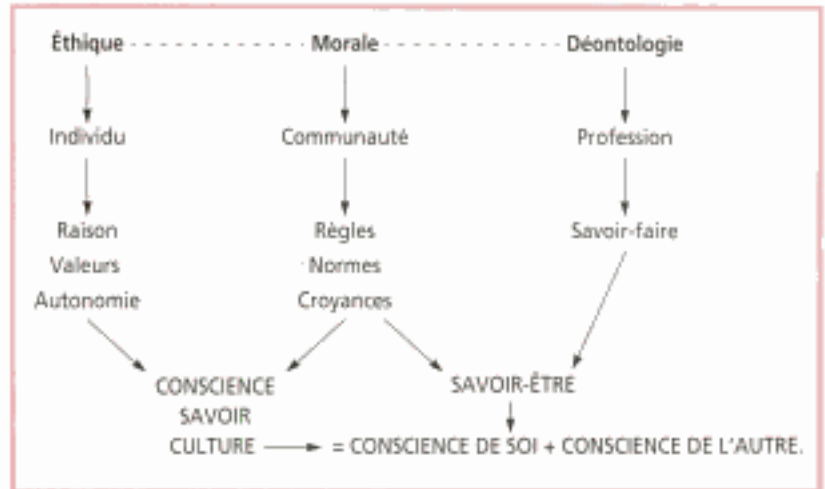


Fig. 3.1. Interactions entre éthique, morale et déontologie.

Conscience de soi et conscience de l'autre nous conduisent à l'étude des droits de l'homme, parce que les droits de l'homme restent le pilier de l'architecture de l'éthique, de la morale et de la déontologie.

## Les différentes religions

La diversité des opinions quant à la nature des phénomènes religieux, les restrictions ou les extensions quant aux limites de l'histoire des religions, embarrassent fort celui qui doit, dans un court volume, initier le lecteur à ces problèmes. Aussi, pour donner une idée plus précise et plus riche de cette diversité, avons-nous rassemblé dans cette introduction quelques définitions de la religion. Elles sont regroupées de manière à ce que le lecteur découvre lui-même comment deux conceptions peuvent être soit presque identiques, soit opposées, ou bien posséder à la fois des ressemblances et des différences radicales.

### La religion, lien avec l'absolu

« La religion est ce qui met l'homme en contact avec l'infini : c'est là sa mission. Si nous mettons de côté les explications matérialistes de la moralité et voyons la majesté, le caractère auguste, inexplicable qu'elle possède, nous découvrirons que dans la vie morale elle-même, l'expérience morale elle-même, nous possédons la religion. La religion est le noyau de la moralité, car la religion est la connexion de la vie humaine avec l'absolu et la loi morale est un absolu. »

« La religion, pour entrer en possession de son bien propre, renonce à toute prétention sur tout ce qui appartient à la métaphysique et à la morale, et restitue tout ce qu'on lui a incorporé de force. Elle ne cherche pas à déterminer et à expliquer l'univers d'après sa nature à lui comme fait la métaphysique ; elle ne cherche pas à le perfectionner et à achever par le développement de la liberté et du divin libre arbitre de l'homme ainsi que fait la morale. En son essence, elle n'est ni pensée ni action, mais contemplation intuitive et sentiment. »

### La religion du cœur

« Dans toute croyance religieuse, il y a nécessairement deux choses : un élément intellectuel, une connaissance qui constitue l'objet de la croyance ; un état affectif, un sentiment qui l'accompagne et s'exprime par des actes. À qui le second élément fait défaut, le sentiment religieux est inconnu, inaccessible. Il ne lui reste que des conceptions abstraites, métaphysiques. »

« La religion est précisément la revendication, à côté du point de vue de la science, du point de vue du sentiment de foi. »

La religion est « un effort pour concevoir l'inconcevable, pour exprimer l'inexprimable, une aspiration vers l'infini, un cri d'amour vers Dieu. »

### **Paix de l'esprit pour les philosophes**

« La religion (considérée subjectivement) est la connaissance de tous nos devoirs comme commandements divins. »

« Elle (la religion) est la sphère où toutes les énigmes du monde se résolvent, où toutes les contradictions d'esprits en profonde méditation sont dévoilées et toutes les angoisses du sentiment apaisées... »

### **Soumission, généreuse ou intéressée, au pouvoir divin**

« La religion est la détermination de la vie humaine par le sentiment d'un lien unissant l'esprit humain à l'esprit mystérieux dont il reconnaît la domination sur le monde et sur lui-même et auquel il aime à se sentir uni. »

« Par religion j'entends dès lors l'activité propitiatoire et conciliatrice exercée à l'égard de forces supérieures à l'homme, qui sont regardées comme dirigeant et contrôlant le cours de la nature et de la vie humaine. »

### **Enfin, deux définitions non engagées mais exhaustives**

« ...C'est un ensemble de croyances et de pratiques (ou d'attitudes pratiques) concernant une réalité personnelle ou impersonnelle, unique, multiple ou collective, mais suprême en quelque façon, dont l'homme d'une manière ou d'une autre se reconnaît dépendant et avec laquelle il veut entrer en relation. »

H. Pinard de la Boullaye,  
*Étude comparée des religions.*

« Institution sociale caractérisée par l'existence d'une communauté d'individus, unis : 1. par l'accomplissement de certains rites réguliers et par l'adoption de

certaines formules ; 2. par la croyance en valeur absolue, avec laquelle rien ne peut être mis en balance ; croyance que cette communauté a pour objet de maintenir ; 3. par la mise en rapport de l'individu avec une puissance supérieure à l'homme, puissance conçue soit comme diffuse, soit comme multiple, soit enfin comme unique Dieu. »

A. Lalande,  
*Vocabulaire technique et critique de la philosophie.*

Il serait possible de citer encore une centaine de définitions de la religion, mais, tel quel, cet échantillonnage semble suffisant pour montrer que la plupart des savants ont — souvent dans une formule heureuse — condensé là l'essentiel de leur système philosophique. De ce fait, toute synthèse des diverses conceptions était impossible sous peine de trahir chacune des perspectives. Les définitions de Pinard de la Boullaye et de Lalande sont à mettre à part car elle ne visent pas à révéler la nature de la religion mais à donner le cadre dans lequel chaque étude doit s'inscrire.

## **Les différentes religions dans le monde**

L'objectif de ce descriptif est de vous présenter schématiquement la construction d'un certain nombre de religions pratiquées, notamment en France.

Ce document n'a pas la prétention et, encore moins de traiter l'ensemble du sujet et, encore moins de considérer les rites et les croyances de chacun, notamment lors d'hospitalisations.

Religion	Caractéristiques générales	Implantation géographique	Observations
<b>Animiste</b> Concept d'ethnologie qui a été introduit par Edward Burnett Tylor	Expression utilisée pour regrouper toutes les religions appelées « primitives » Ses fondements reposent sur les relations que l'homme entretient avec la nature (air, vent, eau, insectes, reptiles...). Ces symboles sont assimilés à des dieux et des sacrifices ont lieu. Les animistes fondent leurs croyances sur le sacré et l'interdit. Les pratiques courantes se situent autour de la superstition et de la magie, des mauvais sorts. Le bon et le mauvais sont très présents ainsi que la notion d'esprit (revenants, esprit et culte des morts par exemple).	Plus particulièrement le continent Africain et l'Océanie. Nombre : indéterminable	La sorcellerie est un exemple d'animisme. Les sacrifices sont largement pratiqués (notamment lors de l'obtention d'une guérison).
<b>Christianisme</b>	Il comprend trois ramifications principales : <ul style="list-style-type: none"> <li>• les catholiques,</li> <li>• les protestants,</li> <li>• les orthodoxes,</li> </ul> s'identifiant toutes les trois en la reconnaissance du Christ.	Il y a environ 2 milliards de Chrétiens dans le monde Dont 50 % sont des catholiques, 22 % des protestants, 12 % des orthodoxes	
• les catholiques	La religion chrétienne constituée la première religion catholique et Jésus en a été le fondateur, car représentant de Dieu sur notre planète. La doctrine de la religion catholique est dite « universelle ». L'église catholique est caractérisée par l'unité – croyance en un seul Dieu.	Dans le monde entier avec les proportions plus concentrées : <ul style="list-style-type: none"> <li>• en Europe,</li> <li>• en Amérique latine,</li> <li>• en Afrique centrale et de l'est.</li> </ul>	Le pape est le chef de l'église catholique. Le célibat est exigé. Le prêtre est le ministre du culte.
• les protestants	Les origines remontent au <sup>xv</sup> et <sup>xvi</sup> siècle à partir de l'impression de la Bible et du Synode de Paris. Le protestantisme est la conséquence de la rupture interne de la chrétienté. Cette religion a longtemps été pratiquée dans le secret, notamment après la révocation de l'édit de Nantes. L'église protestante regroupe un ensemble d'églises énonçant toutes des sensibilités religieuses différentes. L'église protestante comprend les églises luthérienne, réformées et presbytériennes en pays anglo-saxon.	L'Europe et l'Amérique du Nord – l'Asie est le continent comportant peu de protestants.	L'autorité du pape n'est pas reconnue. Le pasteur est le ministre du culte. Le célibat n'est pas exigé.
• les orthodoxes	Ce sont les églises chrétiennes orientales qui composent l'église Orthodoxe. L'église Orthodoxe se caractérise par l'indépendance de ses églises. Les églises orthodoxes sont sous la houlette d'un patriarche.	Europe de l'Est Moyen orient Grèce Chypre	Seuls les moines et les évêques doivent faire vœu de célibat.

Religion	Caractéristiques générales	Implantation géographique	Observations
Judaïque	C'est le prophète Moïse qui a transmis à son peuple les dix commandements et c'est Abraham qui est le fondateur de la religion Juive. Les juifs sont à l'origine de la création de l'humanité. Tous les textes sacrés du judaïsme se trouvent regroupés dans la Torah.	Europe Amérique du Nord Israël	Le rabbin est le représentant du culte judaïque. Le célibat n'est pas exigé.
Islamique	Le fondateur de l'Islam est le prophète Mahomet (570-632) C'est en Arabie que l'Islam a vu le jour (à Médine plus précisément). Mahomet aurait reçu des révélations coraniques et décida de la création de la religion islamique. La religion islamique repose sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>• n'adorer qu'Allah (dieu unique),</li> <li>• effectuer la prière 5 fois par jour,</li> <li>• effectuer au moins une fois dans sa vie le Hajj (pèlerinage à la Mecque),</li> <li>• de respecter le jeûne imposé pendant le Ramadan.</li> </ul>	Plus d'un milliard de personnes pratiquent cette religion dans le monde  Afrique Asie Moyen Orient	Le Coran est le livre sacré de l'Islam. L'imam est le ministre du culte islamique. Le célibat n'est pas exigé.
Bouddhiste	De nos jours, on peut considérer le bouddhisme comme une religion, compte tenu qu'il met en évidence les mêmes éléments que les autres religions, à savoir : <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'application de doctrines,</li> <li>• le respect de rituels,</li> <li>• le concept de la foi,</li> <li>• le sens de la rigueur,</li> <li>• les valeurs et l'éthique.</li> </ul> Le bouddhisme provient de l'enseignement de Gautama Buddha, prince indien (560-480).	Asie du Sud-Est principalement	
Hindouisme	La religion Hindouiste remonte à 2000 avant JC; les indo européens l'ont répandue à leur arrivée dans l'Inde du nord. Les fondements et les pratiques de cette religion sont les fruits de plusieurs courants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Shiva</li> <li>• Vishnu</li> <li>• Shakti</li> </ul>	Le continent indien principalement 85 % des indiens sont hindouistes.	

**Pour en savoir plus :**

- Site de l'AP-HP : [http://www.aphp.fr/site/actualite/mag\\_droits\\_malade\\_cultes.htm](http://www.aphp.fr/site/actualite/mag_droits_malade_cultes.htm)
  - Site de l'express magazine : <http://www.lexpress.fr/info/france/dossier/laicite/dossier.asp>
- Un article intéressant sur les religions à l'hôpital :
- Rencontre avec Isabelle Levy : <http://www.arretauxpages.com/rencontre/article.php?id=14>



## Les droits de l'homme et de l'enfant

Afin de donner aux futur(e)s infirmier(e)s des connaissances sur les droits de l'homme, nous allons exposer dans ce chapitre les éléments fondamentaux qui caractérisent la protection de l'homme et celle de sa dignité.

### Droits de l'enfant

Il s'agit de la Convention internationale relative aux **droits de l'enfant** (adoptée à l'unanimité le 20 novembre 1989 par l'Assemblée générale des Nations unies).

► **TROIS PRINCIPES SOUS-TENDENT CE TEXTE :**

● **Les États s'engagent à garantir les mêmes droits à tous les enfants.** Le champ de ces droits est très vaste : ce sont les droits fondamentaux de la personne (droit de vie, droit à une identité, à une nationalité), le droit aux libertés fondamentales classiques (liberté de penser, de s'associer, de s'exprimer, de s'informer...), les droits économiques et sociaux (droit à l'éducation, aux loisirs, à la protection sociale...).

● **L'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale dans toutes les décisions concernant les enfants.** L'enfance est ainsi reconnue comme « une valeur intrinsèque » particulière.

● **Ceux qui entourent les enfants ont la responsabilité de leur donner « l'orientation et les conseils appropriés à l'exercice des droits »** reconnus dans la convention. Les adultes doivent donc entretenir des rapports de responsabilité et non plus d'autorité vis-à-vis des enfants.

#### Préambule

Le préambule rappelle les principes fondamentaux des Nations unies et les dispositions précises d'un certain nombre de traités et de textes relatifs aux droits de l'homme; il réaffirme le fait que les enfants ont besoin d'une protection et d'une attention particulières en raison de leur vulnérabilité; il souligne enfin plus particulièrement la responsabilité fondamentale qui incombe à la famille pour ce qui est des soins et de la protection juridique et non juridique de l'enfant avant et après la naissance, l'importance du respect des valeurs

culturelles de la communauté de l'enfant et le rôle vital de la coopération internationale pour faire des droits de l'enfant une réalité.

#### Définition de l'enfant (article 1)

Tout être humain jusqu'à l'âge de dix-huit ans, sauf si la loi nationale accorde la majorité plus tôt.

#### Non-discrimination (article 2)

Tous les droits doivent être accordés à tout enfant sans exception; l'État a l'obligation de protéger l'enfant contre toutes formes de discrimination. L'État s'engage à ne violer aucun des droits de l'enfant et à prendre des mesures pour favoriser le respect de tous ceux-ci.

#### Intérêt supérieur de l'enfant (article 3)

Toute décision concernant un enfant doit tenir pleinement compte de l'intérêt supérieur de celui-ci. L'État doit assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être au cas où les parents ou les autres personnes responsables de lui ne les assurent pas.

#### Mise en œuvre des droits reconnus dans la convention (article 4)

L'État s'engage à assurer l'exercice des droits reconnus par la convention.

#### Orientations de l'enfant et évolutions de ses capacités (article 5)

L'État doit respecter les droits et responsabilités des parents et des membres de la famille élargie, de guider l'enfant de manière compatible avec le développement de ses capacités.

#### Survie et développement (article 6)

L'enfant a un droit inhérent à la vie, et l'État a l'obligation d'assurer la survie et le développement de l'enfant.

#### Nom et nationalité (article 7)

L'enfant a droit à un nom dès la naissance et le droit à une nationalité.

#### Respect de l'identité (article 8)

L'État a l'obligation de protéger et, le cas échéant, de rétablir les aspects fondamentaux de l'identité d'un enfant (nom, nationalité, relations familiales).

**Séparations d'avec les parents** (article 9)

L'enfant a le droit de vivre avec ses parents à moins que cela ne soit jugé incompatible avec son intérêt supérieur, le droit de maintenir des contacts avec ses deux parents s'il est séparé de l'un d'entre eux ou des deux. Au cas où l'État est responsable des mesures ayant amené la séparation (prison, exil, expulsion, mort), il a l'obligation de donner des renseignements sur le lieu où se trouvent le ou les membres de la famille.

**Réunification de la famille** (article 10)

L'enfant et ses parents ont le droit de quitter tout pays et d'entrer dans le leur aux fins de la réunification de la famille ou du maintien des relations entre l'enfant et ses parents.

**Déplacement et non-retours illicites** (article 11)

L'État doit lutter contre les rapt et les non-retours illicites d'enfants à l'étranger perpétrés par un parent ou un tiers.

**Opinion de l'enfant** (article 12)

L'enfant a le droit, dans toute question ou procédure le concernant, d'exprimer son opinion et de voir cette opinion prise en considération.

**Liberté d'expression** (article 13)

L'enfant a le droit de rechercher, recevoir, et répandre des informations et des idées de toute espèce, ainsi que d'exprimer ses opinions, pour autant que cela ne porte pas atteinte aux droits d'autrui.

**Liberté de pensée, de conscience et de religion** (article 14)

L'enfant a droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion, dans le respect du rôle de guide joué par les parents et des restrictions prescrites par la loi nationale.

**Liberté d'association** (article 15)

Les enfants ont le droit de se réunir et de former des associations, à conditions que les droits d'autrui soient respectés.

**Protection de la vie privée** (article 16)

L'enfant ne fera pas l'objet d'immixtions dans sa vie privée, sa famille, son domicile et sa correspondance, ni d'atteintes illégales à son honneur.

**Accès à une information appropriée** (article 17)

L'État reconnaît le rôle des médias dans la diffusion, à l'intention des enfants, d'informations conformes à leur bien-être moral, à la connaissance

des peuples et à la compréhension entre les peuples, qui respectent leur culture. L'État doit prendre des mesures d'encouragement à cet égard et protéger l'enfant contre l'information et les matériels qui nuisent à son bien-être.

**Responsabilité des parents** (article 18)

La responsabilité d'élever l'enfant incombe au premier chef et conjointement aux deux parents; l'État a l'obligation de les aider à accomplir ce devoir.

**Protection contre les mauvais traitements** (article 19)

L'État a l'obligation de protéger l'enfant contre toutes formes de mauvais traitements par ses parents ou par toute autre personne à qui il est confié, et d'établir des programmes de prévention et de traitement à cet égard.

**Protection de l'enfant privé de son milieu naturel** (article 20)

L'État a l'obligation d'assurer une protection spéciale à l'enfant privé de son milieu familial et de veiller à ce qu'il bénéficie d'une protection familiale de remplacement ou d'un placement dans un établissement approprié, en tenant compte de l'origine culturelle de l'enfant.

**Adoption** (article 21)

Dans les pays où l'adoption est admise et/ou autorisée, elle ne peut avoir lieu que dans l'intérêt supérieur de l'enfant et lorsque sont réunies toutes les garanties nécessaires, ainsi que toutes les autorisations des autorités compétentes.

**Enfants réfugiés** (article 22)

L'État doit assurer une protection spéciale à l'enfant qui est réfugié ou qui recherche à obtenir le statut de réfugié, et collaborer avec les organisations compétentes ayant pour mandat d'assurer cette protection.

**Enfants handicapés** (article 23)

Les enfants handicapés ont le droit de bénéficier de soins spéciaux ainsi que d'une éducation et d'une formation appropriées qui favorisent leur autonomie et facilitent leur participation active à la vie de la communauté.

**Santé de l'enfant** (article 24)

L'enfant a le droit de jouir de la meilleure santé possible et de bénéficier de service médicaux et de rééducation. Une importance particulière est donnée aux soins de santé primaire et aux soins préventifs,

à l'information de la population ainsi qu'à la diminution de la mortalité infantile. L'État a l'obligation de favoriser l'abolition des pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants. L'accent est mis sur la nécessité de la coopération internationale pour assurer le respect de ce droit.

#### **Révision du placement (article 25)**

L'enfant placé par les autorités compétentes, à des fins de soins, de protection ou de traitement a le droit à une révision périodique de tous les aspects du placement.

#### **Sécurité sociale (article 26)**

L'enfant a le droit de bénéficier de la Sécurité sociale.

#### **Niveau de vie (article 27)**

L'enfant a droit à un niveau de vie adéquat et les parents ont la responsabilité primordiale de le lui assurer. L'État a l'obligation de faire en sorte que ces responsabilités puissent raisonnablement être assumées et soient assumées dans les faits, si nécessaire, par le recouvrement de la pension alimentaire.

#### **Éducation (article 28)**

L'enfant a le droit à l'éducation. L'État a l'obligation de rendre l'enseignement — primaire tout au moins — obligatoire et gratuit. La discipline scolaire doit être appliquée en respectant la dignité de l'enfant en tant qu'être humain. L'accent est mis, pour assurer le respect de ce droit, sur la nécessité de la coopération internationale.

#### **Objectifs de l'éducation (article 29)**

L'État reconnaît que l'éducation doit viser à favoriser l'épanouissement de la personnalité de l'enfant et le développement de ses dons, la préparation de l'enfant à une vie adulte active, le respect des droits de l'homme fondamentaux et le développement du respect des valeurs culturelles et nationales de son propre pays et de celui des autres.

#### **Enfants de minorités ou de populations autochtones (article 30)**

L'enfant appartenant à une population autochtone ou à une minorité a le droit de jouir de sa propre vie culturelle, de pratiquer sa propre religion, d'employer sa propre langue.

#### **Loisirs, activités récréatives et culturelles (article 31)**

L'enfant a droit aux loisirs, au jeu et à la participation à des activités culturelles et artistiques.

#### **Travail des enfants (article 32)**

L'État a l'obligation de protéger l'enfant contre tout travail mettant en danger sa santé, son éducation ou son développement, d'établir des âges minimaux d'admission à l'emploi et de spécifier les conditions d'emploi.

#### **Consommation et trafic de drogue (article 33)**

L'État doit protéger l'enfant contre la consommation des stupéfiants et de substances psychotropes, et contre son utilisation dans la production et la distribution de telles substances.

#### **Exploitation sexuelle (article 34)**

L'enfant a le droit d'être protégé contre la violence et l'exploitation sexuelle, y compris la prostitution et le participation à toute production pornographique.

#### **Vente, traite et enlèvement (article 35)**

L'État a l'obligation de tout faire pour empêcher l'enlèvement, la vente ou la traite d'enfants.

#### **Autres formes d'exploitation (article 36)**

L'enfant a le droit d'être protégé de toute autre forme d'exploitation non couverte dans les articles 32, 33, 34 et 35.

#### **Torture et privation de liberté (article 37)**

La torture, les peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, la peine capitale, l'emprisonnement à vie et l'arrestation ou la détention illégales ou arbitraires sont interdits. Les enfants incarcérés doivent être séparés des détenus adultes, et ont le droit de garder le contact avec leur famille et d'avoir un accès rapide à une assistance juridique ou toute autre assistance appropriée.

#### **Conflits armés (article 38)**

Aucun enfant de moins de quinze ans ne participe directement aux hostilités ou n'est enrôlé dans les forces armées. Tout enfant affecté par un conflit armé bénéficie de protection et de soins.

#### **Réadaptation et réinsertion (article 39)**

Les enfants victimes de conflit armé, de torture, de négligence, d'exploitation ou de sévices doivent bénéficier de traitements appropriés pour assurer leur réadaptation et leur réinsertion sociale.

#### **Administration de la justice pour mineur (article 40)**

Tout enfant suspecté ou reconnu coupable d'avoir commis un délit a le droit de voir ses droits fonda-

mentaux respectés et les garanties d'une procédure régulière assurées, y compris de bénéficier d'une assistance appropriée pour la préparation et la présentation de sa défense. Chaque fois que cela est possible et approprié, le recours à la procédure judiciaire et au placement en institution sera évité.

#### Respect des normes établies (article 41)

Au cas où une disposition figurant dans la législation d'un État ou dans un instrument national en vigueur pour cet État est plus favorable que la disposition analogue dans cette convention, c'est cette norme plus favorable qui s'applique.

## Droits de l'homme

Parler d'éthique, de morale et de déontologie, c'est aussi parler des droits de l'homme.

► **PRÉSENTATION GÉNÉRALE DES DROITS DE L'HOMME.** Les droits de l'homme reposent sur trois principes simples : liberté, égalité, dignité. Les droits de l'homme sont l'ensemble de droits et de libertés considérés comme inhérents à la nature humaine. Au point tel qu'aujourd'hui, il n'est aucune organisation qui ne se prévale de son souci de réaliser les droits de l'homme.

Quand on parle des droits de l'homme, on pense à la Déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948 proclamée par l'Assemblée générale des Nations unies. Mais il faut d'abord penser à la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 29 août 1789 (17 articles) qui met l'accent sur les droits et libertés individuels.

► **LA DÉCLARATION UNIVERSELLE DES DROITS DE L'HOMME.** Elle comprend deux parties : la partie relative aux droits civils et politiques (art. 3 à 21) et la partie relative aux droits sociaux, économiques et culturels (art. 22 à 27).

Elle reste un projet, un idéal, un code moral sans force de loi. Elle s'adresse à la conscience de chacun et aux États chargés de faire appliquer les droits et libertés défendus par la Déclaration. C'est ainsi que chaque région du monde a essayé, à sa manière, de s'approprier cette Déclaration universelle des droits de l'homme pour promouvoir le respect des droits et libertés des individus. Il s'agit de :

– La Convention européenne des droits de l'homme entrée en vigueur le 3 septembre 1953 et ouverte à la signature des états membres du conseil de

l'Europe, à Rome le 4 novembre 1950, contient 66 articles et comprend trois parties : les droits individuels (art. 1 à 13), les moyens à mettre en œuvre pour respecter ces droits individuels (Commission européenne et la Cour européenne des droits de l'homme) et les dispositions générales. La Convention européenne fait la distinction entre la saisine individuelle (art. 25) et la saisine par un État partie (art. 24).

– La Charte africaine des droits de l'homme (1981) qui contient 68 articles et comprend trois parties : les droits et devoirs des individus (art. 1 à 29), les mesures de sauvegarde des droits de l'homme (art. 30 à 63) (Commission africaine des droits de l'homme), mais il n'existe pas de cour africaine de droits de l'homme et les dispositions diverses.

En plus des textes régionaux, il existe des textes spécifiques qui visent à garantir certains droits en particulier ceux qui concernent : le génocide, les crimes de guerre, les crimes contre l'humanité, l'esclavage, la traite des êtres humains, le travail forcé, la torture, l'asile, la liberté d'information, l'asile, la sécurité sociale. Il existe aussi des textes relatifs aux différentes sortes de discriminations : la discrimination fondée sur la race et le sexe, la discrimination dans l'enseignement, l'emploi, certaines professions. Enfin des textes relatifs à la protection de certaines catégories d'êtres humains ont vu le jour : les réfugiés, les apatrides, les migrants, les travailleurs, les femmes, les combattants, les prisonniers, les personnes civiles en temps de conflit, les enfants.

► **CONVENTION INTERNATIONALE DES DROITS DE L'ENFANT.** Le 20 novembre 1989 a été adoptée la Convention internationale des droits de l'enfant. Cette convention contient 54 articles dont 28 abordent les droits de l'enfant.

#### ► PAR EXEMPLE :

- le droit à la vie est un droit garanti auquel l'on ne saurait déroger (*Jus cogens*);
- la reconnaissance de l'identité et des attributs de la personnalité de l'enfant (nationalité, nom, famille);
- les libertés fondamentales (liberté d'expression, de pensée, d'association);
- protection contre toute forme de violence (mauvais traitement, exploitation sexuelle, prostitution, vente enlèvement, rapt, torture, traitements inhumains et dégradants);

– droits économiques, sociaux et culturels (santé, sécurité sociale, éducation, jeu, participation aux activités culturelles et artistiques).

► **NOTION DE DIGNITÉ.** La dignité est appliquée à tout ce qui est condition humaine, soit en tant qu'attribut du genre humain d'origine divine (grâce), soit comme principe postulé dans les droits naturels de l'homme auxquels elle confère une valeur universelle absolue et intangible. La dignité est donc à la fois **cause** et **effet** du mouvement par lequel l'homme devient sujet moral et en même temps sujet juridique. C'est pour cela que le préambule de la Déclaration universelle des droits de l'homme commence par : « considérant que la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les hommes de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde... » En d'autres termes si nous reconnaissons en chacun de nous une dignité, nous posons les jalons de la justice et de la paix entre nous. La notion de dignité ne va pas sans la notion de respect.

► **NOTION DE RESPECT.** Le respect est le sentiment de considération ressenti à l'égard de quelqu'un ou de quelque chose indépendamment de sa situation sociale. Le respect est synonyme de l'estime que l'homme vertueux a pour lui-même. C'est le sentiment par lequel nous prenons conscience de la présence morale en nous (voir Socrate, page 41). Le respect est considéré comme le principe directeur de l'éducation morale. C'est ce que chaque individu ressent pour lui-même d'une part parce qu'il appartient à un groupe dont il est fier (ex : nation, profession...) et d'autre part parce qu'il aimerait appartenir à la société idéale des héros et des saints.

Il ne suffit pas d'être au clair avec les notions de dignité et de respect, encore faut-il s'interroger sur les défis posés à la Déclaration universelle des droits de l'homme.

► **QUELQUES DÉFIS À LA DÉCLARATION UNIVERSELLE DES DROITS DE L'HOMME.** Le premier défi est que le monde a changé. Parmi ces changements, relevons la décolonisation, l'effondrement de l'Union soviétique, la fin de la guerre froide ou du système mondial bipolaire, les progrès de la science et de la technologie, la mondialisation. Ces changements font apparaître de nouveaux dangers, mais aussi de nouvelles chances pour les droits de l'homme.

Le deuxième défi est celui de l'universalité des droits de l'homme. Celle-ci n'est pas uniforme, mais reste une visée vers laquelle chaque homme, chaque groupe doit cheminer à partir de son environnement concret et culturel. En fait, l'universalité des droits de l'homme revient à faire entrer toutes les cultures en dialogue sur un pied d'égalité pour un enrichissement mutuel.

Le troisième défi à relever est celui de l'indivisibilité des droits car il existe des liens étroits entre droits individuels et droits sociaux. Exemple : la dignité de l'homme n'est pas respectée quand il souffre de malnutrition et d'extrême pauvreté, quand des enfants et des femmes sont exploités au travail ou dans la prostitution, quand dans les pays riches tant de personnes sont condamnées au chômage et à l'exclusion.

Le quatrième défi aux droits de l'homme est celui qui résulte du développement des activités humaines et du pouvoir de la science. Exemples : l'informatique et les médias posent en des termes nouveaux la question de la vie privée, les pollutions de toutes sortes font peser des menaces sur l'environnement et donc sur la vie des personnes, l'expérimentation sur l'homme, les transferts d'organes, la possibilité d'intervenir sur le génome humain.

Au regard de tous ces défis et de l'évolution, l'intérêt ne serait-il pas de réécrire chaque jour des droits de l'homme ? Question posée à chacun d'entre nous sous forme de conclusion.

## OBSERVATOIRE MONDIAL DE L'ÉTHIQUE

L'Unesco lors de la Conférence générale, à sa 33<sup>e</sup> session, a adopté par acclamation la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme, le 19 octobre 2005.

### PRÉFACE DE LA DÉCLARATION

En octobre 2005, la Conférence générale de l'Unesco a adopté par acclamation la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme. Pour la première fois dans l'histoire de la bioéthique, les États membres, et avec eux la communauté internationale, se sont engagés à respecter et à appliquer les principes fondamentaux de la bioéthique énoncés dans un seul et même texte. Pour traiter des questions d'éthique posées par la médecine, les sciences de la vie et les technologies qui leur sont associées, appliquées aux êtres humains, la Déclaration, ainsi qu'il ressort de son titre, ancre les principes qu'elle consacre dans les règles régissant le respect de la dignité humaine, des droits de l'homme et des libertés fondamentales. En inscrivant la bioéthique dans le droit international des droits de l'homme et

en assurant le respect de la vie des êtres humains, la Déclaration reconnaît l'interdépendance qui existe entre l'éthique et les droits de l'homme dans le domaine spécifique de la bioéthique. Parallèlement à la Déclaration, la Conférence générale a adopté une résolution aux termes de laquelle elle demande aux États membres de n'épargner aucun effort pour donner effet aux principes énoncés dans cette Déclaration et m'invite à prendre les mesures appropriées pour en assurer le suivi, y compris en la diffusant aussi largement que possible. La présente brochure, qui constitue un premier outil pour la diffusion de la Déclaration, contribuera concrètement à la faire connaître dans le monde entier et aidera à comprendre les principes qu'elle consacre, de sorte que partout les êtres humains puissent bénéficier des progrès des sciences et des technologies, dans le respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

Rendez-vous sur le site de l'Unesco : <http://www.unesco.org>

---

#### Pour en savoir plus :

[http://www.coe.int/T/F/Droits\\_de\\_l'homme/](http://www.coe.int/T/F/Droits_de_l'homme/)

---

## LA SANTÉ EN PRISON

La santé en prison doit être prise en compte comme dans n'importe quelle autre institution. Cependant des efforts ont déjà été réalisés, mais il reste encore des objectifs à atteindre (hygiène corporelle des détenus – dans certaines prisons il est proposé qu'une douche hebdomadaire ; hygiène des locaux, nuisances liées à la promiscuité, l'insomnie, l'alimentation mal équilibrée, les rapports sexuels non protégés et enfin la violence). D'autres problèmes encore sont à résoudre, comme le respect de l'intimité.

Malgré les efforts consentis ces dernières années sur la qualité des soins techniques, il reste encore de grands progrès à réaliser pour répondre pleinement aux droits de l'homme.

La prise en charge de la santé et de la maladie des détenus a été revue et réorientée par la loi du 18 janvier 1994, mettant l'hôpital public au cœur du dispositif de soins.

Même si le fait d'accroître la responsabilité des hôpitaux publics sur ce dossier, il reste et, restera un problème de fond, qui est celui du statut de prisonnier malade.

---

#### Pour en savoir plus :

• Rendez vous sur le site du Comité Français d'Éducation à la Santé :

[http://www.cfes.sante.fr/30000/pdf/Actes\\_Colloque\\_sante\\_prison.pdf](http://www.cfes.sante.fr/30000/pdf/Actes_Colloque_sante_prison.pdf)

Vous y trouvez un rapport sur la santé en prison. « Dix ans après la loi quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues ? »

---

## DOSSIER

**L'ACCÈS À L'EAU**

Si l'eau doit être considérée comme un élément vital, elle doit aussi être intégrée dans le droit élémentaire à la santé, donc au sein des droits de l'homme.

En effet c'est un facteur vital, mais aussi un élément pour vivre dignement.

Même si l'eau n'apparaît pas nettement dans la déclaration des droits de l'homme, on doit absolument l'intégrer comme adjuvant à d'autres droits tel que :

- le droit à la santé,
- le droit à la nourriture,
- le droit au logement.

Avoir de l'eau est une condition *sine qua non* pour vivre dignement et dans des conditions d'hygiène et de salubrité de base.

L'accès à l'eau doit rester une priorité pour nos concitoyens Africains en particulier.

**Pour en savoir plus :**

- Rendez-vous sur le Portail de l'Eau de l'Unesco  
[http://www.unesco.org/water/index\\_fr.shtml](http://www.unesco.org/water/index_fr.shtml)

## DOSSIER

**LA VACCINATION, UN DROIT DE L'HOMME**

27 millions d'enfants dans le monde ne sont pas vaccinés contre les maladies infantiles (rougeole, coqueluche...) par conséquent, il faut savoir que non accès au droit à la santé tue toutes les minutes trois enfants des suites de maladies infectieuses dans les pays émergents.

Comment ne pas considérer ce droit comme quelque chose d'élémentaire et de fondamental ?

Source : Mary Robinson /Libération  
(Article du 23 septembre 2005).

**Pour en savoir plus :**

- Rendez vous sur le site de l'UNICEF  
[http://www.unicef.org/french/immunization/index\\_27089.html](http://www.unicef.org/french/immunization/index_27089.html)
- Rendez vous sur le site de USINFO  
<http://usinfo.state.gov/fr>
- Rendez-vous sur ces six sites qui vous renseigneront sur les droits des enfants et sur les droits des enfants hospitalisés  
<http://www.droitsenfant.com/>  
<http://www.defenseurdesenfants.fr/>  
<http://www.emdh.org/>  
<http://www.anpde.asso.fr>
- Rendez-vous sur APACHE – Association pour l'amélioration des conditions d'hospitalisation des enfants  
[www.apache.fr](http://www.apache.fr)
- Rendez-vous sur SPARADRAP – Association pour aider les familles et les professionnels quand un enfant est malade ou hospitalisé ;  
[www.sparadrap.asso.fr](http://www.sparadrap.asso.fr)

La charte Européenne des enfants hospitalisés comporte 10 points qui retracent les besoins de l'enfant hospitalisé et s'efforce de faire respecter ces droits.

Elle est volontairement synthétique et précise, afin qu'elle puisse être comprise et intégrée par tous.

*Vous devez, à partir d'exemples tirés de votre expérience personnelle et/ou professionnelle commenter cette charte en y apportant des constats de respect et de non respect.*

#### CHARTÉ EUROPÉENNE DES ENFANTS HOSPITALISÉS

Rédigée à LEIDEN (Pays-Bas) en 1988 \*

« Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants » – UNESCO –

*Cette charte résume et réaffirme les droits des enfants hospitalisés.*

1- L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.

2- Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui, jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.

3- On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de

faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.

4- Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.

5- On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au maximum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.

6- Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.

7- L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.

8- L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.

9- L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.

10- L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

\* Charte rédigée à LEIDEN (Pays-Bas) en 1988 lors de la première conférence européenne des associations "Enfants à l'Hôpital".

## Déclaration universelle des droits de l'homme (décembre 1948)

Ce texte important, adopté par les Nations unies, est cité intégralement.

### Préambule

Considérant que la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde;

Considérant que la méconnaissance et le mépris des droits de l'homme ont conduit à des actes de barbarie qui révoltent la conscience de l'humanité et que l'avènement d'un monde où les êtres humains seront libres de parler et de croire, libérés de la terreur et de la misère, a été proclamé comme la plus haute aspiration de l'homme;

Considérant qu'il est essentiel que les droits de l'homme soient protégés par un régime de droit pour que l'homme ne soit pas contraint, en suprême recours, à la révolte contre la tyrannie et l'oppression;

Considérant qu'il est essentiel d'encourager le développement de relations amicales entre nations;

Considérant que dans la Charte les peuples des Nations unies ont proclamé à nouveau leur foi dans les droits fondamentaux de l'homme, dans la dignité et la valeur de la personne humaine, dans l'égalité des droits des hommes et des femmes, et qu'ils se sont déclarés résolus à favoriser le progrès social et à instaurer de meilleures conditions de vie dans une liberté plus grande;

Considérant que les États membres se sont engagés à assurer, en coopération avec l'Organisation des Nations unies, le respect universel et effectif des droits de l'homme et des libertés fondamentales;

Considérant qu'une conception commune de ces droits et libertés est de la plus haute importance pour remplir pleinement ces engagements;

L'Assemblée générale proclame la présente Déclaration universelle des droits de l'homme comme l'idéal commun à atteindre par tous les peuples et toutes les nations, afin que tous les individus et tous les organes de la société, ayant cette déclaration constamment à l'esprit, s'efforcent, par l'enseignement et l'éducation,



de développer le respect de ces droits et libertés et d'en assurer, par des mesures progressives d'ordre national et international, la reconnaissance et l'application universelles et effectives, tant parmi les populations des États membres eux-mêmes que parmi celles des territoires placés sous leur juridiction.

**Art. 1<sup>er</sup>.** — Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont dotés de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité.

**Art. 2.** — Chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés proclamés dans la présente Déclaration, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation. De plus, il ne sera fait aucune distinction fondée sur le statut politique, administratif ou international du pays ou du territoire dont une personne est ressortissante, que ce territoire soit indépendant, sous tutelle ou non autonome, ou subisse toute autre limitation de souveraineté.

**Art. 3.** — Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne.

**Art. 4.** — Nul ne sera tenu en esclavage ni en servitude; l'esclavage et la traite des esclaves sont interdits sous toutes leurs formes.

**Art. 5.** — Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

**Art. 6.** — Chacun a le droit à la reconnaissance en tous lieux de sa personnalité juridique.

**Art. 7.** — Tous sont égaux devant la loi et ont droit sans distinction à une égale protection de la loi. Tous ont droit à une protection égale contre toute discrimination qui violerait la présente Déclaration et contre toute provocation à une telle discrimination.

**Art. 8.** — Toute personne a droit à un recours effectif devant les juridictions nationales compétentes contre les actes violant les droits fondamentaux qui lui sont reconnus par la constitution et par la loi.

**Art. 9.** — Nul ne peut être arbitrairement arrêté, détenu ni exilé.

**Art. 10.** — Toute personne a droit, en pleine égalité, à ce que sa cause soit entendue équitablement et publiquement par un tribunal indépendant et impartial, qui décidera soit de ses droits et obligations, soit du bien-fondé de toute accusation en matière pénale dirigée contre elle.

**Art. 11.** — 1<sup>o</sup> Toute personne accusée d'un acte délictueux est présumée innocente jusqu'à ce que sa culpabilité ait été légalement établie au cours d'un procès public où toutes les garanties nécessaires à sa défense lui auront été assurées.

2<sup>o</sup> Nul ne sera condamné pour des actions ou omissions qui, au moment où elles ont été commises, ne consti-

tuient pas un acte délictueux d'après le droit national ou international. De même, il ne sera infligé aucune peine plus forte que celle qui était applicable au moment où l'acte délictueux a été commis.

**Art. 12.** — Nul ne sera l'objet d'immixtions arbitraires dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ni d'atteinte à son honneur et à sa réputation. Toute personne a droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou de telles atteintes.

**Art. 13.** — 1<sup>o</sup> Toute personne a le droit de circuler librement et de choisir sa résidence à l'intérieur d'un État.

2<sup>o</sup> Toute personne a le droit de quitter tout pays, y compris le sien, et de revenir dans son pays.

**Art. 14.** — 1<sup>o</sup> Devant la persécution, toute personne a le droit de chercher asile et de bénéficier de l'asile en d'autres pays.

2<sup>o</sup> Ce droit ne peut être invoqué dans le cas de poursuites réellement fondées sur un crime de droit commun ou sur des agissements contraires aux principes et aux buts des Nations unies.

**Art. 15.** — 1<sup>o</sup> Tout individu a droit à une nationalité.

2<sup>o</sup> Nul ne peut être arbitrairement privé de sa nationalité ni du droit de changer de nationalité.

**Art. 16.** — À partir de l'âge nubile, l'homme et la femme sans aucune restriction quant à la race, la nationalité ou la religion, ont le droit de se marier et de fonder une famille. Ils ont des droits égaux au regard du mariage, durant le mariage et lors de sa dissolution.

**Art. 17.** — 1<sup>o</sup> Toute personne, aussi bien seule qu'en collectivité, a droit à la propriété.

2<sup>o</sup> Nul ne peut être arbitrairement privé de sa propriété.

**Art. 18.** — Toute personne a droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion; ce droit implique la liberté de changer de religion ou de conviction ainsi que la liberté de manifester sa religion ou sa conviction, seule ou en commun, tant en public qu'en privé, par l'enseignement, les pratiques, le culte et l'accomplissement des rites.

**Art. 19.** — Tout individu a droit à la liberté d'opinion et d'expression, ce qui implique le droit de ne pas être inquiété pour ses opinions et celui de chercher, de recevoir et de répandre, sans considération de frontière, les informations et les idées par quelque moyen d'expression que ce soit.

**Art. 20.** — 1<sup>o</sup> Toute personne a droit à la liberté de réunion ou d'association pacifique.

2<sup>o</sup> Nul ne peut être obligé de faire partie d'une association.

**Art. 21.** — 1<sup>o</sup> Toute personne a le droit de prendre part à la direction des affaires publiques de son pays, soit directement, soit par l'intermédiaire de représentants librement choisis.

2<sup>o</sup> Toute personne a droit à accéder, dans des condi-

tions d'égalité, aux fonctions publiques de son pays.

3° La volonté du peuple est le fondement de l'autorité des pouvoirs publics; cette volonté doit s'exprimer par des élections honnêtes qui doivent avoir lieu périodiquement, au suffrage universel égal et au vote secret ou suivant une procédure équivalente assurant la liberté de vote.

**Art. 22.** — Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la Sécurité sociale; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays.

**Art. 23.** — 1° Toute personne a droit au travail, au libre choix de son travail, à des conditions équitables et satisfaisantes de travail et à la protection contre le chômage.

2° Tous ont droit, sans aucune discrimination, à un salaire égal pour un travail égal.

3° Quiconque travaille a droit à une rémunération équitable et satisfaisante, lui assurant ainsi qu'à sa famille une existence conforme à la dignité humaine et complétée, s'il y a lieu, par tous autres moyens de protection sociale.

4° Toute personne a le droit de fonder avec d'autres des syndicats et de s'affilier à des syndicats pour la défense de ses intérêts.

**Art. 24.** — Toute personne a droit au repos et aux loisirs et notamment à une limitation raisonnable de la durée du travail et à des congés payés périodiques.

**Art. 25.** — 1° Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance, par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

2° La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors du mariage, jouissent de la même protection sociale.

**Art. 26.** — 1° Toute personne a droit à l'éducation. L'éducation doit être gratuite au moins en ce qui concerne l'enseignement élémentaire et fondamental. L'enseignement élémentaire est obligatoire. L'enseignement technique et professionnel doit être généralisé; l'accès aux études supérieures doit être ouvert en pleine égalité à tous en fonction de leur mérite.

2° L'éducation doit viser au plein épanouissement de la personnalité humaine et au renforcement du respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Elle doit favoriser la compréhension, la tolérance, et l'amitié entre toutes les nations et tous les groupes raciaux ou religieux, ainsi que le développement des activités des Nations unies pour le maintien de la paix.

3° Les parents ont, par priorité, le droit de choisir le genre d'éducation à donner à leurs enfants.

**Art. 27.** — 1° Toute personne a le droit de prendre part librement à la vie culturelle de la communauté, de jouir des arts et de participer au progrès scientifique et aux bienfaits qui en résultent.

2° Chacun a droit à la protection des intérêts moraux et matériels découlant de toute production scientifique, littéraire ou artistique dont il est l'auteur.

**Art. 28.** — Toute personne a droit à ce que règne, sur le plan social et sur le plan international, un ordre tel que les droits et libertés énoncés dans la présente Déclaration puissent y trouver plein effet.

**Art. 29.** — 1° L'individu a des devoirs envers la communauté dans laquelle seule le libre et plein développement de sa personnalité est possible.

2° Dans l'exercice de ses droits et dans la jouissance de ses libertés, chacun n'est soumis qu'aux limitations établies par la loi exclusivement en vue d'assurer la reconnaissance et le respect des droits et libertés d'autrui et afin de satisfaire aux justes exigences de la morale, de l'ordre public et du bien-être général dans une société démocratique.

3° Ces droits et libertés ne pourront, en aucun cas, s'exercer contrairement aux buts et aux principes des Nations unies.

**Art. 30.** — Aucune disposition de la présente Déclaration ne peut être interprétée comme impliquant pour un État, un groupement ou un individu, un droit quelconque de se livrer à une activité ou d'accomplir un acte visant à la destruction des droits et libertés qui y sont énoncés.

## Secret professionnel et exercice infirmier

► **QUELQUES REPÈRES LÉGISLATIFS** pour vous aider dans vos recherches :

- Les articles 226-13 et 226-14 du Code pénal.
- Les articles 223-6 et 434-12 du Code pénal.
- La loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Article, L. 1110-4, L. 1111-2, L.1111-6.
- Les articles L.315-1 et L.1414-4 du Code de santé publique.
- La loi 96-452 du 28 mai 1996 – art 42 portant diverses mesures d'ordre sanitaire, sociale et statutaire.
- La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico sociale.
- Le décret 95-1000 du 6 septembre 1995 – Code de déontologie médicale.
- L'arrêté du 20 septembre 1994 relative au traitement des données.
- Le décret 86-770 du 10 juin 1986 – liste des maladies à déclaration obligatoire.
- La loi du 13 juillet 1983 relative aux droits et obligations des fonctionnaires.
- L'article L. 4314-3 du Code la santé publique.
- La loi du 11 juillet 1979 sur la liberté d'accès aux documents administratifs.
- Décret 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines disposition de ce code – Chapitre II – sous section 1 – Art R.4312-4 du CSP.

### Les références pénales

#### Article 226-13 du Code pénal

La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

#### Article 226-14 (JO du 3/1/2004, Art. 11)

L'article 226-13 n'est applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° À celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de moins de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique.

2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises.

3° Aux professionnels de santé ou de l'action sociale qui informent le préfet du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une. Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.

### Les références au Code de la santé publique

#### Code de la santé publique – article L. 4314-3

Les infirmiers ou infirmières et les étudiants se préparant à l'exercice de la profession sont tenus au secret professionnel dans les conditions et sous les réserves énoncés à l'article 226-13 du Code pénal.

#### Code de la santé publique Article L. 1110-4

Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. - Excepté dans les

cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venue à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé. » Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe. » Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'État pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte professionnelle de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du Code de la sécurité sociale est obligatoire. » Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

« En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.

« Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

Cet article donne des précisions concernant le secret professionnel dans le domaine de la santé mais aussi des informations concernant la vie privée du patient.

## Nature du secret

---

– Les faits, confidences ou informations, sont ceux connus dans l'exercice de la profession.

– Les faits peuvent être confiés par le malade.

– Mais ils peuvent aussi être découverts par l'infirmier(e), soit du fait de sa qualification et de ses connaissances techniques, soit par le fait du hasard.

– Les faits, confidences ou informations peuvent concerner la maladie et son traitement mais aussi tout élément de la vie privée du patient.

La règle du secret professionnel est absolue et nul ne peut en délier l'infirmier(e) sauf cas prévus par la loi.

---

## Cas particuliers

### Les dérogations

#### **Dérogations légales au secret professionnel**

L'intérêt général prime parfois l'intérêt particulier que le secret professionnel a pour but de protéger. Il en va ainsi pour les raisons d'ordre administratif et d'ordre sanitaire.

Les dérogations obligatoires au secret professionnel intéressent surtout les médecins. Ce sont :

– la déclaration des maladies contagieuses et vénériennes;

– les certificats d'hospitalisation concernant les malades mentaux (loi du 27 juin 1990);

– la déclaration des accidents ou maladies professionnelles;

– dans le cadre de la surveillance sanitaire des enfants du premier et second âge l'établissement d'un certificat de santé faisant mention de toute anomalie génératrice de handicap provisoire ou définitif ;

– les décès (sauf volonté expresse de la personne avant son décès).

– l'article 226-14 du Code pénal (*cf.* colonne de gauche même page);

– l'obligation faite à tout un chacun d'apporter son concours à la justice – article 10 du Code civil;

– la non assistance à personne en danger (article 226-3 du code pénal);

– le fait pour toute personne ayant déclaré publiquement à la justice connaître publiquement les

auteurs d'un crime ou d'un délit (article 434-12 du code pénal);

- la médecine de contrôle (assurance maladie en règle générale). Mais cependant limitée aux données médicales strictement nécessaires à la mission de contrôle;
- la justice (saisie de dossiers, dénonciation de sévices et d'abus).

#### **Article 226-3 du Code pénal**

Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.

#### **Article 434-12 du Code pénal**

Le fait, pour toute personne ayant déclaré publiquement connaître les auteurs d'un crime ou d'un délit, de refuser de répondre aux questions qui lui sont posées à cet égard par un juge est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

● Une dérogation obligatoire peut aussi intéresser les infirmier(e)s. C'est :

- la déclaration de naissance.

En effet, l'article 56 du Code civil dit : « la naissance de l'enfant sera déclarée par le père ou, à défaut du père, par les docteurs en médecine, sages-femmes, officiers de santé ou autres personnes qui auront assisté à l'accouchement ».

En pratique, dans les maternités publiques ou privées, la procédure de déclaration est bien établie et seule une naissance à domicile pourrait éventuellement devoir faire l'objet d'une déclaration par l'infirmier(e). L'obligation de déclarer la naissance n'entraîne pas l'obligation de déclarer le nom de la mère et du père de l'enfant.

## **Les expertises médico-légales**

Elles peuvent poser de difficiles problèmes par rapport au respect du secret professionnel. En principe, elles ne concernent pas directement les

infirmier(e)s. Cependant, on ne saurait leur recommander la plus grande prudence. Les infirmier(e)s ne doivent en aucun cas prendre l'initiative de communiquer des éléments d'un dossier médical.

## **Le secret professionnel et l'hôpital**

### **Comment sont protégés les documents médicaux ?**

● Selon l'article L.1112-1 alinéa 3 du Code de la santé publique « les établissements sont tenus de protéger la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes qu'ils accueillent ».

● En outre, le médecin est tenu selon l'article 73 du Code de déontologie médicale de protéger contre toute indiscretion les documents concernant les personnes qu'il a soignées ou examinées, quels que soient le contenu et le support de ces documents.

Cela signifie que tous les documents papiers et numériques doivent être protégés et sécurisés par des systèmes homologués et fiables.

### **À qui s'impose le secret ?**

L'obligation de secret s'applique à tous les acteurs de soins de l'établissement de santé, qu'il soit public ou privé.

Il s'agit de personnes physiques (médecins, sages-femmes, travailleurs sociaux, infirmiers...)

### **Le secret médical au quotidien**

La loi du 4 mars 2002 limite les dérogations à l'obligation de secret, mais malheureusement on constate très souvent des violations.

### **Peut-on parler de secret partagé ?**

Normalement le patient doit être averti que certaines informations médicales seront partagées par le personnel, cependant, l'absence d'objection du patient doit toujours être recherchée. Dans la pratique les choses ne sont pas aisées.

Il est bien évident que le partage des informations concernant le patient est considéré comme tacite au sein de l'équipe soignante, par contre lorsque l'information navigue hors de l'équipe de soins l'absence d'opposition doit toujours être recherchée.

Il est aussi intéressant de s'interroger sur le degré de partage de l'information dans une équipe – l'infirmière doit-elle détenir les mêmes informations que les médecins ?

Non, les dérogations au secret varient selon la qualification des professionnels.

### **La limite du secret et l'information des proches**

L'annonce du diagnostic est réservée au médecin.

La dérogation au secret médical dans le cas d'informations médicales du patient à ses proches n'est autorisée qu'au médecin.

C'est seulement dans le cas d'une annonce d'un diagnostic ou pronostic grave que le médecin est autorisé à informer les proches.

### **Pourquoi informer les proches ?**

Encore une fois c'est le patient qui est au cœur des soins; le but étant que celui-ci puisse bénéficier d'un soutien de ses proches à condition que ceux-là soient eux-mêmes informés de son état de santé. Il s'agit ici d'une dérogation au secret prévue par la loi.

Cependant, cette information suppose que le patient soit encore une fois consentant.

### **À propos de la divulgation d'informations à des personnes de confiance**

La loi prévoit qu'une **personne de confiance** peut être désignée par le malade; cela peut être un proche, un parent, un ami, son concubin, le conjoint unit par un PACT. Cette possibilité est prévue dans l'article L.1111-6 du Code de la santé publique.

Cette désignation doit être faite par écrit et révoquable à tout moment.

Lors d'une hospitalisation cette proposition doit être faite à chaque malade – en principe, cette formalité est accomplie lors de l'entretien d'entrée.

La personne de confiance peut être informée de l'état du patient, l'aider dans ses démarches.

## **Les personnes tenues au secret professionnel**

Les dispositions des articles 226-13 et 226-14 du Code pénal s'appliquent à tous ceux auxquels leur état, leur profession ou leurs fonctions imposent l'obligation du secret, soit que les faits qu'ils

apprennent leur aient été confiés par les particuliers sous le sceau du secret, soit que leur connaissance provienne de l'exercice d'une activité à laquelle la loi, dans un intérêt général, a conféré un caractère confidentiel; les médecins, les chirurgiens, pharmaciens et sages-femmes sont expressément visés par ces textes.

Toutefois, en matière hospitalière, du fait même des conditions spécifiques d'organisation et de fonctionnement du service public en cause, l'obligation du secret s'étend à d'autres catégories de personnes que celles qui sont précédemment énumérées et lie nécessairement tous les auxiliaires du médecin qui sont des confidentiels indispensables. Des indications sur l'état du patient peuvent être données par les médecins, ou chirurgiens non seulement aux assistants, attachés, internes, étudiants hospitaliers ou stagiaires affectés à leur service, mais aussi au personnel infirmier et aux autres agents hospitaliers qui concourent à la délivrance des soins aux malades hospitalisés; le secret est alors partagé entre ces diverses personnes et prend un caractère collectif.

Il convient à cet égard de souligner que le personnel non médical des établissements d'hospitalisation public est, par son statut même (article L. 799 du Code de la santé publique) soumis aux règles instituées dans le Code pénal en matière de secret professionnel auxquelles s'ajoute l'obligation de discrétion en raison des faits et informations dont ce personnel a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions. Le champ d'application de cette notion est d'ailleurs beaucoup plus vaste que celui du secret professionnel et s'impose à chaque agent, en dehors même de toute prescription spéciale, du seul fait de sa collaboration au service public.

**Le secret professionnel peut être levé au profit des juges d'instruction agissant dans le cadre des pouvoirs qui leur sont conférés par le Code de procédure pénale.**

Il importe dans cette hypothèse de concilier le respect du principe posé par l'article 226-13 du Code pénal avec les dispositions de l'article 81 du Code de procédure pénale qui confèrent au juge d'instruction le pouvoir de procéder – à tous les actes d'information qu'il juge utiles à la manifestation de la vérité ».

L'application de ces dispositions ne soulève pas de difficultés lorsque le magistrat agit sur la

plainte ou dans un intérêt évident du citoyen au profit duquel peut être allégué le secret professionnel. Dans le cas contraire, il apparaît que les pouvoirs du juge d'instruction ne doivent en principe souffrir aucune restriction compte tenu du caractère d'ordre public de la mission qu'il assume. L'article 96 du Code de procédure pénale lui impose néanmoins de provoquer « toutes mesures utiles pour que soit assuré le respect du secret professionnel » auquel il est lui-même tenu. La Cour de cassation a estimé que ces mesures étaient remplies lorsque la saisie et la remise de documents médicaux se fait en présence d'un représentant de l'ordre des médecins.

**L'opération peut être effectuée par le juge en personne ou par un officier de police judiciaire agissant sur commission rogatoire du magistrat; il est souhaitable que, conformément à une pratique courante, le médecin-chef du service intéressé assiste également au déroulement de cette opération.**

Ces documents peuvent être confiés à un médecin expert près des tribunaux mais rien n'interdit au magistrat de se faire une opinion personnelle de la valeur desdits documents.

## Le cas particulier des transplantations d'organes

Une absolue discrétion s'impose aux personnels hospitaliers de tous les services intéressés par ces transplantations afin notamment d'éviter que l'identité du donneur ne puisse être connue du receveur et réciproquement; il importe en effet de protéger le bénéficiaire d'une greffe contre les retentissements psychiques éventuels de la connaissance précise de l'origine de l'organe reçu et contre les pressions que la famille du donneur si elle le connaissait pourrait être tentée d'exercer à son encontre.

## Sanctions en cas de manquement au secret professionnel

Elles sont de trois ordres :

### Sanctions pénales

Elles sont définies par l'article 226-13 du Code pénal : un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

### Sanctions civiles

Lorsque la violation du secret professionnel aura entraîné pour la victime un dommage, celle-ci sera fondée à en demander réparation. Le patrimoine en ce cas sera celui de l'établissement hospitalier, sauf faute personnelle de l'agent. Rappelons que la jurisprudence qualifie de personnelles trois catégories de fautes : celles qui sont commises en dehors de la fonction, celles qui sont intentionnelles, enfin les fautes d'une exceptionnelle gravité.

### Sanctions administratives

Il s'agit de sanctions prises à l'encontre de l'agent fautif par l'autorité investie du pouvoir de nomination selon les règles du régime disciplinaire définies par la loi du 9 janvier 1986, portant statut de la fonction publique hospitalière.

## Conclusion

L'importance du secret médical se situe sur un double plan :

– **celui de l'intérêt privé** : c'est la protection de la vie intime de l'individu malade, la mise en évidence et la garantie du contrat de confiance qu'il noue avec son médecin;

– **celui de l'intérêt public** : afin que nul n'hésite à recevoir des soins qui lui soient nécessaires par peur d'être trahi, les conséquences de cette ambivalence ont engendré le conflit entre la liberté individuelle et les besoins de la société, la règle du secret ne devant pas être suivie jusqu'à l'absurde et tout un chacun se demandant qui est le dépositaire, voire le propriétaire du secret et quand et dans quelles occasions, ou obligations, par qui et pour qui le secret peut ou doit être levé totalement ou partiellement.

**TRAVAUX DIRIGÉS**

**Extrait :** EN MATIÈRE de santé du chef de l'État, il y a bel et bien une exception française, celle du secret. Aux États-Unis, où les médias n'ont aucun scrupule à enquêter sur la vie privée des hommes publics, la transparence totale est la règle sur la santé du président. Aucun détail n'avait été escamoté aux Américains lorsque Ronald Reagan avait subi, à plusieurs reprises, des interventions chirurgicales. En France, on pratique un culte du secret qui a peu à envier à celui naguère observé par le Kremlin vis-à-vis des dirigeants de l'ex-Union soviétique.

Source : *Secret-santé / Le Monde*  
(article publié le 06 Septembre 2005).

– La santé du président de la république doit-elle être connue par l'ensemble des citoyens ?

– Au nom de la démocratie comment ne pas le considérer comme un autre citoyen ?

**Extrait :** La pratique ne concerne que le secteur privé. POUR LES MÉDECINS, il s'agit d'une « très ancienne tradition », à laquelle est donnée aujourd'hui une « garantie supplémentaire de qualité » ; pour les infirmières, ce sont des « mesures scandaleuses prises au mépris de la sécurité des patients ». La publication, le 10 août, d'un décret et d'un arrêté permettant à des personnes « bénévoles » d'exercer, dans les blocs opératoires des cliniques, les fonctions d'aides opératoires et d'aides instrumentistes auprès des chirurgiens a créé, lundi 22 août, une vive polémique dans le milieu médical.

Source : par Cécile Prieur / *Des « bénévoles » autorisés à assister les chirurgiens au bloc opératoire / Le Monde*

Au nom d'une plus grande transparence, censée permettre un contrôle économique plus facile aux caisses d'assurance maladie, une nouvelle classification commune des actes médicaux a été mise en place fin 2005. Il est indéniable que le secret médical en est affecté.

Il convient de rappeler que le secret médical a été instauré pour protéger le patient et non pour empêcher un médecin d'être trop bavard ou pour lui permettre de cacher une vérité au patient.

Avant 2005, lorsque vous alliez consulter ou vous faire opérer, la cotation permettant le remboursement des actes médicaux effectués était codée par un petit nombre de lettres-clés (C, Cs, K, Kc...) associées à des coefficients (Kc20, par exemple). Cette méthode de classification ne permettait que dans de rares cas de savoir quel acte médical ou quelle intervention chirurgicale vous aviez exactement subi. Le nombre de combinaisons possibles étant limité le même code pouvait s'appliquer à un grand nombre d'actes médicaux différents, préservant ainsi le secret médical.

**UNE CLASSIFICATION BIEN PLUS PRÉCISE**

L'heure de la maîtrise comptable des dépenses de santé ayant sonné, une réforme a été décidée et mise en application. Les codes de classification sont devenus beaucoup plus complexes afin de permettre une identification de l'acte médical beaucoup plus précise qu'avant (par exemple, QAJA004 : parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la face de moins de 3 cm de grand axe).

(article publié le 24 Août 2005).

– Argumenter ce texte en précisant les forces et les faiblesses de ces pratiques en vous aidant de votre expérience.

**Extrait :** LE MINISTRE délégué à la famille, Philippe Bas, devait annoncer, mercredi 23 novembre, en conseil des ministres, le calendrier et les grands principes de la réforme de la protection de l'enfance qu'il présentera au printemps, après des débats organisés par les conseils généraux. « Le nombre de crimes et délits sur mineurs et de signalements à Allô Enfance maltraitée ou aux conseils généraux est en hausse », constate-t-il.

Afin d'améliorer la détection des enfants en danger, ce texte devrait permettre aux professionnels soumis au secret de « partager » des informations. Il devrait aussi permettre la mise en place dans les conseils généraux de cellules destinées à centraliser les signalements. Le ministre souhaite également soutenir les réseaux d'aide à la parentalité, les centres de protection maternelle et infantile et la médecine scolaire. Il veut créer un module de formation à la détection de la maltraitance destiné aux professionnels en contact avec la petite enfance.

Source : par Anne Chemin / *Le Monde*  
(article publié le 24 novembre 2005).

– Commenter ce texte en vous appuyant sur des références législatives.

**DOSSIER**

Deux expériences personnelles récentes m'amènent à penser que le secret médical est mis à mal par la réforme de la classification commune des actes médicaux. La première expérience est survenue lors d'un entretien avec un employé d'une caisse primaire d'assurance maladie. Cet employé m'expliquait que, depuis cette réforme, il était assailli d'appels d'amis ou de connaissances lui demandant de leur préciser l'intitulé correspondant à la cotation figurant sur leurs feuilles de soins ou leurs relevés de remboursements. Cette information ne semblait pas relever du secret professionnel à ses yeux et répondait sans malice aux demandes de précisions. La seconde expérience découle d'un séjour en clinique effectué par un proche. Sur la facture de ce séjour figurait le code de la nouvelle classification commune des actes médicaux (CCAM) associé à l'intitulé très précis de l'intervention chirurgicale subie par cette personne, or une copie de cette facture devait être transmise à l'assurance prévoyance de cette dernière.

Le problème ne vient pas du fait que le patient sache quel type d'acte médical a été effectué ; le devoir d'information du médecin et le bon sens font que le patient sait ce qui a été réalisé. Le souci est qu'une tierce personne, grâce à ce code et sans l'accord du patient, puisse savoir très précisément l'acte qui a été réalisé et, souvent par là même, ce dont souffre le patient.

Source : *ETHIQUE / Le secret médical n'est plus... / LA COTATION DES ACTES REND-ELLE OBSOLETE LA NOTION DU SECRET ? / vendredi 10 février 2006 - Bertrand Hue*  
Source : <http://www.droit-medical.net>



## Droits des patients

### L'évolution hospitalière et le statut du malade

► **VI<sup>e</sup>-XI<sup>e</sup> SIÈCLES : PREMIÈRES FONDATIONS.** Il a fallu cinq siècles pour que se constitue dans la France médiévale le premier équipement hospitalier sous l'impulsion des évêques, puis, avec la conquête des campagnes par le christianisme, celle des ordres monastiques au premier rang desquels l'Ordre de saint Benoît.

Les premières structures étaient de taille réduite, pouvant accueillir une vingtaine de personnes. Elles étaient au cœur des villes : les « hospitalisés », destinés à recevoir les pauvres ; d'autres, les « xenodochia », auraient eu vocation à héberger les pèlerins et les voyageurs.

► **XII<sup>e</sup>-XIII<sup>e</sup> SIÈCLES : CROISSANCE ET NORMALISATION.** Cette période se caractérise par de plus en plus d'itinérants (foires, route de Rome, de saint Jacques de Compostelle, Jérusalem), l'augmentation démographique, les grandes épidémies. Cette croissance quantitative s'accompagne de deux phénomènes :

- le premier est l'irruption d'ordres religieux spécialisés à vocation d'hospitalité et de soins aux malades ;
- le second, plus significatif, est la normalisation des statuts et de la règle de vie hospitalière.

► **XIV<sup>e</sup>-XV<sup>e</sup> SIÈCLES : DIFFICULTÉS ET DÉBUT DE LA MUNICIPALISATION.** Survient l'épidémie de peste de 1347 : la pauvreté et la maladie conduisent progressivement les municipalités, encouragées par les évêques, à accroître leur influence dans l'administration hospitalière.

► **L'HÔPITAL À LA FIN DU MOYEN ÂGE.** En définitive, le système hospitalier de la fin du Moyen Âge présente des hétérogénéités certaines, tempérées par la communauté de pensée, la mystique partagée par tous et un mode de vie identique à tous les pensionnaires :

- première hétérogénéité : dimension des hôpitaux ;
- deuxième hétérogénéité : la plus ou moins grande spécialisation des hôpitaux ;
- troisième hétérogénéité : les principes corporatifs.

► **L'HÔPITAL ET LA RENAISSANCE.** Le pouvoir royal s'approprie la question de l'assistance, désormais ôtée à l'Église. Plus profondément, la Renaissance voit se transformer l'image même de la pauvreté et de la mendicité.

Cette mutation du système hospitalier se caractérise par :

- la simplification de la carte hospitalière (rattachement des petits hôpitaux aux plus grands) ;
- l'élimination des pauvres des hôpitaux ;
- la création des hôpitaux militaires.

Enfin, à cette époque naît la volonté d'enfermer tous ceux qui menacent l'ordre social.

► **XVII<sup>e</sup>-XVIII<sup>e</sup> SIÈCLES : L'ÂGE CLASSIQUE.** Pendant un siècle et demi, de 1600 à 1740, va se mettre en place un dispositif hospitalier qui sera celui de la France jusqu'au XIX<sup>e</sup> siècle. L'âge classique est l'âge du « grand renfermement » et d'un double réseau hospitalier, celui des hôpitaux généraux et celui des hôtels-Dieu. À cette époque, on assiste au passage de l'ancienne tradition médiévale, encore vivace, de charité, à celle de bienfaisance.

► **DE LA RÉVOLUTION À 1941.** L'apport essentiel de la Révolution apparaît être le statut juridique de l'hôpital, établissement communal, et la transformation du devoir individuel de charité ou de bienfaisance en obligation collective d'assistance, embryon de la notion de service public : **transformation qui se trouve à l'origine de la vocation moderne des établissements hospitaliers.** Dans la perspective du statut de l'usager, l'évolution postérieure, au XIX<sup>e</sup> siècle et au début du XX<sup>e</sup> siècle, va dans le sens de l'ouverture progressive de l'hôpital à l'ensemble de la population. **En définitive**, l'élément essentiel, celui qui entraîne les mutations plus profondes du statut du malade, reste bien la philosophie dominante de l'époque, en même temps pourtant apparaît en contrepoint l'idéologie économique libérale.

Néanmoins, on peut dire qu'il y a continuité de fond entre la loi de 1838, qui impose aux départements la prise en charge dans les établissements spécialisés de leurs aliénés, l'ouverture des hôpitaux à l'ensemble de la population, la création des consultations externes et des services d'urgence et finalement, la loi du 31 décembre 1970 portant sur la création du service public hospitalier.

## Des droits de l'homme au droit à la santé

C'est une évidence, l'hôpital ne peut plus constituer, comme ce fut le cas il n'y a pas si longtemps, une zone franche, régie par des lois particulières et attribuant à ces pensionnaires un statut ambigu, à la fois protecteur et infériorisant.

► LA CONSTITUTION DE L'OMS (SIGNÉE LE 22 JUILLET 1946). Extrait : « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale. »

► LA DÉCLARATION UNIVERSELLE DES DROITS DE L'HOMME (10 DÉCEMBRE 1948). La protection du corps humain apparaît comme l'une des prérogatives essentielles de l'homme : droit à la vie, à la santé. Ce droit se prolonge même après la mort : droit de l'individu au respect de son cadavre.

---

La déclaration universelle des droits de l'homme affirme le droit à la vie et à la santé :

– art. 3 : « Tout individu a droit à la vie ... »

– art. 5 : « Nul ne sera soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. »

---

Ces textes impliquent le droit pour l'individu de protéger son corps contre toute atteinte, de ne le soumettre à un traitement, expertise ou investigation que s'il y consent.

► LE TRAITÉ DE ROME INSTITUANT LA COMMUNAUTÉ EUROPÉENNE DU 25 MARS 1957. « Art. 129C : La Communauté contribue à assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine en encourageant la coopération entre les États membres et, si nécessaire, en appuyant leur action.

L'action de la Communauté porte sur la prévention des maladies, et notamment des grands fléaux, y compris la toxicomanie, en favorisant la recherche sur leurs causes et leurs transmissions, ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé. »

► LE PACTE INTERNATIONAL RELATIF AUX DROITS CIVILS ET POLITIQUES (DÉCEMBRE 1966). « Art. 6 : le droit à la vie est inhérent à la personne humaine. Ce droit doit être protégé par la loi. Nul ne peut être arbitrairement privé de la vie. »

► LA CHARTE SOCIALE EUROPÉENNE (18 octobre 1961).

► LA CONVENTION EUROPÉENNE DE SAUVEGARDE DES DROITS DE L'HOMME ET DES LIBERTÉS FONDAMENTALES (4 novembre 1950).

► LE PRÉAMBULE DE LA CONSTITUTION DU 27 OCTOBRE 1946. Au lendemain de la victoire remportée par les peuples libres sur les régimes qui ont tenté d'asservir et de dégrader la personne humaine, le peuple français proclame à nouveau que tout être humain, sans restriction de race, de religion ni de croyance, possède des droits inaliénables et sacrés.

Le législateur a traduit sa volonté de protéger la personne qui devient un sujet de soins dans plusieurs textes.

## Citoyenneté et droit à la santé

### La protection de la santé et les soins

---

Le premier droit ou première nécessité de la personne malade est de pouvoir accéder aux soins. L'assurance maladie permet d'appliquer ce principe constitutionnel. L'obligation de soigner est une obligation déontologique des professions de santé.

On notera que le droit aux soins en établissement de santé est assorti, depuis l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, d'une obligation de qualité. Le droit aux soins est étroitement lié à certaines dispositions du nouveau code pénal (art. 223-6) réprimant l'omission de porter assistance à une personne en péril.

### Le droit au libre choix

---

Les malades ont d'une manière générale, en vertu d'un « principe fondamental de la législation sanitaire » le libre choix de leur praticien et de leur établissement de santé (art. L. 1110-8 CSP<sup>1</sup>). Cependant, des limitations peuvent toute-

1. CSP : Code de la santé publique.

fois être apportées à ce principe par les régimes de protection sociale, en considération :

- des capacités techniques des établissements;
- de leur mode de tarification;
- des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux.

Sous réserve des contraintes liées à l'organisation du service public, les patients peuvent invoquer le principe du libre choix du praticien au sein même du service hospitalier.

## Le respect de la dignité et des libertés individuelles

► **DÉONTOLOGIE.** Certaines obligations déontologiques des médecins et des autres professionnels de la santé ont pour but de protéger la dignité et l'intégrité de la personne hospitalisée (respect de la vie humaine même après la mort).

► **LES LIBERTÉS INDIVIDUELLES.** La loi n° 75-1329 du 31 décembre 1975 a protégé par une disposition spécifique ce droit du citoyen en ouvrant un régime de vote par procuration pour les personnes hospitalisées ou les personnes étant dans l'impossibilité de se déplacer.

« L'hospitalisation, qu'elle ait lieu ou non au sein d'un établissement de soins psychiatriques, ne peut par ailleurs en elle-même priver un malade de ses droits civiques. Une telle privation ne peut résulter que d'une décision judiciaire de protection (voir régime de la tutelle). »

## L'obligation d'informer

► **LE CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE,** dans sa nouvelle rédaction, met l'accent sur cette obligation d'informer (art. 35).

Ce principe a été repris dans la **charte du patient hospitalisé** (circulaire DHOS n°2006/90 du 2 mars 2006), que les intéressés doivent recevoir au moment de leur hospitalisation, ainsi que du livret d'accueil. De plus, cette charte doit être affichée au sein de l'hôpital, là où circulent et séjournent les malades (voir page 46).

Ces documents s'appliquent également aux établissements de santé privés, comme le prévoit l'**ordonnance du 24 avril 1996.**

« L'ordonnance vise à mieux organiser l'ensemble du dispositif de prise en charge hospitalier », en assurant « l'accès de tous les malades à des soins

dont la qualité et la sécurité doivent être préservées et améliorées dans le respect des objectifs qui seront désormais définis par le Parlement à la suite de la révision constitutionnelle adoptée en février 1996. De ce fait l'hôpital doit mettre l'accent sur les droits des patients. »

Les droits des patients passent par :

- la réponse à apporter aux usagers;
- la qualité des soins;
- le respect des convictions et des libertés individuelles.

Le Code de la santé publique s'est également enrichi de l'article L. 1112-2 qui rappelle que la « qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé ».

Notons que l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 a institué dans chaque établissement de santé public comme privé une commission de conciliation. Il s'agit d'une commission qui a pour but d'assister et d'orienter toutes les personnes qui s'estiment victimes d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement. Elle est tenue d'indiquer à ces personnes les voies de conciliation et de recours qui leur sont ouvertes (article L. 1112-3 du Code de la santé publique).

## L'information des malades

La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 consacre aussi le droit pour toute personne à être informée sur son état de santé. L'information touche des domaines aussi vastes que les différentes investigations, les traitements ou actions de prévention, leur utilité, leur urgence, leurs conséquences, leurs risques fréquents ou graves normalement prévisibles, les autres solutions, les conséquences prévisibles en cas de refus.

L'information doit être délivrée par les professionnels au cours d'un entretien individuel.

Jusqu'à présent, en cas de litige, il revenait au patient d'apporter la preuve que le médecin ne l'avait pas ou mal informé. La nouvelle législation prévoit qu'en cas de litige, la charge de la preuve revient au professionnel ou à l'établissement, et non au patient.

L'établissement de santé est également tenu de laisser à disposition des patients hospitalisés un règlement intérieur et ceci par voie réglementaire (art. L. 6143-1 du CSP).

La qualité, le contenu et la forme de l'information délivrée par le praticien au malade sur son état de santé ont été précisés par la jurisprudence; de plus l'information n'est pas subordonnée à un écrit.

### L'accès au dossier médical

Jusqu'à présent, d'après la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, pour avoir accès à son dossier médical, un patient devait passer obligatoirement par un médecin.

Dans ce domaine, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades représente une avancée majeure, puisque désormais, toute personne peut accéder à ce dossier directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne (décret 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles de santé).

### Le consentement aux soins

Le principe du consentement libre et éclairé du patient aux soins qui lui sont proposés irrigue tout le droit de la santé sauf dans les hypothèses « d'obligation à la santé » (vaccinations obligatoires...). Telle est la philosophie des principes posés en ce domaine tant par le législateur que par la jurisprudence.

Ce principe est pour le médecin une obligation déontologique : « la volonté du malade doit toujours être respectée dans la mesure du possible (art. 7 du CDM), même lorsqu'elle va jusqu'au refus d'être soigné. Un tel refus ne peut concerner que l'individu lui-même. »

La jurisprudence veille strictement au consentement libre et éclairé du malade aux soins, après qu'il a reçu une information aussi précise que le permettent ses capacités et son état, sur le traitement proposé et ses risques non exceptionnels (sauf en cas d'urgence ou d'incapacité du patient).

La loi n° 90-527 du 27 juin 1990<sup>1</sup>, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, fait obstacle à ces principes, cependant il convient de distinguer: l'hospitalisation sur demande d'un tiers, qui est précisée par l'art. L. 3212-1 du CSP.

1. Le détail de cette loi et son analyse sont présentés dans le Nouveau Cahier de l'Infirmière n° 13 : Soins infirmiers aux adolescents et aux adultes atteints de troubles psychiatriques, de Q. Debray, Masson, 3<sup>e</sup> édition, Paris, 2002.

Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être hospitalisée sans son consentement à la demande d'un tiers que si :

- ses troubles mentaux rendent impossible son consentement;
- son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier. L'urgence et l'incapacité sont soulignées dans ce cas. À cela vient s'ajouter le consentement spécifique pour certains actes, il s'agit :
- de la recherche biomédicale;
- du traitement des données nominatives;
- de l'utilisation et du don des produits du corps humain;
- du dépistage du VIH.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades confirme la nécessité de recueillir le consentement libre et éclairé du patient pour tout acte médical et tout traitement. Si la personne n'est pas en état d'exprimer sa volonté, en règle générale, aucun acte ne peut être réalisé sans qu'une personne désignée par écrit par le patient (proche parent, médecin traitant) n'ait été consultée.

## Le patient hospitalisé

### Le patient hospitalisé en établissement de santé public

Les patients, admis au sein d'un établissement public de santé afin d'y être soignés (soit comme consultants, soit hospitalisés), le sont en tant qu'**usagers du service public**.

Cette notion signifie que la situation du malade n'est pas régie par des dispositions arrêtées librement et conjointement mais qu'elle résulte de droits et d'obligations définis par voie réglementaire.

Le patient hospitalisé en établissement de santé public relève sauf exception d'un régime de **droit public**.

► **L'ADMISSION.** Elle est prononcée par le directeur sur l'avis d'un médecin ou d'un interne de l'hôpital. Il s'agit donc d'une **décision administrative**.

L'admission en établissement de santé est ouverte à toutes les personnes dont l'état le requiert :

- de jour comme de nuit;
- en urgence ou non;

## CHARTRE DU PATIENT HOSPITALISÉ, CE QUI CHANGE

D'une part cette charte a été rédigée en fonction des évolutions législatives concernant les malades et, ce depuis 1995.

D'autre part, elle est dans la stricte lignée de la loi du 2 mars 2004 relative aux droits du malade.

- **Point I** – reprend les principes précédents et, met l'accent sur la notion de personnes sans couverture sociale
- **Point II** – reprend les principes précédents et, met l'accent sur la dignité de la vie et sur la fin de vie.
- **Point III** – reprend les principes précédents et, met l'accent sur la loyauté de l'information et sur le fait que le malade puisse choisir une personne de confiance
- **Point IV** – reprend les principes précédents et, met l'accent sur la notion de refus de traitement médical
- **Point V** – reprend les principes précédents à l'identique
- **Point VI** – énonce les principes généraux pour les patients sur lesquels des recherches biomédicales seraient proposées;
- **Point VII** – reprend les principes de la charte de 1995 – point 6.
- **Point VIII** – reprend les principes de la charte de 1995 – point 7 et met un point précis sur la notion « d'être traité avec égards ».
- **Point IX** – reprend les principes de la charte de 1995 – point 8 et met un point précis sur les informations, administratives, médicales et sociales concernant le malade.
- **Point X** – reprend les principes de la charte de 1995 – point 9 et met un point précis l'accès aux informations de santé par les ayants droit.
- **Point XI** – la charte de 1995 donnait peu de précisions sur les voies de recours. Dans la charte de 2006, il est stipulé que toute personne doit être entendue par un responsable de l'établissement.



# Usagers, vos droits

## Charte de la personne hospitalisée

Principes généraux Document d'information et d'orientation des patients et des personnes hospitalisées et concernant les droits de la personne hospitalisée



**1** Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est accessible à tous, en particulier aux personnes âgées et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale, il est adapté aux personnes handicapées.



**2** Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



**3** L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.



**4** Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne vulnérable peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.



**5** Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de prélèvement.



**6** Une personne à qui il est proposé de participer à une recherche biomédicale est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. Son accord est donné par écrit. Son refus n'a pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle reçoit.



**7** La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, quitter à tout moment l'établissement après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.



**8** La personne hospitalisée est traitée avec dignité. Ses exigences sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.



**9** Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.



**10** La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.



**11** La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du droit d'être entendue par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estime avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

© 2006 - Santé Publique France

\* Le document imprimé de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :

[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

- 7 jours sur 7 ;
- pour ressortissants français ou étrangers.

► **LES MODALITÉS DE SÉJOUR**

- Les sorties peuvent être provisoires, c'est-à-dire sous forme de permission ne pouvant excéder 48 heures.
- Les patients hospitalisés ont droit à l'exercice de leur culte.
- Les patients doivent pouvoir avoir des visites.
- Le régime peut être particulier ou commun.

► **LES MODALITÉS DE SORTIE.** La sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin chef de service. Toutefois, à l'exception du mineur et de la personne hospitalisée sous contrainte dans un établissement ou un service de soins psychiatriques, le malade peut quitter à tout moment l'établissement. Dans ce cas, il est tenu de sortir contre avis médical et de signer un document constatant son refus.

► **ACTIVITÉS LIBÉRALES ET HOSPITALISATION PUBLIQUE.** Dans ce cas, le patient se trouve dans une situation particulière, puisqu'il est à la fois usager pour la prise en charge hôtelière et paramédicale et placé en position contractuelle avec un médecin exerçant à titre libéral.

## **Le patient hospitalisé en établissement de santé privé**

En cas d'hospitalisation dans un établissement de santé privé où les médecins exercent à titre libéral, le patient est lié par un double contrat :

- un contrat médical (civil) ;
- un contrat hospitalier (civil ou commercial).

La participation d'un établissement privé au service public hospitalier ne remet pas en cause la situation contractuelle. Elle ne confère à l'établissement aucune prérogative de puissance publique.

## **Indemnisation, réparation des risques sanitaires**

À noter, dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, une mesure forte du texte qui crée un droit à indemnisation des accidents médicaux graves sans faute.

En pratique :

- **Création d'une Commission nationale d'indemnisation des accidents médicaux, des affec-**

tions iatrogènes (liées aux traitements et aux médicaments) et des infections nosocomiales.

- **Création d'un Comité national des accidents médicaux** (qui réorganise l'expertise médicale).

- **Obligation de déclaration, par les professionnels, des accidents médicaux** ayant une certaine gravité et d'information sur les risques consécutifs aux soins.

- **Institution d'un défenseur des droits des malades**, placé auprès du ministère de la Santé : ce médiateur bénévole pourra être consulté par tout patient.

## **La représentation des usagers**

Depuis l'intervention de l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, les usagers sont représentés au sein du conseil d'administration des établissements publics de santé.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades renforce le rôle des usagers. En effet, pour favoriser leur expression et leur participation au fonctionnement du système de santé, cette loi prévoit que des **commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge** soient instaurées dans les établissements de santé. Le but de ces commissions est de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de l'accueil et de la prise en charge. Les commissions auront un rôle consultatif et seront informées de l'ensemble des plaintes et réclamations formées par les usagers ainsi que des suites qui leur sont données.

## **Vie privée, confidentialité et protection du patient hospitalisé**

Tout patient hospitalisé a le droit au respect de sa vie privée comme le prévoit l'article 9 du code civil et la Convention européenne des droits de l'homme. La charte du patient hospitalisé du 2 mars 2006 a le mérite de formaliser pour la première fois un principe essentiel.

Le personnel hospitalier est tenu au secret professionnel défini par les articles 226-13 et 226-14 du Code pénal et à la discrétion professionnelle définie par l'article 26 de la loi n° 83-634 du

13 juillet 1983 modifiée, relative aux droits et obligations des fonctionnaires.

La jurisprudence a appliqué la notion de domicile privé à certaines parties de l'établissement (**chambre notamment, bloc opératoire, consultations**).

## Droit de l'image

Fondé sur l'article 9 du Code civil (respect de la vie privée) et les articles 226-1 du Code pénal (intimité de la vie privée), ainsi que sur l'article 8 de la Convention des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

## Respect de l'anonymat

Le patient peut demander que son identité ne soit pas révélée à des tiers, à l'exception des mineurs. Mais cependant, son identité est toujours connue des services hospitaliers.

En revanche, deux cas d'anonymat sont prévus par la loi :

- l'accouchement sous X (art. 57 du Code civil);
- la toxicomanie (art. L. 3414-1 du CSP).

## Chez le mineur

► **HOSPITALISATION** (décret n° 74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux). **L'admission se fait à la demande :**

- du père, de la mère, du tuteur légal ou de l'autorité judiciaire,
- du directeur d'établissement où est placé le mineur dans le cas de l'assistance éducative à l'enfance;
- de l'aide sociale si le mineur relève de celle-ci et si les parents ne peuvent être joints.

► **ACTES MÉDICAUX.** Le mineur doit être conscient du traitement qu'il va recevoir et son consentement doit être recherché (Art. L. 1111-4 du CSP), y compris dans les actes et activités suivantes :

- prélèvement d'organes;
- don du sang;
- recherche biomédicale;
- IVG.

► **CAPACITÉ JURIDIQUE.** Le mineur ne possédant pas la capacité juridique, il revient aux parents ou au représentant légal d'être informés et de consentir aux actes nécessaires. L'article 28 du décret du 14 janvier 1974 traite le cas de l'intervention chirurgicale. Une autorisation écrite est obligatoire.

Le médecin est aussi défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt est mal compris ou mal préservé par son entourage. Il est également admis que, s'il y a urgence, le médecin peut et doit intervenir sans l'intervention de quiconque (art. 42 du CDM).

## Chez le majeur incapable

Cette hospitalisation pose trois questions :

- le patient ne dispose pas de toutes ses capacités mentales;
- le traitement s'avère impératif;
- l'hospitalisation est faite sans son consentement.

La loi du 3 janvier 1968, qui constitue les articles 488 à 514 du Code civil, traite des règles relatives à la protection juridique des personnes dont les facultés mentales ou corporelles sont altérées. Cette loi s'applique à tous les sujets qui, pour une raison de maladie, sont dans l'incapacité de gérer leurs biens.

Elle organise trois types de protection :

- la sauvegarde de justice;
- la tutelle;
- la curatelle.

Toutes ces notions nous renvoient à la notion d'hospitalisation sans consentement du patient déjà abordée page 70.

## La souffrance et la mort à l'hôpital

### Lutte contre la douleur et soins palliatifs

Le médecin doit en toutes circonstances s'efforcer de soulager la souffrance du son patient, l'assister moralement et éviter toute thérapeutique déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique (art. 37 du CDM). Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer

par des soins et mesures appropriées la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage (art. 38 du CDM).

### La lutte contre la douleur

À cet égard de nombreux textes sont venus souligner la prise en charge de la douleur en y précisant des contours et les moyens mis en œuvre.

La lutte contre la douleur est un droit fondamental reconnu pour tous par la loi du 4 mars 2002.

Des programmes nationaux de lutte contre la douleur ont déjà été mis en place.

Actuellement le plan 2006-2010 prévoit et renforce entre autre :

- la notion d'engagement des pouvoirs publics en matière de lutte contre la douleur;
- la meilleure prise en charge en matière de lutte contre la douleur auprès des personnes les plus vulnérables (enfants, personnes âgées, handicapés);
- l'amélioration des modalités de traitements...

De plus, l'article L.1110-5 du code de la santé publique prévoit que :

*Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.*

*Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assister à chacun une vie digne jusqu'à la mort.....*

Dans ce plan sont prévus des points forts, tels que :

- le contrat d'engagement entre l'établissement de santé et le patient;

- la brochure d'information pour les enfants;
- le guide d'orientation organise la lutte contre la douleur dans les établissements de santé.

**Vous pourrez télécharger ces brochures sur le site :**  
[http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/prog\\_douleur/](http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/prog_douleur/)

### Les soins palliatifs

La loi n° 99-477 du 9 juin 1999 vise à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs et la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades en fin de vie dresse le cadre réglementaire des soins palliatifs. Notamment la loi de 2005 insiste sur les points essentiels suivants :

- les actes ne devant pas être poursuivis par une obstination déraisonnable;
- la possibilité d'une personne majeure de rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté;

- la liberté qu'à une personne en phase avancée ou terminale de décider de limiter ou d'arrêter son traitement.

Source : [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

---

#### Pour en savoir plus :

- La société française d'accompagnement et de soins palliatifs : [www.sfap.org](http://www.sfap.org)
  - Le site francophone des soins palliatifs : [www.palliatif.org](http://www.palliatif.org)
  - Le site du centre de ressources François Xavier Bagnoud : [www.cdrnfb.org](http://www.cdrnfb.org)
  - Le site de dialogpalliatif : [www.dialogpalliatif.org](http://www.dialogpalliatif.org)
- 

La loi n° 99-477 du 9 juin 1999 vise à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs (parue dans le JO n° 132 du 10 juin 1999, p. 8487).

Selon l'article L-1112 du CSP, la prise en charge de la douleur constitue une mission du tout EPS. Afin de répondre à cette obligation certains EPS ont mis en place un Comité Lutte contre la douleur.

### Le décès à l'hôpital

---

L'établissement de santé doit garantir le respect dû aux morts et à l'intégrité du cadavre (art. 225-17 du Code pénal); le respect dû à la personne décédée est également une obligation déontologique.

Le patient hospitalisé en danger de mort peut, soit à sa demande, soit à celle de sa famille, être transféré à son domicile.

### Euthanasie

L'euthanasie pose le problème des droits du mourant. Il s'agit d'entourer celui qui va mourir pour que sa mort ne passe pas inaperçue. Le mourant a droit aux « soins appropriés » ou aux « soins proportionnés aux besoins thérapeutiques ».

La notion de « soins proportionnés » est inscrite dans la déclaration de Tokyo : « lors du traitement du malade, le médecin devra peser davantage les risques et les inconvénients potentiels d'un traitement et s'il est besoin le personnel soignant pourra proposer un traitement expérimental mais estimé porteur de meilleure chance que les traitements usuels. » Or la situation du mourant est une existence comportant des risques au 1<sup>er</sup> degré. Les traitements dangereux deviennent licites s'ils offrent des chances honnêtes de mieux-être. Cependant il



existe une limite, celle de la théorie de l'acte à double effet : « soulager la douleur en abrégant la vie ou abrégant la vie pour soulager la douleur. » À partir de ce constat, deux questions se posent : quel traitement est-on obligé d'offrir au mourant et quels soins le mourant est-il obligé de subir ?

► **TRAITEMENT AU MOURANT.** L'art. 38 du Code de déontologie médicale dit que « le médecin doit apporter assistance au malade, même si celle-ci ne constitue pas un secours efficace. » Les tribunaux laissent au médecin le soin d'apprécier ce qui est utile et urgent. Se pose alors le problème de l'acharnement thérapeutique dû à la pression de la famille, à la volonté expérimentale du médecin face à cette délicate question : faut-il abandonner un moribond ou faire place à une assistance efficace face à ce moribond ? Quelles limites peut-on poser à l'assistance médicale ?

La loi ne peut pas fixer une limite par rapport à celui qui va mourir. Ici le législateur ne peut intervenir, c'est-à-dire dire d'une manière générale de s'arrêter ici ou là.

► **SOINS POUR LE MOURANT.** Il s'agit ici du « refus de la mort précipitée ». Cependant il peut s'agir de la « mort imposée ». Exemple : une erreur de diagnostic peut conduire à la mort imposée.

► **RÉFLEXION.** La question de l'euthanasie avait été posée au XVI<sup>e</sup> siècle par Francis Bacon en tant que faculté de mettre fin à la vie de ceux qui sont frappés de maladie à évolution fatale et torturés par des douleurs physiques dont les moyens thérapeutiques sont impuissants à utiliser parce que jugés intolérables. On peut ôter la douleur sans ôter la conscience du malade. Il y a le droit pour la personne de mourir dans la dignité. Car mieux vaut la mort que l'avitilissement de la personne. Face à l'euthanasie, en France on considère que l'acte du médecin qui donne la mort est un acte d'homicide volontaire (art. 221-1 du Code pénal). Cette interdiction est requise dans le Code de déontologie où le médecin ne doit pas rechercher la mort. Depuis, il est utilisé la notion d'« état de nécessité » pour acquitter le personnel médical qui utilise l'euthanasie active.

► **POSITIONS DES AUTRES PAYS À PROPOS DE L'EUTHANASIE**

• **La législation irlandaise** ne connaît pas le droit de mourir. D'ailleurs le suicide y est considéré comme un meurtre contre soi-même.

• **En Italie,** les législations sont permises. Exemple : l'art. 579 du Code pénal italien prévoit que l'accomplissement de la part du médecin d'un acte quelconque visant à provoquer la mort d'une personne même consentante est considéré comme un homicide de la personne consentante et de ce fait les peines sont inférieures aux homicides volontaires. Le médecin doit démontrer que la maladie dont souffrait le malade lui a laissé le soin de choisir.

• **Aux Pays-Bas et en Belgique.** Après 15 ans de débats et de jurisprudence, le 10 avril 2001, les Pays-Bas sont le premier pays européen à légaliser l'euthanasie. La loi relative à l'euthanasie a été adoptée le 16 mai 2002 par le parlement fédéral belge. La loi belge a été adoptée après que les Pays-Bas aient pris les devants sur cette question controversée.

Malgré leurs points communs, les lois belge et néerlandaise comportent pourtant de grandes différences. La plus importante concerne le Code pénal. Alors que les Belges ont choisi de ne pas y toucher, les Hollandais ont décidé de le modifier en conséquence.

L'article 20 du Code hollandais précise dorénavant que l'euthanasie est un crime punissable d'au plus 12 ans d'emprisonnement, à moins qu'il ne soit pratiqué par un médecin dans les conditions strictement définies par la loi.

Aux Pays-Bas comme en Belgique, il est aujourd'hui légal de mettre fin à la vie d'un patient qui le demande expressément. Malgré certaines différences, les deux lois encadrent sévèrement cette pratique. Il faut notamment que la demande soit volontaire et mûrement réfléchie. Il faut aussi qu'elle résulte de la conviction que les souffrances du patient sont insupportables et sans perspectives d'amélioration.

• **Aux États-Unis,** on pratique le testament biologique ou testament de vie qui atteste le désir de la personne de ne pas voir sa vie se prolonger par des artifices, alors que cet espoir de vie est abandonné. Cet acte est établi en présence de deux témoins et doit être renouvelé tous les 5 ans. Une association américaine (Hemlock) a obtenu des 36 États des États-Unis que cette déclaration soit légale. L'État de Californie est le premier à avoir légiféré en la matière.

• **En Angleterre.** La pratique de l'euthanasie est prohibée, mais la justice admet qu'un malade incurable a le droit de ne plus accepter de soins

• **En Allemagne.** L'euthanasie est prohibée, mais depuis déjà quelques années, la justice admet qu'un

malade incurable a le droit de ne plus accepter de soins comme tel est le cas en Angleterre.

◆ **En Suisse.** Si l'euthanasie dite active est illégale, « l'aide au suicide » reste autorisée à condition qu'un médecin accompagne cet acte.

Par contre, l'aide au suicide n'est pas autorisée dans toute la Suisse, seulement dans certains cantons.

◆ **Au Danemark.** Au Danemark, le malade peut décider de lui-même l'arrêt des traitements. Ceci est limité car la prise en compte de l'euthanasie s'arrête au malade conscient.

◆ **En Espagne.** L'euthanasie n'est toujours pas admise, mais le suicide assisté reste admis. Cependant il existe des disparités régionales, certaines régions reconnaissent des droits aux malades en fin de vie et, d'autres non. La Catalogne a été la première région à légiférer sur les droits des patients en fin de vie.

#### ● Conclusion

Nous constatons des disparités qui, peu à peu vont se niveler grâce à des directives européennes afin d'être en harmonie avec les pratiques médicales et, surtout avec le droit de mourir dans la dignité et en évitant de mourir dans d'atroces souffrances physiques et psychologiques.

Néanmoins, mis à part la Belgique et la Hollande qui ont légiféré dans ce domaine, il demeure un dénominateur commun qui est pour le malade incurable : de pouvoir refuser des soins.

Malgré des directives précises et des actes légiférant le droit de mourir dans la dignité il persiste encore des croyances et des valeurs fortes considérant que la mort doit être vécue : mais la question se pose jusqu'où et dans quelles conditions ?

## La bioéthique et ses activités

Les principes énoncés par la loi 2004-800 du 6 août 2004 relative au respect du corps humain sont inscrits dans le Code civil français :

- la primauté de la personne ;
- le respect du corps ;
- l'intégrité de l'espèce humaine ;
- l'indisponibilité du corps humain ;
- la nullité de la maternité de substitution ;
- l'anonymat.

Ces principes sont d'ordre public et s'imposent à tous les citoyens.

De plus, la loi du 2004-800 du 6 août 2004 crée une série d'infractions pénales en matière de bioéthique (titre I du livret V du Nouveau Code pénal).

Les infractions en matières d'éthique biomédicale se divisent en quatre parties :

- la protection de l'espèce humaine ;
- la protection du corps humain ;
- la protection de l'embryon humain ;
- le régime de répression des infractions qui sont des délits, sauf l'eugénisme réprimé d'une peine criminelle.

## Recherche biomédicale

La loi définit les conditions de la réalisation des recherches biomédicales en France.

Elle prévoit les responsabilités pénale et civile, qui désormais s'appliquent à tous ceux qui sont impliqués dans une recherche sur l'être humain sain ou malade.

C'est en 1988, que la loi du 20 décembre « dite loi Huriet » est venue cadrer la recherche clinique. Cette loi a été le premier dispositif cadrant la recherche en France.

Cette loi affichait trois objectifs :

- protéger les personnes qui se prêtent à la recherche ;
- protéger les auteurs de la recherche ;
- permettre le maintien de l'expérimentation en France.

Nul ne peut mettre en œuvre une recherche biomédicale sans autorisation de l'autorité compétente.

Depuis sa promulgation de nombreux textes sont venus enrichir les pratiques et les débats.

La loi du 88-1138 du 20 décembre 1988 dite loi Huriet a été révisée dans la loi de santé publique du 9 août 2004 afin d'intégrer celle-ci dans le cadre des directives européennes, mais aussi face aux évolutions de la science et de la médecine.

De plus, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade est venue renforcer ce dispositif.

### **Ce qui révisé et renforce la loi**

Dans ces principes généraux, la loi du 9 août 2004 **intégrée au code de la santé publique** – article L.1121-1 du CSP, définit les conditions, mais cependant :

- ◆ Elle exclut les recherches visant à évaluer les soins courants et tous les actes et les produits uti-

lisés de façon habituelle (ces soins n'étant pas définis).

- La personne physique et morale qui prend l'initiative de la recherche et notamment devient promoteur.
- Elle précise également, que celui-ci ou son représentant légal doit être établi dans la CE.
- Des précisions sur l'emploi des produits cosmétiques (notamment tracabilité du produit utilisé – article L.5131-4 et 5-6-7 du CSP)
- Le rôle de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) qui s'est vue confié selon l'article L.5311-1 du CSP : « L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé est un établissement public de l'État, placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. L'agence participe à l'application des lois et règlements et prend, dans les cas prévus par des dispositions particulières, des décisions relatives à l'évaluation, aux essais, à la fabrication, à la préparation, à l'importation, à l'exportation, à la distribution en gros, au conditionnement, à la conservation, à l'exploitation, à la mise sur le marché, à la publicité, à la mise en service ou à l'utilisation des produits à finalité sanitaire destinés à l'homme et des produits à finalité cosmétique, et notamment..... » ([www.legifrance.fr](http://www.legifrance.fr) – Code de la santé publique).
- La recherche doit prendre en compte la notion de bénéfice/risque pour la personne qui se prête à la recherche.

## Définition de la recherche biomédicale sur l'homme

Selon l'article L.1121-14 du CSP, la recherche biomédicale n'exclut pas les personnes décédés ou en état de mort cérébrale, à condition que leur consentement ait été exprimé et recueilli de leur vivant ou par le témoignage des familles.

**Selon l'Article R.1121-1** (Décret n° 2006-477 du 26 avril 2006 art. 1 Journal Officiel du 27 avril 2006) : *Les recherches biomédicales portant sur un médicament sont entendues comme tout essai clinique d'un ou plusieurs médicaments visant à déterminer ou à confirmer leurs effets cliniques, pharmacologiques et les autres effets pharmacodynamiques ou à mettre en évidence tout effet indésirable, ou à en étudier l'absorption, la distribution, le métabolisme et l'élimination, dans le but de s'assurer de leur innocuité ou de leur efficacité.*

*Les recherches biomédicales portant sur un dispositif médical sont entendues comme tout essai clinique ou investigation clinique d'un ou plusieurs dispositifs médicaux visant à déterminer ou à confirmer leurs performances ou à mettre en évidence leurs effets indésirables et à évaluer si ceux-ci constituent des risques au regard des performances assignées au dispositif.*

### Deux points à retenir

La distinction en recherche portant sur un médicament et la recherche sur un dispositif médical (appareil de dialyse ou respirateur artificiel par exemple).

### La recherche s'applique à trois domaines :

- L'homme.
- Les éléments et produits du corps humain.
- Les données cliniques du patient.

## Catégories de recherche médicale

Il en existe deux types :

- Celle avec un bénéfice direct pour la personne (expérimentation d'une nouvelle molécule en double aveugle – anti-douleur – anti cancéreux).
- Celle sans bénéfice indirect pour la personne (dispositif médical nouveau, étude du sommeil... Ces expériences peuvent être indemnisées par le promoteur.

## Le promoteur

Il peut être une personne physique ou morale, un établissement de soins public ou privé. Plusieurs partenaires peuvent s'associer (établissement de soins, industriels de la santé). Le promoteur prend l'initiative de la recherche. Les expériences sont menées sous la direction d'un médecin expérimenté et dans des conditions matérielles rigoureuses et sécuritaires.

## La personne qui se prête à la recherche

Depuis 2004, les règles des consentements ont évolué :

- la notion de représentant légal intervient ainsi que la personne de confiance ;

– des alternatives médicales possibles, les risques, le patient a le droit d'être informé des résultats globaux de la recherche.

Elle peut être malade ou saine. Son consentement éclairé est requis avant toute investigation de recherche, afin de la protéger de toute expérimentation menée sur elle à son insu. La personne doit être informée de/des :

- l'objectif de la recherche;
- la méthodologie;
- la durée;
- bénéfices attendus;
- contraintes prévisibles y compris en cas d'arrêt de la recherche;
- l'avis du Comité consultatif de protection (il est garant indépendamment de la protection de personne en matière de recherche) dans la recherche biomédicale;
- dans le cas d'une recherche sans bénéfice individuel direct, son inscription dans le fichier national est établie et gérée par le ministère de la Santé.

La loi précise les formes selon lesquelles la personne ainsi informée doit consentir. Il s'agit d'un consentement personnel et préalable à la recherche. Il doit être libre, éclairé et exprès. Il doit être donné par écrit ou sinon attesté par un tiers. Il existe des personnes spécialement protégées. Ce sont :

- le mineur;
- le majeur protégé par la loi;
- la personne séjournant au sein d'un établissement sanitaire ou social;
- la personne privée de liberté (détenus, toxicomanes en cure de désintoxication);
- la femme enceinte, parturiente ou qui allaite;
- les malades ayant une injonction thérapeutique en raison de leurs troubles mentaux;
- aucune recherche possible sur une personne en sauvegarde de justice.

## Exemples et pistes de réflexion

Les expérimentations pratiquées sur l'être humain en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales doivent être soumises à un **protocole rigoureux** respectueux des droits de l'homme. Tel est l'objet de cette étude.

Selon les recommandations du comité des ministres du **Conseil de l'Europe** du 6 février 1990,

« la personne qui se prête à la recherche médicale doit être informée de l'**objectif de cette recherche** et de la **méthodologie de l'expérimentation**.

Elle doit aussi être informée des **risques prévisibles** et des inconvénients qu'elle encourt du fait de la recherche proposée. Cette information doit être suffisamment claire, et être adaptée de façon à permettre de donner ou de refuser le **consentement en pleine connaissance de cause**. »

► **RETENONS LE TERME DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ.** Il s'agit d'informer la personne dont le consentement est sollicité de son droit de refuser de participer à une recherche ou de retirer à tout moment son consentement.

**Le consentement éclairé dans de la recherche biomédicale est donné par écrit ou, en cas d'impossibilité, attesté par un tiers.** Ce dernier doit être totalement indépendant de l'investigateur et du promoteur. En cas de recherches biomédicales dans des situations d'urgence qui ne permettent pas de recueillir le consentement préalable de la personne, seul le comité consultatif de protection des personnes dans la recherche biomédicale peut prévoir que le consentement de cette personne ne sera pas recherché et que seul sera sollicité celui de ses proches s'ils sont présents. L'intéressé sera informé dès que possible et son consentement lui sera demandé pour la poursuite de cette recherche.

Par ailleurs un incapable juridique ne peut faire l'objet d'une recherche médicale sauf s'il peut en attendre un bénéfice direct significatif pour sa santé. Les femmes allaitant, les personnes privées de liberté ne peuvent faire l'objet d'une recherche biomédicale.

Les recherches médicales doivent être conduites sous la **responsabilité d'un médecin** ou d'une personne exerçant la pleine responsabilité clinique et disposant des connaissances et des qualifications appropriées permettant de faire face à toutes éventualités cliniques.

► **LES RECHERCHES BIOMÉDICALES SANS BÉNÉFICE DIRECT** doivent être précédées d'un examen médical des personnes concernées. Les résultats de ces examens leur sont communiqués par le médecin de leur choix. Elles ne doivent comporter aucun risque prévisible sérieux pour la santé des personnes qui s'y prêtent. Nul ne peut se prêter simultanément à plusieurs recherches biomédicales.

Les personnes susceptibles de faire l'objet de recherche médicale ne doivent pas être incitées à s'y soumettre d'une manière qui compromette leur

Hidden page

Hidden page

Hidden page

contenues au sein du Code de la santé publique, il s'agit des :

- ◆ Articles L.2211-1 à 2212-2 – principes généraux.
- ◆ Articles L.2212-1 à 2212-11 – interruption pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse.
- ◆ Articles L.2214-3 à 2213-3 – interruption pour raisons médicales.
- ◆ Articles L.2222-1 à 2222-4 – interruption illégale de grossesse.
- ◆ Articles L.2223-1 à 2223-2 – entrave à l'interruption légale de grossesse.

### Des explications concrètes

► EN FRANCE, il y a un délai légal pour la pratique de l'IVG : l'IVG peut avoir lieu avant la fin de la douzième semaine de grossesse, soit à 14 semaines d'aménorrhée, donc avant la fin de la quatorzième semaine.

► LE DEMANDEUR :

En vertu de l'article L. 2212-1, c'est la femme qui en est la demandeuse.

L'article nous précise : *La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse (Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 art. 1 art. 2 Journal Officiel du 7 juillet 2001).*

- ◆ Dans le cas des femmes mineures, c'est aussi à la mineure de faire la demande d'IVG et cela en dehors de la présence d'un tiers.

Le consentement des parents ou du tuteur légal doit être recherché, consigné par écrit et remis au médecin.

Toutefois, la mineure peut refuser d'informer de sa grossesse, ses parents ou son tuteur légal.

Nul ne peut obliger une mineure à avorter et nul ne peut empêcher une mineure d'avorter sous peine de sanctions pénales.

- ◆ Dans le cas de consentement impossible à obtenir, la mineure doit se faire représenter par la personne majeure de son choix.

► LE PRATICIEN

- ◆ Il doit forcément être **médecin** (les sages-femmes et les auxiliaires médicaux ne sont pas habilités à pratiquer des IVG).

- ◆ Il est en droit de ne pas effectuer une IVG, mais dans ce cas, il doit informer sans délais, l'intéressée de

son refus et lui communiquer immédiatement le nom des praticiens susceptibles de réaliser cette intervention... article 2212-8 du CSP.

- ◆ Il doit informer dès la première visite des méthodes médicales et chirurgicales d'IVG, des risques et des effets secondaires potentiels.

- ◆ Le choix de la méthode dépend du nombre de semaines d'aménorrhée et du choix de la femme :

- Jusqu'à 14 semaines après le début des règles, la méthode est chirurgicale et, pratiquée obligatoirement dans un établissement de santé.

- Jusqu'à 7 semaines après le début des règles, la méthode peut être médicale et, pratiquée soit au cabinet du médecin, soit en établissement de santé.

### Où pratique-t-on des IVG ?

- ◆ Les IVG chirurgicales peuvent être pratiquées que dans des établissements de santé.

- ◆ Les IVG médicales peuvent être pratiquées, soit au cabinet du médecin, soit dans un établissement de santé.

- ◆ Elle ne peut avoir lieu pour la méthode chirurgicale, que dans un établissement de santé privé ou public.

- ◆ Un établissement de santé privé peut refuser de pratiquer une IVG.

### Les visites médicales préalables avant l'IVG

► DEUX CONSULTATIONS OBLIGATOIRES chez le médecin sont prévues par la loi :

- ◆ **La première**, initiant la procédure d'IVG, c'est à cette occasion que la femme reçoit oralement les différentes informations sur l'IVG (techniques, risques...), à l'issue de cette première consultation une attestation de consultation est remise à la femme.

- ◆ Lors de cette première consultation, il doit être systématiquement proposé une **consultation psycho-sociale** obligatoire pour les mineures.

- ◆ **La seconde**, doit avoir au moins une semaine après la première visite, sauf en cas de délai tardif, celle-ci peut être réduite à 48 heures. C'est à l'occasion de cette 2<sup>e</sup> consultation que la femme remet par écrit, au médecin, sa confirmation écrite d'IVG et son consentement.

Lors de la première consultation pré-IVG, le médecin doit remettre à la femme un dossier-guide rappelant la loi, la liste et les organismes pratiquant des IVG.



**Pour en savoir plus :**

Dossier « Interruption de grossesse » sur [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

**La naissance sous X**

Depuis 2002, un enfant a le droit de connaître ses origines biologiques. Cette loi n'est pas une entrave à l'accouchement sous X tel que le prévoit l'article 341-1 du code civil.

Deux droits sont respectés, celui de ne pas reconnaître son enfant et celui de connaître ses origines.

La loi 2002-93 du 22 janvier 2002 relative à l'accès aux origines des personnes adoptées et pupille de l'état – article 2, permet la réversibilité de la naissance sous X.

« Toute femme qui demande, lors de son accouchement, la préservation du secret de son admission et de son identité par un établissement de santé est informée des conséquences juridiques de cette demande et de

l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire...

## ► LA LOI PRÉVOIT :

• Qu'après acceptation, la femme, peut laisser des informations sur sa santé et celle du père ainsi que les origines de son enfant.

• Qu'en outre, la femme peut révéler son identité sous pli fermé (enveloppe).

• Que cette levée de secret peut être effectuée à tout moment.

• Que les renseignements fournis lors de la naissance peuvent être modifiés à tout moment.

• Que les informations concernant les prénoms de l'enfant, son sexe, la date le lieu et l'heure de naissance sont fournies à l'extérieur de l'enveloppe.

Cette enveloppe est gardée par la direction de la maternité ou de l'hôpital.

La femme dispose d'un délai de deux mois pour revenir sur sa décision de renoncer à reconnaître son enfant.

**TRAVAUX DIRIGÉS****Que penser des tests de prédisposition génétique ?**

Aujourd'hui, le marché des tests ADN est en plein essor. Des entreprises américaines mettent sur le marché des tests sensés prévoir vos prédispositions à l'obésité, au cholestérol, au diabète... et vous vendent des conseils nutritionnels après analyse des résultats.

Pourtant, ce genre de test est interdit aux États-Unis.

Mais ce type de test peut être utile dans le cas d'aide au diagnostic de maladies graves. Par exemple, l'entreprise Integragen devrait mettre au point un test de diagnostic de l'autisme après avoir trouvé des mutations liées à cette maladie sur 12 gènes.

Source : L'Internaute Sciences - Biologie – « *Le business de l'ADN – Les tests de prédisposition génétique* » - Février 2006.

\* D'après vos connaissances et votre réflexion, vous développerez les questions que soulève ce texte en ce qui concerne les questions d'éthique en matière de médecine prédictive.

**Extrait :** SOUPÇONNÉE d'avoir pratiqué une injection létale à une personne âgée de 74 ans, morte le 25 décembre 2005 à l'hôpital de Belley (Ain) des suites d'un choc septique – une infection généralisée –, une femme médecin du centre hospitalier était en

garde à vue à la gendarmerie de la ville, vendredi 6 janvier, et y était entendue depuis la veille. Le procureur de la République de Belley devait ouvrir une information judiciaire pour « tentative d'empoisonnement » dans la journée de samedi. Selon une source proche du dossier, cette praticienne aurait reconnu son geste devant les enquêteurs.

Source : par Sandrine Blanchard et Yves Bordenave / *Une femme médecin soupçonnée de « tentative d'empoisonnement »* / Le Monde (article publié le 8 Janvier 2006).

La pratique de l'euthanasie est interdite en France et, le législateur reste frileux dans ce domaine.

À partir de vos connaissances et de votre réflexion personnelle, vous développerez deux arguments soulevant le problème de l'euthanasie en France :

• Comment les soignants peuvent-ils faire face au quotidien à la souffrance des autres, mêmes si aujourd'hui celle-ci est relativement bien prise en charge ?

• Dans les autres pays européens, quelles sont les positions « bloquées en matière d'euthanasie » et les positions plus souples ?

**Extrait :** Les principes de la loi. Consentement présumé, gratuité, anonymat : tels sont en France les principes du don d'organes, inscrits dans la loi de bioéthique du 29 juillet 1994. Toute personne est donneur potentiel, sauf si elle a fait connaître son désaccord. Selon un sondage réalisé en 2004, 74 % des Français sont favorables au don de leurs propres organes, mais seuls 39 % l'ont fait savoir à leur entourage.

La durée de vie des organes. Une fois le prélèvement effectué, il faut faire vite : un cœur se conserve quatre heures, un foie de six à huit heures, un rein vingt-quatre heures. Trois à quatre organes étant prélevés à la fois, chaque donneur sauve plusieurs vies.

Le nombre de greffes. En 2004, 3 948 greffes ont été réalisées en France (2 423 de rein, 931 de foie, 317 de cœur, 145 de poumons, 22 de cœur-poumons, 103 de pancréas, 7 d'intestin). Environ 7 000 personnes sont restées en attente d'un greffon, dont 2 000 étaient à brève échéance en danger de mort.

Source : *Pour que la greffe prenne le don d'organes* / Le Monde (Article paru le 1<sup>er</sup> février 2006).

- Quelle est la principale loi qui encadre les dons d'organes ?
- Quels en sont ses objectifs généraux ?
- Quel est l'établissement qui gère l'ensemble du dispositif des greffes en France ?
- D'après vous, pourquoi les greffes d'organes en France sont-elles à la traîne par rapport à d'autres pays de l'Europe ?
- Que pourrait-on envisager pour développer les dons d'organes ?
- Vos réponses doivent toujours être argumentées à l'aide d'exemples.

#### La mort à l'hôpital

Malgré les lois et les recommandations concernant la lutte contre la douleur, la création d'unités de soins palliatifs, la mort demeure et reste un tabou pour bon nombre de soignants, qu'ils soient médecins ou infirmiers.

Les uns arguant que le corps est une succession de fonctions vitales, les autres défendant la théorie que le corps est un « tout » indissociable.

Néanmoins, quelle que soit la considération que nous avons de la mort de « l'autre » cela reste toujours une épreuve douloureuse, non dénuée de stress pour les futurs soignants que vous serez.

En vous appuyant sur vos connaissances et votre « courte expérience » dans ce domaine vous tenterez de répondre aux questions suivantes :

- Quel est votre avis sur la question de la prise en charge dans les services de soins des personnes dont le pronostic vital est sombre et dont l'échéance finale est très proche ? vous pouvez donner des exemples d'expériences positives ainsi que des contre exemples.

- Le Ministère de la santé a mis en place le plan 2006-2010 dans le cadre de la lutte contre la douleur – quels sont les grands principes de ce plan ?

#### Naissance sous X

- Depuis 2002, un enfant a le droit de connaître ses origines biologiques.
- Quelles sont les précautions à prendre afin que cette possibilité soit réalisable ?

#### Loi sur la bioéthique

La loi sur la bioéthique n'autorise pas les recherches sur l'embryon, mais ces recherches peuvent avoir lieu seulement à titre expérimental et dérogatoire.

- Quel est votre avis sur la question ?
- Que disent les textes qui encadrent cette recherche ?
- Essayer de rassembler de la documentation à propos de cette recherche expérimentale
- Quels sont les grands principes de la loi de la Bioéthique dans le cadre de la recherche biomédicale en général ?

#### Les différentes religions

Même si l'hôpital public est tenu, en vertu des principes de la laïcité, de prendre en compte les aspects des différentes religions et croyances des patients hospitalisés, il en demeure pas moins, que les soignants ont parfois des difficultés à accepter, d'une part, les différences et, à rester dans la plus grande des neutralités, d'autre part.

Le débat reste ouvert, car, loin d'être résolu, cette question demeure à bien des moments entière et embarrassante.

Ce travail dirigé peut être le prémice d'une recherche si vous souhaitez que la thématique de votre travail de fin d'études aborde des religions à l'hôpital.

- Recenser les bibliographies et webographies concernant cette question
- Présenter, de préférence, sous forme de tableaux les différents rites religieux que vous aurez pu observer lors de vos stages
- Avez-vous constaté des situations d'irrespect ou au contraire d'exagération de la part du personnel ?
- Avez-vous constaté des rites religieux particuliers dans certaines circonstances, notamment lors de l'accompagnement des mourants et lors des cérémonies funéraires ? Développez votre réponse.

1. ► Une mesure forte : la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades :

– *Droit à l'information*. La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 consacre aussi le droit pour toute personne à être informée sur son état de santé.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades représente une avancée majeure, puisque désormais, toute personne peut accéder à son dossier directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne.

– *Prise en compte des accidents médicaux*. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades introduit une mesure forte du texte qui crée un droit à indemnisation des accidents médicaux graves sans faute.

– *Renforcement du droit des usagers*. En effet, pour favoriser leur expression et leur participation au fonc-

tionnement du système de santé, cette loi prévoit que des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge soient instaurées dans les établissements de santé.

– *Renforcement du consentement libre et éclairé*. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades confirme la nécessité de recueillir le consentement libre et éclairé du patient pour tout acte médical et tout traitement.

2. ► Depuis août 2004, l'établissement français des greffes est devenu l'agence de la biomédecine.

3. ► Les IVG médicamenteuses peuvent être réalisées au sein du cabinet d'un médecin.

4. ► Des modifications concernent la loi Huriet et inscrites au Nouveau code de la santé publique (loi dite de la Bioéthique du 8 août 2004).

Hidden page

## Les professions de soins

### Infirmier(e)

#### Généralités

De l'Antiquité jusqu'à la moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, on retrouve dans de nombreuses sociétés des femmes soignantes, appliquant des règles d'hygiène, exerçant une fonction maternelle, s'inscrivant dans un modèle de société humaniste.

Dans la deuxième partie du XIX<sup>e</sup> siècle, deux processus professionnels se mettent en place. D'un côté, quelques rares femmes, Florence Nightingale, Anna Hamilton... amorcent une réflexion sur les soins infirmiers. De l'autre côté, le corps médical expérimente, affine ses concepts, développe ses techniques, multiplie ses moyens cliniques.

Dans la première partie du XX<sup>e</sup> siècle, la profession infirmière se met en place, avec la création des écoles et la reconnaissance du titre, tandis que les progrès thérapeutiques imposent le modèle médical et orientent les infirmier(e)s vers un rôle d'auxiliaires centré sur la maladie.

Dans la deuxième partie du XX<sup>e</sup> siècle, malgré son indisponibilité, l'infirmier(e) garde en mémoire son rôle humaniste. On voit alors apparaître des théoriciennes : Virginia Henderson, Dorothea Orem, Hildegard Peplau, ainsi que des organismes de promotion et de recherche professionnelle tels que le Conseil international des infirmier(e)s, la North American Nursing Diagnosis Association. Sous l'influence des travaux nord-américains et du contexte sociopolitique européen, les infirmier(e)s français(es) recherchent un compromis entre leur rôle auxiliaire, centré sur les maladies et les thérapeutiques.

► SELON LES DICTIONNAIRES, « l'infirmier(e) est une personne qui dispense des soins à des malades suivant les prescriptions médicales ». Les soins ont été donnés depuis l'Antiquité principalement par les femmes. Au XIII<sup>e</sup> siècle, les ordres religieux s'empa-

rent de la pratique des soins, mais il faut attendre l'apparition de connaissances scientifiques médicales pour qu'émerge le besoin de donner une formation aux personnes dispensant des soins.

Au siècle dernier, l'infirmière était définie comme : « une personne seule, propre, apte à soigner ou à assister le malade, une femme de sang-froid, vigoureuse, ne médisant de personne, attentive aux besoins des malades, suivant strictement et infatigablement les instructions d'un médecin ».

► LA PREMIÈRE ÉCOLE D'INFIRMÈRES a été créée en France, en 1878, par le docteur Bourneville. En 1902, une circulaire régleme pour la première fois les pratiques de soins. Mais il faut attendre 1922 pour que naisse juridiquement la profession d'infirmière, à laquelle on accédera désormais par le diplôme d'État d'infirmière. Les études se firent d'abord en 18 mois, en 28 mois, puis en 33 mois, et enfin, depuis la rentrée de 1992, les formations en soins généraux et en soins psychiatriques ont été confondues en une seule formation donnant aux professionnels une polyvalence infirmière ; la durée actuelle des études est de 37 mois.

Le diplôme d'État français délivré aux infirmier(e)s est conforme au traité de Rome et permet l'exercice de la profession dans tous les pays de la CEE.

#### Les études d'infirmier(e)

Le diplôme d'État d'infirmier ne peut être délivré que par des écoles agréées par le ministre de la Santé publique.

#### DISPOSITIONS GÉNÉRALES

##### Conditions requises pour concourir

Les modalités sont fixées par l'arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif aux conditions d'admission dans les Instituts de formation en soins infirmiers préparant au diplôme d'État d'infirmier(e).

Hidden page

### ► L'ADMISSION

Il s'agit d'une épreuve, qui consiste en un entretien avec trois personnes, membres du jury : un cadre infirmier enseignant, un cadre infirmier soignant et une personne extérieure à l'établissement formateur, qualifiée en pédagogie et/ou en psychologie.

Cet entretien, relatif à un thème sanitaire et social, est destiné à apprécier l'aptitude du candidat à suivre la formation, ses motivations et son projet professionnel.

L'épreuve, notée sur vingt points, d'une durée de trente minutes au maximum, consiste en un exposé suivi d'une discussion. Chaque candidat dispose au préalable de dix minutes de préparation.

Pour pouvoir être admis dans un IFSI, les candidats doivent obtenir une note au moins égale à 10 sur 20 à l'entretien.

À l'issue de l'épreuve orale d'admission et au vu des notes obtenues aux deux épreuves d'admissibilité, le président établit la liste de classement.

### Le déroulement des études

Le programme des études d'infirmier(e) a pour objectif de favoriser l'émergence d'un nouveau profil d'infirmier(e) dont les caractéristiques sont les suivantes :

- Un(e) infirmier(e) apte à répondre aux besoins de santé d'un individu ou d'un groupe dans le domaine préventif, curatif, de réadaptation et de réhabilitation;
- Un(e) infirmier(e) polyvalent(e) apte à dispenser des soins infirmiers prenant en compte l'ensemble des problèmes posés par une atteinte fonctionnelle et une détresse physique ou psychologique qui frappe une personne. L'infirmier(e) doit faire participer l'individu ou le groupe en prenant en considération leur dimension culturelle et leur personnalité.

### Les principes pédagogiques

- Développement de la créativité et de la faculté d'adaptation de l'étudiant en adéquation avec la diversité des lieux d'exercice et avec l'évolution des sciences, des techniques et des besoins de santé.
- Importance accordée à la responsabilisation de l'étudiant pour lui permettre, tout au long du cursus des études, d'élaborer son projet professionnel.
- Renforcement des sciences humaines dans la formation des infirmier(e)s en vue d'améliorer la relation thérapeutique entre le soignant et le soigné.

- Articulation de la formation autour des connaissances professionnelles, des aptitudes, des attitudes personnelles de l'étudiant et de son projet professionnel.

- Cohérence entre les objectifs de formation, les principes pédagogiques et les pratiques professionnelles. Suivi pédagogique basé sur l'accompagnement et le développement personnel de l'étudiant en vue d'une meilleure intégration des connaissances par celui-ci.

- Dynamisme du projet de formation fondé sur la progression et le renforcement des connaissances régulièrement réactualisées. Accent mis sur une pédagogie active basée tant sur le questionnement que sur le contenu. Actualisation régulière du programme de formation au terme d'un délai de quatre ans pour la première promotion, puis tous les trois ans, en fonction de l'évolution des sciences et des techniques et de celle de la pédagogie et de la pratique professionnelle.

- Utilisation des compétences des conseillères techniques régionales en soins infirmiers et des conseillères pédagogiques pour soutenir et accompagner les équipes pédagogiques et les responsables des structures d'accueil, dans leur pratique et leur recherche.

### Répartition horaire des enseignements théoriques et cliniques

Tableau 4.1. Répartition horaire.

Enseignements	Heures
Enseignements théoriques obligatoires	2 080
Enseignements théoriques optionnels obligatoires	160
<b>Total</b>	<b>2 240</b>
Stages cliniques obligatoires	1 680
Stages laissés à l'appréciation de l'équipe pédagogique	700
<b>Total</b>	<b>2 380</b>
Suivi pédagogique	140
<b>Total général</b>	<b>4 760</b>

### Durée de la formation

L'ensemble de la formation se déroule sur trois ans avec 132 semaines ou 4 620 heures d'enseignement et 4 semaines ou 140 heures de suivi pédagogique, soit un total de 136 semaines ou 4 760 heures.

Tableau 4.2. Nombre d'heures par module.

Disciplines	Modules	Heures
Sciences humaines	2	160
Anatomie, physiologie, pharmacologie	1	100
Législation, éthique et déontologie, organisation du travail	1	80
Santé publique	1	80
Soins infirmiers	4	360
Hygiène	1	60
Soins infirmiers aux personnes atteintes de maladies infectieuses et aux personnes atteintes de l'infection par le VIH	1	80
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections cardio-vasculaires	1	60
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections respiratoires	1	60
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections traumatologiques et orthopédiques	1	60
Soins infirmiers aux adolescents, aux adultes et aux personnes âgées atteints de troubles psychiatriques	4	360
Soins infirmiers en pédiatrie et en pédopsychiatrie	1	80
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections digestives	1	60
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections endocriniennes	1	40
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections néphrologiques et urologiques	1	60
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections du système nerveux	1	60
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'hémopathie et de cancers	1	80
Soins infirmiers aux personnes âgées	1	80
Soins infirmiers aux urgences et en réanimation. Transfusion sanguine	1	80
Soins infirmiers en maternité et aux personnes atteintes d'affections gynécologiques	1	40
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections ORL et chirurgie maxillo-faciale, stomatologiques, ophtalmologiques, dermatologiques	1	40
<b>Total général</b>	<b>28</b>	<b>2 080</b>

Tableau 4.3. Nombre d'heures des stages cliniques.

Discipline	Semaines	Heures
Médecine	8	280
Chirurgie	8	280
Santé mentale ou psychiatrie	8	280
Pédiatrie ou pédopsychiatrie	4	140
Santé publique	8	280
Gérontologie ou gérontopsychiatrie	8	280
Réanimation, urgence, soins intensifs, bloc opératoire	4	140
<b>Total général</b>	<b>48</b>	<b>1 680</b>
Au cours des stages, 2 semaines de nuit au minimum sont effectuées en 2 <sup>e</sup> ou 3 <sup>e</sup> année. Formation clinique laissée à l'appréciation de l'équipe pédagogique		
Stages se déroulant dans trois disciplines différentes. Parmi ceux-ci est mis en place un stage de projet professionnel d'une durée de huit semaines au minimum et de 12 semaines au maximum. Ce stage se déroule en fin de formation.	20	700
<b>Total général</b>	<b>68</b>	<b>2 380</b>



### Les enseignements théoriques des modules obligatoires

2 080 heures sur la base de 35 heures par semaine.

### Les enseignements théoriques des modules optionnels

Les étudiants doivent choisir deux modules d'approfondissement de quatre-vingt heures.

Répartition des stages cliniques : 2 380 heures sur la base de 35 heures par semaine.

### Le diplôme d'état

L'obtention du diplôme d'état d'infirmier se fait de trois manières :

- avoir effectué l'intégralité de la scolarité et satisfait à l'épreuve écrite (TFE) et pratique (MSP) sans note éliminatoire (**scolarité classique**);
- avoir effectué un stage de deux mois, et avoir satisfait sans note éliminatoire à la présentation d'un rapport de stage et à la présentation d'une mise en situation professionnelle – cette procédure est réservée aux médecins dispensés de scolarité conformément à la loi en vigueur;
- être titulaire du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique et avoir effectué un stage dont la durée ne peut être inférieure à 6 mois – conformément à l'article D. 4311-27 du CPS, sous section 2.

## Représentation et expression de la profession au plan national et international

### Associations professionnelles nationales

#### Conseil supérieur des professions paramédicales (CSPPM)

Les différentes professions paramédicales sont représentées auprès du ministère de la Santé par une commission consultative qui est le **Conseil supérieur des professions paramédicales (CSPPM)**. Il a succédé au Conseil supérieur des infirmières créé par le décret du 28 février 1951, organe consultatif chargé de donner son avis sur toutes les questions relatives à l'exercice de la profession.

Le décret du 14 septembre 1973, créant le CSPPM, fonde en un seul le Conseil supérieur des infirmières et le Conseil de perfectionnement des études d'infirmier(e)s (créé, lui, par le décret du 27 février 1922).

Le conseil comprend plusieurs commissions fixées par l'arrêté du 9 mars 2000 :

- la commission des infirmiers,
- la commission des masseurs-kinésithérapeutes,
- la commission des pédicures-podologues,
- la commission des orthophonistes,
- la commission des orthoptistes,

- la commission des opticiens-lunetiers,
- la commission des audioprothésistes,
- la commission des ergothérapeutes,
- la commission des psychomotriciens,
- la commission des manipulateurs d'électroradiologie médicale,
- la commission des techniciens de laboratoire,
- la commission des diététiciens.

La commission des infirmiers comprend :

- des membres appartenant à la profession sur propositions d'organismes syndicaux et associations,
- des membres des organismes intéressés par la profession d'infirmier (différentes fédérations hospitalières),
- des membres représentant le corps médical et l'administration.

#### Pour en savoir plus :

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

Le CSPPM comprend en outre une commission permanente interprofessionnelle qui a pour mission de donner son avis lorsqu'une affaire relève de la compétence de plusieurs commissions.

Hidden page

### ► STRUCTURES

● **L'organe suprême du CII** est le Conseil des représentantes nationales (CRN) qui se réunit tous les 2 ans. Tous les 4 ans, cette réunion est liée à un congrès. Le conseil d'administration est élu par le Conseil des représentantes nationales pour une durée de 4 ans. Il est composé de 15 membres répartis comme suit :

- une présidente;
- trois vice-présidentes;
- une représentante pour chacune des 7 régions suivant lesquelles le globe a été divisé à cet effet, soit : Afrique, Amérique du Nord, Amérique du Sud et Amérique centrale, Asie du Sud-Est, Europe, Méditerranée orientale, Pacifique occidental;
- quatre autres membres.

► **SIÈGE CENTRAL.** Le siège central se trouve à Genève où travaille la directrice exécutive, aidée du personnel exécutif. Ces personnes ont un rôle

consultatif dans leur relation avec les associations nationales d'infirmier(e)s, et exécutif en ce qui concerne la structure du CII.

► **RELATION DU CII.** Le CII travaille :

● **Avec l'OIT** (Organisation internationale du travail) sur les problèmes relatifs au travail et aux droits des travailleurs.

● **Avec l'OMS** (Organisation mondiale de la santé) : rédaction de déclarations soumises à l'assemblée mondiale de la Santé, diffusion de documentation sur différents sujets traités par l'OMS, notamment sur les soins de santé primaires.

● **Avec d'autres organismes internationaux** comme l'UNICEF (Fond international de secours de l'enfance), le CICR (Comité international de la Croix-Rouge) et la Ligue des sociétés de la Croix-Rouge.

► **PUBLICATIONS.** Le CII publie l'International Nursing Review.

## Les différentes professions paramédicales non spécialisées (sauf celles de l'appareillage)

Les professions de soins			
Métier	Références législatives et définition	Formation et Diplôme	Exercice
Infirmier	Définies dans le décret 2004-802 du 29 juillet 2004 – Code de la santé publique – Livre III (partie réglementaire articles R.4311-1 à R.4311-15). Articles D4311-16 Articles L.4311-1 à L.4311-29 et L.4312-1. Article L.4311-1 du Code de la santé publique <i>Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.</i> <i>L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement</i> Source : <a href="http://www.legifrance.gouv.fr">www.legifrance.gouv.fr</a>	Admission : baccalauréat ou équivalent, ou conditions particulières pour les aides soignants et auxiliaires de puériculture et aides médico-psychologiques – 37 mois de formation Diplôme d'état d'infirmier ou autorisation d'exercice Accès particulier pour les titulaires d'un diplôme d'infirmier hors UE selon le décret du 5 janvier 2004	Hospitalier en grande majorité – public et privé. Libéral Extra hospitalier
Infirmier spécialisé	Infirmier anesthésiste diplômé d'état Infirmier de bloc opératoire diplômé d'état Puéricultrice diplômée d'état  Les règles professionnelles sont identiques à celles des infirmiers avec un article spécifique à chaque profession conformément au décret 2004-802 du 29 juillet 2004 – code de la santé publique	Admission : Diplôme d'état d'infirmier ou de sage femme IADE : 24 mois IBODE : 18 mois Puéricultrice : 12 mois Diplômes : Diplôme d'état d'infirmier de bloc opératoire Diplôme d'état d'infirmier anesthésiste Diplôme d'état de puéricultrice	Hospitalier public et privé Extra hospitalier pour les puéricultrices

Hidden page

Les professions de la rééducation			
Métier	Références législatives et définition	Formation & Diplôme	Exercice
<b>Les professions de la rééducation</b>			
<b>Psychomotricien</b>	<p>Article L.4332-1 du CSP</p> <p><i>Est considérée comme exerçant la profession de psychomotricien toute personne qui, non médecin, exécute habituellement des actes professionnels de rééducation psychomotrice, définis par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine.</i></p> <p>Les psychomotriciens exercent leur art sur prescription médicale.</p> <p>Les psychomotriciens ont pour mission d'assurer le traitement des troubles corporels et moteur d'origine psychologique.</p>	<p><b>Admission :</b> baccalauréat ou équivalent et concours d'entrée</p> <p>3 ans de formation</p> <p><b>Diplôme :</b> diplôme d'état de psychomotricien</p>	<p>Hospitalier</p> <p>Sce de rééducation, de psychiatrie,</p> <p>En extra hospitalier</p>
<b>Masseur-kinésithérapeute</b>	<p>Article L.4321-1 du CSP</p> <p><i>La profession de masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale...</i></p> <p><i>Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes pratiquent leur art sur ordonnance médicale et peuvent prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de leur profession.</i></p> <p>La masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer.</p>	<p><b>Admission :</b> baccalauréat ou équivalent et concours d'entrée</p> <p>3 ans de formation</p> <p><b>Diplôme :</b> diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute.</p> <p>Certains IFMK demandent à leur étudiants d'effectuer préalablement une première année de médecine.</p>	<p>En libéral</p> <p>Mixte</p> <p>Hospitalier</p>
<b>Pédicure podologue</b>	<p>Article L.4322-1 du CSP</p> <p><i>Seuls les pédicures podologues ont qualité pour traiter directement les affections épidermiques, limitées aux couches cornées et les affections unguéales du pied, à l'exclusion de toute intervention provoquant l'effusion de sang. Ils ont également seuls habilités pour pratiquer les soins d'hygiène, confectionner et appliquer les semelles destinées à soulager les affections épidermiques.</i></p> <p><i>Sur ordonnance et sous contrôle médical, les pédicures podologues peuvent traiter les cas pathologiques de leur domaine de compétence.</i></p>	<p><b>Admission :</b> baccalauréat ou équivalent et concours d'entrée</p> <p>3 ans de formation</p> <p><b>Diplôme :</b> diplôme d'état de pédicure podologue</p>	<p>En libéral presque exclusivement</p> <p>Mais aussi en secteur hospitalier (diabétologie, gériatrie...)</p>
<b>Les professions médico-techniques</b>			
<b>Manipulateur en électroradiologie médicale</b>	<p>Article L.4351-1 du CSP</p> <p><i>Est considérée comme exerçant la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale toute personne qui, non médecin, exécute habituellement, sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement, des actes professionnels d'électroradiologie médicale,.... Les manipulateurs d'électroradiologie médicale exercent leur art sur prescription médicale.</i></p> <p>Ils travaillent dans le secteur de l'imagerie médicale (IRM, scanner) et dans le secteur curatif (radiothérapie)</p>	<p><b>Admission :</b> baccalauréat ou équivalent et concours d'entrée</p> <p>3 ans de formation</p> <p><b>Diplôme :</b> diplôme d'état Manipulateur en électroradiologie médicale ou Diplôme de technicien en imagerie médicale et radiologie thérapeutique</p>	<p>Hospitalier</p> <p>Cabinet d'imagerie, scanner et IRM privés.</p>

Hidden page

1. ► L'arrêté du 23 mars 1992 relatif aux conditions d'admission dans les Instituts de formation en soins infirmiers a été modifié par :

- l'arrêté du 6 février 1998;
- l'arrêté du 21 août 2000;
- l'arrêté du 6 septembre 2001;
- l'arrêté du 22 mars 2002;
- l'arrêté du 5 janvier 2004.

2. ► Les changements principaux sont :

• Peuvent se présenter aux épreuves de sélection sans avoir à recourir à la voie de validation des acquis :

- Les titulaires du diplôme professionnel d'aide soignant ou d'auxiliaire de puériculture, et l'aide médico-psychologique justifiant de trois ans d'exercice professionnel.

- Les titulaires d'un diplôme étranger d'infirmier en soins généraux qui ne sont pas susceptibles de bénéficier des dispositions applicables aux infirmiers ressortissants d'un État membre de la Communauté européenne ou d'autre État partie à l'accord sur l'espace économique européen.

• Modifications des épreuves de sélection

L'épreuve de culture générale de l'épreuve d'admissibilité a été modifiée.

Les objectifs des épreuves de tests psychotechniques sont clairement définis.

À l'issue de l'épreuve de sélection, trois listes de classement sont établies au lieu d'une précédemment :

- la 1<sup>re</sup> réservée aux candidats ne rentrant pas dans les mesures ci-dessous;
- la 2<sup>e</sup> réservée aux titulaires du diplôme professionnel d'aide soignant ou d'auxiliaire de puériculture;
- la 3<sup>e</sup> réservée aux candidats titulaires d'un diplôme d'infirmier non validé en France et demandant de bénéficier d'une dispense de scolarité.

3. ► L'arrêté du 28 septembre 2001

Les changements principaux sont :

- une répartition globale des stages, et non plus par année comme précédemment;

- un volume horaire de 700 heures de stages laissés à l'appréciation de l'équipe pédagogique;

- la possibilité d'une prise en charge sous certaines conditions, des frais de transports pour les étudiants se rendant sur les lieux de stages;

- le versement d'indemnités de stages par semaine de stage dès la 1<sup>re</sup> année;

- le versement d'indemnités lors du stage de projet professionnel si l'étudiant s'engage à présenter sa candidature dans un établissement de santé public ou s'il a signé un contrat avec un établissement de santé privé, sans préjudice des indemnités par semaine de stage déjà perçues.

Hidden page



Hidden page

Le projet doit être compatible avec les besoins de la population tels qu'ils sont définis par les pouvoirs publics.

Les établissements de santé privés signent avec l'État et l'assurance maladie, représentés par l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), un contrat d'objectifs et de moyens renouvelables tous les cinq ans.

## L'organisation fonctionnelle et financière

Une commission médicale ou conférence médicale, représentant les praticiens, est élue par leurs pairs exerçant dans l'établissement.

### ► LE STATUT DES MÉDECINS

– Établissements à but non lucratif : les médecins sont salariés.

– Établissements à but lucratif : les médecins signent, avec l'établissement, des contrats d'exercice. Ils peuvent, dans certains cas, exercer dans plusieurs établissements. Ils sont très souvent actionnaires des cliniques dans lesquelles ils exercent.

► **LA DIRECTION.** Dans tous les cas, les établissements sont dirigés par un directeur assisté éventuellement d'un ou plusieurs adjoints et d'un directeur des soins.

Le directeur est nommé, en fonction du statut de la société :

- soit par le conseil d'administration de la société ;
- soit par le bureau de l'association.

Les cadres de service sont nommés par le directeur et possèdent en général une formation spécifique.

► **LES CONVENTIONS COLLECTIVES.** Cinq conventions collectives différentes peuvent s'appliquer en fonction du choix de l'établissement (FEHAP, FHP-Croix rouge française. Convention collective nationale des centres de lutte contre le cancer. La convention collective unique, pour les maisons de retraites privées commerciales).

Elles fixent les modalités générales, les règles d'affectation et de rémunération.

► **LA FORMATION.** Elle est la clef de l'amélioration continue de la qualité.

Les établissements font souvent des actions nombreuses dans ce domaine. Deux organismes collecteurs (PROMOFAP et FORMAHP) permettent aux salariés de ce secteur d'obtenir des cofinancements.

► **LA RÉMUNÉRATION.** Elle est fixée par les conventions collectives. Elle comprend un salaire de base et des primes. Le salaire de base est souvent fonction de la qualification, de l'ancienneté et de la compétence acquise. Les primes sont diverses et varient suivant les établissements.

## L'infirmier(e) dans le secteur libéral

### Notions fondamentales

#### Indépendance

L'indépendance se situe dans le cadre d'absence de lien de subordination, donc se caractérise par l'absence de contrat de travail. Néanmoins l'exercice libéral est sujet à contrôle par les caisses d'assurance maladie ; il s'agit bien là d'un contrôle de l'activité et non pas d'un lien hiérarchique.

#### Désintéressement

Si l'indépendance se définit aisément, la notion de désintéressement reste plus floue et plus sujette à polémique. On peut citer ici un fait générateur qui est l'interdiction des moyens aboutissant à la concurrence déloyale (absence de publicité par exemple). Il est évident que l'homme et la santé ne sont pas des biens marchands ; cette assertion peut peut-être aider à éclaircir la distinction entre le secteur commercial et le secteur libéral.

Hidden page

## Formalités à accomplir en vue d'une installation

Voir tableau 5.2.

### L'installation proprement dite et l'informatisation

L'obligation de disposer d'un cabinet professionnel est prévue par le décret 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux règles (CSP) professionnelles des infirmier(e)s et reste une condition nécessaire pour l'établissement de l'exercice libéral. Il faut une installation adaptée pour accueillir les patients respectant des normes :

- d'hygiène;
- de sécurité;
- de confidentialité et respect du patient;
- d'élimination des déchets;
- de moyens techniques suffisants pour l'exécution des soins (tables pour soins, fauteuil, instruments, appareil à tension, antiseptiques...).

L'installation téléphonique est indispensable :

- un répondeur-enregistreur;
- un téléphone portable.

Un équipement informatique est désormais nécessaire afin d'assurer la télétransmission des feuilles de soins, vers les Caisse primaire d'assurance maladie et d'assurer la gestion de son activité.

### Lettres clés, coefficient et nomenclature des actes professionnels

« Cette nomenclature s'impose aux infirmiers pour communiquer aux organismes d'assurance maladie, tout en respectant le secret professionnel et, dans l'intérêt du malade, le type et la valeur des actes techniques effectués en vue du calcul par les organismes de leur participation. » Extrait de la nomenclature générale des actes professionnels (UCANSS) (voir tableau 5.2, ci-contre).

Tout acte est désigné par une lettre clé et un coefficient :

- **AMI** (soins de pratique courante ou soins spécialisés);
- **AIS** (actes infirmiers de soins); la lettre clé AIS est applicable aux séances de soins infirmiers et aux gardes au domicile des malades;
- **DI** : pour l'élaboration d'un plan de soins infirmiers nécessaires à la réalisation des séances de soins...

Tableau 5.2. Formalités d'installation.

Enregistrement du diplôme	DDASS de son lieu d'exercice.
Inscription à la CPAM. Cette formalité est obligatoire afin d'obtenir des feuilles de soins préidentifiées.	CPAM de son lieu d'exercice.
Inscription à l'URSSAF. Elle doit se faire dans les huit jours suivant l'installation. C'est auprès de l'URSSAF que l'infirmier(e) versera ses cotisations : - de Sécurité sociale; - d'allocations familiales; - de contribution sociale généralisée.	
Affiliation à la caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmier(e)s, masseurs kinésithérapeutes et orthoptistes (CARPIMKO*).	6, place Charles-de-Gaulle 78882 Saint-Quentin en Yvelines
Souscription d'une assurance responsabilité civile professionnelle.	

\* Cette affiliation est obligatoire, néanmoins il est conseillé aux infirmier(e)s qui s'installent de souscrire à un régime de prévoyance complémentaire.

### Le remplacement

Le remplacement est destiné à assurer la suppléance provisoire d'un(e) infirmier(e) temporairement empêché. Le/la remplaçant(e) doit être titulaire d'une autorisation préfectorale de remplacement. Cette autorisation est délivrée par le préfet du département du domicile de l'infirmier(e) et sa durée est d'un an renouvelable. Elle est obligatoire également pour les infirmiers qui souhaitent faire des remplacements même s'ils disposent d'un cabinet professionnel propre.

Le/la remplaçant(e) ne peut remplacer au maximum que deux infirmier(e)s à la fois. Un contrat doit être conclu entre le remplaçant et le remplacé

Hidden page

ou les infections nosocomiales. Mais les magistrats peuvent décider d'étendre ces cas de responsabilité sans faute à d'autres domaines.

La responsabilité professionnelle des infirmier(e)s comprend de nombreuses facettes et nécessite donc d'adopter une définition large pour englober l'ensemble de ses aspects. Nous pourrions donner la définition suivante : « **assumer les conséquences des actes que l'on commet** ».

Le fait d'assumer une sanction ne signifie pas uniquement réparer mais également se comporter moralement en personne responsable.

Les actes dont on doit répondre sont pour l'essentiel les actes personnels effectués par l'infirmier(e) mais peuvent également être les actes confiés à des tiers ou les dommages causés par le matériel utilisé.

Il ne faut donc pas minimiser le risque, néanmoins il faut le rapporter au nombre d'actes infirmiers effectués quotidiennement en France, variable selon les méthodes de calcul mais considérable dans tous les cas.

Par ailleurs, on peut estimer que les infirmier(e)s abordent peu cette question de la responsabilité professionnelle car bien souvent elles ne se sentent pas concernées directement par ce sujet, en raison de leur condition personnelle paramédicale et considérant qu'en tout état de cause, elles sont couvertes soit par le médecin prescripteur ou chargé de superviser leurs actes, soit par leur employeur.

► CETTE ATTITUDE EST ERRONÉE POUR PLUSIEURS RAISONS :

■ Nous constatons en France un phénomène d'individualisation des responsabilités ce qui fait que, désormais, au sein des équipes médicales, l'action de chacun sera recherchée pour bien déterminer qui a commis la ou les fautes à l'origine du dommage subi.

Bien souvent des coresponsabilités sont retenues, incluant celle de l'infirmier(e).

---

*Par exemple : désormais, quand une complication est diagnostiquée tardivement, on recherche non seulement quelles étaient les consignes de surveillance données par le praticien et quels ont été les actes de surveillance effectués par celui-ci mais également de quelle manière les infirmier(e)s ont mis en œuvre ces consignes et si leurs réactions ont été appropriées à la découverte de la première anomalie.*

---

● Les infirmier(e)s conservent toujours une part de responsabilité personnelle, quel que soit leur mode d'activité, et ils/elles ne peuvent jamais

se considérer comme intégralement couvert(e)s par le médecin ou leur employeur.

► INDEMNISATION PAR L'INFIRMIER(E). S'il est vrai que sur le plan pécuniaire, ce sont essentiellement les infirmier(e)s libéraux/les qui peuvent être condamnés personnellement, il existe néanmoins quelques situations dans lesquelles un(e) infirmier(e) salarié(e) peut être condamné(e) à indemniser personnellement la victime.

Deux cas de figures peuvent se présenter : la **faute détachable** du service ou les **actes réalisés en dehors de la fonction salariée**.

Pour la faute détachable du service, la seule hypothèse réellement retenue en jurisprudence est celle de la non-assistance à personne en danger qui conduirait à considérer qu'il s'agit d'une faute d'un individu infirmier face à ses obligations pénales.

En raison du principe de l'individualisation des responsabilités, il n'est plus question, aujourd'hui, que les médecins soient considérés comme responsables des fautes commises par les infirmier(e)s à qui ils demandent de réaliser tel ou tel acte.

Le décret 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du CSP, définit le rôle propre de l'infirmier(e), qui est donc responsable des actes de ce rôle propre (Article R. 4311-3 du CSP).

---

La sécurité des patients est l'affaire de tous et plus particulièrement de ceux qui sont les plus proches d'eux, c'est-à-dire des infirmier(e)s et des aides-soignant(e)s.

---

Il est donc établi que la responsabilité infirmière est un **phénomène bien réel** qui doit être connu de tout professionnel pour pouvoir adapter au mieux sa pratique personnelle. Pour cela, nous déterminerons de quelle manière la responsabilité de l'infirmier(e) peut être recherchée, comment les magistrats apprécient cette responsabilité, quelles sont les situations à risques et quelles sont les précautions à prendre.

## De quelle manière la responsabilité de l'infirmier(e) peut-elle être recherchée ?

Le point de départ est un accident ayant causé un dommage à un patient ou éventuellement à un tiers qui ne l'accepte pas et souhaite le contester.

Hidden page

également se référer à des textes qui n'ont pas en soi de valeur obligatoire mais qui constituent une des expressions des bonnes pratiques professionnelles.

Il en va ainsi des circulaires et des recommandations de la Haute Autorité de Santé ou des sociétés savantes. Ces textes ne doivent donc pas être négligés, sous prétexte qu'ils ne sont pas intrinsèquement obligatoires.

Un certain nombre de textes annexes ont été publiés afin de proposer une lecture des décrets de base et c'est notamment le cas de la très intéressante circulaire du 30 mai 1997 et de la récente circulaire du 4 juin 1999 relative à la distribution des médicaments.

---

L'un des rôles du défenseur de l'infirmier(e) est de rechercher des solutions jurisprudentielles favorables pour les présenter au magistrat chargé de l'affaire.

---

## Quelles sont les situations à risque ?

Il apparaît utile de décrire les principaux cas dans lesquels la responsabilité infirmière est recherchée, ce qui peut permettre d'éviter certains accidents.

### Vérifications avant l'acte infirmier

Le cas le plus fréquemment traité est celui de la vérification de la prescription médicale.

---

*Exemple :* jugement à la cour d'appel de Paris : pour des rhinorrhées persistantes, un médecin ORL de ville prescrit deux produits et une injection de Kenacort retard 80 (triamcinolone acétonide) et inscrit en bas de l'ordonnance la mention « 15 jours ». Le pharmacien de ville remet à cette patiente 15 ampoules de Kenacort retard 80.

L'infirmière libérale, surprise par la quantité à administrer, demande son avis, non pas au médecin prescripteur mais à la patiente elle-même qui, très économe, n'a pas voulu gâcher les produits qui lui avaient été délivrés. Il va donc lui être administré quotidiennement une ampoule de Kenacort retard 80 et ce pendant quinze jours. Elle va perdre ses dents et ses cheveux et, suite à ce dommage, mettre en œuvre une procédure contre le médecin, le pharmacien et l'infirmière.

Le pharmacien a été condamné à indemniser 70 % du préjudice subi car il a gravement manqué à ses obligations professionnelles consistant en la vérification

de la conformité des produits délivrés à la fiche signalétique du produit considéré.

Le médecin a été condamné à verser 20 % de l'indemnisation, car la rédaction de son ordonnance était ambiguë.

L'infirmière a, elle, été condamnée à en verser 10 %, en considérant qu'elle avait commis une faute professionnelle en ne s'apercevant pas du surdosage, alors que le mode d'emploi du produit indiquait que le dosage habituel était d'une injection par quinzaine et en ne contactant pas le médecin prescripteur pour se faire confirmer sa prescription.

On considère habituellement aujourd'hui que les infirmier(e)s doivent vérifier cinq points avant la réalisation de la prescription médicale, il s'agit de :

- l'identité du malade ;
- l'identification du produit ;
- le mode d'administration ;
- le dosage ;
- la date de péremption.

Ces jurisprudences sont tout à fait acceptables et conformes aux décrets de compétence et au programme de formation infirmière. Dans certains dossiers en cours, les victimes souhaiteraient faire condamner les infirmier(e)s poursuivi(e)s pour ne pas avoir constaté que la prescription était contraire à leurs données cliniques et biologiques ou qu'elle était incompatible avec tel traitement institué par un autre praticien.

### Erreur pendant la réalisation de l'acte

Un nombre important d'erreurs dans l'exécution des actes est lié à la réalisation d'injections ou à la pose de perfusions entraînant des séquelles locales bien souvent légères, mais conduisant à des réclamations des victimes qui considèrent justement que, parce qu'il s'agit d'un acte courant, il ne doit pas être dommageable.

Ces dossiers sont délicats car, quand il y a un abcès après une injection, l'expert indique souvent qu'étant donné que cet abcès est lié à l'injection, la responsabilité de l'infirmier(e) doit être retenue.

Cette attitude doit être combattue car il est acquis scientifiquement que, malgré les précautions d'asepsie habituellement mises en œuvre, il n'est pas toujours possible d'éviter de pousser un germe intradermal avec son aiguille et de provoquer ainsi un abcès. L'infirmier(e) qui a mis en œuvre toutes les



Hidden page

## Textes relatifs à l'exercice de la profession d'infirmier(e)

Jusqu'en juillet 2004 les textes qui définissaient les modalités d'organisation de la profession d'infirmier étaient :

– Le décret 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et des infirmières.

– Le décret 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Ces deux textes ont été abrogés.

Désormais vous les trouverez au sein du Code de la santé publique :

Partie IV *Livre III – Auxiliaires médicaux – dispositions législatives*

– Articles L.4311-1 à L.4311-29 – Exercice de la profession d'infirmier.

– Articles L.4312-1 – Règles professionnelles.

– Articles L.4314-1 à L.4314-6 – Dispositions pénales.

– Articles R.4311-1 à R.4311-15 – Actes professionnels.

– Articles D.4311-16 à D4311-23 – Diplôme d'état d'infirmier.

● D'autres textes concernant la profession et ses spécialités se trouvent dans le code de la santé publique :

*Livre III – Auxiliaires médicaux – titre I<sup>er</sup>*

– Articles D.4311-25 à D4311-33 – Infirmiers de secteur psychiatrique.

– Articles R. 4311-34 à R.4311-41 – Ressortissant d'un État membre de la CE.

– Articles R. 4311-42 à R.4311-44 – Infirmiers de bloc opératoire.

– Articles R. 4311-45 à R.4311-48 – Infirmiers anesthésistes.

– Articles R. 4311-49 à R.4311-51 – Puéricultrice.

● D'autres articles peuvent aussi vous être utiles, il s'agit :

– Des articles L.4381-1 à L.4381-3 – concernant le conseil des professions paramédicales (à ne pas confondre avec le conseil supérieur des professions paramédicales).

● Dans la pratique, ce qui change :

Ancien	Nouveau	Ce qui change
<b>Le décret 93-221 du 16 février 1993</b>	<b>Décret 2004-802 du 29 juillet 2004 – code de la santé publique</b>	
Dispositions communes à tous les modes d'exercice – chapitre 1 <sup>er</sup> Devoirs généraux Articles 1 <sup>er</sup> à 24	Articles R.4312-1 à R.4312-24 Dispositions communes à tous les modes d'exercice	Aucun changement dans le libellé des articles
Dispositions communes à tous les modes d'exercice – Chapitre 2 Devoirs envers les patients Articles 24 à 32	Articles R.4312-25 à R.4312-32 Dispositions communes à tous les modes d'exercice	Aucun changement dans le libellé des articles
Règles applicables aux infirmiers d'exercice libéral – Devoirs généraux Articles 33 à 39	Articles R.4312-33 à R.4312-39 Devoirs généraux	Aucun changement dans le libellé des articles
Chapitre II – devoirs envers les patients Articles 40 et 41	Articles R.4312-40 à R.4312-41 Devoirs envers les patients	Aucun changement dans le libellé des articles
Chapitre III Devoirs envers les confrères Articles 42 à 44	Devoirs envers les confrères	<b>Seul l'article 42 est conservé</b>

Ancien	Nouveau	Ce qui change
	Conditions de remplacement Articles R.4312-43 à R.4312-48	Les conditions de remplacements font l'objet d'une sous section et apparaissent clairement, antérieurement elles étaient confondues dans les devoirs envers les confrères. Cependant, aucun changement dans le libellé des articles
Titre III Règles applicables aux infirmiers salariés Article 45	Article R.4312-49	Aucun changement dans le libellé de l'article
Titre IV Dispositions diverses et transitoire Article 46 à 48		Sont supprimées
<b>Note :</b> il y a un article supplémentaire (art R.4312-49, et les articles 43 et 44 ont été dissociés pour préciser les conditions de remplacement – articles R.4312-43 à 48		
<b>Décret 2002-194 du 11 février relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier</b>	<b>Décret 2004-802 du 29 juillet 2004 – code de la santé publique</b>	
Article 1 <sup>er</sup> – définissait l'exercice de la profession d'infirmier	Article R.4311-1	Aucun changement dans le libellé de l'article
Article 2 – définissait les soins infirmiers	Article R.4311-2	Aucun changement dans le libellé de l'article
Article 3 – définissait le rôle propre	Article R.4311-3	Aucun changement dans le libellé de l'article
Article 4 – précisait la notion de collaboration avec des auxiliaires de soins	Article R.4311-4	Aucun changement dans le libellé de l'article
Article 5 – listait les actes et soins relevant du rôle propre	Article R.4311-5	Les actes du rôle propre relatif à la santé mentale ont été déplacés dans l'article R.4311-6
	<b>Article R.4311-6</b> Dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R.4311-5, l'infirmier accomplit les actes suivants : 1. entretien d'accueil du patient et de son entourage 2. activités à visée socio-thérapeutique individuelle ou de groupe 3. surveillance des personnes en chambre d'isolement 4. surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier et le patient	Ces actes sont inclus dans un article spécifique, antérieurement ils étaient confondus au sein de l'article 3 – rôle propre
Article 6 – listait les soins sur prescription	Article R.4311-7	Le contenu de l'Article R.4311-7 est identique à celui de l'ancien article 6.
Article 7 – habilitation de l'infirmier à adapter des antalgiques et à appliquer les protocoles les concernant	Article R.4311-8	Le contenu de l'Article R.4311-8 est identique à celui de l'ancien article 7
Article 8 – soins sur prescription nécessitant l'intervention d'un médecin à tout moment	Article R.4311-9	Le contenu de l'Article R.4311-9 est identique à celui de l'ancien article 8
Article 9 – participation à la mise en œuvre de techniques spécifiques	Article R.4311-10	Le contenu de l'Article R.4311-10 est identique à celui de l'ancien article 9
Article 10 – concernait les actes des infirmiers anesthésistes	Article R.4311-12	Le contenu de l'Article R.4311-12 est identique à celui de l'ancien article 10

Ancien	Nouveau	Ce qui change
Article 11 – concernait les actes effectués en priorité par les puéricultrices	Article R.4311-13	Le contenu de l'Article R.4311-13 est identique à celui de l'ancien article 11
Article 12 – concernait les actes effectués en priorité par les infirmiers de blocs opératoires	Article R.4311-11	Le contenu de l'Article R.4311-11 modifie l'ancien article 12 uniquement dans son libellé. Le reste demeure inchangé
Articles 13 – définissait le cadre d'intervention en cas d'urgence et en l'absence du médecin	Article R.4311-14	Le contenu de l'Article R.4311-14 est identique à celui de l'ancien article 13
Article 14 – définissait le cadre d'intervention de l'infirmier à l'occasion d'action d'éducation à la santé, la formation, la recherche ainsi que les actions coordonnées dans le secteur de la santé et le secteur médico social	Article R.4311-15	Le contenu de l'Article R.4311-15 est identique à celui de l'ancien article 14

Désormais les textes régissant les règles professionnelles et les actes des infirmiers sont inscrits dans le Code de santé publique.

Parmi les règles qui encadrent l'exercice de la profession d'infirmier en France il y a qui sont disciplinaires.

Certaines s'appliquent aux professionnels infirmiers libéraux, d'autres aux professionnels infirmiers salariés et, enfin d'autres sont communes (voir Code de la santé publique – règles professionnelles).

## Infirmiers libéraux

► DEPUIS LA LOI 2002-303 du 4 mars 2004 insérée dans le code de santé publique, il est instauré un **Conseil des professions, d'infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, orthophoniste et orthoptiste** dont les missions sont :

- la participation au respect des règles professionnelles;
- le respect des bonnes pratiques paramédicales;
- le maintien des connaissances professionnelles;
- le respect des principes de moralités et de probité;
- l'instauration de missions de conciliation en cas de litiges entre professionnels;
- de suspendre un professionnel libéral en cas d'infirmité ou d'état pathologique.

Ce conseil a une mission de protection de l'utilisateur car il a le pouvoir de contrôler l'exercice de la profession d'infirmier libéral entre autre.

Ce conseil est composé au niveau régional, de collègues, d'une **chambre disciplinaire** de première instance. Il est également composé d'une assem-

blée interprofessionnelle. Il existe la même organisation au niveau national et, dans ce cas la chambre de discipline est une chambre d'appel.

Les chambres ne peuvent statuer en cas de fautes de paramédicaux salariés.

► LES SANCTIONS POSSIBLES :

- l'avertissement;
- le blâme;
- l'interdiction temporaire avec ou sans sursis d'exercer à titre libéral;
- la radiation.

► EXEMPLES :

Les sanctions sont administrées à la suite de plaintes de patients (non respect des règles, insuffisance professionnelle, mauvais traitement, faute d'hygiène et d'asepsie...).

**Attention à ne pas confondre ce Conseil avec le CSPPM.**

## Infirmiers salariés

Que vous soyez salarié du secteur public ou du secteur privé, il y a toujours la notion d'erreur et/ou de faute qui rentre en ligne de compte dans l'exercice de votre profession (cf chapitre sur la responsabilité).

Malgré la notion de faute, il peut y avoir également la notion de dangerosité réelle ou potentielle d'un salarié que se trouve dans un état pathologique rendant son exercice impossible.

Dans ce cas, il est du ressort du tribunal de grande instance de prononcer la suspension.

Il en est de même, lorsqu'un employeur prend des mesures de licenciement, de révocation ou suspension d'un infirmier pour un motif de danger grave; l'employeur doit informer le représentant de l'état dans le département- c'est-à-dire la direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

Sources : [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) - code de la santé publique - Titre IX organisation de certaines professions paramédicales.

## Exercice illégal de la profession d'infirmier (usurpation de titre par exemple, détention de faux diplômes)

Il est puni selon l'article L. 4314-4 du code de la santé publique.

► LES PEINES PRONONCÉES PEUVENT ÊTRE :

- de deux ans de prison et 30 000 € d'amende;
- de l'interdiction temporaire pour un maximum de 5 ans;
- de l'interdiction définitive d'exercer la profession d'infirmier.

Comme pour les médecins et autres professionnels de la santé, il est interdit aux infirmiers de percevoir, quelque soit la forme, des émoluments, que ce soit de façon directe ou détournée, de la part d'entreprise qui commercialisent des produits (médicaments, appareillages...) remboursables par les caisses d'assurances maladie, sous peine de deux ans de prison et de 75 000 € d'amende (d'après l'article L. 4314-6 du CSP).

## Décret n° 2004-800 du 29 juillet 2004 inséré au Code de la santé publique

### Chapitre I<sup>er</sup> Exercice de la profession

#### Actes professionnels

#### CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (Nouvelle partie Réglementaire)

#### Section 1 : Actes professionnels

#### Article R. 4311-1

L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel.

Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

#### Article R. 4311-2

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 :

1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social;

2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions;

3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes;

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;

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

**Article R. 4311-3**

Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière 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.

Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

**Article R. 4311-4**

Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3.

**Article R. 4311-5**

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- 1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement.
- 2° Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire.
- 3° Dépistage et évaluation des risques de maltraitance.
- 4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable.
- 5° Vérification de leur prise.
- 6° Surveillance de leurs effets et éducation du patient.
- 7° Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-7 et changement de sonde d'alimentation gastrique.
- 8° Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale.
- 9° Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales.
- 10° Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale.
- 11° Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile.
- 12° Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap.
- 13° Préparation et surveillance du repos et du sommeil.

14° Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation.

15° Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé.

16° Ventilation manuelle instrumentale par masque.

17° Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil.

18° Administration en aérosols de produits non médicamenteux.

19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur.

20° Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux.

21° Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7.

22° Prévention et soins d'escarres.

23° Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses.

24° Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques.

25° Toilette périnéale.

26° Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires.

27° Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention.

28° Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux.

29° Irrigation de l'œil et instillation de collyres.

30° Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales.

31° Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9.

32° Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique.

33° Pose de timbres tuberculiques et lecture.

34° Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci.

35° Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments.

36° Surveillance des cathéters, sondes et drains.

37° Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examen non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels.

38° Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables.

39° Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :

- a) Urines : glycosurie sétonaire, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH.

b) Sang : glycémie, acétonémie.

40° Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire.

41° Aide et soutien psychologique.

42° Observation et surveillance des troubles du comportement.

#### Article R. 4311-6

Dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants :

1° Entretien d'accueil du patient et de son entourage.

2° Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe.

3° Surveillance des personnes en chambre d'isolement.

4° Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient.

#### Article R. 4311-7

L'infirmier ou 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 :

1° Scarifications, injections et perfusions autres que celles mentionnées au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9, instillations et pulvérisations.

2° Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiques.

3° Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne.

4° Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin.

5° Injections et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :

a) De produits autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9.

b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article R. 4311-12.

Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier ou l'infirmière et transcrit dans le dossier de soins infirmiers.

6° Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article R. 4311-5.

7° Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets.

8° Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux.

9° Réalisation et surveillance de pansements spécifiques.

10° Ablation du matériel de réparation cutanée.

11° Pose de bandages de contention.

12° Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention.

13° Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux.

14° Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique.

15° Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10.

16° Instillation intra-urétrale.

17° Injection vaginale.

18° Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal.

19° Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie.

20° Soins et surveillance d'une plastie.

21° Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies.

22° Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin.

23° Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie.

24° Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux.

25° Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale.

26° Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin.

27° Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses.

28° Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-10.

29° Mesure de la pression veineuse centrale.

30° Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils.

31° Pose d'une sonde à oxygène.

32° Installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare.

33° Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique.

34° Saignées.

35° Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux.

36° Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie.

37° Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles.

38° Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions.

39° Recueil aseptique des urines.

40° Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale.

41° Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins.

42° Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapeutique.

43° Mise en œuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient, et des protocoles d'isolement.

#### Article R. 4311-8

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements analgésiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

#### Article R. 4311-9

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :

1° Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ou l'infirmière.

2° Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters péridurax et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection.

3° Préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle.

4° Ablation de carbéters centraux et intrathécaux.

5° Application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical.

6° Pose de dispositifs d'immobilisation.

7° Utilisation d'un défibrillateur manuel.

8° Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-12.

9° Techniques de régulation thermique, y compris en milieu psychiatrique.

10° Cures de sevrage et de sommeil.

#### Article R. 4311-10

L'infirmier ou l'infirmière participe à la mise en œuvre par le médecin des techniques suivantes :

1° Première injection d'une série d'allergènes.

2° Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention.

3° Enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs.

4° Prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant autres que celles mentionnées à l'article R. 4311-7.

5° Actions mises en œuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale.

6° Explorations fonctionnelles comportant des épreuves pharmacodynamiques, d'effort, de stimulation ou des tests de provocation.

7° Pose de systèmes d'immobilisation après réduction.

8° Activités, en équipe pluridisciplinaire, de transplantation d'organes et de greffe de tissus.

9° Transports sanitaires :

a) Transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation.

b) Transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de santé effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation.

10° Sismothérapie et insulinothérapie à visée psychiatrique.

#### Article R. 4311-11

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

1° Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire.

2° Élaboration et mise en œuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés.

3° Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention.

4° Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés.

5° 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'État 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.

#### Article R. 4311-12

L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'État, est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :

1° Anesthésie générale.



2° Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur.

3° Réanimation péroperatoire.

Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole. En salle de surveillance postinterventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux 1°, 2° et 3° et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques.

Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'État.

L'infirmier ou l'infirmière, en cours de formation préparant à ce diplôme, peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'État.

#### Article R. 4311-13

Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'État de puéricultrice et l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme :

1° Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie.

2° Surveillance du régime alimentaire du nourrisson.

3° Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps.

4° Soins du nouveau-né en réanimation.

5° Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie.

#### Article R. 4311-14

En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, 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 obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier 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.

#### Article R. 4311-15

Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose

des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :

1° Formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé.

2° Encadrement des stagiaires en formation.

3° Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires.

4° Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité.

5° Dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives.

6° Éducation à la sexualité.

7° Participation à des actions de santé publique.

8° Recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire.

Il participe également à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire, ainsi qu'à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes.

## Chapitre II Règles professionnelles

### Section 1 : Dispositions communes à tous les modes d'exercice

#### Devoirs généraux

##### Article R. 4312-1

Les dispositions du présent chapitre s'imposent à toute personne exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière telle qu'elle est définie à l'article L. 4311-1, et quel que soit le mode d'exercice de cette profession.

##### Article R. 4312-2

L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille.

##### Article R. 4312-3

L'infirmier ou l'infirmière n'accomplit que les actes professionnels qui relèvent de sa compétence en vertu des dispositions de la section 1 du chapitre Ier du présent titre, prises en application des articles L. 4161-1, L. 4311-1 et L. 6211-8.

##### Article R. 4312-4

Le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris. L'infirmier ou l'infirmière instruit ses collaborateurs de leurs obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment.

Hidden page

qualité qu'exige son exercice professionnel et n'est pas eselu par la réglementation en vigueur.

#### Article R. 4312-21

Est interdite à l'infirmier ou à l'infirmière toute forme de comérage, notamment avec des personnes exerçant une profession médicale ou paramédicale, des pharmaciens ou des directeurs de laboratoires d'analyses de biologie médicale, des établissements de fabrication et de vente de remèdes, d'appareils, de matériels ou de produits nécessaires à l'exercice de sa profession ainsi qu'avec tout établissement de soins, médico-social ou social.

#### Article R. 4312-22

L'infirmier ou l'infirmière auquel une autorité qualifiée fait appel soit pour collaborer à un dispositif de secours mis en place pour répondre à une situation d'urgence, soit en cas de sinistre ou de calamité, doit répondre à cet appel et apporter son concours.

#### Article R. 4312-23

L'infirmier ou l'infirmière peut exercer sa profession dans un local aménagé par une entreprise ou un établissement pour les soins dispensés à son personnel.

#### Article R. 4312-24

Dans le cas où il est interrogé à l'occasion d'une procédure disciplinaire, l'infirmier ou l'infirmière est tenu, dans la mesure compatible avec le respect du secret professionnel, de révéler les faits utiles à l'instruction parvenus à sa connaissance.

### Devoirs envers les patients

#### Article R. 4312-25

L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quels que soient l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses moeurs, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation.

#### Article R. 4312-26

L'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient.

#### Article R. 4312-27

Lorsqu'il participe à des recherches biomédicales, l'infirmier ou l'infirmière doit le faire dans le respect des dispositions du titre II du livre Ier de la partie I du présent code.

#### Article R. 4312-28

L'infirmier ou l'infirmière peut établir pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant tous les éléments relatifs à son propre rôle et permettant le suivi du patient.

L'infirmier ou l'infirmière, quel que soit son mode d'exercice, doit veiller à la protection contre toute indiscrétion de ses fiches de soins et des documents qu'il peut détenir concernant les patients qu'il prend en charge. Lorsqu'il a recours à des procédés informatiques, quel que soit le moyen de stockage des données, il doit prendre toutes les mesures qui sont de son ressort pour en assurer la protection, notamment au regard des règles du secret professionnel.

#### Article R. 4312-29

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 vérifie et respecte la date de péremption et le mode d'emploi des produits ou matériels qu'il utilise.

Il doit demander au médecin prescripteur un complément d'information chaque fois qu'il le juge utile, notamment s'il estime être insuffisamment éclairé.

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.

Chaque fois qu'il l'estime indispensable, l'infirmier ou l'infirmière demande au médecin prescripteur d'établir un protocole thérapeutique et de soins d'urgence écrit, daté et signé.

En cas de mise en oeuvre d'un protocole écrit de soins d'urgence ou d'actes conservatoires accomplis jusqu'à l'intervention d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière remet à ce dernier un compte rendu écrit, daté et signé.

#### Article R. 4312-30

Dès qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier ou l'infirmière est tenu d'en assurer la continuité, sous réserve des dispositions de l'article R. 4312-41.

#### Article R. 4312-31

L'infirmier ou l'infirmière chargé d'un rôle de coordination et d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les infirmiers ou infirmières, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et par les étudiants infirmiers placés sous sa responsabilité.

#### Article R. 4312-32

L'infirmier ou l'infirmière informe le patient ou son représentant légal, à leur demande, et de façon adaptée, intelligible et loyale, des moyens ou des techniques mis en oeuvre. Il en est de même des soins à propos desquels il donne tous les conseils utiles à leur bon déroulement.

### Devoirs envers les patients

#### Article R. 4312-25

L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quels que soient l'origine de cette personne, son sexe,

son âge, son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses mœurs, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation.

#### **Article R. 4312-26**

L'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient.

#### **Article R. 4312-27**

Lorsqu'il participe à des recherches biomédicales, l'infirmier ou l'infirmière doit le faire dans le respect des dispositions du titre II du livre Ier de la partie I du présent code.

#### **Article R. 4312-28**

L'infirmier ou l'infirmière peut établir pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant tous les éléments relatifs à son propre rôle et permettant le suivi du patient.

L'infirmier ou l'infirmière, quel que soit son mode d'exercice, doit veiller à la protection contre toute indiscretion de ses fiches de soins et des documents qu'il peut détenir concernant les patients qu'il prend en charge. Lorsqu'il a recours à des procédés informatiques, quel que soit le moyen de stockage des données, il doit prendre toutes les mesures qui sont de son ressort pour en assurer la protection, notamment au regard des règles du secret professionnel.

#### **Article R. 4312-29**

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 vérifie et respecte la date de péremption et le mode d'emploi des produits ou matériels qu'il utilise.

Il doit demander au médecin prescripteur un complément d'information chaque fois qu'il le juge utile, notamment s'il estime être insuffisamment éclairé.

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.

Chaque fois qu'il l'estime indispensable, l'infirmier ou l'infirmière demande au médecin prescripteur d'établir un protocole thérapeutique et de soins d'urgence écrit, daté et signé.

En cas de mise en œuvre d'un protocole écrit de soins d'urgence ou d'actes conservatoires accomplis jusqu'à l'intervention d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière remet à ce dernier un compte rendu écrit, daté et signé.

#### **Article R. 4312-30**

Dès qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier ou l'infirmière est tenu d'en assurer la continuité, sous réserve des dispositions de l'article R. 4312-41.

#### **Article R. 4312-31**

L'infirmier ou l'infirmière chargé d'un rôle de coordination et d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les infirmiers ou infirmières, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et par les étudiants infirmiers placés sous sa responsabilité.

#### **Article R. 4312-32**

L'infirmier ou l'infirmière informe le patient ou son représentant légal, à leur demande, et de façon adaptée, intelligible et loyale, des moyens ou des techniques mis en œuvre. Il en est de même des soins à propos desquels il donne tous les conseils utiles à leur bon déroulement.

### **Infirmiers ou infirmières d'exercice libéral**

#### **Devoirs généraux**

#### **Article R. 4312-33**

L'infirmier ou l'infirmière doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation adaptée et de moyens techniques suffisants pour assurer l'accueil, la bonne exécution des soins et la sécurité des patients.

#### **Article R. 4312-34**

L'infirmier ou l'infirmière ne doit avoir qu'un seul lieu d'exercice professionnel. Toutefois, par dérogation à cette règle, il peut avoir un lieu d'exercice secondaire dès lors que les besoins de la population, attestés par le préfet, le justifient. L'autorisation d'exercer dans un lieu secondaire est donnée par le préfet, à titre personnel et non cessible. Elle est retirée par le préfet lorsque les besoins de la population ne le justifient plus, notamment en raison de l'installation d'un autre infirmier.

Les dispositions du présent article ne font pas obstacle à l'application par les sociétés civiles professionnelles d'infirmiers et leurs membres de l'article R. 4381-88.

#### **Article R. 4312-35**

Toute association ou société entre des infirmiers ou infirmières doit faire l'objet d'un contrat écrit qui respecte l'indépendance professionnelle de chacun d'eux.

#### **Article R. 4312-36**

L'exercice forain de la profession d'infirmier ou d'infirmière est interdit.

#### **Article R. 4312-37**

La profession d'infirmier ou d'infirmière ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Tous les procédés directs ou indirects de réclame ou publicité sont interdits aux infirmiers ou infirmières.

L'infirmier ou l'infirmière ne peut faire figurer sur sa plaque professionnelle, sur ses imprimés professionnels, des annuaires téléphoniques ou professionnels ou sur des annonces que ses nom, prénoms, titres, diplômes et, le cas échéant, lieu de délivrance, certificats ou attestations reconnus par le ministre chargé de la santé, adresse et téléphone professionnels et horaires d'activité.

Hidden page

Hidden page

Les professions soignantes sont organisées à la fois pour répondre aux besoins des personnes soignées mais aussi pour assumer les tâches de gestion et permettre un fonctionnement rationnel des unités de soins.

Dans les établissements publics de santé, le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 organise

le corps des directeurs de soins et regroupe tous les personnels soignants paramédicaux dans une direction des soins, dont la direction est confiée au directeur des soins coordonnateur général des soins.

Cette entité contribue à fédérer et organiser les activités de soins.

## La direction des soins

### Missions

La direction des soins (DS) est la nouvelle organisation de l'ancienne direction du service de soins infirmiers (DSSI) mais elle en diffère par de nombreux points. Tout d'abord, elle est rattachée directement au chef d'établissement et elle devient *de facto* une direction fonctionnelle bien que la gestion du corps des directeurs des soins reste encore à l'échelon local. Elle a une relation très forte avec la direction des ressources humaines avec laquelle elle participe à la gestion du personnel. Comme toutes les autres directions fonctionnelles de l'établissement public de santé, la direction des soins participe aux missions de l'hôpital public et à la définition des projets.

Les missions définies à l'article 4 du décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 sont celles du coordonnateur général des soins mais en fait celles de la direction des soins :

- il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement;
- il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité;
- il participe, en liaison avec le corps médical et l'encadrement des services administratifs, logistiques, socio-éducatifs et techniques, à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins;

- il participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation;
- il contribue à l'élaboration des programmes de formation et est responsable des étudiants lors de leurs stages au sein de l'établissement. Le cas échéant, il est membre de droit des conseils techniques des écoles ou instituts de formation des professionnels de soins de l'établissement;
- il favorise le développement de la recherche, détermine une politique d'évaluation des pratiques de soins et collabore à la gestion des risques;
- il remet au directeur un rapport annuel d'activité des services de soins, qui est intégré au rapport annuel d'activité de l'établissement présenté aux différentes instances.

Par comparaison avec l'ancienne DSSI, les points nouveaux pour la direction des soins sont :

- la mise en œuvre des activités de soins;
- l'élaboration du projet de soins et mise en œuvre de l'amélioration continue de la qualité;
- la responsabilité des étudiants en stage;
- la collaboration à la gestion des risques;
- le positionnement comme membre de droit des conseils techniques des écoles et instituts de formation.

### Le coordonnateur général des soins

Le coordonnateur général est nommé par le chef d'établissement et relève directement de lui pour

Hidden page



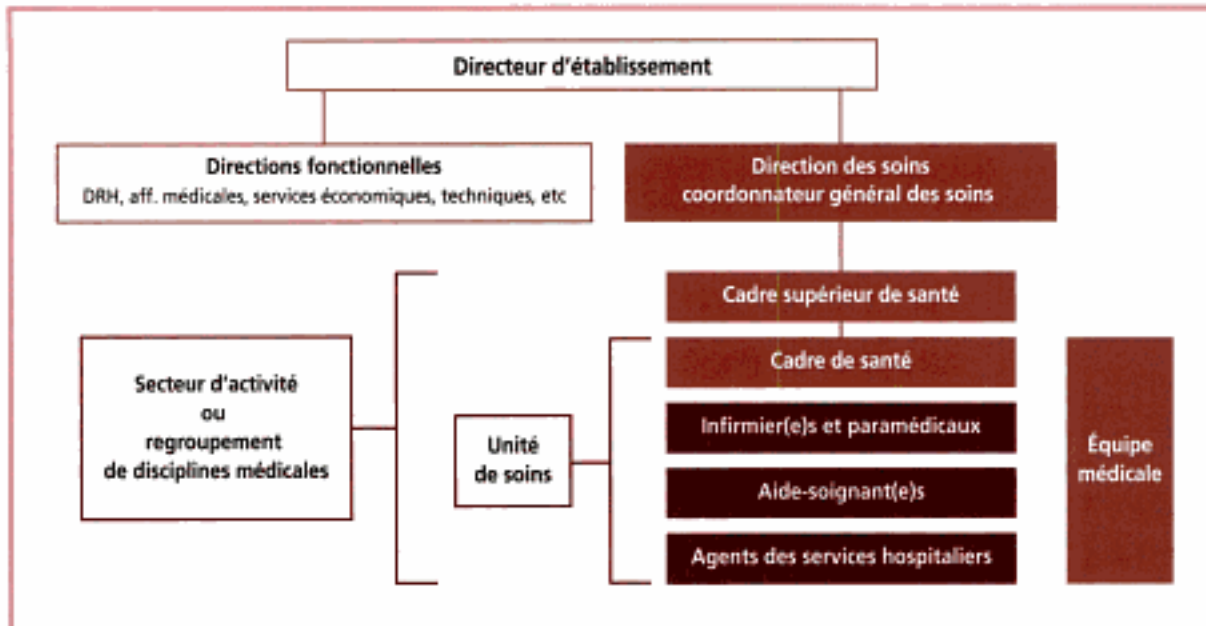


Figure 6.1. Organigramme des services de soins infirmiers.

Il est responsable et garant :

- de la qualité des soins réalisés à partir ou non des prescriptions médicales (selon le texte qui régit les actes d'une profession paramédicale)<sup>2</sup> en collaboration avec l'équipe médicale;
- de la transmission de l'information;
- du respect du secret professionnel et de la confidentialité des informations concernant les patients;
- du bien-être du malade ainsi que de l'accueil et la prise en charge des familles;
- de l'encadrement des stagiaires et futurs professionnels.

► **INFIRMIER DIPLÔMÉ D'ÉTAT (IDE)**. En référence au CSP, articles R. 4312-1 à R. 4312-49 relatif aux règles professionnelles, l'infirmier exerce sa compétence dans le cadre du CSP, articles R. 4311-1 et suivantes. Cette fonction comprend :

- l'organisation, la dispensation et l'évaluation des soins aux patients en collaboration, avec les aides-soignants<sup>3</sup> et auxiliaires de puériculture et les autres professionnels de santé;
- la gestion du dossier de soins et l'élaboration de diagnostics infirmiers;

- l'information du malade, en lien avec le corps médical;
- l'encadrement des stagiaires;
- la gestion des rendez-vous d'examen, des commandes de matériels, de l'approvisionnement de la pharmacie.

Elle doit veiller à respecter, pour ce qui la concerne, la charte du malade et se conformer aux orientations et directives fixées par le responsable médical de l'unité et l'encadrement infirmier.

Elle assure la responsabilité des actes qu'elle est habilitée à effectuer (article R. 4312-14). Selon les secteurs d'activité, on peut faire appel à des personnels spécialisés :

- pédiatrie, néonatalogie → infirmière puéricultrice diplômée d'État (12 mois de formation après le diplôme d'État);
- bloc opératoire → infirmier de bloc opératoire diplômé d'État (18 mois de formation après le diplôme d'État),
- anesthésie, SSPI (salle de surveillance post-interventionnelle) → infirmier anesthésiste diplômé d'État (2 ans de formation après le diplôme d'État).

L'infirmier se doit de participer à des actions de formation pour perfectionner son exercice professionnel, acquérir et maîtriser de nouvelles techniques

2. Voir chapitres précédents.

3. Lire partout aide-soignant, aide-soignante.

Hidden page

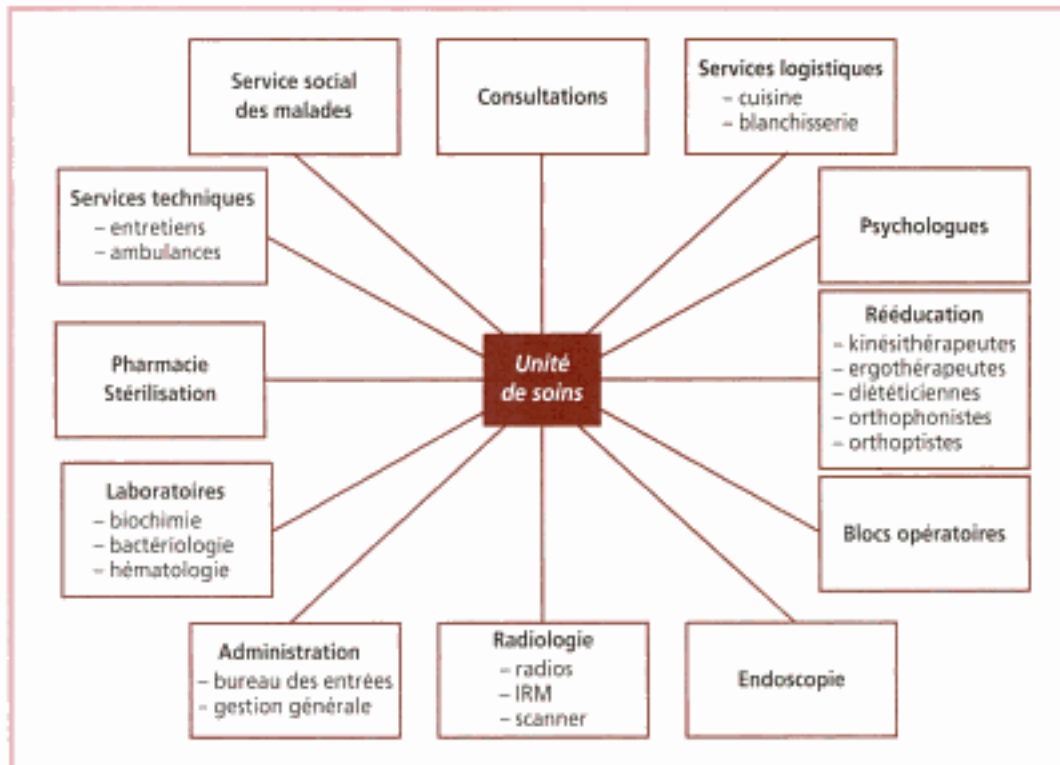


Figure 6.2. Interactions entre unités de soins et autres partenaires du soin.

Aujourd'hui, la capacité « idéale » d'une unité se situe entre 20 et 25 lits, favorisant à la fois une connaissance précise des patients et une efficacité plus importante du personnel qui y est affecté.

### Organisation en pôles d'activité

L'ordonnance du 2 mai 2005 a prévu que les établissements publics de santé soient organisés en pôles d'activité. Il s'agit du regroupement de services et de départements dans une logique de discipline ou de réseau et qui acceptent de travailler ensemble. Cette organisation est validée par la commission médicale d'établissement et le conseil d'administration de l'établissement. Un règlement intérieur de pôle prévoit les modalités d'organisation des pôles et surtout les rapports financiers établis entre le directeur de la structure et le médecin-chef de pôle assistés d'un cadre de santé et d'un cadre administratif.

Cette nouvelle organisation n'a pas qu'un intérêt financier, même si le contrat de pôle peut être très incitateur dans une direction précise, il présente aussi un attrait dans le cadre de l'organisation des disciplines médicales dans un sens de complémen-

tarité et de synergie. Le conseil de pôle, organe d'assemblée élu, remplace les conseils de services pour permettre l'expression de l'ensemble du personnel.

Les organisations préexistantes ne sont pourtant pas abrogées : fédérations, départements ou services. Cette logique de strates superposées ne facilite pas la compréhension de l'organisation. À terme, sans doute sera-t-il utile de la réviser.

### Les réseaux

L'organisation de la prise en charge du patient ne repose plus sur l'exclusivité de l'activité hospitalière. Les réseaux de soins sont tournés vers l'efficacité du soin au patient avec une organisation alliant le médecin traitant et la médecine de ville, les soins à domicile (hospitalisation à domicile, service de soins à domicile pour personnes âgées, centres de soins infirmiers etc.), les associations (services d'auxiliaires de vie) et les centres communaux d'action sociale (portage de repas, aides à domicile...) sont traités. Les aspects sociaux de la prise en charge, les aspects sanitaires, l'accompagnement du patient et de la famille ne sont pas oubliés.

### Organisation des soins

Négociée en équipe, basée sur des concepts éprouvés, l'organisation s'appuie sur différents éléments.

► **LES EFFECTIFS.** La logique de qualité actuellement affichée voudrait que le nombre global et la répartition journalière qualitative et quantitative des personnels correspondent à la charge de travail constatée dans une unité.

Il existe plusieurs méthodes permettant d'apprécier et de répondre à la charge en soins (PRN<sup>4</sup>, SIIPS<sup>5</sup>) qu'il s'agisse de soins donnés ou de soins requis.

Cependant, plusieurs facteurs concourent aujourd'hui à complexifier et à augmenter l'activité des soignants :

- le développement des nouvelles technologies médicales qui réduit le temps d'hospitalisation et accentue le « turn-over » des malades;
- le vieillissement de la population qui conduit à prendre en charge des personnes de plus en plus dépendantes;
- la pression économique de réduction des dépenses de santé qui ne permet pas toujours d'avoir des effectifs correspondant à l'activité et aux besoins.

Ces constats ont poussé les soignants à faire preuve d'adaptabilité et de disponibilité.

L'obligation de continuité des soins 24 heures /24 est une contrainte naturelle acceptée par le personnel mais la gestion des plannings avec l'organisation des différents postes de travail (matin, après-midi et nuit) en fonction des besoins réels est de plus en plus souvent, pour le cadre, une gageure difficile à relever.

S'ajoute, pour la direction des soins, l'obligation réglementaire de gérer tous les paramédicaux dans des unités ou services où les anciens infirmiers généraux n'avaient pas l'habitude de se rendre.

### Absentéisme

L'absentéisme est caractérisé par plusieurs éléments. Traditionnellement, on retrouve les trois grandes catégories d'absences : accidents du travail, maladie et maternité. Les accidents du travail – ainsi que les maladies professionnelles – font l'objet d'un suivi particulier par la médecine de santé au travail qui donnent lieu à des statistiques

(par exemple : nombre total de jours d'absence par rapport au nombre de journées théoriques travaillées = taux d'absentéisme), mais surtout à la recherche des causes pour faire diminuer les risques (chutes sur sol glissant, accident d'exposition au sang, violences, port de charge lourde etc.).

Les absences pour maladie sont une des causes principales des absences au travail, avec les absences liées à la grossesse. Ces absences bien souvent inopinées sont un véritable défi pour l'encadrement pour assurer les remplacements et délivrer la même qualité de soins, quels que soient les événements. Les pools de remplacements (général ou par secteur ou pôle) permettent en partie de combler les effectifs manquants, sur des courtes périodes mais des mensualités spécifiques doivent être prévues à la direction des ressources humaines pour les absences plus longues avec des recrutements de personnels sous contrat sur des durées variables.

Enfin, d'autres absences liées à la famille (enfant malade ou décès d'un proche par exemple) ou à la formation continue, ou bien encore aux activités syndicales doivent être gérées pour assurer une qualité égale de la prestation.

► **LA RÉPARTITION DES TÂCHES ET ACTIVITÉS FONDÉE À LA FOIS SUR LES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES ET SUR LA SYNERGIE DES DIFFÉRENTES FONCTIONS.** Actuellement, la **sectorisation** des activités, qui conduit un binôme infirmier/aide-soignant à prendre en charge complètement un nombre défini de patients, est généralement mise en place. Cette organisation améliore l'approche relationnelle des malades et des familles et leur information, permet une meilleure planification des tâches et des soins à travers une connaissance précise de leur état et de leurs besoins, en respectant les règles d'hygiène pour éviter l'apparition d'infections nosocomiales (parcours de soins allant du malade aseptique au malade septique).

La sectorisation permet aussi de diminuer les déplacements et dérangements liés aux interférences qui interrompent l'activité : téléphone, renseignements, sonnettes des malades, prise de rendez-vous, etc.

En effet, il y a moins de temps perdu à chercher le bon interlocuteur pour donner des renseignements aux médecins ou aux proches, ou à demander de l'aide pour la mobilisation d'un patient par exemple.

4. PRN: projet de recherche en nursing, adapté par S. Gaubert.

5. SIIPS: soins infirmiers individualisés à la personne soignée, par M.-C. Beaujon.

Enfin, les **conseils de pôle**, instaurés par l'ordonnance du 2 mai 2005 offrent aux personnels médicaux et non médicaux des unités de soins, l'opportunité de débattre des problèmes et de rechercher ensemble les solutions organisationnelles et/ou matérielles qui amélioreraient les prestations de soins.

### Charge de travail

► IL EXISTE PLUSIEURS MÉTHODES DE MESURE DE LA CHARGE DE TRAVAIL :

- **PENDISCAN** élaboré par l'École Nationale de la Santé Publique à Rennes et qui évalue la dépendance et compare le profil de dépendance d'une unité de soins à l'autre.

- **PRN** (projet de recherche en nursing) élaboré par une équipe canadienne. Cette méthode évalue les soins requis de manière prospective (la veille pour le lendemain) et mesure la charge de travail en soins directs et soins indirects.

- **SIIPS** (soins infirmiers individualisés à la personne soignée) élaboré par Marie-Claude Beaughon, ancienne infirmière générale. Cette méthode est rétrospective (hebdomadaire ou pour le séjour) et mesure les soins directs au malade sous forme de coefficients pour 3 classifications de soins (base, techniques ou relationnels / éducatifs).

Ces méthodes de mesure de la charge en soins sont maintenant informatisées dans les logiciels de gestion du dossier du patient. Elles sont bien entendu complémentaires des audits qui regardent eux la qualité des soins par rapport aux référentiels.

### Management de l'équipe

L'équipe de soins est une entité composée d'individus de formation et de compétences différentes. La responsabilité hiérarchique des personnels du service incombe au cadre au travers de la direction des soins, mais le médecin chef de service, responsable de l'organisation de son unité, peut intervenir dans la gestion fonctionnelle de l'équipe.

Dans la réalité, c'est bien le cadre de santé qui donne du sens à l'équipe, qui en assure la cohésion, qui favorise l'émergence d'un sentiment d'appartenance, ciment d'une organisation efficace. Il lui faut trouver le juste équilibre entre les fonctions qu'il peut parfois déléguer mais qu'il doit gérer personnellement.

Le cadre doit aussi garantir le respect des compétences et des rôles de chacun des membres de l'équipe, quelles que soient la formation initiale et la place dans le système de travail, en toute **équité**.

Il n'y a pas de principe d'organisation unique et idéal mais des applications adaptées aux situations rencontrées. Le cadre doit choisir la bonne méthode au bon moment.

- **L'approche directive**, qui ne laisse pas de place à la négociation, s'utilise en général dans tout ce qui touche à l'application des règlements, protocoles et procédures ainsi que dans les situations d'urgence.

- **Le management participatif**, en revanche, permet l'expression de la créativité, de l'adaptabilité des personnes, soit à leur poste de travail, soit dans la distribution temporelle des activités, soit, par exemple, dans la gestion de leur planning de travail. L'essentiel est de préciser d'emblée l'espace de négociation, afin de ne pas générer de frustration : il est très dommageable de demander à des individus d'exprimer leur avis pour finalement arriver à autre chose.

Cette remarque peut sembler relever du truisme mais les problèmes qui surgissent quelquefois dans les relations interpersonnelles ou entre un cadre et son équipe sont le plus souvent dus à des fautes élémentaires dans le management.

En l'absence du cadre de santé, l'infirmier devient responsable de la gestion des soins et de l'organisation des activités.

Néanmoins, la délégation de fait ne supprime pas la responsabilité et le cadre reste, même en son absence, responsable de droit de la bonne marche du service, de l'application des consignes et du respect des protocoles établis.

## Qualité des soins

La qualité des soins est le maître-mot des professions de santé, médicales et non médicales, qui, depuis Hippocrate, devrait présider à toutes les actions réalisées au profit des malades.

Plus récemment, les ordonnances de 1996 ont, entre autres décisions, prévu d'accélérer ce processus pour à la fois élaborer des critères de qualité des soins et en prévoir l'évaluation.

L'inscription dans une démarche continue d'amélioration de la qualité passe par deux étapes concou-

Hidden page

quels partenaires sont sollicités, etc., sont autant de questions parmi d'autres.

À l'intérieur même du service d'hospitalisation, il faut mettre en œuvre des moyens coordonnés pour que le patient puisse être traité comme une entité : chaîne des rendez-vous programmés, examens prévus, consultations organisées, etc.

Le rôle du cadre de santé est fondamental dans l'organisation mais aussi celui des paramédicaux au lit du patient est primordial pour la qualité du séjour et la qualité des soins.

## Évaluation des pratiques professionnelles

L'évaluation, en ce qui nous concerne, est un procédé consistant à mesurer l'écart existant entre une pratique observée et une pratique préalablement définie comme optimale. La pratique observée est aussi bien celle du processus, c'est-à-dire de l'action en tant que telle, que celle des résultats c'est-à-dire la vérification de l'atteinte des objectifs fixés. Le concept d'évaluation comprend deux volets : une notion de contrôle avec l'évaluation normative ou l'évaluation formative qui vise l'atteinte d'un résultat, d'un bilan, donné sous forme de note chiffrée, et une notion de mesure des écarts.

Dans le domaine de la santé, ce concept a fait son entrée dans le Code de la santé publique (art. L. 6113-1) mais l'évaluation ne porte pas uniquement sur les activités mais aussi sur les pratiques et la prise en charge (art. L. 6113-2 du CSP).

Les professions médicales et paramédicales ont aussi engagé des actions d'évaluation ; elles sont parfois obligatoires, comme pour les médecins : décret n° 99-1130 du 28 décembre 1999 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'analyse des dépenses médicales, ou pour les infirmiers : série des guides du service infirmier publiée aux *Journaux officiels*.

Enfin, ces pratiques d'évaluation reposent sur une norme, admise par l'expertise : il s'agit des bonnes pratiques dont il existe plusieurs exemples : bonnes pratiques de pharmacie hospitalière, bonne exécution des analyses de biologie médicale, etc.

Il n'est actuellement plus envisageable de monter un projet ou de demander des fonds sans proposer une évaluation des actions mises en œuvre.

### Protocoles de soins

Les protocoles de soins sont des documents précisant les règles de réalisation des techniques, prescriptions et autres actes de soins. En fonction du geste à réaliser, ils doivent aborder l'ensemble des points à considérer :

- indications ;
- précautions à prendre ;
- matériel à utiliser ;
- installation du malade ;
- déroulement de l'action ;
- réinstallation du malade (sans oublier si besoin de l'informer sur les incidents ou désagréments possibles *a posteriori*) ;
- nettoyage et rangement du matériel ...

Ces protocoles sont alors examinés et validés (signés) par des professionnels de référence :

- CLIN<sup>6</sup> pour les protocoles touchant à l'hygiène, à l'asepsie, aux procédures d'isolement ;
- groupe de soignants concernés pour les actes techniques ;
- Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques pour les protocoles touchant au rôle propre.

Chaque établissement peut imaginer son propre mode de validation des protocoles proposés mais il y a un intérêt évident à solliciter, pour faire partie d'un groupe référent, des personnes ayant l'expérience, la compétence et la connaissance suffisantes pour avoir une crédibilité institutionnelle indiscutable — la présence de médecins dans ces groupes est hautement souhaitable.

Chaque protocole est alors répertorié et fait l'objet d'une diffusion générale. Chaque chef de service et/ou d'unité doit en avoir connaissance et en valider l'utilisation dans son propre service : cette diffusion lui permet de connaître les conditions de réalisation d'un geste qu'il n'effectue pas lui-même. Un protocole a un impact institutionnel et s'impose à tous comme la référence de bonnes pratiques. Les cadres infirmiers sont les garants du respect de ces protocoles et en rappellent les modalités aussi souvent que nécessaire.

Néanmoins, disposer de protocoles ne suffit pas. Les soignants doivent prévoir la façon dont chacun pourra vérifier s'il a ou non respecté le bon

6. CLIN : comité de lutte contre les infections nosocomiales.

déroulement de l'acte de soins décrit dans le protocole.

### **Évaluation de la qualité des soins**

► **L'ÉVALUATION DE LA PRESTATION** est un exercice qui rebute les professionnels du fait du regard inquisiteur de l'évaluateur. Si cette pratique d'évaluation va devenir générale grâce à la version 2 de la certification des établissements de santé, il faut impérativement préciser qu'il s'agit de l'évaluation de la pratique de l'évalué (le professionnel) et non l'évaluation de l'évalué lui-même. Une fois ce principe posé, il est sans doute plus facile de comprendre le but recherché. En effet, à partir de normes admises par tous (par exemple le manuel de certification des établissements de santé établi par la Haute Autorité en Santé), les pratiques professionnelles sont analysées et les résultats permettent l'élaboration des outils visant à l'amélioration. C'est le sens même de la qualité des soins : comme il est plus facile de regarder ce qui ne va pas (déviant à la norme) que ce qui est conforme, on mesure les écarts entre ce qui doit être (la norme) et ce qu'on voit, pour ensuite établir un comparatif permettant la réalisation des améliorations.

► **IL EXISTE PLUSIEURS MÉTHODES D'ÉVALUATION QUI PERMETTENT LA MESURE DES ÉCARTS :**

• **L'auto-évaluation** qui est une pratique courante au cours de la démarche de certification. Elle est faite à partir des constats opérés par l'exécutant lui-même en référence à des fiches d'auto-évaluation (grilles de mesures) qui tracent les points critiques du processus concerné : par exemple, les étapes clés pour assurer une injection dans de bonnes conditions. Cette grille mesure aussi bien les résultats obtenus que la démarche utilisée (méthode) ou encore les étapes intermédiaires de réalisation.

• **Le recueil des événements indésirables** qui prend en compte tous les signalements faits dans un établissement. Des grilles d'analyse sont réalisées qui permettent une cartographie des risques avérés ou déclarés. À partir de là, sont réalisées des démarches correctives ou préventives lorsque le risque n'a pas donné lieu à un événement réalisé indésirable.

• **Les enquêtes de satisfaction** qui visent à mesurer la satisfaction du patient ou de sa famille sur la prestation qu'il a reçue. Le biais connu est que le patient peut être satisfait d'un service ou d'une

prestation qui ne respecte pas la norme et qui heureusement ne lui a causé aucun dommage. Il s'agit donc de la satisfaction de la qualité ressentie.

• **L'audit** est une méthode très rigoureuse et peut être interne ou externe. Il est très couramment pratiqué dans le milieu de la santé et prend l'appellation d'audit clinique. Il permet de comparer les réalisations effectuées par rapport à un référentiel établi préalablement : écart entre la pratique observée et la pratique attendue. Il est centré sur l'action entreprise puisque son but est l'amélioration de la qualité des soins délivrés.

### **Certification des établissements de santé**

Prévue à l'origine par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, elle représente une obligation légale à laquelle tout le secteur sanitaire doit satisfaire — article L. 1414-1 et suivants du Code de la santé publique.

Pour ce faire, les pouvoirs publics ont mis en place une structure spécifique : la Haute Autorité en Santé (HAS), dont les missions sont bien définies :

- élaborer des référentiels-qualité ;
- les communiquer aux établissements ;
- former les professionnels de santé, volontaires sélectionnés par la HAS, à la démarche d'accréditation<sup>7</sup> experts visiteurs ;
- apprécier, dans chaque établissement, le degré de cohérence entre les référentiels proposés et celui existant.

Tous les établissements doivent donc se donner les moyens de développer une démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Il s'agit d'élaborer une véritable **démarche-qualité** dans tous les domaines, qu'il s'agisse du secteur technique et biomédical (conformité des matériels), hôtelier (restauration, blanchisserie, etc.), médical (références médicales opposables, consensus thérapeutiques, etc.) et soignant (utilisation des matériels, bonnes pratiques d'hygiène et de stérilisation, etc.).

La deuxième procédure d'accréditation des établissements de santé prend le nom de certifica-

7. *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, par la HAS, direction de l'accréditation et de l'évolution des pratiques, septembre 2004.



Hidden page

sang et aux liquides biologiques. Les infirmiers, qui pratiquent les prélèvements sanguins et la manipulation des drains et sondes, doivent être particulièrement vigilants.

► **L'HÉPATITE B.** Du fait d'une vaccination devenue obligatoire pour les personnels intervenant auprès des malades, cette maladie est en régression actuellement.

► **L'HÉPATITE C.** En revanche, l'hépatite C est une source d'inquiétude importante : cette maladie, se développant à bas bruit et pouvant évoluer vers la chronicisation ou le cancer hépatique, impose un traitement long et lourd. Le risque de contamination après piqûre ou coupure est plus important que celui lié au VIH (0,2 % contre 0,02 pour le VIH).

► **L'INFECTION AU VIH.** Elle provoque cependant la peur majeure dans la population d'infirmiers et de chirurgiens (corps professionnels majoritairement exposés). Cependant, les règles de prévention (port de gants et de lunettes pour les gestes invasifs, circuits d'évacuation spécifiques des déchets à risque et du linge souillé, précautions lors de manipulation de liquides biologiques) officialisées par la **circulaire du 3 août 1989** réduisent les risques. Ces précautions universelles protègent contre les atteintes par les virus des hépatites B et C ainsi que par celui du VIH.

► **LA TUBERCULOSE.** On a cru à tort cette maladie en voie de disparition dans les pays à haut niveau de vie. Même s'il s'agit d'une pathologie curable, le bacille de Koch a développé au fil du temps des résistances aux antibiotiques classiques et impose aujourd'hui des tri- ou quadrithérapies. De plus, l'augmentation des populations exposées au risque tuberculeux (paupérisation liée au chômage, conduites toxicomaniaques, etc.) favorise la reprise de la maladie.

Toutes les pathologies précitées sont actuellement reconnues comme maladies professionnelles chez les personnels non exposés par ailleurs.

## Souffrance psychique

Toutes les professions qui ont à s'occuper d'être humains sont soumises à des situations stressantes et « agressantes ». Cependant, pour assurer quotidiennement la prise en charge des personnes malades, le personnel soignant doit constamment

faire face à la souffrance de l'autre mais aussi à sa propre souffrance, en étant confronté à des situations complexes et difficiles.

### Charge mentale

La charge mentale est une constante chez les infirmiers. Il leur faut gérer et prendre en compte une somme d'informations considérables reçues dans un temps limité, dans un contexte souvent peu favorable : interruption d'une tâche pour répondre à une famille au téléphone, nécessité d'intégrer la demande d'un malade au milieu d'une préparation de médicament, appel d'un collègue qui précise une heure de rendez-vous d'examen, etc.

Sur son lieu de travail, l'infirmier vit dans un état de stress quasi permanent, induit par la nécessité de ne rien oublier, de penser à plusieurs choses à la fois, d'organiser les soins et de se préoccuper du confort du patient pour ne pas risquer de lui causer le moindre dommage.

### Charge psychique

Elle est difficile à évaluer car elle est subjective et liée autant aux conditions d'exercice qu'à la faculté personnelle de chaque individu à gérer cette charge. Cette faculté est d'ailleurs elle-même susceptible d'être amoindrie en fonction de paramètres qui peuvent être étrangers au travail lui-même.

Cependant, la réalité quotidienne parle d'elle-même. Le vieillissement de la population, la prise en charge de pathologies de plus en plus lourdes demandant une grande technicité, l'allongement de la durée de survie de certaines maladies, imposent au personnel infirmier d'être de plus en plus souvent confronté à des situations douloureuses, « agressantes » ou oppressantes.

« Pour l'infirmière, la confrontation avec la mort n'est pas seulement une rencontre, c'est aussi son travail. »<sup>8</sup> Le plus difficile à gérer n'est pas l'état de mort, mais ce qui l'entoure ou la précède.

L'accompagnement des malades en fin de vie et les relations avec la famille et les proches sont des moments où le soignant se trouve seul. Même si l'équipe de soins est soudée, il y a toujours des instants pendant lesquels personne ne peut interférer

8. « L'agression psychique de la mort dans le travail infirmier », par C. Dejours, C. Veil, A. Wisner. In : *Psychopathologie du travail*, p. 81. Entreprise moderne d'édition, 1985.

Hidden page

Hidden page

# Bibliographie

---

- DANBECH L. — *Le Malade à l'hôpital*. Eras, Paris, 1985.
- DE FOYS J.-M. — *L'Hospitalisé*. Berger-Levrault, Paris, 1983.
- DEJOURS C., VEIL C. — *Psychopathologie du travail*. ESF, Paris, 1993.
- DIVER G. — *Droit infirmier*. A. Lacassagne, Paris, 1995.
- DUPONT M., ESPER C., MUZZIA L., PAIRE C. — *Établissements publics et privés*, 2<sup>e</sup> édition. Dalloz, Paris, 1999.
- ESTRYN-BEHAR M. — *Travailler à l'hôpital*. Éditions Berger-Levrault, Paris, 1989.
- ESTRYN-BEHAR M. — *Ergonomie hospitalière. Théorie et pratique*. Estem, Paris, 1998.
- GOFFRYD M. — *Textes de Droit hospitalier*. PUF, Que sais-je ?, Paris, 1997.
- GUÉRIN F., LAVILLE A., DANIELLOU F., DURAF-FOURG J., KERGUELEN A. — *Comprendre le travail pour le transformer. La pratique de l'ergonomie*. Éditions de l'ANACT, Paris, 1997.
- LARTIGUE M. — *Créer et gérer une association*. Jeunes Éditions, Paris, 1997.
- LEMUNIER F. — *Associations : constitution, gestion*. Dalloz-Sirey, Encyclopédie Delmas pour la vie des affaires, Paris, 1998.
- LERT F., CLERC F. — *La santé du personnel soignant à l'hôpital*. Éditions de l'ANACT, collection Points de repère, Paris, 1990.
- LÉVY-LEBOYER, DIVER C. — *Traité de psychologie du travail*. PUF, Paris, 1992.
- MAZEAUD H. ET L., MAZEAUD J., CHABAS F. — *Leçon de droit civil*. Montchrestien, Paris, 1995.
- MINISTÈRE DU TRAVAIL — *Les institutions représentatives du personnel*. La Documentation française, Paris, 1995.
- MUCHIELLI R. — *Le travail en équipe. Connaissance du problème, applications pratiques*. ESF, Paris, 1996.
- NOULIN M. — *Ergonomie*. Technipus, Paris, 1992.
- VILLATTE R., GADBOIS C., BOURNE J.-P., VISIER L. — *Pratique de l'ergonomie à l'hôpital, faire siens les outils du changement*. InterEditions, Paris, 1993.

## Revue - Documents

Revue de l'infirmière, n° 9, mai 1981.

Les conditions de travail en milieu hospitalier. Éditions de l'ANACT, janvier 1987.

Hidden page

# Glossaire

**accréditation.** — L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels indépendants de l'établissement et de ses organismes de tutelle, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à assurer la qualité des soins donnés au malade et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein des établissements de santé (source HAS).

**affectation.** — Désignation d'un agent à un emploi, une fonction, un poste.

**AP-HP.** — Assistance publique – hôpitaux de Paris.

**associations (loi de 1901).** — Groupements de personnes, à but non lucratif, créés par simple déclaration à la préfecture, qui servent de support juridique à la plupart des institutions sanitaires ou sociales privées. Elles sont gérées par un conseil d'administration dans le cadre de leur statut.

**assurance maladie.** — Système de prestations de Sécurité sociale qui couvre les dépenses de soins des assurés sociaux et leurs ayants droit (conjoint, enfants à charge et certains membres à charge de la famille) :

- par les « prestations en nature » qui permettent la couverture totale ou partielle des frais médicaux, dentaires, paramédicaux, pharmaceutiques, des frais de séjour dans les établissements et de certains frais complémentaires (analyses, appareillage, transports, cures thermales...);
- par les « prestations en espèces » qui compensent partiellement les pertes de revenus en cas d'arrêt de travail (indemnités journalières).

**carte sanitaire.** — Cadre de référence pour la planification sanitaire et notamment pour la création des établissements de soins. Elle permet de confronter, dans une zone géographique (région ou secteur sanitaire), les équipements existants et les besoins théoriques.

**catégorie.** — Dans la fonction publique, classe de personnes appartenant à la même nature. Exemple : les cadres sont de catégorie A. Cette notion regroupe les agents ayant un rôle de conception et d'organisation.

**C.** — Consultation.

**Charte.** — Document rassemblant divers textes de bonnes pratiques professionnelles auquel chaque signataire, utilisateur s'engage à respecter.

**Code.** — Recueil de dispositions législatives ou réglementaires régissant les matières qui constituent une branche de l'activité sociale. Exemples : le Code civil, le Code de la santé publique.

**Code civil.** — Rassemble les textes de lois concernant les biens, la famille, les personnes.

**Code pénal.** — Rassemble les textes de lois concernant les peines, les infractions, les crimes et délits, les sanctions, les contraventions.

**collectivités publiques.** — Collectivités territoriales disposant de l'autonomie administrative (assemblée délibérante, autorité exécutive) et financière (budget voté par l'assemblée). Ce sont : l'État — personnification juridique de la nation —, la région, le département et la commune. Ces trois dernières catégories constituent les collectivités locales.

**collectivités territoriales.** — Découpage administratif du territoire national français. Exemples : la région, le département, la commune.

**Comité de gestion des œuvres sociales.** — Organisation paritaire gérant les œuvres sociales des hospitaliers.

**CMU.** — Couverture maladie universelle.

**constitution.** — Loi fondamentale d'une nation et dont l'ensemble des règles juridiques régissent les rapports entre gouvernants et gouvernés.

**contractuel.** — Agent ne relevant pas du statut de la fonction publique, dont la mission est définie de façon contractuelle.

**convention.** — système contractuel de création de droits et de devoirs réciproques qui joue un rôle important dans les relations entre les collectivités publiques et les organismes qui participent à leurs actions. Le régime conventionnel trouve aussi un champ d'application étendu et très important dans le domaine de l'assurance maladie avec :

- les conventions nationales qui définissent les relations entre les caisses d'assurance maladie et les membres des professions de santé, d'où résulte le mode de rémunération et le statut social des praticiens, ainsi que les niveaux de remboursement des assurés;
- les conventions qui lient les mêmes caisses et les établissements de soins privés, d'où résulte également le régime de tarification des frais de séjour et actes.

**corps.** — Dans l'administration, ensemble d'un groupe d'agents exerçant la même profession. Exemples : le corps médical, le corps infirmier.

**CPAM.** — Caisse primaire d'assurance maladie.

**CS.** — Consultation spécialisée.

**CSP.** — Code de santé publique.

**DDASS.** — Direction départementale des affaires sanitaires sociales.

**décentralisation.** — Système de répartition des pouvoirs qui laisse aux collectivités locales, chacune dans leur domaine de compétence, la plus grande part des responsabilités dans l'organisation et le fonctionnement des services publics. Dans les domaines de la santé et de l'action sociale, le département joue le rôle le plus important, surtout après la réforme de 1982-1983.

**détachement.** — Position statutaire d'un fonctionnaire provisoirement affecté en dehors de son corps d'origine.

**discretion professionnelle.** — Obligation de retenue qu'a un fonctionnaire dans ses paroles, dans ses actions.

**DRASS.** — Direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

**droit commun.** — Ensemble des règles de droit qui régissent les rapports des hommes constituant une même société.

**droit public.** — Ensemble des règles relatives aux rapports des particuliers entre eux, aux rapports entre l'État et les particuliers.

**échelon.** — Position d'un fonctionnaire à l'intérieur d'un grade.

**établissements publics.** — Services publics dotés de la personnalité morale, c'est-à-dire de l'autonomie administrative (un conseil d'administration, un directeur) et financière (un budget propre). Tel est par exemple le statut juridique de tous les Centres hospitaliers publics et de la plupart des établissements sanitaires et sociaux du secteur public, généralement soumis à une « tutelle administrative » (contrôle, par les représentants de l'État, des décisions les plus importantes).

**fonction publique.** — Ensemble des fonctionnaires (recouvre donc la fonction publique d'État, la fonction publique territoriale, la fonction publique hospitalière).

**fonctionnaire.** — Agent public titulaire d'un emploi permanent dans un grade de la hiérarchie administrative.

**grade.** — Échelon de la hiérarchie.

**HAS.** — Haute autorité en santé.

**indice.** — Il définit la position de l'agent à l'intérieur de la grille indiciaire d'une fonction publique.

**infraction.** — Est considérée comme infraction toute violation d'une règle.

**IVG.** — Interruption volontaire de grossesse.

**jurisprudence.** — Ensemble des interprétations de la réglementation par les tribunaux.

**loi.** — Acte de l'autorité souveraine qui règle, ordonne, permet ou défend.

**MCO.** — Médecine, chirurgie, obstétrique.

**mutualité.** — Les sociétés mutualistes ou mutuelles sont des groupements privés à but non lucratif, constitués dans un but d'entraide; leur statut est proche de celui des associations; dans le domaine sanitaire et social, elles jouent surtout un rôle de complément de l'assu-

rance maladie. Jusqu'en 1945, elles étaient dénommées « sociétés de secours mutuel ».

**particulier.** — Personne privée et qui n'a pas de caractère public.

**personne morale.** — Groupement d'individus auquel la loi reconnaît une personnalité juridique distincte de celle de ses membres. Est aussi appelée personne civile. Exemple : une association.

**pouvoir exécutif.** — Pouvoir chargé de veiller à l'exécution de la loi et à l'administration de l'État. Son synonyme est « pouvoir gouvernemental ».

**pouvoir législatif.** — Pouvoir chargé d'élaborer la loi.

**prestations sociales.** — Sommes versées au titre d'une législation sociale. On distingue les prestations des assurances sociales ou des accidents du travail et les prestations familiales.

**PRN.** — Projet de recherche en Nursing.

**procédure.** — Règles formelles suivant lesquelles les affaires sont instruites devant les tribunaux. Exemple : le Code de procédure civile.

**règlement.** — Ordonnance, instruction qui prescrit ce que l'on doit faire. Le règlement n'a pas force de loi.

**responsabilité.** — Nécessité pour un ministre d'abandonner ses fonctions lorsque le parlement lui refuse sa confiance.

**sauvegarde de justice.** — Extrait de la loi du 3 janvier 1968 : des majeurs sous sauvegarde de justice, article 491-01 du Code civil, 1<sup>er</sup> alinéa.

La sauvegarde de justice résulte d'une déclaration faite au procureur de la République dans les conditions prévues par le Code civil.

Cette sauvegarde s'applique uniquement aux majeurs. Elle est prononcée par le juge des tutelles à la requête de la personne qu'il y a lieu de protéger (après avis d'un médecin).

Elle est mise en place lorsque les facultés mentales sont altérées par une maladie, une infirmité ou un affaiblissement dû à l'âge.

Durant cette période, le majeur protégé conserve ses droits civils. Cette procédure permet également l'annulation d'actes juridiques effectués lorsque le sujet était troublé au moment de l'acte (à condition d'en apporter la preuve).

Au-delà de cette période sont mis en place :

— La tutelle : elle est mise en place quand un malade « en raison de l'altération de ses facultés mentales ou corporelles » a besoin d'être représenté d'une manière continue dans les actes de la vie civile. Il existe plusieurs sortes de tutelles :

- la tutelle complète (identique à la tutelle des mineurs), conseil de famille;
- la tutelle d'administration légale, simplification de la tutelle lorsqu'il y a peu de bien à gérer;
- la tutelle de gérance.



Convient aux personnes sans famille et ayant peu de biens. Le gestionnaire assure les actes courants; le référent étant le juge des tutelles.

La tutelle cesse dans les mêmes conditions qu'elle a été ouverte.

– *La curatelle* : c'est un régime d'incapacité. Le majeur sous curatelle garde la gestion de ses biens, mais doit être assisté d'un curateur. Le conjoint peut être curateur (article 509-I du Code civil).

**scrutin.** — Vote émis par bulletins déposés dans une urne et comptés ensuite.

**secret professionnel.** — Interdiction légale de divulguer un secret dont on a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

**secteur public-secteur privé.** — Distinction classique dans le domaine de la santé; d'un côté, les collectivités publiques et les établissements publics (notamment les hôpitaux); de l'autre, les services et établissements privés soit à but lucratif (cliniques), soit à but non lucratif (associations, mutuelles, etc.), ainsi que la médecine libérale.

**sectorisation.** — Le mot recouvre deux formes d'organisation courantes en santé publique :

– soit un simple découpage géographique pour la gestion d'un service donné (circonscription de service social, secteurs de santé scolaire...);

– soit en plus et au-delà de ce simple découpage, la recherche d'une action globale pluridisciplinaire dans un domaine donné (sectorisation psychiatrique) ou sur un plan plus large (circonscriptions d'action sanitaire et sociale).

**Sécurité sociale.** — Système de base de protection contre les « risques sociaux » (maladie, maternité, accidents du travail, invalidité, charges de famille, vieillesse), qui couvre désormais la quasi-totalité de la population (99 %). Les organismes de Sécurité sociale, de structure semi-publique pour la plupart (institutions privées gérant un service public sous la tutelle de l'État), se répartissent entre divers régimes dont le plus important est le régime général divisé en trois branches (maladie, vieillesse, allocations familiales); autres principaux régimes : la Mutualité sociale agricole, les régimes spéciaux des salariés (exemple : régime minier), les régimes des travailleurs non salariés non agricoles (professions industrielles ou commerciales, artisanales et libérales).

**SIIPS.** — Soins infirmiers individualisés à la personne soignée.

**statut.** — Texte ou ensemble de textes portant fixation des garanties fondamentales accordées à une collectivité, à un corps. Exemple : statut de la fonction publique de l'État.

**suffrage.** — Vote, voix données en matière d'élection. On distingue : le suffrage direct, système dans lequel l'électeur vote lui-même pour une personne à élire et le suffrage indirect, système dans lequel un élu est élu par des membres de corps élus.

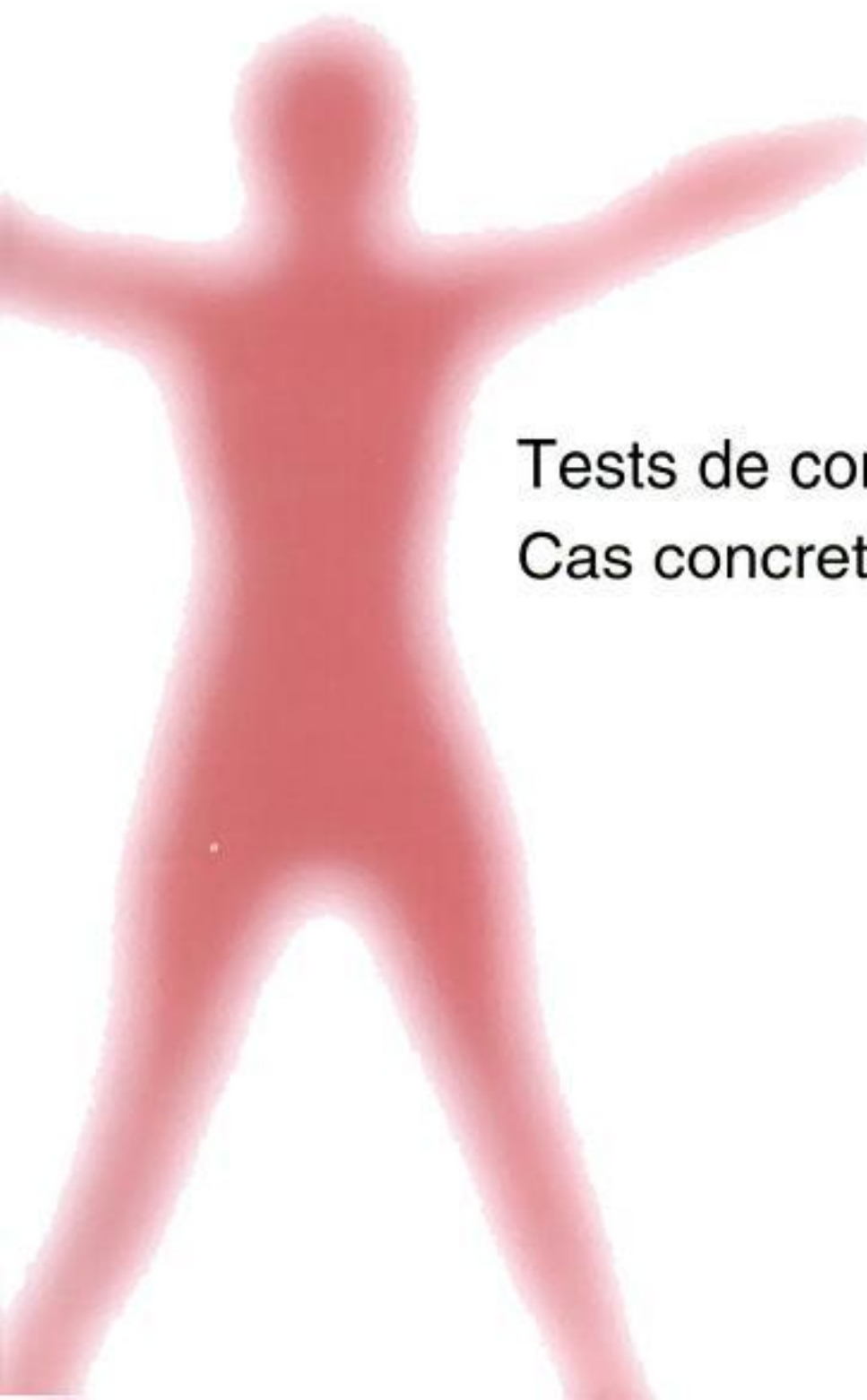
**sujet de droit.** — Chaque personne soumise à l'ensemble des règles qui régissent les rapports des hommes constituant une même société.

**Unesco.** — United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation.

Hidden page

# CAHIER D'ENTRAÎNEMENT

SUJETS CORRIGÉS • SUJETS CORRIGÉS • SUJETS CORRIGÉS



Tests de connaissances  
Cas concrets types

4.

# Table des matières du cahier d'entraînement

---

## TESTS DE CONNAISSANCES

---

	Sujets	Corrigés
La fonction publique hospitalière .....	143	148
Législation du travail .....	144	150
Éthique et déontologie .....	144	150
Droit des patients .....	145	153
Réglementation professionnelle .....	147	155

---

## CAS CONCRETS TYPES

---

	Sujets	Corrigés
Cas concret 1 : responsabilité .....	157	158
Cas concret 2 .....	157	158
Cas concret 3 .....	157	159
Cas concret 4 .....	157	159
Cas concret 5 .....	158	159

# Tests de connaissances

## Sujets

### La fonction publique hospitalière

1. Titulaire de la FPH (fonction publique hospitalière) je peux demander à travailler à mi-temps pour accepter un second mi-temps dans le libéral.  
Vrai  Faux
2. Fonctionnaire, je peux demander une disponibilité d'un an pour tenter une expérience libérale et réintégrer ultérieurement si je le souhaite.  
Vrai  Faux
3. Dans l'unité de soins, mon supérieur hiérarchique est le médecin.  
Vrai  Faux
4. Dès la mise en stage, je suis assuré de faire une carrière hospitalière.  
Vrai  Faux
5. La direction décide seule de mes changements d'échelon.  
Vrai  Faux
6. Le droit de grève prévu par la constitution me garantit de pouvoir participer, sans que ma direction puisse s'y opposer, à un préavis régulièrement déposé.  
Vrai  Faux
7. En cas de faute professionnelle lourde, dûment constatée, je peux être révoqué sans formalités.  
Vrai  Faux
8. Si l'évaluation est obligatoire, la notation en revanche ne l'est pas car elle n'a aucune incidence pratique sur ma carrière.  
Vrai  Faux
9. Titulaire, j'ai le droit d'obtenir trois semaines consécutives de congés annuels en juillet-août.  
Vrai  Faux
10. Si j'ai le diplôme d'IADE, j'ai le droit de travailler sur ma qualification et je peux refuser un poste en médecine.  
Vrai  Faux
11. Si mes évaluations sont excellentes, le stage avant titularisation peut être ramené d'un an à six mois.  
Vrai  Faux
12. Je suis infirmier(e) et j'ai en parallèle suivi des études de kinésithérapeute : dans ce nouveau grade je devrais recommencer ma carrière du début.  
Vrai  Faux
13. Pour travailler comme infirmier(e) dans un dispensaire de soins du conseil général, je demande (cocher la ou les bonnes réponses) :
  - a. Une disponibilité.
  - b. Un détachement.
  - c. Une mutation.
  - d. Un congé spécial.
14. En cas d'accident du travail, je suis payé comme en congé maladie.  
Vrai  Faux
15. Employée à mi-temps, je vais être bientôt en congé de maternité. Pendant cette période, je continuerai à être payée (cocher la ou les bonnes réponses) :
  - a. À mi-temps.
  - b. À plein temps.
  - c. Par mon employeur.
  - d. Par la Sécurité sociale.
16. Je peux obtenir une disponibilité pour m'occuper d'un parent gravement malade.  
Vrai  Faux
17. Si je mute vers un autre établissement hospitalier, je dois négocier le maintien de mon échelon.  
Vrai  Faux

18. Titulaire, je n'ai pas le droit de demander une mutation avant trois ans de travail effectif dans un établissement.  
Vrai  Faux
19. Une disponibilité pour suivre mon conjoint amené à se déplacer pour le travail peut m'être refusée pendant au maximum un an.  
Vrai  Faux
20. J'ai le droit de refuser de me soumettre à l'obligation de vaccination (ex : hépatite B) contre signature d'une décharge de responsabilité à mon employeur.  
Vrai  Faux
21. Le médecin étant absent, la famille d'un malade, anxieuse, me demande les résultats d'une investigation : le pronostic est sévère et je préfère les en avertir tout de suite. En ai-je le droit ?
22. Un patient majeur veut sortir de l'hôpital contre l'avis du médecin : j'ai le devoir de tout faire pour l'en empêcher.  
Vrai  Faux
23. À l'issue d'un congé parental, j'ai le droit d'être réintégrée même si mon remplaçant est toujours là, même en sureffectif.  
Vrai  Faux
24. J'ai le droit d'obtenir un 75 % dans mon service, si je le demande dans les formes prévues, trois mois avant.  
Vrai  Faux
25. À mi-temps, j'ai le choix entre travailler quatre heures chaque jour et grouper mes heures en poste plein.  
Vrai  Faux
26. À l'issue d'un an de maladie ordinaire, mon administration a le droit de me licencier.  
Vrai  Faux
27. Si j'ai été malade, ma direction a le droit de me demander de rattraper des heures à mon retour.  
Vrai  Faux
28. Mon enfant étant malade, j'ai le droit de rester avec lui.  
Vrai  Faux

CORRIGÉS p. 148-150

## Législation du travail

### Contrats de travail et associations

- Quelle distinction fondamentale doit-on faire dans la notion de contrat de travail ?
- Qu'est-ce qu'une convention collective (cocher la ou les bonnes réponses) ?
  - L'application stricte du droit du travail.
  - Un accord écrit relatif aux conditions de travail et aux garanties sociales des travailleurs.
  - Un principe universel s'appliquant tant au secteur public qu'au secteur privé.
  - Un accord écrit relatif aux conditions de travail et aux droits salariés.
- Une association est caractérisée par (cocher la ou les bonnes réponses) :
  - Des contrats.
  - Des groupements individuels.
  - Des groupements de personnes.
  - Des buts financiers.
  - Des buts communs.
  - Des buts non lucratifs.
  - Le fait de ne pas réaliser des bénéfices.
- Le texte de base des associations est une loi de (cocher la ou les bonnes réponses) :
  - 1789
  - 1854
  - 1901
  - 1921
- Quels sont les différents types d'associations ?
- Compléter les mots manquants :  
Les associations, à condition d'être agréées, peuvent demander la reconnaissance ..... Dans ce cas il faut que l'association poursuive un but ..... et qu'elle puisse justifier d'activités dépassant le cadre.....

CORRIGÉS p. 150

## Éthique et déontologie

### Éthique

Le soulagement des souffrances terminales : « un patient souffre physiquement et psychologiquement depuis des mois ». Voici qu'il entre dans la phase terminale de sa vie. Tous les moyens thérapeutiques sont épuisés. Désormais,

le pronostic est fatal. Or ce malade commence à éprouver des souffrances de plus en plus intenses. Il supplie qu'on le soulage, « même si cela doit raccourcir sa vie ».

1. a. Le corps médical peut-il accéder à une telle demande?  
b. Peut-on aller jusqu'à donner des drogues qui plongent le patient dans un état d'inconscience dont l'issue risque d'être la mort?  
c. A-t-on le droit de priver un être humain de sa conscience du dernier instant sur la terre?
2. Les notions de bien et de mal sont-elles partout les mêmes?
3. Existe-t-il une morale pour tous? Chacun ne vit-il pas selon sa propre morale?
4. À quel moment faut-il parler de morale pour tous? Faut-il un groupe ou un système fort pour imposer une morale pour tous?
5. Pourquoi un tel système moral nouveau ou étranger est-il accepté par les uns, rejeté ou ignoré par d'autres?
6. Pourquoi de telles règles, pourtant déclarées absolues, ne sont pas suivies de faits?
7. Peut-on partager le secret professionnel, a. C'est-à-dire parler de quelqu'un sans le nommer dans un café, en voiture, en famille, à l'hôpital? b. Dire que je suis soumis au secret professionnel, est-ce une violation du secret? c. Des réponses vagues pour masquer le secret sont-elles acceptables?

CORRIGÉS p. 150-151

## Droits de l'homme

8. Les droits de l'homme sont-ils universels?
9. Notre manière de juger les comportements contraires aux droits de l'homme ne relève-t-elle pas de notre conception personnelle des droits de l'homme?
10. Les droits de l'homme ne demeurent-ils pas une conception occidentale?
11. Comment des peuples d'Asie, d'Océanie, d'Afrique ou du Moyen-Orient peuvent-ils se retrouver dans la déclaration universelle des droits de l'homme?
12. N'utilise-t-on pas l'alibi culturel pour excuser la violence faite aux manifestants de la place Tien an Men, les exactions des Talibans...?

CORRIGÉS p. 151

## Droits de l'enfant

13. Citer trois articles de la convention des droits de l'enfant.
14. En quelle année la convention internationale des droits de l'enfant a-t-elle été adoptée?
15. Par quelle assemblée cette loi a-t-elle été adoptée?

CORRIGÉS p. 151

## Secret professionnel

16. De quelle juridiction la violation du secret professionnel relève-t-elle?
17. De quelles informations les articles 226-13 et 226-14 du code pénal traitent-ils?
18. Quels sont les éléments qui constituent la nature même du secret professionnel?
19. Au profit de quelle personne la levée du secret professionnel peut-elle être effectuée?
20. Quelles sont les dérogations au secret professionnel?

CORRIGÉS p. 152

## Exercice professionnel

21. Vous êtes infirmier salarié, votre voisine vous demande de lui faire une série d'injections intramusculaires, normalement prescrites par son médecin. Qu'allez-vous répondre à votre voisine afin que ces injections puissent être réalisées dans de bonnes conditions?
22. Vous êtes infirmier en secteur hospitalier public, au supermarché, vous croisez M<sup>me</sup> et M. Y. Pour avoir vu M. Y. dans une salle d'attente quelques jours avant dans l'établissement dans lequel vous travaillez et voulant être agréable, en toute cordialité, vous lui posez la question suivante : « j'espère que vous n'avez pas attendu trop longtemps le docteur X. ». Votre voisin dépose plainte quelques jours plus tard. a. Devant quel tribunal a-t-il déposé plainte? b. La plainte est-elle recevable? Justifiez votre réponse par des références juridiques.

CORRIGÉS p. 152

## Droits des patients

1. Les établissements de santé doivent-ils laisser à disposition des malades un règlement intérieur?

Hidden page



26. Le prélèvement d'organes est-il autorisé dans tous les établissements de santé ?

CORRIGÉS p. 153-155

## Réglementation professionnelle

### Code de la santé publique

1. En France, quels sont les diplômes nécessaires pour exercer la profession d'infirmier(e) ?
2. Qui doit s'inscrire à la préfecture de sa résidence professionnelle (cocher la ou les bonnes réponses) ?
  - a. Les infirmiers militaires.
  - b. Les infirmiers du secteur public.
  - c. Les infirmiers du secteur privé.
  - d. Les infirmiers libéraux.
3. Qui prononce la suspension d'un(e) infirmier(e) salariée pour infirmité ou état pathologique ?
4. Quelles sanctions peuvent prononcer la chambre disciplinaire des infirmiers ?
5. De quelles sanctions sont punies l'exercice illégal de la profession d'infirmier ?

CORRIGÉS p. 155

### Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 du CSP aux règles professionnelles des infirmiers et des infirmières

6. Un(e) infirmier(e) a-t-il/elle le devoir de réactualiser ses connaissances ?

7. Un médecin peut-il « couvrir » un(e) infirmier(e) en matière de responsabilité ?
8. Dans la pratique, l'infirmier(e) est-il/elle habilité à pratiquer des ristournes sur la prodigation de ses soins ?
9. L'exercice de la profession d'infirmier(e) est-il compatible avec l'exercice de n'importe quel autre métier ?
10. Dans la profession d'infirmier(e), le compérage est-il autorisé ?
11. Article 30 : « Dès lors qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier(e) est tenu d'en ..... » (compléter).
12. Un(e) infirmier(e) libéral(e), a-t-il/elle le droit d'avoir plusieurs lieux d'exercice ?
13. L'exercice forain de la profession d'infirmier(e) est-il légal ?
14. Un(e) infirmier(e) qui souhaite s'installer en exercice libéral a-t-il/elle le droit de faire de la publicité ?
15. Un(e) infirmier(e) libéral(e) peut-il/elle dispenser des soins gratuitement ?
16. Un(e) infirmier(e) libéral(e) peut-il/elle baisser le montant de ses honoraires ?
17. Un(e) infirmier(e) frappé(e) d'interdiction peut-il/elle se faire remplacer par un autre infirmier ?
18. Un(e) infirmier(e) libéral(e) peut-il/elle remplacer plus de trois infirmiers ?

CORRIGÉS p. 155-156

## Corrigés

### La fonction publique hospitalière

- Titulaire de la FPH je peux demander à travailler à mi-temps pour accepter un second mi-temps dans le libéral.**

Faux. Le fonctionnaire, même à temps partiel, doit consacrer l'intégralité de son activité à son établissement : règle du non-cumul d'activité (il existe quelques exceptions précises et limitées : formation, expertises, activités artistiques ou intellectuelles...).
- Fonctionnaire, je peux demander une disponibilité d'un an pour tenter une expérience libérale et réintégrer ultérieurement si je le souhaite.**

Vrai. Sous réserve d'une demande d'autorisation à la commission compétente au ministère de la Santé (commission consultative du contrôle des compatibilités).
- Dans l'unité de soins, mon supérieur hiérarchique est le médecin.**

Faux. Le médecin, même chef de service, n'a d'autorité hiérarchique sur aucun autre personnel. C'est le directeur d'établissement qui a cette compétence.
- Dès la mise en stage, je suis assuré de faire une carrière hospitalière.**

Faux. Le stage est une période d'évaluation d'un an, qui peut être interrompu, le cas échéant, au bout de 6 mois. La certitude de la carrière débute avec la titularisation.
- La direction décide seule de mes changements d'échelon.**

Vrai. Cependant, après avoir pris avis des commissions administratives paritaires, l'avis est obligatoire mais consultatif.
- Le droit de grève prévu par la constitution me garantit de pouvoir participer, sans que ma direction puisse s'y opposer, à un préavis régulièrement déposé.**

Faux. Afin d'assurer la continuité du service public, le directeur peut assigner un gréviste au travail, dans le cadre d'un service minimum. Ne pas s'y conformer peut avoir des suites en matière disciplinaire.
- En cas de faute professionnelle lourde, dûment constatée, je peux être révoqué sans formalités.**

Faux. Un fonctionnaire ne peut être révoqué qu'après avis des commissions administratives paritaires réunies en formation restreinte (conseil de discipline).
- Si l'évaluation est obligatoire, la notation en revanche ne l'est pas car elle n'a aucune incidence pratique sur ma carrière.**

Faux. Évaluation et notation sont prévues et rendues obligatoires par les textes. La notation sert en outre à plusieurs aspects de la carrière : avancement d'échelon à la durée minimum, avancement, pondération de la prime de service éventuellement...
- Titulaire, j'ai le droit d'obtenir trois semaines consécutives de congés annuels en juillet-août.**

Faux. Certes le fonctionnaire a droit à un congé annuel : des recommandations précisent que, dans la mesure du possible, il est préférable d'accorder trois semaines de congé sur la période estivale dont au moins deux avec le conjoint. Ce n'est toutefois pas un droit.
- Si j'ai le diplôme d'IADE, j'ai le droit de travailler sur ma qualification et je peux refuser un poste en médecine.**

Faux. Le diplôme IADE apporte une qualification et, une fois nommé, un grade. Cependant il existe une distinction entre le grade et l'emploi, qui peut amener le directeur à affecter l'agent là où il l'estime nécessaire. Le salaire IADE est bien entendu maintenu et garanti.
- Si mes évaluations sont excellentes, le stage avant titularisation peut être ramené d'un an à six mois.**

Faux. Le stage doit être d'une durée d'un an de travail effectif. La titularisation est reportée en cas d'absence pendant l'année de stage (déduction faite d'une « franchise »).
- Je suis infirmier(e) et j'ai suivi en parallèle des études de kinésithérapeute : dans ce nouveau grade je devrais recommencer ma carrière du début.**

Faux. Il existe des règles de glissement de grade à grade qui empêchent toute perte indiciaire lorsqu'un agent change de métier à l'intérieur de la fonction publique (et ceci également d'une fonction publique à l'autre).
- Pour travailler comme infirmier(e) dans un dispensaire de soins du conseil général, je demande :**

Réponse : b. Ma carrière se poursuit et reste gérée dans mon administration d'origine.

NB : la disponibilité servirait à partir travailler dans le privé, mais elle est inutile pour le public. Pour ce qui est d'une éventuelle mutation, le détachement peut se transformer en une **intégration** dans le corps d'accueil. Enfin, un congé spécial est inutile car moins protecteur que le détachement.

14. **En cas d'accident du travail, je suis payé comme en maladie.**

Faux. Je conserve mes droits à traitement complet et mes primes liées au grade jusqu'à reprise après consolidation ou invalidité.

15. **Employée à mi-temps, je vais être bientôt en congé de maternité. Pendant cette période je continuerai à être payée :**

Réponses : b, c. Je serai payée à temps plein par mon employeur durant le temps du congé de maternité. Je retrouverai mon temps partiel à l'issue de ce congé.

16. **Je peux obtenir une disponibilité pour m'occuper d'un parent gravement malade.**

Vrai.

17. **Si je mute vers un autre établissement hospitalier, je dois négocier le maintien de mon échelon.**

Faux. Je conserve mon échelon et mon ancienneté dans l'échelon, de droit.

18. **Titulaire, je n'ai pas le droit de demander une mutation avant trois ans de travail effectif dans un établissement.**

Faux. Je peux demander une mutation dès que je suis stagiaire (je peux alors être amené à recommencer le stage du début) et, par suite, dès que je suis titulaire, sans aucune conséquence sur le déroulement de ma carrière.

19. **Une disponibilité pour suivre mon conjoint amené à se déplacer pour le travail peut m'être refusée pendant au maximum un an.**

Faux. La disponibilité pour suivre le conjoint (comme pour élever un enfant) est de droit. Elle doit être demandée 2 mois avant la date d'interruption professionnelle envisagée.

20. **J'ai le droit de refuser de me soumettre à l'obligation de vaccination (ex : hépatite B) contre signature d'une décharge de responsabilité à mon employeur.**

Faux. Dès lors que je travaille en contact avec des malades, je dois me conformer à l'exigence de vaccination, sauf motif médical reconnu valable.

21. **Le médecin étant absent, la famille d'un malade, anxieuse, me demande les résultats d'une investigation : le pronostic est sévère et je préfère les en avertir tout de suite. En ai-je le droit ?**

Non. Dans l'état du droit actuel, je ne dois jamais divulguer d'information médicale, pas plus au malade, qu'à sa famille, qu'à des tiers (exception : dérogations légales de signalement obligatoire telles que sévices sur mineurs, etc.).

22. **Un patient majeur veut sortir de l'hôpital contre l'avis du médecin : j'ai le devoir de tout faire pour l'en empêcher.**

Faux. Un patient arrivé à l'hôpital en placement libre reste majeur responsable de ses décisions. Je dois, après lui avoir rappelé l'utilité des soins qui étaient prévus, lui faire signer un procès-verbal de sortie contre avis médical. S'il refuse ou s'il s'en va sans prévenir, je note son départ et signe.

C'est le médecin qui estime, en fonction de l'état de santé du patient, s'il est dangereux pour lui ou pour les autres et s'il convient d'avertir le directeur pour recherches éventuelles.

23. **À l'issue d'un congé parental, j'ai le droit d'être réintégrée même si mon remplaçant est toujours là, même en sureffectif.**

Vrai. La réintégration est de droit même en surnombre. Elle doit être annoncée deux mois avant la date d'expiration du congé parental.

24. **J'ai le droit d'obtenir un 75 % dans mon service, si je le demande dans les formes prévues, trois mois avant.**

Faux. Le temps partiel est une possibilité, dont les modalités se négocient et non un droit. Exception pour le temps partiel parental jusqu'au troisième anniversaire de l'enfant.

25. **À mi-temps, j'ai le choix entre travailler quatre heures chaque jour et grouper mes heures en poste plein.**

Faux. Que ce soit dans le cadre d'un mi-temps accordé ou de droit (voir ci-dessus), les modalités sont examinées en fonction des possibilités du service.

26. **À l'issue d'un an de maladie ordinaire, mon administration a le droit de me licencier.**

Faux. À l'épuisement de mes droits à maladie ordinaire (un an) je suis placé en disponibilité d'office pour raison de santé (trois ans).

27. Si j'ai été malade, ma direction a le droit de me demander de rattraper des heures à mon retour.

Faux. Les périodes de maladie sont considérées comme des périodes d'activité. À mon retour, mes droits sont ceux d'un agent qui aurait travaillé (congés annuels, etc.). Seule la prime de service subira un abattement.

28. Mon enfant étant malade, j'ai le droit de rester avec lui.

Faux. En justifiant d'un certificat médical, je sollicite l'autorisation de rester avec lui auprès de mon directeur. En fonction des possibilités du service, une réponse m'est apportée. L'absence n'est d'ailleurs pas « un congé enfant malade » mais une « autorisation spéciale d'absence ».

## Législation du travail

### Contrats de travail et associations

1. Quelle distinction fondamentale doit-on faire dans la notion de contrat de travail ?

Il faut distinguer les contrats de travail à durée déterminée et ceux à durée indéterminée.

2. Qu'est-ce qu'une convention collective ?

Réponse : b.

3. Une association est caractérisée par :

Réponses : a, c, e, f.

4. Le texte de base des associations est une loi de :

Réponses : c.

5. Quels sont les différents types d'associations ?

Réponse : On distingue les associations déclarées et les associations non déclarées.

6. Compléter les mots manquants :

Les associations, à condition d'être agréées, peuvent demander la reconnaissance d'**utilité publique**. Dans ce cas, il faut que l'association poursuive un but d'**intérêt général** et qu'elle puisse justifier d'activités dépassant le cadre **local**.

## Éthique et déontologie

### Éthique

1. Le soulagement des souffrances terminales : « un patient souffre physiquement et psychologiquement

depuis des mois ». Voici qu'il entre dans la phase terminale de sa vie. Tous les moyens thérapeutiques sont épuisés. Désormais le pronostic est fatal. Or ce malade commence à éprouver des souffrances de plus en plus intenses. Il supplie qu'on le soulage, « même si cela doit raccourcir sa vie ».

a. Le corps médical peut-il accéder à une telle demande ?

b. Peut-on aller jusqu'à donner des drogues qui plongent le patient dans un état d'inconscience dont l'issue risque d'être la mort ?

c. A-t-on le droit de priver un être humain de sa conscience du dernier instant sur la terre ?

La première chose qu'on peut dire, c'est qu'il y a un contrat entre le soignant et le soigné. Ce contrat donne obligation au soignant de proposer un traitement et au soigné d'adhérer ou non au traitement proposé. Ce contrat nécessite un consentement (libre, éclairé, exempt de vices...) de la part du soigné.

Cependant, on peut assister à une modification du contrat entre le soignant et le soigné quand apparaît le désir de mourir, c'est-à-dire « le droit à la mort ». Pour y répondre, il faut trois choses :

- Instaurer un entretien entre le soignant et le soigné pour être clair moralement sur son désir de mourir — accepte-t-il de mourir parce que sa souffrance est atroce ? parce qu'il n'a plus personne ? ou parce que la vie n'a plus de sens ?
- Faire intervenir au sein de cet entretien chacun des membres de :
  - son tissu social (conjoint, enfants, parents) ;
  - son tissu social intermédiaire (amis proches, associations...);
  - son tissu social de référence (références politiques, syndicales religieuses, culturelle).
- Définir, au sein de l'équipe soignante, celui qui paraît le plus apte ou le mieux placé pour suivre ce patient et garantir la cohérence du contrat soignant/soigné. Si moralement tous les moyens sont épuisés et que la personne persiste dans son désir de mourir, il est recommandé de reprendre le même processus que nous avons indiqué pour s'inscrire dans ce qui s'appelle « l'accompagnement en fin de vie » pour éviter la problématique de l'euthanasie.

2. Les notions de bien et de mal sont-elles partout les mêmes ?

Non, chaque groupe humain apprécie, à sa façon, le bien et le mal.

3. Existe-t-il une morale pour tous ? Chacun ne vit-il pas selon sa propre morale ?

La morale remplit une fonction sociale, c'est-à-dire renvoie à la vie du groupe ou de la communauté. Elle s'impose donc à tous au niveau pratique (l'action). Même si chaque membre du groupe se réfère à sa propre morale, c'est toujours en référence à sa communauté.

4. À quel moment faut-il parler de morale pour tous ? Faut-il un groupe ou un système fort pour imposer une morale pour tous ?

La morale se rencontre dans des grands systèmes tels que les religions (judaïsme, christianisme, islam), les pratiques politiques (idéologie libérale, socialiste). Ce sont ces systèmes qui imposent aux individus une seule morale, une seule conduite à tenir...

5. Pourquoi un tel système moral, nouveau ou étranger, est-il accepté par les uns, rejeté ou ignoré par d'autres ?

Le rejet d'un ordre moral nouveau dans un milieu donné repose sur un système de valeurs qui, le plus souvent, est en contradiction avec ce qui est proposé. Le cas du débat sur le pacte civil de solidarité a montré que tous n'avaient pas les mêmes valeurs face à un sujet commun.

6. Pourquoi de telles règles, pourtant déclarées absolues, ne sont pas suivies de faits ?

La morale, comme l'éthique, fait appel à la conscience de chacun. Tout dépend de la hiérarchie que chacun donne à ses valeurs pour en intégrer de nouvelles.

7. Peut-on partager le secret professionnel, a. C'est-à-dire parler de quelqu'un sans le nommer dans un café, en voiture, en famille, à l'hôpital ? b. Dire que je suis soumis au secret professionnel, est-ce une violation du secret ? c. Des réponses vagues pour masquer le secret sont-elles acceptables ?

Réponses : pour a, b, c : oui, mais à condition que celui à qui l'on s'adresse est tenu au secret professionnel, de voir quels sont les éléments indispensables à révéler et de s'interroger sur le devenir des informations à divulguer, en s'assurant de l'accord du patient.

## Droits de l'homme

8. Les droits de l'homme sont-ils universels ?
9. Notre manière de juger les comportements contraires aux droits de l'homme ne relève-t-elle pas de notre conception personnelle des droits de l'homme ?
10. Les droits de l'homme ne demeurent-ils pas une conception occidentale ?
11. Comment des peuples d'Asie, d'Océanie, d'Afrique ou du Moyen-Orient peuvent-ils se retrouver dans la déclaration universelle des droits de l'homme ?

Les droits de l'homme sont **universels** dans la mesure où ces derniers constituent une visée vers laquelle chaque homme, chaque femme, chaque groupe doit cheminer, dans son environnement culturel et quotidien. L'universalité des droits de l'homme ce n'est pas un **uniforme**. Il s'agit de faire dialoguer toutes les cultures sur un pied d'égalité pour un enrichissement mutuel. Les droits de l'homme ne sont la propriété de personne. Chacun doit y trouver sa place de quelque origine qu'il soit.

12. N'utilise-t-on pas l'alibi culturel pour excuser la violence faite aux manifestants de la place Tien an Men, les exactions des Talibans... ?

L'alibi culturaliste (c'est-à-dire expliquer ou justifier les problèmes par la différence culturelle) dénie, forcément, le caractère universel des droits de l'homme. On ne peut pas se contenter de l'alibi culturaliste en excusant toutes les formes de violations faites aux droits des plus fragiles d'entre nous, à savoir : les enfants, les personnes âgées, les femmes...

## Droits de l'enfant

13. Citer trois articles de la convention des droits de l'enfant.  
Réponse : voir les pages 51 à 58.
14. En quelle année la convention internationale des droits de l'enfant a-t-elle été adoptée ?  
Réponse : en 1989.
15. Par quelle assemblée cette loi a-t-elle été adoptée ?  
Réponse : l'Organisation des Nations unies.

## Secret professionnel

16. De quelle juridiction la violation du secret professionnel relève-t-elle ?

Réponse : la juridiction pénale.

17. De quelles informations les articles 226-13 et 226-14 du Code pénal traitent-ils ?

L'article 226-13 indique que la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est le dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

L'article 226-14 précise que l'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

- à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de moins de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique.
  - au médecin qui, avec l'accord de la victime, informe le procureur de la République et lui permet de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises.
18. Quels sont les éléments qui constituent la nature même du secret professionnel ?

Les faits, confidences ou informations, sont ceux connus dans l'exercice de la profession. Les faits peuvent être confiés par le malade, ils peuvent être connus du fait de la qualification de l'infirmier(e) ou bien du fait du hasard, les faits peuvent aussi être des éléments de la vie privée du patient. La règle du secret professionnel est absolue et nul ne peut en délier l'infirmier(e) sauf cas prévus par la loi.

19. Au profit de quelle personne la levée du secret professionnel peut-elle être effectuée ?

Au profit des juges d'instruction sur commission rogatoire.

20. Quelles sont les dérogations au secret professionnel ?

Les déclarations des maladies contagieuses et vénériennes, les certificats concernant les malades mentaux, la déclaration des accidents ou maladies

professionnelles et, dans le cadre de la surveillance sanitaire des enfants du premier et second âge, l'établissement d'un certificat de santé faisant mention de toute anomalie génératrice de handicap provisoire ou définitif.

## Exercice professionnel

21. Vous êtes infirmier(e) salarié(e), votre voisine vous demande de lui faire une série d'injections intramusculaires, normalement prescrites par son médecin. Qu'allez-vous répondre à votre voisine afin que ces injections puissent être réalisées dans de bonnes conditions ?

La seule condition pour que ces injections soient réalisées, c'est de faire appel à un(e) infirmier(e) libéral(e). En effet, en tant que salarié(e), vous ne pouvez dispenser des soins à titre libéral, car il y a obligation d'installation, d'autorisation, de conventionnement, de déclaration ainsi que de souscription à une assurance responsabilité civile professionnelle. De plus, M<sup>me</sup> X ne pourrait prétendre au remboursement d'honoraires.

22. Vous êtes infirmier(e) en secteur hospitalier public, au supermarché, vous croisez M<sup>me</sup> et M. Y. Pour avoir vu M. Y. dans une salle d'attente quelques jours avant dans l'établissement dans lequel vous travaillez et voulant être agréable, en toute cordialité, vous lui posez la question suivante : « J'espère que vous n'avez pas attendu trop longtemps le docteur X. ». Votre voisin dépose plainte quelques jours plus tard. a. Devant quel tribunal a-t-il déposé plainte ? b. La plainte est-elle recevable ? Justifiez votre réponse par des références juridiques.

Réponses : a. : devant le tribunal pénal. b. : la plainte est recevable ; l'épouse est un tiers qui n'a pas à partager le secret ni même être tenue informée de l'état de santé de son époux.

Les références juridiques sont :

- La loi du 13 juillet 1983, article 26, droits et devoirs des fonctionnaires. « Tout ce qui a été vu ou entendu à l'occasion de l'exercice professionnel » : aucun élément de la vie privée du patient ne doit être révélé (à l'intérieur comme à l'extérieur d'un établissement public de santé).
- Les articles 226-13 et 226-14 du Nouveau Code pénal.

## Droits des patients

1. Les établissements de santé doivent-ils laisser à disposition des malades un règlement intérieur ?

Réponse : oui selon l'article L. 6143-1 du Code de santé publique.

2. À propos de la circulaire ministérielle n° 2006-90 du 2 mars 2006 :

a. Ce document, appelé charte du patient hospitalisé, nous rappelle onze grands principes : quels sont-ils ?

1. Libre choix de l'établissement et accès à tous notamment aux plus démunis.

2. Garantie d'être accueilli dans de bonnes conditions et de recevoir des soins et des traitements.

3. Droit à l'information et accessibilité à celle-ci et loyauté.

4. Le consentement.

5. Consentement spécifique dans le cas d'une recherche biomédicale.

6. Liberté individuelle.

7. Information dans le cas de recherche biomédicale.

8. Respect de l'intimité, des valeurs et des croyances.

9. Vie privée et confidentialité.

10. Informations concernant la santé du patient.

11. Possibilité d'être entendu lors de différends.

3. Quelle est la date de la constitution de l'Organisation mondiale de la Santé ?

Réponse : 1946

4. Un patient a le droit de choisir :

Réponses : a, b. C'est un principe fondamental, les malades ont libre choix de leur praticien, de leur établissement (art L. 1110-8, Code de la santé publique).

5. Un patient hospitalisé peut-il se voir le refus de jouir de ses droits civiques ?

Non, que l'hospitalisation ait lieu dans un établissement de soins généraux ou dans un établissement de soins psychiatriques. La loi n° 75-1329 du 31 décembre 1975 protège le citoyen, ainsi que l'article L71 du Code électoral.

6. Le droit à l'information est-il le même pour les patients hospitalisés dans un établissement de santé privé que pour ceux hospitalisés dans un établissement public ?

Les droits des patients sont exactement les mêmes qu'il s'agisse d'une hospitalisation au sein d'un établissement public ou bien d'un établissement privé. Cette disposition a été étendue par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 (art L. 1111-2 du Code de la santé publique).

7. Quels sont les textes de lois, codes, ordonnances... qui font référence aux droits des patients ?

L'article 35 du Code de déontologie médicale, la circulaire n° 95-22 du 6 mai 1995, l'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996, l'article L. 6143-1 du Code de la santé publique.

8. Les établissements de santé publics et privés sont obligés d'ouvrir et de tenir des dossiers médicaux : Vrai.

9. Par quel intermédiaire un patient peut-il obtenir les informations contenues dans son dossier médical ?

Par l'intermédiaire du praticien qu'il désigne (article L. 1112-1 du Code de la santé publique).

10. Le principe du consentement libre et éclairé du patient aux soins est une obligation déontologique. Quels sont les principes qui lui sont opposables ?

L'hospitalisation à la demande d'un tiers, l'hospitalisation d'office, l'urgence, les cas des mineurs (sauf dans certains cas : IVG, don du sang, recherche biomédicale, prélèvements d'organes)

11. Que signifie l'expression « usager du service public » ?

Cela signifie que la situation du malade est fixée de façon réglementaire.

12. Qui prononce l'admission d'un patient en hôpital public ?

Le directeur, sur proposition d'un médecin ou d'un interne. Il s'agit d'une décision administrative.

13. Quelle est la durée maximale d'une permission pour un patient hospitalisé ?

Elle est de 48 heures.

14. Un malade hospitalisé peut-il refuser de révéler son identité ?

Oui, à l'exception des mineurs. Cependant, dans la pratique, les choses sont différentes : le malade peut souhaiter que son identité ne soit pas révélée à un tiers mais en règle générale elle est demandée par les services hospitaliers.

Hidden page



- Soins et surveillance d'une plastie fixée par le médecin.
  - Prévention et soins d'escarres.
  - Pose de timbres tuberculiniques et lecture.
23. Je souhaite être donneur de moelle osseuse : le receveur peut-il être un étranger à ma famille ?  
Oui.
24. Un majeur protégé peut-il être prélevé en vue d'un don d'organe ?  
Non.
25. Éric, 14 ans, a-t-il le droit de s'opposer à un prélèvement d'organes ?  
Oui.
26. Le prélèvement d'organes est-il autorisé dans tous les établissements de santé ?  
Non.

## Réglementation professionnelle

### Code de la santé publique

1. En France, quels sont les diplômes nécessaires pour exercer la profession d'infirmier ?  
Selon l'article L. 4311-3 du Code de la santé publique, les diplômes, certificats et titres exigés sont : le diplôme français d'État d'infirmier ou d'infirmière ; soit si l'intéressé est ressortissant d'un état membre de la Communauté européenne, un diplôme, certificat ou autre titre d'infirmier(e) responsable des soins généraux délivré conformément aux obligations communautaires par l'un de ces états.
2. Qui doit s'inscrire à la préfecture de sa résidence professionnelle ?  
Réponses : b, c, d.
3. Qui prononce la suspension d'un(e) infirmier(e) salarié(e) pour infirmité ou état pathologique ?  
Le tribunal de grande instance.
4. En cas d'urgence, qui prononce la suspension d'un(e) infirmier(e) pour infirmité ou état pathologique ?  
Le préfet, après avis de l'inspecteur départemental de la santé.
5. Quelles sanctions peuvent prononcer la chambre disciplinaire régionale des infirmiers ?  
L'avertissement ; le blâme ; l'interdiction temporaire ; avec ou sans sursis la radiation.
6. De quoi est passible l'exercice illégal de la profession d'infirmier(e) ?  
Selon l'article L. 4314-4, l'exercice illégal de la profession d'infirmier ou d'infirmière est passible d'une amende de 450 € à 3 000 € et en cas de récidive, d'une amende de 1 500 € à 4 500 € et d'une peine d'emprisonnement de quinze jours à cinq mois pouvant en outre être prononcée dans ce cas.

### Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 du Code de la Santé publique relatif aux règles professionnelles des infirmiers et des infirmières

7. Un(e) infirmier(e) a-t-il/elle le devoir de réactualiser ses connaissances ?  
Oui, article R. 4312-10 du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004.
8. Un médecin peut-il « couvrir » un(e) infirmier(e) en matière de responsabilité ?  
Non, article R. 4312-14 du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004. L'infirmier ou l'infirmière est personnellement responsable des actes professionnels qu'il/elle est habilité(e) à effectuer.
9. Dans la pratique, l'infirmier(e) est-il/elle habilité(e) à pratiquer des ristournes sur la prodigation de ses soins ?  
Non, article R. 4312-17 du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004.
10. L'exercice de la profession d'infirmier(e) est-il compatible avec l'exercice de n'importe quel autre métier ?  
Non, article R. 4312-20 du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004.
11. Dans la profession d'infirmier(e), le compérage est-il autorisé ?  
Non, article R. 4312-21 du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004.
12. Article 30 : « Dès lors qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier est tenu d'en assurer la continuité, sous réserve des dispositions de l'article R 4312-41 du présent décret. »
13. Un(e) infirmier(e) libéral(e) a-t-il/elle le droit d'avoir plusieurs lieux d'exercice ?

Non, sauf dérogation (article R. 4312-34 du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004).

14. L'exercice forain de la profession d'infirmier(e) est-il légal ?

Non, article R. 4312-36 du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004.

15. Un(e) infirmier(e) qui souhaite s'installer en exercice libéral a-t-il/elle le droit de faire de la publicité ?

Non, de même que pendant tout son exercice. Cependant deux insertions consécutives dans la presse sont possibles (article R. 4312-37 du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004).

16. Un(e) infirmier(e) libéral(e) peut-il/elle dispenser des soins gratuitement ?

Oui, article R. 4312-40 du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004.

17. Un(e) infirmier(e) libéral(e) peut-il/elle baisser le montant de ses honoraires ?

Non, article R. 4312-42 du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004.

18. Un(e) infirmier(e) frappé(e) d'interdiction peut-il/elle se faire remplacer par un autre infirmier ?

Non, article R. 4312-43 du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004.

19. Un(e) infirmier(e) libéral(e) peut-il/elle remplacer plus de trois infirmiers ?

Non, article R. 4312-43 du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004.

# Cas concrets types

## Sujets

### Cas concret 1 : responsabilité

Une infirmière de bloc opératoire est la seule à exercer dans la salle d'orthopédie avec un seul chirurgien orthopédique. Dans cette salle se trouve un matelas chauffant destiné à maintenir une température constante des patients en peropératoire qui présente une panne de l'alarme thermique sonore ainsi que du thermostat. Elle le sait, mesure avec sa main la température peropératoire régulièrement, arrête le générateur d'eau chaude périodiquement pour maintenir une température adéquate.

Elle est malade pour une longue durée et sera remplacée par une infirmière intérimaire. Le jour de son arrivée, cette infirmière intérimaire, branche le matelas chauffant pendant toute la durée de l'intervention (cinq heures) et la température de l'eau s'est accrue de telle manière que la patiente a été brûlée très gravement sur toute la surface du dos.

Une procédure est engagée contre le directeur de la clinique, propriétaire de ce matelas, le fabricant de ce matelas, le chirurgien, l'infirmière intérimaire, l'infirmière habituelle de cette salle d'intervention.

#### Question

Quelles sont les fautes commises, qui est responsable, dans quelles proportions ?

CORRIGÉS p. 158

### Cas concret 2

Un patient est victime d'un accident de la circulation entraînant une grave hémorragie. Il est effectué un bilan prétransfusionnel qui montrera une séropositivité VIH inconnue jusqu'ici du patient. Quelques jours plus tard, le chirurgien l'ayant opéré va lui annoncer cette séropositivité dans sa chambre en présence du voisin de chambre. L'après-midi même, l'épouse de la victime vient lui rendre visite mais son mari doit quitter la chambre pour la réalisation d'un cliché de contrôle. L'épouse se retrouve donc seule avec le voisin de chambre quelques minutes et ce dernier, compatissant, lui explique que face à son mari séropositif, il existe aujourd'hui de nouveaux traitements donnant un bon espoir.

#### Questions

1. Quelle réflexion peut-on avoir sur ce cas ?
2. Quelles sont les bases juridiques sur lesquelles nous pouvons nous appuyer ?

CORRIGÉS p. 158

### Cas concret 3

Vous êtes infirmier de nuit dans une maison de retraite, il est 20 heures et vous venez de prendre votre service. Vous participez à la relève des consignes avec vos collègues travaillant l'après-midi. Immédiatement après leur départ, vous rendez visite à tous les pensionnaires; tout à coup un bruit sourd vous alerte, M<sup>me</sup> Z., 87 ans (hémiplegique), a fait une chute depuis son lit où elle se trouvait depuis le début de l'après-midi. Vous entrez dans sa chambre : elle est inanimée, son pouls bat toujours et elle est cyanosée. Il n'existe pas de protocole d'urgence dans le service.

#### Question

Étant aidé d'une aide-soignante, quelle va être votre attitude face à cette situation ?

CORRIGÉS p. 159

### Cas concret 4

À l'occasion d'une injection d'insuline vous constatez que la dose prescrite (par écrit, bien sûr, mais sans commentaire du médecin) est anormalement élevée : 98 UI/mL. Dans l'immédiat vous n'arrivez pas à joindre le médecin prescripteur. C'est une injection vitale pour le malade.

#### Question

Que devez-vous faire ?

CORRIGÉS p. 159

## Cas concret 5

M. Y., 91 ans est hospitalisé dans le service de long séjour pour lequel vous travaillez depuis bientôt quatre ans. M. Y. est resté très lucide dans ses propos et a une grande autonomie dans ses mouvements. Celui-ci vous confie qu'il a des biens immobiliers et que son notaire viendra lui rendre visite demain après-midi afin d'enregistrer des actes concernant ses propriétés.

M. Y. vous demande de rester discret à ce sujet. De plus il souhaite que vous soyez témoin de cet acte. Très surpris, vous en informez votre chef de service.

### Question

Qu'allez-vous répondre à M. Y. ?

CORRIGÉS p. 159

## Corrigés

### Cas concret 1 : responsabilité

Quelles sont les fautes commises, qui est responsable, dans quelles proportions ?

#### ► RESPONSABILITÉS

Nul ne peut être condamné pour la faute d'autrui, selon l'article 121-1 du Nouveau Code pénal disposant : « Nul n'est responsable pénalement que de son propre fait ».

Il s'agit ici de blessures involontaires provoquant de graves brûlures. Les personnes mises en cause sont :

- le directeur de la clinique car il est propriétaire du matériel ;
- le fabricant du matelas. Celui-ci doit connaître l'état du matériel qu'il vend et en assurer le suivi (surtout s'il y a un contrat de maintenance pour ce genre de matériel) ;
- l'infirmière remplacée. Il est évident que d'une part, elle n'aurait jamais dû accepter de travailler dans de telles conditions et, d'autre part, elle aurait dû signaler ce dysfonctionnement à son supérieur hiérarchique ;
- l'infirmière remplaçante. Celle-ci aurait dû vérifier le bon fonctionnement du matériel au moment de sa prise de fonction ;
- le chirurgien, qui a accepté d'opérer la patiente alors qu'il connaissait le mauvais état du matériel.

Enfin, le fait d'accepter de travailler avec du matériel présentant des dysfonctionnements sporadiques,

mais non changés pour des problèmes économiques, engage la responsabilité de l'infirmière qui met ainsi en danger la vie des patients par son activité professionnelle.

Restera au juge d'apprécier la répartition des degrés de responsabilité.

### Cas concret 2

1. Quelle réflexion peut-on avoir sur ce cas ?
2. Quelles sont les bases juridiques sur lesquelles nous pouvons nous appuyer ?

On pense immédiatement combien est déplorable la façon dont cette femme a appris la séropositivité de son conjoint. Voici, en raison de la maladresse de l'annonce du résultat biologique, une violation caractéristique du secret professionnel. Il est fort regrettable que les voisins de chambre en sachent plus que les familles elles-mêmes.

Selon l'article 226-13 du Code pénal, « la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire, soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende ». Le nouveau Code pénal a transformé le secret médical en secret professionnel, ce qui signifie que tout professionnel, quels que soient son statut et sa fonction, est tenu au secret professionnel et susceptible d'être sanctionné en cas de révélation d'information à caractère secret.

Hidden page

Hidden page

# Index

- A**
- absentéisme 126
  - acte infirmier 106
  - activité 126
  - adoption 52
  - agence de la Biomédecine 80
  - Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé 77
  - agent
    - public hospitalier 26
    - de service hospitalier 123-124
  - aides-soignant(e) 22, 94, 123-124
  - ambulancier 96
  - animiste 49
  - Aristote 41
  - arrêt 11
  - arrêté 11
  - assistance médicale 81
  - association 34
  - autorisation d'absence 28
  - auxiliaire de puériculture 22, 94, 124
- B**
- bioéthique 76
  - bouddhiste 50
  - bulletin
    - de paie 19
    - de salaire 18
- C**
- cadre(s)
    - infirmiers 39
    - de santé 27, 123
    - supérieur de santé 123
  - catholiques 49
  - certification 130
  - charge
    - mentale 132
    - psychique 132
    - de travail 127
  - charte
    - européenne des enfants hospitalisés 58
    - du patient 71
  - christianisme 49
  - circulaire 11
  - citoyenneté 68
  - code
    - de l'action sociale et de la famille 39
    - civil 62, 76
    - de Nuremberg 43
    - pénal 61-64, 72-74, 105
    - de procédure pénale 64
    - de la santé publique 36, 61, 64, 68-69, 106, 111, 130
    - de la sécurité sociale 62
  - comité
    - d'entreprise 24
    - d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail 24, 31
    - de lutte contre les infections nosocomiales 31
    - technique d'établissement 31
  - commission(s)
    - administratives paritaires 31
    - médicale d'établissement 31
  - compte épargne temps 33
  - concours sur titres 27
  - conditions
    - d'apprentissage 15
    - de travail 15
  - confidentialité 72
  - conflits armés 53
  - congé 20
    - annuel 33
    - d'accompagnement de proches en fin de vie 21
    - d'adoption 21
    - annuels 28, 33
    - de bilan de compétences 22
    - pour création d'entreprise 20
    - enfant malade 21
    - pour événements familiaux 20
    - de formation 28
    - individuel de formation 22
    - individuel de formation professionnelle 28
    - de longue durée 28
    - longue maladie 28
    - maladie ordinaire 28
    - lié à la maternité 21
    - maternité 28
    - parental 21, 28-29
    - de paternité 21
    - payé 20
    - de présence parentale 21
    - sabbatiques 20
    - pour validation des acquis et de l'expérience 22
  - conscience 47
  - conseil
    - d'administration 31
    - constitutionnel 11
    - d'État 10
    - de service 31
    - supérieur des soins infirmiers 31
  - consentement 78
    - libre et éclairé 85
  - contrat
    - d'apprentissage 15
    - de travail 13, 39
      - à durée déterminée (CDD) 13, 22
      - à durée indéterminée (CDI) 13, 22
  - convention
    - collective 18
    - internationale des droits de l'enfant 54
  - coordination 128
  - coordonnateur général des soins 121, 123
  - corps humain 80
  - cour
    - d'appel 7-8
    - d'assise 7, 9
    - des mineurs 9
    - de cassation 7, 10, 65
    - de justice de la République 7, 10
  - couverture-maladie universelle 45
  - croissance 47
- D**
- décès 74
  - déclaration universelle des droits de l'homme 58
  - décret 11, 39
  - déontologie 41, 46-47, 69
  - détournements 62
  - détachement 29
  - déviance 46
  - diagnostic infirmier 128
  - diététicien 32-33, 94
  - différents types de contrats de travail 14
  - dignité 55

diplôme d'État 27  
 direction des soins 121-123  
 discrétion professionnelle 72  
 disponibilité 29  
 dossier 43-44, 56-57, 66, 71  
 douleur 73-74  
 droit 30  
 – administratif 4-5  
 – civil 1  
 – collectif 30  
 – commercial 2  
 – constitutionnel 4-5  
 – d'expression 31  
 – financier 5  
 – fiscal 4  
 – de grève 31  
 – de l'homme 54, 58, 68  
 – des patients 67, 142  
 – – et de l'enfant 51  
 – de l'image 73  
 – individuel 30  
 – à l'information 85  
 – international  
 – – privé 1  
 – – public 3-4, 6  
 – judiciaire privé 2  
 – juridictionnel 6  
 – au libre choix 68  
 – pénal 1, 3  
 – privé 1, 11  
 – public 3-5, 11  
 – rural 2  
 – à la santé 68  
 – social 1-2  
 – syndical 30  
 durée du travail 39  
 Durkheim 46

**E**

échelon 32  
 éducation 53  
 emplois spécifiques 14  
 employeur 18  
 endoscopie 125  
 enfant réfugié 52  
 ergonomie 133  
 ergothérapeute 32-33, 94, 124  
 erreur 106  
 essai clinique 43  
 établissement de santé 70, 72  
 éthique 41-44, 47  
 – et déontologie 142

enthousiasme 74-75  
 évaluation 129  
 exercice  
 – illégal 111  
 – infirmier 61  
 expertise médico-légale 63  
 exploitation 53

**F**

faute 107  
 – professionnelle 105  
 finance publique 4  
 fonction  
 – publique 39  
 – – d'état 39  
 – – hospitalière 25-26, 39, 142  
 – – territoriale 39  
 fonctionnaire 25  
 formation 87  
 – continue 29

**G**

génétique 79  
 grade 27

**H**

HAS 100, 106, 131  
 Haute Autorité en Santé 130  
 Haute Cour de justice 7, 10  
 Hegel 42  
 hépatite B 132  
 hépatite C 132  
 hindouisme 50  
 hôpital 67

**I**

iatrogénie 131  
 IBODE 22, 26-27  
 identité 51  
 indemnisation 72  
 indemnité 32  
 indice 27  
 infirmier(e) 27, 32-33, 87, 93, 99, 111  
 – anesthésiste 27, 32, 93  
 – de bloc opératoire diplômée d'État 27, 93  
 – libéraux 110  
 – spécialisé 93  
 institutions représentatives du personnel 23

interruption volontaire de grossesse (IVG) 81-82  
 islamique 50

**J**

judaique 50  
 juge d'instruction 64  
 juridiction  
 – administrative 10  
 – judiciaire 7-8  
 – militaire 10  
 – de la Sécurité sociale 10  
 – spécialisée 7  
 justice 63  
 – pour mineur 53

**K**

kinésithérapeute 32-33, 95, 124

**L**

législation du travail 13, 142  
 liberté  
 – d'expression 52  
 – individuelle 69  
 loi 39  
 – du 9 janvier 1986 14  
 – de modernisation sociale 13  
 loisirs 53

**M**

majeur incapable 73  
 management 127  
 manipulateur en électroradiologie médicale 95, 124  
 masseur-kinésithérapeute 32-33, 95, 124  
 médecin 124  
 mineur 73  
 morale 44, 47  
 mort 73  
 mourant 75

**N**

naissance sous X 83  
 nationalité 51  
 Nietzsche 42  
 non-discrimination 51  
 norme 47  
 notion  
 – de « durable ou définitif » 17  
 – de respect 55



**O**

obligation 31  
 – d'un fonctionnaire 30  
 – d'informer 69  
 OMS 93  
 organigramme 122  
 organisation 33  
 – des soins 126  
 – du travail 121  
 organisme primaire collecteur agréé 23  
 orthodoxe 49  
 orthophoniste 32-33, 94, 124  
 orthoptiste 32-33, 94, 124

**P**

patient 72  
 – hospitalisé 72  
 pédicure 32-33, 95  
 – podologue 95  
 personne de confiance 64  
 pharmacien 124  
 phase terminale 45  
 plan de formation 22  
 Platon 41  
 pôles d'activité 125  
 pourvoi en cassation 10  
 prélèvements d'organes 79  
 préparateur en pharmacie 96, 124  
 prime 32  
 privation de liberté 53  
 procréation 81  
 produit du corps humain 79  
 profession 87  
 – d'infirmier(e) 108  
 – paramédicale 93  
 protection 52, 68, 72  
 protestant 49  
 protocole 129  
 psychomotricien 32-33, 95

psychopathologie du travail 131  
 puériculteur/trice 27, 93

**Q**

qualité des soins 127, 130

**R**

recherche  
 – biomédicale 76-78  
 – médicale 77  
 règle 47, 108  
 réglementation 99  
 – professionnelle 142  
 religion 47, 50  
 remplacement 14, 102  
 rémunération 32  
 repos hebdomadaire 33  
 représentation des usagers 72  
 réseaux 125  
 respect de l'anonymat 73  
 responsabilité 52, 103-104  
 – infirmière 105  
 retraite 29  
 risque 106  
 RTT 16

**S**

sage-femme 124  
 salaire 15, 38  
 salarier 18  
 sanction 65  
 santé 44  
 savoir-être 47  
 savoir-faire 47  
 secret professionnel 61, 64  
 secteur  
 – libéral 100  
 – privé 13, 99  
 – public 14, 99

sécurité sociale 53  
 séparations 52  
 SIDA 43  
 soin 68, 122, 128  
 – infirmier 109, 124  
 – palliatif 73-74  
 soin infirmier 109  
 souffrance 73, 132  
 Spinoza 41

**T**

tâches 126  
 technicien de laboratoire 32-33, 96  
 temps partiel 26-27  
 tissus 80  
 torture 53  
 trafic de drogue 53  
 transplantations d'organes 65  
 travail  
 – des enfants 53  
 – temporaire 103  
 – à temps  
 – – partiel 26-27  
 – – plein 26  
 travaux dirigés 17, 45, 58, 66, 83-84  
 tribunal  
 – de grande instance 7-8  
 – d'instance 7-8  
 tuberculose 132

**U**

unité de soins 122-123, 125

**V**

VAE 22  
 valeurs 46-47  
 vie privée 52, 72  
 VIH 43, 132

Hidden page

Hidden page

# NOUVEAUX CAHIERS DE L'INFIRMIÈRE

Cette **quatrième édition** du cahier n° 4 recouvre le programme du module « *Législation, éthique et déontologie, responsabilité et organisation du travail* » du diplôme d'État.

Ces chapitres ont été revus et remaniés pour donner un maximum de garanties professionnelles :

- ✓ sur le secteur public, privé et libéral à travers les nouveaux décrets ;
- ✓ sur la législation du travail à travers l'actualisation des données chiffrées : **rémunération, prime, organisation du temps de travail**, les différents contrats de travail et différents types de congés ;
- ✓ sur l'éthique et la déontologie à travers l'**information des malades** et l'**accès au dossier médical**, l'indemnisation et la réparation des **risques sanitaires**, la représentation des usagers, l'**euthanasie** en Europe ; les compétences et les missions de l'**Agence de Biomédecine** ; les derniers textes législatifs en faveur de l'**IVG** et de la **naissance sous X**.

L'exposé est clair et pédagogique grâce à de nombreux encadrés (**dossiers et travaux dirigés au travers d'extraits de presse**), pour répondre aux attentes des étudiant(e)s et professionnel(le)s infirmier(e)s. Les auteurs montrent bien l'**articulation entre l'exercice infirmier et le monde du travail**, incluant les autres professions sanitaires et sociales.

Des encadrés intitulés « **Points clés** » sont insérés pour mettre en valeur les **connaissances incontournables**.

À chaque fois que cela s'impose, des sites internet sont proposés à l'étudiant, afin que les recherches soient toujours plus fructueuses.

Et toujours, en fin d'ouvrage : **un cahier d'entraînement**, pour permettre à l'étudiant de tester ses connaissances et de s'entraîner à la résolution de cas concrets.

## La collection de référence

- |  |  |   |
|--|--|---|
| 1 Santé publique   | 11 Pneumologie   | 21 Urgences / Réanimation<br>Transfusion sanguine |
| 2 Concepts et théories, démarche de soins  | 12 Rhumatologie / Orthopédie<br>Traumatologie            | 22 Gynécologie / Obstétrique                      |
| 3 Démarches relationnelles et éducatives,<br>initiation et stratégies de recherche | 13 Psychiatrie I. Syndromes et maladies                  | 23 ORL / Stomatologie<br>Ophtalmologie            |
| 4 Législation, éthique et déontologie,<br>responsabilité, organisation du travail  | 14 Psychiatrie II. Prise en charge                       | 24 Dermatologie                                   |
| 5 Hygiène  | 15 Symptômes et pratique infirmière /<br>Fiches de soins | 25 Pédiatrie / Pédopsychiatrie                    |
| 6 Sciences humaines  | 16 Néphrologie / Urologie                                | 26 Pharmacologie                                  |
| 7 Cardiologie  | 17 Maladies infectieuses / VIH                           | 27 Anatomie / Physiologie                         |
| 8 Endocrinologie   | 18 Neurologie  |   |
| 9 Diabétologie / Affections métaboliques   | 19 Cancérologie / Hémapathies                            |   |
| 10 Gastro-entérologie  | 20 Gériatologie / Gériopsychiatrie                       |   |

Retrouvez  
tous les ouvrages Masson sur  
[www.masson.fr](http://www.masson.fr)

978-2-294-08054-8



9 782294 080548

Copyrighted material