

INTRODUCTION

* Il s'agit pour l'infirmière d'adopter une conduite qui lui permette de prendre conscience de son rôle social et professionnel dans un environnement où elle ne fut traditionnellement qu'une simple exécutante, voir même une « *servante* ». La conscience sous-tend l'acquisition d'un savoir faire mais aussi d'un faire savoir technique juridiquement formalisés impliquant une revalorisation des responsabilités qui doivent être lisibles, admises et parfaitement assumées. Il appartient donc aux pouvoirs publics de mettre en place un ensemble juridique qui permette à la profession d'être identifiée comme un acteur à part entière afin, de manière autonome, qu'elle s'émancipe et s'adapte aux besoins sanitaires, mais aussi aux revendications sociales et professionnelles aux côtés des partenaires de santé.

Notre étude va nous conduire à examiner les différentes facettes de l'évolution de la profession infirmière aux côtés du corps médical et de l'administration hospitalière. Cette évolution sera le fruit d'une multiplicité de causes et se traduira par une double émancipation, d'abord technique, et ensuite sociale au sein des instances consultatives et décisionnelles de l'hôpital public. Parmi la multitude de causes génératrices de l'évolution professionnelle, nous ne retiendrons que les quatre principales qui sont d'ordre politique, technique, sociale et économique.

Mais avant de revenir sur ces aspects, il est essentiel de définir la profession infirmière, afin de mettre en évidence la profondeur de l'évolution que le groupe a été amené à connaître depuis la fin du XIX^{ème} siècle, et en particulier depuis le début du XX^{ème} siècle. Le droit positif concernant la profession définit l'activité à l'article L 476 du Code de santé public comme suit : « *Est considérée, comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier, toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu. En outre, 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* ». Soulignons que, comme toute profession réglementée, la profession infirmière est protégée puisque l'article L 474 dispose que « *nul ne peut exercer la profession d'infirmier ou d'infirmière s'il n'est muni d'un diplôme, d'un certificat ou autre titre mentionné utile mentionné à l'article L 474.1* », au risque de se voir poursuivi pénalement du chef d'exercice illégal de profession infirmière conformément à l'article L 483.1 du même code.

La première cause qui permet à la profession de connaître une évolution notable est politique, et se cristallise autour d'un événement historique majeur : la Révolution française.

Avant de mesurer les modifications de l'activité soignante consécutives aux bouleversements politiques nés de la Révolution, il est intéressant de nous pencher sommairement sur l'activité infirmière sous l'Ancien Régime.

L'hôpital est jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle une institution caritative qui relève de l'ordre ecclésiastique. Le principal motif de cette situation tient au fait que la vie humaine relève de l'ordre du sacré que l'homme de foi est tenu de sauvegarder pour l'amour de Dieu. Par conséquent, soulager les souffrances est une exigence pour la foi chrétienne, et pour son Eglise qui prend en charge, avec l'aide des congrégations de religieuses, la détresse humaine. Force est de constater que l'ancêtre de notre hôpital n'est en rien inspiré par la science mais relève plus prosaïquement de la motivation spirituelle. De surcroît, le corps médical ne fréquente que très rarement le milieu hospitalier dans lequel les conditions sanitaires sont des plus difficiles et dont la population est composée essentiellement d'indigents. Enfin, les rares laïques, formées par des institutions religieuses (ex : St Vincent de Paul), ont pour seule mission d'assister les soeurs soignantes.

La Révolution française marque le début d'un courant de laïcisation qui touchera notamment les établissements de santé, qui jusqu'alors étaient sous la responsabilité de l'ordre clérical. Cependant, il faut observer que, si le décret du 18 août 1792 déclare éteintes toutes les corporations religieuses, même celles vouées uniquement au service des hôpitaux, le retrait des soeurs soignantes ne se fera que très progressivement. En effet, si la convention va remplacer beaucoup de religieuses par « *des citoyennes connues pour leur attachement à la Révolution* », et vendre les biens des hôpitaux, comme biens nationaux avec la loi du 19 mars 1793, nombreuses seront les religieuses maintenues grâce à la bienveillance des municipalités qui ne voulurent pas se séparer d'un personnel

dévoué, expérimenté et quasi-gratuit. Néanmoins, à côté de ce phénomène, le nombre de soignantes laïques progresse grâce à l'apparition d'écoles municipales éparses.

Ce mouvement de laïcisation sera accompagné à la fin du XIX^{ème} par une loi sur l'assistance médicale gratuite en 1893¹ dont le contenu marque le début de la politique de santé publique, dans la mesure où il pèsera sur l'Etat un devoir d'assistance et de secours sanitaire auprès de la population. Par conséquent, l'Etat sera tenu de s'assurer de la qualité de l'offre de soin en mettant en place une politique d'évaluation du niveau d'instruction des soignantes afin de répondre aux exigences techniques qui se font de plus en plus pressantes, mais aussi d'assurer l'adéquation entre la demande et l'offre de soins et donc, pour se faire, d'adapter l'hôpital afin d'accroître l'efficacité sanitaire.

L'activité soignante va progressivement et profondément évoluer grâce à un élément déterminant : le progrès technique. Le début du XIX^{ème} siècle est marqué par l'apparition des découvertes pasteuriennes (asepsie et antisepsie) qui vont permettre à l'activité de soins et à l'organisation hospitalière de connaître un changement radical. A partir de cette époque, le niveau de qualification deviendra un impératif auquel devra répondre le personnel soignant.

Il est intéressant de souligner les propos du Dr Jules RENAULT qui écrivait concernant les actes relevant de la compétence infirmière avant qu'elle ne prenne une nouvelle orientation plus technique : « *Aujourd'hui l'infirmière sait, comme ses aînées, retourner, nettoyer, dorloter un malade, mais il paraît à tout le*

¹ Loi du 15 juillet 1893 ; J.O. 18 juillet, p 3682 et s.

monde invraisemblable de ne pas lui confier en toute tranquillité la notation du pouls et de la température, la recherche de l'albumine, la pose des ventouses toniques ou calmantes, de changer avec une asepsie rigoureuse les pansements les plus délicats, de faire aseptiquement le cathérisme vésical, et pour les enfants l'antisepsie délicate du nez, de la gorge et des yeux, les enveloppements de poitrine... »².

Malgré cette analyse, c'est pour répondre aux exigences du progrès technique qu'aux côtés des cours municipaux apparaîtront de nouvelles écoles infirmières soit privées ou émanantes de la Croix Rouge. Cependant, les professionnels du soin, de part ses filières de formation et l'absence d'un diplôme unique, restent encore très hétérogènes. Cette caractéristique représente un handicap certain en ce qui concerne l'organisation de la profession vers plus de cohérence et d'efficacité. Il faudra attendre le décret du 27 juin 1922³, sous l'impulsion de L. CHAPTAL, pour que soit créé le titre d'infirmière diplômée d'Etat. L'introduction du diplôme étant accompagnée d'un Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières chargé de mettre au point le programme des études, d'organiser les examens et de fixer les conditions de recrutement. Bien que ce décret ne soit pas assorti d'une obligation contraignante à l'embauche pour les établissements hospitaliers, elle constitue une des principales pierres fondatrices d'une profession en voie de se structurer.

A partir de cette époque, la fonction infirmière n'aura de cesse de se préciser, puisque la création en 1933 de la fonction d'assistante sociale, qui jusqu'alors

² RENAULT J. Dr ; Allocution du Dr Jules RENAULT ; Assemblée Générale Statutaire du 5 mai 1929 de l'ANIDEF ; in Infirmière Française, 1929, p 221-222

³ Décret du 27 juin 1922 ; J.O. 1er juillet, p 6880 et s.

relevait de la compétence infirmière, va permettre de baliser un peu plus précisément la fonction de soignante hospitalière qui s'oriente définitivement vers un rôle de plus en plus technique.

Cette évolution aboutira à l'adoption d'une définition légale en 1946 (reprise de la première définition légale du 15 juillet 1943) : *«Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement, soit à domicile, soit dans des services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits ou conseillés par un médecin »*⁴ .

Définition qui s'impose pour les pouvoirs publics dans une période où la sécurité sociale se généralise, et où apparaît la protection maternelle et infantile, dont la principale conséquence est l'accroissement des besoins sanitaires, donc du personnel de soin. De plus, le domaine interventionnel de l'infirmière dans le traitement, comme dans la surveillance, n'a eu de cesse de s'accroître parallèlement au développement des techniques médicales au service des patients. Enfin, il ne faut pas oublier que cette période est le début des trente glorieuses durant laquelle l'hôpital est devenu, grâce à une politique d'investissements des pouvoirs publics, le pivot de l'organisation sanitaire.

Au delà de la progression de la qualification générale de l'effectif infirmier, la profession connaît deux évolutions fondamentales qui vont relancer les revendications d'identification et d'autonomisation professionnelles aux côtés des médecins et au sein des instances hospitalières. Il s'agit d'une part, de l'apparition de multiples spécialisations, comme autant de consécration

⁴ Loi n°46-630 du 8 avril 1946 (article 4) ; J.O. du 9 avril 1946, p 2958 et s.

techniques, et d'autre part, de la reconnaissance par le législateur d'un « *rôle propre* » qui permet à la profession de se démarquer nettement des différents auxiliaires médicaux, dans la mesure où elle peut dorénavant mener des activités qui peuvent se suffire à elles mêmes indifféremment des autres professionnels de soins, et en particulier des médecins.

Le pendant d'une pareille évolution professionnelle est une revalorisation des obligations qui étaient les siennes mais aussi l'apparition de nouvelles obligations que les pouvoirs publics et la jurisprudence se devront d'identifier et de préciser. En effet, la progression des compétences et de la qualification technique des infirmières pose de nombreuses questions concernant les frontières de compétences, mais aussi de responsabilité, avec le corps médical. De plus, la question de la délégation tant en ce qui concerne ses modalités que ses implications en termes de responsabilité n'est pas sans poser de problèmes aux différents professionnels. Enfin, l'apparition d'un rôle propre et de spécialités génère de nouvelles obligations et de nouvelles formes de contentieux auxquelles les magistrats devront apporter des solutions.

Toutes ces questions sont essentielles pour la profession qui, après avoir acquis une identité et de nouvelles responsabilités, doit être mise à l'épreuve des réalités hospitalières, dans un environnement juridique qui est tenu d'apporter un maximum de sécurité aux différents acteurs, mais aussi aux patients pris en charge.

Dans notre étude de l'évolution de la profession infirmière au regard de l'activité médicale, il ne faut en rien sous estimer le rôle du mouvement de libéralisation

des femmes dans notre société sur l'émancipation de la profession infirmière. D'ailleurs, il est intéressant de noter que l'accélération de la reconnaissance professionnelle vers une définition moderne et une participation active dans l'organisation sanitaire est concomitante au mouvement féministe de la fin des années soixante et en particuliers des années soixante dix. Il faut observer que l'hôpital apparaît à cette époque comme un parfait révélateur des moeurs de la société. Ce révélateur concerne tout particulièrement les rapports existant entre les soignantes et le corps médical dont l'évolution accompagnera les changements des rapports entre les hommes et les femmes à cette époque. En effet, l'infirmière se trouvait, dans ses rapports avec le médecin, dans une situation d'obéissance, de fidélité et de dévouement.

Rappelons pour mémoire qu'entre la fin du XIXème et le début du XXème siècle étaient prescrits dans les écoles de formation des cours d'éducation pour devenir bien plus des femmes soumises que des soignantes qualifiées. Cette formation sous la direction du corps médical répond aux attentes et besoins de ses pairs. En ce sens, le Dr J JOANNON considère que l'infirmière doit accepter « *d'être corvéable à merci* », de plus « *son absolue déférence, son perpétuel souci de ne rien dire et de ne rien faire qui puisse porter atteinte à l'autorité des médecins traitants, la font apprécier du corps médical. Celui-ci, par l'estime dans laquelle il la tient, augmente son prestige et facilite sa tâche éducative* »⁵. Le Dr C. SWIETEN considère, quant à lui, que « *L'infirmière doit apprendre à servir d'abord, à ne jamais marcher devant le médecin mais le suivre* »⁶. D'une manière

⁵ Dr JOANNON J. ; « Les infirmières polyvalentes » ; in L'infirmière française, T VIII, 1930, p 270

⁶ Dr SWIETEN C. ; « Ce que nous attendons des infirmières » ; in Infirmière française, 1924-1925, p 283

générale, le corps médical reconnaissait de manière unanime un stéréotype de l'infirmière dans les manuels destinés aux élèves infirmières ou dans la presse médicale.

Ce stéréotype est parfaitement défini par Y. KNIBIEHLER pour qui « *le médecin dispose lui et lui seul, de la responsabilité, de l'autorité, du savoir ; à ses côtés, l'infirmière doit se comporter comme une maîtresse de maison modèle, parfaitement docile et respectueuse à l'égard du maître, mais aussi attentive à la tenue du ménage, et vigilante auprès des êtres fragiles qui lui sont confiés* »⁷. Cette vision de la femme soumise au maître, en l'occurrence le médecin, correspond aux moeurs de l'époque, puisque Mme L. CHAPTAL estime elle aussi que le principal atout de l'infirmière réside dans ses aptitudes de femme au foyer : « *tout ce que peut savoir une femme de ce qui sert dans la vie d'un foyer sera précieux dans la vie d'infirmière* ». Cette vision est reprise par de nombreux auteurs de cette époque qui estiment que la fonction infirmière, parce qu'elle requiert l'utilisation aux côtés du médecin et des patients, des qualités inhérentes de la femme c'est à dire d'épouse soumise et attentionnée mais aussi de mère, ne peut être envisagée pour un homme. Mme Y. KNIBIEHLER écrit à ce sujet que « *l'infirmière est d'abord une femme et son travail doit exprimer ou exalter les caractères « naturels » de la féminité* »⁸.

⁷ KNIBIEHLER Y. ; « Cornettes et blouses blanches », p 58

⁸ Ibid, p 57

Notons que les vertus de la femme au foyer ne sont pas seulement mises en valeur pour la profession infirmière, mais apparaissent comme le fondement de toutes les activités ouvertes aux femmes à la fin du XIX^{ème} siècle.

L'émancipation de la profession aux côtés du corps médical accompagne l'émancipation de la femme auprès de l'homme. Ce mouvement ne signifie pas pour autant une redéfinition du lien de subordination entre ces derniers, mais l'apparition d'une reconnaissance sociale, la considération d'un personnel qualifié et organisé. Cette reconnaissance permettra à toute une profession libérée d'user de son droit d'expression, de revendication qui était, jusque là, pour le moins étouffé. En effet, cette évolution marque une étape essentielle car elle dote la profession, à coté d'une identification professionnelle, d'une identification sociale reconnue par les professionnels hospitaliers mais aussi par la société.

A partir du moment où la profession infirmière est légitimée par la technique, reconnue autonome et identifiée socialement, elle se trouve, à l'instar du corps médical, en position de défendre ses intérêts et de promouvoir son activité auprès du corps médical et de l'administration hospitalière. Par ailleurs, comme le corps médical, la profession infirmière se trouve dorénavant soumise exposée aux contraintes économiques et financières hospitalières et extra-hospitalières. En effet, ces prérogatives induites par la technique se traduisent par une

responsabilisation de l'infirmière tant dans l'organisation des activités de soins aux côtés du corps médical, que dans l'élaboration et la prise de décision hospitalière concernant la politique globale de l'établissement dans un environnement sous contrainte qu'elle ne peut ignorer.

Tout d'abord, il faut observer que l'infirmière traditionnelle, de part la forme de son activité et l'origine de ses membres, a longtemps été tenue à l'écart tant du corps médical, en ce qui concerne l'organisation des soins, que de l'administration concernant la politique globale de l'hôpital. Sa capacité d'initiative et de proposition était totalement ignorée par les acteurs traditionnels hospitaliers. Ce phénomène est vrai depuis la Révolution qui dans sa consécration du courant libéral ne reconnaît que l'individu, valorisant tout particulièrement les personnes qualifiées. Ce phénomène perdurera durant tout le XIXème siècle et la première moitié du XXème siècle en ignorant l'expression collective, condition *sine qua non* de la démarche participative professionnelle. Ce n'est qu'avec l'apparition d'un mouvement introduisant les idées de droits sociaux et économiques, consacré par le préambule de la constitution de 1946, que la profession infirmière se trouve identifiée en tant que groupe. Groupe dont la principale motivation est la défense d'intérêts collectifs et l'expression de revendications professionnelles et sociales, dont la satisfaction ne peut être obtenue que par une action participative aux côtés des instances décisionnelles. Cette dynamique participative accompagne les dispositions du préambule de 1946 qui énoncent que « *tout travailleur participe par l'intermédiaire de ses délégués à la détermination collective des conditions de travail ainsi qu'à la*

gestion des entreprises ». Cette participation se matérialise à deux niveaux. D'une part, en qualité de professionnel du soin auprès du corps médical, principal décideur en matière d'organisation des activités de soins. D'autre part, en qualité de fonctionnaire hospitalier auprès de l'administration hospitalière, et en particulier de ces instances consultatives et délibératives.

Pour ce qui concerne le milieu hospitalier public, en sa qualité de fonctionnaire, notons que la représentation des personnels est apparue en 1945, avec l'introduction de la commission administrative, puis en 1957 date à laquelle furent créées les commissions paritaires (la loi de 1970 instaure la commission technique paritaire). A côté de ces représentations apparaît en 1960 le comité d'hygiène et de sécurité dans lequel participe le personnel soignant. C'est à partir de ces principales structures que se mettra en place et se développera l'expression collective. En effet, c'est sur cette base que la profession infirmière mettra tout en oeuvre pour que soit consacrée une structure dans laquelle elle pourra s'exprimer plus spécifiquement et plus efficacement, en sa qualité de soignante.

Parallèlement à ce mouvement participatif hospitalier, l'infirmière se verra reconnaître une capacité organisationnelle, en termes d'activité de soins, en sa qualité de professionnelle de santé. Cette participation professionnelle s'affirmera tout d'abord aux côtés des médecins au sein des structures représentatives (C.M.C. puis C.M.E), comme aux côtés des responsables de structures soignantes comme collaboratrice (service, département...). Par la suite,

la participation professionnelle infirmière se traduira, de manière autonome, avec l'apparition du service de soins infirmiers en 1991.

Force est de constater que la consécration participative de la profession infirmière est le fruit d'une accélération de l'expression collective depuis les années quatre vingt. En effet, à partir de cette époque l'expression collective se profilera d'une manière atypique, et pour cause. Alors que le groupe professionnel ignore traditionnellement les grandes centrales syndicales qui seules permettent une participation efficace à la vie hospitalière, c'est sous forme de coordinations que l'infirmière trouvera le moyens d'agir. Contrairement aux syndicats, les coordinations spontanées seront très fédératrices et d'une redoutable efficacité, parce que mobilisables à tout moment et déjouant toute anticipation des pouvoirs publics. Néanmoins, au delà de la forte mobilisation que ces structures sont capables de générer, force est d'admettre que ces dernières souffrent cruellement d'organisation et de continuité dans leurs actions. Si la profession jusqu'à ce jour ne ressent pas le besoin d'agir par le biais traditionnel du syndicalisme, c'est qu'à l'instar du corps médical l'infirmière aspire à s'exprimer en sa qualité de professionnelle du soin et non de fonctionnaire hospitalier. De plus, la profession a su très vite se doter d'outils de communication (Presse professionnelle, associations infirmières...) dont l'efficacité tant en termes de réflexion, d'anticipation et d'expression sont particulièrement efficaces. Il apparaît enfin, que l'orientation prise par la profession pour s'exprimer ne soit pas vaine puisque l'infirmière s'affirme davantage en sa qualité de professionnelle du soin que comme catégorie de

fonctionnaire de l'établissement de soins, et si sa représentation syndicale reste faible, la participation professionnelle tend à croître.

Rappelons que cette évolution, vers plus de participation de la profession infirmière, tant en sa qualité de fonctionnaire que de soignante, s'inscrit dans un vaste programme gouvernemental de redéfinition de la politique sociale dans l'administration dont Michel ROCARD sera à l'origine en affirmant que « *le dialogue social dans la fonction publique doit être renforcé et doit devenir un instrument privilégié dans la modernisation des administrations* »⁹

Ce mouvement est d'autant plus nécessaire qu'il répond à une revendication sociale mais aussi à une exigence économique et financière. En effet, Avec le déficit des caisses de l'assurance maladie, la politique de santé publique obéit à de nouvelles règles afin de contenir les dérapages financiers de l'activité de soins hospitalières et ambulatoires. Après avoir privilégié des dispositions permettant de mettre en place l'efficacité, grâce à la planification (démarche quantitative de la maîtrise des dépenses de santé) c'est l'efficience qui sera mise en valeur avec l'évaluation et le projet d'établissement (démarche qualitative). L'efficience implique la participation de tous les acteurs hospitaliers, afin de rationaliser les activités de chacun, notamment par la mise en place de techniques d'évaluation et d'anticipation. Cet ensemble de mesures implique pour tous les partenaires qu'ils soient médicaux, administratifs, ou paramédicaux, en particulier infirmier, une responsabilisation dans l'exercice de son activité.

⁹ ROCARD M. ; Circulaire du 23 février 1989 relative au renouveau du service public ; J.O. 24 février 1989, p 2526 et s

Comme nous le verrons dans le corps de notre étude, l'évolution infirmière qui répond à une aspiration profonde et récurrente a dû et doit aujourd'hui encore, pour se traduire en une réalité tangible, faire face à une opposition bureaucratique et à une organisation très hiérarchisée.

Cette structure, dans laquelle tend à s'effacer l'omnipotence des pouvoirs traditionnels, ne doit pas pour autant souffrir d'une « *balkanisation* » supplémentaire avec l'apparition de nouveaux pouvoirs, en l'occurrence infirmier.

PARTIE I Relations médecins-infirmières : une frontière en mouvement

La prétention à une certaine autonomie professionnelle, la volonté d'être reconnue comme acteur à part entière dans le système de santé et la place prépondérante que tend à tenir l'infirmière dans la dispense des soins avec les risques qui y sont liés, justifient une étude sur l'étendue de ses compétences par rapport à celle du corps médical et aux règles de la responsabilité auxquelles elle est soumise en qualité de membre de l'équipe de soins.

Chap. I) Affirmation d'une compétence et d'une autonomie technique propres aux côtés des techniques médicales

Avec les importants et rapides progrès de la médecine, aussi bien dans le domaine des investigations, des traitements que des moyens de surveillance et de prévention, l'infirmière à l'hôpital s'est vue attribuer une activité technique de plus en plus complexe, requérant une compétence non seulement acquise, mais à acquérir en permanence, puisque soumise à évolution. Cette compétence est d'abord dispensée par le corps médical, puis développée par l'expérience infirmière, pour être reconnue et enseignée de manière autonome.

Le champ des capacités techniques propres et le rôle d'exécution des prescriptions médicales de la profession infirmière s'accroît donc parallèlement à la médecine.

Section 1) Reconnaissance acquise par une redéfinition de l'exercice professionnel par rapport au corps médical

Au cours de la seconde moitié du XIX^{ème} siècle les événements politiques et militaires qui perturbent l'Europe et la France, le développement de la vie industrielle, l'arrivée des travailleurs dans les villes, les progrès de la science, des techniques, et de la médecine en particulier, créèrent des situations nouvelles qui ne permirent plus au seul personnel religieux d'assurer les soins. Pour l'aider, on fit appel à des laïcs.

La définition professionnelle et la formation furent longtemps imprécises et inadaptées.

§1 De l'infirmière exécutante au service du corps médical à l'infirmière actrice de soins : Définition d'une profession

D'abord religieuse, simple exécutante et sans qualification précise, l'infirmière progressivement s'affranchira de la hiérarchie ecclésiastique et de l'exclusive dépendance au corps médical, pour participer à l'élaboration d'une définition juridique à partir de laquelle elle s'émancipera techniquement et socialement pour acquérir une véritable identité professionnelle.

A) De la dépendance professionnelle...

La dépendance se caractérise par la soumission du corps infirmier aux besoins du corps médical. Cette dépendance doit être située historiquement, afin de mieux comprendre l'origine et les évolutions des relations de subordination du personnel soignant à l'égard du corps médical, mais aussi son aspiration à une émancipation professionnelle.

a) Le soin : une mission caritative religieuse

De l'avènement du christianisme à la fin de la première moitié du XIX^{ème} siècle, à travers toutes sortes d'aléas, liés à l'histoire, les soins aux malades furent en général assurés par un personnel religieux, entièrement dévoué à sa tâche. Le rôle et les prérogatives des congrégations religieuses reposaient sur des traditions anciennes et solides. Au temps où l'hôpital était surtout un lieu de refuge, les soeurs accueillaient parmi les indigents, «*les pauvres malades*» et les soignaient à leur manière ; indépendamment de toute idée d'obéissance. Il faut rappeler que les hôpitaux étaient encore des lieux où les médecins se faisaient rares. C'est avec la naissance de la clinique au XVIII^{ème} siècle, c'est à dire «*l'étude des maladies par l'observation directe du patient par la vue et le touché*», que l'hôpital devint un lieu de savoirs et de médicalisation, dans lequel les religieuses continuaient à assurer leur ministère.

Ce personnel considérera de manière différente l'émergence du progrès médical et de ses praticiens. Les uns défendent une conception spirituelle de l'acte de soin, impliquant un rejet l'idée d'une subordination au corps médical et n'acceptant que la hiérarchie ecclésiastique. Une position qui rejette les progrès de la médecine en se réfugiant dans une conception spirituelle du secours aux malades. Les seconds acceptent l'idée selon laquelle le personnel soignant doit s'incliner devant les progrès de la science et des techniques de soins. Par conséquent, ils acceptent de devenir un personnel exécutant, formé par et pour le corps médical.

Vers la fin du XVIIIème siècle, une importante opposition entre le corps médical et le personnel religieux marqua une rupture, qui remit en question l'emprise institutionnelle et intellectuelle de l'église sur les établissements de soins. Il s'agit de l'opposition entre le chirurgien DESSAULT à la Communauté des Augustines, qui permit à la technique et à la médecine de l'emporter sur l'assistance charitable. Cette période correspond à celle où la croissance des besoins en matière de secours, les progrès scientifiques et l'affirmation de la clinique furent très forts.

Le travail des soignantes en sera profondément modifié. Elles renonceront à leur fidélité exclusive à leur communauté religieuse pour désormais se consacrer prioritairement aux malades. Mais surtout, elles devront se soumettre aux directives des médecins, dans le nouvel espace clinique de l'hôpital.

Ce rapide retour aux origines de la profession infirmière nous montre que bien avant l'opposition moderne avec le médecin sur le terrain des techniques respectives, déjà, ces derniers se trouvaient opposés à propos de la conception spirituelle ou clinique du soin et partant, sur la nature de la subordination.

Pour mieux comprendre la prédominance du médecin dans les structures de soins, il faut s'arrêter sur le formidable accélérateur que représenta la Révolution française. En consacrant simultanément l'installation de la médecine au coeur des hôpitaux et leur entrée dans une gestion laïque, la Révolution ouvre une nouvelle ère dans l'histoire des établissements de soins, et par là même, dans celle du personnel soignant. A plus d'un titre, les médecins sont les grands bénéficiaires de ce bouleversement *«Ce milieu de petite et moyenne bourgeoisie, sans noblesse ni pouvoir sous l'Ancien Régime, accède maintenant aux grandes instances de L'Etat. Honoré et diplômé, il exerce un rôle influent dans les administrations publiques et pèse de tout son poids sur celle de la santé»*¹⁰

Par l'affirmation des valeurs de compétence et des responsabilités qui en découlent, les médecins s'arrogent le contrôle exclusif du contenu et des normes de leur activité, de leur formation et de l'organisation de leur profession. Leur autonomie et leur pouvoir dans les structures de soins deviennent incontestables. L'Etat n'intervient que pour garantir la valeur des titres et pour protéger le monopole de l'exercice, *«ce corps professionnel qui se veut fortement libéral, ne*

¹⁰ J.Cl. SOURNIA ; «La médecine révolutionnaire, 1789-1799» ; in « Les infirmières : ni nonnes ni bonnes », J SALIBA, B. BON-SALIBA, B. OUVRY-VIAL ; p 32-33

s'adresse à l'autorité publique que pour défendre les conditions de son libéralisme»¹¹.

De plus, la Révolution française et son rôle *«laïcisant»* a permis au corps médical et à ses techniques de bénéficier d'une place centrale dans les hôpitaux. Enfin, avec la nationalisation des établissements de soins, avec la loi du 11 juillet 1794, le corps clérical soignant fut dépouillé de ses références religieuses. Par conséquent, ce personnel perd définitivement la maîtrise des activités de soins mais aussi de la gestion et l'organisation du système de santé.

Dans ce contexte, privées de leur *piédestal religieux*, les soeurs, toujours soignantes hospitalières, perdent leur aura et leurs prérogatives. Aux côtés des servantes laïques les voici désormais, employées subalternes, subordonnées aux médecins et à l'administration, reléguées au *«service des citoyens dans le besoin»*. Dès lors, ces dernières se rapprochent du milieu populaire auquel appartiennent les soignantes laïques, ainsi que les commis et les ouvriers hospitaliers.

La sociologie hospitalière se décompose en deux groupes. D'un côté sont les médecins, bourgeois, cultivés, qui s'imposent par leurs compétences comme des experts, et négocient directement avec les autorités administratives des établissements. De l'autre, les personnels d'exécution, *gens du peuple, sans argent ni culture, souvent jugés vulgaires et immoraux*.

La réhabilitation sociale, économique et culturelle de ces petits employés de l'hôpital deviendra l'une des priorités des publics à la fin du XIX^{ème} siècle et

¹¹Ibid

des premières décennies du XXème. Réhabilitation sociale animée par ailleurs par la détermination des infirmières, dans leur combat pour la reconnaissance de leur profession et de sa place dans l'activité hospitalière auprès des médecins.

b) De l'assistance religieuse à l'assistance laïque

La laïcisation et le progrès sont les révélateurs du problème posé par les religieuses au sein des établissements de santé. En effet, on reproche à ces dernières de ne pas se plier aux directives médicales et administratives, de privilégier une démarche spirituelle et non clinique auprès des malades, mais et surtout, un faible niveau de formation aux techniques de soins, les rendant de moins en moins en mesure de répondre aux exigences de l'hôpital. Le remplacement des religieuses implique la constitution d'un corps de professionnels du soin qui doit répondre au double critère de laïcité et de compétence.

Cette laïcisation est nécessaire pour le corps médical car il ne peut et ne veut plus se trouver confronté à des soeurs ignorantes, prisonnières d'habitudes dépassées, mais aussi indisciplinées à l'égard des médecins, et de leurs nouvelles techniques, au profit de leur hiérarchie ecclésiastique. Selon M. BARTHOU, ministre de l'intérieur, « *il est devenu nécessaire que soient définies, de manière précise, les attributions des diverses catégories de personnes des hospices et hôpitaux, afin que les malades y reçoivent des soins aussi diligents et éclairés*

que possible»¹². Le corps médical a besoin de disposer d'un personnel formé, capable d'appliquer les décisions thérapeutiques. La pratique clinique se transforme, s'enrichit des apports de la physique, de la chimie et de la biologie alors en plein essor. L'investigation par le regard, la palpation et l'interrogation du malade bénéficient de l'appui des examens de laboratoire et des explorations fonctionnelles. Les médications sont à la fois plus complexes et plus efficaces. La victoire des théories pasteurienne généralisent l'asepsie et les vaccinations. L'hygiène hospitalière, et surtout la qualification des soignantes, deviennent des priorités, comme le soulignera plus tard Léonie CHAPTAL : *«L'instruction des infirmières n'est pas moins exigible que la salubrité des locaux ; elle est même plus nécessaire, car les malades courent plus de dangers, soignés dans des locaux irréprochables par des personnels ignorants, que soignés par des infirmières instruites dans des locaux insuffisants»*¹³

A ces exigences, thérapeutiques et de prévention sanitaire, s'ajoute un autre impératif imposé par les pouvoirs publics. Il s'agit de la responsabilité de l'Etat envers les malades et les indigents qui, selon la loi du 15 juillet 1893¹⁴, impose l'obligation d'assistance médicale aux malades dénués de ressources. Cette législation implique des droits mais surtout des devoirs à la charge des acteurs de santé. Partant, la République penche pour la promotion de l'idée de solidarité au détriment de celle de la charité.

Ce devoir d'assistance impose le principe d'un enseignement infirmier, garantissant un niveau de compétence suffisant qui permette aux auxiliaires

¹²J.S CAYLA ; «La profession infirmière» ; p 206

¹³Léonie CHAPTAL ; «La profession d'infirmière» ; Revue des Deux Mondes ; 1924

¹⁴Loi du 15 juillet 1893 ; J.O. 18 juillet, p 3682 et s.

médicaux d'assurer leurs charges. Le développement de la formation permet d'effacer progressivement le dévouement et le sacrifice de soi s'effacent au profit de la connaissance scientifique et l'autorité médicale. La politique de qualification et de promotion des infirmières s'impose comme une nécessité sociale et institutionnelle. En ce sens la circulaire du 28 octobre 1902 précise que *«Plus la science progresse, plus apparaît l'importance du rôle de l'infirmière ; plus aussi il devient manifeste que pour remplir ce rôle, le bon vouloir, le dévouement, l'abnégation même, ne suffisent pas ; il y faut une instruction technique. Les commissions hospitalières ont l'obligation morale très étroite de ne confier des malades qu'aux infirmières qui ont justifié avoir acquis les connaissances indispensables à l'exercice de leur état [...] L'infirmière, telle qu'on doit la concevoir est absolument différente de la servante employée aux gros ouvrages de cuisine, de nettoyage, etc. Elle est réservée aux soins directs des malades ; c'est la collaboratrice disciplinée, mais intelligente, du médecin et du chirurgien : en dehors de sa dignité personnelle, qu'il est essentielle de sauvegarder, elle doit éprouver une légitime fierté d'un état très scientifique»*¹⁵

Un nouveau portrait de la soignante se dessine, à l'initiative des médecins et des impératifs hygiéniques, soumise aux praticiens maîtres des techniques et consciente des limites de son rôle.

c) L'opacité des domaines d'interventions : facteur d'évolution

¹⁵Circulaire du 28 octobre 1902, dite circulaire Combes (Le texte donne mission aux préfets de veiller à la création d'écoles d'infirmières et d'un diplôme (brevet de capacité) puis à ce que le personnel ainsi qualifié serve les établissements hospitaliers de la ville et de la région.) ; J.O. 30 oct. 1902, p 7043

La profession infirmière verra son évolution s'accélérer durant la Première Guerre mondiale, dans la mesure où celle-ci fit accroître considérablement les besoins en santé et en personnel.

Cependant, durant toute la première moitié du siècle, le contenu de sa mission et les actes afférents à sa réalisation ne sont toujours pas définis par le législateur.

En l'absence de définition des fonctions de l'infirmière, le seul moyen de se faire une idée de son rôle est de se référer aux différents programmes d'enseignement de la profession, notamment le premier en date du 24 juin 1924¹⁶.

Jusqu'en 1978¹⁷ la profession infirmière se définit seulement par rapport au domaine de la compétence médicale. C'est à partir de 1962¹⁸ qui définit la nomenclature des actes médicaux, que l'on trouve le domaine d'intervention de l'auxiliaire médical. Les contours de la définition de la fonction infirmière se dessinent de manière négative. L'infirmier fait ce que le médecin lui autorise compte tenu de l'aptitude de son auxiliaire, que seul il apprécie. La profession est le pendant du corps médical, puisque son existence juridique dépend du monopole médical dans le soin.

Néanmoins, à côté des programmes des écoles d'infirmières qui précisent et actualisent sans cesse le contenu de la mission infirmière, l'O.M.S. en 1966¹⁹ et

¹⁶arrêté 24 juin 1924, J.O. 14 septembre 1924, p 8421 et s.

¹⁷Loi n°78-615 du 31 mai 1978 ; J.O.10 juin, p 2235

¹⁸Arrêté du 6 janvier 1962 ; J.O. 1er février, p 1111

¹⁹Définition de la fonction infirmière par le Comité O.M.S. d'experts en soins infirmiers réunit à Genève, qui reprend la définition du Conseil international des infirmières.

les Autorités européennes en 1967, en l'occurrence le Conseil de l'Europe, donnent des éléments de précision sur la définition du rôle infirmier²⁰.

L'infirmière ne détient, donc, aucune exclusivité sur les actes de soins qu'elle était amenée à accomplir auprès du patient. En effet, le médecin délègue à l'infirmière des gestes médicaux, voire des prescriptions qui sont faits sous sa responsabilité ou en sa présence. Cette logique de transfert vers le bas de certaines fonctions, permet certes une promotion de l'activité de ceux qui occupent la position statutaire inférieure, mais elle crée aussi un «*flou*» dans la délimitation des rôles et des compétences. Les tâches se répartissent de façon variable selon le service, l'unité de soins ou l'équipe médicale. Seule la responsabilité relève des statuts respectifs. Toutefois, confronté à une responsabilité juridique abstraite, peu perceptible de l'extérieur, le malade à qui, par exemple, l'aide soignante fait la toilette, n'a pas forcément conscience de l'implication de l'infirmière dans ce type de soins. Il en va de même pour le médecin au regard des interventions de l'infirmière au lit de l'hospitalisé.

Aujourd'hui encore les frontières entre le domaine médical et infirmier restent floues. Selon M. J. PENEFF *«Il est difficile de faire l'inventaire des gestes médicaux exclusivement réservés aux médecins et aux infirmières. La configuration d'actes autorisés interdits est fluctuante puisque le domaine d'intervention, la distribution dépendent du nombre de personnels de chaque catégorie, des habitudes de chaque départements, des rapports infirmiers-médecins. J'ai entendu dire qu'ici l'infirmière faisait la prise de sang de l'artère*

²⁰Accord Européen sur l'instruction et la formation des infirmières, 25 octobre 1967 (ratifié par la France le Décret du 7 février 1975, n°73-75)

mais pas de l'intraveineuse ou l'injection médicamenteuse. Elles ne feraient plus les cathéters centraux mais pratiqueraient aujourd'hui _ fait nouveau _ les injections d'anesthésiques. Pour le bilan gazeux, l'injection fémorale, le bloc crural, c'est la même chose : des infirmières, selon certaines sources, les assureraient, d'autres non.... Le large usage du vague juridique permet à l'hôpital de gérer l'indéterminable et de s'adapter à des situations où les frontières sont impossibles à établir strictement. En l'absence provisoire d'un médecin, tout soin deviendrait, en théorie, interdit ; les traitements s'arrêteraient. Tous les hôpitaux devraient fermer les services»²¹.

De plus, c'est au cours du XXème siècle que les progrès médicaux et techniques furent pléthoriques, variés et des plus complexes, au service d'une médecine toujours plus performante, spécialisée et technicienne. Dans ce contexte, l'infirmière dans l'institution hospitalière et en particulier dans les services de pointes, fait contrepoids à l'hyperspécialisation médicale et à la dépersonnalisation du malade. Tout en assumant des tâches de plus en plus techniques, elle garde un rôle de polyvalence. Elle gère l'interdépendance dans les soins entre le technique et le relationnel, le médical et l'administratif.

²¹PENEFF jean ; «L'hôpital en urgence» ; Editions Métaillé 1992 ; p 157-158

B) ... A une reconnaissance juridique de la profession

Bien avant la reconnaissance légale de la définition de la profession infirmière, son exercice et son existence ont été juridiquement reconnus avec le décret de 1922 qui crée le «*brevet de capacité professionnelle*».

L'histoire de la définition juridique de la profession infirmière passe par plusieurs étapes qui traduisent l'évolution des mentalités concernant cette profession, l'évolution du travail hospitalier et les revendications infirmières qui évoluent.

a) Reconnaissance de la fonction infirmière

La première de ces étapes est la loi de 1943 reprise et modifiée par celle de 1946²². Elle officialise le terme infirmière et amorce le début d'une définition de la profession : «*Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière toute personne qui donne habituellement, soit dans le service public ou privé d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits ou conseillés par un médecin.*»

Le texte évoque l'infirmière en tant que personne et occulte toute définition ou début de définition des gestes ou actes accomplis par cette dernière. On reconnaît la fonction mais non son contenu.

²²Loi n° 46-630 du 08 avril 1946 ; J.O. 09/05/46, p 2958

Le lieu d'exercice et la subordination des soins aux médecins, précisés par le dispositif, souligne leur totale dépendance à l'égard de ces derniers. Cette dépendance est réaffirmée par l'arrêté de 1947²³, qui constitue la première nomenclature des «*actes médicaux*», dans laquelle est prévue la nature des gestes médicaux que peuvent effectuer les infirmières.

Par conséquent, la nature des actes de la profession infirmière est médicale, et en aucun cas infirmier. Sa mission se caractérise par voie de délégation. De plus, cet arrêté parle «*d'auxiliaire médicale qualifiée*» sans préciser la qualification de cette dernière. Cela laisse penser qu'en plus de ne pas reconnaître l'acte infirmier, l'infirmière n'a pas l'exclusivité de la délégation des actes médicaux dans la mesure où elle n'est pas la seule auxiliaire médicale.

Dans les années soixante l'infirmière se voit doter, de part l'expansion des techniques et le développement de la parcellisation des tâches, d'une compétence technique plus importante. Cependant, il reste encore dans les rangs du corps médical de nombreuses résistances à cette tendance qui consacre l'infirmière, et son rôle de technicienne avec la responsabilité qui est pendante : «*Aucune infirmière n'est autonome, elle dépend du médecin qui seul a la responsabilité des soins ; seul il est autonome devant sa conscience, la morale et la loi. A lui seul incombe la responsabilité première. S'il est vrai que l'infirmière a sa responsabilité propre, c'est une responsabilité seconde, celle de l'exécutante qui n'a pas l'initiative et qui reste l'auxiliaire du médecin. Comment alors, peuvent-elles envisager les éléments indispensables à l'exercice de leur métier ?*»²⁴.

²³arrêté du 31 décembre 1947 ; J.O. 9 janvier, p 274

²⁴Y. KNIBIEHLER ; «*Cornettes et blouses blanches*» ; op. cité

Les contours de la fonction infirmière seront dessinés grâce au travail des associations professionnelles, mais aussi au niveau international. Concernant les premières, nous évoquerons essentiellement le rôle de l'une des associations les plus anciennes et les influentes dans le milieu professionnel et auprès de l'administration sanitaire.

Créée en 1924, l'A.N.I.D.E.F. (Association nationale des infirmières diplômées de l'Etat français) joua un rôle prépondérant dans la définition de la profession et de sa mission, et ce, grâce à ses recherches. Ces recherches ont été menées dans le cadre des statuts de l'association qui sont pour le moins ambitieux pour l'identification de la profession. En effet, l'objet de l'association est de réunir toutes les infirmières pour :

1- Assurer le meilleurs soins des malades, de toutes catégories.

Cet objectif est intéressant dans la mesure où l'association évoque la garantie du «*meilleur soin*» et non d'assurer au mieux les gestes ordonnés par le médecin, ou d'assurer au mieux leur rôle d'exécutante. Cet article permet de dégager l'idée de «*soin*» que la profession s'approprie, même si cela ne se traduit pas encore comme une spécificité.

2- Etudier toutes questions destinées à améliorer la santé publique et de stimuler dans ce sens l'effort professionnel.

A partir de cet article le corps infirmier prend en charge une réflexion plus globale de sa mission et l'intègre dans l'amélioration de la santé publique. Cette démarche constitue les prémices de la recherche en soins infirmiers.

Très vite la profession infirmière a cherché à donner un sens à sa mission et sa spécificité, alors même qu'elle émane, à cette époque, exclusivement du corps médical qui affirme dans ses multiples écrits sa volonté de limiter le rôle d'infirmière à celui d'une exécutante attentive et soumise.

A côté de l'ébauche de définition entreprise par les groupes associatifs, les organisations internationales, à leur tour, s'approprièrent cette mission. En effet, en 1966, le Comité d'experts des soins infirmiers auprès de l'O.M.S. réuni à Genève reprenait la définition mise au point par le Conseil international des infirmières : *«L'infirmière est la personne qui, ayant suivi un enseignement infirmier de base, est apte et habilitée à assumer dans son pays la responsabilité de l'ensemble des soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les soins aux malades»*²⁵.

Le 25 octobre 1967, l'Accord européen sur l'instruction et la formation des infirmières définit la profession et son niveau de formation. Ces deux initiatives internationales conduiront, en partie, la France à franchir la seconde étape concernant la reconnaissance de la fonction infirmière

b) Reconnaissance juridique de la qualification infirmière

²⁵ P. LACHEZE - PASQUET, E.MICHEZ ; Cahiers de l'Infirmière, « Administration. Législation », n°1, p 1

La seconde étape est le fruit de la loi du 31 avril 1978²⁶, adoptée sous la pression des syndicats et des associations infirmières. C'est à cette date que la définition de la profession infirmière et son contenu seront revus :

«Est considérée comme exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière, toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu. En outre, l'infirmier ou l'infirmière participe à différentes actions notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement.»

La définition de la profession comme on peut le lire est largement étendue et précisée.

Ce nouveau dispositif législatif est d'autant plus d'actualité qu'il était devenu une exigence après que la France ait ratifié en 1975 l'Accord européen de Strasbourg, publié par le décret du 30 septembre 1975²⁷, qui donnait une définition précise sur laquelle s'est appuyé le législateur français. Cette définition européenne disposait que la fonction infirmière consistait d'une part, à exercer essentiellement les fonctions suivantes :

«a) Dispenser des soins infirmiers compétents aux personnes dont l'état le requiert, compte tenu des besoins physiques, affectifs et spirituels du malade en milieu hospitalier, au foyer, au lieu de travail... ;

²⁶Loi 1978 du 31/04/1978, déjà cité

²⁷Décret 30 septembre 1975, n° 75-73 ; J.O. 7 fev. 1975, p 1661

b) Observer les situations ou conditions physiques ou affectives qui exercent un effet important sur la santé et communiquer ces observations aux autres membres de l'équipe sanitaire ;

c) Former et guider le personnel auxiliaire nécessaire pour répondre aux besoins du service infirmier de toute institution de santé» (...) ; d'autre part «comme apte à juger à tout moment des soins infirmiers dont chaque malade a besoin et lui affecter le personnel correspondant».

Cette définition balise le contenu professionnel de manière très avancée, puisqu'elle consacre un champ de compétence et de développement professionnel propre car indépendant de l'exercice médical.

Contrairement aux dispositions de 1943 et 1946, la loi prend en considération, dans la définition de la profession infirmière, la possession d'un diplôme, et donc, la soumission à un apprentissage préalable. Le législateur reconnaît, non seulement la fonction infirmière, mais aussi, la qualification, et donc, la compétence de cette dernière. Dans cette démarche tournée vers la qualification, la loi de 1978 et ses décrets d'application du 12 mai 1981²⁸ et du 17 juillet 1984²⁹ reconnaissent à l'infirmière un double rôle : le premier, traditionnel, qui la place sous l'autorité du médecin en tant qu'exécutante, un second qui répond à la volonté des infirmières d'être plus près du malade, de privilégier une démarche humaine, à côté de celles plus techniques, auprès du patient. Cette nouveauté

²⁸Décret 81-539 du 12/05/81 ; J.O. 15/05/81, p 1450

²⁹Décret 84-689 du 17/07/1984 ; J.O. 24/07/84, p 2419

reconnue par le «*rôle propre*» est le principal socle d'une notion en permanente évolution qui est le «*soin infirmier*».

Le rôle propre constitue un progrès fondamental dans l'évolution du rôle de l'infirmière auprès du malade dans la démarche globale de soins, qui jusqu'à présent, ne relevait que de la seule compétence et responsabilité médicale. En effet, il faut entendre par «rôle propre», les actes «*dont l'infirmier prend l'initiative et dont il organise la mise en oeuvre*»³⁰.

Partant, une autonomie professionnelle aux côtés des médecins semble se dessiner. En effet, la reconnaissance de ce rôle modifie en profondeur la nature de la profession puisque, de simple auxiliaire médicale, elle devient pour partie une profession paramédicale.

Parallèlement à l'émergence d'un «*rôle propre*», il est intéressant de souligner une évolution importante. Jusqu'à présent l'infirmière était reconnue comme «*exécutante*» des actes médicaux qui étaient délégués par le médecin. Dorénavant, en plus de lui reconnaître un rôle propre, sa mission d'exécutante est maintenue, mais les actes qu'elle accomplit sur prescriptions ou conseils du médecin rentrent dans le domaine des soins infirmiers. Ainsi, un transfert s'est produit, puisque d'actes médicaux ils sont devenus actes de soins infirmiers sous la direction et la responsabilité du médecin. La différence avec le rôle propre est, bien entendu, l'absence d'initiative de la part de l'infirmière pour la mise en oeuvre de ces soins infirmiers et les conséquences sur la responsabilité qui en découlent.

Cette évolution est d'autant plus importante, que ces soins infirmiers, sous la responsabilité du corps médical, ne sont pas prévus de manière exhaustive, par le

³⁰CAYLA J.S ; «la profession infirmière», p 48

premier décret d'application de 1981. En effet, les articles 4 et 5 ne disposent pas un domaine limitatif d'intervention auprès du médecin, qu'il s'agisse des actes sur prescriptions médicales ou de ceux sous surveillance médicale. Cette souplesse permettait au médecin d'offrir une large latitude participative au corps infirmier, s'il le désirait.

De plus, une dimension nouvelle permet aux infirmières d'intervenir dans des secteurs qui jusqu'à présent étaient exclus de leur domaine de compétence. Il s'agit de l'espace préventif et éducatif de la profession en matière de santé. Par ce biais, la profession va pouvoir sortir véritablement des murs de l'hôpital pour s'investir dans les institutions relatives à la santé. Cette dimension est fondamentale, dans la mesure où elle redessine en profondeur le contenu de la profession infirmière en reconnaissant la qualification suffisante de cette dernière à participer plus globalement dans la société auprès des malades ou du public en général, indépendamment du médecin. Cependant, ce nouvel espace n'est pas exclusif au corps infirmier, mais lui est seulement ouvert parmi tous les acteurs de soins qui y sont habilités. En effet, avec ses nouvelles attributions, l'infirmière sera amenée à intervenir auprès des patients ou des groupes de population en collaboration avec d'autres professionnels comme les psychologues, les psychothérapeutes...

Enfin, le corps infirmier se voit reconnaître une autonomie dans le domaine de la formation qui, jusqu'alors, du fait de leur seule qualité d'exécutante au service du corps médical, relevait théoriquement de ce dernier.

Mais est aussi dévolu aux infirmières un rôle d'encadrement, donc de responsabilisation hiérarchique interne à la profession.

Le décret du 17 juillet 1984 reprend l'essentiel des dispositions contenues dans celui de 1981. L'apport de ce dernier dans la définition de la fonction infirmière réside dans une meilleure définition des attributions infirmières, une extension des soins infirmiers en général et ceux relevant du rôle propre en particulier (ex: contrôles biologiques, administration de produits médicamenteux...).

Si cette loi et ses décrets d'application représentent une avancée importante, il est encore à noter que la définition reste axée sur la personne (définition de l'infirmière et non du travail de l'infirmière) et sur les rôles (c'est à dire le cadre d'intervention de l'infirmière)

Ainsi, se sont greffés à la définition de la fonction de l'infirmière, les domaines d'intervention et les actes autorisés auprès du médecin. Mais jusqu'à présent le rôle de l'infirmière dans le système de santé n'est pas défini.

La dernière étape décisive dans la définition de la fonction infirmière et du service rendu dans le système de soins en général, procède du mécontentement des infirmières en 1988. Ce mouvement marque une nouvelle étape dans l'évolution de la profession infirmière. C'est parce que, d'une part, le gouvernement, par un arrêté du 23 septembre 1987³¹, abaisse le niveau de recrutement des écoles d'infirmières, et que d'autre part, la reconnaissance

³¹Arrêté du 23 décembre 1987 ; J.O. 27 décembre, p 15264

statutaire particulière de la profession prévue dans la loi du 9 janvier 1986³² tarde à être mise en oeuvre par décret, que le corps infirmier a ressenti une fois de plus la nécessité d'asseoir définitivement son identité professionnelle et son rôle dans le système de santé.

Les revendications sociales et professionnelles furent entendues et permirent de confirmer et renforcer leur reconnaissance tant du point de vue de la formation³³, que de la mise en oeuvre, par décret du 30 novembre 1988³⁴, des statuts particuliers prévus par la loi de 1986.

Mais c'est, et surtout, l'apparition du décret du 15 mars 1993³⁵ qui étoffe le contenu de la définition de la profession et lui donne un sens précis dans l'organisation globale des soins auprès du médecin.

En effet, le contenu de ce texte réglementaire enrichit considérablement la définition du rôle propre infirmier, en son article 2, permettant de développer la notion de soins infirmiers indépendamment de la tutelle médicale, et ce grâce au diagnostic infirmier. Cet outil offre une nouvelle dimension au dossier de soins infirmiers qui d'une part, devient un instrument de travail performant, et d'autre part, un véritable outil de capitalisation du savoir propre qui fera l'objet d'une recherche en soins infirmiers (art 9). Cette précision du rôle propre renforce l'autonomie de l'infirmière et permet de donner un sens à sa mission dans l'activité globale du soin.

³²Loi du 9 janvier 1986, n° 86-33 ; J.O. 11 janvier, p 535 et s.

³³Arrêté 30 novembre 1988 ; J.O. 1 décembre, p 14960

³⁴Décret 30 novembre 1988, n° 88-1077 ; J.O. du 1er décembre, p 14963

³⁵Décret du 15 mars 1993, n° 93-345 ; J.O. 16 mars 1996, p 4098

C) Vers un exercice professionnel autonome

a) A la conquête de l'indépendance professionnelle

La conquête de l'indépendance s'est faite, comme nous l'avons vu précédemment, au niveau international dès les années soixante, grâce à un travail de définition de la profession, afin de mieux identifier l'infirmière et sa place par rapport au corps médical. Néanmoins, le rôle d'auxiliaire médical n'est pas remis en cause par le législateur jusqu'en 1978.

Si, dorénavant, l'exercice infirmier jouit d'un monopole garanti par une réglementation, il n'en reste pas moins que son statut de profession «*paramédicale*» met bien l'accent sur sa dépendance à l'égard des médecins.

La pratique infirmière répond, avant tout, à une demande de soins fortement médicalisée, requérant d'abord une efficacité technique. Dans cette perspective, il s'agit en priorité d'assurer la bonne mise en oeuvre de traitements médicaux et de surveiller leurs effets. La compétence infirmière se définit alors en référence à des critères tels que l'organisation rationnelle des soins, la maîtrise, la rapidité et l'adaptation des gestes, la vigilance et la responsabilité technique.

La dimension humaine inhérente à toute prise en charge d'une personne en situation de défaillance physique et de perte d'autonomie reste subordonnée aux caractères technique et médical de l'intervention soignante.

Comme nous l'avons étudié, la définition officielle de l'exercice infirmier reconnaît à la profession, conjointement à son rôle d'auxiliaire médical, des compétences spécifiques et une autonomie d'intervention, ainsi qu'un rôle éducatif. La reconnaissance d'un rôle propre représente une étape importante dans l'évolution de la pratique infirmière, de son organisation et de sa définition. Cette conquête est le fruit des revendications des écoles et associations professionnelles, qui exprimèrent la volonté de dégager l'activité soignante d'une fonction d'exécution et de soustraire sa définition et son contrôle à l'emprise médicale.

Néanmoins, la reconnaissance légale de ce nouveau rôle dans la loi de 1978, s'est révélée difficile à ancrer dans les faits. Le premier décret d'application en date du 12 mai 1981³⁶ a précisé les éléments constitutifs de la «*fonction infirmière*» et l'extension du pouvoir d'intervention de l'infirmière caractérisés par son rôle propre d'une part, la multiplicité de l'exécution d'actes médicaux d'autre part. Cette définition n'a pas reçu l'approbation unanime des professionnels de santé et en particulier des médecins. En effet, les médecins biologistes au vu du contenu dudit décret, et notamment des actes autorisés aux infirmières concernant, le «*contrôle des paramètres urinaires courants...*», qui jusqu'alors relevaient exclusivement du monopole médical trouvèrent le moyen de faire prononcer l'annulation du décret. Cette action fut fondée sur le fait que la liste des actes professionnels susceptibles d'être exercés par les infirmiers et infirmières ne peut être déterminée que par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine, ce qui n'avait pas été le cas.

³⁶Décret du 12 mai 1981 n° 81-539 ; déjà cité

Le Conseil d'Etat³⁷ fit partiellement droit à la requête, puisqu'il prononça l'annulation partielle. Ce fut pour le corps médical une éphémère victoire contre l'extension des compétences de la profession infirmière. Néanmoins, il fallut attendre trois années pour qu'un décret d'application soit adopté. Cette lenteur tend à prouver la difficulté qu'eurent les pouvoirs publics pour mettre en oeuvre une loi qui porte atteinte à la souveraineté médicale dans le domaine des actes de soins.

La loi acquise avec son décret d'application même imparfait créèrent la dynamique suffisante pour amorcer le mouvement que rien ne pourrait arrêter. Le décret de 1984 pris en application de la loi de 1978 le prouva. En effet, ce dernier s'est substitué au précédent, en modifiant les articles mis en cause, par sept nouveaux articles consacrés aux soins infirmiers, au rôle propre de l'infirmière, aux actes médicaux, aux soins d'urgence et à la collaboration de toute action complémentaire de prévention, de formation et de recherche. C'est à dire que non seulement la volonté de consacrer le rôle de l'infirmier est maintenue mais en plus son domaine est étendu : *« Les soins infirmiers sont en particulier expressément étendus aux personnes en bonne santé. Le rôle propre de l'infirmier est pratiquement défini par l'énumération des soins et des contrôles biologiques dont il est l'initiateur et le responsable. La liste des soins qu'il donne et les techniques auxquelles il participe, sur prescription ou sur conseil*

³⁷ Conseil d'Etat 14 mars 1984, in «La liste des actes professionnels et la définition de la profession d'infirmier : décret du 17 juillet 1984 » CAYLA J S ; RTDSS n°4, oct-nov 1984, p 473

médical, en l'absence ou en présence et sous la responsabilité d'un médecin, a été considérablement allongée...»³⁸.

Le décret du 17 juillet 1984 met toutefois en relief la difficulté persistante pour caractériser l'exercice infirmier, et notamment son rôle propre, autrement que sous la forme d'une nomenclature d'actes professionnels que les soignants sont «*autorisés*» à effectuer.

A la lecture du texte, le contraste est en effet frappant. Un premier article qui définit d'une façon générale voire abstraite l'objet et la nature des soins infirmiers, et les articles suivants qui énumèrent, dans un ordre plus ou moins logique et sans commentaire, l'ensemble des compétences pratiques des infirmières.

Comme le souligne M. CAYLA, «*on attend toujours la définition du rôle qui devrait appartenir exclusivement à l'infirmier et caractériser sa profession ; le texte confirme seulement qu'il est situé à l'intérieur du vaste domaine des soins médicaux et de la plupart des soins paramédicaux liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et tendant à compenser le manque d'autonomie. On en est réduit à se contenter d'une définition pratique et énumérative*»³⁹.

b) De l'indépendance professionnelle

Selon Mme Anne Marie POLET-MASSET, «*l'autonomie infirmière comme aboutissement d'un long processus technique et professionnel se caractérise non*

³⁸CAYLA J S ; «La liste des actes professionnels et la définition de la profession d'infirmier : décret du 17 juillet 1984 » ; p 484

³⁹Ibid, p 476

pas comme la consécration de l'indépendance professionnelle mais plus, par la notion d'interdépendance»⁴⁰

Cette autonomie, pour être réelle, exige que soient réunis deux paramètres fondamentaux : d'une part, la capacité du corps infirmier à assumer pleinement les charges qu'impose la nouvelle définition de sa fonction ; d'autre part, que cette maîtrise en plus d'être reconnue, soit acceptée par l'ensemble du personnel de santé, et en particulier par le corps médical.

Partant, l'autonomie ou l'interdépendance consiste à *«assumer ses dépendances et évoluer vers une certaine indépendance»⁴¹*, le tout se manifestant dans des comportements de communication et de partage avec autrui. L'infirmière doit, par conséquent, être comprise comme étant un partenaire indispensable au corps médical, et réciproquement. S'il existe un art de guérir reconnu aux médecins, il existe un art de soigner propre aux infirmières. Les soins infirmiers sont distincts, mais n'en reste pas moins indissociables de l'acte médical, l'objectif visé, doit être nécessairement commun, c'est à dire l'efficacité des soins, toujours meilleure, au service du patient.

C'est parce que cette interdépendance constitutive de l'autonomie n'est pas acquise, malgré la conquête en moins d'un siècle, d'un titre, d'un diplôme d'Etat et d'une réglementation de l'exercice qui en garantit le monopole, que la question de l'identité professionnelle s'est une fois de plus posée et traduite par ce que l'on appelé la crise infirmière de 1988. En effet, Malgré l'évolution de la profession et sa reconnaissance technique par les partenaires de santé, la plupart des soignantes vivent leur activité quotidienne comme un travail d'exécution

⁴⁰ Anne Marie POLET-MASSET ; *«Passeport pour l'autonomie affirmez votre rôle propre »* ; p 16

⁴¹HOFFMANS-GOSSET M A ; *«apprendre l'autonomie, apprendre la socialisation »*, p 36-37

dévalorisé. Les différents «*modèles de soins*» n'ont guère modifié leur pratique quotidienne qui obéit davantage aux contraintes du terrain. Continuant d'exercer en grande majorité dans le cadre de l'hôpital, elles considèrent que les structures hospitalières et leur fonctionnement font obstacle à leur aspiration à l'autonomie. Responsabilisées en pratique mais non en droit, elles restent de fait soumises à la tutelle des médecins et de leur administration.

C'est donc, pour briser ces images sociales de soumission et de dévouement qui font écran à la réalité de la pratique infirmière, que les infirmières se révoltent contre le double contrôle médical et administratif qui s'exerce sur elles et la dévalorisation qui l'accompagne. Leur colère est aussi dirigée contre une conception trop techniciste de leur rôle, dans laquelle l'évolution du système hospitalier tend à les enfermer.

Dès lors, les questions centrales qui se posent de manière aiguë à la profession sont : comment s'imposer comme partenaire indissociable et indispensable du reste des acteurs de santé, et en particulier du corps médical ? Comment définir un territoire et défendre une autonomie dans un champ d'intervention déterminé par la pratique médicale, sans empiéter sur les domaines des autres professionnels de santé ?

L'étape de l'interdépendance comme aboutissement à l'autonomie professionnelle est reconnue nécessaire par une partie du corps médical. Le Professeur Thierry PHILIP déclare que selon lui les médecins n'arriveront pas à

la notion de respect *«tant qu'ils n'accepteront pas de dire que pour ce rôle propre de soins, les infirmières sont meilleurs qu'eux, elles ont donc le pouvoir puisqu'elles ont la technique et tant qu'on ne dira pas cela, on ne progressera pas. Et la complémentarité c'est bien cela, c'est bien de reconnaître la spécificité et le pouvoir technique de l'autre.»*⁴². Selon lui, cette reconnaissance doit être réciproque, et ne pas se limiter aux rapports médecins-infirmiers, mais doit s'étendre à l'ensemble des acteurs de santé.

Pour M. J. BREGETZER *«la profession infirmière doit s'appuyer sur une ossature solide : la hiérarchie avec ses différentes formes»*⁴³, notamment celles du savoir et de la compétence. La réflexion de l'auteur est de préciser les critères d'un point de vue hiérarchique, entre infirmiers et médecins, qui marquent la frontière entre la notion de métier et celle de profession. Il subordonne la reconnaissance d'une profession infirmier à l'existence de l'autonomie infirmière qui doit se traduire par le contenu de la hiérarchie entre infirmiers et médecins. Pour mieux définir l'autonomie de l'infirmière l'auteur nous rappelle que la fonction infirmière est tridimensionnelle.

En effet, l'infirmière est dépendante du corps médical et de ses prescriptions, indépendante grâce à la reconnaissance du *«rôle propre»* mais doit être, aussi et surtout, interdépendante. Cette interdépendance se traduit par une consécration de la profession comme collaboratrice du corps médical.

⁴²Thierry PHILIP ; «L'équipe médicale et les autres métiers de l'hôpital. Les conditions de la complémentarité», p 362-366

⁴³J. BREGETZER ; «Bâtir sa profession» ; centre chrétien des professionnels de santé ; p 2-3

Une fois de plus, il apparaît évident que la notion d'«*autonomie*» doit passer par celle d'«*interdépendance*».

L'autonomie est aussi le fruit de rapports hiérarchiques avec le médecin. L'une des hiérarchies qui doit permettre l'interdépendance est celle de la compétence. Cette compétence doit se traduire par la reconnaissance, en plus des autorités et du tissu social, des pairs et des autres professions de soins, en particulier du corps médical. La compétence est constituée de techniques infirmières, de la capacité que celles-ci ont de mettre en place une formation qui leur donne un degré de savoir suffisant, mais aussi, la capacité de se doter d'un système d'analyse : la recherche. Cette hiérarchie de compétences est difficilement dissociable de celle du pouvoir. L'autonomie infirmière doit être consacrée par une collaboration dans l'exercice du pouvoir avec le corps médical. Le pouvoir ne doit pas s'entendre de manière pyramidale, mais selon les compétences des acteurs de soins dans l'organisation globale de la démarche de soins. C'est la conviction que rien ne peut être organisé indépendamment de tous les intervenants, que chacun est indispensable et complémentaire dans l'élaboration et la direction d'un projet de service de soins en général et de soins en particulier. C'est reconnaître la légitimité et l'autorité des partenaires et les utiliser dans un dessein commun : le patient.

La reconnaissance interprofessionnelle des acteurs de santé doit conduire naturellement le concept de l'autonomie dans une structure plurale vers une notion nouvelle, celle de l'identité hospitalière, qui gommara progressivement

les réflexes corporatistes caractérisant les rapports infirmiers-médecins dans les services de soins dès qu'un intérêt particulier est en jeu.

Le sociologue Michel TACHON, considère fort justement que *«par delà l'identification des tâches, des prescriptions qui sont données à chacun, l'identité collective apparaît comme le signe d'une cohésion»*⁴⁴.

Cette identité pourrait se traduire par une reconnaissance juridique d'un statut général unique, mettant fin, par là même, à la multiplication des reconnaissances professionnelles et individuelles et de leur contenu. L'unicité juridique permettrait l'homogénéisation et la cohésion de la démarche de soins tout en préservant concomitamment le particularisme de chaque participant à l'aide de statuts juridiques particuliers.

§2 Une émancipation professionnelle dictée par une double volonté vis à vis du corps médical

Le savoir médical et le *«savoir infirmier»* sont proches l'un de l'autre sur la plan partiel du contenu et sur le plan de la démarche suivie : recueil d'informations, analyse, synthèse, décisions, initiative, transmission d'informations. Seuls changent le niveau d'application et l'objectif. C'est à dire que le médecin mesure l'écart entre organe en bonne santé et organe malade, et l'infirmière mesure l'écart entre les réactions d'un être en bonne santé et celles d'un être malade.

⁴⁴Michel TACHON ; «Identité professionnelle et dynamique de l'organisation. Vers un observatoire des métiers hospitaliers», p. 424

Il n'y a pas d'opposition entre le savoir des médecins et celui des infirmières. Il y a différence d'objet à sujet, l'un traite la maladie et l'autre le malade. C'est cette différence qu'il faut mettre en évidence, et qui servira de base à la reconnaissance d'un domaine de compétence propre au corps infirmier.

Jusqu'à présent, la profession était le fruit de deux filiations distinctes. La première était religieuse et la seconde médicale. Pour s'émanciper de l'attachement religieux et être reconnue comme partenaire de santé, à part entière, dans une époque en pleine mutation scientifique et médicale, l'infirmière s'est progressivement rapprochée du corps médical pour couper les liens avec l'ordre ecclésiastique.

Cette première phase acquise, l'infirmière doit entreprendre une autre conquête, celle de la reconnaissance vis à vis du médecin. Pour se faire, et parce que dépourvue de contenu professionnel, elle cherche à être reconnue en prouvant une compétence se rapprochant de la leur, et en exerçant des gestes et des actes délégués toujours plus complexes et nombreux, comme le prouvent les décrets de 1981, 1984 et 1993. Ainsi, en renforçant leur compétence technique, ces dernières se démarquent, paradoxalement, de l'image dévalorisée de l'infirmière, en se rapprochant de celle socialement valorisée des médecins et ce, en réduisant la pesanteur exercée par eux, même si cela se traduit par une dépendance professionnelle toujours plus importante.

Dorénavant, la profession s'oriente vers une valorisation parmi l'ensemble des personnels de santé, et non plus seulement des médecins, grâce à une orientation professionnelle qui favorise la relation soignant-soigné.

Comme nous le verrons, si cette orientation se fait à l'aide du rôle propre et son enrichissement, elle n'en reste pas moins sous l'influence séculaire du corps médical.

A) Une volonté d'indépendance à l'égard du corps médical : L'acte propre.

Après avoir été une somme de tâches et de fonctions sous la responsabilité de la hiérarchie médicale, l'infirmière arrive à revendiquer et à obtenir un rôle propre dont elle seule est responsable.

a) La notion de l'acte propre

1) Source

La revendication infirmière, qui consiste en la reconnaissance d'un domaine d'intervention et d'actes qui lui sont «*propres*» est liée à la formidable évolution de l'activité infirmière depuis le début du siècle auprès du médecin et indépendamment de ce dernier. En effet, l'infirmière est devenue progressivement un acteur de soins clef dans l'organisation hospitalière.

Cette évolution est le fruit d'une maîtrise toujours plus efficiente des techniques de soins enseignées par le corps médical ainsi que les techniques infirmières développées tout au long de ce siècle par le corps infirmier lui-même. Cette évolution répond à une modification de la demande mais aussi de l'offre de soins auprès d'un patient qui passe du statut d'objet médical vers celui d'être humain complexe. Cette maîtrise est due à l'évolution des techniques médicales et la multiplication des actes qu'elle entraîne, impliquant une délégation médicale toujours plus importante. C'est parce que la technique médicale se complexifie que l'action médicale ressent l'urgence d'être soutenue et soulagée par les auxiliaires médicaux, en l'occurrence les infirmières. Cette tendance conduit logiquement à un transfert de compétence, et donc nécessairement un besoin de reconnaissance du corps professionnel qui en bénéficie.

Toutes ces raisons ont conduit naturellement les pouvoirs publics et le pouvoir médical à reconnaître la profession, ses compétences et son champ d'actions. En ce sens, le rapport JOANNE observe que « *l'infirmière ne travaille pas seulement pour le médecin, mais aussi avec le médecin et à côté du médecin.... Elle accomplit en dehors du patronage médical des missions indépendantes qui lui sont propres* »⁴⁵.

Cette consécration vint avec la loi du 31 mai 1978 qui non seulement va définir l'espace interventionnel de l'infirmière en qualité d'auxiliaire, mais aussi un rôle propre. La question qui se pose alors est la suivante : la notion de «*rôle propre*» est-elle le fruit d'une maîtrise technique toujours plus importante ou bien

⁴⁵ M. JOANNE ; Rapport n° 3221, Au nom de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale ; 1977, p 8

accompagne-t-elle une évolution de la médecine et de son approche plus humaine et plus relationnelle du patient dans toute sa complexité ?

2) Le contenu de la notion

Loi du 31 mai 1978 à l'article 1er « *Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donnent habituellement des soins infirmiers sur prescription médicale, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu. En outre, 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.* »

Les soins relevant du rôle propre de l'infirmier sont précisés dans un premier temps par le décret du 12 mai 1981 qui définit à deux niveaux le contenu de cette notion. D'abord et d'une manière générale, comme les « *soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et destinés à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie de la personne* ». Rôle dont la caractéristique principale, comme nous le verrons un peu plus loin, réside pour l'infirmière dans sa capacité d'initiative et de délégation aux aides soignantes dans la limite de leur compétence. Ensuite, la notion de rôle propre est précisée par une liste d'actes de soins très précise qui appartient au domaine infirmier propre.

Cette première rédaction définissant la mission infirmière met en relief, du fait de sa nouveauté, plutôt les actes de soins propres que le rôle qui est une notion en construction qui doit s'imposer, pour passer d'une abstraction vers une prise en charge, spécifique et exclusive du corps infirmier, du patient.

La loi de 1978 et son décret d'application de 1981 constituent la première consécration professionnelle, dans la mesure où ils ouvrent la voie vers l'autonomie. Si l'aspect fonctionnel l'emporte sur la définition du rôle propre, de sa place et de son sens dans une activité de soins plus plurielle où les compétences se multiplient, c'est parce que cette consécration procède d'une compétence technique infirmière de plus en plus accrue, devenue indispensable au corps médical et à l'évolution de la demande de soins.

Cet aspect fonctionnel paraît d'autant plus central et indissociable de cette consécration qu'on le retrouve dans le même article, en son alinéa 2, où se trouve la définition générale du «*rôle propre*». Dès lors, la reconnaissance de l'ensemble des actes techniques relevant de la compétence infirmière propre semble bien limitée, dans la mesure où ces interventions restent très ponctuelles et en très étroite dépendance de l'acte thérapeutique médical. Le caractère autonome n'est ici que pure théorie (ex : changement d'un timbre à la tuberculine ou d'une sonde urinaire...).

De plus, il est intéressant de constater, comme l'a fait M. CAYLA⁴⁶, que ce premier décret introduit la nomenclature par l'adverbe «*notamment*», ce qui nous conduit naturellement à penser que la liste ne contient pas l'ensemble de ces

⁴⁶ CAYLA J.S, op. cité, p 48

actes mais certainement les plus importants. Cet adverbe introductif dans un article qui met l'accent sur la liste des actes propres plus que sur le rôle propre tend à fragiliser la crédibilité de ce domaine à peine consacré dans la mesure où il lui confère un caractère inachevé puisque non exhaustif. Dès lors, à qui appartient-il de préciser la définition du domaine de compétence infirmier sinon au médecin de qui émane le savoir infirmier.

Enfin, cette nomenclature, au delà de son aspect ponctuel et technique suppose deux obligations générales. Il s'agit d'une obligation générale de surveillance ou de sécurité, et une obligation de transmission d'informations relatives aux effets directs, mais aussi indirects de la mise en oeuvre des ces actes infirmiers. Ces obligations délimitent un peu plus le rôle autonome et propre dévolu au corps infirmier.

Ce décret démontre, s'il le fallait, que la spécificité et l'autonomie infirmière devraient s'imposer non pas par la consécration technique d'une liste d'actes de soins propres, mais par le développement de la notion de «*rôle propre*», et de la place tenue auprès des partenaires de santé, en particulier, du corps médical.

Le décret du 17 juillet 1984 distingue le rôle propre (dans son article 2) des actes de soins infirmiers qui relèvent du champ de compétence propre à la profession infirmier. Cette dichotomie permet de dissocier la définition de la spécificité professionnelle de l'évolution des actes de soins infirmiers permettant sa réalisation. L'effort de recherche infirmière dans sa mission et sa place au sein de l'organisation de soins s'affranchit de l'aspect fonctionnel attaché à la fonction.

Ce mouvement vers la reconnaissance de son «*rôle*» spécifique et de sa participation plus générale dans un protocole de soins, a conduit l'infirmière à enrichir le contenu de sa mission, en se dotant d'outils propres, qu'elle seule peut opposer au corps médical dans un souci d'efficacité et de rationalité dans la prise en charge du patient. Ces outils seront consacrés par le décret du 15 mars 1993. En effet, l'art 2, qui reprend la définition donnée par le précédent décret du rôle propre, le complète, dans un second alinéa, par un ensemble de démarches infirmières qui offrent un sens réel à sa mission aux côtés du corps médical. Désormais, le personnel infirmier «*a compétence pour prendre les initiatives qu'il juge nécessaires à accomplir les soins indispensables conformément aux dispositions de l'article 3 ci-après. Il identifie les besoins du patient, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriée et les évalue. Il peut élaborer des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est responsable de l'élaboration, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.*»⁴⁷.

La notion de «*rôle propre*» est complétée et crédibilisée dès lors qu'elle se dote d'outils méthodologiques de mise en oeuvre, mais surtout parce qu'elle donne un sens précis à la charge infirmière dans la structure de soins.

Jusqu'à présent les traits caractéristiques ne résidaient pas dans sa définition, mais dans le monopole infirmier, la capacité d'initiative et de délégation contenue dans cette notion. Aujourd'hui, la fonction infirmière se dote d'un savoir complexe, évolutif et apte à affronter la complexité des situations. En

⁴⁷ Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 ; J.O. du 16 mars, p 4098 et s.

effet, c'est par sa capacité à définir des situations, à s'y adapter, à intervenir selon sa propre initiative et surtout à évaluer les effets de ces dernières que la profession prend conscience de sa place et affirme son autonomie dans l'acte de soins.

Selon M. MOREAU la spécificité professionnelle de l'infirmière dépasse sa compétence technique acquise auprès du médecin mais «*repose sur la prise en charge globale du patient et comprend, au delà des soins de base, des zones indispensables d'autonomie et d'initiative auxquelles l'infirmier est très attaché*»⁴⁸. Ainsi, au delà des gestes techniques, l'infirmière développe une compétence propre relevant du relationnel, de l'observation et des propositions infirmières dans le cadre d'un protocole thérapeutique.

b) Intérêts de l'acte propre

Si l'on entreprend une étude comparative des définitions professionnelles et de la liste des actes qui relèvent de son domaine de compétence, il serait frappant de constater combien les similitudes sont importantes entre l'aide soignante et l'infirmière. Par conséquent, force est de constater que l'intérêt de la reconnaissance du «*rôle propre*» ne réside pas seulement dans sa définition ou dans la nomenclature des actes, mais dans les prérogatives contenues dans ce concept.

⁴⁸MOREAU C. ; «Les infirmières au rapport» , p. 27

C'est en effet, l'idée selon laquelle l'infirmier détient un monopole sur le champ d'attribution contenu dans la notion de «rôle propre» et une capacité d'initiative, que la profession se distingue de celle d'aide soignante, qui ne doit son existence qu'en sa qualité d'auxiliaire.

Le monopole et la capacité d'initiative sont par conséquent, les caractéristiques qui permettent de conquérir l'autonomie professionnelle par rapport aux partenaires de soins, en général, et au corps médical, en particulier.

Néanmoins, le principe du monopole reste à bien des égards un voeu pieux du législateur. Selon MM. DOERFLINGER et MARCOUX, le rôle propre, pour être probant et suivi d'effet «*suppose l'existence d'un domaine d'attributions exclusives*»⁴⁹. Jusqu'à présent, le domaine du rôle propre reste empreint de considérations relatives à l'indication et à la prescription, qui rendent par là même imprécise la description d'un domaine autonome.

Le monopole et la faculté d'initiative offerts par le rôle propre impliquent que l'acte de soins autonome soit conçu et décidé par l'infirmière. Par conséquent, elle doit agir selon des modalités spécifiques. D'une part, spontanément, sans prescription, ni ordre médical mais en fonction de son «*observation clinique du soigné*».

D'autre part, obligatoirement personnellement ou en ordonnant un geste à ne pas faire, ou à faire. Enfin, elle doit agir toujours dans le respect des limites de son

⁴⁹C DOERFLINGER, F MARCOUX ; «Vers une nouvelle définition de la fonction autonome du personnel infirmier», p 741

domaine d'attributions autonomes et des compétences particulières dont elle dispose.

L'ordre de réalisation (écrit ou oral) constate matériellement l'opportunité de ce type de soins. L'auteur et les personnes déléguées par lui même (aide-soignante, élève infirmière) seront liés par le contenu de cette décision.

Les difficultés rencontrées par l'application de ce principe sont patentes, et marquées par la forte influence du corps médical, mais aussi administrative sur le domaine infirmier qui cherche son autonomie effective. D'une part, le personnel infirmier ne peut agir que dans les limites imposées par l'exigence de l'acte de soin ou de l'acte médical et dans le respect des attributions légales de tâches à d'autres professionnels de la santé (Kinésithérapeute...). D'autre part, la préparation et l'exécution des prestations auprès du ou des patients sont subordonnées, ou tout au moins liées aux impératifs d'ordre administratif et médical et éventuellement aux restrictions économiques. Partant, l'infirmier autonome devient rapidement, à la fois un *«vérificateur et garant de sa prescription de soin infirmier»*⁵⁰.

De plus, la capacité d'initiative et son aptitude à élaborer un protocole de soins peut susciter quelques interrogations. Ainsi, dans l'hypothèse où une infirmière non auteur de l'indication ou du soin, doit poursuivre l'exécution d'un acte initialement prescrit par un collègue, quelles seront les obligations du personnel de relève ? Sera-t-il tenu à l'indication et au plan d'action de son collègue ou

⁵⁰C DOERFLINGER, F MARCOUX ; Ibid., p 742

peut-il y avoir remise en cause des observations de base sans changement de situation du malade ?

Est-ce à supposer qu'une action de soin conçue par une infirmière précise ne soit préparée et exécutée que par elle-même ou par une personne subordonnée ?

Dans le cadre de l'activité sur prescription médicale cette hypothèse ne semble pas retenue *«les devoirs incombant à une infirmière sont les mêmes lorsqu'elle se substitue exceptionnellement à un collègue que ceux qui sont les siens, lorsqu'elle accomplit sa tâche personnellement»*. Ce principe est énoncé dans l'arrêt de la Cour d'appel de Colmar en date du 2 mars 1961⁵¹. La question concernant le cadre de l'activité sur l'initiative infirmière d'un acte de soin relevant du domaine de son *«rôle propre»* reste posée.

B) Une volonté de ressemblance avec le corps médical

Evoquer les ressemblances avec le corps médical ne signifie pas que cet éclairage est distinct de celui de la volonté d'indépendance que nous venons de traiter. Au contraire, si le concept du rôle propre a été l'enjeu professionnel à partir duquel procède l'affirmation de la profession infirmière aux côtés du corps médical, il est aussi l'outil qui permettra à cette dernière de s'affirmer par un jeu de mimétisme avec la pratique médicale, du moins, par la terminologie utilisée.

En effet, si l'histoire de la profession infirmière fut animée par le souci permanent de se distinguer de la profession médicale, elle en reste pour le moins

⁵¹ Cour d'Appel de Colmar du 2 mars 1961, non publié

intimement liée. Pour s'affirmer, l'autonomie et la consécration infirmière doivent se traduire nécessairement par une reconnaissance extérieure, donc médicale.

On peut constater que l'évolution professionnelle de l'infirmière dans sa quête d'autonomie et de reconnaissance technique s'est traduite par la conquête de rôles propres, dont la terminologie est très proche de celle utilisée par le corps médical. Si la volonté de ces dernières est l'autonomie, cette démarche procède néanmoins du modèle médical.

En effet, la profession infirmière entend revaloriser son activité au regard du corps médical. Son objectif étant une reconnaissance identique à celle dont bénéficie la pratique médicale. Celle-ci passe par une assimilation de ses critères de compétence, notamment dans le domaine technique : *« Dans l'impossibilité de valoriser d'autres rôles que le rôle technique et se voyant confier puis déléguer des tâches médicales de plus en plus considérables et complexes, les infirmières cherchent à être reconnues différemment par les médecins en prouvant une compétence qui se rapproche de la leur, réduisant ainsi l'écart des rôles dans l'exercice de leur fonction soignante, à défaut de réduire l'écart de leur statut hiérarchique. »*⁵²

Les infirmières ont d'abord parlé de *« démarche en soins infirmiers »* en référence à la *« démarche scientifique »*, puis de *« dossier infirmier »* en complément du *« dossier médical »*. Enfin, au cours de ces dernières années s'élabore le *« diagnostic infirmier »* en opposition au *« diagnostic médical »*.

⁵²Michèle ANDRE ; « Mission dialogue dans les hôpitaux » ; p 14 et s.

Nous évoquerons plus particulièrement le diagnostic infirmier et le dossier de soins infirmiers.

a) Diagnostic infirmier

Faire un diagnostic dans le domaine de la santé est une compétence légalement reconnue exclusivement aux médecins, en vertu de la formation qui les habilite.

Il est important avant que l'on étudie la notion de diagnostic et son appropriation par le corps infirmier dans le domaine qui lui est propre, de se pencher sur sa définition commune et médicale.

S'agissant de la définition usuelle le diagnostic est *«le jugement porté sur une situation, sur un état»*⁵³. Du point de vue médical, il s'agit d'*«acte qui aboutit à identifier l'affection dont un patient est atteint, à partir des données de l'interrogatoire et de l'examen»*⁵⁴ Les infirmières, quant à elles, définissent le diagnostic comme, *«l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions d'une personne, d'une famille ou d'un groupe aux problèmes de santé, aux processus de vie et différents âges de développement. Le diagnostic infirmier sert de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte des résultats dont l'infirmière est responsable»*⁵⁵.

⁵³Petit Larousse, p 338

⁵⁴ Dictionnaire de Médecine ; Editions Flammarion 1991 (4ème édition) ; Collection Médecine-Science, p 260

⁵⁵Définition donnée par la A.N.A.D.I. (Association nord-américaine des diagnostics infirmiers) ; 9ème Conférence internationale, mars 1990

Pour Mme F. AUBRY, le diagnostic infirmier n'est pas à proprement parlé une nouveauté technique, mais plus une évolution de ses compétences et de sa façon de travailler qui met l'accent sur une plus grande humanisation, grâce à une meilleure écoute, une autonomisation dans l'analyse et l'initiative après son jugement clinique, il s'agit « *d'observer, écouter et comprendre... mais aussi de penser les soins à partir du malade et encourager à plus de créativité dans les soins* »⁵⁶.

Le diagnostic infirmier, complémentaire du diagnostic médical, se situe au niveau de la synthèse issue de l'analyse du recueil de données et donne un sens aux observations cliniques. Les diagnostics infirmiers décrivent les réactions humaines du malade à la maladie et non la maladie elle-même. Ils s'élaborent dès le début de la prise en charge de la personne soignée afin d'organiser les soins et de répondre efficacement à la demande du malade.

Parmi tous les actes médicaux, s'il en est bien un, autour duquel se cristallise toute la profession, c'est bien de l'acte de diagnostic. Ce dernier, parce que fondamental, fut l'objet d'un conservatisme très important du corps médical, même si l'émergence du diagnostic infirmier n'empiète pas sur le domaine de compétence médical. En effet, les médecins estiment que cette reconnaissance est animée pour les infirmières, par le désir de « *jouer au médecin* » et de s'arroger le « *pouvoir* ». Cette crainte et l'accent mis sur la notion de « *pouvoir* »

⁵⁶ F. AUBRY ; « Les diagnostics infirmiers » ; p 42

éclaircissent très nettement les difficultés rencontrées par la profession infirmière, qui s'oppose à un corps médical conservateur et soucieux de maintenir le «*pouvoir*» réel ou théorique qu'il n'est pas prêt à partager.

Cependant, nombre d'infirmières sont paradoxalement réticentes à la reconnaissance du diagnostic infirmier, craignant que la charge de leurs responsabilités s'alourdisse trop. Le problème qui se pose réside dans la capacité du corps infirmier à assumer la responsabilité associée à cette compétence.

Quelles que soient les difficultés que posent le diagnostic infirmier et la méfiance du corps médical, cette compétence est l'aboutissement logique de la consécration de la spécificité technique et humaine reconnue à l'infirmière. Cette consécration trouve sa source dans l'article 2 du décret du 15 mars 1993 selon lequel *«relèvent du rôle propre... dans ce cadre l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives qu'il juge nécessaires et accomplir les soins indispensables conformément aux dispositions de l'article 3 ci-après. Il identifie les besoins du patient, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins...»*

1) Un instrument de synthèse

C'est parce que la notion d'acte propre est mal définie et peu comprise par le personnel infirmier, qu'est apparu lentement un morcellement de la prise en charge de la personne soignée. Les actes infirmiers, par le biais de la délégation, tendaient à glisser du champ infirmier vers celui de l'aide soignante. Le diagnostic infirmier implique une démarche de soins à l'égard du patient qui

donne un sens à l'abstraction qu'était jusqu'à présent le «*rôle propre*». En ce sens, Mme D. MOREAU écrit que «*le diagnostic infirmier est l'ancrage autour duquel le rôle propre infirmier trouve tout son sens*»⁵⁷. Cette compétence ouvre la voie aux infirmières à la ré-appropriation du rôle infirmier.

Pour de nombreux professionnels, le diagnostic infirmier constitue un nouveau champ de compétence dans le cadre délimité par la notion de «*rôle propre*».

L'activité infirmière réside dans le fait qu'une partie des actes infirmiers est directement dépendante de la prescription médicale et que l'autre dite «*rôle propre*», serait autonome par rapport à la prescription médicale.

La part véritablement autonome du «*rôle propre*» s'avère être ce nouveau champ de compétence, délimité dans le domaine de la santé par le diagnostic infirmier.

Le diagnostic infirmier est un enjeu fondamental. En effet, il constitue pour l'infirmière, un outil d'initiative, de maîtrise et de contrôle d'un champ de compétence que, par ailleurs, on lui a reconnu. Il s'agit en fait pour l'infirmière, d'assurer la pleine responsabilité d'une démarche de soins, conformément à une qualification et à une compétence qui lui sont reconnues. C'est le moyen pour l'infirmière d'assumer sa responsabilité, car pouvoir faire légalement un diagnostic implique une responsabilité assumée dans des domaines de soins où les infirmières ne s'investissent plus assez depuis la création de la fonction d'aide-soignante.

Dès lors, de nombreux actes, jusqu'alors délégués aux aides-soignantes, doivent être ré-appropriés par l'infirmier, pas nécessairement en ce qui concerne l'acte lui-même, mais plutôt pour ce qui est de l'organisation infirmière de ces

⁵⁷ Danielle MOREAU ; «Pluridisciplinarité et diagnostic infirmier», p 65

démarches, tant au niveau des résultats que des moyens mise en oeuvre. Cela signifie que l'infirmière reprend l'initiative et implique de sa part, une appréciation des besoins, une évaluation, une programmation des soins et un contrôle de son application. Le pendant de la reconsidération de son rôle longtemps sous estimé, est un renforcement logique de sa responsabilité, compte tenu des résultats obtenus.

La conservation des grandes fonctions vitales non directement touchées par la maladie concerne, de la même manière l'infirmière, même si depuis les années soixante cette démarche s'est trouvée plus ou moins «*abandonnée*» aux aides soignantes, au point de leur faire revendiquer à leur tour un «*rôle propre*».

Le diagnostic infirmier donne un sens à l'idée de compétence propre de l'infirmière. En effet, cette compétence implique une convergence de tous les actes disparates, dans une cohérence retrouvée au niveau du projet de soins pour la personne. Il est l'instrument de synthèse qui manquait pour une approche globale garante de la qualité des soins, si difficile à ne pas confondre avec la qualité des actes.

La définition donnée par les infirmières souligne que le diagnostic est la base du projet de soins. Le diagnostic infirmier, en ciblant les réactions humaines, invite à relier entre elles les différentes connaissances issues des sciences humaines et sociales, pour une lecture plus juste de ces réactions.

2) Une pluridisciplinarité nécessaire de l'activité de soins

Le diagnostic infirmier soulève des difficultés dans la redistribution des compétences historiquement acquises par chaque professionnel intervenant dans le soin. A priori, le diagnostic infirmier, parce qu'il complète l'action médicale, répond aux besoins de soins et ne devrait pas rencontrer d'obstacle. Il tend vers l'amélioration générale du niveau de santé, mais aussi à une meilleure maîtrise des coûts. Cependant, il apparaît que les médecins, qui par ailleurs reprochent aux infirmières de s'approprier le pouvoir, soient très réticents à l'égard de cette contribution. Force est de constater, une fois de plus, que le pouvoir procède de la maîtrise technique et de sa mise en oeuvre. L'acquisition d'une compétence par une profession de soin et la légitime pluridisciplinarité qui en est pendante constituent bien un risque de parcellisation du pouvoir.

Avec l'apparition du diagnostic infirmier, la profession et sa reconnaissance s'accélèrent. Se dessinent dès lors de nouvelles pistes de réflexions, quant au fonctionnement des soins infirmiers avec les autres professions de santé. En effet, quelles articulations le diagnostic infirmier a-t-il avec les autres professions sanitaires et sociales, et surtout avec leur champ de compétences respectifs ? Ce nouveau diagnostic dans le domaine de la santé implique-t-il un nouveau partage des responsabilités et de l'autorité de compétence des uns et des autres ? Quels sont les enjeux pour l'avenir professionnel des infirmières ? Ce diagnostic risque-t-il de devenir source de conflits entre des professions voisines et partenaires ?

Le diagnostic infirmier est dérangeant pour les partenaires des infirmiers et pour les infirmières elles-mêmes. Il est l'occasion de réviser la distribution historiquement acquise des rôles de chacun dans la fonction de soins.

Pour la dimension curative et ce qui s'y rapporte directement tout est clair : la médecine en est investie et personne ne lui dispute son autorité de compétence dans ce domaine ni la responsabilité qui est rattachée.

C'est parce que les interventions médicales se sont multipliées, que les médecins délèguent à d'autres acteurs de soins qui sont dans cette partie de leur fonction des aides ou auxiliaires médicaux. Et si ces intervenants ont acquis une autonomie fonctionnelle, ils n'en restent pas moins sous l'autorité de compétence du médecin. Dans ce contexte l'infirmière a un rôle précis à jouer pour collaborer à la mission médicale. Depuis toujours, nombre d'interventions convergent et prennent sens essentiellement autour de la discipline médicale et grâce à elle. Cependant, beaucoup d'interventions lui étaient sans doute improprement reliées et d'autres ne trouvaient par leur sens réel, faute d'un autre pôle cohérent de signification et de direction. Depuis la reconnaissance du diagnostic infirmier, ce pôle existe.

Le diagnostic infirmier, constitue une nouvelle compétence diagnostique dans le champ de la santé. Cette consécration ne se fera pas sans incidence, tant sur le plan interne de la profession, que sur l'ensemble des partenaires de soins. En effet, si l'on considère le diagnostic infirmier sous un angle social, avec la question de la répartition des actes entre plusieurs professions, à laquelle se rattache une rémunération pour le service rendu au corps social, il est aisément

compréhensible que ce nouveau pouvoir reconnu au corps infirmier ne peut que compliquer des rapports interprofessionnels déjà assez complexes.

Un autre enjeu apparaît avec le diagnostic infirmier, c'est l'espoir pour une profession d'évoluer ou bien de stagner tant sur le plan de l'autonomie et de la reconnaissance sociale que sur le plan financier.

De plus, sur un plan purement technique, de nombreuses difficultés apparaissent concernant le diagnostic infirmier, en ce qu'il risque empiétant sur les domaines de compétences d'autres professionnels de soins. Mme D. MOREAU⁵⁸ évoque plusieurs hypothèses où la question des responsabilités est posée. Ainsi, les diagnostics d'«excès nutritionnel» ou de «déficit nutritionnel». Ce domaine relève-t-il de la compétence des diététiciens ou des infirmières ? Avec le corps médical, cette dernière soulève, à titre d'exemple, le problème de l'éducation du malade diabétique. Parfois le médecin, hospitalier ou de ville, se charge lui-même de cet aspect, estimant que c'est de sa responsabilité, sans toujours bien voir que l'exploration et le traitement d'un manque de connaissances ou d'une «*non-observance*» demandent une compétence particulière à laquelle il n'a peut être pas été formé, et le plus souvent sans être conscient qu'il a des partenaires qui ont une compétence diagnostique et soignante reconnue dans le domaine de l'éducation sanitaire.

Mais au delà des critiques sur la légitimité technique du corps médical, il faut bien souligner la réalité du terrain et la crainte la plus répandue qui est celle de la perte de pouvoir dans l'organisation du travail. La démarche de soins se tourne définitivement vers une vraie collaboration, et un partenariat qui bousculent le

⁵⁸Ibid. p 68

corps médical habitué à voir dans la fonction infirmière davantage une collaboratrice exécutante, qu'une fonction de partenaire à part entière, dont l'autorité de compétence disciplinaire serait désormais à prendre en compte. Le diagnostic infirmier peut faire apparaître les infirmières comme des concurrentes en puissance dans les rapports sociaux et pour le partage de pouvoir dans la fonction soin.

Cet enjeu de pouvoir, dans l'organisation de la démarche de soin, est le fait de revendications de compétence auprès du seul corps constitué influent qui était jusqu'alors le corps médical dans la structure de soin.

La médecine, c'est un fait, ne couvre pas à elle seule tous les aspects des problèmes de santé. La maladie et les soins curatifs ne sont plus, de manière exclusive, le centre de l'organisation de soins. Le projet médical n'a plus le pouvoir de faire converger et de donner un sens à toutes les interventions nécessaires à une situation où la santé est en jeu.

Voici qu'avec le diagnostic infirmier s'affirme un nouveau pôle de convergence pour les interventions soignantes, dès lors que l'on ne se situe pas dans le champ curatif et de prévention secondaire et tertiaire, tel que la médecine l'a structuré. Le diagnostic infirmier répond à la question de l'autorité de compétence, concernant le diagnostic dans les autres dimensions du soin, et ce, parce que le pôle médical ne fédère plus à lui seul l'ensemble des actes nécessaires dans une situation où la santé est en jeu. De plus, aujourd'hui, pour répondre aux besoins

de santé il faut élaborer un « *projet pour soigner* » et non plus seulement un « *projet pour guérir* ».

Au sujet des problèmes d'articulation et de limites avec le champ de compétences des professions connexes aux soins infirmiers, faut-il penser que le diagnostic infirmier attribue aux infirmières des aspects qui ne leur reviennent pas de fait, même si la recherche clinique fondant leur discipline semble leur donner droit ?

L'appellation « *diagnostic soignant* » est-elle alors mieux adaptée que « *diagnostic infirmier* » ? Dans ce cas, comment distinguer ce qui revient aux uns et ce qui revient aux autres parmi l'ensemble des diagnostics infirmiers.

Il serait peut être intéressant de réfléchir sur une précision du décret, comme on le fait pour les actes et les diagnostics qui sont du ressort des infirmières et ceux qui ne peuvent se poser qu'après avis pluridisciplinaire, chacun étant assuré de se voir reconnu la part d'autorité de compétence qu'il détient dans son domaine.

Pour les autres dimensions du soin et avec l'émergence du diagnostic infirmier, il va sans doute falloir clarifier, davantage, à qui revient la responsabilité de diagnostiquer et prendre en charge tel ou tel type de problème, d'avoir tel ou tel type de résultats et d'exercer une autorité et une compétence nécessaire à la bonne marche de l'ensemble.

La prise en charge des multiples facettes des problèmes de santé dans notre société oblige plus que jamais à une collaboration efficace entre plusieurs professions, devenues par nécessité, des partenaires dans le processus de soins.

Le diagnostic infirmier est la démonstration supplémentaire que le mode ancestral de fonctionnement fondé sur la prescription-exécution est définitivement dépassé. Le partenariat implique donc la reconnaissance et le respect mutuels du niveau de compétence de chacun. A ce sujet, Mesdames PSIUK et MARCHAL considèrent que le diagnostic infirmier s'inscrit dans la logique de prise en charge globale, impulsé par les pouvoirs publics, qui accroît la complémentarité des activités médicales et de soins infirmiers *« l'esprit et le corps s'imposent comme une vérité, et l'approche thérapeutique évolue dans le sens d'une approche globale de la personne malade. Le médecin et l'infirmière pour être dans une pratique cohérente développent et définissent leur activité en référence à un modèle. La démarche médicale et la démarche infirmière sont complémentaires. Les infirmières interviennent dans trois domaines cliniques : le diagnostic médical, les problèmes traités en collaboration avec les médecins et le diagnostic infirmier »*⁵⁹.

Dans un souci de rationalisation et d'efficacité de la démarche de soin, le diagnostic est une revendication légitime car il permet de donner un sens global à l'action infirmière. Néanmoins, si cette compétence est acquise dans les textes, il est intéressant de voir de quelle manière elle s'imposera dans la pratique. En effet, le domaine des soins propres aux infirmières est convoité par les médecins qui veulent s'adapter aux demandes de santé, de plus, d'autres professions paramédicales revendiquent ouvertement le même champ de compétence que celui des infirmières. On peut dès lors, se demander dans quelle mesure le tout

⁵⁹ Mme A. MARCHAL et T. PSIUK ; «Le diagnostic infirmier : du raisonnement à la pratique » ; p 31

nouveau diagnostic infirmier restera dans son domaine de compétence, si le corps infirmier ne l'impose pas rapidement et ne le développe pas sur le terrain ?

Ce nouveau champ d'exercice délimité par le diagnostic infirmier dans la fonction soin pose donc, entre autres, la question de la légitimité des infirmières pour assumer une autorité de compétence et une responsabilité nouvelle du fait de leur recherche et de leur formation qualifiantes. Le décret tel qu'il est, suffirait-il pour entériner et rendre fonctionnel ce nouveau partage d'autorité de compétence et de responsabilité, sachant d'une part, qu'entre les disciplines _médicales et de soins infirmiers_ l'une est forte et socialement dominante depuis longtemps, et l'autre encore en quête des repères concernant sa mission et d'autre part, plusieurs professions paramédicales ont l'habitude, déjà ancienne, de ne référer leurs actes qu'au seul projet médical et de travailler dans la même sphère de compétence que celle des infirmières.

Pour conclure, il est intéressant d'observer que le diagnostic infirmier permet à la profession d'adopter un langage codifié qui permette une meilleure communication entre les partenaires en charge du patient, mais aussi avec l'organisation hospitalière en adoptant un ensemble de référents nécessaires à la mise en place d'une politique de rationalisation des activités. Une codification du langage qui ne pourra se traduire qu'avec la mise en place d'un dossier de soins infirmiers, et d'un circuit de communication entre les partenaires extrêmement fluide.

b) Le dossier de soins infirmiers

Le premier décret du 12 mai 1981, pris en application de la loi du 31 mai 1978, consacre le rôle propre d'infirmier et fait référence à des missions de contrôle et de surveillance des patients dont l'infirmière a la charge. Cette surveillance induit un suivi dans le soin supposant un support écrit permettant de recueillir les informations. Néanmoins, cet aspect du rôle propre est difficilement applicable dans la mesure où il n'est pas fait référence à l'indispensable outil que constitue le dossier de soins infirmiers pour consigner, et ainsi exécuter efficacement la mission qui lui est reconnue.

Le décret du 17 juillet 1984 pallie cette lacune en prévoyant en son article 3 la tenue dudit dossier, instrument indispensable pour l'efficacité de la mise en oeuvre du rôle propre infirmier. Dès cette date, l'infirmière se voit reconnaître comme partie intégrante de son rôle propre «*l'élaboration et la gestion du dossier de soins infirmiers*».

Ce dossier est, selon la circulaire du 15 mars 1985, «*un document unique et individualisé regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée. il prend en compte l'aspect préventif, curatif et relationnel du soin*».⁶⁰

Le ministre de la santé, dans une circulaire du 15 septembre 1989 relative au mode d'exercice de la profession infirmière dans les établissements hospitaliers, après avoir rappelé le fondement et l'intérêt du rôle propre infirmier, rappelle que

⁶⁰Circulaire n° 88 du 15 mars 1985, bull. Officiel S.N.S. Fasc. spécial

«l'organisation, la continuité et la qualité des soins infirmiers nécessitent l'élaboration et la gestion du dossier de soins infirmiers»⁶¹.

Le décret du 15 mars 1993, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, reprend dans son article 2, consacré au rôle propre, que l'infirmier *«est responsable de l'élaboration, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.»*. Avec ce dernier décret qui renforce la notion du *«rôle propre»*, le dossier de soins infirmiers tient une place majeure pour la réalisation pleine et entière de ses attributions et de sa mission en général auprès des partenaires de santé.

En effet, comme nous l'avons vu avec le diagnostic infirmier, l'infirmier participe à l'élaboration d'un protocole de soins indissociable de celui du corps médical, grâce au diagnostic infirmier.

La prise en charge et le suivi du patient, dans une démarche de soins, par le corps infirmier implique une gestion de l'information devenue primordiale. Des lors, ce dossier est un document indispensable qui permet de rassembler des informations nécessaires et suffisantes pour déterminer, coordonner, contrôler et évaluer l'action du personnel soignant vis à vis du patient.

Le dossier de soins infirmier offre à la profession infirmière de nombreux atouts dans l'exercice de son activité. Il permet d'abord, d'améliorer et de faciliter l'organisation du travail, mais aussi d'enregistrer les prescriptions médicales, de noter tous les soins donnés par les différentes catégories de personnel soignant et de contrôler leur exécution et leurs conséquences ; enfin, de consigner toutes les

⁶¹Circulaire du 15 septembre 1989 ; DGS/DH/ n° 387

observations concernant le malade quelles que soient leur source et leur nature. Il apparaît donc comme un merveilleux outil de cohésion et de rationalisation des activités en soins infirmiers mis à la disposition des cadres infirmiers.

La tenue correcte de ce dossier concourt très fortement à la qualité des soins. D'une part, grâce à une meilleure connaissance des malades, ce qui devrait permettre de leur prodiguer tous les soins dont ils ont besoin d'une manière plus adaptée et personnalisée. D'autre part, parce qu'il permet au personnel soignant d'éviter tout oubli ou erreur dus à des défauts de transmission ou de transcription. Enfin, en permettant de faciliter la concertation entre les différents membres de l'équipe soignante pour mieux coordonner leurs actions.

Cet outil professionnel dote la profession d'un pouvoir d'affirmation important auprès du médecin, dans la mesure où il constitue un recueil d'informations très complet sur le malade et très précieux pour le médecin. Précieux, parce qu'avec la complexification des techniques thérapeutiques, l'information devient une matière première dont le médecin ne peut plus se passer, pour décider au mieux des démarches à adopter ainsi que pour adapter leur mise en place avec le plus d'efficacité auprès du patient. Mais aussi, et surtout, parce que la médecine moderne tend à enrichir son objet, puisqu'elle porte non plus seulement sur la maladie, mais aussi sur le malade avec toute sa complexité. En ce sens, dans la circulaire de 1989, le ministre rappelle que «*le dossier de soins infirmiers fait partie du dossier du malade*». Cet outil infirmier constitue bien la meilleure traduction matérielle de la participation du corps infirmier à l'élaboration et la mise en oeuvre du projet thérapeutique dirigé par le médecin. L'enjeu pour la

profession consiste à s'approprier ce dossier de soins infirmiers, afin de promouvoir son rôle propre aux côtés du corps médical, et non comme le souligne Mme NOUVEL de l'utiliser comme « *support d'une gestion des soins médicalisés prescrits* »⁶²

Enfin, il faut rappeler que si l'infirmier acquiert un savoir propre et un outil pour le mettre en oeuvre, il doit développer un savoir faire au travers de la formation pour s'affirmer définitivement. Le dossier de soins infirmiers est un instrument privilégié, dans la mesure où il sert de socle, non négligeable à la recherche en soins infirmiers, et constitue un support de contribution au processus d'apprentissage des élèves infirmiers.

Le dossier infirmier et le diagnostic infirmier doivent concourir à une organisation plus rationnelle et plus autonome des activités, mais aussi permettre une plus grande responsabilisation des personnels avec l'abandon de l'oralité qui, jusqu'alors, caractérisait la profession.

c) La prévention sanitaire

Longtemps la prévention de la maladie a été considérée comme accessoire pour les infirmières. Le décret du 12 mai 1981 définissait la fonction infirmière comme « *...comprenant en outre différentes actions concernant l'éducation, la formation, l'encadrement et la prévention en matière de santé et d'hygiène* »

⁶² Mme C. NOUVEL ; « Dossier de soins » ; p 28

publique ainsi que l'application et la promotion des mesures de lutte contre l'infection et la contagion » (article 1 alinéa 2). Dans le corps du décret de 1981, l'article 7 disposait que « *Selon le secteur d'activité proposé l'infirmier peut proposer différentes actions de formation, de prévention et d'éducation ou y participer* ». Parmi ces actions on trouve « *Une contribution à la prévention et à l'éducation en matière d'hygiène individuelle et collective* », action énumérée après cinq activités.

Le décret du 17 juillet 1984 donna un caractère actif au rôle infirmier en matière de prévention, et en précisa le contenu dès le premier alinéa de l'article 7, puisque celui-ci dispose que « *Selon le secteur où il exerce et en fonction des besoins rencontrés, l'infirmière propose, organise, participe ou collabore à des actions de : prévention et d'éducation en matière de santé individuelle et collective et d'hygiène, notamment information sexuelle, lutte contre le cancer, drogue, alcoolisme, tabagisme, accidents du travail et accidents domestiques* ».

Le décret du 15 mars 1993 reprend les dispositions de l'article 7 susvisé, et les complète. Il distingue ce qui relève de la compétence de l'infirmière dans les domaines de la formation, de l'encadrement et de la recherche. L'infirmière participe donc à des actions de « *prévention et d'éducation en matière d'hygiène et de santé individuelle et collective, notamment pour ce qui concerne la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, les symptômes d'immunodéficience acquise, le cancer, les toxicomanies, l'alcoolisme et le tabagisme, la maltraitance, les accidents du travail et accidents domestiques* ».

Le texte octroie également une dimension humanitaire à l'action infirmière (art 9).

L'action de l'infirmière, on le voit bien, est donc aujourd'hui située dans un contexte social large. Comme pour le médecin⁶³, son rôle et sa responsabilité ne s'arrêtent pas à des actes accomplis individuellement, mais s'étendent aux actions de santé publique.

⁶³ Articles 2, 3 et 49 du nouveau code de déontologie du 6 septembre 1995

C) Les résistances pratiques à l'émancipation infirmière

Nul doute que le principe de la consécration professionnelle est réel. Les concepts contenus dans les dispositions de la loi de 1978 et des décrets successifs d'application le prouvent. Les missions de l'infirmier sont définies et les outils reconnus et développés (diagnostic, dossier...). Cependant, l'on ne peut ignorer la somme de difficultés rencontrées par le personnel infirmier, tant au niveau de sa compréhension, que de son acceptation. De plus, les concepts consacrant la marche vers l'autonomie ne sont pas définis. Cela est d'autant plus regrettable que de leur définition dépend la répartition exacte des compétences avec celles du médecin, mais aussi des relations qu'ils entretiendront ensemble. Cette question n'est pas un détail, quand on sait que le corps infirmier, par la production d'écrits en la matière, s'évertue à donner un contenu à ces notions sous la surveillance étroite du corps médical qui tente d'influencer ces derniers par les besoins techniques en personnel qui sont de plus en plus importants.

a) Freins des corporatismes

La difficulté posée par la délimitation des compétences vient du fait de la complexité posée par la définition du soin infirmier. En effet, la définition du rôle propre balance entre le «*nursing*», c'est à dire une démarche de soins qui considère le malade dans sa totalité, sa «*globalité*», et le rôle technique de

l'infirmière qui fait de cette dernière une collaboratrice de haute compétence dans l'administration des soins diligentés par le médecin.

Il apparaît pour beaucoup de professionnels, que ni les uns, ni les autres n'ont intérêt à bien clarifier la frontière entre leurs fonctions propres et leurs responsabilités. Pour les médecins, il est difficile d'admettre que l'évolution de la profession infirmière conduise légitimement à la mise en oeuvre d'actes professionnels de leur propre initiative. Les infirmières quant à elles résistent à une délimitation claire des compétences, pour plusieurs raisons. D'une part, la grande majorité des infirmières n'a pas acquis les connaissances suffisantes qui lui permettent de s'approprier pleinement les attributions et prérogatives reconnues par la réglementation. D'autre part, la surcharge de travail induite par le sous effectif infirmier hospitalier ne leur permet pas de se consacrer à la fois au malade et à la maladie. De plus, force est de constater qu'elles ne sont pas encore débarrassées des réflexes ancestraux de dévouement et de soumission au corps médical ou à l'autorité établie. En conclusion, il apparaît que la profession soit encore jeune pour assumer cette responsabilité pleine et entière contenue dans le rôle propre qui lui a été si longtemps dénié.

Il faut considérer que la consécration professionnelle qui se traduit par la reconnaissance d'un rôle propre, est le fruit de revendications émanant du sommet de la profession infirmière. En effet, si la conception du soin infirmier fut initiée par l'infirmière, à l'aide de nombreux écrits, revendications, démarches auprès des pouvoirs publics, leurs actions sont souvent ignorées de leurs pairs. Une enquête réalisée dans un centre hospitalier du sud-ouest entre

juillet 1986 et 1990⁶⁴ auprès de cent candidats à un emploi d'infirmier montre qu'à la sortie de l'école les élèves ne sont pas en mesure de s'approprier leur rôle propre. Les réponses aux questions de l'enquête montrent une méconnaissance des aspects législatifs et réglementaires à propos de leur rôle propre .

C'est parce que l'infirmière ne sait pas, ou ne sait que partiellement, qu'elle a un rôle propre et quel est son contenu que sa responsabilité est mal identifiée et que son autonomie reste une abstraction. De plus, force est de constater que le repliement de la profession existe. En effet, l'intégration complète du rôle propre est rendue difficile par la crise de l'effectif infirmier. C'est parce que ces dernières ont une charge de travail déjà très lourde, et ce dans leur rôle traditionnel de simple auxiliaire, qu'elles refusent cette surcharge de travail qu'impliquent l'acceptation et l'affirmation du rôle propre et l'autonomie professionnelle qui est pendante.

b) Freins lié à la technique

Le rôle propre se définit selon l'article susvisé comme «...*les soins infirmiers 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*». Cette définition légale du rôle propre implique de la part de l'infirmier une prise en charge du patient dans sa globalité.

⁶⁴ René MAGNON ; «Rôle propre : mission impossible» ; p 36

C'est par l'appropriation de cette définition que l'infirmier s'affirme et s'identifie par rapport aux médecins.

Mais si cette conquête est fondamentale pour le corps infirmier, c'est l'aspect technique qui caractérise le plus la profession. C'est en effet, sous la pression de la demande médicale, que la profession infirmière se définit, plus par une consécration technique que par l'affirmation d'une réelle autonomie telle que nous l'avons définie. En résumé, le rôle propre est très souvent dépassé par la technique que l'infirmier est amené à exécuter.

Ce constat est particulièrement vrai dans certains services de soins. En chirurgie, l'infirmière est confrontée au cortège de soins techniques pré- et post-opératoires qui entourent l'acte chirurgical. Elle est confrontée aussi à une carence de l'accompagnement médical qui va l'amener dans bien des cas à outrepasser sa fonction, et à exercer illégalement la médecine, abandonnant aux aides-soignantes son rôle propre. Dans les services d'urgence et de réanimation, quand le nombre d'infirmiers et d'aides soignantes n'a pas été suffisamment ajusté aux situations que l'on risque de trouver et, quand il y a parité entre les effectifs infirmiers et aides-soignants, la tentation est grande qu'il y ait des glissements de fonction, surtout en situation d'urgence. Dans les services de médecine, la technique est omniprésente au détriment du rôle propre. En effet, la plupart du temps, l'équipe soignante est orientée sur l'identification de la maladie au moyen de techniques d'investigations de plus en plus nombreuses, sur des modes d'administration de thérapeutiques de plus en plus sophistiqués. Où trouver alors le temps de prendre en charge le malade dans sa globalité et de mettre, par conséquent, en oeuvre le rôle propre de l'infirmier ?

Comment faire réfléchir les infirmières et les aider à retrouver la finalité de leur action, la totalité des soins à une personne. Où trouver le temps pour se faire aider par les aides soignantes, leur déléguer un certain nombre de soins, les encadrer et contrôler leur action, quand on a à peine le temps de réaliser les soins prescrits.

Ces obstacles à la non-appropriation de leur rôle propre, ne pourront être résolus tant que la profession souffrira d'un sous effectif hospitalier chronique.

c) Freins relatifs aux relations et aux modes d'organisations

Il existe d'autres obstacles qui eux tiennent aux relations et aux modes d'organisation dans les différents secteurs d'activité.

Il y a d'une part, l'insuffisance d'organisation qui se traduit notamment par des dossiers de soins mal conçus, mal utilisés, ou encore un manque de méthode et de rigueur dans la transmission des informations importantes pour la continuité des soins.

D'autre part, il peut s'agir de la négation même des actes professionnels infirmiers du rôle propre, comme l'adoption de tableau muraux collectifs que l'on efface lorsque tout a été fait. Du même coup, on fait disparaître la somme de travail réalisée par l'équipe d'infirmières et d'aides soignantes. La négation encore des soins infirmiers quand dans certains services ce sont les aides

soignantes qui encadrent les élèves de première année, voire les nouvelles infirmières.

Ensuite, l'obstacle peut consister en une insuffisance de réflexion et d'organisation à propos de la répartition des missions de soins à réaliser en «*équipe*». Organisation dans laquelle l'infirmière devient, comme le prévoit la réforme des études et le programme de 1979, «*chef d'équipe*». Il peut aussi s'agir d'une insuffisance de réflexion sur les orientations du service et les objectifs que l'on va poursuivre ensemble. Difficultés exacerbées si la direction est assurée par des catégories de personnel plus anciennes qui s'opposent avec les jeunes infirmières diplômées et suffisamment qualifiées.

De plus, il faut observer que l'organisation des activités des autres professionnels de la santé, notamment des médecins, ne facilite pas toujours la prise de nouvelles orientations pour que l'hôpital devienne un lieu au seul service du malade. Il y a aussi l'insuffisance des explications données par les infirmiers généraux et les cadres infirmiers concernant les orientations à donner aux soins infirmiers.

Enfin, avec la multiplication des soignants autour du malade à l'hôpital, que ce soient les médecins, les autres professions de santé et les aides-soignantes, il est difficile pour l'infirmière de se faire reconnaître. Le vieil argument du nombre, de la permanence, n'est plus suffisant pour l'infirmière si elle n'est pas

compétente, et si le désir d'assumer sa propre responsabilité que lui confèrent les textes récents ne l'habite.

Selon M. MAGNAN⁶⁵ *«Si nous voulons que les infirmières s'approprient leur rôle propre, si elles mêmes le veulent, nous ne pourrons y parvenir qu'en repensant radicalement «l'enseignement clinique» défini par le Comité consultatif en soins infirmiers européen.»*. Ce dernier conclut à propos de la prédominance de la compétence technique de l'infirmier sur l'appropriation du rôle propre, que *«la reconnaissance par la seule technique ne nous conduira à rien...C'est avec notre compétence à assurer une fonction d'aide et curative tout à la fois que nous pourrons continuer à faire progresser cette fonction essentielle à l'humanité, celle de Soigner. ce n'est pas en multipliant les fonctions soignantes auprès des patients que nous y arriverons. C'est au contraire en qualifiant de plus en plus les infirmières dans le domaine de la prévention et de la santé publique, en diversifiant leurs compétences cliniques, sans en faire des spécialistes, mais tout en reconnaissant leur valeur sociale dans le monde de la santé, que nous y parviendrons. C'est surtout en augmentant les effectifs infirmiers que nous pourrons faire face à ce que doit être, dans un monde moderne, une véritable politique de soins.»*

Si le rôle propre qui détermine la zone d'autonomie de la fonction d'infirmière, ne devient pas rapidement une réalité, si les infirmières ne se l'approprient pas, elles resteront exécutantes du rôle prescrit. Elles vont aussi y perdre leur

⁶⁵MAGNAN R.; op cité, p 37

crédibilité, alors qu'elles revendiquent, haut et fort, une reconnaissance de leur profession, une zone d'autonomie et de responsabilité.

Section 2) Une reconnaissance qui implique une maîtrise de la formation professionnelle

La compétence se définit comme l'aptitude reconnue légalement pour accomplir tel ou tel acte dans des conditions déterminées. Partant, comme pour l'art médical, l'exercice professionnel de l'art infirmier est subordonné à deux conditions : avoir un «*savoir faire*» acquis par la formation et être habilité par la possession d'un titre ou d'un diplôme.

Pendant longtemps, l'infirmière était titulaire d'un savoir faire mais non d'un titre. Ce n'est qu'avec la réunion de ces deux conditions que la profession est identifiée et reconnue et par conséquent, protégée.

§1 La formation : instrument d'identification professionnelle

Avec la loi du 18 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, les besoins sanitaires augmentent de manière importante alors que les capacités hospitalières en effectif sont de plus en plus insuffisantes. C'est pour remédier à cette insuffisance que, par circulaire du 28 octobre 1902⁶⁶, Emiles Combes, alors Président du Conseil, oblige les établissements hospitaliers importants à former des infirmières. Il rappelle à cette occasion que l'infirmière, qui ne doit pas être confondue avec la servante, est «*réservée aux soins directs aux malades*» ; c'est la «*collaboratrice disciplinée mais intelligente du médecin et du chirurgien*».

⁶⁶Circulaire du 28 octobre 1902 ; J.O. 30 octobre, p 7043

Le premier stade de l'identification professionnelle et son institutionnalisation passent par l'organisation d'une formation spécifique, et donc, la reconnaissance d'une qualification. La compétence technique implique l'acquisition d'un espace de compétences clairement définies et spécifiques au groupe professionnel, par une reconnaissance juridique pouvant certifier un savoir faire. Cette reconnaissance de qualification se formalisera avec la création en 1922⁶⁷ des brevets de capacité professionnelle, puis du diplôme d'Etat en 1938⁶⁸, qui devient obligatoire en 1946⁶⁹ pour exercer à l'hôpital. Cette réglementation portant sur le titre donne à la profession un statut tout relatif, puisque sa reconnaissance est le fruit d'une consécration d'un rôle, d'attitudes et de comportements de l'infirmière, auxquels la précision des tâches médicales déléguées est le seul fondement d'un statut, et non la reconnaissance d'un domaine de compétence propre d'où se dégagerait une fonction et donc un statut infirmier.

Ces diplômes permettent l'émergence d'une profession sur la base d'un champ de compétence médicale abandonné à un groupe d'auxiliaires.

Cette situation statutaire originale sera vraie jusqu'en 1978⁷⁰, date à laquelle le législateur reconnaît à l'infirmière un domaine de compétence spécifique impliquant une reconnaissance et une protection juridique. Par conséquent, jusqu'à cette date, c'est le diplôme qui crée la profession et les programmes d'enseignement alimentent son contenu.

⁶⁷Décret du 27 juin 1922 ; déjà cité

⁶⁸Décret du 17 fev. 1938 ; J.O. 19/02/38, p 2034

⁶⁹Loi du 08/04/1946 ; déjà citée

⁷⁰Loi du 31/03/1978 ; déjà citée

A) La formation infirmière : initiée et dirigée par le corps médical

La première école d'infirmières est, selon la plupart des auteurs, mise en place à l'initiative du Dr Désiré-Magloire BOURNEVILLE, par la création des écoles municipales, notamment à la Salpêtrière en 1878 comme l'acte fondateur de la formation des infirmières en France.

A l'origine, le contenu de la formation n'a donné lieu à aucun texte écrit, permettant sa définition précise et homogène qui aurait permis, en outre, de définir précisément les attributions de l'infirmière. Dès lors, le programme était laissé à l'entière discrétion des directrices des écoles et du médecin, en réalité aux exclusives volontés du corps médical et de l'administration hospitalière. L'objectif étant de former un corps professionnel qui doit *seconder le médecin sans jamais se substituer à lui et le meilleur moyen de l'empêcher est de limiter son instruction aux choses de son état.*

La formation à laquelle était soumise la future infirmière se décomposait en deux volets. D'une part, il s'agissait d'un enseignement pratique dans l'enceinte hospitalière. Ces cours pratiques hospitaliers, assujettissaient totalement l'élève infirmière aux médecins, qui les dirigeaient dans l'exercice de leur activité, selon M. Y. KNIBIEHLER «*la vie hospitalière apprend l'attitude que doit avoir l'infirmière vis à vis du médecin*»⁷¹. L'objectif de cet enseignement étant d'acquérir une habileté dans les gestes demandés, sans chercher à les comprendre, et prendre la mesure du poids du savoir médical dans l'organisation hospitalière.

⁷¹KNIBIEHLER Y. ; op cité, p 47 et s.

D'autre part, les cours théoriques étaient dispensés par les médecins car les contenus de la formation et des attributions infirmières sont directement issus de la science médicale. Par conséquent, la formation a plus pour objectif «*d'informer*» les élèves que de leur transmettre des connaissances utilisables. Le premier programme d'enseignement de 1924⁷² illustre, parfaitement bien, cette dépendance, quant au contenu de la formation, et concernant la composition du jury qui sanctionnait celle-ci, puisque composé essentiellement de médecins et de personnels administratifs hospitaliers. L'infirmière est bien un instrument au service du médecin et de l'hôpital ne faisant l'objet d'aucune identification spécifique.

Partant, les infirmières ne peuvent pas développer ou maîtriser un savoir utilisable, et ce, pour deux raisons. D'abord, elle ne peuvent appréhender les techniques de soins infirmiers, puisque les médecins, seuls dispensateurs de savoir ne maîtrisent pas eux mêmes ces dernières, mais seulement celles relatives au diagnostic et à la thérapeutique.

Dès lors, comment maîtriser un domaine qui ne rentre pas dans le champ de compétence des médecins-formateurs, ni dans leur programme d'enseignement ? Ensuite, l'hypothèse d'un savoir infirmier est rejeté globalement par le corps médical, qui refuse aux infirmiers le droit d'avoir une vue d'ensemble sur son activité et sur la place qu'elle tient dans l'organisation de la prise en charge du malade.

On peut tirer d'après cette ébauche de formation consacrée aux infirmiers, que son contenu est très peu qualifiant, en ce qu'elle porte essentiellement sur

⁷²Arrêté du 24 juin 1924 ; J.O. du 14 septembre, p 8421 et s.

l'acquisition d'un comportement social, et de gestes techniques reproductibles indéfiniment selon des ordres médicaux reçus.

Un autre aspect intéressant est à relever. Dès la mise en place des écoles, la dénomination de ces dernières porte sur la personne que l'on forme, non sur ce qu'elle apprend ni sur la prestation qu'offre la profession ou sur la fonction à exercer. Alors que l'on dénomme les centres de formation des médecins : faculté de médecine, à propos des infirmières on parlera d'école d'infirmière. Cette désignation les fait apparaître comme des lieux où l'on va apprendre à devenir «*infirmière*».

B) Les contenus des programmes de formations : révélateurs du profil infirmier

L'étude de la formation et du contenu des programmes révèle, très précisément, le contenu de l'évolution de la profession infirmière concernant sa mission, mais et surtout, ses rapports avec le corps médical.

Concernant les programmes d'enseignement plus récents, nous constatons, dès 1951⁷³, que le rôle d'auxiliaire médical exécutante de l'infirmière est souligné⁷⁴. En effet, l'enseignement théorique est extrêmement développé et son contenu est calqué sur celui des manuels de médecine. A cette époque, la 1ère année d'étude est commune aux infirmières, aux assistantes sociales et aux sages-femmes. L'hétérogénéité des disciplines explique la place prépondérante du médecin dans le programme. De plus, concernant les infirmiers en particulier, l'absence de définition professionnelle se traduit en matière de formation par un enseignement dont le contenu est exclusivement la pratique d'actes médicaux délégués, et en aucune manière d'un savoir ou des gestes par nature infirmiers. La subordination est patente.

Avec le programme de 1961⁷⁵, est affirmée la volonté de faire de l'infirmière une technicienne soignante qualifiée, et pour se faire, sa fonction et son rôle dans l'organisation des soins sont enfin définis : *«l'infirmière se définit davantage par*

⁷³arrêté du 30/03/1951 ; J.O. 26 du septembre, p 9866 et s.

⁷⁴Les connaissances dispensées dans les écoles infirmières sont celles de la médecine qui reste la seule source d'explication du processus «santé-maladie»

⁷⁵ Arrêté du 17 juillet 1961, Annexe ; J.O. du 21 juillet, p 6669

rapport aux malades, à sa famille, à la collectivité. Son image se précise, ses rôles se diversifient. Son désir d'autonomie s'exprime en élargissant, si peu que ce soit, le champ des influences qu'elle subit. Les écoles ouvrent leurs portes aux pédagogues, aux psychologues et aux sociologues»⁷⁶. La profession s'émancipe, se dote de compétences et aspire à jouer un rôle dans l'organisation de soins, où elle commence à trouver sa place.

Toutefois, cet essai louable fut inutile car aucunement mobilisé, mais laissé en marge de la pratique hospitalière *«cette tentative d'élargissement des connaissances ne trouve aucune justification valorisante dans la pratique et apparaît même en contradiction avec la valorisation croissante accordée à l'hypertechnicité. Ce seront les connaissances centrées sur la maladie et sur les techniques qui continueront à alimenter de façon prédominante, voire presque exclusive, la pratique professionnelle infirmière (...) Dans l'ensemble les connaissances sont davantage absorbées pour assurer un fonctionnement rapide et précis d'auxiliaire médicale plutôt qu'elles n'alimentent une réflexion visant à guider et enrichir l'action infirmière»⁷⁷.*

Il est clair que cette approche de l'enseignement et son contenu ne favorisent en aucune manière le développement du contenu professionnel, pas même l'acquisition d'un savoir auxiliaire correct.

L'enseignement réside en un travail de répétiteur pour l'acquisition de gestes précis et complexes, sans l'intégrer dans une réflexion ou une compréhension plus globale de la réalisation de ce geste.

⁷⁶A. MONTESINOS ; «Formation des infirmières à l'organisation du travail», p 103

⁷⁷M.F. COLLIERE ; «Promouvoir la vie», p 131

Le programme de 1972⁷⁸, marque une profonde transformation pour la profession, en ce qu'il traduit, de manière particulièrement nette, la prise de conscience d'une pensée professionnelle autonome. La science médicale occupe encore une place privilégiée mais elle n'est plus exclusive. Le projet proposé et poursuivi est spécifiquement infirmier.

Le programme de 1979⁷⁹, confirme l'orientation du précédent décret en renforçant l'autonomie des compétences infirmières. De nouvelles matières élargissent le champ des connaissances, par exemple : au sujet de la législation sanitaire et sociale, l'organisation du travail, de l'économie de la santé... L'infirmière maîtrise toujours plus son environnement et prend, par conséquent, conscience de sa place dans le système de soins. Dès lors, est dévolu à la profession un rôle d'éducatrice de santé.

L'arrêté du 12 avril 1979 intègre la notion de rôle propre et de soins infirmiers consacrés par la loi de 1978. Ce programme est intéressant dans la mesure où il précise le domaine de compétence de l'infirmière, alors que le premier décret d'application ne sera adopté qu'en 1981 pour préciser sa fonction, tant auprès du patient que dans la politique sanitaire. Le décret procède du programme de la formation infirmière qui en réalité précise le contenu de la loi de 1978 et donne toutes les indications permettant de baliser juridiquement le contenu de la profession infirmière. Cette originalité révèle l'aspect dynamique de la

⁷⁸Arrêté du 5 sept 1972 ; J.O. 7 sept 1972, p 9580 et s.

⁷⁹Arrêté du 12/04/79, J.O. du 14/04/79, p 871

profession, de ses représentants et de ses cadres, qui, *in fine*, définissent les termes de la loi .

En effet, le programme a pour mission de préparer l'infirmière à donner des soins infirmiers, tant en fonction de son rôle propre que sur prescription ou conseil médical, mais il doit aussi permettre aux infirmières d'acquérir les connaissances suffisantes pour participer aux nouvelles actions intégrées dans son domaine de compétence c'est à dire la prévention, l'éducation de la santé mais aussi la formation ou l'encadrement.

Ainsi selon l'arrêté *«en matière de santé, l'infirmière assume la responsabilité de l'ensemble des soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les soins aux malades»*.

Son action ne se limite plus au seul domaine du soin immédiat auprès du patient, mais elle est étendue dans la sphère de la politique générale de soins, puisqu'elle *«contribue à identifier les besoins de santé des personnes et des groupes et à y répondre. C'est la raison pour laquelle elle collabore activement avec l'ensemble des travailleurs sanitaires et sociaux»*. Cette extension de compétence que la formation infirmière devra lui enseigner, permettra au corps infirmier de s'émanciper, pour partie du corps médical, puisque lui sera dévolue une fonction parfaitement indépendante de tout lien de subordination et d'exécution ; mais au contraire lui confèrera un rôle de collaborateur parmi d'autres professionnels de soins dans l'observation des besoins et de l'offre de soins, mais aussi dans l'élaboration de propositions sanitaires.

La notion de soins infirmiers contenue dans le programme de formation infirmière suppose une prise de conscience professionnelle, qui se traduit par une réflexion professionnelle et autonome du corps infirmier (enseignants et élèves) sur le sens et le rôle de sa fonction dans le nouveau champ de compétences consacré par la loi du 31 mai 1978

Avec le décret du 23 mars 1992⁸⁰ et son arrêté d'application du 25 mars, la finalité de la formation est de permettre à l'infirmière d'assumer chacun de ces rôles en tenant compte, notamment, des aspects éthiques et juridiques de son engagement.

L'arrêté du 25 mars 1992, relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation en soins infirmiers, marque une évolution fondamentale dans la conception et le rôle du centre de formation.

Liminairement, on ne peut pas ignorer les modifications terminologiques contenues dans ce nouvel arrêté. Ces dernières soulignent parfaitement l'évolution de la profession. Désormais, les élèves infirmières sont des étudiantes, et les centres de formations des instituts d'enseignement en soins infirmiers. L'objectif étant de «*favoriser l'émergence d'un nouveau profil infirmier*». Il ne peut être atteint que par la reconnaissance sociale, principal thème des revendications infirmières de 1988. En modifiant la terminologie des écoles et des élèves, se pose la question de savoir si un fonctionnement de

⁸⁰ Décret du 23 mars 1992 ; J.O. 25 mars, p 4123 et s. (Arrêté en annexe)

l'enseignement se rapprochant du modèle universitaire peut asseoir cette légitimité tant réclamée par les infirmières ?

Ces changements nourris par un nouvel édifice institutionnel, la référence à l'enseignement supérieur, et le prestige social qui s'y rattache ne peuvent, en effet, que rejaillir positivement sur le milieu professionnel, *«en valorisant la formation, on valorise la profession»*⁸¹.

La réforme de 1992 marque une volonté de cohésion et d'autonomie professionnelle, en organisant la fusion des formations en soins généraux et des soins psychiatriques. Cette unification des programmes d'enseignement constitue une avancée importante, en ce qu'elle met fin à un handicap récurrent et interne à la profession, dans sa course vers l'autonomie : le morcellement professionnel.

L'avancée vers l'autonomisation de la formation est acquise dans la finalité de ce nouveau programme, puisqu'il est du ressort de l'équipe enseignante de *«déterminer des objectifs de formation permettant à l'étudiant l'acquisition progressive de connaissances et d'aptitudes qui, conformément aux données actuelles de la science, contribueront à forger son identité professionnelle»*⁸²

Enfin, la finalité de la formation retient l'idée de capitalisation des connaissances pour ancrer définitivement la profession et son savoir dans l'organisation de soins, avec l'aide de *«projets professionnels»* élaborés par les étudiants, ce qui permettra *«l'enrichissement du patrimoine culturel infirmier en vue d'une prise*

⁸¹ J SALIBA, B. BON-SALIBA, B. OUVRY-VIAL ; «Les infirmières : ni nonnes ni bonnes» ; op. cité, p 118

⁸²Ibid

en charge holistique de la personne soignée». Cette capitalisation est en réalité la traduction de l'affirmation d'une profession par une maîtrise de son contenu et de son évolution grâce à la mise en place de la recherche en soins infirmiers.

C) La formation : levier de valorisation

a) Le rôle du niveau de recrutement

Elever le niveau d'accès aux études infirmières, pour en garantir la qualité et valoriser la profession, est une revendication ancienne⁸³ et permanente du milieu soignant, portée surtout par les représentants des écoles et associations professionnelles. Jusqu'en 1983, le recrutement des élèves s'est effectué par concours, sans condition de diplôme. Néanmoins, le titre de bachelier dispensait d'une partie des épreuves de sélection.

Dès 1983, le baccalauréat est nécessaire pour se présenter. La motivation et l'engagement est d'autant plus forte pour entrer dans les écoles d'infirmières, que durant les études secondaires s'est créée une filière spécialisée en science médicale et sociale⁸⁴ qui ouvre grand la voie de la formation infirmière.

A coté de ce groupe d'élèves issu de l'enseignement secondaire, sanctionné nécessairement avec succès par le Bac, il y a d'autres candidats, d'origines différentes ayant accès aux études d'infirmières. Il s'agit, pour l'essentiel d'agents hospitaliers et d'aides soignants qui bénéficient de la promotion professionnelle.

Cette passerelle consacre leur grande expérience qui compense leur formation initiale moins élevée (secondaire). Il s'agit donc, de la promotion par le travail.

⁸³Le décret de 1946 qui rend obligatoire la possession du diplôme d'Etat pour exercer la profession infirmière prévoyait une passerelle pour des soignants non diplômés. Cette disposition fit l'objet d'un vif débat au sein de la profession quant à son application.

⁸⁴Section SMS (ancienne section F8)

Cette promotion est dénoncée, au profit d'un niveau de recrutement toujours plus élevé, par une partie de la profession infirmière. Cependant, le problème de la pénurie de personnel infirmier a souvent servi d'argument pour justifier le maintien de cette voie d'accès.

Mais le corps professionnel, s'il veut être reconnu, valorisé et donc être attractif, devra se définir sur le modèle médical, et donc en amont, c'est à dire par la formation. Par conséquent, même si l'idée d'une promotion par le travail est louable, il n'empêche que la valorisation de la promotion passera nécessairement par une uniformisation de l'accès de l'enseignement, de la même manière que toutes les formations supérieures.

Si la formation professionnelle est organisée dans les établissements de soins dès 1962, alors qu'est prise une orientation toujours plus élitiste de la formation infirmière, le gouvernement en 1988 redonne une impulsion à la promotion professionnelle en développant les crédits et en allégeant les programmes, en dépit d'une volonté professionnelle contraire.

Ainsi, lors des successives réformes de la formation en soins infirmiers, se sont opposées deux logiques différentes : celle de la profession qui cherche à élever le niveau de recrutement, gage d'une reconnaissance, d'une autonomie et d'une unité accrue, et celle de l'organisation hospitalière avec ses contraintes socio-économiques, ses exigences de rationalité, mais aussi les valeurs du service public parmi lesquelles se trouve la promotion sociale des personnels.

b) Le cadre enseignant : vecteur d'identification

La consécration de l'infirmière enseignante est déterminante pour l'autonomie professionnelle. L'émergence de cadres enseignants découle de la volonté des infirmières, et plus particulièrement des monitrices, de se démarquer de l'ascendant médical et de prendre de la distance par rapport à l'institution hospitalière. L'objectif étant d'obtenir l'autonomie de la formation par rapport au corps médical à partir de l'émancipation d'un personnel d'encadrement.

Les monitrices, pour se faire, veulent promouvoir l'autonomie et la responsabilisation de l'infirmière, alors que les milieux hospitalier et médical recherchent la rentabilité et la technicité immédiates des infirmières. Pour les premières, la formation doit s'orienter autour de son «*rôle propre*», c'est à dire, l'approche globale du malade. L'objectif étant d'apprendre à l'infirmière à développer sa compétence relationnelle et sa capacité à adopter une vue globale sur le processus de soins.

Cette opposition de conception du corps médical et de l'hôpital avec celle de la monitrice révèle, de manière précise, l'enjeu que constitue la formation pour l'autonomisation de la profession puisque, du contenu de la formation dépend la définition de la qualification infirmière, donc la définition du contenu de son travail. Ce contenu pouvant prendre deux directions : l'une spécialisée et technique et l'autre relationnelle favorisant l'autonomie infirmière.

Le cadre infirmier tend à tenir une place centrale dans la formation professionnelle initiale (par opposition à la formation professionnelle continue). En effet, son rôle est important pour deux raisons essentielles. D'une part, sa présence permanente au sein des écoles assure une continuité institutionnelle. D'autre part, son rôle est fondamental dans l'autonomie des écoles, puisqu'elle assure l'enseignement, elle définit les objectifs et le contenu pédagogique, planifie et coordonne les différents modes d'évaluation, participe aux épreuves....

La reconnaissance officielle des cadres infirmiers date du décret du 14 novembre 1958⁸⁵ qui institue un certificat d'infirmière-surveillante et un certificat d'infirmière-monitrice. Le décret du 7 août 1973⁸⁶ met en place une école de cadres agréée qui est ouverte aux titulaires du diplôme d'Etat d'infirmière et les sanctionne par un examen, après un enseignement de huit mois.

Enfin, le décret du 9 octobre 1975⁸⁷ remplace ces deux premiers certificats par un certificat unique de cadre-infirmier. Cette formation unique a pour objectif de faciliter le passage de la fonction de surveillante à celle de monitrice et vice versa.

Si le cadre infirmier représente une avancée considérable vers l'autonomisation des écoles d'infirmières, la fusion des deux certificats a conduit à une formation centrée essentiellement sur le développement des compétences d'encadrement et de gestion, au détriment de la formation à la pédagogie (70 heures d'enseignement de la pédagogie sur 9 mois de formation).

⁸⁵Décret 58-1104 du 14 nov. 1958 ; J.O. 19 novembre, p 10400

⁸⁶Décret 73-822 du 7 août 1973 ; J.O. 17 août, p 8940 et s.

⁸⁷Décret 75-928 du 9 octobre 1975 ; J.O. 12 oct. 1975, p 10566 et s.

Néanmoins, la fusion des certificats de monitrice et de surveillante a permis de revaloriser le rôle et la place de la monitrice au sein de la profession, qui considère la compétence et le niveau de responsabilité de la surveillante comme plus importants.

La place de la monitrice, dans les nouveaux objectifs d'enseignement, qui se tournent vers une revalorisation de la profession, par une redéfinition des soins infirmiers privilégiant la relation soignant-soigné, est primordiale. En effet, en comparaison avec la soignante, le secteur de la formation est le seul qui est pris en charge par le corps infirmier, dans la mesure où la dépendance avec le corps médical et l'administration hospitalière est, aujourd'hui, très faible. Elles jouissent d'une réelle autonomie dans la définition des objectifs et du contenu des programmes.

Ce recul des enseignants par rapport aux activités de soins leur permet d'avoir la distanciation nécessaire pour analyser de manière critique la profession et de stimuler l'élaboration et la promotion de nouvelles conceptions de soins infirmiers, et ce, grâce à son rôle central dans la mise en place de la recherche en soins infirmiers.

Si l'encadrement de la formation est une conquête majeure pour la formation infirmière dans sa quête d'identification, le décret du 18 août 1995⁸⁸, instituant le «*diplôme de cadre de santé*», soulève quelques interrogations. En effet, ce décret a pour objectif de décloisonner le personnel d'encadrement des filières professionnelles de la santé, tout en préservant leur spécificité d'origine dans l'exercice de la fonction d'encadrement. Dorénavant, pour le personnel

⁸⁸Décret 95-926 du 18 août 1995 ; J.O. du 20 août, p 12468 et s.

d'encadrement, il n'existe plus qu'un seul statut, celui de cadre de santé, abrogeant par là même le diplôme de cadre infirmier ou celui de cadre de laboratoire ou bien de cadre de masso-kinésithérapie...

Cette réforme a, selon l'arrêté de la même date relatif au diplôme de cadre de santé, *«l'ambition de favoriser l'acquisition d'une culture et d'un langage commun à l'ensemble des cadres de santé afin d'enrichir les relations de travail et les coopérations entre les nombreuses catégories professionnelles, indispensables à la cohérence des prestations»*. La finalité affirmée est la rationalisation des prestations de soins plurales au sein des établissements sanitaires.

Cette rationalisation peut être analysée comme un appauvrissement de l'identification professionnelle de l'infirmière, acquise par une hiérarchie propre et ce, au profit d'une uniformisation des paramédicaux.

Cependant, ce décret peut être lu de manière différente. La consécration d'un diplôme unique de cadre pour la plupart des paramédicaux apparaît comme la reconnaissance, pour la profession infirmière, de la qualité de partenaire de soins à part entière, compte tenu de ses compétences et de ses spécificités, ayant un rôle propre, indépendamment du corps médical au même titre que tous les paramédicaux. En effet, jusqu'à présent l'infirmière, émanation du corps médical, a gagné son indépendance technique et d'organisation aux côtés du corps médical. Par conséquent, de subordonnée elle devient partenaire exclusif, jouissant d'une relative indépendance. Avec l'évolution de la formation qui étoffe le contenu professionnel de l'infirmière en orientant son activité vers la relation soignant-soigné, ce décret peut être analysé comme une consécration de

l'interdépendance, ou encore de l'autonomie, concept que nous avons évoqué précédemment. En effet, l'adoption d'une hiérarchie commune avec d'autres professions paramédicales, permet de reconnaître la profession infirmière comme un élément indispensable appartenant à un ensemble, indépendamment du seul exercice médical, qui n'est plus exclusivement la source de son contenu professionnel et de sa raison d'être.

c) Les diplômes de spécialisations ou la consécration de la technique infirmière

L'évolution des techniques médicales et l'apparition d'équipements toujours plus sophistiqués, tant dans l'investigation que dans le traitement, ont profondément modifié l'exercice de la médecine mais, au delà, toute la pratique soignante.

La démarche de soins voit émerger de plus en plus de spécialisations et tend à se parcelliser de manière croissante, selon deux critères distincts : la nature de la maladie et l'appareil utilisé.

C'est toute la profession infirmière qui est influencée par cette évolution et voit de la même manière son exercice se spécialiser et se parcelliser, suivant les mêmes critères.

Ce phénomène s'est traduit par l'apparition de certificats consacrant les spécialisations de l'exercice professionnel.

Ainsi, le décret du 13 août 1947⁸⁹ institue un diplôme d'Etat de puéricultrice. Cette spécialisation répond, il est vrai, au delà d'une maladie ou d'une technique à une politique sanitaire et sociale qui est la protection maternelle et infantile. Néanmoins, les connaissances et les techniques en matière de prévention et d'éducation ont renforcé cette spécialisation de compétence et de responsabilité de plus en plus importante. Cette évolution a conduit les pouvoirs publics à renforcer le programme d'enseignement en 1983⁹⁰.

⁸⁹Décret n° 47-1544 du 13 août 1947 ; J.O. 20 août, p 8210

⁹⁰Arrêté du 13 juillet 1983 ; J.O. 8 septembre, p 8280

L'infirmière spécialisée en anesthésie réanimation est consacrée par le décret du 09 avril 1960⁹¹ qui crée le certificat d'aptitude aux fonctions d'aide anesthésiste. Ce décret est intéressant car il consacre non pas une spécialisation infirmière mais crée un statut d'aide (même s'il est vrai que ledit statut ne peut l'être que par une infirmière) alors que pendant très longtemps l'infirmière avait pour charge d'organiser l'anesthésie, puisque la spécialisation médicale fut particulièrement tardive. Ce n'est qu'en 1988 que le gouvernement, par décret en date du 30 août 1988⁹², consacre la spécialisation infirmière en anesthésie réanimation et seulement en 1991, par décret du 17 septembre 1991⁹³, qu'il modifie le certificat d'aptitude en diplôme d'Etat d'infirmière anesthésiste. Ce diplôme, s'il constitue une reconnaissance technique et professionnelle des compétences infirmières auprès du corps médical, ampute de son domaine d'intervention la dimension technique de la réanimation au seul profit de l'anesthésie.

Concernant les infirmières en salle d'opération, le décret du 21 mai 1971⁹⁴ crée le certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière en salle d'opération qui se transformera avec le décret du 13 janvier 1992⁹⁵ en diplôme d'Etat d'infirmière de bloc opératoire.

Depuis la fusion des formations infirmières en soins généraux et celles en soins psychiatriques, il serait pertinent que le ministère de la santé reconnaisse une spécialisation dans le domaine psychiatrique.

⁹¹Décret du 9 avril 1960 ; J.O. 13 avril, p 3522

⁹²Décret n° 88-903 du 30 août ; J.O. 01 septembre, p 11135

⁹³Décret n° 91-1281 du 17 décembre 1991 ; J.O. 21 décembre, p 16731

⁹⁴Décret 71-388 du 21 mai 1971 ; J.O. 25 mai, p 5099 et s.

⁹⁵Décret n° 92-48 du 13 janvier 1992 ; J.O. 17 janvier, p 819

La consécration de spécialisations infirmières, par le biais de formations et de diplômes spécifiques, prouve bien l'influence directe de l'évolution de l'exercice médical générée par les techniques sur le personnel soignant.

Néanmoins, si la reconnaissance technique est réalisée selon un schéma médical, l'évolution terminologique marque quand même une reconnaissance professionnelle, malgré la pauvreté du contenu professionnel propre à cette dernière. En effet, le certificat d'aptitude semble traduire une aptitude acquise au contact du médecin dans le cadre de son exercice, tandis que le diplôme d'Etat implique une reconnaissance hiérarchique positive, parce que procédant d'un choix professionnel, et par conséquent valorisante pour la profession.

Cependant, il est important de souligner, qu'il s'agisse d'un certificat ou d'un diplôme, que la qualification induite par la formation et le diplôme soient obligatoires pour l'exercice de ces techniques de pointes.

Le décret du 15 mars 93⁹⁶ relatif à l'exercice de la profession infirmière consacre comme obligatoire, en son article 7, la possession du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste pour exécuter auprès du médecin ces techniques. Le caractère obligatoire du diplôme pour l'exercice d'une compétence est indispensable pour valoriser la formation et le professionnel titulaire de cette qualification. Ce caractère obligatoire n'est pas imposé pour les infirmières de salle d'opération, pour lesquelles le diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire n'est pas une exigence pour exercer cette spécialisation.

⁹⁶Décret du 15/03/93 ; déjà cité

Avant de conclure sur la formation comme source de reconnaissance juridique d'une certaine qualification, en l'occurrence d'une spécialisation, et donc d'une reconnaissance statutaire, il est intéressant d'observer l'attitude des pouvoirs publics devant l'apparition de nouvelles techniques et pratiques comme « *l'infirmière clinicienne* » ou « *l'infirmière hygiéniste* ».

En effet, est apparue avec la lutte contre les infections nosocomiales une nouvelle spécialité, celle des « *infirmières en hygiène hospitalière* » dont la mission est de participer à la surveillance épidémiologique des infections nosocomiales.

Madame S. DELCOURT rappelle que « *c'est elle (l'infirmière hygiéniste) qui est chargée de la mise en oeuvre des protocoles de soins infirmiers définis par le Conseil supérieur d'hygiène public de France* »⁹⁷, pour se faire il lui appartient d'assurer « *la formation initiale auprès des aides soignantes, infirmières ou puéricultrices* », mais aussi de la formation continue. Enfin, son rôle consiste à mener des études sur les techniques à mettre en place mais aussi sur les coûts induits.

Alors que le rôle de l'infirmière hygiéniste apparaît comme central dans la politique hospitalière en matière nosocomiale, il est surprenant de ne pas encore trouver un statut juridique consacrant cette spécialité, d'autant qu'elle est censée assurer la formation de ses pairs et mais aussi des aides-soignantes et puéricultrices.

⁹⁷ S DELCOURT ; « Le rôle de l'infirmière hygiéniste doit être reconnu », p 200

Parallèlement à l'émergence de cette nouvelle spécialité dans l'hôpital public, apparaît une autre catégorie d'infirmière dont la mission tend à se spécialiser, sans pour autant constituer une qualification juridiquement reconnue et protégée. Il s'agit des « *infirmières cliniciennes* » qui s'emploient à traduire les nouvelles orientations de la politique hospitalière vers plus d'humanisation de la prise en charge du patient. En effet, les missions relationnelles et d'accompagnement sont à l'origine de cette spécialité qui semble se dessiner et à laquelle les pouvoirs publics devront bien répondre juridiquement. Sa mission est, selon Madame M. FUKS, de répondre « *aux exigences des bénéficiaires de soins que ne se satisfont plus des réponses hypertechniciennes de la médecine* »⁹⁸ (Il peut s'agir de situation d'accompagnement de mourants ou encore lorsqu'un problème se pose avec un patient qui fait échec à la prise en charge normale par l'équipe soignante...).

Une fois de plus, il sera intéressant d'observer que l'apparition d'une formation et donc d'un statut juridique procède de l'émergence d'une nouvelle technique issue d'un processus empirique.

§2 La formation : un enjeu professionnel et social toujours d'actualité

Si la formation infirmière a permis à la profession de s'émanciper aux côtés du corps médical, elle constitue aujourd'hui le socle de l'enrichissement et de l'adaptation de la profession face aux enjeux que représentent l'évolution du milieu hospitalier et celle des besoins en soins. Evolutions auxquelles la

⁹⁸ M. FUKS ; « Infirmière clinicienne, une profession en devenir », p 18

profession ne pourra répondre qu'en développant la recherche en soins infirmiers dans les instituts de formation, mais aussi dans les enceintes universitaires.

A) La recherche en soins infirmiers : un concept d'application essentiellement pédagogique

Comme nous l'avons vu, l'autonomie professionnelle ne peut se faire sans une autonomie des centres de formations. Jusqu'à présent, cette évolution s'est traduite par un niveau de recrutement plus élevé, une durée d'étude plus longue, une prise en charge de l'enseignement par des cadres enseignantes, mais et surtout, par une définition des objectifs de la formation par le corps infirmier lui-même. Force est de constater, que c'est à partir de l'élaboration et la valorisation d'un ensemble théorique et méthodologique de soins infirmiers que l'autonomie sera une réalité.

En effet, le rôle propre doit se traduire, pour permettre l'autonomisation professionnelle, par un savoir propre et une capacité à développer de manière autonome ce savoir.

Jusqu'à présent, si l'enseignement tend à se rapprocher de l'enseignement supérieur, il n'en reste pas moins important d'en relativiser la comparaison, dans la mesure où la formation infirmière est essentiellement composée de savoirs constitués (médecine, pharmacie, droit, psychologie...) et que le concept de soins infirmiers tient une moindre place. Cette place est secondaire, car elle est acquise essentiellement sur le terrain, et ne constitue pas encore un concept théorique. Cette évolution de la formation, devrait se réaliser conformément aux aspirations infirmières reprises dans le décret du 15 mars 1993 qui définit le rôle propre infirmier et retient l'idée de recherche en soins infirmiers (art.9). Cette nouvelle

orientation de la profession, au travers de la recherche, est affirmée de la même manière dans le programme d'enseignement contenu dans l'arrêté de 1992.

La recherche en soins infirmier se distingue essentiellement de la recherche médicale en ce qu'elle se tourne vers la pratique, et se définit selon Mme I. FERONI «... *comme une recherche appliquée visant à produire des savoirs destinés à améliorer la connaissance et la prise en charge des problèmes de santé* »⁹⁹.

Lorsque le temps favorisait le développement et la consécration de la profession infirmière par l'exécution d'actes et de gestes toujours plus techniques et complexes, dérivés directement de l'art médical, la profession ne pouvait pas donner lieu à des recherches en soins infirmiers puisque ceux ci n'existaient pas par eux mêmes, dans la mesure où la profession était vide de contenu propre. Néanmoins, s'il était permis de parler de recherche, il s'agissait en fait de celle concernant «*l'organisation scientifique du travail*». Cette organisation consistait à exécuter un geste technique, d'émanation médicale, de la manière la plus efficace, dans un confort maximum pour le patient avec un souci permanent de sécurité. Cependant, cette réflexion s'est heurtée très rapidement à la difficulté d'intervention en ces domaines, puisque l'efficacité et la sécurité portent sur des actes médicaux sur lesquels elles n'ont pas de prise réelle, alors que le confort est la plupart du temps confié ou délégué aux aides soignantes.

La recherche en soins infirmiers reprend tout son sens lorsque la profession s'enrichit d'un réel contenu professionnel, c'est à dire celui qui réside dans la

⁹⁹ I. FERONI ; « La recherche infirmière : construire scientifiquement la prestation soignante » ; p 731

relation soignant-soigné. Cette orientation permet au corps infirmier de se pencher sur le contenu de sa profession, et de la promouvoir d'autant plus aisément qu'elle se dote progressivement d'un contenu propre. De plus, la recherche permet à la profession d'uniformiser ses gestes et ses procédures de prise en charge, dans le souci d'une meilleure qualité et continuité des soins.

La recherche en soins s'offre trois voies de réflexion. La première, reste bien entendu l'organisation du travail, mais cette fois-ci, avec une réelle prise sur l'exercice professionnel, puisque cette organisation portera sur des soins infirmiers propres et non pas seulement sur l'exécution de techniques médicales déléguées.

La seconde voie a pour objet la pédagogie, puisqu'il devient nécessaire de former le personnel en vue de le sensibiliser à la spécificité de soins infirmiers, à l'utilisation d'outil et de techniques permettant de le mettre en oeuvre grâce au projet de soins, à l'élaboration et l'utilisation d'un dossier de soins infirmier mais aussi aux techniques d'évaluation des soins.

Enfin, la troisième voie, consiste à étudier les besoins du patient, et de trouver les solutions les plus adaptées pour pallier le manque d'autonomie auquel il est confronté ; cet aspect faisant l'objet d'une recherche clinique en soins infirmiers.

Cependant, la mise en place de la recherche en soins infirmiers se heurte, aujourd'hui encore, à de nombreuses difficultés. Difficultés relevées en 1995 lors d'un Colloque organisé par l'Institut National de la Santé et de la Recherche

Médicale¹⁰⁰ (INSERM), dédié à la recherche infirmière en France. Il s'agit d'une part, d'obstacles liés à l'absence d'une structure de coordination capable d'organiser et de synthétiser l'ensemble des recherches en soins infirmiers.

D'autre part, il apparaît que la recherche en ce domaine souffre d'un financement suffisant, dans la mesure où les projets de recherches en soins infirmiers sont en compétition avec des projets médicaux et scientifiques qui ont les faveurs, jusqu'à présent, de l'INSERM. Quant aux financements privés, les infirmières, parce qu'elles ne sont pas prescriptrices, ne bénéficient pas d'aide de l'industrie pharmaceutique.

Enfin, l'un des principaux freins au développement de la recherche en soins infirmiers tient selon Mme L. JOVIC au « *manque de méthodologie, dû à une absence de formation spécifique... Il faudrait mettre en place des formations universitaires de haut niveau, comme des doctorats en soins infirmiers* »¹⁰¹.

B) La formation universitaire : un aboutissement logique

La consécration de l'infirmière comme partenaire indispensable de la démarche de soins auprès du corps médical qui, pour se faire, s'est progressivement doté d'outils de formation autonomes générateurs d'un savoir infirmier spécifique, doit s'appuyer, pour pérenniser son mouvement, sur la recherche et une nouvelle forme d'enseignement. Ce sont ces nouveaux outils qui permettront la nécessaire émergence des cadres de demain.

¹⁰⁰ J. MARASCHIN ; « La recherche infirmière enfin reconnue », p 6

¹⁰¹ L. JOVIC, P TCHASSOU ; « Une formation universitaire pour les soins infirmiers », p 612-613

Cette évolution se traduit pour beaucoup par la mise en place d'une formation universitaire, qui parachèverait la volonté de l'infirmière de maîtriser et développer son savoir et de connaître une reconnaissance sociale définitive de la société en général, et du corps médical en particulier. Rappelons que c'est au sein de l'université que le médecin puise originellement sa légitimité scientifique et donc son pouvoir.

Le constat en ce domaine est plutôt simple à faire. Mises à part quelques formations universitaires expérimentales¹⁰² et l'idée développée notamment dans les rapports de M PEIGNE¹⁰³, de M. VATTIER⁰⁴, ou encore de M. MATTEI⁰⁵ (création d'un DEUG Santé), les soins en France sont l'un des domaines sous développés du secteur universitaire en santé, dans la mesure où ils ne font pas partie du domaine des professions soignantes qui ont une place dans l'enceinte universitaire. Il ne peut donc y avoir le plus souvent ni recherche ni développement théorique dans leur domaine. La formation universitaire pour de nombreux professionnels de soins, doit trouver sa signification dans la recherche. Cette formation apparaît comme un impératif pour une profession sur laquelle pèse dorénavant de très lourdes responsabilités et qui doit, pour les assumer, s'appuyer sur une recherche de très haut niveau.

De plus, cette revendication infirmière repose sur le constat suivant : ni la pharmacie, ni la médecine ne peuvent prétendre résoudre toute la complexité des problèmes de soins.

¹⁰²Ex : UER expérimentale Santé, Médecine, Biologie Humaine ; Université de Paris-Nord, Bobigny

¹⁰³ Rapport de M F. PEIGNE ; « Notre système hospitalier et son avenir » ; 1989, p 232

¹⁰⁴ Rapport de M. VATTIERJ. ; « Emploi, travail et formation dans les professions paramédicales » ; p 152

¹⁰⁵ Rapport de M. MATTEI ; « De la médecine à la santé : pour une réforme des études médicales et la création d'universités de santé » ; 1997, 101 et s.

Cependant, cette nécessité se heurte à une contradiction majeure, entre le contenu des sciences universitaires et la nature empirique de la profession infirmière, qu'il faudra bien mettre en adéquation.

a) Les limites posées par l'essence empirique de la profession

L'évolution de la formation conduit à s'interroger sur l'opportunité ou pas de la concrétiser par un enseignement universitaire. En effet, se pose de nombreuses questions dans la mesure où la profession est le fruit d'une construction empirique, ancienne et en marge des limites de l'enseignement didactique.

On peut s'interroger sur le profit pour l'infirmière de calquer une formation universitaire à une profession essentiellement empirique dont les interventions sont jusqu'à présent très techniques ? De plus, quel sens donner à la profession qui fera l'objet d'un enseignement universitaire ? N'est ce pas là le vider de son contenu ?

En effet, la profession, au prix de longues et rudes batailles, a acquis la reconnaissance professionnelle et la garantie de son exercice. Conquête qui est le fruit de revendications élitistes, sans être nécessairement intégrées par la base professionnelle.

Les bases d'une redéfinition professionnelle doivent, pour se développer et devenir une discipline en soins infirmiers, se traduire par un travail de recherche. S'il est vrai que l'environnement universitaire est celui qui se prête le mieux à cet exercice, il est difficile pour la profession toute entière de se l'approprier, si l'on considère que, dans son ensemble, elle est encore très imprégnée d'une culture et d'un savoir empirique. Si la formation universitaire est acquise par le sommet, il se peut que la fracture qui existe entre l'élite et la base professionnelle s'accroisse, engendrant par là même l'apparition d'une nouvelle discipline pour celles d'entre elles qui auront eu accès à l'université. Ce risque pose le problème du caractère probant de la valorisation de la profession et de son contenu par la consécration de la formation universitaire en soins infirmiers

On peut, de plus, considérer que les recherches dans le domaine du soin ne sont pas exclusives à la profession infirmière, mais peuvent profiter à de nombreux acteurs de soins.

La fonction principale infirmière ne semble pas pouvoir s'acquérir dans une enceinte universitaire, mais risque au contraire de créer une hiérarchie verticale supplémentaire, qui couperait définitivement les étudiants universitaires de la pratique infirmière, au profit d'activités essentiellement administrative et de management, multipliant par là même les délégations aux aides-soignantes. Dès lors, peut-on considérer qu'il s'agisse d'un progrès pour l'infirmière, en ce qu'elle se définit, avant tout, comme une soignante.

Devant cette somme d'interrogations, quant à l'opportunité ou non de l'introduction de l'enseignement universitaire et scientifique dans la formation des futures infirmières, force est d'admettre que le défi réside dans la capacité à assurer l'intelligente rencontre entre les racines empiriques de la profession et l'approche scientifique, universitaire qui lui est proposée.

b) Les atouts de la formation universitaire pour la profession.

L'enjeu de la mise en oeuvre de la formation universitaire dans la sphère de la profession infirmière réside, dans la capacité à concilier la démarche scientifique avec celle plus pragmatique de la profession ; synergie dont les objectifs sont à la fois le développement du savoir infirmier et la maîtrise de son évolution.

L'enseignement supérieur de soins infirmiers semble être un aboutissement logique au développement de la profession infirmière. En effet, l'avenir de la profession infirmière se traduit dans sa capacité à faire évoluer son savoir de manière autonome. La traduction de cette évolution réside dans la recherche infirmière consacrée comme partie intégrante du rôle propre. Cette dernière permettra à la profession d'assurer et de maîtriser son évolution par l'esprit critique, mais aussi le développement de sa capacité d'adaptation au milieu, à la complexité humaine dans sa prise en charge globale.

L'idée de la formation universitaire devient le pendant logique de la reconnaissance et la mise en oeuvre de la recherche en soins infirmiers.

Cet enseignement doit être un lieu de recherche où s'acquiert un haut niveau de qualification et d'échanges permanents entre toutes les spécialités, un lieu de brassage des sciences humaines.

En effet, l'un des intérêts majeurs de la formation universitaire en soins infirmiers est la diffusion auprès des étudiants des diverses connaissances qui se révèlent importantes pour les sciences infirmières. L'université permettrait une étude approfondie des sciences médicale, biologique, humaines et sociales, dont la somme constituerait un capital de connaissance au service du savoir infirmier, permettant une évolution constante vers toujours plus d'efficacité ; selon M. GRYPDONCK : *«Sans l'accès à ces sciences, le diplômé universitaire, quand il veut développer indépendamment sa compétence professionnelle, sera handicapé ou condamné à une vue unilatérale»*¹⁰⁶

L'enrichissement du contenu de la mission de la profession infirmière grâce à l'enseignement supérieur permet, par une meilleure maîtrise du savoir infirmier et de son développement, une plus grande prise en compte des responsabilités toujours plus importantes. L'infirmière, pour devenir partenaire actif dans l'organisation de soins, doit se doter d'une capacité d'analyse élevée, en s'appropriant à son tour un modèle de pensée et une méthode scientifique lui permettant de conceptualiser son savoir et son rôle dans l'organisation de soins, tout en sachant intégrer les aspects juridiques mais aussi socio-économiques de son rôle à venir en ce domaine.

¹⁰⁶M. GRYPDONCK ; «L'apport d'une formation universitaire pour l'infirmière» in «Les infirmières construisent leur avenir» ; p 141

De plus, la formation universitaire a pour ambition, de par la formation de haut niveau, de redéfinir la place de l'infirmière dans l'organisation sanitaire . Cette redéfinition se traduit tant sur l'organisation horizontale que verticale ; *«Les acquis de la formation universitaires porteront leurs fruits si les infirmières et les infirmiers qui en ont bénéficié agissent en catalyseurs au sein du milieu de travail, s'ils cherchent à réduire les distances hiérarchiques en comprenant les difficultés auxquelles se heurtent les soignants et en facilitant la résolution, s'ils deviennent les interlocuteurs et interprètes de leurs collègues à des carrefours stratégiques institutionnels»¹⁰⁷.*

Cet acquis universitaire doit permettre aux cadres infirmiers, non pas de creuser le fossé avec la base infirmières, mais d'intervenir avec le maximum d'influence et d'efficacité auprès des structures décisionnelles de l'hôpital. Il peut s'agir pour elles d'étudier les conditions de travail, mais aussi les incidences économiques des soins, et non pas seulement le coût thérapeutique, donner les moyens à ces dernières de participer à une réflexion plus globale et plus efficace sur le contenu et les orientations des activités hospitalières. L'infirmière deviendra un partenaire à part entière, dans la réflexion et l'élaboration de la politique de santé publique

Nous pouvons conclure, que toute la difficulté posée par la formation universitaire réside dans la fracture possible entre l'élite infirmière auréolée de son savoir universitaire ayant des missions administratives, de management ou de recherche avec la *base infirmière gardienne pragmatique de l'exercice fondamental de la profession* : la dispensation des soins.

¹⁰⁷M.F. COLLIÈRE ; « De l'intérêt des formations universitaires pour les soins infirmiers », p 169

Ce risque sera écarté si l'on considère l'université comme le terreau de la recherche dans le domaine des soins et non la base d'une évolution professionnelle qui l'écarte de sa mission et de son rôle dans l'organisation des soins. C'est pourquoi l'université doit être un lieu de théorisation du savoir infirmier, et doit servir de base à une recherche scientifique dans la mesure où ce savoir n'est jamais acquis mais doit être en mouvement permanent.

Selon Mme Marie Françoise COLLIÈRE *«les disciplines universitaires doivent être une source irremplaçable d'explicitation des pratiques, si au lieu de construire des systèmes de pensée préfabriqués qui ne peuvent qu'accélérer les désappropriations des savoirs des soignants, ils enrichissent et mettent en valeur les savoirs existants»*¹⁰⁸.

Par conséquent, c'est par la réussite de la rencontre entre ces deux univers que l'on atteindra une plus value des soins, une valorisation des infirmières aux côtés des professionnels de soins titulaires de la légitimité scientifique (médecins, pharmaciens, biologistes....) et des influences institutionnelles que cette dernière confère.

D'aucuns ne considèrent pas l'adoption de la formation universitaire comme une rupture avec le passé et avec la culture infirmière de base, mais au contraire marque une continuité logique pour une profession qui s'organise et dont l'influence se fait croissante dans la politique sanitaire. La recherche s'inscrit dans une continuité où le savoir faire et le faire savoir traditionnels ont encore leur place. En effet, il faut considérer que la science en soins infirmiers permet

¹⁰⁸Ibid ; p 163

de formaliser la pratique professionnelle traditionnelle permettant ainsi d'asseoir la recherche et de faire progresser la profession mais aussi le contenu et la pratique soignante. En ce sens Mme JOVIC et M. TCHASSOU retiennent la complémentarité considérant que « *les soins infirmiers disposent de savoirs empiriques extrêmement riches et variés. Il doivent être mis en forme et validés afin de leur donner un fondement scientifique* »¹⁰⁹.

Enfin, et pour conclure, nous citerons le Pr. Cornillot qui replace le débat dans sa vraie perspective : « *il est de l'intérêt de la santé publique, et pas seulement d'une profession, que la profession infirmier puisse avoir sa place et apporter toute son expérience et sa compétence au système universitaire* »¹¹⁰.

Aujourd'hui la profession se trouve à la croisée des chemins, en effet, la valorisation de la profession s'est opérée par l'appropriation et la maîtrise des techniques et de la technologie toujours plus complexes. Paradoxalement la distanciation nécessaire de l'infirmière par rapport au médecin, pour acquérir une consécration professionnelle et sociale, s'est faite par un rapprochement de l'exercice professionnel.

Plus l'infirmière se rapproche du médecin et plus elle tire un profit social évident et se dégage par là même de son ancienne peau d'exécutante attentive et soumise, même si cela se fait au prix d'une plus grande dépendance technique à l'égard du corps médical. La dimension « *humaine* » de l'acte soignant, seule

¹⁰⁹ L. JOVIC ; P. TCHASSOU ; op. cité, p 613

¹¹⁰ Pr. CORNILLOT ; « Filière soins infirmiers. DEUG soins », p157

source d'un savoir propre infirmier, fut laissée de côté du fait de sa faible valorisation sociale aux côtés des partenaires de santé hospitaliers.

Cette contradiction fragilise le statut infirmier qui, pour s'affirmer, et pérenniser sa place dans le paysage hospitalier, doit donner un contenu à sa mission et donc redéfinir la notion de soins infirmiers indépendamment des apports médicaux qui jusqu'à présent ont permis de consacrer la profession.

La formation, dès lors, est un milieu stratégique en ce qu'elle contribue à faire émerger des acteurs et des idées susceptibles d'impulser de l'intérieur la nécessaire évolution de la profession.

Force est de constater qu'après la reconnaissance du titre et du diplôme puis du rôle propre, la reconnaissance d'une formation supérieure et d'une qualification basée sur un savoir spécifique sont les principaux objectifs qui restent à investir pour ouvrir la perspective d'une professionnalisation accomplie et valorisée socialement.

Chap. II Evolution des obligations et de la responsabilité infirmières

L'extension des compétences et la complexification des techniques, dont l'infirmière a la maîtrise et l'initiative dans le cadre de son rôle propre, accroissent considérablement ses obligations professionnelles et le poids de ses responsabilités. Ce nouveau contexte est, sans nul doute, un facteur de valorisation professionnelle.

En effet, La loi du 31 mai 1978, et les décrets d'application de 1984 et de 1993, étendent les compétences techniques des infirmières, et leur donnent un certain nombre d'initiatives personnelles valorisant la profession, avec pour pendant des exigences et des responsabilités accrues auxquelles nul ne peut se dérober, et ceci, quel que soit le mode d'exercice.

Ces textes, qui régissent l'exercice de la profession, ne sont pas les seules sources renforçant les responsabilités du corps infirmier ; puisque le décret du 16 février 1993¹¹¹, d'inspiration «*déontologique*», conformément à la loi 80-527¹¹², enrichit la profession d'un ensemble d'obligations considérables.

Pour faciliter notre étude et sa compréhension, nous procéderons selon le schéma suivant : d'une part, l'analyse du contenu des obligations selon le mode d'exercice au coté du corps médical, d'autre part, en nous penchant sur les conséquences, en matière de responsabilité hospitalière, lorsque le personnel infirmier n'observe pas lesdites obligations.

¹¹¹Décret n° 93-221 du 16 février 1993 ; J.O. 18 février 1993, p 2646 et s.

¹¹²Loi n° 80-527 du 12 juillet 1980 ; J.O. du 13 juillet 1980, p 1758

Section 1 Précision et extension des obligations infirmières

Pour étudier le contour des obligations infirmières dans le cadre de son activité selon les décrets relatifs à l'exercice et à la fonction infirmière, il est indispensable de retenir le décret du 16 février 1993 comme source génératrice d'obligations professionnelles. A partir de ces deux sources, la profession se dote d'un arsenal juridique lui permettant de définir ses attributions et prérogatives, avec pour pendant un ensemble d'obligations et de devoirs professionnels.

§ 1 Les obligations professionnelles d'inspiration médicale

Les obligations professionnelles représentent une source d'émancipation importante, bien que les dispositions du décret du 16 février 1993 fassent apparaître une convergence patente avec les règles déontologiques médicales.

A) Les obligations professionnelles

L'apparition des règles professionnelles, par décret du 16 février 1993¹¹³, constitue une étape supplémentaire à la consécration infirmière.

La conception et l'adoption de règles professionnelles débutent en juillet 1953, date à laquelle le conseil international des infirmières adopte à Sao Paulo (Brésil) un Code international d'éthique et de déontologie de l'infirmière. Ce premier code est concomitant, à quelques années près, à l'adoption du premier code de déontologie médicale en 1947. Ce texte sera suivi en mai 1973 par le code de l'infirmière adopté à Mexico, par le Conseil des représentantes nationales du Conseil international. Ce dernier énonce les principes fondamentaux applicables aux soins infirmiers. Principes qui inspirent directement les règles professionnelles du décret de 1993, et qui énoncent les grands principes généraux, du respect de la vie, de la dignité et des droits de l'homme, mais aussi les grands principes régissant les devoirs de l'infirmière à l'égard de la personne en qualité de patient, en particulier l'obligation d'assurer les meilleurs soins.

A cette source internationale s'ajoute des sources nationales qui sont, notamment, les conventions nationales des infirmiers, qui adoptent des dispositions organisant l'exercice de la profession ou encore « *la Charte du malade hospitalisé* »¹¹⁴ qui souligne les devoirs de dignité et de discrétion auxquels est tenu le personnel hospitalier. Enfin, l'influence des règles déontologiques médicales ne sont pas à négliger, bien au contraire, puisque

¹¹³Décret n° 96-221, du 16 février 1993 ; J.O. du 18 février 1993, p 2646 et s.

¹¹⁴Circulaire DGS/DH/95 n°22 du 6 mai 1995 modifiant la circulaire du 20 septembre 1974, Direction des hôpitaux secrétariat HG/JLM n° 636

comme nous le verrons, le contenu des règles professionnelles infirmières sont, pour l'essentiel, calquées sur celles du corps médical.

L'émergence d'obligations professionnelles renforce la consécration de la spécificité professionnelle infirmière, contenue dans la loi et les décrets de 1984 et de 1993. Elle consacre définitivement l'autonomie infirmière au travers de devoirs professionnels, dont la transgression est sanctionnée par les juridictions judiciaires et administratives mais aussi par ses pairs dans une procédure disciplinaire. Ces devoirs sont autant de repères ou d'indications qui permettent au juge de retenir la responsabilité de l'infirmière, lorsque la violation est caractérisée et que celle-ci est dommageable pour le patient.

Rappelons que le décret du 16 février 1993 s'insère dans le cadre législatif prévu par les articles L 478 à L 482 du Code de la santé publique (loi 80-527 du 12 juillet 1980) . En effet, selon l'article L 482 *«les infirmiers inscrits sur une liste départementale ou exécutant en France un acte professionnel sont tenus de respecter les règles professionnelles fixées par décret du Conseil d'Etat pris après avis de la commission compétente du Conseil supérieur des professions paramédicales»*.

Le texte concernant la prise en charge du malade se décompose en deux parties. On trouve les devoirs incombant à l'infirmière, d'une part, à l'égard du patient en qualité de personne, et d'autre part, de la personne en qualité de patient. Division que l'on retrouve à l'identique dans les différents codes de déontologie médicale, dont le dernier est en date du 6 septembre 1995.

L'intérêt de notre étude réside dans une comparaison avec les règles déontologiques médicales sur lesquelles les rédacteurs du décret de 1993 se sont sans aucun doute très fortement inspirés.

B) Etude comparative des devoirs professionnels médicaux et infirmiers

Comme nous venons de l'évoquer concernant le découpage des règles professionnelles, les dispositions relatives aux professions infirmière et médicale s'articulent, concernant le patient, en deux volets. Ces derniers nous serviront de cadre pour comparer les similitudes et les divergences existant entre les deux activités que représentent le soin et la thérapie. Le fondement de ces textes tient au fait que le patient se trouve diminué physiquement et psychologiquement. Pour cette raison, il doit faire l'objet d'une protection particulière de la part des professionnels de la santé qui le prennent en charge.

Précisons que si nous citons le code de déontologie du 6 septembre 1995¹¹⁵ et non les décrets antérieurs à celui relatif aux règles professionnelles infirmières, c'est que les grands principes qui ont influencé les pouvoirs publics en direction des infirmières sont similaires.

a) Concernant le patient en qualité de personne

¹¹⁵ Décret 95-1000 du 6 septembre 1995 ; J.O. du 8 septembre, p 13305 et s.

Ce volet, que l'on classera parmi les devoirs généraux du professionnel envers la personne soignée est garanti par des obligations spécifiques. Ces devoirs garantissent des droits fondamentaux reconnus à toute personne et non pas seulement au patient, néanmoins, l'état du patient exige une vigilance particulière des professionnels qui l'ont en charge. Parmi ces devoirs on rencontre d'une part, le respect de la vie et de la dignité de la personne, d'autre part le devoir de protection et d'assistance. Concernant le premier de ces devoirs, rappelons que l'une des dispositions de la loi du 29 juillet 1994¹¹⁶ relative au respect du corps humain pose comme principe général que *«la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de la vie»* (art. 2). Le décret du 16 février 1993 concernant les infirmières dispose en son article 2 que *«l'infirmière ou l'infirmier exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine»*, quant à l'article 2 du décret du 6 septembre 1995 concernant les médecins, il prévoit que *«le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité»*.

Ce principe suppose pour le personnel de santé, en l'occurrence l'infirmière, que soient mises en place toutes les dispositions susceptibles de maintenir la vie, de la préserver et de la promouvoir. Ce devoir peut s'opposer à d'autres intérêts et soulever des questionnements juridiques ou éthiques qui influencent la conduite professionnelle infirmière ou médicale. Ces intérêts se traduisent, pour

¹¹⁶Loi n°94-653 du 29 septembre 1994 ; J.O. du 30 septembre, p 11056 et s.

l'essentiel, par les questions de l'euthanasie, de l'interruption volontaire de grossesse ou encore des prélèvements d'organes.

Concernant l'I.V.G., au delà de toute considération scientifique et morale sur la question du commencement de la vie, il n'y a aucune équivoque quant à l'interruption du processus de la vie. Par conséquent, il y a définitivement une transgression de l'article 2 du décret du 16 février 1993. La loi du 17 janvier 1975, même si elle autorise limitativement une telle intervention, rappelle clairement le principe selon lequel *«la loi garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie. Il ne saurait être porté atteinte à ce principe qu'en cas de nécessité et selon les conditions définies par la présente loi»*¹¹⁷. Si cette dérogation législative permet à la femme, en situation de détresse ou pour des raisons thérapeutiques, de faire appel à cette intervention, la question de conscience n'est pas effacée pour autant puisque l'on reconnaît au médecin le droit d'invoquer une clause de conscience. Clause qui peut être de la même manière invoquée par le personnel infirmier et ce, conformément à l'alinéa 2 de l'article 162-8 du Code de la santé publique qui dispose *«Aucune sage-femme, aucun infirmier, aucun auxiliaire, quel qu'il soit n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse»*.

Alors que le médecin comme l'infirmier est tenu d'accompagner le patient jusqu'à la mort, il doit préserver la dignité du patient. La lecture des ces deux obligations peut soulever, avec une acuité similaire aux deux professionnels, nombre d'interrogations. En effet, cette notion d'accompagnement à la mort dans la dignité peut s'opposer au devoir de respect de la vie, dans la mesure où le

¹¹⁷ Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 ; J.O. 18 janvier, p 739 et s.

premier devoir confronte les personnels de santé à la sensible question de l'euthanasie. D'un point de vue éthique, on peut considérer comme le rappelle M. MOUSSA T. et Mme FILLOD-MICHON que pour certains «*La vie se définit par la dignité et que lorsque le malade est privé de la dignité, il convient de lui ménager une mort «douce»...par le recours à l'euthanasie*»¹¹⁸ soit en administrant une substance létale (euthanasie active) soit en s'abstenant de prodiguer les soins nécessaires au maintien de la vie (euthanasie passive).

Cette acception de la vie au travers de la dignité est renforcée par une proposition de résolution émise par le parlement européen¹¹⁹, dans laquelle on peut lire qu'«*en l'absence de toute thérapeutique curative et après échec de soins palliatifs correctement conduits tant sur le plan psychologique que social et chaque fois qu'un malade pleinement conscient demande, de manière pressante et continue, qu'il soit mis un terme à une existence qui a perdu pour lui toute dignité et qu'un collège de médecins constitué à dessein constate l'impossibilité d'apporter de nouveaux soins spécifiques, cette demande doit être satisfaite sans qu'il soit de cette façon porté atteinte au respect de la vie humaine*». Cette position du parlement s'appuie sur l'indissociabilité du respect de la vie et du respect de la dignité.

Pourtant, en droit français le médecin comme l'infirmier ne peut considérer l'accompagnement du mourant et le respect de la dignité dans les derniers moments comme justificatifs de l'intervention euthanasique, selon la loi pénale (comme nous le verrons plus loin). Néanmoins, la clarté des textes répressifs n'efface pas la question morale, à laquelle est confrontée l'infirmière comme le

¹¹⁸ MOUSSA T., FILLOD-MICHON L. ; «Les règles professionnelles des infirmier(e)s » ; p 30

¹¹⁹ Ibid, p 31

médecin, du contenu de l'accompagnement du mourant dans la mesure où, d'une part le terme d'euthanasie n'est évoqué dans aucune disposition, et d'autre part, les juridictions répressives sont relativement clémentes eu égard aux pratiques de l'euthanasie passive, cautionnant par là même la considération du respect à la dignité ainsi que le libre arbitre dans le respect de la vie. La question de la définition de la vie n'est pas définitivement tranchée et le flou juridique laisse aux médecins et à l'infirmière le soin d'apprécier en conscience le comportement professionnel à adopter.

Comme nous pouvons le constater, la consécration des règles professionnelles infirmières expose le personnel infirmier à des questionnements similaires à ceux du corps médical, qui sont éthiques, déontologiques ou juridiques. Questionnements qui, on l'a vu, se posent au sujet de l'euthanasie ou de l'I.V.G., mais que l'on pourrait aussi rencontrer sur bien d'autres interventions (le prélèvement d'organes opposé au principe du respect de son corps et de son inviolabilité...).

Au delà du respect à la vie, les professionnels du soin sont tenus de respecter l'intimité et la dignité du malade. Ces devoirs se trouvent pour le personnel infirmier dans le même article selon lequel « *il (l'infirmier) respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille* ». Partant, le devoir porte sur le patient mais aussi de manière extensive à sa famille. Concernant le médecin, l'article 7 dispose *in fine* que celui-ci « *ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et*

attentive envers la personne examinée» et l'article 51 d'ajouter que *«le médecin ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients»*. L'extrême vigilance quant au respect de la dignité et de l'intimité est formulée de manière très forte pour les deux professions.

L'intimité sous-tend bien évidemment l'obligation au secret concernant les informations dont les personnels médical et infirmier sont dépositaires. Tandis que les deux professions sont sous l'empire de l'article 226-13 du Code pénal, l'infirmière, selon le décret du 15 mars 1993, dispose à l'article 1 que les soins infirmiers sont réalisés dans *«...le respect des règles professionnels des infirmiers et infirmières, incluant notamment le secret professionnel»*. On remarque que le texte souligne tout particulièrement le secret, dans la mesure où le décret ne se limite pas à se référer aux règles professionnelles mais prend la peine de souligner que ce secret fait partie de ces règles et le souligne comme un devoir éminent.

Qu'il s'agisse de la rédaction du code de déontologie médicale ou des règles professionnelles infirmières, le secret est consacré à plusieurs reprises. Pour l'exercice de la médecine, l'article 4 pose le principe du secret puisque *«Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi . Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est à dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris»*. L'article 72 prévoit l'obligation pour ce dernier de s'assurer que les collaborateurs soient au fait de leur devoir concernant le secret professionnel,

puisqu'il énonce que *«le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment. Il doit veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée par son entourage au secret qui s'attache à sa correspondance professionnelle»*. La portée de cet article a, selon nous, évolué. Avant l'adoption du décret du 16 février 1993, le corps médical était par cet article investi de vérifier que ses collaborateurs, en l'occurrence les infirmières, avaient assimilé l'obligation du secret dont elles étaient dépositaires, s'agissant aussi bien des informations apprises auprès du médecin que de celles recueillies dans le cadre de son exercice en soins infirmiers. Dorénavant, parce que l'obligation est clairement énoncée dans les règles professionnelles de l'infirmière, l'article 72 souligne l'obligation au secret médical à laquelle elle est liée par délégation. Il ne semble plus être de sa compétence de vérifier son instruction générale sur le principe du secret, dans la mesure où la profession, tant du point de vue de son exercice que de son organisation, s'est autonomisée, déléguant par là même cette vérification à un organe professionnel représentatif, un ordre professionnel qui, encore aujourd'hui, fait cruellement défaut à la profession. Enfin, l'article 73 quant à lui rappelle le devoir de discrétion en matière de documents et d'informations médicaux tant en matière d'archivage que d'utilisation, mais aussi lorsque ces informations sont utilisées pour une recherche et publiées.

Quant aux règles professionnelles de l'exercice des soins infirmiers, on notera la similitude qu'il existe avec les dispositions déontologiques médicales. En effet, concernant le principe du secret professionnel, l'article 4 énonce que *«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 qu'il 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».

L'infirmière comme le médecin doit informer ses collaborateurs, en l'occurrence les aides soignantes, de leur qualité de dépositaire, concernant les informations provenant de l'exercice des soins infirmiers, mais aussi de toute information recueillie dans le cadre de leur exercice professionnel. L'article 5 dispose *«l'infirmier ou l'infirmière doit sur les lieux de son exercice, veiller à préserver autant qu'il lui est possible la confidentialité des soins dispensés.»*

Partant, cette dernière, au delà de l'information, doit s'assurer que la confidentialité concernant les soins infirmiers soit respectée par l'ensemble du personnel qui se trouve sous sa responsabilité.

Enfin l'article 28 contient des dispositions relatives à la conservation des documents de soins puisqu'il énonce que *«l'infirmier ou l'infirmière, quelque 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....»*. On peut raisonnablement considérer par analogie, que l'utilisation des documents relatifs aux soins infirmiers dans le cadre de la recherche en soins infirmiers ou pour toute publication doit respecter les mêmes conditions que celles énoncées par le code de déontologie médical, et ce conformément à la loi pénale.

Après l'étude des similitudes à propos des règles professionnelles relatives aux devoirs du respect à la vie et de la dignité, nous allons étudier le second volet de ces devoirs généraux qui traite de la protection et de l'assistance.

Concernant la protection, le médecin et l'infirmier peuvent être en situation telle qu'ils soient tenus de révéler le contenu de leurs observations auprès des autorités compétentes. Dans cette hypothèse, ils sont dès lors libérés de leur obligation au secret. Cette situation est celle où l'un ou l'autre de ces professionnels est témoin d'une privation ou de sévices d'un mineur de 15 ans ou toute personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique (avec l'accord de la victime le médecin peut être libéré s'il constate une ou des violences sexuelles). Cette libération prévue par les deux textes professionnels est conforme au code pénal (art 226-14) et sont repris par les dispositions professionnelles respectives au corps médical (art 44) et infirmier (art 6). Concernant l'assistance, là aussi en conformité avec le code pénal (art 223-6), les professionnels du soin sont tenus de porter secours à une personne malade ou blessée qui se trouve en péril (art 7 : infirmières ; 9 & 10 : médecins).

Il s'agit là du devoir d'humanité qui s'impose à tous, et en particulier à tout soignant lorsqu'un individu est subitement amené à demander des soins.

D'ailleurs, il n'est absolument pas précisé à propos de l'infirmière qu'elle doit intervenir dans les limites de ses compétences. L'urgence de la situation implique une totale liberté d'intervention qui permettrait de faire cesser le péril.

S'ils sont tenus d'intervenir au même titre que quiconque, le fait d'être des professionnels du soin les distingue des profanes, en ce que l'absence d'intervention constitue une circonstance aggravante, impliquant une sanction plus lourde. De plus, il est notable que la compétence disciplinaire est pleine et entière si le professionnel n'intervient pas même lorsqu'il se trouve hors de son service.

Le respect de ces devoirs généraux se traduit par des obligations auxquelles sont soumis médecins et infirmiers. Ces obligations sont l'indépendance et la probité. Nous nous intéresserons seulement à la première d'entre elles afin d'illustrer comment les deux professions se sont rapprochées autour d'un principe, qui au début était l'apanage du seul corps médical. En effet, l'obligation d'indépendance est reprise par le décret du 16 février 1993, selon une rédaction très similaire à celle contenue dans le code de déontologie médicale, puisque l'article 9 dudit décret énonce clairement que *«l'infirmier ou l'infirmière ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. Il ne peut notamment accepter une rétribution basée sur des obligations de rendement qui auraient pour conséquence une restriction ou un abandon de cette indépendance»*. Alors que le code de déontologie médicale selon le décret de 1995 dispose quant à lui que *«Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit»*.

L'indépendance était traditionnellement considérée comme la pratique libérale de l'art médical. C'est au nom de cette acception que la profession résista au conventionnement auprès des caisses de la sécurité sociale, au point qu'il fallût

attendre un décret de 1960¹²⁰ pour l'opposer à tous les médecins. Ce principe faisait de la même manière obstacle au salariat, permettant au corps médical d'intervenir, dans le milieu hospitalier, dans le seul cadre d'un temps partiel.

L'infirmière, quant à elle, n'était pas régie par ce principe de la pratique libérale comme définition de l'indépendance professionnelle. En effet, la première définition légale de 1943¹²¹ dispose en son article 1 qu'est « *considéré comme relevant de la profession d'infirmière ou d'infirmier au sens de la présente loi tout emploi dont le titulaire donne habituellement, soit à domicile, soit dans des services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, les soins prescrit ou conseillés par un médecin* ». Il apparaît très clairement que le législateur, lors de sa première rédaction, considère la profession uniquement dans le cadre d'un emploi salarié (public ou privé). Par conséquent, la définition originelle ne retient pas l'aspect libéral comme une condition de l'exercice de la profession. Puis, lorsque le législateur reconnaît l'activité libérale, il le fait tout en rappelant l'exercice dans un service sanitaire et social. Partant, on ne peut considérer que l'activité de soin soit régie par le principe de l'indépendance selon l'acception traditionnelle propre à l'exercice de l'art médical. La raison fondamentale est bien entendu l'absence d'autonomie fonctionnelle rendant la profession infirmière par définition subordonnée et interdisant une pratique exclusivement indépendante de son art. Néanmoins, aujourd'hui, le fait que les soignants hospitaliers soient des fonctionnaires (infirmières...) ou des agents publics (médecins) implique une redéfinition de la notion d'indépendance. L'acception

¹²⁰Décret du 12 mai 1960 ; J.O. 13 mai, p 4360

¹²¹déjà citée

classique de l'indépendance, qui constituait l'apanage du corps médical s'efface pour se définir, dorénavant, à partir de trois obligations, qui sont partagées avec les infirmières. Ces obligations sont le refus de rendement, l'exclusion de toute autre activité dans laquelle le professionnel tirerait profit de ses compétences et l'interdiction de compéage.

La reconnaissance de l'exercice indépendant de la profession infirmière est donc le fruit de deux évolutions. La première est l'autonomie professionnelle acquise par la consécration d'un rôle propre. La seconde est la redéfinition de l'indépendance professionnelle dans un système de santé, de plus en plus complexe, où les dépendances s'accroissent sur le plan technique, mais aussi eu égard aux exigences de santé publique.

Après avoir étudié les similitudes des devoirs et obligations entre infirmier et médecin à l'égard du patient en sa qualité de personne, nous allons évoquer les devoirs qui pèsent sur ces professionnels à l'égard du patient en qualité de patient.

b) Les devoirs que doivent l'infirmière et le médecin au patient

L'étude de ces devoirs à la charge des deux ne correspond plus à celle des devoirs généraux, mais des devoirs qui sont attachés aux fonctions et techniques respectives à chacune de ces professions.

L'idée force est que le malade doit être protégé, afin qu'il puisse bénéficier des meilleurs soins eu égard aux techniques de soins mais aussi des progrès scientifiques. Cette exigence de qualité des soins est clairement énoncée dans les deux textes organisant l'exercice des deux professions. Les devoirs attachés à la mise en place de toutes les pratiques nécessaires, pour atteindre ce meilleur soin, sont là aussi très similaires.

L'un des tous premiers principes est la liberté de choix du professionnel de santé dont dispose le patient. Concernant le médecin, ce principe est fortement ancré dans les règles professionnelles, en ce sens où le décret du 6 septembre 1995 à l'article 6 dispose que «*Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin*». Ce principe est parfaitement compatible avec l'exercice libéral de l'art médical. Si le travail à temps dans le milieu hospitalier rigidifie quelque peu cette liberté, le principe reste en vigueur si le patient renonce au libre choix de l'établissement hospitalier au profit du libre choix du médecin hospitalier. Rappelons que l'article 1 de la loi hospitalière du 31 juillet 1991 dispose que «*le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire*». Pour le personnel soignant traditionnellement et majoritairement titulaire dans un établissement sanitaire et social, cette liberté est plus difficile à appliquer. En effet, que le patient choisisse le médecin ou l'établissement hospitalier, il se voit imposer le personnel soignant, en l'occurrence le personnel infirmier. Néanmoins, l'article 8 énonce très clairement et sur le modèle médical que «*l'infirmière ou l'infirmier doit respecter le droit du patient de s'adresser au professionnel de santé de son choix*». La difficulté

tient au fait que l'équipe soignante est attachée auprès d'un service de soins ou bien auprès d'un service technique, rendant pratiquement impossible pour un patient de concilier le choix d'un médecin hospitalier avec le choix d'un personnel soignant. Ce principe est énoncé parce qu'il obéit à une idée fondamentale, la confiance. Celle-ci est nécessaire pour s'assurer l'adhésion du patient à une démarche de soins.

Si un tel principe est difficile d'application pour l'infirmier, il n'en reste pas moins applicable si on l'interprète d'une manière différente. En effet, pour l'infirmière, la liberté offerte au patient se traduit de manière négative, c'est à dire que le libre choix ne peut être exercé que par une récusation, dès lors que la confiance fait défaut.

C'est parce que cette confiance est fondamentale, et qu'elle constitue le socle des rapports soignant-soigné dans la garantie du meilleur soin, que le devoir d'information est lui aussi primordial, qu'il s'agisse du corps médical ou infirmier. Ce principe est d'autant plus important qu'il conditionne l'adhésion éclairée et le libre consentement du patient dans ses rapports avec les professionnels du soin. A partir des textes professionnels, nous constatons à nouveau que la rédaction et la portée sont analogues selon leurs compétences respectives. En effet, l'article 32 du décret de 1993 dispose que *«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»*. Concernant les médecins, l'article 35 prévoit que

«Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et approuvée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension».

Toutefois, à la différence avec le devoir incombant à l'infirmier, le médecin dispose d'une dérogation se trouvant à l'alinéa 2 de l'article 35 qui prévoit que *«dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes, que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination».* Cette dérogation, si elle n'est pas envisagée dans les règles professionnelles infirmières, n'est pas sans effet sur ce personnel, puisque, dans le cadre de soins sur prescriptions médicales, la dissimulation volontaire d'informations médicales lie le personnel soignant. Mais il faut considérer que dans le cadre de son rôle propre, l'infirmière ne peut ignorer ou exercer indifféremment de la volonté du médecin de dissimuler ou non certaines informations.

Dans son domaine propre l'infirmière peut-elle divulguer certaines informations, par exemple quant à leur finalité (hypothèse de soins palliatifs mis en place pour un patient mourant), si elle estime, compte tenu de l'état psychologique du patient, qu'une révélation peut nuire à son action ? Une telle dérogation ne semble pas être envisagée par le décret de 1993, sauf si l'on considérait que la formule selon laquelle l'information due au patient doit se faire de manière *« adaptée »* signifie que l'infirmière, à défaut d'une possibilité de conserver une information, peut la *« maquiller »* dans l'intérêt du patient. Il nous semble que

cette conception devrait être retenue dans la mesure où l'activité de soin implique pour l'infirmière une relation privilégiée avec le malade, du fait de son action psychologique et d'accompagnement. Il paraît légitime que lui soit reconnue l'opportunité d'apprécier l'intérêt de révéler ou non les actes de soins qui peuvent impliquer un effet psychologique indésirable pour le bon déroulement d'un protocole de soins, et donc, contraire à l'intérêt du patient.

Quelle que soit la solution, il serait pertinent, compte tenu du rôle de l'infirmière auprès du malade et de ses compétences, que la non divulgation d'informations décidée par le médecin soit concertée et décidée avec le personnel infirmier. En effet, qui mieux que ce dernier peut apprécier l'aptitude physique, mais surtout psychologique, du patient, et donc, sa capacité d'adhésion à un protocole de soins ? N'est ce pas parce que l'on a reconnu cette pertinence professionnelle que ce personnel a, dans le cadre de son rôle propre, obtenu le droit d'élaborer un dossier de soins infirmiers mais aussi de poser un diagnostic infirmier ?

Enfin, l'obligation d'information consacrée par les règles professionnelles pose un délicat problème de responsabilité. En effet, si l'on s'attarde un peu sur le contenu de l'article 32 du décret de 1993, on peut retenir que cette obligation ne couvre pas seulement les actes de soins mais aussi les dispositions adoptées par le médecin qu'elle doit «traduire». Cet aspect constitue le rôle d'accompagnement psychologique qui incombe à cette dernière. Car c'est elle qui, *in fine*, doit rendre intelligible le diagnostic et la prescription, s'efforçant d'obtenir l'adhésion du patient. Partant, les dispositions prises par l'infirmière pour informer le malade représentent une charge importante qui peuvent être

lourdes de conséquences en matière de responsabilité. En effet, dans l'hypothèse où l'information est révélée, mais que l'interprétation faite par l'infirmière, auprès du patient, est inappropriée, donc dommageable à l'état de ce dernier (complicant la mise en oeuvre du protocole thérapeutique ou la faisant échouer), dans quelle mesure engagera-t-elle sa responsabilité ?

A coté du devoir d'informer et d'obtenir le libre consentement, les professions infirmière et médicale sont tenues, envers le patient pour assurer les meilleurs soins, d'une obligation de qualité. Cette obligation impose un exercice sans discrimination aucune et avec diligence compte tenu des techniques les plus appropriées. L'exercice non discriminatoire constitue le principe de la continuité et de l'universalité des soins. En effet, les soins ne sont de qualité que s'ils sont pratiqués sans à priori eu égard au patient pris en charge, en ce sens l'article 25 du décret de 1993 dispose que *«L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins 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»*. L'article 7 du code de déontologie médicale impose, quant à lui, au médecin *« d'écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs moeurs et leur situation de famille, leur appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peuvent éprouver à leur égard »*.

Quant à la continuité, elle est précisée à l'article 30 du décret de 1993. Dès lors qu'elle a accepté d'effectuer les soins, l'infirmière est tenue d'en assurer la continuité. Ce principe rejoint celui énoncé à l'article 47 du code de déontologie médicale.

Puis, afin de garantir la qualité des soins, le médecin comme l'infirmière doivent s'assurer de l'actualité de leurs connaissances et pour se faire, suivre des formations continues. En effet, l'évolution très rapide des techniques médicales et de soins impliquent une formation permanente des professionnels de la santé. En conséquence, pour le personnel infirmier, l'article 10 dispose que *«pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles. Il a également le devoir de ne pas utiliser des techniques nouvelles de soins infirmiers qui feraient courir au patient un risque injustifié»* ; Tandis que, l'article 11 du décret de 1995 énonce que *«tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles»*.

Cette dernière disposition dispose, sans ambiguïté, le devoir de participer à une action de formation continue, mais surtout de se soumettre à l'évaluation des pratiques professionnelles. Cette distinction rédactionnelle rend plus floue, concernant l'infirmière, la notion d'actualisation des connaissances, les formes que cette dernière doit prendre et son contenu contraignant. De plus, la notion

d'évaluation n'est pas retenue pour cette dernière. Cette absence de précision n'est elle pas liée, comme nous le verrons, à l'absence d'organe professionnel représentatif spécifique (un ordre professionnel) dont l'une des missions serait de défendre la profession en garantissant une qualité de soin maximale, en organisant l'évaluation de la qualification professionnelle ? Ces dispositions seraient d'autant plus appropriées que le décret du 15 mars 1993 dispose en ses articles 2 et 9, que l'infirmière dans le cadre de son rôle propre, *«formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue...»* de plus *«selon le secteur d'activité où il exerce et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier propose, organise ou participe à des actions de formation initiale et continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé...»*. Les idées d'évaluation et de formation continue sont clairement énoncées, et il nous semble que pour être efficaces elles devraient être organisées par une autorité professionnelle représentative, qui aujourd'hui fait défaut à la profession infirmière.

Ces similitudes mises en évidence, il faut considérer que les règles professionnelles diffèrent de celles de la médecine en ce qui concerne l'une de ses principales caractéristiques pour atteindre les meilleurs soins : sa qualité d'auxiliaire. Parmi les principaux devoirs, l'infirmière doit exercer avec diligence son rôle d'auxiliaire . Cette mission et les modalités d'exécution sont contenues dans l'article 29 du décret de 1993 selon lequel *«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.»

Par conséquent, il apparaît que l'infirmière est tenue d'une part, d'exécuter la prescription médicale et de vérifier matériellement la date. Cette dernière peut demander des informations complémentaires au médecin et chaque fois qu'elle l'estime indispensable, peut demander au médecin prescripteur que soit établi un protocole thérapeutique et de soins d'urgence écrit, daté et signé.

La formalisation professionnelle des relations entre médecins et infirmières permet de distinguer plus précisément leur responsabilités respectives. Cette

frontière est d'autant plus importante que l'infirmière dans son travail d'auxiliaire n'est plus une simple exécutante mais bien, grâce à sa qualification technique, une collaboratrice à l'exercice de l'art médical. Ceci implique des interactions accrues qui rendent le domaine des responsabilités toujours plus flou, faute d'une formalisation précise dans les rapports interdisciplinaires. La précision de l'article 29 répond à l'exigence posée par l'article 14 selon lequel *«l'infirmier ou l'infirmière est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer.»*

La comparaison entre les devoirs déontologiques des médecins et les règles professionnelles des infirmiers démontre une similitude, dans la mesure où elles s'inscrivent dans des desseins communs : la protection du patient fragilisé et la promotion de la qualité des soins. Ces desseins impliquent nécessairement une formalisation et une identification des domaines interventionnels et des obligations professionnelles des uns et des autres.

Ces règles professionnelles, qui ne forment pas un code déontologique (nuance sémantique révélatrice de disparités sociale et professionnelle patentées), apportent, néanmoins, la confirmation d'un rôle propre aux personnels infirmiers et l'affirmation d'une spécificité professionnelle.

La dernière étape que la profession doit franchir en termes d'obligations professionnelles est l'adoption d'un ordre professionnel, à l'instar de la profession médicale. Cette revendication est d'autant plus légitime qu'elle représente un organe professionnel indissociable des règles professionnelles,

aujourd'hui acquises. D'autant, qu'en ce qui concerne la profession infirmière, il ne s'agit que de l'application de la loi du 12 juillet 1980, qui semble avoir bien du mal à se matérialiser, et ce, malgré les initiatives des parlementaires qui n'ont pas vu leurs propositions¹²² de loi se concrétiser. C'est que la consécration d'un ordre professionnel permettrait à la profession d'être éclairée et formée sur ses obligations professionnelles. Cette structure ordinale permettrait de garantir une activité en soins infirmiers de qualité et donc de diminuer le nombre de contentieux qui tendent, ces dernières années, à se multiplier.

§2 Renforcement des obligations infirmières

Pour l'essentiel, l'étendue de sa mission se compose de quatre principaux volets. Il s'agit bien entendu du rôle propre reconnu à la profession, mais aussi des missions qui sont plus traditionnelles qui résident dans l'exécution de soins infirmiers prescrits par le médecin en ou hors sa présence et enfin les situations d'urgence. Il faut analyser l'évolution des obligations contenues dans chacune de ces missions, les interrogations qu'elles ont soulevées, mais aussi les ambiguïtés qui subsistent, encore aujourd'hui, dans les relations avec le corps médical.

A) Les responsabilités induites par le rôle propre infirmier

¹²² Proposition de loi n°2855 ; J.O. Documents Assemblée Nationale, juin 1996

Depuis que le rôle propre de l'infirmière est explicitement reconnu par la loi, l'infirmière est seule responsable des choix et de l'exécution des actes dont la liste est dressée dans le décret du 15 mars 1993, et ce conformément à l'article 14 du décret du 16 février 1993.

Le domaine de la responsabilité s'est accru parallèlement à l'affirmation de son rôle propre. La mauvaise exécution des soins infirmiers, les erreurs au moment du lever du malade et de l'aide à la marche, la défectuosité des soins pré-opératoires, les inexactitudes dans les mesures des paramètres, servant à surveiller l'état de santé de la personne ou l'état clinique du malade, sont susceptibles d'être la cause du dommage dont la réparation peut être demandée.

Les fautes dommageables peuvent trouver leurs sources aussi bien dans la négligence, la maladresse, que la mauvaise qualité des instruments utilisés ou dans l'inexactitude des notations des résultats. Par exemple, une erreur dans la pose d'un timbre tuberculine ou dans la lecture des réactions peut entraîner de graves préjudices, de même que les erreurs d'exécution, de lecture ou de notation des contrôles biologiques de dépistage à la lecture instantanée. De même, la mauvaise tenue du dossier de soins infirmiers, les erreurs dans l'enregistrement des résultats de laboratoires, les indications erronées ou insuffisantes sur le comportement des malades, peuvent amener le médecin à prescrire des médicaments inutiles ou dangereux ou le détourner de faire administrer ceux qui sont nécessaires.

Les fautes préjudiciables peuvent être relationnelles ou éducatives. Une mauvaise information du malade ou de son entourage peut avoir de graves

conséquences pour des personnes souffrant de troubles métaboliques. De même, la mauvaise organisation des activités à visée sociothérapeutique peut compromettre les chances de guérison.

Ces quelques indications montrent que si les infirmières se sont réjouies, à juste titre, de la définition de leur rôle propre et de la reconnaissance de l'acte thérapeutique qu'elles accomplissent, celles-ci constituent un élargissement de leur liberté d'initiative et induisent également un accroissement de leurs responsabilités.

A la lecture des décrets de 1984 et de 1993 une autre question se pose : peut-on dire que l'infirmière possède seule, à l'exclusion de tout autre personnel de soin, la compétence pour prodiguer ces soins ? La réponse à cette question est particulièrement intéressante quant au contenu de ses obligations.

Les décrets précités prévoient que l'infirmière a l'initiative de ces soins, et en organise la mise en oeuvre. Autrement dit, l'infirmière peut exécuter ou faire exécuter ces soins sans prescription médicale. Cette dernière a donc la maîtrise de l'exécution, la charge du contrôle et de la surveillance. Néanmoins, l'exécution de ces actes peut être déléguée aux aides soignantes ou auxiliaires de puériculture, mais sous la responsabilité des infirmières déléguantes, de la même manière que les actes médicaux réalisés par l'infirmière en présence du médecin.

On peut donc conclure que le rôle propre infirmier ne consiste pas en un monopole d'exécution, mais réside d'une part dans l'obligation de prendre l'initiative de ces soins et, d'autre part, d'en organiser la mise en oeuvre dans le

cadre de ses attributions d'encadrement et de contrôle des aides soignants et des auxiliaires de puériculture, dont elle peut solliciter la collaboration.

a) Les soins courants et de surveillance

Le décret du 17 juillet 1984 prévoit, dans les dispositions de son article 2, un ensemble de soins courants. Ces soins courants ont d'ailleurs été repris à de multiples reprises par la jurisprudence pour relever une faute infirmière en milieu hospitalier engageant, *ipso facto*, la responsabilité hospitalière. Le décret du 15 mars 1993 reprend, dans ses dispositions, en l'occurrence à l'article 3, lesdits actes, mais l'adjectif «*courant*» n'y figure plus. On peut penser que cet adjectif était l'héritage des soins médicaux dits courants pouvant être exécutés par les auxiliaires médicaux selon l'arrêté de 1962. Avec l'autonomisation de l'activité infirmière et le développement de techniques et de recherches propres à la profession, on ne peut plus considérer que ces actes soient nécessairement courants. Si on continuait à le faire, on ignorerait l'émancipation infirmière, qui lui permet d'être, aujourd'hui, en partie maître de ses gestes et, par conséquent, seule à même de distinguer les actes courants de ceux plus complexes (ou tout au moins de les faire reconnaître par les pouvoirs publics comme tels).

Cette modification terminologique pose le problème de l'importance du geste technique réalisé par les acteurs de santé, et de ses implications en matière de responsabilité. Si l'on considère que la distinction traditionnelle, aujourd'hui abandonnée, entre la faute simple et la faute lourde, selon que l'acte dommageable est médical ou de soin (sachant que la distinction s'appuyait sur la complexité de l'acte et son caractère aléatoire) la nouvelle définition des soins infirmiers implique de reposer la distinction en des termes nouveaux.

Il apparaissait au début, eu égard aux compétences et délégations qui étaient les siennes, que la plupart des causes génératrices de responsabilité résidaient dans une catégorie de fautes appelées «*fautes d'actes courants*», en réalité d'actes médicaux courants exécutés par l'infirmière ou le médecin. Parmi ces actes, les fautes les plus fréquentes étaient les piqûres et perfusions dommageables réalisées par l'un des deux professionnels de santé (exception faite des injections relevant de la compétence exclusive du médecin). En ce sens, le Conseil d'Etat le 23 février 1962 considère qu'*«il résulte de l'instruction, et notamment de l'avis de l'expert commis par les premiers juges, que la paralysie au niveau du membre supérieur gauche dont sieur MEIER est atteint est en relation directe de cause à effet avec une injection intraveineuse pratiquée sur le requérant le 28 juin 1951 à l'hôpital civil de Thionville-Beauregard ; que s'agissant d'une intervention courante et de caractère bénin les troubles susmentionnés ne peuvent être regardés que comme révélant une faute commise dans l'organisation ou le fonctionnement du service...»*¹²³. On peut citer à nouveau le Conseil d'Etat le 22 décembre 1976 qui estime que «*..considérant qu'il résulte de l'expert et qu'il n'est d'ailleurs pas contesté par l'administration générale de l'Assistance publique de Paris que la paraplégie des membres inférieurs dont la dame DERRIDJ a obtenu réparation par le jugement attaqué est en relation directe de cause à effet avec l'injection intramusculaire pratiquée le 21 avril 1969 ; que s'agissant d'un acte de soin courant et de caractère bénin, les*

¹²³CE 23 février 1962, Sieur MEIER ; Leb. p 122

troubles susmentionnés ne peuvent être regardés que comme révélant une faute commise dans l'organisation ou le fonctionnement du service...»¹²⁴

Au delà des fautes liées à des injections ou perfusions, la multiplication des gestes délégués à l'infirmière et les actes propres reconnus à la profession, constituent autant de gestes dont la mauvaise exécution peut être constitutive d'une faute de service. Le développement des techniques et des risques implique une augmentation des hypothèses où l'infirmière met en cause la responsabilité de l'hôpital.

A propos des soins de surveillance, nous constatons que cette fonction apparaît dans le rôle propre de l'infirmière mais aussi dans son rôle d'exécutante de prescriptions médicales. Mme M.P. FLORIN et M. T MOUSSA considèrent que *«laisser à l'infirmière l'initiative de la surveillance des personnes soignées dans les seules circonstances citées à l'article 3 est une anomalie ; d'abord parce que la surveillance est un des aspects essentiels de la fonction infirmière : celle-ci, du fait de sa présence permanente dans les services de soins, est la seule à pouvoir assurer une surveillance continue ; ensuite, parce que c'est là ne pas prendre en compte justement l'objet des soins infirmiers tel qu'il est défini à l'article 1 du décret qui dispose que le soin infirmier consiste notamment à «participer à la surveillance clinique des patients et à la mise en oeuvre des thérapeutiques» et c'est nier les compétences de l'infirmière en la matière»¹²⁵*. Si l'exécution des soins ne peut être pratiquée que sur prescription médicale, leur

¹²⁴CE 22 décembre 1976, Dame DERRIDJ ; Leb. p 576

¹²⁵ FLORIN M.P. et MOUSSA T. ; op cité p 26

surveillance doit relever du rôle propre. En effet, les infirmières n'attendent pas la prescription du médecin pour organiser et assurer la surveillance des actes réalisés sur prescriptions médicales. De plus, en cas de préjudice causé par l'absence de surveillance, il est difficile d'admettre que sa responsabilité ne soit pas mise en cause sous prétexte que le médecin a omis de prescrire une surveillance.

Les actes de surveillance constituent, sur la base des décrets de 1984 et celui du 15 mars 1993, une source majeure de contentieux. Pour le magistrat, l'appréciation tenant à une surveillance défaillante est plus difficile, et pour cause, il ne s'agit pas d'un geste technique procédant d'une méthodologie parfaitement lisible, tant pour la profession que pour le magistrat saisi. Comme nous l'avons vu précédemment, l'obligation de surveillance est prédominante parmi toutes les obligations infirmières et constitue un terrain de prédilection pour la mise en cause du personnel soignant. La surveillance étant clairement définie comme l'une des missions essentielles de la profession, le doute quant au personnel responsable ne se pose quasiment plus, ce qui clarifie et simplifie les rapports entre le corps médical et les soignants.

L'infirmière doit aussi déterminer les situations qui requièrent son intervention ou l'intervention d'un médecin, sachant qu'elle est confrontée à des malades qui réagiront tous différemment pour une pathologie identique, soit qu'ils minimiseront leur souffrance soit qu'ils la majoreront. Toute ces situations, qui sont d'une grande variabilité, posent le problème de l'appréciation de la faute, sachant qu'a priori le personnel infirmier est considéré comme étant formé pour

intervenir dans toutes ces situations. Il est clair, que l'appréciation des circonstances par le magistrat est un impératif afin d'éviter une responsabilité infirmière trop excessive, et disproportionnée avec le poids de sa mission, même si cette appréciation n'offre pas la garantie de solutions juridiquement stables. Précisions que la jurisprudence a eu à dégager quelques solutions claires qui permettent d'apprécier l'existence et l'étendue d'une faute de surveillance. Ainsi, les magistrats considèrent, compte tenu des difficultés de la surveillance et de la variabilité des situations, que l'infirmière est tenue par une obligation d'information auprès du médecin, indépendamment de son obligation de contrôle des ordonnances. Dès lors, lorsqu'une instruction précise n'a pas été donnée ou encore qu'une situation se révèle délicate, il peut être reproché à l'infirmière de ne pas solliciter l'autorité médicale¹²⁶. Cette solution pourrait être retenue, par analogie et compte tenu de la responsabilisation du groupe professionnel, si une infirmière de base ne sollicite pas l'aide d'une infirmière plus qualifiée ou de la surveillante chef, lorsqu'une difficulté vient à surgir dans le cadre d'une surveillance relevant du rôle propre. Néanmoins, lorsque la mauvaise surveillance résulte essentiellement d'insuffisances dans l'organisation du service (ex : absence de personnel), le personnel infirmier peut être relaxé des poursuites¹²⁷.

Les fautes de surveillance peuvent revêtir diverses formes, il peut s'agir pour un infirmier de ne pas répondre aux plaintes d'un patient, ou encore d'une fugue, cela peut être également la surveillance défectueuse de la tolérance d'un

¹²⁶ T.G.I. Châlons sur Marne, 8 juin 1966 ; C.A. Besançon, 3 mars 1983, non publiés.

¹²⁷ T.G.I. Nantes, 2 novembre 1987, non publié

traitement, ou des suites opératoires, notamment lors du réveil. A cet égard il est intéressant de noter que la création des salles de réveil ne procède pas d'une réglementation, mais du développement d'affaires en justice générées par des problèmes de réveil après une anesthésie.

Enfin, il peut s'agir d'une mauvaise surveillance d'un matériel. De plus en plus complexe dans sa mise en oeuvre, mais aussi dans ses performances au service du malade, ce matériel peut entraîner des dommages graves. L'infirmière en raison de sa qualification, toujours plus élevée et adaptée aux matériels médicaux, voit sa responsabilité accrue en matière de surveillance quant au bon fonctionnement dudit matériel.

Cette notion de surveillance rappelle la notion de diagnostic, car la multiplicité des facettes relatives à la surveillance et les qualifications toujours plus importantes qu'il faut acquérir pour sa réalisation ressemblent à s'y méprendre à un acte de diagnostic, dans la mesure où le personnel sur la base de son observation infirmière analyse une situation donnée et dégage des conclusions.

Au regard de la jurisprudence du Conseil d'Etat, force est de constater que la responsabilité de l'administration hospitalière est pour l'essentiel liée aux contentieux mettant en cause la mission de surveillance de la profession infirmière.

b) Le diagnostic infirmier

Le contenu de la mission de prévention ou de surveillance que l'on peut définir comme «*une observation visant à déceler chez la personne observée tout signe pouvant être révélateur d'une anomalie*», peut porter sur le patient directement, mais aussi sur les résultats de divers paramètres ou examens, ou encore l'installation et le fonctionnement d'appareils qui contribuent à la thérapeutique et aux soins infirmiers. Reconnaître un signe, lui attribuer un sens dans une situation précise en corrélation avec d'autres données, c'est à si méprendre, un acte diagnostique. C'est cette évidence qui est traduite dans le décret de 1993, par la reconnaissance d'un diagnostic infirmier selon lequel l'infirmier «*...identifie les besoins du patient, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue*».

Concernant la démarche intellectuelle de reconnaissance et de traduction des symptômes, le diagnostic infirmier est indubitablement identique à celui du médecin. La distinction se trouve être dans les conséquences de cette démarche. Alors que le médecin doit, compte tenu de son diagnostic, agir sur le patient de la manière la plus appropriée, l'infirmier, lui, ne peut le faire seulement lorsque le diagnostic exige la seule mise en place d'actes relevant de son rôle propre, sinon son diagnostic s'arrête au stade du jugement et observations qui devront être transmis au médecin seul compétent. Ses obligations sont donc pertinentes dans l'analyse et mise en place d'une action de soins infirmiers appropriée pour les diagnostics qui entrent dans son domaine de compétence propre. En ce qui concerne ceux impliquant l'intervention du médecin, cette dernière est tenue de transmettre ses conclusions et observations avec la précocité et la précision qui

s'imposent. Le diagnostic dépasse le cadre du rôle propre, mais représente bien au contraire un outil essentiel d'interdépendance avec le corps médical. Ce rôle ne représente pas seulement le monopole d'exécution d'une série de soins, mais consiste aussi en la détermination de l'identification d'une nécessaire intervention médicale.

En ce sens, la circulaire en date du 15 septembre 1989 dispose que «... *Celui-ci (le rôle propre) découle de l'habilitation donnée à l'infirmière en raison de sa formation et de ses connaissances... Cet aspect des soins infirmiers enrichit les démarches diagnostiques (médicales) ainsi que les stratégies thérapeutiques*». On comprend mieux l'importance du rôle propre, notamment du diagnostic, et sa place dans un système de santé où l'efficacité médicale dépend de celle du personnel infirmier. En conséquence, un dommage peut conduire le magistrat à déterminer à quel stade des opérations une défaillance s'est produite afin de dégager une ou des responsabilités.

En termes de responsabilité, le diagnostic infirmier induit un ensemble d'obligations d'une grande importance en direction de la responsabilisation de la profession.

La responsabilité de l'infirmière sur la base d'une erreur diagnostique prend bien souvent sa source dans une surveillance insuffisante induisant une évaluation et un diagnostic erronés et donc dommageables. Par exemple, *il y a un défaut de surveillance et donc un mauvais diagnostic infirmier lorsqu'une névrose survient en raison de l'écoulement hors de la veine d'un liquide caustique de la*

perfusion, ou lorsqu'un malade décède d'une hémorragie interne non décelée par l'infirmière. Tout appel trop tardif prouve une mauvaise évaluation de la gravité de la situation par l'infirmière¹²⁸.

Dans un arrêt du 21 novembre 1991 une surveillante chef s'est vue reconnaître responsable d'une « *absence d'interprétation des symptômes* »¹²⁹. Selon l'arrêt, il est exigé de l'infirmière qu'elle sache identifier les situations graves relevant de sa compétence. Cette responsabilité est particulièrement importante dans la mesure où l'obligation qui pèse sur l'infirmière est renforcée, car on peut déduire que si un médecin refuse de se déplacer alors qu'il a été convenablement informé des risques encourus par le patient, l'infirmière est blâmable de ne pas alerter un autre médecin. Par conséquent, avec le diagnostic, force est de constater que le simple constat du péril encouru par le patient et l'alerte donnée sont insuffisants à satisfaire les devoirs du personnel infirmier.

De plus, le diagnostic implique une obligation pour elle d'actualiser ses connaissances lui permettant d'exercer pleinement ses attributions. Ainsi, lorsqu'une infirmière ne peut identifier convenablement des signes pathologiques, parce qu'elle n'a pas actualisé ses connaissances et qu'un dommage en résulte, sa faute est constituée par l'absence de soins *conformes aux données actuelles de la science*. Si, comme en matière médicale, l'erreur non grossière de diagnostic est pardonnable, la mauvaise réactualisation ou évaluation de ses compétences est inexcusable.

¹²⁸ Jugement du Tribunal de Bordeaux du 4 avril 1985 ; non publié in M.P. FLORIN et T MOUSSA op. cité. P 86 et s.

¹²⁹ C.A. Paris 1ère Ch. Du 21 novembre 1991 ; JCP 1992, G, 21862. Note M. ATIAS

Ce n'est souvent pas le fait de faire un diagnostic erroné qui est sanctionné, mais celui de ne pas avoir pris le temps nécessaire pour l'observation des symptômes du patient. L'infirmière a, elle aussi, droit à l'erreur de diagnostic dans la mesure où elle se sera acquittée de sa mission de surveillance et d'analyse des réactions du malade sans négligence. L'arrêt de la chambre criminelle en 1964¹³⁰ qui relaxe l'infirmière parce qu'elle avait pu légitimement mal apprécier l'état du malade après examen consciencieux, montre que les magistrats reconnaissent aux infirmières les mêmes causes justificatives d'une attitude non fautive qu'aux médecins. En revanche, si consciente de la gravité de l'état du patient, l'infirmière surestime ses capacités et ne fait pas appel au médecin, elle est responsable des dommages provoqués.

En matière médicale et paramédicale, la jurisprudence a dégagé le principe selon lequel le juge pénal n'avait pas à rechercher la preuve absolue de la faute ou de l'absence de faute, car il faut tenir compte d'un aléa inhérent et permanent, rendant la certitude rare. Le diagnostic infirmier comme tout acte relevant du domaine des soins infirmiers constitue, à l'instar des actes médicaux, une obligation de moyen, dans la mesure où l'infirmière doit dispenser les meilleurs soins, et en aucun cas assurer la guérison du patient.

La théorie de la perte de chance peut donc s'appliquer aux diagnostics infirmiers, comme c'est déjà fréquemment le cas en matière médicale. La Cour de Cassation a déjà eu l'occasion, à de nombreuses reprises, de le formuler¹³¹.

¹³⁰ Ch. Criminelle, 24 octobre 1964 ; *in* « Objectifs Soins » n°14, juin 1993, p 16

¹³¹ Ch. Civ. 2ème, 16 mars 1994 ; *in* « Responsabilité civile et droit des assurances », ed. Technique n°300

Il est clair que le diagnostic infirmier et les obligations qui y sont inhérentes représente un progrès professionnel et social incontestable grâce à la responsabilisation qu'il implique. En effet, dans la pratique, les actes de soins courants du rôle propre de l'infirmière sont ou peuvent être délégués. Une telle délégation n'est pas envisageable pour la démarche intellectuelle que constitue le diagnostic infirmier. Il représente, de fait, un véritable vecteur « *d'autonomie intellectuelle* ». D'ailleurs, la question que l'on peut légitimement se poser est de savoir si la profession infirmière avec le diagnostic disposera d'un pouvoir de prescription, à l'instar du corps médical, en direction des aides soignantes.

Le seul obstacle à la responsabilisation qu'induit le diagnostic infirmier tient au fait que son support, le dossier de soins, soit aléatoire quant à sa mise en place. En effet, comme nous le verrons dans la subdivision suivante, le décret du 15 mars 1993 précise que l'infirmière « *peut élaborer* » le dossier. Or, celui-ci est indispensable à la matérialisation du diagnostic infirmier. Par conséquent, il apparaît d'évidence que l'ensemble des obligations inhérentes au diagnostic se trouve grevé par le caractère optionnel du dossier de soins infirmiers.

c) Le dossier de soins infirmiers

Un autre des aspects générateurs d'obligations pour la profession infirmière, et non des moindres, est le dossier de soins infirmiers.

Les décrets de 1984 et de 1993 en reconnaissant à l'infirmière, comme partie intégrante de son rôle propre, l'élaboration et la gestion du dossier de soins infirmiers, créent une nouvelle source de responsabilités. En effet, ce dossier devient d'autant plus important pour la profession, dont les actes de soins se multiplient et se complexifient, qu'il servira de preuve pour établir l'existence éventuelle d'une faute.

Comme nous l'avons évoqué dans le premier chapitre, le dossier de soins infirmiers est *«un document écrit qui rassemble des informations nécessaires et suffisantes pour déterminer, coordonner, contrôler et évaluer l'action du personnel soignant vis à vis de chaque soigné»*. Celui-ci permet d'améliorer et de faciliter l'organisation du travail, d'enregistrer les prescriptions médicales, de noter tous les soins donnés par les différentes catégories de personnel soignant et de contrôler leur exécution et de consigner toutes les observations concernant le malade quelles que soient leurs sources et leurs natures. Partant, la bonne tenue du dossier de soins infirmiers concourt très fortement à la qualité des soins, en permettant, d'une part, une meilleure connaissance des malades, et d'autre part, au personnel soignant d'éviter tout oubli et erreur dus à un défaut de transmission ou de transcription, en facilitant la concertation entre les différents membres de l'équipe soignante, pour mieux coordonner leurs actions.

Comme nous pouvons le constater, l'élaboration et la tenue du dossier sont source de nombreuses obligations pour l'infirmière mais surtout, définissent de

nombreux repères permettant, le cas échéant, au magistrat d'engager la responsabilité de cette dernière.

Néanmoins, se pose une question à propos du dossier de soins infirmiers, au regard des décrets de 1984 et 1993. En effet, les rédactions des textes prévoient qu'il est du domaine de compétence propre de l'infirmière d'élaborer et de tenir un dossier de soins infirmiers : *«Il est responsable de l'élaboration, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers»*. Mais s'agit-il pour autant d'une obligation pour cette dernière d'élaborer pareil dossier ou seulement une possibilité ? Cette question est d'autant plus fondée, nous semble-t-il, que le décret du 16 février 1993, consacrant les règles professionnelles de la profession infirmière, dispose en son article 28 que *«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»*. Le fait que, selon cette rédaction, la tenue d'un dossier de soins infirmiers ne soit qu'une possibilité et non une obligation est surprenant, car les obligations contenues dans la gestion de ce dossier et les responsabilités qu'il implique, constitue pour la profession le meilleur outil de valorisation et de responsabilisation professionnelles, aux côtés du corps médical.

Pour illustrer l'importance, en matière de responsabilisation, du dossier de soins infirmiers (et le caractère optionnel de sa mise en place) nous citerons la circulaire du 15 septembre 1989 qui souligne l'importance de ce dossier et incite tous les professionnels concernés à l'élaborer systématiquement, puisque selon ses dispositions *«L'organisation, la continuité et la qualité des soins infirmiers*

nécessitent l'élaboration et la gestion du dossier de soins infirmiers. Le dossier des soins infirmiers dont la généralisation dans les services hospitaliers doit être encouragée, s'appuie sur les plans de soins infirmiers. Il résume l'ensemble des informations que recueille l'infirmière, seule personne présente en permanence auprès du malade. Ce dossier comporte : les informations concernant le patient recueillies par observation, entretiens et lecture de documents ; les problèmes de soins du patient permettant l'identification des manifestations de dépendance ; les objectifs formulés pour le patient et négociés, si possible, avec lui ; les décisions infirmières ; - les actes et actions mises en oeuvre ; l'évaluation des soins au regard des objectifs définis par l'équipe médicale et soignante.

Cet outil de travail spécifique à l'infirmière, support de la démarche de soins, peut contribuer aux processus d'apprentissage des élèves infirmiers. Il constitue par ailleurs, pour les médecins, un recueil privilégié d'informations sur les malades. Enfin, il peut constituer un élément de la recherche infirmière tout en tenant compte bien entendu, de la confidentialité et du secret professionnel qui doivent être préservés.»¹³²

L'une des solutions permettant son implantation définitive est, entre autres, sa normalisation comme cela a été fait pour le corps médical¹³³. Son élaboration ne doit pas être le fait d'une initiative isolée, mais doit procéder d'une concertation collective au sein de l'établissement. Cette normalisation pose certaines questions : quelles informations doivent être consignées ? Qui aura accès au dossier de soins infirmiers ? A qui appartiendra-t-il ? Comment sera-t-il archivé ? etc.

¹³² Circulaire du 15 septembre 1989 ; déjà citée

¹³³ Bulletin officiel du ministère de la santé et de la sécurité sociale, infirmiers spéc n°80/39 bis - 80/47 bis

Concernant l'administration de la preuve permettant de dégager la responsabilité éventuelle d'un personnel infirmier, se pose le problème de l'accès du dossier de soins infirmiers par les représentants de la justice. La solution nous semble être simple, puisque calquée sur celle du dossier médical pour pareille question. En effet, si il est évident que le dossier de soins infirmiers est soumis au même titre que le dossier médical au secret professionnel, il faut rappeler que la solution adoptée en pareille situation est que *«le secret peut être levé au profit des juges d'instruction agissant dans le cadre des pouvoirs qui leurs sont conférés par le Code de procédure pénale¹³⁴»*. De plus, la Cour de Cassation à de multiples reprises¹³⁵, ainsi que le Conseil d'Etat,¹³⁶ se sont prononcés pour une levée du secret médical en considérant que tenu au secret, le juge d'instruction peut recourir à tous les moyens que la loi met à sa disposition pour parvenir à la manifestation de la vérité, et donc, à la perquisition et à la saisie de documents médicaux.

Cette dérogation au principe du secret professionnel nous semble être applicable de manière identique au corps infirmier. Cependant, l'aspect de cette dérogation qui suscite quelques interrogations réside dans les aménagements à cette autorisation qui consiste pour le juge instructeur à limiter ses investigations aux seuls documents se rapportant à l'infraction ; de plus, conformément à l'article

¹³⁴B.O. fasc. spécial n° 80/39 bis, Fiche n° 8 p 6

¹³⁵Crim 27 juin 1967, Bull. Crim p 464 n°194 ; 24 avril 1969, Bull. Crim p 332 n°145 ; 17 mai 1973, Bull. Crim p 543 n°228

¹³⁶C.E. 24 octobre 1969, « Sieur GOUGEON » ; D 69,2,732, concl. Guillaume. Le juge administratif peut pour l'instruction d'une affaire dont il a la charge *« requérir des administrations compétentes la production de tous documents qu'il juge de nature à permettre la vérification des allégations des parties en cause »*.

96 du Code de procédure pénale, le juge devra, avant ses investigations, provoquer «*les mesures utiles pour que soit assuré le respect du secret professionnel et des droits de la défense*». Jusqu'ici, ces dispositions sont parfaitement transposables aux perquisitions et saisies d'informations contenues dans le dossier de soins infirmiers. Néanmoins, à côté de ces aménagements, il est admis que le juge d'instruction soit accompagné dans ses investigations, par un membre du Conseil de l'ordre des médecins ainsi que par les experts commis. Cet aspect est plus complexe à mettre en oeuvre dans la mesure où il n'existe pas encore d'ordre professionnel infirmier. Ainsi, il est intéressant de s'interroger sur la solution qu'adoptera la jurisprudence à ce sujet.

Nous pouvons conclure que l'enjeu pour le futur consiste, au delà des nouvelles techniques mises à sa disposition, dans la gestion de l'information comme un outil d'efficience dans la prise en charge du patient, tant dans l'optimisation des soins infirmiers, que dans la réalisation par le corps médical d'un diagnostic ou d'un protocole thérapeutique. L'information due au patient, dans une prise en charge de soin toujours plus complexe, est une exigence pour obtenir de ce dernier une adhésion éclairée des soins et traitements mis en oeuvre.

Toutes ces exigences sont autant d'obligations pour l'infirmière et autant de sources génératrices de contentieux.

d) Le pouvoir de délégation de l'infirmière

Par ailleurs, le domaine du rôle propre est source d'autres obligations qui sont pendantes au pouvoir de délégation dont dispose ces dernières en faveur des aides soignantes et auxiliaires en puériculture. En effet, si le rôle propre de l'infirmière consiste en la possibilité d'avoir l'initiative, la maîtrise de l'exécution, la charge de la mise en oeuvre, du contrôle et de la surveillance de ces soins sans prescription médicale, elle peut juger de l'opportunité de les exécuter elle-même ou de les faire exécuter par les aides soignantes.

Notons immédiatement qu'à la différence des rapports médecins-infirmières, l'aide soignante n'a actuellement aucun texte qui lui impose un devoir de renseignement à l'encontre de l'infirmière délégante. On peut en déduire que l'infirmière a, à l'égard de l'aide soignante, plus d'obligations que le médecin n'en a à son égard. Ces obligations se traduisent essentiellement par une vérification de compétence toute particulière, mais aussi d'exécution des gestes délégués.

En effet, l'infirmière doit s'assurer que le contenu de la délégation ne doit pas excéder les compétences du cursus de formation du délégataire¹³⁷. En aucun cas, l'expérience acquise ne justifie des transferts de compétences abusifs. Au delà du cursus, l'infirmière doit aussi vérifier les aptitudes pratiques de l'auxiliaire à prodiguer un geste par délégation¹³⁸. Parallèlement aux vérifications de compétence, la délégante doit donner à l'aide soignante les bonnes informations, utiles à l'exécution du soin, et s'assurer que la communication entre les deux

¹³⁷ La formation des aides soignantes (comme des auxiliaires puéricultrices) est prévue par le décret n°94-640 du 22 juillet 1994, J.O. 24 juillet, p 10615 (comme des auxiliaires puéricultrices) est prévue par le décret n°94-640 du 22 juillet 1994, J.O. 24 juillet, p 10615

¹³⁸ Crim. 25 octobre 1985, non publié

fonctionne bien afin, le cas échéant, que l'infirmière puisse intervenir lorsqu'une difficulté se pose.

Bien que les rapports existants entre ces deux acteurs puissent être rapprochés de ceux existants entre l'infirmière et le médecin, comme l'obligation de donner à ses auxiliaires des prescriptions quantitatives et qualitatives des soins qui seront dispensés, des différences de fond existent. Ainsi, à la différence de ses relations avec le médecin, l'infirmière n'a pas à rédiger de prescription, les indications données se font oralement (ceci explique les obligations de contrôle des compétences légales de l'auxiliaire, sa capacité pratique pour l'exécution des soins demandés, ainsi que la vérification de leur bonne réalisation). De plus, l'aide soignante n'a pas une autonomie d'exécution contrairement à l'infirmière sur prescription médicale.

En effet, on peut se demander si la prescription faite, après vérifications, suppose un transfert de responsabilités ? L'arrêté du 1er février 1982 précise que l'aide soignante peut assurer des soins sous le « *contrôle effectif* » de l'infirmière. Ce contrôle suppose la présence quasi constante de l'infirmière pour vérifier l'exécution des soins réalisés. Il semble d'après la lecture du décret de 1993, que cette présence soit de rigueur puisqu'il est énoncé que « *l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides soignants ou d'auxiliaires de puériculture qu'il encadre et dans la limite de la compétence reconnue à ces derniers du fait de leur formation* ». On peut dire que le pouvoir de délégation se caractérise par les notions de « *collaboration* » et « *d'encadrement* » dans la dispensation des soins. Si l'on accepte cette idée de

présence nécessaire, il est plus délicat de concevoir qu'il puisse y avoir un transfert considérable des responsabilités liées aux délégations de certains actes propres infirmiers.

Paradoxalement, si la délégation de ces actes est importante dans la pratique soignante, c'est essentiellement du fait du déficit d'effectif infirmier. Par conséquent, comment à la fois soulager le travail infirmier auprès des aides soignants et exiger une présence infirmière effective sur laquelle pèse une responsabilité quasi entière ?

Concernant les obligations pesant sur l'infirmière avec la consécration et l'extension du domaine de son rôle propre, on peut observer que ce domaine regroupe finalement avec les actions de prévention et de surveillance, tout un ensemble d'actes de soins ayant pour principales caractéristiques d'exclure les produits médicamenteux, et de ne pas utiliser de techniques agressives qui consisteraient en des transpercement ou des poses de sondes (bien que le personnel infirmier ne soit compétent que pour leurs changements).

A partir de cette observation, on peut légitimement s'interroger sur l'étendue des obligations à la charge de l'infirmière relatives aux soins infirmiers propres. Ces obligations doivent elles être lues limitativement selon la nomenclature de l'art 3 du décret du 15 mars 1993 ?

Il nous paraît plus conforme au courant d'émancipation et d'autonomisation, qu'il s'agisse de la pratique ou du développement de la profession au travers de la recherche en soins infirmiers, d'admettre que le domaine propre des soins

infirmiers dépasse cette nomenclature, et que l'évolution de la profession doit être affranchie d'une réglementation trop précise. Il nous semble au contraire plus conforme à l'évolution du contenu professionnel, de considérer que peuvent relever du rôle propre de l'infirmière toutes les techniques de soins développées, éprouvées et admises par l'ensemble de la profession, qui ne nécessitent pas l'emploi de produits médicamenteux et qui n'exigent aucune agression physique soit par transpercement de la peau, soit par introduction dans un conduit naturel d'une sonde, ou encore une manipulation à visée thérapeutique.

Par conséquent, les obligations contenues dans le rôle propre infirmier évoluent parallèlement à l'évolution des gestes et actes propres dont la profession saura se doter dans les limites précitées.

B) Les obligations infirmières induites par les prescriptions médicales

Le principe concernant l'exécution de soins infirmiers, prévu à l'article 4 du décret du 15 mars 1993, c'est à dire hors la présence du médecin mais selon des prescriptions écrites, qualitatives et quantitatives, datées et signées, est que les dommages consécutifs à une faute engagent la responsabilité de l'infirmière.

La consécration légale et réglementaire de la compétence infirmière, concernant des actes de soins infirmiers sur prescription médicale, implique, là aussi, des obligations précises à la charge de cette dernière.

a) L'exécution de la prescription médicale

Ces actes, parce qu'ils procèdent de la prescription médicale, échappent au domaine de compétence de l'infirmière ; il lui revient, néanmoins, la charge de les mettre en oeuvre. Partant, pour l'infirmière, cela signifie un certain nombre d'obligations dans le domaine de la mise en oeuvre, celles de prendre des initiatives et d'avoir des connaissances théoriques suffisantes et actualisées. En effet, si le médecin prescrit ce qu'il faut faire, rarement il précise comment il faut le faire.

De plus, au delà de l'aspect technique, il revient à l'infirmière d'établir une relation avec la personne soignée à qui il faut donner des informations et des conseils. De surcroît, il faut qu'elle fasse comprendre la prescription et le rassure afin d'obtenir une adhésion la plus complète possible au protocole thérapeutique mis en place. Cet aspect psychologique constitue une obligation lourde de conséquences qui pèse sur le soignant, et conforme à sa mission telle qu'elle est définie dans l'article 1 du décret du 15 mars 1993 disposant que *«les soins sont de nature technique, relationnelle et éducative. Leur réalisation tient compte des données physiques, psychologiques, socio-économiques et culturelle de la personne soignée»*.

La responsabilité du médecin en tant que prescripteur, et celle de l'infirmière en tant qu'exécutante sont grandes, parce que les erreurs commises dans la prescription et l'application des thérapeutiques ne sont pas rares. Les causes de cette responsabilité peuvent tenir dans un défaut de prescription, une inexactitude

dans la prescription, une confusion dans l'interprétation ou la compréhension, ou encore une maladresse dans l'exécution.

Les soins ne pouvant être exécutés par l'infirmière que sur prescription médicale sont regroupés en trois catégories, d'abord les soins à visée diagnostique, ensuite, les soins à visée thérapeutique et enfin les soins de surveillance.

En matière de soins à visée diagnostique, l'extension du champ de compétence de l'infirmière complexifie ses relations avec le médecin mais aussi les obligations et responsabilités qui leurs sont respectives. Par exemple, si l'on considère que l'infirmière a, selon l'article 4 du décret du 15 mars 1993, compétence pour réaliser des prélèvements destinés à une investigation et un diagnostic du médecin biologiste, se pose un certain nombre de questions. En effet, si le médecin biologiste ne peut s'assurer que les prélèvements ont été effectués conformément «aux données générales des analyses biologiques» et plus particulièrement à la méthode qu'il préconise, on comprend que le biologiste ne puisse affirmer l'exactitude des résultats et en cas de résultats qui seraient avérés faux et préjudiciables aux malades, qui sera alors responsable ? Le biologiste, l'infirmier, ou encore les deux ?

L'extension des compétences techniques en ce domaine met en évidence les difficultés que cela peut poser concernant la frontière existant entre médecin et infirmière en termes de responsabilité.

En matière de soins ayant une visée thérapeutique il existe des obligations qui ne sont pas moins importantes, et qui résident, bien entendu, dans l'obligation d'exécuter la prescription. Mais il est intéressant de se pencher sur l'obligation

de contrôle de la prescription¹³⁹. Cette dernière existe bien entendu pour les actes à visée diagnostique ou de surveillance, mais leur portée est d'une plus grande acuité en matière thérapeutique.

Le contrôle de la prescription se fait à deux niveaux, d'abord dans le contenu et ensuite dans la forme de la prescription.

Concernant le contenu, il faut retenir que les juges ont depuis bien longtemps défini l'obligation de l'infirmière en présence d'une prescription médicale. En effet, selon un arrêt de la Cour d'Appel de Grenoble, en date du 28 mai 1980, « *le rôle de l'infirmière est de vérifier que les doses de médicaments qu'elles ont à injecter ne constituent pas un danger pour le patient, de sorte que si elles n'ont pas à se substituer au médecin il leur appartient d'alerter le médecin en lui signalant les observations qu'elles ont été amenées à faire, en vue de recevoir de nouvelles instructions* »¹⁴⁰ (la faute de contrôle commise par l'infirmière n'exonère pas la responsabilité du médecin relative à l'erreur de prescription). Par conséquent, l'infirmière a bien l'obligation de vérifier la prescription, mais aussi de la corriger ou de la signaler si elle l'estime nécessaire.

Concernant la forme de la prescription, il apparaît que si le médecin a le devoir de formuler des prescriptions claires et précises, l'infirmière a le droit et le devoir de les exiger. En effet, l'infirmière est reconnue imprudente lorsqu'elle administre des médicaments dangereux, sans prescription *quantitative et qualitative* (là aussi le prescripteur n'est pas exonéré de sa responsabilité).

¹³⁹ Obligation prévue à l'article 29 du décret du 16 février 1993 ; op. cité.

¹⁴⁰ C.A. de Grenoble, le 28 mai 1980, non publié (M.P. FLORIN et T. MOUSSA)

L'approximation dans les prescriptions conduit inévitablement à des erreurs dans les retranscriptions opérées par le personnel infirmier. Ainsi, si l'infirmière est confrontée à un problème d'interprétation, elle est tenue, sous peine de voir sa responsabilité engagée, de demander un éclaircissement auprès du prescripteur.

b) Le refus d'exécution d'une prescription médicale

Dans certaines situations, l'infirmière est dans la possibilité de refuser d'exécuter une prescription. La question du refus peut se poser dans plusieurs hypothèses. Quand l'infirmière estime que le soin prescrit peut nuire au malade, ce refus ne peut être admis que si le « *soin est manifestement dangereux* »¹⁴¹, que l'avis de l'infirmière soit fondé sur des arguments vérifiables, et que le prescripteur maintienne sa prescription malgré ses mises en garde.

Le refus peut être avancé quand le soin prescrit implique pour l'infirmière de mettre en oeuvre un geste ou une technique pour lesquels elle n'a pas compétence. Cette hypothèse se présente sous deux formes différentes.

D'une part, l'infirmière estime qu'elle n'est pas compétente pour exécuter un acte prévu dans les décrets de 1984 et 1993, ce qui en principe est impossible puisque sa formation la prépare à réaliser l'ensemble de ces actes, dès lors si un dommage venait à survenir du fait de son refus elle serait tenue pour responsable. Néanmoins, il est admis, du fait de la multiplication des tâches, de leur complexité et des spécialisations, qu'un manque de formation continue puisse

¹⁴¹ FLORIN M P, MOUSSAT ; op cité, p 49

justifier un refus, bien que l'actualisation permanente soit une obligation pour ces dernières selon le décret du 16 février 1993¹⁴².

D'autre part, l'infirmière peut refuser d'exécuter un acte parce qu'il ne figure pas dans le décret de 1993. Ce refus pose la question du caractère exhaustif ou non dudit décret. En ce sens un professionnel se pose la question, par exemple, de savoir si, alors que l'infirmière peut selon l'alinéa 5 de l'art 4 mettre «*en place et l'ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicrotânienne*», mettre en place un cathéter long ou encore faire une perfusion dans un cathéter?

Admettre la non exhaustivité de la nomenclature des actes prévus à l'article 4 du décret du 15 mars 1993, implique-t-il que le médecin puisse déléguer une partie de ses compétences sous sa responsabilité ?

La solution juridique de principe est parfaitement claire : le médecin ne peut se substituer au législateur. Néanmoins cette réponse peut nous conduire dans des situations totalement absurdes, si l'on considère que le législateur ne peut prévoir toutes les situations et tous les gestes de soins, dans une activité complexe et en mouvement permanent. Une activité où, nécessairement, les techniques et les compétences de chaque acteur précèdent l'intervention du législateur ou des pouvoirs publics.

Deux autres hypothèses peuvent motiver légitimement le refus du soignant d'exécuter la prescription médicale. D'abord, le soignant ne doit pas exécuter une prescription illégale, comme par exemple l'administration d'un produit

¹⁴² article 10 ali. 1 «Pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles».

toxique (problématique de l'euthanasie). Ensuite, dans certains domaines médicaux il peut être prévu une clause de conscience qui permet à tout soignant, médecin, paramédical ou auxiliaire, de refuser la réalisation d'un acte contraire à leur conscience, comme le prévoit la loi dite «*loi VEIL*» du 17 janvier 1975¹⁴³, relative à l'interruption volontaire de grossesse.

En fait, en ce domaine, les obligations pesant sur les acteurs de soins en matière de prescription médicale relèvent en réalité de l'obligation plus générale de la conscience professionnelle.

C) Les obligations infirmières relatives aux techniques réalisées en présence du médecin

Nous allons voir que l'infirmière dans le cadre des actes réalisés en présence du médecin est liée à un ensemble d'obligations qui, avec le temps, n'ont eu de cesse de se développer mais aussi de se préciser eu égard de celles qui pèsent sur le corps médical prescripteur.

a) Des ambiguïtés contenues dans le décret du 17 juillet 1984...

art 5 «*L'infirmier est habilité à accomplir, en présence d'un médecin responsable pouvant intervenir à tous moments, les soins infirmiers suivants...*»

¹⁴³Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 ; J.O. du 18 janvier, p 739 et s.

Juridiquement le principe était assez simple concernant les actes de soins infirmiers. Le médecin, parce qu'il est présent et qu'il peut intervenir à tout moment, est responsable des dommages générés par un acte de soin infirmier.

Cependant, certaines interrogations ont été soulevées. En effet, que fallait-il entendre par «*pouvant intervenir à tout moment*»? Est ce que cela signifiait que le médecin devait être physiquement présent ou que ce dernier puisse être joignable et prêt à intervenir ?

Si la seconde acception est retenue, on peut constater que pour l'ensemble des actes de soins sur prescription médicale, l'infirmière est omniprésente, puisqu'elle est quasiment seule à intervenir sur le malade, le médecin n'étant plus qu'un prescripteur sans contact direct avec l'objet même de son activité : le malade.

Cette question n'est pas, selon nous, dénuée d'intérêts dans la mesure où de la réponse dépend une situation juridique plus ou moins claire entre les deux acteurs en présence.

La réalité en ce qui concerne ces actes est plus compliquée, et nous oblige à faire une distinction entre les soins très spécialisés exigeant un environnement très médicalisé et les soins courants non spécialisés. Pour les premiers, il semblait d'évidence que le médecin devait être présent physiquement sur le lieu où était réalisé le soin. Pour les seconds, on pouvait accepter l'idée que l'infirmière devait s'assurer de la joignabilité du médecin et de sa disponibilité à intervenir à tout moment. Cependant, si l'on accepte cette ambivalence contenue dans cet article du décret on peut légitimement se demander si pour la seconde catégorie

de ces soins il n'aurait pas été plus cohérent de les trouver dans l'article 4 dudit décret, ceci ayant pour avantage de clarifier les responsabilités de chacun.

Pour l'infirmière, le seul moyen de se protéger, consistait à refuser de prodiguer ces soins, si elle n'avait pas l'assurance que le médecin était proche et prêt à intervenir à tout moment. Mais dans ce cas, l'infirmière peut s'exposer au risque de voir sa responsabilité engagée pour une abstention dommageable.

Cette précaution prise, d'autres points d'ombres subsistent. En effet, qui est le médecin présent et pouvant intervenir à tout moment ? Est-ce celui qui a prescrit ? Est-ce celui qui est présent dans le service lorsque le soin est effectué ? Est-ce celui qui est de garde ? Est-ce le chef de service ?

Dans un établissement public, où *l'intuitu personae* est moins fort que dans les établissements privés, il semble que la présence d'un médecin, dans un service, prêt à intervenir constituait une garantie suffisante pour l'infirmière. Néanmoins, lorsque le soin prodigué par cette dernière relève d'une spécialité médicale, la simple présence d'un médecin ne pouvait autoriser l'intervention infirmière. Dans cette hypothèse cette dernière devait s'assurer de la présence d'un médecin spécialiste compétent, prêt à intervenir, peu importe qu'il s'agisse ou non du prescripteur. Cela pose de manière aiguë la question de l'information et de la parfaite circulation de cette dernière comme condition préalable à une médecine et un exercice de soins infirmiers efficaces.

b)...aux éclaircissements contenus dans le décret du 15 mars 1993

Article 6 «*L'infirmier participe en présence d'un médecin à l'application d'un médecin des techniques suivantes*»

Article 5 «*L'infirmier est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes ou soins infirmiers suivants à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment* ».

Sur de nombreux points de vue, le décret de 1993 a levé les zones d'ombre contenues dans la précédente rédaction. En effet, l'ambiguïté induite par la notion d'«*intervention*» et de «*présence*», rendant on ne peut plus difficile la vérification par l'infirmière de la présence et la possibilité d'intervention du médecin compte tenu de la nature de l'acte à réaliser, est levée par ce nouveau texte. Pour se faire, les pouvoirs publics ont pris l'initiative de séparer en deux articles les actes soumis à l'intervention à tous moments du médecin, et ceux devant être réalisés en sa présence. Dorénavant, pour les actes de soins consacrés dans l'article 5, l'infirmière doit s'assurer de la capacité d'intervention du médecin et donc de sa joignabilité avant toute exécution. De plus, toutes les interrogations concernant l'identification du médecin en charge d'intervenir sont obsolètes, puisque dans la nouvelle rédaction est abandonnée la notion de «*médecin responsable*» source d'ambiguïté au profit «*d'un médecin*». Dès lors, le fait qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, exonère la responsabilité de l'infirmière (peu importe qu'il soit ou non le prescripteur).

Enfin, la nouvelle rédaction reprend la formule de l'art 4 en précisant, contrairement au décret de 1984, que le médecin est dans l'obligation de signer, dater et préciser qualitativement mais aussi quantitativement sa prescription.

Cette précision implique pour l'infirmière, au même titre que pour les actes prévus dans l'art 4, l'obligation de vérification et d'exigence du médecin de se conformer à ces conditions.

Cependant que les actes prévus à l'article 5 impliquent une clarification de la notion d'intervention, l'article 6 donne une parfaite lisibilité de la notion de présence. En effet, le doute n'est plus permis quant à savoir si cette notion signifie ou non une présence physique auprès du soignant. Cette conviction est confortée par la formule dudit article qui ne prévoit plus l'exécution d'un acte de soin mais bien d'une technique qui nécessairement relève de la compétence exclusive médicale. Partant, cette dernière se doit de vérifier avant de réaliser un pareil geste, exception faite des situations d'urgence, de la présence sur le lieu d'exécution du médecin sur lequel pèse une entière responsabilité. La rédaction est néanmoins floue concernant le médecin présent, dans la mesure où il est exigé la présence «*d'un médecin*» et non du médecin prescripteur. On ne voit pas comment il peut s'agir, pour ces gestes techniques, d'un autre médecin que celui qui est l'auteur de la prescription.

D) Les obligations infirmières dans les situations d'urgence et spécialisations

Avec la consécration d'une formation et d'une qualification de très haut niveau, la profession infirmière est reconnue comme un intervenant essentiel dans les

protocoles d'urgences. Cette qualification fait aussi de cette dernière une professionnelle à qui l'on reconnaît des domaines de compétences très « *pointus* » impliquant une qualification spécifique. Qu'ils s'agissent des actes d'urgence très spécialisés ou encore de ceux relevant d'une spécialité, il va de soi que le niveau de responsabilisation et le poids des obligations se trouvent renforcés.

a) Situations d'urgence

Le décret de 1984 dans son article 6 dispose qu'«*en l'absence du médecin, l'infirmier peut mettre en oeuvre des protocoles écrits de soins d'urgence déterminés au préalable par le médecin responsable.*

«*En cas de situation d'urgence, l'infirmier accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin.*

Les actes accomplis dans les conditions déterminées au présent article font l'objet d'un compte rendu écrit au médecin.»

Tandis que le décret de 1993, énonce à l'article 8 qu'«*En l'absence du médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence, à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent faire l'objet de sa part et dès que possible, d'un compte rendu écrit, daté, signé et remis au médecin.*

«*Lorsque la situation d'urgence s'impose à lui, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger le patient vers la structure de soins la plus appropriée à son état.*

Liminairement, nous définirons l'urgence comme «*toute situation qui fait courir à une personne un péril imminent de mort, de grave péril corporel ou*

d'aggravation de son état». Cette situation d'urgence peut s'imposer à l'infirmière dans deux hypothèses différentes. Pour la première il s'agit d'une situation d'urgence prévisible en raison, soit de l'état du malade, soit de la nature du traitement. Ces situations étant prévisibles, le médecin responsable a mis en place un protocole d'urgence qui sera mis en oeuvre par le personnel soignant chargé de la surveillance du malade. Pour la seconde situation, il s'agit de l'hypothèse où la situation d'urgence n'était pas prévisible.

La première remarque que l'on peut formuler, c'est le pouvoir d'initiative reconnu à l'infirmière, ainsi que sa capacité à analyser et diagnostiquer une situation. En effet, dans le précédent décret, est prévue la possibilité de mettre en place un protocole de soins en situation d'urgence, mais précise aucunement les critères objectifs permettant à cette dernière de les mettre en oeuvre. Partant, l'infirmière se trouve dans une situation d'insécurité juridique permanente, puisque si elle n'agit pas assez vite ou intervient de manière inopportune, la responsabilité des dommages engendrés sera très difficile à établir. Quoiqu'il s'agisse d'un acte médical et que l'intervention de l'infirmière obéit à une délégation, et qu'à priori compte tenu des compétences qui lui sont reconnues à cette époque, on ne peut lui reprocher de ne pas avoir correctement diagnostiqué une situation dans un domaine où elle est, selon les textes en vigueur, parfaitement incompétente. Partant, la responsabilité médicale semble flagrante. Le décret du 15 mars 1993, en consacrant un peu plus l'autonomie et la compétence technique de l'infirmière, conjuguées à la reconnaissance d'une réelle capacité d'analyse et de diagnostic, a permis aux pouvoirs publics d'enrichir le texte de deux formules, qui du point de vue des obligations et

responsabilités, sont très importantes. Ces formules sont : *«l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence, »* et *«l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger le patient vers la structure de soins la plus appropriée à son état»*. Ces dernières consacrent l'autonomie de l'infirmière d'une part, dans l'analyse d'une situation et d'autre part, dans son pouvoir décisionnel. C'est reconnaître à cette dernière, de manière on ne peut plus claire, des qualifications et des compétences suffisantes pour gérer de manière responsable une situation d'urgence. Cette compétence acquise, elle permet au juge d'apprécier le comportement de cette dernière et les fautes qu'éventuellement elle aurait pu commettre dans la mise en place d'un protocole de soins, dans les mesures conservatoires adoptées ou encore dans ses choix d'orientation du malade.

Le fait que l'on reconnaisse à l'infirmière la compétence de diagnostiquer une situation d'urgence, l'oblige de la même manière à exiger du médecin, le cas échéant, un protocole d'urgence si elle l'estime nécessaire. En ce sens, l'article 29 alinéa 5 du décret du 16 février 1993 est très clair à ce sujet puisqu'il dispose que *«chaque fois qu'il l'estime indispensable, l'infirmier ou l'infirmière demande au prescripteur un protocole thérapeutique et de soins urgents écrit, daté et signé »*. En conséquence, l'infirmière qui ferait l'économie de cette requête auprès du médecin prescripteur, s'il apparaîtrait que la situation l'exigeait, serait reconnue fautive.

Une autre obligation, et non des moindres pèse sur l'infirmière, celle de rendre compte par écrit des gestes par elle réalisés lors d'une pareille situation (article 8 du décret du 15 mars 1993 et article 29 ali.6 du décret du 16 février 1993).

b) Les spécialisations

La spécificité des obligations et responsabilités contenues dans les spécialisations, se situe essentiellement dans le bloc opératoire et concerne bien entendu les infirmières spécialisées de bloc opératoire et celles en anesthésie-réanimation.

Pendant longtemps, les juges ont considéré que le chirurgien, maître du bloc, était responsable du pré, du per et du post-opératoire. Ainsi, tous les soins qui précédaient l'intervention, ceux réalisés par les différents acteurs durant l'intervention au bloc, ainsi que tous les problèmes de réveil et de surveillance post-opératoire étaient censés être contrôlés par le chirurgien. La pratique de la chirurgie moderne rend cette omniprésence impossible.

Pour permettre à un maximum de patients de bénéficier des soins d'un chirurgien, il faut souvent commencer d'opérer, alors que le précédent patient est encore sous l'effet des produits anesthésiants. Vint alors le temps où les juges différencièrent les tâches de chacun, aidés par la consécration réglementaire des spécialisations infirmières au sein du service de chirurgie-réanimation. Mais

avant cette consécration, ce fut le médecin anesthésiste qui acquit en premier un statut de responsable concernant l'endormissement et le réveil du malade. En effet, progressivement, au fil des procès, va se dégager une responsabilité propre à l'anesthésie. Confrontés à un accident pré ou post opératoire, les juges seront amenés à faire la part de ce qui revient respectivement au chirurgien et à l'anesthésiste.

De nombreuses affaires vont contribuer à cette évolution et confirmeront la responsabilité propre de l'anesthésiste. Retenons à titre d'exemple un arrêt de la Cour d'Appel d'Aix en Provence de 1969 qui considère que *«le chirurgien qui a recours à un médecin anesthésiste-réanimateur spécialiste hautement qualifié, se décharge par là même, sur son confrère, du soin d'assurer les actes d'anesthésie ; que leurs fonctions... ne sont nullement subordonnées l'une à l'autre, en l'état de l'évolution actuelle de la technique médicale»*. Cette solution fut reprise par la Cour de Cassation¹⁴⁴, tout en prenant garde de rappeler que si les différences de compétences et de responsabilités existent le chirurgien reste néanmoins tenu par une obligation générale de surveillance et de diligence.

A l'instar du chirurgien, qui ne pouvait se trouver au chevet de tous les opérés en même temps, l'anesthésiste-réanimateur doit lui aussi déléguer à des infirmières diplômées en anesthésie-réanimation des tâches inhérentes à l'endormissement ou à la surveillance post-opératoire des patients.

Dès lors, les juges ne considèrent plus la responsabilité des acteurs du bloc opératoire en fonction de la hiérarchie qu'ils occupaient mais en fonction des

¹⁴⁴ Assemblée Plénière du 30 mai 1986, Bull. Crim. N°184. Rev. Sc. Crim. 1986, p 851, note

rôles attribués à chacun. Par exemple, le juge a considéré lors de l'utilisation de bouillotte ou d'arc réchauffant, en phase post-opératoire (pour aider le réveil des patients : techniques utilisées alors que le patient est encore sous l'emprise de l'anesthésie, et donc sous la responsabilité du médecin anesthésiste), que cet acte relevait des compétences reconnues à l'infirmière et qu'il ne revenait donc pas au médecin de s'en occuper ; par conséquent, dans l'hypothèse d'une brûlure, l'infirmière seule est responsable. De la même manière, il a été retenu la responsabilité de l'infirmière anesthésiste, lors d'une intervention chirurgicale qui, dans le respect de ses compétences, a interverti un tuyau d'azote et d'oxygène au moment de l'anesthésie.

Cette dernière solution est motivée par le fait qu'il s'agit «*d'une erreur grossière intolérable chez un personnel qualifié*». Cette solution est exemplaire à plus d'un titre. D'abord, elle confirme qu'une infirmière anesthésiste diplômé d'Etat (IADE), à la suite d'une erreur ayant entraîné la mort, peut être condamnée au pénal. Ensuite, elle démontre que personne ne couvre l'IADE en pénal, ni le médecin, ni l'administration qui peuvent être reconnus tous les deux coupables de négligence par ailleurs. Enfin, la responsabilité de l'IADE n'exclut pas celle du médecin anesthésiste à qui il sera reproché non pas la faute de son auxiliaire, mais sa propre faute, celle de n'avoir pas été présent lors de la phase de réveil, moment critique de l'anesthésie.

Il est intéressant de se pencher sur les ambiguïtés des statuts de l'IADE depuis le décret de 1984, source des problèmes de responsabilité. En effet, l'article 5 du décret du 17 juillet 1984 dispose en son article 5 que «*l'infirmier est habilité, à*

accomplir en présence d'un médecin responsable pouvant intervenir à tous moments, les soins infirmiers suivants : Injection..... Anesthésie générale, réanimation et surveillance des malades en salle de réveil...».

Puis, l'article 5 bis du décret du 30 août 1988¹⁴⁵, modifiant le décret de 1984, dispose que *«seuls les infirmiers titulaires d'un certificat de spécialisation en anesthésie-réanimation et les infirmiers admis à suivre, à temps plein ou à temps partiel, la formation préparant à un tel certificat sont habilités, en présence d'un médecin responsable pouvant intervenir à tout moment à participer à l'application des techniques suivantes : anesthésie générale ; anesthésie locorégionale, à condition que la première injection soit effectuée par un médecin, les infirmiers ci-dessus mentionnés pouvant pratiquer les réinjections par la voie du dispositif mis en place par le médecin»*

Enfin, l'article 7 du décret du 15 mars 1993 dispose quant à lui que *«l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat et l'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme sont seuls habilités, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, à participer à l'application des techniques suivantes après que le médecin a examiné le patient et a posé l'indication d'anesthésie : anesthésie générale ; anesthésie locorégionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin ; réanimation per-opératoire»*

On relèvera que l'application de techniques en anesthésie entrant dans le champ de compétence infirmier est subordonné depuis 1988 à l'obtention d'un diplôme de spécialisation, renforcement de la qualification qui obéit à des techniques toujours plus pointues avec pour pendant des responsabilités accrues.

¹⁴⁵Décret n° 88-902 du 30 août 1988, J.O. du 1 septembre, p 11134

On peut constater que le terme «*en présence de*» a disparu, et il est précisé que l'application des techniques par l'infirmière est possible seulement après que «*le médecin a examiné le patient et a posé l'indication d'anesthésie*». (trace écrite sûrement exigible avec cette précision). De même, notons au passage qu'il est question d'un «*médecin responsable*» ou «*médecin*» et non pas d'un «*médecin anesthésiste*». Par conséquent, s'il arrive un accident, le fait que le chirurgien soit à proximité suffit-il à considérer que l'infirmier anesthésiste pouvait mettre en oeuvre les techniques d'anesthésie ?

Une autre situation soulève quelques interrogations en matière de responsabilité, il s'agit de la situation où un oubli d'un corps étranger s'est produit au cours d'une intervention. Dans la mesure où l'infirmière, du fait de sa spécialisation, est particulièrement qualifiée, en l'occurrence en «*bloc opératoire*», elle est, dès lors, en charge d'obligations spécifiques dont le comptage des accessoires utilisés, elle doit, comme le chirurgien, s'assurer qu'ils n'ont rien oublié. Si cette vérification n'est manifestement pas réalisée, il est clair que le juge retiendra une responsabilité partagée et non pas la seule responsabilité du chirurgien.

Enfin, et rapidement, nous pouvons observer que les attributions du médecin comme de l'infirmière, aujourd'hui, dans le domaine de la prévention implique des obligations spécifiques. Obligations qui pour l'infirmière seraient précisées si, comme on l'évoque souvent, la spécialité d'infirmière hygiéniste était reconnue pour répondre aux exigences de la lutte contre les infections nosocomiales (une infection est dite nosocomiale lorsqu'elle a été acquise à l'hôpital. Absente à l'admission, elle apparaît chez un patient dans un délai d'au

moins 48 heures après le début de l'hospitalisation¹⁴⁶). En effet, bien que les hypothèses où la responsabilité de l'infirmière ou du médecin dans l'exercice d'une action de prévention primaire pourrait jouer soient rares et ne donnent pas lieu à contentieux, cette activité permet à la responsabilité d'être en germe, a fortiori si elle devait se traduire par une spécialisation infirmière.

Aujourd'hui, le personnel soignant est eu égard la question de l'infection nosocomiale liée à une double responsabilité. D'abord économique (à l'égard de l'hôpital), si l'on retient le surcoût financier qu'induit un acte désinvolte, mais surtout juridique, puisque le Conseil d'Etat dans l'affaire « *COHEN* »¹⁴⁷ du 9 décembre 1988 retient la responsabilité hospitalière en matière d'infection nosocomiale. S'il est utopique de faire disparaître le problème dans le milieu hospitalier, il est indéniable que le rôle de l'infirmière en ce domaine est essentiel. D'ailleurs, afin que ce rôle soit plus important, il apparaît indispensable de responsabiliser un groupe (ou des groupes) professionnel afin de dégager des responsabilités individuelles, seul moyen d'impliquer chacun dans la prévention hospitalière. Il ne s'agit pas d'enfermer les infirmières et les médecins dans des règles strictes, mais de leur donner les moyens d'accomplir leur rôle en matière de prévention de la maladie.

¹⁴⁶ F. DELZERS ; « Les infections nosocomiales : bilan et perspectives » ; Objectifs Soins n° 30, fev. 1995, p 24 et s.

¹⁴⁷ Conseil d'Etat, 9 décembre 1988 ; affaire « *COHEN* » ; Leb. P 431

En fait, la responsabilité qu'assument les soignants est davantage celle de n'avoir pas pourvu correctement au risque d'aggravation d'une maladie, plus que de prévenir ladite maladie.

Section 2 Les règles de responsabilité applicables aux soignants hospitaliers

Le personnel soignant hospitalier, fonctionnaire ou agent du service public hospitalier est en cette qualité soumis aux règles du droit public. Néanmoins, comme nous l'étudierons, la profession médicale, en raison de son indépendance professionnelle, ou encore de la technicité de ses gestes fut très longtemps soumise à un régime dérogatoire.

§1 La nature de la responsabilité du personnel de santé en milieu hospitalier

La nature de la responsabilité du personnel de santé exerçant dans un service public hospitalier est une responsabilité du fait d'autrui. Celle-ci se traduit dans le service public par la prise en charge des conséquences d'un acte de soin dommageable par l'administration. Cette règle s'applique de manière identique pour le personnel infirmier et le personnel médical. Toutefois, nous verrons que, selon l'auteur et la nature de l'acte dommageable, la mise en cause de la responsabilité hospitalière a pu être différente avant de connaître une uniformisation juridique.

A) Les fondements de la responsabilité du personnel de santé

Les actes dommageables causés par le personnel de santé sont régis par le principe de la responsabilité du fait d'autrui. Il s'agit d'une responsabilité indirecte, ce qui signifie que l'auteur (le préposé) est responsable mais que le commettant, est tenu à une obligation de réparation. Il est évident que cette responsabilité de second degré est subordonnée à la constitution et l'établissement préalable de la faute du préposé.

Le fondement de cette responsabilité est multiple. En effet, selon une partie de la doctrine, celle-ci est fondée sur l'idée d'une faute imputable au commettant dès l'origine (erreur de choix, surveillance défectueuse du préposé). Pour d'autres, c'est l'idée du risque, c'est à dire la contrepartie du profit que tire le commettant des services du préposé. Pour les suivants, l'idée de la représentation est seule source de l'obligation pesant sur le commettant ; dès lors, la faute commise par le préposé, du fait de la représentation, devient la faute du commettant. Une autre théorie a été retenue, même si juridiquement elle semble plutôt fragile, quoique non négligeable, il s'agit de celle de l'équité. Selon cette idée, on considère que le commettant se doit de répondre des dommages causés par son préposé afin d'offrir à la victime une garantie de solvabilité. Cette conception est intéressante, car elle répond à une exigence sociale en s'appuyant sur les intérêts de la victime, et ouvre la voie à la dernière théorie, celle de la garantie. Selon cette dernière acception, on part du postulat suivant : nos droits doivent être protégés contre ceux qui y portent atteinte. Donc, toute atteinte implique réparation par

l'auteur. Sur cette base, on considère le préposé comme un agent d'une activité plus générale dont le commettant est le responsable. Il en résulte que, dans la mesure où le préposé agit pour le compte de son commettant, le dommage résulte de l'activité du commettant lui-même. Il s'agit donc d'une responsabilité directe. Cependant, cet éclairage suppose que l'on admette que le préposé puisse jouir d'une activité propre, que le commettant puisse dans certaines hypothèses se retourner subsidiairement contre son préposé, et enfin, qu'il soit admis que ce dernier puisse engager sa seule responsabilité du fait d'un acte dommageable, lorsqu'il est détaché de ses fonctions.

Concernant la règle de la responsabilité appliquée dans les établissements sanitaires publics, il paraît évident que la responsabilité hospitalière engagée lorsque le personnel de santé commet un acte dommageable, s'appuie, entre toutes ces théories, sur celle de la garantie.

B) Evolution du régime des fautes

Le milieu hospitalier se caractérisait par un double régime de fautes, distinguant le personnel médical du personnel administratif hospitalier, qu'il soit soignant ou pas.

Comme nous le verrons, la justification de cette dichotomie tenait pour l'essentiel à la technicité de l'acte diligenté par le corps médical. Ces actes

s'opposaient, par le niveau de qualification qu'ils exigeaient, à ceux réalisés par un personnel infirmier peu qualifié et subordonné.

a) Divergence des règles de responsabilité applicables aux soignants

Les soignants hospitaliers, selon qu'ils étaient médecins ou non se distinguaient de deux points de vue. D'une part, le médecin durant de longues années, du fait de l'imprécision de son statut, relevait d'une compétence juridictionnelle différente de celle de l'infirmière. D'autre part, le régime des fautes génératrices de responsabilité fut très longtemps dérogatoire au profit du corps médical.

1/ Compétence juridictionnelle

Le soignant après avoir appartenu au corps ecclésiastique deviendra fonctionnaire du service public hospitalier. La qualité d'agent du service public des soignants n'a jamais fait de doute, tandis que le corps médical a connu des zones de flou importantes quant à la nature juridique des liens le rattachant au service hospitalier, avec pour pendant un régime de responsabilité instable. Si aujourd'hui il est admis qu'il est un agent du service public soumis au droit administratif en matière de responsabilité, il n'est pas pour autant un fonctionnaire comme l'ensemble du personnel hospitalier, mais bénéficie d'un statut spécial¹⁴⁸. En effet, jusqu'au début des années cinquante les divergences

¹⁴⁸Décrets 84-131 et 84-135 du 24 février 1984 (J.O. 25/02)

quant à la condition juridique du praticien étaient patentes. Le Conseil d'Etat a admis implicitement, à partir de 1928¹⁴⁹, la qualité d'agent public, en reconnaissant l'existence d'un lien administratif entre l'établissement et le médecin hospitalier. Ce n'est qu'en 1941 que le Conseil d'Etat dans l'affaire « GERBIER » reconnaît explicitement la qualité d'agent public aux praticiens hospitaliers : *« Il résulte de l'instruction que le Sieur GERBIER a exercé les fonctions de médecin de l'hospice municipale de Saugues et qu'à ce titre il touchait régulièrement une indemnité annuelle, que, dès lors, et bien qu'il n'ait pas été investi de ses fonctions par une décision de nomination régulière, il avait la qualité d'agent d'un établissement public municipal... »*

Cette position est reprise par l'arrêt « VINGTAIN et AFFORTIT » du Conseil d'Etat en date du 4 juin 1954 qui énonce que *«relèvent du droit public tous les agents - quelles que soient les clauses de leur contrat - qui ont pour mission d'assurer le fonctionnement du service administratif dont ils font partie, qui collaborent au but poursuivi par ce service»*¹⁵⁰.

La Cour de Paris, dans de nombreux arrêts¹⁵¹, résistait traditionnellement à cette position, puisque elle rejetait cette extension du droit administratif, considérant que le statut d'agent public est incompatible avec l'indépendance nécessaire à l'exercice de l'art médical. Cette solution fut maintenue jusqu'en 1953 alors même que le 23 décembre 1952 la Chambre Civile de la Cour de Cassation rejette clairement la distinction qui peut être faite entre la responsabilité d'un médecin hospitalier et l'agent hospitalier pour retenir la compétence

¹⁴⁹ CE 4 mai 1928 ; « ARCHIMBAUD » ; Leb p 559

¹⁵⁰ CE 4 juin 1954, VINGTAIN et AFFORTIT, Leb. p. 342, concl. CHARDEAU.

¹⁵¹ Cour de Paris ; 5 mai 1942, D 1942, p 102 ; 19 janvier 1950, D 1950, p 169 ; 20 avril 1953, D 1953, p 394 ;

administrative ou judiciaire. Pour la Cour de Cassation, seule la juridiction administrative est compétente quelque soit l'auteur, et ce sur le fondement d'un « *dommage causé à un particulier par l'organisation ou le fonctionnement défectueux d'un service public* »¹⁵².

C'est le Tribunal des Conflits qui tranchera définitivement et posera les bases juridiques, en matière de responsabilité, applicables au corps médical hospitalier. En effet, c'est par deux arrêts, que le Tribunal des conflits va trancher ce débat. Il s'agit des arrêts «CHILLOUX et SLIMANE»¹⁵³ et «Hospices du PUY et Sieur de la PERELLE» (même date), qui décident que «*les rapports entre l'hôpital public et un médecin, participant à l'exécution des fonctions assumées par le dit hôpital, sont des rapports de droit public*»¹⁵⁴.

Cette étude sur la compétence juridictionnelle eu égard aux activités médicales et soignantes en milieu hospitalier nous paraît importante, car l'unification des règles applicables en la matière constitue un préalable essentiel au rapprochement du régime des fautes.

Au sujet de cette solution, il est utile que nous ouvrons une parenthèse en rappelant que cette solution d'un point de vue pratique, abstraction faite des implications concernant l'évolution du régime des fautes, ne constitue par un changement radical. En effet, les établissements hospitaliers devaient, conformément au décret du 17 avril 1943¹⁵⁵, s'assurer qu'«*en cas d'accident*

¹⁵² Chambre Civile 23 décembre 1952 ; D 1953, p 161 et s.

¹⁵³TC 25 mars 1957, CHILLOUX et Isaad SLIMANE, Leb. p 816.

¹⁵⁴TC 25 mars 1957, Hospices du Puy et Sieur de la PERELLE, Leb. p 817

¹⁵⁵Décret du 17 avril 1943 ; J.O. du 27 avril, p 1156

professionnel survenu dans l'exercice de leurs fonctions hospitalières, les membres du personnel médical et pharmaceutique sont couverts, pour eux mêmes et contre les tiers, par une assurance contractée spécialement par la commission administrative ou l'administration du groupement hospitalier» (art 112). Ainsi, l'hôpital assurait déjà une garantie de solvabilité au profit de la victime, en se substituant au médecin pour la réparation du dommage causé par la faute de service (la faute personnelle n'étant pas couverte par ladite assurance).

A partir des arrêts du 25 mars 1957, les fautes médicales commises par le médecin dans l'exercice de son activité hospitalière impliquent la mise en oeuvre des règles de droit public de la responsabilité, abstraction faite des fautes personnelles qui sont quant à elles du ressort du juge judiciaire.

Ce régime juridique, qui devient dès lors identique à celui des soignants, servira de base à notre étude sur le contenu et l'évolution des règles de responsabilité de droit public, selon qu'il s'agisse de l'exercice de *l'art médical* ou de *l'art de soigner*. Les règles de droit public, en matière de responsabilité, sont précisées dans l'arrêt «PELLETIER»¹⁵⁶ en date du 30 juillet 1873. En effet, ce dernier pose le principe selon lequel la personne publique est responsable devant le Tribunal administratif de la faute non détachable du service commise par ses agents. Dans ce cas, seul le patrimoine de l'administration supporte la réparation du préjudice, par contre, les agents répondent des fautes personnelles qui n'ont aucun lien avec le service ; la juridiction compétente est alors celle de droit commun. Dans ce cas, la faute personnelle se détache suffisamment du service pour que le juge judiciaire l'examine, sans apprécier la marche même de l'administration et, par

¹⁵⁶TC 30 juillet 1873, « PELLETIER », rec. 1er suppl. 117 conclusion David

là même, sans porter atteinte à la séparation des pouvoirs. Cette distinction se situe sur le plan de la séparation des compétences administratives et judiciaires, mais également sur le fond, en fixant la charge de la réparation.

Par conséquent, l'agent supporte l'indemnisation de sa faute personnelle, tandis que la collectivité publique a la charge de la faute de service.

2/ Hiérarchie des fautes

Jusqu'en 1992, les règles de responsabilité en milieu hospitalier étaient sous l'empire d'un régime dérogatoire. Tandis qu'en droit commun le principe en vigueur est que tout auteur d'une faute dommageable engage sa responsabilité, concernant le personnel hospitalier, il appartenait au magistrat, saisi d'un contentieux, de distinguer entre deux fautes de natures différentes qui selon les auteurs engageait ou non la responsabilité hospitalière. En effet, jusqu'en 1992, en matière d'appréciation de la faute, la jurisprudence opérait une distinction entre les actes médicaux ou chirurgicaux et les actes exécutés par un auxiliaire médical, en l'occurrence une infirmière.

Dans le secteur hospitalier public, une faute lourde a été exigée dès 1935¹⁵⁷ pour engager la responsabilité de l'hôpital du fait des actes médicaux, alors que pour tous les actes de soins dits « *hospitaliers* » une faute simple suffisait.

Divers critères pouvaient être retenus pour expliquer la hiérarchisation des actes. Il pouvait s'agir d'une classification réglementaire. Ne seraient alors considérés comme actes médicaux que ceux ne pouvant être effectués que par des médecins, conformément aux dispositions de l'article L. 372 du code de la santé publique et de l'arrêté du 6 janvier 1962¹⁵⁸.

Le critère retenu pouvait consister à la qualification de l'auteur de l'acte, ainsi tout acte pratiqué par un médecin serait considéré comme acte médical et celui

¹⁵⁷CE 8 novembre 1935, Dames VION et PHILIPPONEAU ; Leb. p 1019 et s.

¹⁵⁸ Arrêté du 6 janvier 1962 ; J.O. du 1er février, B.L.D.1962.88

réalisé par un auxiliaire serait considéré comme acte de soin. Un critère fondé sur les circonstances a été évoqué. Dans ce cas, le juge en fonction des circonstances, des difficultés rencontrées, et de l'urgence aurait le pouvoir de transformer la nature même de l'acte. Ainsi, un médecin qui poserait une perfusion, dans certaines circonstances difficiles, pratiquerait un acte médical, alors que, par sa nature même, l'acte est un acte de soin. La question est de savoir si le même acte, réalisé par une infirmière dans les mêmes conditions serait considéré comme un acte médical ou comme un acte de soin ?

Si l'on considère l'arrêt du Conseil d'Etat du 8 novembre 1935 (qui opère la distinction entre la faute médicale et la faute du personnel hospitalier), *«s'agissant d'un traitement chirurgical, la responsabilité des hospices ne pourrait être engagée qu'au cas où une faute lourde aurait été commise par le chirurgien ou l'interne opérant sous sa direction... (en l'espèce il s'agit) d'une faute commise par des agents du service administratif... elle n'établit pas à la charge du service médical l'existence d'une faute lourde dans le traitement.»*¹⁵⁹, il ne semble pas faire de doute que ce régime dérogatoire tienne plus du fait de l'auteur que de la nature de l'acte réalisé. Ceci met particulièrement l'accent sur la place atypique tenue par le médecin dans la structure hospitalière et en droit public.

L'inconvénient de cette première jurisprudence tient à sa rigidité, qui ne permet pas de tenir compte de la nature de l'acte et du contexte dans lequel il est réalisé. En effet, il est particulièrement inéquitable de démontrer la culpabilité d'un agent lors d'activités compliquées ou aléatoires. Cette solution représentait un frein

¹⁵⁹CE 8 novembre 1935, Dames VION et PHILIPPONEAU ; Leb. p 1019 et s.

dans l'exercice d'activités malaisées sur lequel pesait la crainte du régime de la faute simple. Parallèlement à ces inconvénients, la jurisprudence ne pouvait rester en l'état considérant d'une part, l'évolution des techniques souvent complexes mises à la disposition du personnel infirmier, et d'autre part, la possibilité légale donnée aux auxiliaires de participer à des actes médicaux (art 5 du décret du 17 juillet 1984 ; art 5 et 6 du décret du 15 mars 1993).

Confronté à ces réalités, le Conseil d'Etat modifie sa jurisprudence et tranche avec l'arrêt ROUZET en date du 26 juin 1959. En l'espèce, un interne avait pratiqué une perfusion chez un nourrisson en état de déshydratation aiguë. La perfusion qui s'imposait avait sauvé la vie de l'enfant, mais causé une gangrène de l'avant bras droit entraînant son amputation. La complexité de la situation ne faisait pas de doute.

Le problème était de savoir si cette perfusion constituait un acte médical ou un acte de soin. Dans le premier cas, une faute lourde était nécessaire. Dans le second cas une faute simple suffisait. Le Conseil d'Etat s'est alors fondé, non pas sur la qualité de l'auteur de l'acte, mais sur la nature de l'acte en cause : « ... *Si en l'espèce, cette intervention présentait des difficultés particulières, eu égard au jeune âge de l'enfant et à la gravité de son état, son exécution dans un service spécialisé dans le traitement des maladies du très jeune enfant n'exigeait pas l'intervention ou la surveillance personnelle d'un médecin. Dans ces conditions et bien qu'elle n'ait pas présenté le caractère de faute lourde, la faute commise par l'interne a été de nature à engager la responsabilité de l'administration... que pour qualifier les soins donnés au malade il n'y a pas lieu de rechercher*

s'ils ont été administrés par le personnel médical ou s'ils ont été exécutés par le personnel infirmier de l'établissement, mais il convient de se fonder uniquement sur la nature desdits soins »¹⁶⁰.

Pour mieux se persuader du critère fondé sur la nature de l'acte dommageable, il faut s'arrêter sur les conclusions de M. FOURNIER, selon lesquelles *« l'acte pour lequel une faute lourde est exigée est celui que seul le médecin peut accomplir (...) votre jurisprudence considère comme médicaux tous les actes, qu'ils soient intellectuels ou matériels, dont l'accomplissement présente des difficultés sérieuses et requiert des connaissances spéciales acquises au prix d'études prolongées »*. Le Conseil d'Etat confirme l'arrêt « ROUZET », puisque le 8 décembre 1989¹⁶¹ il reprend une position claire à ce sujet, en considérant que les conséquences d'une intervention bénigne (quel que soit son auteur) relevait d'une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service, donc d'une faute simple.

La hiérarchie des fautes qui s'appuie donc sur la nature de l'acte, selon qu'il est médical ou de soins, prévoit par ailleurs un aménagement concernant les actes médicaux pouvant être réalisés dans des conditions qui permettent au médecin d'intervenir à tout moment. Dans cette dernière hypothèse la faute lourde seule génératrice de responsabilité ne fut pas sans poser de difficultés. En effet, la rédaction du décret du 17 juillet 1984 (art 5), qui énumérait les actes dits médicaux pour lesquels la victime devait établir une faute lourde, laissait persister une ambiguïté sur la présence physique obligatoire ou possible du

¹⁶⁰C.E. 26 juin 1959, « ROUZET » ; Leb. p 405 ; D. 1960, p 112, note J. ROBERT

¹⁶¹CE du 8 décembre 1989, Mme HAINON-LESCURE, Rec. p 251, RTDSS 1991.65, conclusions FORNACCIONI.

praticien, puisque le libellé de l'article disposait que l'infirmière « *était habilitée à accomplir, en présence d'un médecin pouvant intervenir à tout moment...* ». Il en résultait un flou juridique pour déterminer quels étaient les actes médicaux pour lesquels l'infirmière était protégée par l'établissement de la faute lourde et ceux pour lesquels la faute simple suffisait (car exerçant abusivement la médecine). Avec le décret du 15 mars 1993, cette ambiguïté s'est effacée, puisqu'il distingue les actes qui ne peuvent être réalisés qu'à la condition que le médecin puisse intervenir à tout moment (art 5), dont le régime est celui de la faute simple, des actes qui ne peuvent être réalisés qu'en présence physique du médecin (art 6) et donc obéissant au régime de la faute lourde.

b) Vers une convergence des règles de responsabilité

Un mouvement jurisprudentiel du Conseil d'Etat, dans un souci d'indemnisation des victimes de l'activité hospitalière, fait présumer les fautes issues d'actes bénins et fait glisser les actes médicaux du régime de la faute lourde vers celui de la faute simple. Il est à ce sujet intéressant concernant les actes de soins que jamais le Conseil d'Etat ne mentionne le terme de « *faute simple* » dans un acte de soin. Cette faute a toujours été rattachée à l'organisation et au fonctionnement de service. A titre d'exemple, un arrêt du Conseil d'Etat du 19 février 1986¹⁶² assimile au « *fonctionnement défectueux du service* » une faute commise par une infirmière en pratiquant un acte d'anesthésie.

De même, le Conseil d'Etat retiendra à de multiples reprises la faute simple à l'encontre du corps médical, qu'il s'agisse d'un acte effectué dans des conditions illégales, ou encore pour des actes effectués dans de bonnes conditions¹⁶³. Le Conseil va jusqu'à admettre que la faute médicale d'une exceptionnelle gravité, par nature personnelle et détachable du service puisse constituer une faute de service¹⁶⁴.

Ce mouvement jurisprudentiel a d'une part, fait dire à une grande partie de la doctrine et notamment sous la plume de M. R. SCHWARTZ qu'« *à l'heure actuelle, la faute lourde suit en réalité un véritable régime de fautes simples* »¹⁶⁵ ;

¹⁶² C.E. 19 février 1986 ; RTDSS 1986, p 445

¹⁶³ C.E. 19 décembre 1973, « Epoux Le FERS » ; Leb. P 1104

¹⁶⁴ C.E. 12 décembre 1991

¹⁶⁵ R. SCHWARTZ ; « La responsabilité du juge administratif : une remarquable évolution » ; Revue hospitalière de France, janvier-février 1992, p 32

d'autre part, conduit la jurisprudence du Conseil d'Etat à éclaircir sa position sur cette question.

L'arrêt du 10 avril 1992 «*Dame V.*¹⁶⁶, abandonne définitivement la distinction de régime entre actes de soins et actes médicaux. Il s'agissait en l'espèce d'une césarienne pratiquée sous anesthésie locale (péridurale) durant laquelle un accident cardiaque se produisit laissant l'accouchée handicapée moteur et mental. Dans cet accident, les experts eurent beaucoup de mal à isoler un comportement fautif, mais relevèrent un ensemble d'erreurs et d'imprudences générateur du dommage. A partir des rapports des experts, aucune faute lourde ne pouvait être établie à l'encontre du praticien. A partir de ce constat, le commissaire du gouvernement conclut que *«l'état actuel du droit positif se caractérise par un rétrécissement du domaine de l'acte médical et, au sein de ce domaine, par une banalisation de la faute lourde... et qu'il existe une certaine incohérence entre les décisions qui s'en tiennent à l'exigence d'une faute lourde classique, et d'autres que restreignent en fait à l'hypothèse d'une simple erreur non fautive le refus d'engager la responsabilité... Dans ces conditions,... une simplification est nécessaire... si le maintien de la faute qualifiée n'est pas nécessaire, le passage à la faute simple constituerait une avancée raisonnable»*. Ainsi, *« si un ensemble d'erreurs ou d'imprudences peut constituer une faute simple..., il est difficile de passer d'une suite d'erreurs à la faute lourde... Dame V. A été victime d'une faute d'ordre médical. Mais d'une faute lourde, cela est beaucoup plus douteux, à moins de n'accorder à la qualification qu'une fonction*

¹⁶⁶C.E. 10 avril 1992, «*Epoux V.*», Rec. 171, Conclusions M. LEGAL

d'expiation, tendance à peu près irréversible du droit qui justifierait à notre avis son abandon ».

Le Conseil d'Etat suivit les conclusions du commissaire du gouvernement, en abandonnant le principe de la faute lourde au profit d'une faute simple, en l'espèce qualifiée « *faute médicale* » : « *Considérant que les erreurs ainsi commises, qui ont été selon les rapports d'expertise la cause de l'accident survenu à madame V. constituent une faute médicale de nature à engager la responsabilité de l'hôpital...* ». Ce revirement apparaît comme une nécessité commandée par l'uniformisation avec le principe général des règles de la responsabilité pour faute (toute faute dommageable caractérisée devant faire l'objet d'une réparation, indépendamment de sa gravité), mais aussi au courant jurisprudentiel qui tend à retenir, par réaction à la difficulté d'établir une faute lourde, une responsabilité sur la base d'une faute souvent exagérément présumée et enfin au dessein plus général de permettre à la victime et à ses ayants droit d'obtenir réparation de leur dommage.

Néanmoins, si cet arrêt facilite la mise en cause du médecin, ainsi que la responsabilité de l'hôpital, cela ne modifie en rien la nature de l'obligation pesant sur le médecin comme sur l'infirmière. A ce sujet, M. LEGAL rappelle que cette modification des règles de responsabilité n'a pas pour effet « *...de transformer l'obligation de moyen en obligation de résultat...* » et nous rappelle, si nécessaire, qu'une erreur médicale ou de soins infirmiers, n'est pas toujours fautive si l'on considère l'erreur comme « *une conduite, d'un comportement qu'aurait commis un médecin ou une infirmière avisé et diligent qui se serait trouvé dans la même situation* ».

Ainsi, la notion de « *faute médicale* » comme la faute commise par une infirmière sera appréciée par référence à l'accomplissement normal des obligations que les textes imposent aux agents hospitaliers. Rentreront en compte les circonstances dans lesquelles est intervenu le geste de soins mis en cause, ainsi les juges apprécieront la prévisibilité du dommage et éventuellement le comportement de la victime¹⁶⁷. Comme pour le juge judiciaire, le juge administratif apprécie *in concreto*, davantage que par référence à un modèle abstrait.

¹⁶⁷ Conseil d'Etat 21 janvier 1972, « RIVIERE » ; Lebon p 1230. *Un malade commet une faute qui atténue la responsabilité de l'hôpital lorsqu'il se blesse en faisant des mouvements pour lesquels il aurait d'attendre ou solliciter l'aide du personnel. Il en va de même pour un patient qui enflamme ses pansements en allumant une cigarette (C.E. 13 juillet 1963).*

§2 La classification des fautes du personnel soignant hospitalier

Les fautes commises par le personnel infirmier hospitalier peuvent être qualifiées de fautes hospitalières conformément aux règles de droit public ou de fautes pénales, lorsque l'acte dommageable répond à la définition légale d'une faute pénale.

A) Les caractéristiques des fautes hospitalières

a) La faute de service

Il s'agit de la *«faute non détachable de la fonction, elle consiste dans tout manquement aux obligations du service»*¹⁶⁸.

Elle peut résulter d'une mauvaise organisation du service, ce qui est le cas lorsque l'aménagement de l'hôpital facilite l'accident¹⁶⁹. Cette faute peut résulter d'une action, d'une abstention volontaire, une d'imprudence, négligence, légèreté, maladresse, erreur, inobservation des règlements, d'un retard dans l'action, au fait de donner des renseignements erronés ou encore un refus injustifié de les donner...

En fait, cette faute consiste essentiellement dans l'accomplissement mauvais ou défectueux d'un acte technique de soin (ex : paralysie résultant d'une injection intraveineuse¹⁷⁰). Mais cela peut être le fait d'un acte non technique comme un

¹⁶⁸G. VEDEL, P DELVOLVE ; «droit administratif», coll. Thémis, Editions P.U.F., 8ème, p 492

¹⁶⁹ C.E. 4 juin 1976, Lebon p 1114. *Il s'agit d'un malade qui a pu sans difficulté et sans attirer l'attention ouvrir un rideau métallique protégeant une fenêtre et se jeter dans le vide.*

¹⁷⁰ C.E. 23 février 1962, « MEIER » ; Lebon p 122

défaut de surveillance (ex : défaut de surveillance d'une patiente transportée en chaise roulante, qui tombe lors du transfert entre deux services¹⁷¹) ou une faute d'inattention (ex : une inattention entraînant la chute d'un malade qui glisse sur la flaque d'urine qui s'était formée sur le sol au cours d'une urographie¹⁷²).

Rappelons qu'avec l'abandon de la faute lourde, l'infirmière fautive quel que soit l'acte en cause (de soins infirmiers ou médical) engagera la responsabilité du service. De même, le médecin auteur d'un dommage alors qu'il réalisait un acte bénin engagera la responsabilité de l'établissement dans les mêmes conditions.

Comme nous l'avons vu précédemment, la victime ne peut porter son action que devant le Tribunal administratif, conformément à l'arrêt PELLETIER du Tribunal des conflits du 30 juillet 1873. Cependant, avant tout recours contentieux, la victime doit adresser au directeur de l'établissement du dommage une requête amiable, qui doit apporter la preuve de la faute, fixer son préjudice et établir un lien de causalité entre les deux. Cette procédure est précisée dans l'ordonnance du 24 avril 1996 qui dispose que « *dans chaque établissement de santé est instituée une commission de conciliation chargée d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement et de lui indiquer les voies de conciliation et de recours dont elle dispose* »¹⁷³.

Concernant la preuve de la faute, à la charge de la victime, force est d'admettre que son administration est délicate. Le principe est qu'elle peut être rapportée par

¹⁷¹ C.E. 13 janvier 1988 ; « Centre hospitalier de la CIOTAT » ; Lebon p 1006

¹⁷² T.A. Dijon 31 janvier 1984 ; Revue hospitalière de France n° 973, 1984, p 696

¹⁷³ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 ; J.O. du 25 avril ; p 13478 et s.

tous les moyens, il peut s'agir de témoignage, d'indices..., mais les fautes liées à l'acte de soins sont établies pour l'essentiel par les expertises. Avec la complexification et la technicité de l'acte de soin, mais aussi avec les imbrications de plus en plus fortes du personnel infirmier dans la sphère médicale, la prédominance de l'expert s'est imposée dans l'appréciation de l'acte de soins mis en cause. Ce mode d'éclairage judiciaire se multiplie sur le modèle des expertises médicales, avec le même caractère définitif dans la mise en cause de la responsabilité du personnel de santé. Cependant, qu'il s'agissent des actes médicaux ou de soins infirmiers, l'expertise est diligentée par un expert médical. Compte tenu de l'évolution des attributions de la profession infirmière, il apparaît opportun de reconnaître, à l'instar de l'activité médicale, l'expertise en soins infirmiers dans le cadre d'une procédure contentieuse mettant en cause une infirmière, pour ce qui concerne du moins les fautes commises dans le cadre du rôle propre.

Si la preuve de la faute infirmière, ainsi que le lien de causalité avec le dommage est indispensable pour engager la responsabilité de l'administration hospitalière comme le souligne la Cour de Cassation dans un arrêt du 9 décembre 1986 qui énonce : *«...Attendu qu'ayant déclaré seulement probable «mais nullement certain» qu'une faute d'asepsie est à l'origine de la gangrène et que, aussi bien, il est possible «en l'absence... de toute faute à la charge des infirmières», que le seul fait d'une injection médicamenteuse, même correctement pratiquée, ait favorisé le développement des germes anaérobies saprophytes préexistant dans l'organisme de la patiente, de tels germes étant «souvent d'origine intestinale»,*

la Cour d'Appel a légalement justifié sa décision.».¹⁷⁴ , il arrive aussi que la jurisprudence se contente de la présomption de faute évoquant « *l'anormalité du dommage* »¹⁷⁵ qui révèle une insuffisance dans l'organisation et le fonctionnement du service. La théorie d'anormalité des dommages n'est, selon la jurisprudence et la majorité de la doctrine, applicable qu'aux seuls actes anodins de soins. Néanmoins, J. PENNEAU considère que cette théorie « ... *est une jurisprudence parfaitement établie et d'application tout à fait générale, non limitée aux seuls actes et interventions bénins comme certain l'avait cru un moment* »¹⁷⁶. De ce fait, il n'est pas impossible de voir cette théorie s'étendre à l'activité médicale dans le souci des magistrats d'aider la victime dans son action en réparation.

Les magistrats, au delà des facilités offertes à la victime, concernant la faute, pour être indemnisée, peuvent de la même manière être flexibles quant à la démonstration du lien de causalité, et ce, en retenant la notion de « *la perte de chance* »¹⁷⁷

b) La responsabilité personnelle ou civile

La faute personnelle se décompose en deux sous-ensembles. Le premier est la faute détachable, c'est à dire la faute commise en dehors de la fonction ; il peut

¹⁷⁴ Cour de Cassation, le 9 décembre 1986 ; non publié

¹⁷⁵ C.E. 20 janvier 1989 ; Leb. p 1018

¹⁷⁶ J. PENNEAU ; « La responsabilité du médecin » ; p 68

¹⁷⁷ Ch. Civile du 14 décembre 1965, bull. Civ. III n° 541 ; JCP 1966, II, 14753, note SAVATIER

s'agir d'un délit (exemple : le vol). En fait, une telle faute résulte d'un comportement strictement privé de son auteur dont rien ne le rattache au service. Le second est la faute commise dans l'exercice de la fonction mais qui, néanmoins, constitue une faute personnelle détachable de la fonction. Cette seconde faute, pour être caractérisée, doit être «*intentionnelle*» ou d'une «*gravité particulière*».

Concernant le caractère «*intentionnel*», la faute doit se caractériser par une volonté délibérée de nuire pour réaliser un objectif personnel sans que la commission ait un rapport avec le patient, même s'il peut apparaître qu'il constitue le support de ce dessein (exemple : remettre des informations erronées sur le patient pour tromper le médecin dans son diagnostic ou son traitement. L'objectif étant dans cette espèce de nuire au détriment du patient). Il apparaît que la faute intentionnelle ne fait l'objet que très rarement d'un contentieux¹⁷⁸. Si les infractions volontaires sont extrêmement rares de la part des personnels soignants, leur responsabilité personnelle peut être retenue s'ils sont complices d'actes délictueux commis par le médecin qu'elle assiste.

La «*particulière gravité*»¹⁷⁹ consiste en une faute grossière, inexcusable, inadmissible et révélée par sa gravité, «*un comportement anormal, différent de celui que l'on est normalement en droit d'attendre d'un agent public*»¹⁸⁰. Elle «*...est exclusive de toute malveillance, de toute intention de nuire, mais elle est grossière, inexcusable, inadmissible et relève par sa gravité d'une*

¹⁷⁸ Tribunal correctionnel, Paris, le 29 février 1968 ; in «*Droit médical et déontologie*» ; F. MARCOUX, C. DOERFLINGER, p 142

¹⁷⁹ C.E. 28 juillet 1951, «*DELVILLE*» ; Leb. p 464

¹⁸⁰ C. DEBBASH ; «*Institution et droit administratif*» ; T2, p 250

méconnaissance évidente des principes juridiques et techniques les plus élémentaires de la fonction»¹⁸¹.

La faute personnelle était pour le médecin, contrairement au personnel soignant, parfaitement hypothétique. Cette situation était liée à la confusion qui existait entre la faute lourde et la faute personnelle. L'ambiguïté pouvant exister entre les deux fautes, a conduit très souvent la jurisprudence à assimiler la seconde avec la première. De ce fait, rares étaient les solutions où la responsabilité personnelle du médecin était retenue.

Cette difficulté d'appréciation ne se posait pas avec les actes de soins dans la mesure où l'appréciation entre la faute simple et personnelle ne souffrait d'aucune difficulté. Dorénavant, avec l'arrêt du Conseil d'Etat du 10 avril 1992, le médecin au même titre que l'infirmière peut être mis en cause pour faute personnelle.

Bien que la faute soit personnelle, la victime a la possibilité de poursuivre l'administration en réparation si cette faute a été commise dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de la fonction. Ce recours est aussi possible si la faute est commise en dehors du service, à condition qu'elle ne soit pas totalement dépourvue de tout lien avec le service (l'auteur ayant été dans cette hypothèse le moyen, l'instrument de la faute. Par exemple le dommage est causé hors du service mais avec un matériel de l'administration que l'auteur est autorisé à détenir)¹⁸².

¹⁸¹J.M. Auby ; «Le droit de la santé» ; p 416

¹⁸²CE 3 février 1911, ANGUET, Lebon p.146 ; CE 18 novembre 1949, Dlle MIMEUR, Leb. p. 492

La juridiction administrative, pour justifier cette solution, considère que dès que la faute a été commise dans le service, à l'occasion du service ou avec les moyens du service, elle n'est pas détachable du service¹⁸³. L'administration hospitalière conserve néanmoins une action récursoire contre l'auteur du dommage. Par contre, dans l'hypothèse d'une faute personnelle détachable du service, la victime ne peut saisir que le juge judiciaire.

Le seul moyen pour le médecin ou l'infirmière de se soustraire à cette compétence juridictionnelle consiste dans le dépôt de conclusions d'incompétence, et donc la démonstration du défendeur que l'acte générateur du dommage a été réalisé dans l'exercice de ses fonctions hospitalières. Soulignons que cette action doit être introduite devant le tribunal administratif et que seul le préfet pourra demander l'élévation du conflit. De surcroît, il faut observer que si l'administration n'élève pas le conflit alors qu'elle y était tenue, elle devra couvrir son agent des condamnations civiles prononcées contre lui. Ce refus peut même justifier un recours contentieux de la part de l'infirmière contre l'établissement.

B) Les fautes pénales du personnel soignant

¹⁸³ T.A. Lyon 1er février 1989 ; Revue hospitalière de France n°424, octobre 89, p 778

Il est intéressant de noter que la faute personnelle ou de service peut parfaitement faire l'objet d'un recours devant les juridictions répressives si cette dernière répond à une définition légale de la faute pénale.

Ce principe est consacré par l'arrêt « THEPAZ »¹⁸⁴ du Tribunal des conflits en date du 14 janvier 1935.

La responsabilité pénale est particulièrement redoutée par les personnels de santé, en ce sens où elle implique la saisie des éléments du dossier médical, des auditions, des expertises... Cependant, pour la victime, cette voie est souvent privilégiée pour plusieurs raisons.

D'une part, elle permet une saisie rapide et complète de toutes les pièces d'un dossier souvent difficiles à se procurer. D'autre part, c'est l'assurance d'une procédure peu onéreuse ; enfin, les preuves ne sont plus administrées par la victime mais par le juge d'instruction saisi de l'affaire.

Cette préférence juridictionnelle est la conséquence d'un mauvais dialogue avec le personnel soignant, de l'opacité des procédures d'accès aux documents médicaux et de soins, mais aussi de la difficulté pour la victime d'établir la preuve d'une faute dans une organisation très complexe où les contours de la responsabilité sont difficiles à établir.

La loi pénale ne prévoit pas une responsabilité propre à l'infirmière, dans la mesure où il n'existe pas une catégorie d'infractions que seule l'infirmière pourrait commettre. Néanmoins, l'infirmière rencontre, en raison de son activité,

¹⁸⁴ TC 14 janvier 1935, « THEPAZ » ; Sirey 1935, III, p 17, note ALIBERT

une typologie de fautes dont la constitution peut être liée soit à sa fonction soit à son comportement personnel.

a) La fonction infirmière visée par la loi pénale

Si la fonction infirmière est visée par la loi pénale, cela ne signifie pas pour autant qu'il s'agisse d'une infraction propre à la profession. Il s'agit, dans ces hypothèses, d'une mise en cause eu égard aux obligations spécifiques de sa profession. Parmi ces infractions, nous pouvons rencontrer le délit d'inexécution d'un ordre de réquisition (art. 475-12 du C.P.), le défaut de déclaration de sévices ou privations d'un mineur de moins de 15 ans, ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, de son état physique ou psychique (art 226-13) ; mais encore le défaut de déclaration d'une naissance à l'Officier d'Etat civil, dans le cas où le père, le médecin ou la sage-femme auraient omis de le faire (art R 40 et R 41 du C.P.)...

A côté de ces infractions pénales, il apparaît parallèlement à l'émancipation de la profession infirmière d'autres infractions qui peuvent faire l'objet d'une condamnation pénale. En effet, avec l'accroissement des compétences techniques et des responsabilités auprès du corps médical et dans l'établissement de soins, la profession s'expose à de nouvelles responsabilités pénales. Elles peuvent être consécutives à l'établissement d'une attestation, d'un certificat faisant état de faits matériels inexacts ou falsifiés, ou d'une modification d'une façon quelconque d'un certificat originellement sincère (sanctions prévues à l'article 441-8 ali 3 du N.C.P.). De la même manière, l'infirmière peut être tentée, par complaisance ou par esprit de lucre, de faciliter à autrui l'usage de stupéfiants, en rédigeant ou en utilisant de fausses ordonnances, ou encore en oubliant volontairement de fermer l'armoire des produits toxiques (les peines concernant

la facilité l'utilisation de stupéfiants sont très lourdes). Enfin, par quelques moyens que ce soit, l'infirmière qui provoque ou tente de provoquer l'avortement d'une femme enceinte, ou qui indique les moyens de se procurer l'avortement en dehors des cas prévus par la loi est passible d'une sanction pénale très lourde (art 223-11 et 223-12 du N.C.P.). Ces quelques exemples montrent bien la contrepartie pénale de l'accroissement du niveau de qualification de l'infirmière.

Parmi les infractions qui visent la profession au travers de sa fonction il y en une qui mérite un rapide développement. Il s'agit de la violation du secret professionnel.

Le secret professionnel prévu à l'article 226-13 du Code pénal énonce 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 100 000 francs d'amende»*.

Ce texte d'application générale aux professions dépositaires d'informations à caractère secret porte sur toutes les informations recueillies à l'occasion de l'exercice professionnel.

Les professions de santé en raison de la promiscuité qu'oblige leur exercice, sont amenées à recueillir nombre d'informations concernant l'intimité des patients qu'ils ont à charge. C'est la raison pour laquelle le secret est affirmé avec force dans de nombreux textes relatifs à l'exercice de ces professions. En effet,

concernant les médecins, l'article 4 du Code de déontologie dispose que «...*le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est à dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris*»¹⁸⁵.

L'infirmière se voit aussi rappelée, dans le Code de la Santé Publique à l'article L 481 que «*les infirmiers ou les infirmières et les élèves des écoles préparant à l'exercice de la profession sont tenus au secret professionnel dans les conditions et sous les réserves énoncées à l'article 226-13 du Code pénal*». De plus, le décret du 16 février 1993¹⁸⁶, relatif aux règles professionnelles de la profession infirmière, énonce dans son article 4 que «*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*». Le décret du 15 mars 1993¹⁸⁷, relatif à l'exercice de la profession infirmière, fait lui aussi référence à l'obligation au secret professionnel dans l'article 1 alinéa 1.

Malgré le souci des pouvoirs publics de souligner la place fondamentale que tient le secret professionnel dans l'exercice de leur activité, le contentieux en la matière se fait rare alors que, dans la pratique professionnelle, la vigilance dans la gestion de l'information confidentielle fait souvent défaut. Cette singularité tient au caractère absolu du principe difficilement compatible avec la pratique des soins qui induit inéluctablement des violations quasi permanentes des informations dont les professionnels sont dépositaires.

¹⁸⁵déjà cité

¹⁸⁶déjà cité

¹⁸⁷déjà cité

La faute suppose d'une part, une violation du fait couvert par le secret tel qu'il est défini dans les textes susvisés. Ces faits avant d'être définis de manière extensive par le code de déontologie médicale et les règles professionnelles infirmières, avaient été définis très largement par la jurisprudence. En effet, le Tribunal de Pau le 20 juin 1925 considère que *«celui qui est astreint au secret professionnel est dans l'obligation de garder un mutisme complet non seulement sur ce qui lui a été confié, mais encore sur tout ce qu'il a pu voir, entendre, comprendre ou même déduire»*¹⁸⁸.

Concernant les soins, le secret pèse non seulement sur la nature des soins dispensés mais aussi sur le fait même de dispenser le soin. Ainsi, révéler que l'on donne des soins à un malade identifié, constitue une violation, même si la nature des soins n'est pas divulguée.

On peut légitimement penser, au regard des textes, que le médecin est lié seulement dans l'exercice de son activité, cependant, la chambre criminelle en décida autrement puisque le 17 mai 1973¹⁸⁹, elle considéra que le secret s'étend également aux faits découverts en raison ou grâce à sa qualité de médecin.

Cette solution est, bien entendu, applicable par analogie à l'infirmière. On imagine facilement la difficulté d'appréciation que cette solution induit pour le magistrat et l'insécurité qui pèse sur le professionnel de santé, puisque ce dernier peut très bien recueillir des informations dans un contexte purement amical, et non pas en qualité de soignant. Comment interpréter cette confiance, dans l'hypothèse d'une divulgation ?

¹⁸⁸Tribunal civil de Pau, le 20 juin 1925 ; Gaz. Pal 1925, 2, 723

¹⁸⁹C. Cass. 17 mai 1973 ; DALLOZ 1973, 582, note DOLL

De surcroît, la faute, pour être constituée, implique que la divulgation ait été intentionnelle. Si la révélation est la conséquence d'une imprudence ou d'une négligence, le délit ne serait être constitué, néanmoins, l'auteur de la révélation pourrait faire l'objet d'une condamnation civile en dommages-intérêts ou d'une condamnation disciplinaire.

Dans la mesure où le fondement du secret est la protection de l'intimité de la personne, pour qu'il y ait révélation, encore faut-il qu'il y ait identification de la personne en cause, à défaut la révélation même intentionnelle ne peut être reprochée à son auteur.

Enfin, pour qu'une action pénale soit possible, encore faut-il que la révélation ne soit pas justifiée par la loi, en l'occurrence l'article 226-14 du Code de la santé publique ou encore par la jurisprudence (relativisation consacrée envers le patient et son entourage, avec les organismes sociaux, l'administration...).

b) Les atteintes corporelles

Les professionnels du soins comme tout individu peuvent être générateurs de dommages consécutivement à une atteinte corporelle volontaire ou involontaire.

L'infirmière dans l'exercice de sa profession porte atteinte à l'intégrité corporelle du patient. En effet, une injection, la pose d'une sonde ou encore une manipulation ou un simple rasage suffisent à caractériser une pareille atteinte. Cependant, la finalité de son intervention implique que soit réalisée une distinction entre l'atteinte licite et l'atteinte illicite. La distinction a été dégagée par la jurisprudence, à propos de l'exercice de l'art médical, par la Chambre criminelle du 9 novembre 1961¹⁹⁰, qui considère l'intervention médicale comme un fait de violence légitime, au regard de la loi pénale, si elle a été réalisée dans un intérêt médical : « *Une intervention médicale portant atteinte à l'intégrité de la personne constitue un fait de violence ne pouvant être légitimé, au regard de la loi pénale, que si elle a été faite dans un intérêt médical* ».

Liminairement, il faut souligner que si la solution est destinée au corps médical, elle représente pour l'infirmière une indication majeure qu'elle ne peut ignorer pour échapper à toutes poursuites pénales du chef de complicité d'atteinte corporelle illicite.

Par ailleurs, on considère que pour les soins infirmiers, parce qu'ils ont le même objectif, la solution adoptée est parfaitement transposable. Partant, l'infirmière n'encourt aucune sanction pénale si son intervention est présidée par un objectif

¹⁹⁰Ch. Crim. du 9 novembre 1961 ; JCP 1962, II, 12777, note R. SAVATIER

de soin. Encore faut-il, que cette dernière ait agi, mis à part le cas d'urgence, dans les limites de son rôle propre ou des prescriptions médicales pour lesquelles elle est légalement compétente et qualifiée. Si ce n'est pas le cas, il peut lui être reprochés outre l'atteinte corporelle, le délit d'exercice illégal de la profession médicale.

La légitimité de l'atteinte suppose également le consentement du patient, ou de son représentant légal, express ou tacite. Rappelons que le consentement seul ne peut légitimer un acte illégal ou une intervention contraire à l'intérêt du patient.

Il faut souligner que l'atteinte volontaire à l'intégrité corporelle est une hypothèse très rare. Néanmoins, elle est d'actualité en ce qui concerne la question récurrente de l'euthanasie. Si d'un point de vue moral la question de l'euthanasie soulève de nombreuses interrogations, il n'empêche qu'au regard de la loi pénale, la règle en vigueur est la sanction du chef d'homicide volontaire.

Concernant les atteintes involontaires, il s'agit de l'homicide et des coups et blessures involontaires que punissent les articles 226-6 (homicide involontaire) et 226-19 (coups et blessures involontaires). Ces qualifications pénales sont celles qui sont le plus souvent retenues à l'encontre des personnels médicaux et de soins.

Les fautes génératrices de la responsabilité pénale résident dans une «*maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements*». Cette infraction peut être le fruit d'une commission ou d'une

omission. Si la faute est constituée, peut importe le degré de gravité de celle-ci, dans la mesure où elle est la cause de souffrances, de maladies, d'infirmités ou du décès des personnes soignées.

Notons que la maladresse est coupable si elle résulte de la méconnaissance des règles fondamentales de l'exercice professionnel garantissant la sécurité du patient. L'imprudence, quant à elle, est coupable si elle se manifeste dans des actions téméraires excédant les compétences de l'infirmière. Enfin, l'inattention, la négligence, la non observation des règlements sont fautives si elles traduisent l'ignorance ou le mépris des devoirs professionnels.

Pour qu'un infirmier soit mis en examen ou prévenu de coups et blessures involontaires, il faut qu'une faute professionnelle ait été la cause d'un dommage certain. Une faute incontestable dans les soins infirmiers n'ayant provoqué aucun dommage pour le patient ne peut faire jouer la responsabilité pénale.

Ainsi, une infirmière qui intervertit l'administration de remèdes entre deux patients, sans que cela soit un inconvénient pour ces derniers, ne peut être poursuivie faute de préjudice.

Par contre, les condamnations peuvent être prononcées pour des fautes même légères ayant eu de graves conséquences.

L'infirmière peut être amenée à provoquer des décès. Les poursuites et les condamnations d'infirmiers pour homicide involontaires sont fréquentes. Elles peuvent être la conséquence d'une erreur dans l'application d'une prescription médicale (*ex : Une élève d'un service de psychiatrie prépare des potions à base*

de sirop de sucre, en ajoutant 30 et 60 cm³ de somnifère, alors que la prescription portait 30 et 60 gouttes¹⁹¹) ; ou encore d'une erreur sur la nature du médicament : problème relatif aux fiches médicales et infirmières (ex : l'interne du service d'un centre hospitalier public inscrit sur sa fiche ayant valeur d'ordonnance, les lettres «C.I.G.S.» désignant le protocole de soins prescrit à une malade par le chef de service, la surveillante complète correctement la fiche du dossier médical, en y indiquant les injections «V.M. 26»¹⁹²) ; ou enfin une erreur en matière d'identification de prélèvements en vue d'une vérification de compatibilité avant transfusion sanguine peut être aussi mortelle. Soulignons qu'une autre cause est source de contentieux du chef d'homicide involontaire, il s'agit de l'erreur assez fréquente d'inversion des tuyaux de gaz des appareils d'anesthésie et de réanimation.

c) Défaut d'assistance à une personne en péril

«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» (art. 226-6 du N.C.P.).

L'obligation d'intervenir est générale, puisque il n'est pas nécessaire qu'une autorité responsable n'ait à l'inviter ou à le contraindre. L'obligation d'intervenir

¹⁹¹ Cour d'Appel de Colmar du 2 mars 1961 ; in « La profession infirmière » ; J.S. CAYLA, op. Cité, p 177

¹⁹² Cour d'appel de Lyon du 23 mars 1984 ; Ibid. p 178

est certes une obligation qui pèse sur toute personne, mais le fait que l'infirmière soit une professionnelle du soin constitue une circonstance aggravante si l'omission est caractérisée. Ceci se justifie dans la mesure où mieux que quiconque, à l'exception du médecin, elle est capable d'apprécier l'état de péril, d'apporter l'assistance convenable et de provoquer les interventions nécessaires.

Cette solution est applicable quelque soit la situation : que le péril soit hors de son milieu professionnel ou dans le cadre de son activité. Nous nous pencherons sur la seconde hypothèse, car la multiplication des intervenants peut confronter l'infirmière à une situation d'urgence, où le péril est caractérisé, soulevant, par là même, la question de la constitution de ce délit.

La loi punit celui qui s'abstient «*volontairement*» de porter secours, qui refuse consciemment, en toute connaissance de cause, d'assister une personne en péril. Il s'agit donc d'une infraction intentionnelle. Cependant, le refus de porter secours n'est coupable que si l'auteur a eu conscience du caractère d'imminente gravité du péril auquel était exposée la personne à secourir.

Cette conscience est consécutive à un constat direct ou indirect lorsque l'infirmière est avertie par un tiers. Dans l'hypothèse où la conscience est acquise indirectement, se pose le problème de l'appréciation. Lorsqu'une infirmière est prévenue par une aide soignante d'une situation grave, et que compte tenu des informations rapportées, elle décide de ne pas intervenir immédiatement, impliquant par là même le décès du patient : l'infirmière engage-t-elle sa responsabilité pour non assistance à personne en péril ?

Un arrêt de la Cour de cassation du 25 juin 1984¹⁹³ apporte une indication sur le délit de non assistance à personne hospitalisée en péril. Il s'agit de la femme d'un hospitalisé dans un service de traumatologie qui constate l'état alarmant de son mari et demande à l'infirmière-chef d'appeler un médecin. Celle-ci voit le malade, prend sa pression artérielle et aidée par une infirmière, lui fait une injection. *Elle ne juge pas utile de faire appel sur l'heure au concours d'un médecin.* En dépit de ses soins, le malade meurt peu après.

La Cour de Cassation rejette le pourvoi contre l'arrêt de la Cour d'Appel de Colmar et confirme son ordonnance de non-lieu au motif que, si l'infirmière-chef n'avait pas jugé utile de faire immédiatement appel au concours d'un médecin, il s'agissait d'une erreur d'appréciation et non d'une abstention de porter secours.

Dans le doute, l'infirmière ne doit pas s'abstenir, mais au contraire intervenir immédiatement ou faire appel à un médecin avant qu'il ne soit trop tard, car l'erreur d'appréciation, si elle ne permet pas de poursuivre l'infirmière du chef d'inculpation de non assistance à personne en péril, expose tout même cette dernière à des poursuites pour coups et blessures ou homicide involontaire.

Il est de même possible, que la soignante n'intervienne pas, jugeant la situation hors de sa compétence. Cette appréciation ne l'exonère pas, car ce serait ignorer les commandements qu'exige une situation d'urgence. Elle se verra reprocher une confusion ou s'entendre dire qu'en cas d'urgence, donc de péril imminent, l'infirmière, non seulement peut, mais doit accomplir les actes de soins, thérapeutiques ou conservatoires qu'exige la situation, même si certains des gestes réalisés relèvent juridiquement de la compétence médicale.

¹⁹³ Crim. 25 juin 1984 ; *in* « La profession infirmière » ; J.S. CAYLA, *op.cité* p 174

L'hypothèse d'une conscience indirecte met en évidence l'importance de l'information et de la communication entre le personnel, quelle que soit sa discipline, dans l'activité de soin. Aujourd'hui, cette information est devenue un enjeu majeur, lourd de conséquence, en matière de responsabilité si sa gestion ou sa circulation sont défailtantes. Cette responsabilité oblige l'infirmière à être parfaitement diligente dans le recueil de l'information mais aussi à exiger autant que possible, dans un souci d'anticipation, un protocole d'urgence lorsqu'elle l'estime nécessaire. Ces précautions permettent aux personnels de santé d'éclaircir les zones d'ombre en matière de responsabilité, puisqu'elles dégagent les responsabilités de chacun lorsqu'une situation exige une intervention rapide.

La seule justification permettant à l'infirmière de ne pas intervenir réside dans la mise en danger de sa santé, de sa vie, ou encore de celle d'un tiers. La première hypothèse est très peu probable si l'on considère que le risque majeur est la contamination. Rappelons que ce risque fait partie intégrante de la profession, et ne peut, sauf dans des situations exceptionnelles, être invoqué. Par contre, concernant la mise en danger d'un tiers, même si, ici aussi, l'hypothèse reste rare, elle sera reconnue comme un justificatif. Il s'agit de la situation où l'infirmière, au moment où elle est informée d'un péril imminent, s'occupe d'un patient lui-même en situation périlleuse. Le seul reproche qui pourrait être invoqué est de ne pas avoir provoqué, si cela était possible, les secours nécessaires concernant le second patient.

Une dernière situation, où il fut reconnue une justification légitime de ne pas porter secours, est tirée d'un arrêt de la Chambre Criminelle du 3 janvier 1973¹⁹⁴ à l'égard du médecin. Cette solution pourrait être retenue par analogie au profit de l'infirmière. Il s'agissait d'un médecin confronté à un «*refus obstiné et même agressif*» du malade, sur lequel il doit intervenir.

La problématique de l'applicabilité du délit de non assistance à personne en péril, soulève nombre d'interrogations sur la qualification à retenir dans les hypothèses d'une interruption volontaire de grossesse (I.V.G.) et de l'euthanasie passive.

La loi du 17 janvier 1975¹⁹⁵, prévoit que le médecin et ses auxiliaires peuvent invoquer une clause de conscience leur permettant de ne pas pratiquer l'acte chirurgical. Cette clause est opposable, de la même manière, pour une I.V.G. thérapeutique alors que dans pareille situation l'intervention s'impose au risque de mettre en péril la mère ou l'enfant à naître atteint d'une pathologie particulièrement grave, reconnue incurable au moment du diagnostic. Au regard du péril que le refus d'intervention fait courir, est-il correct d'admettre que l'infirmière n'encourt pas des poursuites pénales du chef de non assistance à personne en péril ? Pour de nombreux auteurs, il semble que le péril doit effacer toutes les convictions religieuses, morales, éthiques ou philosophiques permettant d'invoquer ladite clause. C'est donc admettre l'idée qu'une partie du dispositif de la loi de 1975 est inapplicable par des intérêts protégés et jugés

¹⁹⁴Ch. Crim. 3 janvier 1973 ; Bull. Crim., 1, n°2, p 4

¹⁹⁵Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 ; déjà citée

supérieurs. La solution semble plutôt se trouver dans un compromis entre le texte et l'analyse doctrinale qui en est faite. La liberté de ne pas intervenir doit être reconnue si le médecin, ou le service, dispose d'un personnel soignant suffisant, et prêt à collaborer à la réalisation d'une I.V.G. Si tel n'est pas le cas, il semble en effet que la protection de l'intégrité physique s'impose aux convictions morales du personnel soignant.

Enfin, concernant l'euthanasie passive, le fait pour le personnel médical et soignant de ne plus donner les soins permettant de maintenir en vie un patient condamné, constitue-t-il le délit ? S'il est constant en la matière que la jurisprudence se montre relativement clémente envers les auteurs d'une euthanasie passive, le délit n'en reste pas moins constitué.

d) La mise en danger du patient

Le législateur s'est voulu intransigeant avec les comportements délibérément inconscients et irrespectueux avant qu'ils aient pu provoquer un dommage. Ce souci de circonscrire les situations à risques consciemment créées s'exprime par l'appropriation du délit de la mise en danger d'autrui en direction des personnels soignants.

1/ Le délit de mise en danger d'autrui

Le délit de mise en danger d'autrui est conçu dans un objectif préventif, puisqu'il sanctionne tout comportement créateur d'un danger en dehors de la réalisation de tout dommage. L'objectif est d'éviter que la répétition de ce comportement n'aboutisse à la réalisation de ce danger.

Ce délit a été pour l'essentiel inspiré pour lutter contre les comportements dangereux soit commis par les automobilistes soit rencontrés en droit du travail. Le domaine d'application n'étant pas envisagé de manière restrictive, il ne fait de doute que ce délit peut être retenu pour toute activité professionnelle (ou non professionnelle) soumise à une obligation particulière de sécurité. En effet, l'article 223-1 du nouveau code pénal dispose d'une manière parfaitement claire que toute personne pourra être punie, d'un an d'emprisonnement et de 100 000 fr. d'amende, si elle expose "*directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessure de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement*". Cette disposition permet de sanctionner, dans le milieu hospitalier, les méconnaissances des prescriptions aux règlements d'hygiène et de sécurité de travail.

Il est intéressant de se pencher sur l'applicabilité de ce délit sur le personnel de santé, en particulier la profession infirmière.

2/ La mise en danger d'autrui et le personnel de soins

Les auteurs s'accordent à exclure les infractions pouvant naître d'une violation des obligations d'ordre général de prudence ou de sécurité. Seul le caractère

particulier d'une telle obligation peut faire l'objet d'une incrimination de ce chef si la violation est caractérisée. Il s'agit des « *obligations qui imposent une conduite circonstanciée indiquant avec précision le comportement à adopter en présence d'une situation précise* »¹⁹⁶.

Pour le corps médical, il est intéressant de se pencher sur quelques dispositions du code de la santé publique qui prévoient une obligation particulière de sécurité. Il s'agit par exemple de l'article D 712-32 et de l'article 712-33, le premier prévoit des dispositions spéciales de sécurité pendant les heures d'ouverture d'une structure pratiquant l'anesthésie, le second concernant le domaine de chirurgie ambulatoire, les unités composant ce secteur doivent être aménagées de manière précise pour garantir un maximum de sécurité pour le patient.

S'agissant du corps infirmier, on peut retenir pour exemple de dispositions particulières de sécurité, le fait de respecter la prescription quantitative et qualitative pour les actes de soins requérant le rôle délégué de l'infirmière.

De plus, selon le décret du 16 février 1993, on peut considérer que constituent des dispositions particulières de prévention, entre autres, l'article 10 qui prévoit la non utilisation de techniques qui feraient courir au patient un risque ou encore l'article 11 qui rappelle les règles d'hygiène à respecter ou enfin l'article 33 qui réglemente les dispositions de sécurité que doit adopter l'infirmière libérale dans l'exercice de son activité.

Il appartiendra au juge d'apprécier et de déterminer pour chaque cas d'espèce la nature particulière ou non de l'obligation enfreinte.

¹⁹⁶ Muriel Isabelle CAHEN ; « Mise en danger », p 64

Pour que le délit puisse être caractérisé, il doit être établi que la violation du règlement entraîne pour le patient un *risque immédiat de mort, de mutilation ou d'infirmité permanente*.

Le risque constitue une réalité permanente pour le corps médical ainsi que pour l'infirmière. C'est la violation d'une disposition particulière de prudence qui expose directement le patient qui constitue le délit. Ainsi pour l'infirmière, le non respect d'une règle d'hygiène dans un service de soins peut constituer le délit si cette violation expose directement le patient à un péril grave et imminent. Rappelons que cette violation doit être, selon les termes de l'article 223-1 du Code pénal, délibérée, sachant que le professionnel ne peut invoquer pour sa défense l'ignorance illégitime, comme l'ignorance des règles qui régissent l'exercice de son activité.

Nous pouvons considérer que ce délit consacré par le nouveau code pénal, s'il est applicable au corps médical, peut être retenu pour les soignants, qu'ils soient auteurs ou complices.

Néanmoins, si l'on considère comme nous l'avons vu précédemment que le rôle propre est constitué par un ensemble d'actes n'impliquant aucune manipulation violente ni percement de la peau, on peut estimer que le risque immédiat de mort, de mutilation ou d'infirmité permanente se fera rare. C'est donc dans son rôle technique subordonné au médecin que les règles de sécurité seront les plus présentes et dont la violation risque d'exposer le patient à pareils dangers.

Une dernière remarque est à souligner concernant l'applicabilité de ce nouveau délit au corps infirmier. En effet, il est intéressant de noter que si la violation des règles particulières de sécurité exposant le patient à un risque immédiat de mort, mutilation ou infirmité permanente, autorise la poursuite judiciaire d'une infirmière sur la base délictuelle alors même que le dommage n'est pas réalisé, sa réalisation peut exposer le même auteur à une poursuite contraventionnelle pour la même violation si le dommage causé est moins grave que ce qu'il a laissé présager (article R 625-3 C.P.).

Force est de constater que la profession infirmière, comme tout professionnel de santé, doit connaître particulièrement toutes les règles de sécurité s'appliquant à sa profession, notamment vis à vis des malades.

La multiplication des erreurs, source d'un contentieux en responsabilité pénale, constitue une vraie préoccupation pour le personnel infirmier. En effet, les restrictions budgétaires conjuguées au nombre de lits, de plus en plus important dont l'infirmière est responsable, impliquent une surexposition aux poursuites devant les juridictions répressives, qui peut affecter l'exercice professionnel.

PARTIE II Redéfinition des pouvoirs hospitaliers de la profession infirmière`

Avant même d'étudier la montée en puissance des infirmières au sein des structures hospitalières, qu'elles soient organisationnelles ou décisionnelles, il nous faut rappeler que dans le même temps, indépendamment de cette dynamique, le corps médical perd de son aura au sein de l'hôpital. Cette perte de prestige n'est pas circonscrite au seul milieu hospitalier, elle s'étend à l'ensemble de la société.

Dans le milieu hospitalier, la perte d'influence du corps médical tient au fait que la profession a explosé en plusieurs groupes, consécutivement à l'émergence et à l'évolution de nouvelles techniques, et donc, de nouvelles spécialités. Cette multiplication des spécialisations implique l'apparition d'autant de groupes et de spécificités professionnels, avec son lot d'antagonismes qui n'ont eu de cesse de s'exacerber, tant du point de vue générationnel que hiérarchique.

Tandis que les spécialisations et la rigidité hiérarchique n'ont fait qu'affaiblir le corps médical, apparaissait une profession aux compétences sans cesse accrues, faisant preuve d'une grande détermination quant à son rôle hospitalier. Alors qu'un corps professionnel perd de son homogénéité, un autre commence à s'organiser inéluctablement.

La détermination avec laquelle la profession infirmière revendique une participation accrue au sein de l'hôpital concerne tant l'organisation des activités de soins que sa participation auprès des instances décisionnelles.

Chap 1 La consécration de la participation infirmière dans l'organisation des activités de soins

Le plus grand changement survenu à l'hôpital au cours des trente dernières années tient au fait qu'il est devenu une organisation complexe, une structure dans laquelle un grand nombre de professionnels doivent travailler dans leur domaine de compétence et de spécialisation respectives mais nécessairement ensemble. Cette orientation dans le sens de la coopération interprofessionnelle est nouvelle puisque dans le passé, seuls les médecins qui disposaient d'un personnel limité, polyvalent et motivé par le dévouement, étaient considérés. Or, aujourd'hui tel n'est plus le cas, en raison de la multiplicité des professions et des spécialisations devenues pléthoriques.

Le mouvement infirmier d'octobre 1988 a mis en exergue, parmi d'autres revendications, le désir de reconnaissance de la profession infirmière en tant que groupe. La réforme de 1991 répond à ce souhait, puisqu'elle prévoit la création d'un service de soins infirmiers (S.S.I.) dont les missions seront notamment l'organisation des soins infirmiers, la recherche et l'évaluation, mais aussi la participation aux programmes de formation. En outre, est prévue la création d'un conseil de service ou de département qui devrait permettre l'expression des différents acteurs, au sein même d'une équipe de travail.

Mais avant de développer ces deux aspects de l'émancipation organisationnelle de la profession infirmière, nous étudierons sommairement la problématique posée aux pouvoirs publics en ce domaine.

Section 1 La problématique organisationnelle hospitalière

La problématique organisationnelle se traduit essentiellement dans la complexité structurelle propre à l'hôpital. Cette spécificité représente, sans nul doute, un frein notable à toute émancipation. Néanmoins, la volonté de réforme menée par les cadres infirmières est inéluctable, en dépit des résistances hospitalières.

§1 Les difficultés inhérentes à l'hôpital

Un groupe qui doute de son identité professionnelle subit les contraintes d'organisation, perdant par là même la conviction d'agir.

Pour satisfaire sa reconnaissance au sein d'une structure hospitalière, la pratique du soin doit connaître une consécration statutaire et parfaitement identifiable aux côtés des autres personnels de santé (en l'occurrence du corps médical). Cette reconnaissance dont la profession infirmière a besoin pour affirmer sa fonction et pour renforcer le groupe auquel elle appartient, est amorcée depuis une vingtaine d'années, et est renforcée par la loi hospitalière du 31 juillet 1991. Néanmoins, l'émancipation organisationnelle ne se fait pas sans mal.

C'est parce que l'organisation hospitalière souffre de sa bureaucratie, en raison d'une réglementation inflationniste récurrente, que la consécration

organisationnelle d'une profession qui connaît une évolution technique très rapide modifiant sans cesse ses contours, est particulièrement difficile. Cette situation freine la mise en place d'une gestion participative qui associerait la totalité des acteurs à un double dessein commun : le meilleur soin au profit du patient et une gestion efficiente des activités de soins. En effet, pour être atteints, ces objectifs nécessitent une collaboration interprofessionnelle intelligente et volontaire. Selon M Ph. DUC MARGE *«Le collectif de travail doit être non seulement pensé comme un facteur d'organisation rationnelle des activités, mais aussi, et peut être avant tout, comme une instance de légitimation où se consacrent la reconnaissance sociale et la valeur singulière de ce que chacun apporte à l'oeuvre commune»*¹⁹⁷

Le mouvement infirmier, en tant que groupe responsable, tient une place importante quant aux modifications de la législation hospitalière, concernant la revalorisation de la profession dans l'organisation.

Ainsi, jusqu'à cette date, la profession fait l'objet d'une méconnaissance dans le fonctionnement et l'organisation hospitaliers, de certains aspects de son rôle propre, tels que les actions en matière d'éducation, de prévention ou d'information envers le patient. Pourtant, ces aspects doivent impliquer davantage l'intégration du personnel soignant dans l'organisation générale des activités, afin que soit mise en place l'approche globale des soins souhaitée par les pouvoirs publics.

¹⁹⁷M Ph. DUC MARGE ; « Le défi des identités professionnelles à l'hôpital : être soi avec les autres » ; p 352

Au delà de cette méconnaissance, le travail en équipe restait lourdement hypothéqué tant que la répartition des compétences et des responsabilités n'était pas plus clairement définies-. En effet, la responsabilisation du corps infirmier était freinée par son rôle délégué trop largement utilisé par les médecins selon des protocoles manquant de transparence. De plus, malgré l'alourdissement de la charge de travail lié à la multiplication des actes techniques ou à la mise en place de nouvelles formes de prises en charge du patient (ex :accompagnement en fin de vie), faisant de l'infirmière une actrice centrale dans l'organisation hospitalière, ses responsabilités n'en étaient pas pour autant accrues. La disproportion entre les missions et la responsabilité organisationnelle était patente.

La réforme du 31 juillet 1991 est élaborée à partir de l'ensemble d'observations réalisées par plusieurs missions¹⁹⁸ composées d'experts, auxquelles seront associées des représentantes infirmières, mais aussi par les parlementaires dans leurs travaux préparatoires. A l'issue des consultations, réunions et études sur le milieu hospitalier, les pouvoirs publics prennent acte des difficultés et des dysfonctionnements rencontrés par le monde hospitalier, et en particulier l'organisation interne et les règles de fonctionnement qui n'échappent ni aux rigidités ni aux cloisonnements, alors que l'évolution très rapide des techniques imposerait une grande souplesse d'adaptation.

¹⁹⁸Parmi ces groupes nous étudierons la mission COUTY, la mission DESCOURS et le rapport de Mme Michèle ANDRE...

Aujourd'hui, la dispersion des responsabilités comme l'insuffisance du dialogue participent très largement aux inquiétudes des personnels et au malaise que ressent l'hôpital. En conséquence, le Gouvernement fixe dans son projet de loi, le développement des responsabilités des acteurs du système hospitalier, mais aussi l'amélioration de la concertation et du dialogue au sein des établissements. Cette démarche s'inscrit dans une logique médicale d'organisation sanitaire, qui pourrait devenir une logique plus générale de soin, dont l'objectif est la rationalisation des activités de soins. Ainsi, il s'agit pour les pouvoirs publics de promouvoir la participation de tous les soignants, médicaux ou non médicaux, et de ce fait, la responsabilisation et l'émancipation organisationnelles de chacun.

§2 Le cadre infirmier : clé de voûte de la reconnaissance organisationnelle

D'évidence, la place tenue par le corps des cadres infirmières dans l'émancipation organisationnelle est déterminante.

Il est important de souligner que la volonté de l'infirmière de participer, de manière active, à l'organisation de l'activité des soins et à la politique hospitalière est, pour l'essentiel, amorcée par les cadres infirmières. En effet, pour ces dernières, l'objectif est de valoriser leur rôle, et donc, leur place dans la structure hospitalière, notamment dans les procédures organisationnelles des activités de soins. Les cadres aspirent à exercer un rôle de complémentarité avec le médecin, un rôle de pilotage de l'équipe soignante et de collaboration avec l'équipe de direction. Il doit donc lui-même se situer en personne responsable et autonome. Son rôle doit s'inscrire dans un quotidien à gérer, mais aussi dans une vision prospective afin d'opérer les changements qui doivent permettre à l'équipe soignante de s'affirmer.

Cette valorisation ne pouvait être acquise que par la consécration institutionnelle de la profession, c'est-à-dire par la création d'un service de soins infirmiers ou encore par la revalorisation de l'encadrement dans les structures médicales hospitalières. Et pourtant, les experts chargés d'élaborer des propositions à partir de leurs observations en la matière, relèvent les difficultés qui se posent comme autant de freins à une action participative efficace au sein des structures de soins. Selon eux, *«l'encadrement est de moins en moins en mesure de jouer le rôle de*

premier plan qui doit être le sien dans l'équipe soignante». Les sources de ce hiatus tiennent à leur statut, leur faible rémunération, mais aussi au fait qu'en 1988 un décret abrogeait la fonction de «*surveillant chef*»¹⁹⁹. Toutes ces causes furent à l'origine du «*malaise infirmier de 1988*», et donc, retenues pour élaborer un projet permettant de revaloriser la profession dans l'organisation hospitalière. En effet, au moment de la réflexion préalable à la réforme du 31 juillet 1991, la Mission M. C. DESCOURS relève que «*pour une très grande majorité des soignants, la surveillante est confinée dans une fonction de gestionnaire des moyens matériels et humains du service*». Par ailleurs, le rôle était ressenti moins comme «*l'interprète des besoins du service auprès de l'administration que d'être le relais de cette dernière pour faire appliquer dans les services des orientations décidées sans concertation*»²⁰⁰.

Il apparaît que la mission du cadre infirmier oscillait entre deux positions extrêmes : soit, soumis à l'autorité du médecin, faisant partie de l'équipe soignante, assujetti aux mêmes horaires que les infirmiers, participant directement aux soins, se montrant en exemple : en «*super infirmier*» soit, au contraire, se conformant à un modèle administratif se situant en «*cadre gestionnaire*», renonçant à toute spécificité soignante.

Leur rôle était donc particulièrement difficile, en contradiction avec la valorisation que peut rechercher tout professionnel dans sa voie hiérarchique.

Force était de conclure que «*la fonction d'animateur de l'équipe soignante, maintes fois proclamée, relève davantage du discours que de la réalité.*»²⁰¹

¹⁹⁹Décret n° 88-1079 du 30 novembre 1988 ; J.O. 1er décembre, p 14953

²⁰⁰ Charles. DESCOURS ; Rapport d'information ; Sénat n° 396 ; 1989, p 114

²⁰¹ Ibid.

C'est à partir des aspirations de l'encadrement infirmier et de ces constats que le législateur en 1991 a, d'une part, introduit une structure professionnelle participative : le service de soins infirmiers (S.S.I.) dont l'infirmière générale est la responsable en sa qualité de membre de la direction et d'autre part, renforcé la participation des cadres dans l'organisation des structures de soins existantes avec la création d'un Conseil de service ou de département. Dès lors, le cadre infirmier, et plus généralement la profession, connaît une forte valorisation de sa capacité à participer au fonctionnement des structures de soins. Dorénavant, le corps infirmier est sous l'autorité du médecin, mais aussi des cadres infirmiers.

Cette émancipation de l'encadrement infirmier ne se réalisa pas sans résistance de la part des responsables médicaux hospitaliers, comme le démontre un article de l'association nationale des présidents et vices présidents des commissions médicales d'établissements des centres hospitaliers. En effet, l'opposition est manifeste, et se traduit par une remise en cause du service infirmier et de ses attributions : *«Il n'apparaît pas admissible que l'infirmier général, consacré par la loi, directeur du service de soins infirmiers et tout à la fois membre de l'équipe de direction, organise un service infirmier totalement autonome... Sans méconnaître le rôle de l'infirmier général, l'avis médical paraît devoir être prévalant sur toutes les questions concernant l'organisation du service, l'élaboration des projets de secteur... et plus concrètement, les problèmes de recrutement des personnels infirmiers, de leur affectation dans les différentes unités de soins, de leur mutation éventuelle»*²⁰².

²⁰²ORIAU M. ; « Du Soi Niant au Soignant... », p 28

Section 2 Emancipation des cadres infirmières auprès du corps médical

Le cadre infirmier, d'abord « *sous l'autorité* » puis « *assistant* » du responsable médical de la structure de soins, voit son rôle organisationnel s'accroître. L'évolution des prérogatives du cadre infirmier permettront, à terme, de modifier la nature des responsabilités des structures de soins.

§1 Evolution du cadre infirmier dans les structures médicales

Traditionnellement, au travers de son encadrement, le corps infirmier a accompagné, avec plus ou moins d'efficacité, les responsables médicaux à la tête des structures médicales. Sa participation s'est lentement affirmée, puisque le cadre infirmier est passé lentement de responsable des soins infirmiers « *sous l'autorité médicale* » à la qualité « *d'assistant* » auprès du responsable médical dans l'organisation et le fonctionnement du service ou du département. Cet aspect organisationnel de l'activité infirmière est l'émanation d'un concept en permanente évolution : l'équipe soignante. Pour devenir une réalité, celle-ci doit être pluridisciplinaire, privilégier la concertation et la responsabilité partagée. Ces caractéristiques sont la condition *sine qua non* d'une gestion efficace des activités de soins, dans une logique de prise en charge globale du patient.

C'est, peut être, par le renforcement de la collaboration entre infirmiers et médecins, cadres infirmiers et responsables médicaux, au sein des structures de

soins existantes, que la profession infirmière sera la plus efficace pour assurer ses nouvelles responsabilités organisationnelles.

A) Evolution du cadre infirmier

On peut se pencher sur la possibilité de voir évoluer la participation et la responsabilisation infirmière, non pas dans l'émergence de nouvelles structures qui sont souvent de nouveaux cloisonnements, mais par le développement de la collaboration et de l'interdépendance au sein de structures déjà existantes. En effet, la profession a, de plus en plus, le sentiment d'appartenir avec le corps médical à une équipe soignante, en ce sens où elle remplit des tâches spécifiques et indispensables à l'ensemble ; tâches qui ne sont pas nécessairement toutes hiérarchisées.

En ce qui concerne la hiérarchie interne à la profession, notons que l'on rencontre les surveillants et surveillants chefs, qui sont à la tête d'une équipe de soignants rattachée à une structure médicale. En revanche, l'infirmière générale, créée en 1975, est aussi le fruit d'une hiérarchie interne, mais se caractérisant par une action d'animation et de coordination de l'ensemble du personnel soignant hospitalier. Sa mission est double : elle doit assurer d'une part, une fonction de cadre paramédical et, d'autre part, une fonction de cadre administratif, puisque membre de l'équipe de direction. Nous verrons successivement le rôle des surveillantes et surveillantes chefs, que nous appellerons pour plus de commodité

les cadres infirmiers, puis le rôle de l'infirmière générale, en matière d'organisation des soins infirmiers et ses responsabilités auprès des responsables médicaux en charge de la direction des structures de soins.

a) La surveillante et surveillante chef : cadre du service médical

A propos des fonctions de cadres infirmières, nous verrons le chemin parcouru par ces dernières, et ce, à travers quelques textes essentiels, qui d'une manière générale se font rares. Si la réglementation est peu importante par rapport à leurs fonctions, elle situe, néanmoins, le cadre infirmier dans la hiérarchie du service infirmier et délimite sa marge de manoeuvre. L'avantage du nombre limité de textes et de leur relative imprécision est d'avoir permis à la profession de jouir d'une plus grande latitude pour développer et promouvoir son rôle auprès du corps médical, mais aussi du personnel placé sous son autorité.

Concernant les textes, nous débutons notre tour d'horizon avec le décret du 27 avril 1943, relatif aux hôpitaux et aux hospices publics, selon lequel *«les surveillants et les surveillantes dirigent les infirmiers et le personnel de service sous l'autorité du directeur... pour les questions administratives et sous l'autorité du médecin chef de service pour les soins donnés aux malades.»*²⁰³ . Cette définition précise le contour de la fonction mais reste vague quant à ses attributions spécifiques. De plus, force est de constater que la cadre infirmière ne

²⁰³Décret n°891 du 17 avril 1943 ; J.O. 27 avril p 1156 et s.

dispose pas , tant du point de vue administratif que de celui du soin, d'une quelconque autonomie en matière de gestion du personnel soignant non médical.

L'ordonnance du 11 décembre 1958²⁰⁴ n'apporte aucune innovation quant aux rapports existant avec le chef de service et ne modifie en aucune façon ses attributions en ce qui concerne l'organisation des soins et ses responsabilités plus générales dans le fonctionnement du service. Néanmoins, lors des débats et dans les travaux de la commission DEBRE, l'idée de l'équipe soignante émerge et sera reprise par de nombreux auteurs par la suite.

La loi du 31 décembre 1970²⁰⁵, si elle ne modifie pas fondamentalement les prérogatives organisationnelles de l'infirmière, reste importante pour la profession car, en assouplissant le service médical, elle permet de reprendre le concept d'équipe. En effet, avec le décret du 6 décembre 1972²⁰⁶ et la circulaire du 29 octobre 1973²⁰⁷, prise pour application, est introduite la notion d'unité conçue *«...comme le plus petit élément de diagnostic et de traitement constituant le lieu d'action d'une même équipe. En matière de soins, l'unité est constituée d'un ensemble de lits, dont le nombre est variable (4 à 30) confiés à une équipe d'infirmières soignantes dirigée et animée par une infirmière responsable. Le service représente plusieurs unités placées sous la responsabilité d'une équipe médicale animée par un chef de service »*.

²⁰⁴Ordonnance n°581198 du 11 décembre 1958 ; J.O. du 12 décembre, p 11169

²⁰⁵Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 ; J.O. du 3 janvier, p 67 et s.

²⁰⁶Décret 72-1078 du 6 décembre 1972 ; J.O. du 7 décembre, p 12626 et s.

²⁰⁷ Circulaire n° 1007 du 29 octobre 1973

Tout l'enjeu réside dans un processus qui permette d'une part, l'abandon des seuls éléments matériels comme critères constitutifs d'un service (équipements et lits) et, d'autre part, l'adoption d'une logique de prise en charge globale du patient. L'intérêt de cette démarche consiste à faire évoluer les notions d'équipes (médicales et infirmières) vers l'idée d'une équipe soignante pluridisciplinaire : « *l'équipe de soins* ».

Avant de poursuivre notre étude sur l'évolution de sa fonction et sur son rôle, en termes de responsabilités organisationnelles dans le fonctionnement des structures de soins, observons que ce n'est qu'à partir de 1975²⁰⁸ que les surveillants ont obtenu la création d'un Certificat de cadre infirmier (à la fonction de moniteur ou de surveillant : C.C.I.M. ou C.C.I.S.). En effet, avant cette date, les institutions hospitalières nommaient les surveillants seulement sur la base de l'ancienneté²⁰⁹. L'apparition du certificat marque le début d'une évolution, qui s'est traduite dans le sens du changement, de la dynamisation des ressources humaines par le management. Ce phénomène est compréhensible dans la mesure où le certificat ouvre la voie d'une promotion sociale nouvelle, volontariste, s'inscrivant dans une identification catégorielle.

Avec la loi du 3 janvier 1984, le législateur entend modifier l'organisation des activités de soins par une modification des structures institutionnelles de soins. Cette modification va permettre à la profession infirmière de valoriser son activité et son rôle participatif dans l'équipe soignante. En effet, la réforme

²⁰⁸Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 ; J.O. 12 octobre, p 10566

²⁰⁹Aujourd'hui le recrutement se fait de trois manières : l'ancienneté, l'école des cadres et grâce à un examen professionnel.

hospitalière marque un changement fondamental dans l'organisation des activités et dans le domaine de la participation des personnels. Selon le rapport, accompagnant ladite loi, il s'agit de mettre en place une structure permettant de tenir compte de la multiplicité des compétences pour organiser une prise en charge globale du patient : ce sera la départementalisation. Le progrès contenu dans cette nouvelle structure apparaît par le fait que *«l'organisation et le fonctionnement des départements traduisent la volonté d'assurer au sein de l'hôpital une plus grande cohérence des équipes médicales en y associant les différentes catégories du personnel»*. De plus, cette structure permet de regrouper *«des personnels médicaux, paramédicaux et techniques sur la base d'une complémentarité liée, soit à la nature des affections prises en charge, soit aux techniques de diagnostic et de traitement mises en oeuvre »*²¹⁰.

Au delà de la modification terminologique, dans la mesure où est substituée à la notion de « *service* » celle de « *département* », le législateur désire modifier en profondeur le fonctionnement des structures soignantes de base.

Cette réforme va conduire le personnel infirmier à s'intégrer dans l'organisation des soins, et donc, à assurer des responsabilités aux côtés du chef de département, puisque l'article 4 alinéa 1 de la loi dispose que *«...chaque département groupe ceux des membres du personnel de l'établissement qui concourent à l'accomplissement d'une tâche commune caractérisée par la nature des affections prises en charge ou des techniques de diagnostic et de traitement mises en oeuvre, ou qui sont chargés de recueillir et de traiter les*

²¹⁰ Rapport au Premier Ministre ; J.O. du 29 décembre, p 4024

informations de nature médicale de l'établissement»²¹¹. L'intégration de l'infirmière dans l'équipe soignante est, dès lors, amorcée, même si elle n'est pas encore formulée comme telle.

L'alinéa 2 du dispositif susvisé dispose que «Les activités du département sont placées sous l'autorité d'un chef de département. Cette autorité ne porte pas atteinte aux responsabilités médicales des praticiens telles qu'elles résultent de l'organisation interne de l'établissement. Le chef de département est assisté, suivant les activités du département, par un cadre paramédical nommé par le directeur de l'établissement ; lorsque ce cadre paramédical est une infirmière ou un infirmier de l'établissement, il est nommé sur proposition du responsable infirmier de l'établissement ».

A la lecture de ce texte, on constate que, non seulement, dans la mission relevant du département est intégré le personnel soignant, pour la réalisation des objectifs communs, mais aussi que la direction de cette charge, si elle est sous l'autorité du chef de département, est assistée par un cadre paramédical. L'idée qu'un cadre infirmier assiste le chef du département sous-tend une implication en matière d'organisation des activités soignantes et à l'ensemble du processus de la prise en charge. Cette implication ne fait aucun doute d'autant que le texte précise bien, pour le corps infirmier seulement, que la nomination du cadre est faite sur proposition de l'infirmier responsable de l'établissement, en l'occurrence l'infirmière générale. En conséquence, il apparaît que l'activité et les responsabilités infirmières soient suffisamment importantes pour que lui soit

²¹¹ article 4 ; disposition insérée à la loi du 31 décembre 1970 sous l'article 20-1

reconnu un rôle participatif et un pouvoir accru dans la procédure de désignation de ses responsables.

Ce qui constitue une avancée substantielle dans la politique de participation du personnel est, sans conteste, la mise en place d'une instance participative, en particulier le Conseil de département, dont la vocation est d'assister le chef de département : *«Le chef de département est assisté d'un conseil de département au sein duquel est représenté l'ensemble du personnel. Le conseil de département est consulté par le chef de département,, notamment, lors de l'élaboration du budget de l'établissement, sur les prévisions d'activité et de moyens afférents au département»*²¹². Ce conseil, outil de participation et d'expression, constitue un progrès pour le personnel soignant, dans la mesure où il offre un pouvoir propositionnel important. En effet, selon le décret du 2 décembre 1985²¹³, les membres du Conseil de département ont la possibilité de faire des propositions en ce qui concerne les objectifs médicaux et les moyens permettant de les atteindre ; il peuvent formuler des propositions en vue de la préparation du budget annuel de l'établissement et du suivi de son exécution, des observations sur le tableau d'activité et des moyens du département. Ils disposent aussi d'un pouvoir de proposition en ce qui concerne la répartition des vacances d'attachés et sur les emplois non médicaux affectés aux département. Enfin, ils participent à la définition des modalités d'utilisation des matériels mis à la disposition du département.

²¹²ibid. ; alinéa 4

²¹³ Décret 85-1301 du 6 décembre 1985 ; J.O. du 10 décembre, p 14328

Notons, que ce pouvoir propositionnel est offert aux membres du conseil, sans être pour autant une obligation. Il faut souligner que quel que soit l'usage fait par le conseil de ces prérogatives, il est toujours consulté par le chef de département en ces matières (de la même manière la consultation est obligatoire pour le chef de département qui se trouverait opposé aux propositions du conseil). Il est clair que la sollicitation des personnels est largement initiée, et ce, dans des domaines qui impliquent une collaboration interdisciplinaire et une adhésion très large. Cette latitude d'expression est d'autant plus représentative que les membres du conseil sont élus, issus de trois collèges électoraux (médical, paramédical et autres personnels du département).

Néanmoins, nous ne devons pas perdre de vue que, si l'introduction du département et de son conseil est animée par le souci de permettre à toutes les catégories de personnel de s'exprimer au sein d'une structure organisationnelle, et donc, de redéfinir la nature de leur rapport, il n'en reste pas moins vrai que le corps médical reste prépondérant, puisqu'il reste majoritaire au sein dudit conseil.

Faute d'une adhésion suffisante, la réforme de 1984 ne s'est jamais traduite dans les faits. C'est la raison pour laquelle le législateur rétablit en 1987²¹⁴ la notion de « *service* », comme entité de base du fonctionnement hospitalier. Cependant, la notion a considérablement évolué par rapport au service antérieur à la loi de 1984, car, avec l'évolution des techniques, il est possible de rencontrer dans un service des « *unités* » (la loi de 1987 parle de « *pôles d'activités* ») qui nécessitent pour leur bon fonctionnement des praticiens spécialisés et un nombre important

²¹⁴J.M. CLEMENT ; op. Citée, p 80

d'infirmières très qualifiées : «*Les établissements d'hospitalisation publics sont organisés en service. Les services peuvent comporter des pôles d'activités et être regroupés, en tout ou partie en département.*»²¹⁵.

La loi hospitalière de 1987 constitue, néanmoins, pour la profession infirmière une régression considérable, en matière de participation dans l'organisation de son activité et dans le fonctionnement des structures de soins. Avec l'abandon du département, c'est tout un pan des moyens d'expression offert au personnel infirmier qui disparaît. Si le cadre paramédical, et le cas échéant infirmier, est maintenu aux côtés du chef de service, il n'est plus fait référence au pouvoir de proposition dont disposait ce dernier, bien que les attributions de l'infirmière générale, en la matière, n'aient pas été abrogées, ni même modifiées.

Dans le cadre de sa mission, le chef de service a parmi ses attributions, la responsabilité, la préparation du travail du personnel et l'organisation de l'application des soins. De plus, il doit veiller avec l'aide de ses assistants à la bonne prise des médicaments qu'il a prescrits. Comme on le voit la responsabilité du médecin chef est importante dans la sphère des activités en soins infirmiers.

De plus, avec l'abrogation de l'unité fonctionnelle au profit du pôle d'activités, à la tête duquel se trouve un praticien seul, c'est l'abandon du rôle d'assistant offert au cadre paramédical auprès du responsable de l'ancienne structure. En

²¹⁵ibid. art 1 modifiant l'article 20-1 de la loi de 1970

effet, l'article 31 du décret d'application en date du 28 décembre 1984 dispose que « *le praticien responsable de l'unité fonctionnelle est assisté... par un agent d'encadrement désigné après avis de ce praticien parmi les personnels paramédicaux ou le corps des sages femmes et sur proposition du responsable infirmier de l'établissement lorsqu'il appartient au corps des infirmiers* »²¹⁶

Mais et surtout, en ne reprenant pas le concept de «*conseil de département*», sous quelque forme institutionnelle que ce soit, le législateur retire un formidable outil d'expression et de participation à l'ensemble du personnel, en particulier au personnel infirmier, dans l'organisation et dans le fonctionnement des structures de soins. Ce recul est évident, même si le législateur a entendu maintenir, sous la responsabilité du chef de service, l'idée d'une réunion annuelle avec l'ensemble du personnel.

Enfin, l'idée du département n'est plus conçue comme unité médicale de base mais comme structure fédératrice qui, si elle maintient une relative participation du corps infirmier, n'en reste pas moins facultative²¹⁷.

Par conséquent, si l'infirmière tient une place importante dans l'activité globale du service, c'est essentiellement dans le cadre de sa compétence propre exercée individuellement. L'absence de structure d'expression et de participation constitue un handicap majeur dans le processus de formalisation de l'idée d'«*équipe soignante*».

²¹⁶ Décret n°84-1196 du 28 décembre 1984 ; J.O. du 29 décembre, p 4024 et s.

²¹⁷ *ibid.* ; art 2 ali.6 modifiant art 20-3 de la loi de 1970

Néanmoins, peu de temps après l'adoption de la loi de 1987, le niveau d'insatisfaction infirmier, mais aussi du personnel d'encadrement est très important. Ce mécontentement conduira les pouvoirs publics à trouver une réponse à leurs questionnements, et ce, en direction d'une valorisation professionnelle en qualité de groupe professionnel responsable et d'acteur institutionnel à part entière au sein des structures hospitalières de soins. En ce sens, et avant l'adoption des réformes de 1991, les missions et la fonction du cadre infirmier seront précisées par la circulaire du 20 février 1990, qui dispose, entre autre, que le cadre «...est responsable de la gestion d'une unité,...il a un rôle d'encadrement et d'animation ; il est responsable du soin... de l'organisation de la prescription médicale, il est une référence pour le soin spécifique... il a un rôle de coordination, de recherche »²¹⁸.

Cette définition était précédée par une autre circulaire en date du 10 mai 1989²¹⁹ émanant de la direction des hôpitaux, qui demande aux directions hospitalières de veiller aux fonctions d'encadrement de ses agents et, notamment, d'adresser ceux-ci aux écoles de cadre, afin de leur assurer une formation adéquate ; ceci, afin de permettre «la coordination des démarches de changement et faire évoluer l'organisation et les relations de travail à l'intérieur des équipes soignantes». De fait, la formation dans les écoles de cadre s'inscrit dans une volonté de reconnaître le cadre infirmier comme partenaire à part entière dans l'organisation des activités.

²¹⁸ Circulaire du 20 février 1990 ; B.O. DH/8A n°30

²¹⁹ Circulaire du 10 mai 1989 ; DH/9B n° 296

D'évidence, la profession doit s'imposer de manière institutionnelle, afin d'assurer pleinement sa mission et ses responsabilités dans l'organisation des activités et des structures de soins. De ce fait, il apparaît comme prioritaire, parmi les objectifs du projet institutionnel des établissements hospitaliers, de redéfinir les rôles et positionnements du cadre infirmier.

Si cette redéfinition est un impératif, c'est qu'il apparaît que la mission du cadre infirmier devient essentielle dans la dynamique de changement de l'hôpital. Un des rôles du cadre responsable de l'équipe n'est il pas de permettre la participation de tous, de responsabiliser chacun et d'encourager le processus d'autonomie individuelle et collective des infirmiers ?

Bien qu'il apparaît que le personnel infirmier d'encadrement dispose d'une responsabilité d'organisation sur le personnel soignant, il souffre d'une insuffisante définition concernant ses rapports avec le corps médical à ce sujet. En effet, être responsable d'un groupe sous les directives du responsable médical ne constitue pas en soi une émancipation organisationnelle. Il devenait urgent pour les pouvoirs publics de clarifier le niveau d'autonomie et de collaboration entre ces deux derniers, afin de baliser le champ d'intervention du cadre infirmier sur son personnel et dans la structure soignante en général.

b) L'infirmière générale : cadre infirmière paramédicale

Si nous utilisons le vocable de «*cadre infirmier paramédicale*», c'est à dessein, dans la mesure où nous nous pencherons sur ses responsabilités aux côtés des surveillantes et surveillantes chefs dans l'organisation des activités infirmières, mais aussi de ses responsabilités dans l'organisation et le fonctionnement des services auprès des responsables médicaux, en l'occurrence les chefs de service ou de département. Par conséquent, il s'agit de mettre en évidence ses attributions avant la création en 1991 du «*service de soins infirmiers*» qui inéluctablement l'écarte, un peu plus, des missions spécifiques des surveillantes et surveillantes chefs.

Les responsabilités des cadres infirmiers conférées à l'infirmière générale, depuis sa création en 1975, lui ont permis de participer activement à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux aux côtés des surveillantes et surveillantes chefs. En effet, avec le décret du 11 avril 1975²²⁰, il s'agit d'introduire une hiérarchie supplémentaire, qui se caractérise par une double fonction, l'une administrative et l'autre paramédicale. C'est sur ce dernier aspect que notre attention va se porter.

Le motif de l'apparition d'un cadre supplémentaire tient à la multiplication des tâches en soins infirmiers et des responsabilités de la cadre infirmière à la tête de

²²⁰Décret du 11 avril 1975, n° 75-245 accompagné de l'arrêté publié au J.O. le 15 avril 1975 et de la circulaire en date du 31 juillet 1975.

chaque service. En effet, de nouvelles techniques sont apparues dans l'organisation hospitalière, chacune représentée dans chaque équipe, par un spécialiste capable de la maîtriser, qu'il s'agisse de spécialistes médicaux, ou encore, de spécialistes infirmiers et cadres infirmiers. Le cadre infirmier s'est adapté aux évolutions techniques, et donc à l'organisation spécifique des personnels affectés dans des services spécialisés, puisque le décret du 3 août 1989²²¹ consacre l'introduction de la surveillante chef, dans les domaines de l'anesthésie-réanimation, de salle d'opération ainsi qu'en puériculture (alors que le décret n°88-1077 ne prévoyait que le grade de surveillante par spécialité). Ces équipes sont donc pluridisciplinaires, et requièrent une vision moins hiérarchique et plus fonctionnelle. De plus, les considérations économiques et administratives que doit intégrer le cadre infirmier pour mener à bien sa mission ont conduit à l'introduction d'un cadre capable de coordonner l'ensemble des activités de soins et de maîtriser ces nouvelles données pour élaborer une politique efficiente de soins infirmiers.

Ce décret prévoit déjà de vastes responsabilités à la charge de l'infirmière générale, puisque ses responsabilités organisationnelles portent sur quatre domaines. Le premier est celui des activités de soins, dans la mesure où elle organise, coordonne et contrôle les activités des personnels en fonction dans les services de soins. De plus, elle veille à la qualité des soins donnés dans les services, notamment, en participant et en initiant des travaux et recherche en vue de l'amélioration des soins. Le second concerne les relations du personnel infirmier avec le patient, puisque l'infirmière générale doit veiller à la qualité de

²²¹Décret 89-538 du 03/08/89 repris par le décret 91-1271 du 18 décembre 1991

l'accueil, du confort hôtelier et, d'une façon générale, à l'amélioration constante des conditions de séjour du malade. Le troisième domaine de compétence, concerne les conditions de travail et d'hygiène. En ce sens, il appartient à l'infirmière générale d'une part, de rechercher les possibilités d'amélioration des conditions de travail des personnels soignants, en adaptant l'activité à l'apparition de nouvelles techniques ou nouvelles organisations du travail (ex : informatique, dossier de soins infirmiers, techniques d'évaluation...) et d'autre part, de participer à l'étude des problèmes relatifs à l'hygiène hospitalière. Le quatrième et dernier domaine, tient à la promotion et l'optimisation des rapports avec les différentes catégories de personnels hospitaliers, puisqu'elle doit favoriser la coordination entre l'administration, les médecins, les personnels infirmiers, les autres personnels soignants et personnels spécialisés des plateaux techniques, mais aussi avec les personnels secondaires des services et les écoles d'infirmières ainsi que les écoles de cadres.

Force est de constater que les attributions conférées à l'infirmière générale, par le décret du 11 avril 1975, constituent un progrès considérable de deux points de vue : dans l'organisation des activités de soins, mais aussi dans la gestion de l'ensemble du personnel concourant à la mise en oeuvre des soins. Cette responsabilité est d'autant plus importante qu'elle n'est pas sous l'autorité du chef de service ou de toute autre autorité médicale, mais sous la seule autorité du chef d'établissement. Ce transfert assure aux cadres infirmiers, en l'occurrence l'infirmière générale, une latitude d'intervention et d'organisation beaucoup plus grande que celle reconnue aux surveillantes et surveillantes chefs. En effet, si ces

dernières assurent la direction du personnel soignant au sein du service ou de la structure médicale, elles n'en restent pas moins sous la responsabilité médicale qui assure la direction générale de l'activité du service. Le fait pour l'infirmière générale de ne dépendre que du chef d'établissement, et non d'une autorité médicale, lui permet, même si elle ne constitue pas une autonomie organisationnelle complète, de détacher le corps infirmier de la subordination médicale en ce qui concerne l'organisation et le fonctionnement des activités infirmières.

Au delà de la responsabilité organisationnelle sur le personnel soignant, le décret susvisé ouvre un nouvel espace d'intervention du corps infirmier en ce qui concerne l'organisation plus générale des structures médicales hospitalières. En effet, il faut souligner les termes mêmes du décret qui disposent à l'article 3 *in fine* que l'infirmière générale «participe à la conception, à l'organisation et à l'évolution des services médicaux».

Dès lors, il appartient au corps médical et à l'administration de s'assurer la collaboration de la profession infirmière à la mise en place d'une structure médicale, mais aussi pour la définition de son contenu et de son évolution. L'infirmière ne peut plus être une simple spectatrice en ce qui concerne la direction et l'organisation des services médicaux. Si les lois hospitalières prévoient que la direction des structures de soins est assurée par le responsable médical, en collaboration avec un cadre paramédical, le décret de 1975 impose, sans détour, l'infirmière comme partenaire en matière de politique de soins. Ce partenariat se fait aux côtés des responsables médicaux, et ce, d'une manière

transversale, puisque l'infirmière est associée à toutes les décisions concernant l'ensemble des structures. Partant, le chef de service doit faire participer un corps infirmier devenu influent, puisque ses interlocuteurs seront le cadre infirmier du service concerné et l'infirmière générale de l'établissement.

Le décret du 18 octobre 1989²²² confirme le rôle organisationnel de l'infirmière générale et l'accroît. D'abord, le champ d'application quant à l'introduction de l'I.G. est étendu à un plus grand nombre d'établissements. Ensuite, apparaît un concept nouveau (dans les dispositions du décret), qui inspirera le législateur de la réforme de 1991 ; il s'agit «*du service de soins infirmiers*», sous la responsabilité de l'infirmière générale qui en assure l'animation, l'encadrement et la gestion.

La circulaire du 2 octobre 1990²²³ apporte des précisions sur l'implication de l'infirmière générale dans l'organisation des activités de soins. En effet, l'infirmière générale participe à l'élaboration des projets de services et développe la recherche appliquée aux soins infirmiers.

Ces responsabilités mettent l'accent d'une part, sur la collaboration avec le chef de service afin de déterminer les objectifs et les moyens pour les atteindre (humains et matériels), et d'autre part, sur les attributions concernant la recherche en soins infirmiers.

Cette recherche permet dès lors, à la profession infirmière au travers de sa hiérarchie, de définir le contenu de son activité à venir.

²²²Décret n°89-758 du 18 octobre 1989 ; J.O. du 19 octobre, p 13056 et s.

²²³ Circulaire DH/8D/90/ n°401 du 2 octobre 1990

Néanmoins, jusqu'à cette date, rappelons que si les décrets susvisés enrichissent considérablement les responsabilités organisationnelles de l'infirmière générale, aucune loi hospitalière ne reprend ces prérogatives. Ainsi, du point de vue de la législation hospitalière, le pouvoir médical reste omnipotent en matière d'organisation des activités de soins.

§2 La loi hospitalière de 1991 : vers une consécration de l'équipe soignante

La réforme du 31 juillet 1991 constitue, en termes d'expression collective et de responsabilisation de la profession infirmière, une avancée majeure grâce, en particulier, à l'introduction du conseil de service ou de département (art.L714-22).

A) Attributions et composition du Conseil de service ou de département

La loi hospitalière redéfinit l'organisation des activités de soins hospitaliers dans le dessein de favoriser la participation et la responsabilisation des personnels de soins. L'unité fonctionnelle²²⁴, structure élémentaire de prise en charge,- introduit par cette réforme, illustre parfaitement cette orientation au profit des soignants, en ce sens où elle permet une plus large participation de l'ensemble du personnel, mettant fin par là même aux pouvoirs traditionnels hospitaliers omnipotents. Cette structure doit permettre aux praticiens hospitaliers de s'émanciper aux côtés des chefs de service puisqu'ils assureront la responsabilité de l'unité fonctionnelle.

Le bouleversement en matière de participation infirmière tient au fait que le législateur, inspiré par la loi de 1984, introduit une structure d'expression : le

²²⁴La notion d'unité fonctionnelle n'est pas due à la loi du 31 juillet 1991 mais celle-ci lui donne pour la première fois une consécration législative. C'est sur le plan financier que furent créées les unités fonctionnelles avec le décret du 11 août 1983. La loi du 31 juillet 1991 précise leur définition ainsi que leur fonctionnement.

Conseil de service ou de département (art. 8), dans chaque service ou département, composé des personnels médicaux et non médicaux.

Il faut retenir que le Conseil a plusieurs vocations. D'une part, il doit favoriser l'expression des personnels et les échanges d'informations, notamment, celles ayant trait aux moyens afférents au service ou au département. D'autre part, il doit permettre l'élaboration et l'évaluation du projet de service ou de département, ainsi qu'au rapport d'activité. Enfin, il permet de faire toute proposition sur le fonctionnement du service ou du département.

Il apparaît au travers de ces dispositions que l'infirmière tient une place centrale, en ce sens où elle est reconnue comme un rouage essentiel dans la gestion de l'information (et nous savons que cette gestion est synonyme bien souvent de pouvoir et d'influence). De plus, et conformément à l'idée maîtresse de la réforme qui consiste en l'efficacité, il appartient aux infirmiers de participer à une démarche d'évaluation au niveau du service comme à celui de l'ensemble du service de soins infirmiers. Enfin, le législateur entend ne pas limiter les domaines d'intervention des personnels du service et, de ce fait, lui confère un pouvoir propositionnel sur le fonctionnement global de la structure. L'article L 714-23 reprend tout particulièrement le rôle essentiel que doit tenir le conseil en matière de projet et d'évaluation des activités du service ou du département, credo de la réforme. En effet, il est précisé à l'alinéa 2 que « *Le chef de service ou de département élabore avec le conseil de service ou de département un projet de service ou de département qui prévoit l'organisation générale, les*

orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en oeuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins ». Concernant le projet de service, soulignons qu'il s'agit d'un vecteur essentiel de l'émancipation de l'idée *d'équipe pluridisciplinaire de soins*. Le projet est d'autant plus important que contrairement au projet d'établissement, il conserve une dimension humaine patente. Il s'agit pour l'ensemble des personnels du service ou du département d'élaborer un projet qui permette de mesurer l'activité globale, de définir une ou plusieurs solutions d'amélioration, impliquant une budgétisation, ainsi qu'une évaluation des moyens à déployer. Le projet de service induit nécessairement une collaboration étroite avec les médecins et les paramédicaux du service.

De plus, pour faciliter l'adoption du projet, il est nécessaire que chaque corps professionnel prépare en amont le projet. Ceci implique une valorisation de l'encadrement qui devra être le moteur et l'animateur de ce travail. Avec l'idée de projet de service, il s'agit d'un pas de plus vers un management de type *« participatif »* au détriment du management *« pyramidal »*. D'ailleurs, en ce sens, M. DEROUBAIX, Mesdames DESBATS, MAGGI et RALLIER estiment que *« chaque individu doit être à la fois auteur et acteur du changement collectif à générer. A travers le management participatif se situe cette possibilité »*²²⁵. Cette démarche permet de développer la communication interne au service et de décloisonner les professionnels entre eux, en *valorisant leurs spécificités, à travers la contribution individuelle, dans un système collectif au service d'une même finalité*.

²²⁵ DEROUBAIX D. ; MAGGI M. ; DESBATS L. ; RALLIER J. ; « Le projet de service » ; p 405

L'alinéa 3 du même article prévoit que le chef de service, dans les mêmes conditions d'association, doit établir et présenter tous les deux ans un rapport d'activité et d'évaluation sur l'état d'avancement du projet (rapport remis au directeur et à la C.M.E.). Dorénavant, le personnel infirmier, en particulier ses cadres, doit parfaitement maîtriser son activité. Cela signifie qu'il doit être capable de mesurer quantitativement et qualitativement ses prestations en soins infirmiers, mais aussi d'anticiper l'évolution de son activité auprès des partenaires de santé avec lesquels il collabore au sein d'un même service ou département.

Il est important de souligner que cette structure de participation n'est pas limitée par la représentation syndicale. L'esprit de la loi est de rapprocher la gestion des services ou des départements des personnels qui y travaillent grâce à la mise en place d'une «*démocratie directe*». La participation des personnels varie selon l'effectif du service ou du département. Si les personnels médicaux et non médicaux représentent trente personnes au plus, c'est dans son ensemble qu'ils participeront au conseil. En revanche, si leur nombre excède trente personnes, ils seront représentés par leurs collègues tirés au sort parmi des volontaires. Dans la seconde hypothèse, notons qu'il y aura des membres de droit, en l'occurrence le chef de service (ou de département), la sage-femme ou le cadre paramédical qui l'assiste, le surveillant chef ou surveillant du service, le praticien responsable de chaque unité fonctionnelle, les surveillants chefs ou les surveillants des unités fonctionnelles et, le cas échéant, les personnels d'encadrement sociaux et éducatifs. A côté de ces membres de droit, le conseil sera composé de

représentants des personnels en exercice au sein du service ou département ; il s'agit des membres titulaires et suppléants. Ces membres sont répartis dans des collèges au sein de deux groupes : les personnels médicaux et les personnels non médicaux. La désignation de ces membres titulaires et suppléants se fait par tirage au sort parmi une liste de volontaire. Notons que si le nombre de volontaires souhaitant siéger au conseil est insuffisant, compte tenu des sièges à pourvoir, le tirage au sort sera réalisé sur l'ensemble du personnel d'un collège. A coté de ses membres, on peut trouver des membres consultatifs qui peuvent être invités par le chef de service ou de département, mais aussi deux représentants des internes ou résidents en fonction dans le service ou le département (désignation par tirage au sort).

B) L'équipe de soins : un concept qui prend corps

La loi hospitalière du 31 juillet 1991, en consacrant une organisation plus participative du personnel de soins, permet aux cadres infirmiers de jouer pleinement leur rôle d'animation, de concertation, de collaboration et d'initiative dans une structure soignante, dans laquelle elle est reconnue comme actrice à part entière. Dorénavant, c'est la profession toute entière qui se trouve valorisée, puisque elle n'est plus identifiée comme simple exécutante, mais bien comme un partenaire essentiel dans l'organisation et la direction des activités soignantes au sein du service ou du département.

Si le législateur a entendu accroître l'expression du personnel, qui exerce au sein d'un service ou d'un département, soulignons que cette latitude offerte n'est que propositionnelle et participative. Le chef de service ou de département reste toujours maître de la décision finale. Le personnel, en l'occurrence les infirmiers, sont associés au processus décisionnel ou peuvent initier des propositions. Malheureusement ils ne sont pas encore associés à la décision et aux responsabilités que cela implique. L'association des infirmières représente le seul vecteur de la nécessaire responsabilisation de l'ensemble des partenaires dans une structure complexe dans laquelle doit présider une organisation rationnelle et émancipatrice de responsabilités.

La définition et les attributions du Conseil de service, d'après la loi du 31 juillet 1991, nous permettent de reprendre l'analyse faite par M. C. DEGARDIN²²⁶ à

²²⁶ M. C. DEGARDIN, « La départementalisation des hôpitaux publics » ; R.T.D.S.S. n°1 1985, p 51 et s.

propos de la réforme de 1984. Celui-ci écrivait que le chef de service (aujourd'hui de service ou de département) peut choisir entre deux options de fonctionnement. La première est une option de type « *présidentiel* », faisant du responsable la source du pouvoir et du reste de l'équipe de simple exécutants. La seconde est de type, plutôt, « *parlementaire* » faisant du responsable un chef éclairé, animateur d'une équipe pluridisciplinaire et, pourquoi pas, à l'avenir, un exécutant des décisions prises par le Conseil de service.

Avant de terminer sur la réforme de l'organisation médicale contenue dans la réforme de 1991, il faut relever que le législateur, à nouveau, a introduit le concept d'unité fonctionnelle. Cependant, s'il ne permet pas aux cadres infirmiers de disposer de la fonction d'assistante du praticien responsable comme dans la loi de 1984, ces derniers interviennent, en cette qualité grâce à l'article L 714-25 qui autorise la création de fédérations de services de département ou encore d'unités fonctionnelles. Ces dernières sont placées sous la responsabilité d'un coordonnateur qui « ... *est assisté par une sage-femme, un cadre paramédical, un membre du personnel soignant ou un membre du personnel médico-technique et par un membre du personnel administratif* ». Ainsi, la fédération est dirigée par un coordonnateur qui pourra être assisté, notamment, par un cadre infirmier mais aussi par un représentant soignant.

Il semble bien que l'idée d'équipe soit résolument ancrée dans l'organisation des structures de soins, et ce, quelque soit la nature de cette structure. Cette équipe, qui permet une plus grande participation de l'ensemble des personnels au

fonctionnement et à l'organisation de la structure, devra évoluer vers une responsabilisation qui passe nécessairement par une association plus nette aux décisions prises par le chef de service, de département ou par le coordonnateur de la fédération.

Une autre modification est à souligner. Il s'agit de la précision apportée par l'article L 714-23 ali. 1 sur les domaines de compétence de l'assistant du chef de service ou de département. En effet, selon ledit article « *Le chef de service ou de département... est assisté selon les activités du service par une sage-femme, un cadre paramédical ou un cadre médico-technique pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences* ». La première observation est, contrairement à la loi de 1984, l'absence d'indication sur la particularité de la désignation de l'assistante paramédicale qui, si elle est infirmière, est désignée sur proposition de la responsable infirmière de l'hôpital (la disposition est à ce sujet identique à la loi hospitalière de 1987).

La seconde observation tient au fait que le législateur précise le champ de compétence de l'assistante « *... pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences* », et par là même précise ses responsabilités. Dès lors, cette précision peut être interprétée comme une volonté de désengager la participation éventuelle du cadre infirmier des questions d'ordre général intéressant l'organisation et le fonctionnement du service ou du département. Cette évolution paraît obéir au bon sens, compte tenu de l'apparition du Conseil. Néanmoins, si le chef de service ou de département n'exploite pas cette source propositionnelle, la nouvelle formulation des

compétences respectives du chef de service et du cadre risque de conduire à nouveau à l'apparition de deux équipes au détriment d'une collaboration et d'une responsabilisation pluridisciplinaire dans la direction des structures hospitalières de soins.

Le renforcement de l'expression infirmière auprès des responsables médicaux dans les structures déjà existantes est peut-être le volet essentiel des réformes successives, en termes de responsabilisation de la profession. En effet, si l'on considère que l'introduction du service infirmier est une innovation fondamentale dans l'organisation hospitalière, tant en termes de responsabilités que de pouvoirs, il n'en reste pas moins que la structure mise sur pied doit trouver sa place au sein de l'établissement hospitalier. Pour se faire, elle doit faire l'objet d'une appropriation du corps infirmier. Cette appropriation ne se fera qu'avec l'émergence d'une profession formée et adaptée à cette innovation institutionnelle, qui transforme en profondeur leur influence dans une organisation qui, traditionnellement, est sous la direction de quelques mandarins. Partant, l'affirmation du service infirmier obéit préalablement à une modification globale de l'état d'esprit des partenaires hospitaliers, à une modification du fonctionnement des structures médicales, permettant de redéfinir la place de chacun, sans opérer de bouleversement de fond, puisque chacun voit ses attributions épanouies dans une logique de responsabilisation collective.

Section 3 Le service de soins infirmiers : une consécration institutionnelle

Jusqu'à la réforme de 1991, l'affirmation de la profession infirmière s'est traduite par une consécration des cadres infirmiers en leur qualité d'acteur responsable dans l'organisation des activités de soins hospitaliers.

Avec l'apparition de l'infirmière générale, représentante de la profession auprès de l'administration, c'est une forme d'institutionnalisation de la profession qui se réalise. C'est d'ailleurs en s'appuyant sur cette dernière et sur le service infirmier qu'elle doit représenter, que le législateur dote la profession d'une structure institutionnelle et représentative, lui offrant ainsi un nouvel outil de participation à l'organisation et au fonctionnement général des structures de soins. Ainsi, nous étudierons les motifs et les origines de l'apparition du service de soins infirmiers avant de nous pencher sur la plus value que cette structure représente pour la profession.

§1 Le service infirmier principal outil de participation organisationnelle

Notre étude nous conduira à étudier successivement l'origine du concept du service infirmier, puis les difficultés que posent sa création avant de nous pencher sur la structure consacrée par la loi du 31 juillet 1991.

A) Origines de la notion de « service infirmier »

Le concept de service infirmier n'est pas une nouveauté apparue avec la réforme hospitalière de 1991. Au contraire, cette notion est bien antérieure, bien que ses caractéristiques aient été bouleversées, puisque la notion est passée d'un service fonctionnel à un service institutionnel.

a) Apparition du concept de «service infirmier»

L'une des principales sources de l'idée du «service infirmier», comme exigence professionnelle et de santé publique est internationale. C'est en 1973 au Bureau International du Travail (B.I.T.) que fut organisée une réunion internationale sur la conception des soins infirmiers, mais aussi sur les conditions de travail. Au cours de cette réunion fut reconnu le caractère particulier des problèmes du personnel infirmier. Dès lors, il imposait aux gouvernements, employeurs ainsi qu'aux organisations professionnelles de considérer ces problèmes et adopter les mesures requises, notamment, dans l'organisation du travail hospitalier.

Parmi les dispositions retenues par le B.I.T., il fut déclaré comme un objectif à atteindre par les pays que le service infirmier soit reconnu. Pour le B.I.T., cette mesure est une évidence, dans la mesure où il est nécessaire de reconnaître que cette profession est en grande partie indépendante par rapport aux autres professionnels de santé, en particulier les médecins. Le temps de l'infirmière subordonnée est révolu au profit de l'infirmière partenaire de l'activité de soins,

ainsi le service est une exigence pour une profession qui souhaite prolonger cette autonomie d'un point de vue organisationnel. De plus, il lui paraît d'évidence qu'une structure professionnelle autonome permettrait à la profession d'être associée à la politique générale de soins en milieu hospitalier, qu'il s'agisse de la planification, de l'organisation ou de la formation...

Au milieu des années 70, les pouvoirs publics français, sous la pression des groupes associatifs et des syndicats, mesurent combien le malaise infirmier est important et adoptent un certain nombre de mesures en leur direction. L'une d'entre elles a permis à la profession d'espérer une reconnaissance véritable du service infirmier. Cette mesure se trouve dans la circulaire prise en application du décret du 11 avril 1975, qui officialise le grade d'infirmière générale dont l'une des principales missions est d'assurer la responsabilité du « *service infirmier* ».

Cette aspiration professionnelle répond, à cette époque, à un manque d'identité professionnelle reconnue, tant au sein de l'équipe soignante qu'au niveau de l'institution hospitalière. Le concept de service infirmier est né de la volonté des « *leader* » cadres infirmiers désirant valoriser leur profession par la reconnaissance d'une institution leur appartenant.

C'est avec le décret du 18 octobre 1989 que la notion est réellement consacrée juridiquement, dans la mesure où elle est intégrée dans le corps du décret. En effet, l'article 2, relatif à la définition de la mission des infirmières générales

dispose que celles-ci «... *sont responsables du service infirmier de l'établissement dans lequel ils exercent leurs fonctions* ».

b) Définition des contours du «service infirmier»

La circulaire du 31 juillet 1975, relative à la fonction de l'infirmière générale, consacre le service comme «*maillon*» du service de santé, dans lequel il doit trouver sa place par rapport aux services administratifs et médicaux. Il confère à l'infirmière générale la responsabilité «*de concevoir la place du service infirmier, mais aussi d'assurer sa participation à l'élaboration de la politique générale de l'établissement* ». Les dispositions de 1975 mettent en évidence le rôle prédominant du cadre infirmier dans l'émancipation institutionnelle de la profession, mais aussi la grande latitude dont il dispose pour promouvoir cette structure, qui n'est pas encore consacrée à cette date par une loi hospitalière. En fait, à la lecture des textes réglementaires susvisés, on s'aperçoit qu'il y a une analogie entre les missions du service infirmier à concevoir avec les responsabilités de l'infirmière générale.

Afin que le concept se traduise en une entité hospitalière parfaitement identifiable, toute la difficulté tient à la définition des contours et du contenu du service de soins infirmiers. La définition de la notion de service infirmier n'a pas été aussi facile à déterminer, à préciser que l'on pourrait l'imaginer. A la fin des

années 80 «*le Guide du service infirmier*»²²⁷ propose la définition suivante :

«*Expression utilisée selon deux acceptions :*

«*1. Ensemble des prestations offertes à la collectivité en fonction de ses besoins de santé par les personnels infirmiers qui déterminent eux-mêmes leur politique de soins.*

«*2. Ensemble des personnels infirmiers diplômés et auxiliaires certifiés, cadres soignants et enseignants. Selon leur qualification, ces personnels sont habilités à donner, gérer et, ou, enseigner les soins infirmiers.*

«*l'expression désigne aussi une structure organisée pour la prestation de soins infirmiers et la formation des personnels infirmiers ; cette structure, selon les différents modes d'exercice, peut être de type hospitalier ou extra-hospitalier, établie sur un plan local, régional ou national*»

Nous pouvons remarquer que la définition dudit guide, commence par l'évocation du mot «*expression*». Ce vocable est significatif dans la mesure où il évoque une abstraction plus qu'une réalité. Cependant, à cette époque, il ne fait pas de doute que le service englobe toutes les infirmières cadres ou non cadres, ainsi que les aides soignantes en leur qualité d'auxiliaires certifiées. Pour M. René MAGNON «*Le service infirmier pourrait se définir comme étant le moyen d'exister par nous-mêmes, pour nous mêmes et pour les autres dans un système relationnel qui permette également de nous situer par rapport à nous mêmes et par rapport aux autres, dans une interdépendance admise par tous... ce service*

²²⁷Guide du service infirmier ; B.O. n°85-7 bis, p 55

*infirmier est un moyen de réduire les forces contraires et contradictoires auxquelles sont soumis les personnels soignants" »*²²⁸.

Tant que le service infirmier était considéré comme un concept fonctionnel, c'est à dire jusqu'à la réforme de 1991, tout le monde s'accordait à considérer qu'il s'agissait de l'ensemble des équipes de soins infirmiers dans les différents services et départements. Il s'agira pour nous de se pencher sur le concept de service de soins infirmiers d'un point de vue institutionnel.

Comme le souligne Mme. S. TIMAR, la composition du service infirmier dans le projet de réforme est floue quant à sa constitution. Cette incertitude est reprise par la réforme de 1991 elle même, puisque l'article R 714-26-1 dispose que *«le service de soins infirmiers regroupe l'ensemble des personnels qui participent à la mise en oeuvre des soins infirmiers»*²²⁹. L'ambiguïté de la définition et de la composition du service rend difficile l'identification des attributions de chacun des intervenants à la mise en oeuvre des soins infirmiers.

Si la loi de 1991 émancipe la profession par rapport au corps médical, il n'en demeure pas moins que sa composition apparaît comme un *«conglomérat de personnels hospitaliers diluant ainsi une identité professionnelle et étouffant par là-même toute possibilité d'affirmation des autres professions qu'elle domine»*²³⁰

²²⁸R Magnon ; « Le service infirmier des trentes dernières années », p 137

²²⁹S TIMAR ; Gestion hospitalière, n° 307, "le service infirmier", juin-juillet 1991, p 488

²³⁰ « Imbroglia dans les équipes soignantes » ; S. TIMAR, p 60

Concernant cette imprécision, rappelons que parmi les difficultés rencontrées par ce projet, le Conseil d'Etat²³¹ censura la première version du texte de loi qui créait un «*service infirmier*» considérant qu'il était insuffisamment défini.

Alors que le rôle et les responsabilités du chef de service sont largement précisés, il ne restait à la profession infirmière dans le projet, après la censure, que l'article L. 687-6 disposant qu'*«il est institué dans chaque établissement un collège de soins qui est consulté par le directeur de l'établissement sur l'organisation générale des soins infirmiers et de l'accompagnement des malades dans le cadre du projet de soins infirmiers qu'il a défini, la promotion de la recherche dans le domaine des soins infirmiers et de l'évaluation, l'élaboration d'une politique de formation. Un décret détermine l'organisation et les conditions de fonctionnement du collège de soins infirmiers»*.

Cet article apparaît être un comble pour la profession dans la mesure où, d'une part, il s'agit d'un anachronisme compte tenu de l'évolution de la profession, tant du point de vue de son autonomie que de sa place dans l'organisation.

En effet, alors que depuis 1975 l'idée du service infirmier se met en place, jusqu'à être officialisée en 1989, il serait paradoxal de fondre la profession dans une structure qui ne permette pas de l'identifier précisément. De plus, pourquoi ne pas retenir le concept de «*service infirmier*», alors que la définition du collège dudit article n'est pas plus précise pour consacrer une structure organisationnelle responsable des activités de soins infirmiers. Finalement, l'hypothèque du Conseil d'Etat fut levée par le gouvernement qui reprenait clairement la notion

²³¹ in Le Quotidien du médecin du 22 octobre 1990 ; « Les infirmières, le malaise persiste »

de «*service infirmier*», bien que la nouvelle rédaction n'en était pas moins circonspecte.

Force est de constater que la notion de service infirmier, si chère à la profession, verra le jour avec les plus grandes difficultés, alors que la dynamique professionnelle, l'évolution de la prise en charge du patient et l'efficience qu'exige la pression des dépenses de santé auraient pu nous laisser croire que la structure infirmière apparaîtrait comme une évidence.

La question que l'on peut légitimement se poser est celle de savoir dans quelle mesure le S.S.I. pourra être une structure professionnelle parfaitement efficace, si les conditions de travail de l'infirmière en général ne s'améliorent pas. En effet, la rotation excessive du personnel soignant et l'augmentation de la charge de travail risquent de grever lourdement la mise en place et l'efficacité du S.S.I. et donc l'identification collective tant attendue.

B) Les difficultés induites par la création du service infirmier

La mise en place d'un service infirmier. implique pour les pouvoirs publics d'appréhender avec le plus de clairvoyance possible l'environnement dans lequel se trouvera ce nouveau service. Dans un environnement qui est composé d'instances administratives mais aussi médicales, l'objectif est d'obtenir grâce à

l'introduction du service infirmier une plus value et non une rigidité supplémentaires. Cette plus value est double.

D'une part, il s'agit d'optimiser les soins apportés au patient dans le cadre d'une priorité donnée à la prise en charge globale du patient, impliquant tout le personnel.

D'autre part, il s'agit d'optimiser la gestion des activités de soins, et par là même, son organisation. Cette optimisation est seulement possible avec la participation concertée et intelligente de l'ensemble du personnel. Partant, le service infirmier doit éviter l'écueil du cloisonnement si l'on considère que ce service est une structure distincte au profit d'une profession, aujourd'hui, partiellement autonome. Comme pour le rôle propre, le service doit non pas privilégier l'éclatement des activités, mais optimiser un processus de complémentarité au service d'une activité de soin, et d'une politique hospitalière efficiente, dans la gestion du matériel et de l'équipement, comme dans celle du personnel.

Il est évident que la principale difficulté à surmonter est l'émergence d'un nouveau cloisonnement. Ce problème est d'autant plus difficile à éviter que, dans le passé, les différents acteurs ont trouvé des intérêts communs pour diviser et cloisonner les tâches et les fonctions à l'hôpital.

Le premier intérêt est d'ordre technique, car il permet à chaque groupe professionnel d'identifier ses compétences techniques et d'affirmer la maîtrise de son activité. Cette démarche ne pouvant être réalisée que par opposition à un

autre groupe. Cette démarche s'inscrit dans un double dessein. Celui pour un groupe de s'émanciper par rapport à un autre, comme cela est le cas pour l'infirmière à l'égard du corps médical, ou encore celui de se protéger d'une autre profession qui peut être amenée à empiéter son domaine de compétence.

Les gestionnaires ont renforcé ce mouvement en développant un management en faveur d'une approche rationnelle de l'organisation du travail. Le cloisonnement et la normalisation ont l'avantage de permettre la quantification, la gestion des effectifs et une uniformisation progressive de la gestion du travail accompli par chacune des catégories.

Pour les syndicats, l'étanchéité interprofessionnelle est un puissant levier pour s'introduire dans l'univers hospitalier. En effet, ces derniers tiennent une place centrale lorsque les groupes sont identifiables, cloisonnés et animés par des intérêts divergeants. Avec l'émergence d'une organisation interdisciplinaire et d'une activité où la polyvalence s'impose, il faut admettre que les centrales syndicales auront plus de difficulté à assurer la défense d'intérêts catégoriels.

Durant de longues années, le cloisonnement fut la règle dans l'évolution organisationnelle et professionnelle de l'hôpital, mais il engendra des difficultés d'information et de coopération entre les secteurs, métiers et catégories qui ne pouvaient travailler de façon isolée s'ils voulaient accomplir correctement leur mission auprès du malade. Les conséquences en termes de difficultés de communication et de coopération furent alors vécues de manière très négative.

Si le cloisonnement a eu un intérêt pour les partenaires hospitaliers, la complexité des tâches et la multiplicité des acteurs amenés à intervenir sur un même patient ont augmenté considérablement leur interdépendance.

Jusqu'à présent, malgré la multiplication des professionnels, les interventions se faisaient de manière isolée. Ces derniers se succédant auprès du malade pour y accomplir les tâches pour lesquelles ils étaient qualifiés sans que la prise en charge ne soit concertée par l'ensemble.

Aujourd'hui, dans un souci d'efficacité, les professionnels du soin ont besoin pour bien remplir leurs missions, d'une part, de concerter leurs actions vers un objectif commun, et d'autre part, d'élaborer un protocole de soins qui soit commun et lisible pour tous. Ces pratiques permettent de savoir où en est la procédure et permettent d'identifier les actes déjà réalisés et leurs auteurs.

Le mouvement d'identification professionnelle et ses conséquences, en termes de cloisonnement, étaient sans doute inéluctables dans un premier temps, mais il se présente, aujourd'hui, comme un obstacle majeur à une politique de soins plus globale, qui prend en compte la personne du malade dans ses différentes dimensions. Dès lors, l'hôpital doit utiliser l'identité professionnelle comme un support dynamique de participation et non plus comme un moyen d'identification et de cloisonnement. Cette transformation suppose une réflexion commune sur les spécificités professionnelles de chacun et les domaines communs à l'intérieur d'une l'activité. Ceci « *permet tout d'abord la*

reconnaissance d'une spécificité et d'une capacité que l'acteur professionnel est seul à détenir et dont l'unité a absolument besoin pour fonctionner... et ensuite une coopération très large et spontanée sur des domaines qui concernent plusieurs catégories ». ²³². Cette démarche s'inscrit dans la nécessité de concilier les spécificités professionnelles de l'hôpital et les contraintes de l'activité hospitalière, qui impliquent coopération et souplesse.

C) La consécration du «service de soins infirmiers»

L'idée du service infirmier a fait son chemin parmi les professionnels hospitaliers pour s'imposer en 1991 comme une priorité pour un groupe en mal d'expression et de participation collective.

a) Le S.S.I. une nécessité professionnelle

On aurait pu penser que la consécration technique, l'apparition d'un rôle propre et d'une autonomie professionnelle auraient suffi à la profession. Pourtant, si l'identification professionnelle est acquise, la répartition des compétences et des responsabilités mieux balisée, un nouvel objectif se dessinerait : celui d'une identification collective au sein d'une structure représentative. En effet, la consécration professionnelle doit permettre d'acquérir une représentativité collective professionnelle, par rapport aux autres professions, mais encore auprès des usagers. L'intérêt du service infirmier est pour l'infirmière d'user, à l'instar

²³²S. TIMAR, op. cité.

du corps médical institutionnalisé, de toute son influence face aux pouvoirs administratifs internes (hôpital) et externes (services départementaux, régionaux et nationaux de santé). Cette expression collective n'est possible que si une synthèse, des revendications et des initiatives, est faite au niveau d'une structure hospitalière représentative.

Cette parole infirmière, au delà de son influence dans les décisions hospitalières ou encore de manière plus large dans la politique sanitaire, est avant tout une exigence pour rationaliser et optimiser son action soignante dans une structure toujours plus complexe. Le service infirmier contribue à clarifier le rôle des uns et des autres dans une organisation sanitaire qui tend à se complexifier, tant du fait de ses structures de soins (unités fonctionnelles, services médicaux, départements, fédération de services, structure ad hoc) que par le nombre croissant d'intervenants. De plus, il s'agit pour la profession de rationaliser sa démarche de soins, sachant que son corps se complexifie, aussi bien par la multiplication des spécialisations que par sa hiérarchisation. Partant, le défi d'une pareille structure est de répondre, au mieux, aux besoins des patients, mais aussi de faire reconnaître la qualité du service rendu. Enfin, le service infirmier constitue l'indispensable outil d'évaluation et de recherche en soins infirmiers.

b) Le service de soins infirmiers selon la loi du 31 juillet 1991

Les dispositions de la loi du 31 juillet 1991 prévoient la création d'un service de soins infirmiers dont le directeur est membre de l'équipe de direction, puisque l'article L 714-26 dispose : *«Il est créé, dans chaque établissement, un service de soins infirmiers dont la direction est confiée à l'infirmière générale, membre de l'équipe de direction...»*

Comme nous l'avons vu, ce service n'est pas une innovation de la réforme hospitalière de 1991. Néanmoins, ce nouveau dispositif est innovant, dans la mesure où il impose à chaque établissement la création d'une telle structure, avec pour objectif de l'associer à toutes les décisions touchant à l'organisation des soins infirmiers, mais également à la politique de formation des personnels concernés. Par conséquent, la spécificité du travail infirmier et son influence au sein de l'hôpital, est reconnue de manière collective et institutionnelle.

L'autonomie de la profession dans son exercice et son organisation professionnelle, ainsi que dans les structures hospitalières, est bien acquise sur le modèle médical. Néanmoins, si la profession se trouve identifiée par une structure hospitalière, et si cette consécration est l'aboutissement d'une activité reconnue autonome et participative dans l'organisation des activités de soins, M. CALMAT dans son rapport au nom de la commission des affaires sociales, rappelle que l'institution de ce service ne doit pas prêter à confusion. Selon lui *«Il ne s'agit pas de prévoir une structure médicale autonome par rapport aux services ou aux départements, mais de créer une instance transversale de représentation»*²³³.

²³³ Rapport CALMAT, 1991, p 47

La mise en place des attributions participatives du service de soins infirmiers est assurée par la Commission de service de soins infirmiers (C.S.S.I.) : émanation du service infirmier. Cette structure est présidée par l'infirmière générale, directeur du service de soins infirmiers, et est composée de différentes catégories de personnels du service. Il s'agit des cadres infirmiers, des infirmières et des aides soignantes. La composition et les attributions de ladite commission sont prévues par le décret du 26 mars 1992²³⁴ relatif aux missions, à l'organisation et aux personnels des établissements publics de santé.

Parmi les membres, nous pouvons citer deux catégories : les membres attributifs et les membres consultatifs. Concernant les premiers, on compte un membre de droit, c'est à dire, l'infirmière générale en qualité de directrice du S.S.I.(I.G.), en son absence (ex : établissements 3ème classe²³⁵) la surveillante chef. Ensuite, on trouve des membres désignés composés dans une proportion de trois huitième par des infirmiers cadres (surveillantes et surveillantes chefs des services médicaux), dans la proportion de quatre huitième par des infirmiers et infirmiers spécialisés, et enfin dans une proportion d'un huitième du total par des aides soignantes. Les représentants de ces catégories sont désignés selon une procédure de tirage au sort parmi des volontaires, ou à défaut de volontaires suffisants parmi l'ensemble du groupe du personnel représenté.

Concernant les seconds, il faut savoir que participent avec voix consultatives le ou les infirmiers généraux qui assistent l'infirmière générale directrice du SSI,

²³⁴Décret n° 92-272, du 26 mars 1992 ; J.O. du 27 mars, p 4257 et s.

²³⁵Article 3 du décret n°89-758 ; op. cité

les directeurs des écoles paramédicales rattachées à l'établissement, un représentant des élèves infirmiers de troisième année, un représentant de la CME et à l'initiative du président, des personnes qualifiées. Quant aux attributions, le décret susvisé précise le dispositif de la réforme du 31 juillet 1991. Retenons que la commission du S.S.I. est consultée sur l'organisation générale des soins et l'accompagnement des malades dans le cadre d'un projet de soins infirmiers, la recherche dans le domaine des soins infirmiers et l'évaluation de ces soins, l'élaboration d'une politique de formation et le projet d'établissement. Force est de constater que les attributions de la commission du S.S.I. sont révélatrices de l'ampleur des missions dévolues à cette catégorie de personnel dont l'émergence est relativement récente.

§2 Les attributions organisationnelles du S.S.I.

Le service infirmier, à différents niveaux de responsabilité, gère le personnel avec pour objectif prioritaire : *L'amélioration de la qualité des soins*, en tenant compte de la demande de soins et des conditions de vie au travail des personnels. En collaboration avec l'infirmière générale, les cadres infirmiers participent à l'étude des charges de travail, qui permet de déterminer les besoins en personnel, tant qualitatifs que quantitatifs, mais aussi à l'étude des postes de travail pour favoriser l'organisation rationnelle des unités de soins.

Les attributions du S.S.I. déterminées essentiellement par les prérogatives de sa présidente s'orientent dans deux directions : la première est relative à la gestion

des personnes (soignantes ou soignées) et des matériels ; la seconde réside dans une anticipation de l'activité soignante, qui se traduit par une logique d'évaluation et de projet propre à l'effectif infirmier et à son activité de soins.

A) Gestion humaine et matérielle du service

Le service de soins infirmiers, après avoir défini une politique de soins, doit organiser et coordonner les activités à partir de ses objectifs. Elle comprend la mise en place des procédures des soins infirmiers, c'est à dire la planification des soins, le dossier de soins, les réunions d'équipe (pour information, bilans, formation, recherches, évaluation et contrôle), des protocoles d'actions (notamment techniques de soins, étude des circuits, hygiène), l'organisation de l'accueil et l'encadrement des nouveaux professionnels.

En ce qui concerne le patient hospitalisé, il faut rappeler le rôle central du service infirmier. En effet, les personnes soignées viennent à l'hôpital pour y rechercher des soins médicaux spécifiques ; ces soins ne peuvent être assurés sans la permanence du service infirmier. Celui-ci a pour mission d'accueillir les malades et leur famille. Il s'agit de leur fournir les informations nécessaires concernant l'hospitalisation, qui doivent répondre aux attentes des patients afin de réduire leurs angoisses et apaiser leurs craintes.

Responsables de l'exécution des prescriptions médicales, les personnels soignants les insèrent dans la prise en charge globale du malade. Cette prise en charge s'appuie sur une démarche en soins infirmiers qui comprend plusieurs étapes. La première est le recueil d'informations médicales ou socioculturelles (antécédents médicaux, famille...). La seconde est l'analyse de la situation afin de dégager les besoins, les problèmes et déterminer les priorités. La troisième étape est la définition des objectifs à court, moyen et long terme compte tenu de l'autonomie du patient ainsi que de son entourage. La quatrième étape est la mise en oeuvre des différentes actions concourant au suivi du patient avec les supports adéquats (dossiers de soins, protocoles, fiches techniques). La dernière étape est le contrôle et l'évaluation dans le temps, des actions entreprises permettant de faire les réajustements qui s'imposent.

Pour ce qui est du matériel, la gestion se fait à deux niveaux. D'une part, elle porte sur les matériels existants. Le service infirmier est garant de la bonne utilisation et de l'entretien des locaux et matériels existant, ainsi que l'approvisionnement des accessoires nécessaires au fonctionnement. D'autre part, elle s'intéresse à l'analyse des besoins liés à l'évolution des techniques. Elle permet un projet planifié des demandes. En collaboration avec les différents partenaires et en fonction des besoins de renouvellement et d'acquisition des matériels, les professionnels élaborent des critères de qualité, de coût et de performance. Les soignants ont leur place dans l'étude comparative des différents matériels répondant aux critères élaborés précédemment. Pour le fonctionnement quotidien, le cadre infirmier est responsable de la prévision et des commandes des matériels d'utilisation courante. Les inventaires, les fiches

de commandes, les fiches techniques d'utilisation et d'entretien sont autant d'outils au cadre infirmier pour assurer la maîtrise d'une gestion efficace.

Rappelons que dans les attributions relatives au service infirmier, les cadres infirmiers sont responsables de la coordination des actions de soins d'entretien de la vie, des soins de réparation, d'aide, d'éducation (soins propres), de l'évaluation de la qualité des soins par l'intermédiaire d'audits, de l'étude des questionnaires de sortie des malades, des entretiens tant avec la personne soignée qu'avec sa famille, des moyens matériels et des locaux, de leur gestion (prévision, organisation, contrôle évaluation) qui s'organisent autour de la personne soignée pour lui assurer une qualité de vie et une prestation optimale.

Il apparaît que l'introduction d'une entité nouvelle au sein de l'hôpital permette de baliser institutionnellement les missions d'un groupe professionnel, mais aussi de clarifier les responsabilités hiérarchiques de chacun. Qu'il s'agisse de l'infirmière générale directrice du service de soins infirmiers, de la surveillante chef et de la surveillante, responsable du personnel dans une unité de soins, ou encore de l'influence en matière organisationnelle de la C.S.S.I. auprès des structures hospitalières.

C'est surtout en termes de gestion globale que le service infirmier consacré constitue un progrès pour la profession. Par gestion globale nous entendons essentiellement la capacité dont dispose une profession d'évaluer son activité, d'apprécier les besoins professionnels et d'anticiper l'évolution du groupe représenté à l'hôpital. Il s'agit là d'un atout fondamental en termes de

participation organisationnelle, tant sur son corps que sur l'ensemble de l'activité en collaboration avec les partenaires traditionnels hospitaliers.

B) Evaluation et projet en soins infirmiers : priorités de la réforme de 1991

L'évolution des technologies, des besoins de la population, et l'indispensable maîtrise des coûts, obligent la profession infirmière à repenser son organisation. Ainsi, la réforme hospitalière de 1991 prévoit que chaque établissement se dote d'un projet articulé autour des projets des différents services de l'hôpital.

Au même titre que pour les services médicaux et dans le dessein d'une rationalisation des activités générales de soins, le S.S.I., en organisant ses activités pourra, de la manière la plus efficiente, mettre au point une politique d'évaluation des soins afin de participer activement à l'élaboration des projets de soins. Pour l'avenir, plus que la notion de pouvoir, il est important de mettre en avant celle de responsabilité. La responsabilité des partenaires, pour qu'elle se traduise dans les faits, implique que l'acteur hospitalier se sente identifié, reconnu, mais aussi considéré par le fonctionnement global de l'établissement. Cette implication suppose que le personnel y soit, d'une manière ou d'une autre, intéressé.

a) Elaboration du projet d'établissement

La loi du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière définit un certain nombre de nouveaux concepts dans la gestion des hôpitaux, dont on n'a pas fini de mesurer l'importance, en particulier celui de « *projet d'établissement* ».

1/ Origines du concept de projet d'établissement

Le concept de «*projet d'établissement*» a pour origine, celui plus général, de projet d'entreprise. Il s'agit, en l'occurrence, d'adapter l'idée du projet d'entreprise à l'activité plus spécifique de l'hôpital. Selon M T. MULSANT, le projet d'entreprise est «... *l'ensemble des orientations d'activité et de gestion à moyen terme (5 ans) déterminées en considération : des acquis de l'entreprise, de son potentiel, des facteurs clé de succès qui s'attachent à sa croissance sur les marchés sur lesquels elle se positionne. Ce projet, outre les choix de politique générale, retrace les options prises dans chaque secteur d'activité et pour chacun des métiers de base*». ²³⁶

Cette définition est fondamentale dans l'évolution de la politique hospitalière. En effet, sous la contrainte économique et sociale l'établissement hospitalier a dû optimiser son activité et ce, à l'aide d'outils purement mécaniques ou comptables qui se traduisent par l'introduction de la planification, avant d'adopter dans un souci d'efficience, et non plus d'efficacité, le projet d'établissement. Cette nouvelle méthode paraît être l'outil le mieux adapté à la responsabilisation des partenaires de santé dans la réalisation de l'objectif hospitalier, qui est aujourd'hui l'optimisation des services rendus au meilleur coût. Cette réorientation de la politique hospitalière implique pour sa réussite l'adhésion et

²³⁶Thierry MULSANT ; "Le projet d'entreprise à l'hôpital" ; Berger-Levrault ; 1991 ; p. 9

la responsabilisation de tous dans son domaine d'activité. Ceci explique non seulement que l'on consacre juridiquement et socialement les partenaires, mais encore qu'on mette à sa disposition tous les outils, lui permettant de maîtriser et d'évaluer son activité, pour mieux projeter son évolution en parfaite coordination avec les autres professionnels hospitaliers.

Cette évolution de la planification vers le projet d'établissement tient au fait de la difficulté à contenir la croissance des dépenses dans un système de soin de plus en plus performant. En effet, il est nécessaire, en premier lieu de contenir la progression des dépenses de santé, tout en favorisant les seules innovations susceptibles de se traduire par une amélioration de l'état de santé de la population. En second lieu, l'objectif est de juguler une crise de recrutement des personnels (paramédicaux et médicaux). En conséquence, il importe de conduire une réflexion globale sur la place de l'hôpital dans le dispositif de soin, la nature comme l'étendue des prestations qu'il doit offrir à la population et, au terme de celle-ci, procéder à un remaniement en profondeur des structures hospitalières.

Le projet d'établissement peut jouer à cet égard un rôle important, c'est pourquoi la loi hospitalière de 1991 s'attache, tout particulièrement, à remettre à plat le processus de planification à l'hôpital, dans l'optique d'une dynamisation des établissements de soins. A ce sujet, dans le rapport CALMAT, introductif du projet de loi portant réforme hospitalière, il est précisé que *«le nouveau dispositif vise ainsi à répondre aux différentes critiques formulées à l'encontre de la planification actuelle jugée à la fois discriminatoire, compte tenu de la dualité des régimes d'autorisation et d'approbation inefficace, dans la mesure ou la*

*carte sanitaire ne prend en compte que certaines activités, rigide et génératrice de rentes de situation».*²³⁷

Le concept de projet d'entreprise à l'hôpital apparaît sous différents vocables : plan directeur, projet médical, projet d'établissement (mentionnés à partir de 1988 dans plusieurs circulaires). L'objectif visé est d'inciter les hôpitaux à formaliser leurs projets de développement, non plus sous la seule forme de plans directeurs, sortes d'avant programmes architecturaux, mais aussi à travers une synthèse des orientations médicales et des choix qui en découlent sur les activités annexes : hôtellerie, logistique, plateau technique (puis activités infirmières). Les premières expériences faisaient appel pour leur élaboration à une large participation des personnels hospitaliers, pour aboutir à des «chartes». Il s'agit d'une profonde transformation des mentalités hospitalières dans le développement de l'hôpital.

Durant la période 1989-1990, les initiatives se multiplient. Les projets élaborés durant ces années s'attachent en premier lieu à définir des orientations médicales globales et à identifier les redéploiements induits sur les moyens humains, matériels et financiers dont disposent les hôpitaux.

L'acception «*projet d'établissement*» recouvre alors des réalités très différentes dont la charte de gestion interne, le plan médical, l'avant projet architectural ou le plan de communication.

La diffusion réservée à ces projets est-elle même variable, en ce sens qu'elle peut être destinée à la seule équipe de direction, étendue à l'ensemble des cadres, voire à la totalité des personnels, parfois élargie aux représentants des tutelles

²³⁷A. CALMAT; op cité, p 31

hospitalières. Progressivement, on constate une convergence des approches en matière d'élaboration de projets d'entreprise à l'hôpital. Si le projet médical en constitue aujourd'hui le cœur, le volet infirmier tend à s'émanciper de celui-ci inéluctablement.

Les conséquences induites par les mutations de l'activité impliquent une multitude d'anticipations. Analyse de l'environnement et de la situation concurrentielle de l'hôpital, évaluation du potentiel de redéploiement interne font désormais partie intégrante de la démarche. La recherche d'une adhésion de l'ensemble du personnel au projet est une constante. Ainsi, la notion de «*projet d'établissement*» à l'hôpital s'apparente aujourd'hui au concept plus général de projet d'entreprise défini précédemment. L'article L 714-11 du C.S.P. entérine d'ailleurs cette conception élargie du projet d'établissement, puisqu'il dispose que «*Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information. Ce projet, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme.*»

Les objectifs affichés par le législateur en ce qui concerne la mise en place du projet dans la structure hospitalière sont, si l'on se réfère au rapport de

présentation du projet de loi, d'une part, d'«*optimiser l'offre de soins*» et d'autre part, d'assurer une «*dynamisation des établissements publics de santé*». Ces objectifs induisent nécessairement la recherche d'une plus grande autonomie et le développement des responsabilités partagées au sein de l'hôpital.

2/ Le projet de soins infirmiers et l'organisation des soins hospitaliers

A la lecture de l'article L 714-11 du C.S.P., selon lequel «*Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers...* », il est évident que le corps infirmier participe à l'élaboration du projet médical en élaborant de manière autonome un projet en soins infirmiers.

En effet, l'article L 714-26 dispose que la commission de soins infirmiers est consultée, notamment, sur «*l'organisation générale des soins infirmiers et de l'accompagnement des malades dans le cadre d'un projet de soins infirmiers* ». Si l'élaboration du projet de soins infirmiers est assurée par la profession elle-même, il ne faut pas ignorer le droit de regard et d'appréciation dont dispose le corps médical. Cette prérogative est le fait de l'article 714-16 du C.S.P. qui dispose que la commission médicale d'établissement «*émet un avis sur le projet des soins infirmiers*».

Parallèlement à cette observation, on peut souligner qu'en matière de projet, la profession infirmière n'est pas logée à la même enseigne que le corps médical.

En effet, selon l'article L 714-16 du C.S.P. la commission médicale d'établissement «*prépare avec le directeur le projet médical de l'établissement...*», tandis que le corps infirmier est, selon l'article L 714-26, consulté sur l'organisation des soins infirmiers dans le cadre du projet de soins infirmiers. Partant, on peut légitimement se poser deux questions. La première réside dans l'élaboration d'un projet de soins infirmiers et son caractère obligatoire. La seconde concerne le caractère obligatoire de la consultation. En effet, est-il envisageable pour le corps médical et l'administration de refuser délibérément de prendre connaissance du projet de soins infirmiers ?

Force est de constater, dans la rédaction actuelle des dispositifs de la loi de 1991, que la place tenue par l'infirmier, au travers de son projet de soins infirmiers, n'est pas encore très importante. L'activité médicale ou la logique médicale constitue toujours le pilier de la politique hospitalière, et l'emporte sur la logique soignante ou encore médico-soignante.

Afin que le service de soins infirmiers soit partie prenante dans l'élaboration du projet d'établissement, il est nécessaire que la consultation du projet de soins infirmiers soit formellement rendue obligatoire pour l'administration et le corps médical dans l'élaboration du projet médical. Mais la participation intégrale du S.S.I. passe par une responsabilisation accrue, qui se traduit par l'évolution du projet médical vers un projet de soins, impliquant par là-même la participation de la directrice du S.S.I. aux côtés du président de la C.M.E. et du directeur dans le processus d'élaboration dudit projet.

b) Evaluation des activités

C'est à la fin des années soixante-dix que le concept d'évaluation a vu le jour.

Cependant, sa mise en place est restée lettre morte, comme le souligne d'une part le Professeur PAPIERNIK. E. dans son rapport de mission ²³⁸ ou comme le confirme le Dr J.F. ARMOGATHE dans son rapport au ministre de la santé²³⁹.

Ce n'est qu'en 1990, avec la création de l'Agence pour le développement et l'évaluation médicale, mais aussi grâce à une volonté politique clairement affichée qui déclare que *«la pratique généralisée de l'évaluation est la seule méthode qui puisse permettre de garantir aux français un haut niveau de qualité de soins, tout en préservant le niveau de protection sociale devant la maladie»*²⁴⁰, que l'idée de l'évaluation retrouve un nouveau regain d'intérêt.

A l'instar du corps médical, la profession infirmière avec l'introduction du service de soins infirmiers s'est vue chargée de la mise en place d'une politique d'évaluation de ses activités, de manière autonome quoi qu'en étroite collaboration avec l'ensemble des acteurs hospitaliers (médicaux, administratifs).

Avec la loi hospitalière du 31 juillet 1991, ce regain d'intérêt est inévitable, si l'on considère l'évaluation comme le pendant de la mise en place d'une stratégie de projet. Cette politique d'anticipation des activités implique la

²³⁸PAPIERNIK. E. ; "Pour le développement de l'évaluation des techniques et pratiques médicales" ; Rapport de mission ; 1985

²³⁹J.F. ARMOGATHE "Pour le développement de l'évaluation médicale", p. 125

²⁴⁰EVIN C., ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, "Les grandes orientations de la politique de santé, 1989-1992" ; Gestions hospitalières, n° 286, mai 1989, p 347-356.

responsabilisation de l'ensemble des personnels, médicaux et non médicaux, dans une démarche dynamique et évolutive de l'activité hospitalière, qui ne peut être menée sans la mise en place d'une évaluation efficiente de l'ensemble des professionnels hospitaliers.

Selon le rapport CALMAT, *«la nouvelle planification sera dynamique et évolutive. Il ne s'agit pas de figer l'offre de soins, mais plutôt de susciter les évolutions nécessaires pour l'adapter aux besoins de la population. Tout en évitant le développement des structures excédentaires, elle permettra de réguler le système de soins progressivement»*²⁴¹.

Partant, les acteurs de cette nouvelle démarche obéissent à une logique de reformulation périodique des objectifs sanitaires propres à chaque établissement, mais aussi aux objectifs extra-hospitaliers, impliquant une actualisation des programmes d'activités hospitaliers.

Rappelons que la nature et la fréquence de ces actualisations sont pour les hôpitaux : le rapport prévisionnel d'activité tous les ans, le rapport d'activité et d'évaluation tous les deux ans et le projet d'établissement tous les cinq ans. Au delà des actualisations hospitalières impliquant la mobilisation de l'ensemble des personnels hospitaliers, de la même manière se font des actualisations dépendant des tutelles qui exigent, de ces mêmes partenaires, une participation active.

La réforme du 31 juillet 1991 est parfaitement explicite en ce qui concerne l'activité hospitalière, puisqu'elle dispose que *«Les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques*

²⁴¹CALMAT ; op. Cité p 48

professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin, notamment, d'en garantir la qualité et l'efficience» (art L 710-4). En conséquence, l'organisation hospitalière, prévue par la réforme de 1991, procède d'une meilleure connaissance de l'activité réalisée dans son enceinte.

Dans ce contexte, les données infirmières ont leur place dans le système d'information en complémentarité des données médicales et administratives. C'est que la gestion de l'information, pour être rigoureuse, ne doit être réalisée que par les personnels concernés, en l'occurrence les soignants eux-mêmes, au sein d'une structure représentative et autonome, et ce, conformément à l'article 714-26 du C.S.P. qui dispose que *«L'organisation générale des soins infirmiers et de l'accompagnement des malades dans le cadre d'un projet de soins infirmiers, la recherche dans le domaine des soins infirmiers, l'évaluation de ces soins et l'élaboration d'une politique de formation»*.

Les plus values de l'évaluation de l'activité soignante s'apprécient à plusieurs niveaux. L'appréciation peut d'abord se faire au niveau organisationnel, au sein d'un service ou d'un hôpital, car les mesures de l'activité interne favorisent des réflexions sur les pratiques professionnelles aussi bien quantitatives que qualitatives. Ensuite, au niveau du coût, puisque les charges en soins infirmiers apportent un éclairage nouveau et vont affiner les résultats dans le cadre du P.M.S.I. Enfin, au niveau de la qualité des soins, le diagnostic infirmier complémentaire du diagnostic médical dans le cadre du résumé de soins

infirmiers permettra de mesurer les résultats obtenus en termes d'atteinte, ou non, des objectifs. Ces plus values sont significatives de l'importance que peut induire la mesure de l'activité de soins infirmiers dans une organisation dont la complexité et les pressions économiques font de l'évaluation une nécessité.

Comme pour l'évaluation médicale, l'évaluation infirmière répond aux faits que les malades veulent savoir s'ils reçoivent des soins de qualité, et que la société veut s'assurer que l'argent public dépensé dans le secteur de la santé a été utilisé à bon escient. De ce fait, l'évaluation est une réponse à cette demande et une méthode qui, pour être mise en place, exige une structure organisationnelle autonome : le service de soins infirmiers.

La question que soulève l'introduction du service de soins infirmiers est de savoir dans quelle mesure et selon quelle méthode l'infirmière générale, directrice du service, pourra mettre en place un processus efficace d'évaluation de l'activité de soin ?

Cet objectif est aujourd'hui commun à tous les professionnels de santé, et va «*des conférences de consensus*» aux «*audits des soins infirmiers*». Pour le législateur, l'évaluation constitue non un rationnement des soins, mais la toute première démarche vers l'assurance de qualité. Dans le processus d'évaluation, il faut distinguer l'évaluation des stratégies (diagnostiques et thérapeutiques), l'évaluation des pratiques (des résultats, de la qualité des soins), l'évaluation des structures (des fonctions, de l'organisation) et, enfin, l'évaluation de la performance (rapport qualité par rapport au coût et couverture des besoins).

Les objectifs de la loi hospitalière du 31 juillet 1991 consistent d'une part, à adapter l'offre de soins aux besoins de santé, et d'autre part, à dynamiser les personnels hospitaliers. Pour se faire, l'évaluation doit concourir non à dépenser moins mais mieux. Cet objectif doit être réalisé en utilisant les moyens humains et matériels en fonction de l'évolution de la demande de soins liée aux différentes étapes de la vie, à l'émergence de nouveaux groupes sociaux à risque. Mais cet objectif peut être atteint par l'évolution de l'offre de soins grâce aux progrès de la médecine, à l'apparition des technologies de pointe et aux nouvelles structures liées à la santé. Tout ceci implique une plus grande transparence du système hospitalier et une meilleure connaissance des activités grâce au développement de l'évaluation. Par conséquent, des outils de mesure d'activité sont nécessaires pour une meilleure allocation des ressources à l'intérieur de l'hôpital, mais aussi pour évaluer la qualité des prestations, c'est à dire donner une meilleure réponse à la population.

Le service de soins infirmiers est responsable de la qualité des soins, de la mise en évidence de la pertinence de l'allocation des ressources humaines et matérielles. Il a donc besoin d'outils de mesure. En effet, les acteurs du service de soins infirmiers ont besoin de visualiser l'ensemble de leur activité. La collecte et la formalisation de l'ensemble des soins donnent une vue globale de l'activité et favorise une reconnaissance du travail effectué. De plus, un outil de suivi de l'activité développe une réflexion collective sur la quantité et la qualité du travail auprès des différentes unités de soins (unité fonctionnelle, service, département...).

Aujourd'hui, les outils d'évaluation sont multiples et permettent des résultats efficaces. Le premier d'entre eux est, sans nul doute, le dossier de soins infirmiers, introduit par le décret du 17 juillet 1984, repris et défini à de multiples reprises par les pouvoirs publics. Cet outil doit permettre à l'ensemble du personnel d'apporter des observations sur les patients, afin d'assurer la continuité et une valorisation de l'apport de chacun. Si le dossier de soins infirmiers était conçu comme un élément indispensable de rationalisation des activités soignantes, il prend toute son importance avec la réforme hospitalière de 1991, dans la mesure où sa mise en place, jusqu'à présent aléatoire, est devenue une condition *sine qua non* de l'efficacité du service de soins infirmiers. La gestion de l'information est particulièrement importante dans les responsabilités organisationnelles des cadres infirmiers, notamment en matière d'évaluation. En effet, la circulaire du 15 septembre 1989, relative au mode d'exercice de la profession d'infirmière dans les établissements hospitaliers, dispose que *«l'organisation, la continuité et la qualité des soins infirmiers nécessitent l'élaboration et la gestion du dossier de soins infirmiers... Cet outil de travail spécifique à l'infirmier, support de la démarche de soins, constitue pour les médecins un recueil privilégié d'information sur les malades. Le dossier infirmier fait partie du dossier du malade»*²⁴².

Les décrets du 11 avril 1975 et du 18 octobre 1989 relatifs à la fonction d'infirmière générale, en particulier dans les circulaires qui les accompagnent, donnent une place importante aux attributions relatives à la gestion de l'information. Néanmoins, ce n'est qu'avec le décret du 18 octobre 1994, modifiant celui du 18 octobre 1989, que cette gestion se traduit en termes de

²⁴²Circulaire du 15 septembre 1989 ; déjà citée

contrôle de l'activité de soins infirmiers, puisque fut introduite l'évaluation parmi les attributions de l'infirmière générale ; en effet, l'article 2 dispose expressément à l'alinéa 5 : « *ils contribuent à la définition d'une politique d'amélioration de la qualité des soins, au développement de la recherche dans le domaine des soins infirmiers et à l'évaluation de ces soins* »²⁴³.

Ce recueil privilégié d'information pour les médecins sur les malades, l'est aussi pour l'exercice de la profession infirmière, puisque qu'il concoure à la réalisation du rôle propre infirmier, en particulier celui énoncé à l'article 2 du décret du 15 mars 1993 selon lequel dans le cadre de ce rôle, l'infirmier doit « *formuler les objectifs de soins, mettre en oeuvre les actions appropriées et les évaluer* ».

D'un point de vue organisationnel et professionnel, le dossier de soins infirmiers est très important parce qu'il constitue un outil de communication privilégié, en ce sens où les différents acteurs de la prise en charge du patient utilisent le même support. Il permet une meilleure répartition des rôles et fonctions de chacun, ainsi que l'implication de tous les partenaires dans l'élaboration de la démarche de soins. Un autre avantage mérite d'être souligné en ce qui concerne les atouts organisationnels du dossier de soins infirmiers. Il s'agit du fait que les transmissions formalisées sont plus fiables, et obligent à une plus grande rigueur des intervenants, qui se trouvent être plus responsabilisés. Enfin, il facilite l'intégration des agents dans l'équipe.

Les responsabilités organisationnelles que confère le dossier de soins infirmiers sont un facteur de valorisation et de motivation du point de vue professionnel.

²⁴³ Décret n°94-904 ; déjà cité

La complexité de l'évaluation de l'activité hospitalière, du fait de l'interpénétration des acteurs, implique pour l'ensemble du personnel une collaboration complète pour une évaluation cohérente et efficace. Parmi les outils qui permettent la coopération par l'évaluation, nous trouvons le P.M.S.I. : outil permettant le recueil et la mise en commun des informations. Il permet la production d'informations relatives à l'activité des hôpitaux, afin d'améliorer le fonctionnement interne, les évaluations d'activité et les prévisions pluriannuelles. Il est le support autour duquel peuvent se réunir les différents acteurs du système hospitalier, en particulier les médecins et les paramédicaux.

Autre outil d'évaluation à la disposition du corps infirmier : «*Le résumé de soins infirmiers*» (R.S.I.). Ce résumé va permettre d'évaluer quantitativement et qualitativement les soins infirmiers. Il ne s'agit plus de «*Résumé de Sortie Infirmier*» (à la demande des infirmières extra-hospitalières, qui souhaitent développer le concept de continuité de soins infirmiers), mais bien aujourd'hui de «*Soins*». Le résumé est, donc, constitué des diagnostics infirmiers, des interventions, des résultats et, de ce fait, représente une méthode d'évaluation de charge de travail.

Ces différents supports permettent d'analyser les faits concernant l'activité infirmière et, donc d'évaluer les résultats, c'est à dire étudier la correspondance entre les objectifs et les actions. A partir des résultats, un second niveau d'évaluation pourra être réalisé, il s'agit de l'évaluation du rapport existant entre les résultats de la démarche de soins, les coûts et l'efficacité.

Il sera possible désormais d'établir une relation pour la direction du service et la direction hospitalière, entre activités, ressources, structures, personnels, formation et matériel, et de se demander comment optimiser la gestion des soins infirmiers. Mais plus encore, l'utilisation de ces outils permettra à la responsable du service d'assurer pleinement ses responsabilités de direction, et donc de trouver les choix d'optimisation les meilleurs.

A l'instar de l'évaluation médicale, l'évaluation de soins infirmiers doit se développer pour deux raisons essentielles.

La première est une raison liée aux techniques de soins. L'accélération des nouvelles technologies constituent un argument non négligeable en faveur de la mise en place de l'évaluation. Ce n'est qu'avec l'évaluation que l'on peut faire la preuve de la sécurité, de l'efficacité et de l'utilité pour le malade.

La seconde raison avancée en faveur de l'évaluation des soins infirmiers est d'ordre économique. En effet, toutes décisions prises par un corps professionnel de santé dans un univers à ressources limitées implique une évaluation des conséquences économiques de celles-ci. Ce comportement est un impératif dans une société où l'organisme payeur et l'Etat veulent s'assurer que les moyens mis à la disposition des professionnels sont utilisés au mieux, qu'il s'agisse des actes médicaux ou des actes paramédicaux.

Concernant le corps médical, le concept de l'évaluation qui a émergé au début des années quatre-vingts ne s'est concrétisé qu'en 1989 avec la création de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale.

Depuis 1989, le corps médical est aidé dans sa démarche d'évaluation de ses activités par l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation. L'extension de l'évaluation infirmière nous laissait entrevoir la création d'une structure nationale, à l'instar du corps médical, favorisant le développement spécifique de l'évaluation des soins infirmiers afin de garantir une cohérence globale à cette démarche nouvelle pour l'infirmière.

L'ordonnance du 24 avril 1996²⁴⁴ met en place l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, dont l'objet est de mettre en place une procédure externe d'évaluation afin « *d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins...* » (art L 710-5 alinéa 1), en dégagant des normes de qualité qui serviront de critères d'appréciation sur la qualité des services des établissements.

Il est intéressant de souligner que dans le cadre de cette procédure, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé a pour mission : « *De favoriser tant au sein des établissements de santé publics ou privés que dans le cadre de l'exercice libéral, le développement de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles* » (art. L 791-1-1°).

L'observation que nous pouvons faire réside dans la suppression du caractère médical de l'agence, au contraire sa vocation d'aide au développement de l'évaluation est générale et porte sur l'ensemble des activités de soins.

Par conséquent, c'est à l'ensemble des activités de soins de l'établissement de soins, et non plus seulement les activités médicales, de participer à une politique d'évaluation. Il s'agit là d'une responsabilisation très importante du personnel

²⁴⁴ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 ; J.O. du 25 avril, p 6324 et s.

infirmier qui est visé à un pied d'égalité avec le corps médical. Dès lors, il appartient au service de soins infirmiers de mettre en place, en collaboration avec l'administration et avec les responsables médicaux, une procédure formelle d'évaluation des ses activités.

Cette responsabilisation professionnelle sous la direction du service de soins infirmiers constitue une importante accélération de la consécration organisationnelle de la profession. Ces prérogatives en termes d'évaluation sont d'autant plus importantes pour l'infirmière, qu'elles semblent être pour le moment mieux accueillies par cette dernière que par le corps médical qui, jusqu'à présent, semble « *traîner des pieds* » comme le souligne le Professeur Brice GAYET²⁴⁵.

C) L'intéressement : facteur de responsabilisation et de participation

La consécration de la participation infirmière dans l'organisation des activités de soins hospitaliers est l'aboutissement logique d'un mouvement d'identification et de responsabilisation d'un groupe professionnel. Au delà des résistances inhérentes à la structure hospitalière, sa réglementation, ou encore, les résistances d'ordre corporatiste, un obstacle majeur peut freiner cette dynamique professionnelle : les infirmières elles mêmes. Si on escompte que l'ensemble du personnel infirmier accompagne la responsabilisation du groupe dans l'organisation de l'activité hospitalière, il est indispensable que ce dernier se sente impliqué, et donc motivé. Aujourd'hui, la profession infirmière souffre de

²⁴⁵ B. GAYET ; « L'apport de l'évaluation médicale » ; Le Monde, 1er janvier 1996, p 10

cette absence de motivation, seule garante de la mise en place de l'esprit d'entreprise et d'un management hospitalier moderne et efficace. C'est à partir des dispositions adoptées en matière d'intéressement au profit du corps médical, que nous mettrons en évidence l'opportunité d'adapter ces règles à la profession infirmière.

a) La reconnaissance du S.S.I. comme centre de responsabilité

L'intéressement implique la reconnaissance d'une entité économique responsable, qui ne correspond pas forcément à une structure médicale classique. Le « *centre de responsabilité* » représente cette entité qui permet à un groupe d'être impliqué, soit parce qu'il dispose d'un budget autonome ou encore parce qu'il représente un poste parfaitement budgétisé, qui lui permet de s'associer à l'élaboration du budget et de tirer avantage d'une gestion rigoureuse. L'objectif étant, dans une période de contraintes économiques, de promouvoir l'efficience économique des postes de dépenses. Avec l'introduction de centres de responsabilité il s'agit de responsabiliser financièrement un groupe (unité fonctionnelle, département, service, service de soins infirmiers ou une structure ad hoc), et ainsi lui permettre de profiter du fruit de ses efforts, en l'occurrence l'amélioration du rapport coût-efficacité.

Le concept de « *centre de responsabilité* » est apparu avec la réforme de la gestion financière du 19 janvier 1983²⁴⁶. Il s'agissait de mettre en place un moyen

²⁴⁶ Loi n° 83- du 19 janvier 1983 : Réforme de la gestion financière du 19 janvier 1983.

d'associer plus globalement les médecins à la gestion. Cette réforme accompagne l'adoption du budget global, qui supposait pour une mise en place efficace l'implication du personnel. La circulaire, prise en application en date du 18 juin 1984, précise que « *la création des centres de responsabilité répond au souci de mieux mettre en évidence que par le passé les relations entre les moyens, les coûts et les activités des établissements hospitaliers et d'associer plus étroitement à leur gestion tous ceux qui, au travers des responsabilités qu'ils exercent et des décisions qu'ils prennent à ce titre, influencent directement les évolutions de ces coûts et activités* ». Au regard de ces dispositions, il apparaît très clairement que la gestion des activités hospitalières s'inscrit dans une démarche de déconcentration. En ce sens, la loi hospitalière du 24 juillet 1987 met en place une procédure de déconcentration au niveau des centres de responsabilité, puisque le chef de service devait arrêter les prévisions d'activités et de moyens dans un document appelé T.A.P.A.M. (tableau prévisionnel d'activités et de moyens). Cette procédure impliquait le concours de l'ensemble du personnel, dans la mesure où il devait obligatoirement le consulter sur ce document (bien qu'aucune incidence sur la décision ne soit consacrée).

Parce que l'objectif de l'introduction de ces centres de responsabilité était de permettre l'association du personnel à la définition du budget et des objectifs de l'hôpital, il serait opportun de donner les moyens d'une réelle participation de la profession infirmière aux activités de l'établissement, et pour cela reconnaître au service de soins infirmiers la qualité de centre de responsabilité.

b) L'intéressement économique : un outil de participation à développer

Le projet de soins infirmiers et l'évaluation tels que nous les avons évoqués ont pour objet la qualité des soins. Cependant, pour que ces derniers soient réalisés efficacement, dans une structure dont la politique obéit au rapport coût-efficacité, il est nécessaire que la profession infirmière soit partie prenante dans l'évaluation économique de son activité. L'objectif est de reconnaître S.S.I. comme centre de responsabilité, lui offrant par là-même une autonomie financière qui permettrait à la profession d'adopter une logique d'efficience similaire au fonctionnement global de l'hôpital.

L'évaluation économique des activités de soins doit être faite par rapport à un budget spécifique au service infirmier. Dès lors, il sera possible d'imaginer la définition d'un contrat d'objectifs qui constituerait un moyen d'intéressement pour les responsables infirmiers, permettant au groupe de tirer profit de la réalisation des objectifs.

Cet intéressement est un formidable moyen de responsabilisation et d'implication, car il dote le groupe de moyens de participation et d'argumentation en faveur de l'organisation de son service, mais aussi de l'organisation générale de l'activité hospitalière. En effet, il est possible d'imaginer une implication et une responsabilisation du personnel plus grandes dans l'organisation de son activité (ex : affectation de son personnel, recrutement, organisation de la répartition des matériels...) grâce à des balises

financières propres, sur lesquelles elle dispose d'une relative maîtrise et, de ce fait, être plus à même d'anticiper l'évolution de ses moyens et donc de son activité.

Pour que l'intéressement du groupe auprès des structures se matérialise, encore faut-il que l'intéressement des infirmières de base soit une réalité. C'est la raison pour laquelle le contrat d'objectif fixé entre le S.S.I. et l'administration hospitalière doit être accompagné par un contrat d'objectifs fixé avec l'ensemble des agents, dont la réalisation impliquerait un intéressement individuel (ex : notation, traitement, avancement, mutation...).

Il est donc opportun, à l'instar du corps médical, conformément à la réforme du 31 juillet 1991, d'intéresser le service infirmier qui représente un poste de dépense à part entière, à défaut d'être doté d'une autonomie budgétaire. Intéressement qui s'appuierait sur le fondement de l'article L 714-13, selon lequel *« les responsables des structures médicales, odontologiques et pharmaceutiques... et des services autres que médicaux, odontologiques et pharmaceutiques peuvent suivre la gestion des moyens budgétaires et la réalisation des objectifs de la structure ou du service dont ils ont la responsabilité et faire bénéficier, le cas échéant, cette structure ou ce service des résultats de cette gestion »*. Par conséquent, il appartient aux instances décisionnelles de l'hôpital de mettre en place une procédure adéquate en direction du service de soins infirmiers de suivi de gestion et d'intéressement.

Chap. 2 La consécration de la participation infirmière auprès des instances décisionnelles

Le pouvoir décisionnel est la capacité que détiennent les instances délibératives et consultatives, *«d'affecter selon leur volonté la structure et le fonctionnement de l'institution, ainsi que la pratique qui en résulte»*²⁴⁷. Cette capacité trouve son fondement et sa légitimité dans des règles administratives et budgétaires, qui ordonnent l'ensemble de l'activité. Néanmoins, il ne faut pas minimiser le pouvoir exercé par l'influence des corps professionnels, en particulier des soignants. Ce pouvoir est dans le milieu hospitalier une réalité tangible et constante.

Avant d'évoquer le rôle du corps infirmier auprès des instances décisionnelles de l'hôpital, il faut rappeler, dans un premier temps, qui détient ce pouvoir et comment l'infirmière y participe.

L'étude du rôle et de l'influence exercés par le corps infirmier auprès des instances décisionnelles implique que l'on souligne l'évolution et l'étendue de ses attributions auprès de l'équipe de direction et au sein du conseil d'administration. En effet, les attributions du corps infirmier auprès des structures décisionnelles s'exercent par l'intermédiaire de l'infirmière générale,

membre de l'équipe de direction, auprès du directeur (et anciennement près le C.A.), par les représentantes infirmières au sein du conseil d'administration, mais

²⁴⁷M. DUHART ; «la division du travail dans une activité de service : les rapports sociaux et le processus d'information impliqués» ; 1980 ; p VI.1

aussi au travers des instances consultatives dans lesquelles les soignants sont représentés.

Mais avant d'étudier la place tenue par la profession infirmière auprès du pouvoir décisionnel, nous brosserons rapidement la situation relative aux instances décisionnelles hospitalières avant la réforme du 31 juillet 1991.

Section 1 Les pouvoirs décisionnels hospitaliers traditionnels

Cette première section nous conduira à mettre en évidence la nature des pouvoirs décisionnels et les structures mises au service des soignants leur permettant de participer à la vie de l'établissement hospitalier dans son fonctionnement général.

§1 L'origine des pouvoirs hospitaliers

L'étude sommaire de l'origine des pouvoirs hospitaliers va nous permettre d'identifier les instances décisionnelles et d'observer leur fonctionnement. Il sera intéressant de souligner combien ces instances sont rattrapées par l'économie et la multiplication des structures régulatrices extra-hospitalières.

A) Identification des instances décisionnelles

De manière liminaire, il faut distinguer dans la notion de «*pouvoir*» deux facettes.

La première est le «*pouvoir hiérarchique*». Celui-ci se traduit dans la fonction publique par des actes réglementaires, et confère à son dépositaire une autorité de subordination. Avant la loi du 21 décembre 1941, ce pouvoir hiérarchique à l'hôpital était assuré par la commission administrative par l'intermédiaire de son président. C'est à ce dernier qu'incombait la responsabilité de recruter, promouvoir, gérer et sanctionner les personnels médicaux et non médicaux. La loi du 21 décembre 1941²⁴⁸, et son décret d'application du 17 avril 1943²⁴⁹, revoient la répartition de l'autorité hiérarchique hospitalière en introduisant un directeur dans les établissements de plus de 200 lits. Dès lors, le pouvoir hiérarchique est assuré partiellement par ce dernier, puisque son autorité ne porte pas sur l'ensemble du personnel hospitalier, dans la mesure où le corps médical reste subordonné à l'autorité étatique (pour les médecins à temps partiel la tutelle est assurée par le préfet, quant aux médecins à temps plein, ils sont sous l'autorité du ministère en charge de la santé).

La seconde facette consiste en un pouvoir, non plus hiérarchique, mais «*directionnel*». Il s'agit d'un pouvoir bicéphale dont le contenu sera plus ou moins équilibré entre le conseil d'administration et le directeur d'établissement.

²⁴⁸Loi n°5060 du 21 décembre 1941 ; J.O. du 30 décembre, p 5544 et s.

²⁴⁹Décret n°891 du 17 avril ; J.O. du 27 avril 1943, p 1156 et s

Il implique pour le dépositaire d'avoir une vision globale sur l'activité de l'établissement et d'assurer les responsabilités relatives à son organisation et son fonctionnement. Sous l'empire de la loi du 21 décembre 1941, l'article 10 dispose clairement l'exclusif pouvoir décisionnel de la commission administrative. Elle seule est habilitée à décider de la gestion, des grandes orientations des activités, des travaux, mais aussi à disposer des biens propres à l'établissement.

Soulignons que ce pouvoir décisionnel exclusif est placé, en réalité, sous plusieurs tutelles, qui se traduisent par un étroit contrôle du préfet et du directeur régional de la santé et de l'assistance. A cette date, le directeur ne détient qu'une attribution d'exécution, eu égard aux décisions adoptées par la commission administrative, puisque l'article 13 prévoit qu'*«un agent appointé par l'établissement est chargé d'exécuter les décisions de la commission administrative et d'assurer la direction des services»*. Il semble que cette direction consiste à agir en conformité avec la politique hospitalière adoptée par la commission administrative, mais aussi dans l'exercice d'une autorité en matière de gestion du personnel, et donc, d'un pouvoir hiérarchique.

Avec l'ordonnance du 11 décembre 1958²⁵⁰, le pouvoir décisionnel du directeur connaît une évolution importante, dans la mesure où il est étendu à l'ordonnancement des dépenses dans les établissements de plus de 200 lits.

Le pouvoir institutionnel hospitalier est, dès la réforme de 1970²⁵¹, parfaitement formalisé. Il s'agit pour le législateur de rationaliser l'activité hospitalière, ce qui

²⁵⁰Ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958 ; J.O. du 12 décembre, p 11169 et s.

²⁵¹Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière ; J.O. du 3 janvier, p 67 et s.

suppose la redéfinition du rôle du corps médical, en l'occurrence des médecins chefs, et du directeur au sein du conseil d'administration.

Le rôle du médecin, dans ses attributions auprès des organes décisionnels, n'a plus une vocation exclusivement thérapeutique, dans la mesure où il doit intégrer dans ses responsabilités des notions de gestion.

De plus, avec cette réforme, le pouvoir du directeur se précise et se généralise. En effet, la loi de 1970 opère un véritable transfert de compétences, puisqu'elle confère au C.A. une compétence d'attribution et au directeur une compétence générale.

En effet, dès cette date, le directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement hors du champ d'attribution (limitativement énuméré) du conseil d'administration. Au delà de son rôle d'exécutant, le directeur acquiert un pouvoir décisionnel propre, puisque l'article 22, *in fine*, dispose que ce dernier «*est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui sont énumérées ci-dessus et doit tenir régulièrement le conseil d'administration informé de la marche générale des services et de la gestion de l'établissement*».

Cette compétence générale sera définitivement formalisée avec la loi du 3 janvier 1984 puisque l'article 22 précisera que le directeur «*assure la conduite générale de l'établissement*». Dans le cadre de cette mission, il est chargé d'une double responsabilité. D'une part, il doit administrer les biens et devient, dès lors, ordonnateur des dépenses et responsable de l'émission des titres de recettes. D'autre part, il a la charge de la représentation de l'établissement (entre autres, signature des actes de ventes ou d'achat, signature des baux, passation des marchés...). En outre, il assure la gestion des personnes, c'est à dire, des

personnels hospitaliers et des usagers. Il faut observer que la loi du 3 janvier 1984 a élargi l'autorité du directeur au personnel médical, puisque l'article 7, insérant l'article 22-2 à la loi de 1970 dispose à l'alinéa 2 que le directeur « *exerce son autorité sur l'ensemble des personnels dans le respect de la déontologie médicale, des responsabilités qu'elle comporte pour l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art* ». Si l'autorité hiérarchique se trouve, eu égard cette dernière disposition, élargie, le législateur a relativisé son pouvoir en le subordonnant à la déontologie médicale et à l'indépendance qui sont inhérentes à l'exercice médicale. Le pouvoir du directeur, s'il est entier en ce qui concerne les agents hospitaliers et les personnels soignants, reste subordonné aux règles professionnelles du corps médical. Parallèlement à cette autorité hiérarchique, d'aucuns reconnaissent une autorité d'organisation sur le personnel, et ce comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, puisque le directeur dispose d'un pouvoir décisionnel sur l'organisation des activités soignantes. Pouvoir reconnu par le Conseil d'Etat du 27 mai 1964, il s'agit de l'arrêt «*CHOULET*»²⁵², et normalisé par la loi de 1984 avec la consécration de la conduite générale de l'établissement conférée au directeur.

A l'intérieur de l'institution, les limites du rôle du directeur et des médecins chefs sont parfaitement circonscrites. Le premier exerce son pouvoir sur tout le personnel présent, exception faite des médecins chefs ; il participe au conseil d'administration, mais ne dispose pas d'une voie délibérative. Les seconds

²⁵² C.E. du 27 mai 1964 : « Affaire CHOULET » ; Leb p 302

possèdent une autorité sur le personnel soignant et paramédical, et disposent d'une voix délibérative au sein du C.A.

On peut relever, tant du point de vue organisationnel que décisionnel, combien la place du médecin dans les années 70 est prédominante dans les établissements publics hospitaliers.

B) Un pouvoir hospitalier sous contraintes

L'aspiration des personnels en soins infirmiers en matière décisionnelle, au sein de l'hôpital, peut paraître à bien des égards anachronique. En effet, le pouvoir décisionnel hospitalier tend, d'une manière générale, à se centraliser entre les mains de l'Etat et des caisses d'assurance maladie, réduisant d'autant la latitude offerte aux instances décisionnelles. Cette tendance est le fruit de la crise économique, qui conduit les pouvoirs publics à mettre en place une politique drastique de maîtrise des dépenses de santé. Cette logique apparaît comme la panacée aux maux économiques qui frappent la santé publique, au détriment d'une logique de responsabilisation des acteurs de soins, en favorisant leur autonomie d'évaluation et d'initiative autour d'objectifs communs.

La première logique adoptée par les pouvoirs publics implique de fait, une affirmation du pouvoir central et du pouvoir financier de l'assurance maladie, érodant par là même les pouvoirs hospitaliers traditionnels, tout en hypothéquant les aspirations hospitalières catégorielles en ce domaine. En effet, l'efficacité du personnel, en termes d'association à la détermination de la politique générale de l'établissement est d'autant plus réduite que l'hôpital ne contrôle plus véritablement le pouvoir décisionnel sur les grands choix qui constituent la politique hospitalière.

La tutelle de l'Etat est omniprésente dans le processus décisionnel hospitalier, en ce qui concerne le budget, les équipements ou le personnel. Cette tutelle se

traduit par la faculté dont dispose l'Etat d'interférer dans le domaine de compétences du conseil d'administration, en approuvant ou en rejetant les délibérations du CA. Le directeur n'est pas en reste, puisque le contrôle de l'Etat s'exerce sur des actes pris par ce dernier, comme par exemple la passation des marchés. La sécurité sociale, à son tour, accroît considérablement son emprise sur le processus décisionnel hospitalier, par un renforcement substantiel de son pouvoir financier. Principal payeur, elle se veut le principal interlocuteur, et revendique une plus grande participation à la prise de décision²⁵³. Partant, contrairement à la tutelle de l'Etat, son influence sur les décisions hospitalières n'est pas seulement le fruit d'un arsenal réglementaire, mais consiste surtout dans la mise en oeuvre de pressions financières.

Le contrôle exercé sur les hôpitaux et, notamment, sur ses attributions décisionnelles, se traduit par la mise en place de trois principaux leviers juridiques.

D'une part, il s'agit du contrôle des effectifs du personnel, où en la matière l'Etat préfère contraindre les établissements à suivre une politique de redéploiement des effectifs, plutôt qu'une politique de création d'emplois, lorsque un établissement en ressent le besoin.

De ce constat, découlent deux réflexions. La première est que la profession infirmière souffre, d'une manière chronique, d'un sous-effectif. Ainsi, privilégier le redéploiement, plutôt que la création de postes ne procède pas d'un souci de rationalisation et d'efficience de l'activité hospitalière, mais bien de partager la

²⁵³La sécurité sociale dispose de ses représentants au CA, assure un contrôle médical et participe à la politique hospitalière par l'intermédiaire d'organismes supra-hospitaliers tels que le conseil supérieur des hôpitaux et l'équipement.

pauvreté des ressources humaines. La seconde réflexion consiste à se poser la question de la réalité juridique des attributions des instances décisionnelles en matière de gestion du personnel. En effet, si le pouvoir traditionnel de l'hôpital qui est de créer des emplois se vide de son contenu, il est légitime de se poser la question de l'opportunité de maintenir la législation hospitalière actuelle. En effet, on est en droit de se demander qui est l'employeur.

D'autre part, l'Etat exerce un contrôle important avec l'instauration de la carte sanitaire (loi du 31 décembre 1970). En effet, cette dernière permet à l'administration centrale de s'assurer de l'adéquation entre sa politique de maîtrise des dépenses de santé et les investissements entrepris par les établissements hospitaliers. Ce contrôle s'exerce sur les investissements ayant pour objets les équipements coûteux comme les lits et les équipements lourds. Cette carte sanitaire est accompagnée de nombreuses autres dispositions limitant toujours plus la marge d'initiative des responsables hospitaliers en matière d'investissement²⁵⁴.

Enfin, le dernier niveau de contrôle concerne le financement du fonctionnement hospitalier. La loi du 19 janvier 1983²⁵⁵ instaure le budget global, dont le montant est fixé par la tutelle et ce, « *compte tenu d'une part des possibilités de soins qui répondent aux besoins de la population, d'autre part, d'un taux d'évolution des dépenses hospitalières qui est arrêté à partir des hypothèses économiques*

²⁵⁴Les dispositifs réglementaires contraignants sont les suivants (avant la réforme de 1991) :

*Circulaire du 3 mars 1978 : limite les emprunts à 60 % du financement des investissements.

*Circulaire du 4 septembre 1979 : le surcoût des investissements doit être compensé par des économies sur d'autres postes, sachant que pas plus de 5 % de surcoût n'est autorisé.

*Toutes opérations supérieures à 10 millions de francs sont soumises à autorisations ministérielles.

* Loi du 29 décembre 1979 : impose en matière de création ou de suppression de services, de lits ou d'équipements lourds, de céder à la décision finale au ministère de la santé en cas de désaccord.

* Circulaire du 9 août 1983 : supprime les prêts sans intérêts de la sécurité sociale.

²⁵⁵Loi n° 83- du 19 janvier 1983 ; J.O. du 20 janvier, p 374.

générales et par référence à la politique sanitaire et sociale de l'Etat, par les ministres chargés respectivement de l'économie, du budget, de la santé de la sécurité sociale»(article 22). Avec ces nouvelles dispositions qui mettent fin au prix de journée, les responsables hospitaliers se transforment en simples exécuteurs du budget, selon des moyens et des objectifs définis par la politique sanitaire de l'Etat.

§ 2 Le rôle des soignants auprès des instances décisionnelles

La réforme hospitalière du 31 décembre 1970 nous servira de point d'ancrage dans notre étude sur la nature et l'étendue du rôle participatif des soignants auprès des différentes instances décisionnelles.

Le choix de cette date s'impose parce que le pouvoir décisionnel hospitalier fait l'objet, à ce moment précis, d'une remise en cause importante, dont l'aboutissement fut une véritable redistribution, au profit du directeur. Cette évolution revêt un caractère particulièrement important car elle permet aux soignants de tirer profit de cette réforme, et ainsi d'affirmer leur rôle et la plus value qu'ils constituent en participant aux décisions d'une infrastructure hospitalière modernisée et responsabilisée.

La loi de 1970 est d'une importance capitale, dans la mesure où elle est animée par un souci nouveau, celui de la rationalisation des activités avec pour corollaire

la mise en place progressive d'une logique médicale dans un premier temps, qui pourra évoluer de manière plus générale en logique de soin. Notons que c'est durant cette époque que des représentants des caisses d'assurance maladie font leur apparition au sein du conseil d'administration. De plus, dans une logique de rationalisation des activités, au-delà de la mise en place d'un syndicat inter-hospitalier, il est prévu qu'au sein de chaque établissement soient adoptées, selon l'alinéa 3 de l'article 23, «...des modalités d'association des chefs de services des établissements d'hospitalisation publics à la gestion de leur service et aux responsabilités qui en découlent».

Avant de poursuivre notre étude, rappelons rapidement, à propos de la participation au pouvoir décisionnel, qu'il est introduit à l'hôpital une distinction fondamentale que nous devons toujours garder à l'esprit. Il s'agit de la différence entre la participation à la décision et la participation à l'élaboration de la décision. Dans la première hypothèse le personnel, en l'occurrence les soignants, prend la décision avec l'autorité administrative et en assure conjointement la responsabilité. Dans la seconde hypothèse, le personnel soignant est associé à l'étude de la question ou encore participe au processus d'élaboration, mais dans ce cas ne dispose pas de pouvoir décisionnel et donc, n'assure pas la responsabilité de la décision prise.

A) Le rôle des soignants au sein du Conseil d'administration

Avec la loi du 31 décembre 1970, la participation à la décision, au plan juridique, ne se traduit qu'avec la représentation des personnels soignants au conseil d'administration. Il s'agissait de la seule modalité légale mise à la disposition du personnel, puisque selon l'article 22 de ladite loi, le conseil d'administration délibère sur un certain nombre de points relatifs à la vie de l'établissement. La traduction pratique de cette participation pour le personnel soignant se résume par l'information qu'il reçoit, les débats et par son vote. Pour mieux circonscrire l'évolution du rôle participatif du personnel soignant au sein dudit conseil, la première démarche que l'on doit mener consiste dans l'étude de la représentation, en termes de sièges, au sein du conseil d'administration (qui ne tiendra pas compte de la réforme de 1991, que nous évoquerons indépendamment dans le §2).

Originellement, c'est à dire sous l'empire de la loi 21 décembre 1941²⁵⁶ (article 6), la commission administrative est essentiellement composée de notables locaux. En ce qui concerne la représentation des soignants, aucun hospitalier n'y est représenté ; il y a bien un médecin membre dudit conseil, mais sa présence procède d'une désignation faite par le conseil départemental de l'ordre des médecins et ne représente donc pas le corps médical hospitalier. Soulignons que, pas plus que les soignants, les agents hospitaliers n'étaient représentés. L'époque n'est pas encline à favoriser l'expression collective à l'hôpital. En effet, le droit syndical n'est pas encore autorisé dans la fonction publique. Pour les responsables d'alors, l'expression syndicale constitue une menace au pouvoir hiérarchique de la fonction publique.

²⁵⁶ Loi n°5060 du 21 décembre 1941 ; J.O. 30 décembre, p 5574 et s.

A partir de 1946, l'expression collective est autorisée dans la fonction publique. En juin 1968, avec les accords de Grenelle, la section syndicale à l'hôpital est légalisée. Dès lors, les personnels hospitaliers prennent conscience de leur appartenance à un groupe spécifique, impliquant la nécessité absolue de défendre ses intérêts. Le personnel non médical et, en particulier, infirmier se voit reconnaître un outil de revendication, et donc, une tribune d'expression. Cette avancée ne pouvait pas ne pas se traduire sans un profond changement dans la composition du conseil d'administration en matière de représentation.

Avec la loi de 1970, et son décret d'application en date du 2 mai 1972²⁵⁷, relatif aux conseils d'administrations des établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics, la représentation des soignants est reconsidérée : qu'il s'agisse des médecins ou des infirmiers, toujours en leur qualité de fonctionnaires pour les seconds. En effet, les premiers sont représentés au sein du conseil d'administration à hauteur de trois membres. Cette représentation est la traduction d'une profession qui s'organise de plus en plus grâce à une commission médicale consultative toujours plus représentative et efficace dans l'organisation générale de l'activité hospitalière. C'est pour cette raison que les membres sont issus du CMC (le président du CMC comme membre de droit et deux médecins élus). Force est de constater qu'avec le renforcement de l'organisation professionnelle autour de structures représentatives, la participation à la décision hospitalière s'accroît.

²⁵⁷ Décret n°72-350 du 2 mai 1972 ; J.O. du 4 mai, p 4600 et s.

A défaut d'une telle structure professionnelle, l'infirmière a dû utiliser le mode d'expression collectif offert à l'ensemble des personnels non médicaux : le syndicalisme. En effet, faute d'une participation au sein du CA en qualité de professionnelle du soins, c'est grâce à l'action syndicale que l'infirmière pourra se faire entendre. C'est ainsi que le décret de 1972 prévoit que le conseil d'administration sera composé d'un représentant du personnel non médical désigné par le syndicat le plus représentatif. Il ne faut pas se faire d'illusion car, compte tenu du taux de syndicalisation de la profession, les chances de participer au pouvoir décisionnel du CA étaient extrêmement minces.

C'est en raison de l'absence de représentation professionnelle du corps infirmier et de l'hypothétique participation de l'infirmière à la décision du C.A., mais, et surtout par l'exaspération manifestée par ces dernières en 1988, que les pouvoirs publics ont décidé de favoriser l'expression collective des personnels non médicaux et, par la même, du personnel de soins infirmiers. En effet, un décret du 2 mars 1989²⁵⁸ modifiera la composition du C.A., puisque le nombre de représentants du personnel non médical sera augmenté passant de 1 à 3 dans les C.H.G. (Centres Hospitaliers Généraux) et de 2 à 5 dans les C.H.R. (Centres Hospitaliers Régionaux) et C.H.U. (Centre Hospitaliers Régionaux et Universitaires)²⁵⁹. Dans la mesure où cette modification réglementaire ne modifie pas la représentation médicale, il apparaît que les pouvoirs publics équilibrent, de fait, le nombre des personnels médicaux avec les non médicaux. Si ces derniers augmentent, il est naturel de penser que la participation du corps infirmier est

²⁵⁸Décret n°89-140 du 2 mars 1989 ; J.O. du 3 mars, p 2878 et s.

²⁵⁹La présente composition ne fait pas référence aux dispositions dérogatoires concernant les assistances publiques des grandes métropoles françaises (Paris, Lyon, Marseille)

facilité, compte tenu du fait qu'il représente l'effectif hospitalier le plus important. Cependant, force est d'admettre que ce dont souffre le plus la profession, c'est encore l'absence de représentation professionnelle, car quelque soit son effectif, l'infirmière déserte désespérément les centrales syndicales, hypothéquant par là même son pouvoir participatif auprès du C.A.

Pour conclure, nous relativiserons le pouvoir du C.A., car dans la pratique, le pouvoir décisionnel se traduit par des rapports de force plus complexes qu'il n'y paraît dans les textes. Le pouvoir administratif est surtout exercé par le directeur et les représentants de la D.D.A.S.S., et aujourd'hui les Agences régionales de l'hospitalisation, qui connaissent profondément les textes et les règles budgétaires. Ils gèrent, sans que personne d'autre n'ait les moyens théoriques ou pratiques de contrôler leur gestion.

Le pouvoir médical, quant à lui, reste intact car le médecin investi du prestige de la science est le seul à être reconnu comme étant capable de parler de politique ou démarche médicale hospitalière.

La situation sociale et économique de ces dernières années a fait apparaître un «*pouvoir nouveau*», celui des caisses de maladie, qui sanctionnent par la décision du paiement du prix de journée d'hospitalisation. Leurs décisions l'emportent sur toutes les autres.

Nous pouvons caractériser la combinaison du pouvoir administratif, du pouvoir médical et du pouvoir délégué aux représentants des caisses de maladie, par une «*forme technocratique des structures décisionnelles à l'hôpital* ».

Face à celle-ci, le pouvoir des représentants des élus est peu efficace, et subit une lente érosion étant donnés les impératifs financiers et administratifs. Dans cette situation, force est de constater que le pouvoir syndical ne peut devenir qu'un pouvoir de caution, d'une part, parce que la représentativité des syndicats est minoritaire, et d'autre part, parce que toute contestation butte sur les mêmes impératifs technocratiques.

Si au sein du conseil d'administration il existe une représentation du personnel médical et non médical, il faut admettre que l'influence des représentants n'est pas la même dans le processus décisionnel. En effet, l'influence de chaque professionnel dépend de sa compétence, ou plus particulièrement de sa maîtrise des techniques. En effet, la compétence technique des médecins est rarement contestée, et les avis émis par la C.M.C. sont souvent suivis. Il n'est pas évident que le personnel non médical soit écouté de la même manière. On comprend mieux la raison pour laquelle la priorité donnée à la profession infirmière portait sur la consécration technique, seul passeport d'une reconnaissance professionnelle institutionnelle du soin infirmier. La technique et sa consécration juridique constituait bien la condition *sine qua non* de la consécration d'une profession comme partenaire décisionnel hospitalier et de santé publique.

B) L'influence des soignants auprès du directeur d'établissement

« Le pouvoir que confère la technique conteste en permanence le pouvoir hiérarchique du directeur par une technicisation des problèmes et par une présentation corporatiste des revendications. Face aux arguments du directeur, invoquant l'intérêt général de l'établissement, les partenaires ont compris l'intérêt d'étayer leurs revendications en faisant largement appel aux arguments techniques. La technicisation n'est pas gênante si le directeur délègue de fait une partie de ses prérogatives hiérarchiques en fixant des objectifs et en conservant in fine son arbitrage. La technicisation impose une gestion reposant sur la délégation de pouvoir. »²⁶⁰

a) Evolution du pouvoir décisionnel du directeur

Avant de se pencher sur l'influence des soignants auprès du directeur dans son rôle décisionnel, il nous faut rapidement revenir sur l'extension de ses attributions consacrée par la loi du 31 décembre 1970, qui est, nous le verrons, déterminante pour ce qui est de son pouvoir hiérarchique. En effet, c'est à partir de cette date que le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel non médical quelle que soit l'importance de l'hôpital, alors qu'auparavant cette autorité lui était conférée dans les seuls établissements de plus de 200 lits.

La loi du 3 janvier 1984 étend son pouvoir hiérarchique, puisqu'elle prévoit en son article 22-2 que le directeur devenu responsable de la direction générale de

²⁶⁰ J.M. CLEMENT ; « Le pouvoir hiérarchique du directeur d'hôpital » ; p 5

l'établissement «...*exerce son autorité sur l'ensemble des personnels*». Néanmoins, son pouvoir hiérarchique, s'il s'étend sur le personnel médical, n'en reste pas moins relatif, dans la mesure où il se limite bien souvent à l'organisation et la gestion matérielle, et non pas comme pour le personnel non médical à une autorité complète, incluant la nomination et la révocation.

De surcroît, en ce qui concerne le corps infirmier, notons qu'avec le décret du 11 avril 1975 l'infirmière générale interfère dans le pouvoir hiérarchique du directeur, puisqu'il lui est reconnu le pouvoir de participer à la gestion du personnel infirmier, des aides soignantes et des agents des services hospitaliers ; surtout elle dispose d'un pouvoir de proposition d'affectation que le directeur ne peut contrarier.

L'extension du pouvoir hiérarchique s'accompagne d'une consécration sans équivoque d'un pouvoir décisionnel, indépendamment de celui du conseil d'administration dont il continue à assurer l'exécution des décisions. Ce pouvoir est envisagé par le législateur de manière «*déductive*». En effet, l'article 22 *in fine* dispose que le pouvoir décisionnel du directeur porte sur les domaines autres que ceux afférents au conseil d'administration : «*Le directeur est chargé de l'exécution des délibérations du conseil d'administration. Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui sont énumérées ci-dessus et doit tenir régulièrement le conseil d'administration informé de la marche générale des services et de la gestion de l'établissement*». Cette consécration évoluera vers une explicitation plus claire encore et une définition

positive de son pouvoir, puisque la loi du 3 janvier 1984 dispose à l'article 22-2 que si le directeur est compétent pour régler les affaires autres que celles du domaine de compétence du conseil d'administration, il «*assure la conduite générale de l'établissement*». Partant, son pouvoir décisionnel ne commence pas là où s'arrête celui du conseil d'administration, mais devient d'ordre général, tandis que celui du conseil d'administration devient attributif. Il s'agit là de l'aboutissement d'une évolution amorcée avec la loi du 31 décembre 1970.

Nous verrons que l'influence et la participation des soignants aux côtés du directeur se traduisent différemment de celles exercées auprès du conseil d'administration, puisqu'elles s'exerceront à la fois sur son pouvoir hiérarchique, et donc, sur la gestion du personnel et sur son autonomie en matière de politique hospitalière.

b) Place des soignants près le directeur

Comme nous l'avons rapidement évoqué, le pouvoir hiérarchique est bien l'apanage de la fonction de directeur hospitalier, bien que ce pouvoir ne soit pas aussi autonome que l'on pourrait le penser. A ce sujet, M. J.M. CLEMENT²⁶¹ montre très clairement combien la fonction hiérarchique du directeur est contrainte par une réglementation excessive, soucieuse de garantir le principe d'égalité, mais aussi l'expression du personnel ; le tout formant autant de freins à l'exercice de son pouvoir. C'est dans ce contexte que nous allons voir dans quelle mesure le personnel soignant acquiert un pouvoir de participation, ou encore une influence auprès du directeur.

La participation à l'exercice du pouvoir hiérarchique du directeur se traduit selon des modalités aussi différentes que variées. Ainsi, dans le cadre de l'exercice du pouvoir décisionnel, le directeur peut être amené à recourir à un organisme représentatif professionnel ; ces procédures sont appelées : «*décisions par compétence liée*». Ce mode de consultation permet aux soignants, qu'ils soient médecins ou infirmiers, de participer de manière non négligeable à la prise de décision.

Parmi ces consultations obligatoires auprès d'organes professionnels, il existe des hypothèses où le directeur doit suivre scrupuleusement les avis des commissions. Ainsi, en ce qui concerne le reclassement, la poursuite d'un congé de maladie, l'avis du comité médical est obligatoire, mais ne revêt pas un

²⁶¹J.M. CLEMENT ; Ibid.

caractère contraignant. Cependant, si le directeur entreprend un recours devant le comité médical supérieur, sa décision le liera. De plus, ce même comité lie le directeur en matière d'imputabilité de la maladie ou de l'accident au service.

A côté des avis contraignants, nous rencontrons aussi des instances consultatives représentantes des soignants, dont les avis ne sont pas contraignants mais que le directeur ne peut outrepasser, car un avis non suivi entraîne la suspension de sa décision.

En matière de recrutement, le directeur doit soumettre le candidat à un examen médical, puisque selon la législation de la fonction publique, nul ne peut être fonctionnaire hospitalier «*s'il ne remplit les conditions d'aptitude exigées pour l'exercice de la fonction*». Cette disposition implique l'intervention du corps médical dans l'élaboration de la décision. En effet, le décret d'application du 16 août 1985²⁶², prévoit que la vérification de l'aptitude physique doit être assurée par un médecin agréé, qui doit examiner les agents avant tout recrutement. Ces conclusions doivent être vérifiées par le médecin du travail de l'établissement. Les conclusions de ce dernier, si elles vont à l'encontre de la volonté du directeur et de son interprétation de la notion d'incompatibilité avec le service, le lient uniquement dans la mesure où il devra renoncer à la procédure de recrutement. Si cet exemple montre que le corps médical exerce une emprise sur l'élaboration de la décision prise par le directeur, notons que dans ce cas précis il ne s'agit pas d'un organe représentatif du corps médical hospitalier. Cependant, le directeur reste lié à la décision médicale, en particulier du service de médecine du travail,

²⁶² Décret n° 85 -947, du 16 août 1985 ; J.O. du 8 septembre, p 10398

obligatoirement crée dans les établissements hospitaliers ou syndicats inter-hospitaliers comptant plus de 1500 agents. Soulignons aussi que le directeur est tenu de consulter ce service sur toutes décisions concernant les conditions de vie et de travail, l'hygiène, la protection des agents contre les nuisances (les risques d'accidents ou de maladies du travail), l'éducation sanitaire en rapport avec l'activité professionnelle, mais aussi les nouvelles constructions et les aménagements des locaux anciens. De plus, ce service dispose de prérogatives qui sont autant de contre-pouvoirs à l'influence du directeur (ex : proposer des aménagements des locaux de travail, faire procéder à des analyses ou mesures qu'il estime nécessaire...).

De la même manière, en matière de recrutement et d'affectation d'emploi des personnels soignants, le directeur ne peut passer outre les propositions du cadre infirmier général, selon les dispositions du décret du 11 avril 1975 qui dispose à l'article 3 alinéa 2 que l'infirmière générale « *participe à la gestion des personnels infirmiers, des aides soignants et des agents de services hospitaliers et propose leur affectation en fonction de leurs aptitudes* ». En revanche, il ne peut pourvoir le poste vacant. Cette disposition sera reprise par le décret du 18 octobre 1989.

Les soignants exercent indirectement une influence car, en agissant sur son statut et ses fonctions, ces derniers permettent à la profession de se doter d'un arsenal réglementaire qui lie le directeur. En effet, le pouvoir de ce dernier est subordonné aux textes réglementaires ayant pour objet de protéger la profession sur laquelle il décide d'exercer son pouvoir. Pour illustrer notre propos, nous

pouvons relever que si le directeur a un pouvoir hiérarchique lors du déroulement de la carrière, il doit tenir compte, eu égard aux professionnels du soin, de la réglementation en vigueur concernant l'exercice de son activité dans son pouvoir d'affectation selon la *«la nécessité de service»*.

En effet, l'article 99 de la loi du 9 janvier 1986 dispose que concernant le pouvoir d'invocation de *«la nécessité de service»* le directeur *«...ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par des dispositions législatives»*. Ainsi, le pouvoir décisionnel du directeur est conditionné par le respect des règles régissant les professions de santé. C'est la raison pour laquelle il ne peut décider, en invoquant la nécessité de service, qu'une aide soignante assure ou pratique des actes relevant de la seule compétence infirmière. De la même manière, il ne peut être exigé d'une infirmière qu'elle assure des actes médicaux, dans une situation où l'urgence ne le requiert pas.

De nombreuses autres situations dans la sphère de la gestion du personnel relevant de la compétence du directeur sont soumises indirectement à une participation du personnel soignant non médical, en sa qualité de fonctionnaire, participation qui s'exerce au sein de la commission administrative paritaire, par exemple dans les procédures *«de nomination au choix»*²⁶³.

Si jusqu'à présent nous avons vu combien les professionnels interfèrent de façons multiples dans l'élaboration et la prise de décision de la direction, nous

²⁶³«La nomination au choix» est une procédure permettant au directeur de permettre l'accèsion d'un personnel à un certain grade ex : d'infirmier à surveillante ou de surveillante à surveillante chef...

allons voir dans quelle mesure ces mêmes professionnels peuvent être associés à l'élaboration d'une décision, au travers d'entité représentative.

De manière liminaire, notons que traditionnellement la commission médicale d'établissement n'a pas compétence pour connaître et donner un avis sur le pouvoir hiérarchique du directeur. En ce qui concerne les soignants non médicaux, ils ont vocation à participer à la décision du directeur non pas en sa qualité de professionnel du soin mais en celle de fonctionnaire hospitalier. Cette expression se traduit par le fait qu'il sont représentés dans les diverses commissions consultatives hospitalières. Ainsi, les soignants en qualité de membre du C.A.P. sont amenés à donner un avis sur les matières intéressant la carrière des agents, mais sont aussi sollicités pour donner un avis en cas de conflit entre le fonctionnaire et le directeur.

Dans le cadre du Comité technique paritaire, les membres, dont les soignants non médicaux, sont amenés à donner leur avis sur les conditions de travail, les critères de répartition de certaines primes et indemnités et sur la politique générale de formation du personnel.

Cette participation se fait aussi au sein du C.H.S.C.T., avec des représentants médicaux sur sollicitation à propos des situations personnelles entrant dans le champ d'intervention du C.H.S.C.T.

Enfin, la création du comité de lutte contre les infections nosocomiales, par décret en date du 6 mai 1988²⁶⁴, composé lui aussi de soignants (médecins, pharmaciens et infirmiers), intervient indirectement dans le champ du pouvoir hiérarchique puisqu'il propose des actions de formation aux personnels. *«De plus, ce comité au delà de son impact direct sur le pouvoir hiérarchique, peut servir de tribune pour contester les actes du directeur»*²⁶⁵.

²⁶⁴Décret n°88-657 du 6 mai 1988 ; J.O. du 8 mai, p 6714 et s.

²⁶⁵J.M. CLEMENT ; «Le pouvoir hiérarchique du directeur d'hôpital» ; op. cité ; p 5

§3 Le rôle consultatif des soignants dans la prise de décision hospitalière

Les attributions participatives à l'élaboration de la décision hospitalière s'exercent tant auprès du directeur que du conseil d'administration. Ces attributions sont mises en oeuvre au travers d'instances consultatives « *hospitalières* », composées de représentants des personnels de la fonction publique hospitalière, ou « *professionnelle* » dont la vocation est de permettre l'expression d'avis et de propositions spécifiques à une profession (ex : C.M.E.). Pour la profession infirmière, il s'agit d'exprimer ses options au sein de ces différentes instances.

A) Profession infirmière et la Commission médicale d'établissement

Le pouvoir médical trouve sa plénitude au travers de la C.M.C. C'est le décret du 17 avril 1943 qui prévoit à l'article 14 «*qu'il est institué dans chaque hôpital ou groupement hospitalier une commission médicale consultative composée du délégué du conseil de l'ordre des médecins membre de la commission administrative, du président, de deux médecins, deux chirurgiens, deux spécialistes et un pharmacien, chefs de services des hôpitaux, élus par leurs collègues*»²⁶⁶.

²⁶⁶Décret n°43-891 du 17 avril 1947 ; J.O. 27 avril, p 1156 et s.

Selon la loi de 1970 et son décret d'application de 1972²⁶⁷, la Commission est consultée régulièrement sur toutes les décisions prises à l'intérieur de l'institution, quant à l'organisation, au fonctionnement et à l'équipement des services médicaux, mais aussi sur les aspects économiques de ses activités et de celles qui en dépendent, ainsi que sur la gestion du personnel soignant. De plus, et cela n'est pas à négliger, la C.M.C. dispose d'une capacité interventionnelle en ce qui concerne le fonctionnement général de l'établissement, puisque dans le cadre de leur compétence décisionnelle respective, directeur et conseil d'administration peuvent saisir la C.M.C. afin qu'elle apporte son éclairage. Il est d'évidence qu'à cette date, toutes les questions relatives à l'organisation et au fonctionnement des structures de soins entrent dans la seule sphère de compétence du corps médical, seul habilité à représenter les intérêts médicaux et paramédicaux auprès du conseil d'administration. Notons que la composition de la Commission médicale consultative ne tient toujours pas compte de la profession infirmière.

Il faudra attendre le décret du 9 décembre 1975 pour que soit introduite l'infirmière générale dans la composition de la Commission médicale. Cette participation est importante pour le groupe infirmier qui aspire à être associé à l'élaboration des décisions. Rappelons que la C.M.C. est un organe hospitalier qui dispose d'un pouvoir et d'une influence très importants auprès des structures décisionnelles hospitalières, d'autant que cette structure représente une tribune pour les professionnels du soin en tant que tels. Par conséquent, la profession infirmière représentée peut exprimer son point de vue en qualité de soignante et

²⁶⁷Décret n°72-1079 du 7 décembre 1972 ; J.O. du 7 décembre, p 12627 et s.

non de fonctionnaire d'un établissement public hospitalier. En effet, si les revendications professionnelles de l'infirmière ne sont pas encore représentées dans une structure autonome, néanmoins elles s'intègrent dans une entité dont la vocation est de participer à l'élaboration des décisions concernant l'activité soignante hospitalière, médicale et en soins infirmiers.

Ainsi, à partir de 1975, en sa qualité de représentante hiérarchique du corps infirmier, l'infirmière générale intègre la composition du C.M.C. Cette participation sera confirmée dans les décrets ultérieurs²⁶⁸. Le pouvoir de cette représentante est équivalent à celui de tout autre membre, dans la mesure où elle dispose d'une voix délibérative. Néanmoins, sa voix reste très isolée compte tenu de la disproportion entre la répartition des soignants dans les services de soins et la représentation de ces personnels au sein de la C.M.C. Cette sous-représentation, bien que compréhensible, constitue un frein à la nécessaire cohérence qu'induit la responsabilisation des personnels soignants à l'organisation et au fonctionnement des structures de soins. En effet, cette démarche exige pour sa réalisation une implication de la C.M.E. qui suppose donc, un rééquilibrage de sa composition afin de refléter plus fidèlement la réalité de la pratique de soins.

La loi du 24 juillet 1987 aura un impact considérable concernant la participation du corps médical auprès du pouvoir décisionnel. En effet, la C.M.C., rebaptisée C.M.E. (Commission Médicale d'Établissement), voit ses prérogatives considérablement élargies, puisque la loi lui reconnaît un pouvoir délibératif dans

²⁶⁸Décrets :
* 82-225 du 4 mars 1982 ; J.O. du 6 mars, p 779 et s.
* 85-1302 du 6 décembre 1985 ; J.O. du 10 décembre, p 14329 et s.
* 86-1179 du 7 novembre 1986 ; J.O. 9 novembre, 13478 et s.

le domaine des choix médicaux et étend ses compétences consultatives. A propos du pouvoir délibératif, le législateur a institué une procédure de saisine multiple : *«... à la demande du président du C.A., du directeur de l'établissement, du président de la C.M.E., du tiers des membres de celle-ci, du chef de service ou du coordonateur du département concerné»* laissant un large pouvoir d'initiative au corps médical. Ce pouvoir délibératif s'applique *«... compte tenu des décisions prises par le C.A. et le directeur en application des articles 22 et 22.2 de la présente loi, la C.M.E. délibère sur les choix médicaux dans le respect de la dotation budgétaire allouée»*.

Ce nouveau pouvoir est intéressant de deux points de vue. D'une part, dans une logique propre à la profession médicale, car cette réforme est l'aboutissement d'une revendication récurrente des praticiens, puisque ces derniers formaient le voeu d'être associés à la gestion de l'établissement et à la prise de décision effective dans des domaines où l'approche administrative et financière seules se révèlent insuffisantes. Cette nouvelle prérogative renforce considérablement la participation du corps médical à l'exercice du pouvoir décisionnel hospitalier, l'impliquant par là même un peu plus dans l'organisation et la gestion de l'hôpital. Cette extension répond au souhait émis dans le rapport de l'assemblée nationale du 23 avril 1987 qui disposait que *«concrètement... il s'agit d'obliger la C.M.E. dans les limites d'une enveloppe globale donnée, à prendre la responsabilité des choix médicaux susceptibles d'être faits dans le respect des objectifs généraux de l'établissement, par exemple de choisir d'installer une chambre de stérilité, plutôt que d'acheter un scanner dans le cadre d'un plan de*

modernisation des équipements»²⁶⁹. Cette disposition en réalité traduit une réalité concrète en milieu hospitalier, et en particulier auprès des responsables décisionnaires. Il s'agit pour le législateur de réaliser un transfert légitime de compétence, puisque conforme aux pratiques en matière décisionnelle déjà existantes.

D'autre part, l'intérêt de cette réforme tient au fait que le législateur semble privilégier la participation et la responsabilité des personnels qualifiés en leur domaine de compétence. Cette loi marque le début d'une responsabilisation plus globale des personnels hospitaliers et donc, d'un début d'autonomisation des responsabilités tout au long de la décision dans le champ interventionnel de chaque acteur de soins, en l'occurrence du soin infirmier.

²⁶⁹ SEGUÉLA J.P (Rapport); doc A.N. n°689, avril 1987, p 29

B) La représentation infirmière dans les autres organes consultatifs

A côté du C.M.C. se trouve Le Comité technique Paritaire (C.T.P.). Ce comité introduit par la réforme hospitalière de 1970²⁷⁰ se compose d'un nombre égal de représentants titulaires de l'administration et de représentants titulaires du personnel hospitalier. Les représentants de l'administration sont désignés par le C.A., tandis que les représentants du personnel sont désignés par les organisations syndicales les plus représentatives. Comme la C.M.C., l'avis émis par ce comité est consultatif. La C.T.P. doit être obligatoirement consultée par le C.A. ou le directeur sur toutes les questions intéressant l'organisation et le fonctionnement des services, et les questions concernant directement ou indirectement le personnel.

Ensuite, on rencontre le Comité d'hygiène et de sécurité. Ce Comité a été prévu par l'arrêté du 29 juin 1960²⁷¹. Ces obligations concernent surtout la prophylaxie, l'hygiène et la sécurité ; pour se faire, l'administration hospitalière doit prendre les mesures en vue de la protection médicale du personnel. Le C.H.S. est composé par le président du C.A., le Directeur, l'ingénieur en chef, un médecin chef de service, l'assistante sociale du personnel et cinq représentants des organisations syndicales. L'avis de ce comité est porté au C.A. Il touche à l'amélioration des conditions de travail et, notamment, sur les constructions et aménagements intérieurs.

²⁷⁰Crée par la circulaire du 11 décembre 1958 ; J.O. 17 décembre, p 1135 et s.

²⁷¹arrêté du 29 juin 1960 ; J.O. 7 juillet, p 6223 et s.

Enfin, ont été créées les Commissions Paritaires Locales²⁷² qui revêtent un caractère purement catégoriel, puisque ses membres sont recrutés parmi les fonctionnaires hospitaliers: psychologues, infirmiers, etc. Il n'ont pas un réel pouvoir car même si les syndicats jouent un rôle unificateur à l'intérieur de ces commissions, il n'est pas certain qu'il y ait convergence d'intérêts en dehors des catégories socioprofessionnelles. Leurs attributions consistent dans la possibilité de discuter sur les notations élaborées par le Directeur, sur les avancements d'échelon et de grades, sur les primes de service et sur l'ancienneté.

A partir de ce rapide tour d'horizon sur les modes d'expression du personnel, nous pouvons relever immédiatement que le personnel infirmier est particulièrement absent. En effet, les différentes instances qui permettent un mode d'expression syndical font l'objet d'une faible participation du personnel soignant, en raison d'un taux de syndicalisation très faible.

L'enjeu pour la profession infirmière est donc d'affirmer sa spécificité professionnelle, et de mettre en place, à l'instar du corps médical, de nouveaux protocoles d'expression et de participation à l'élaboration de la décision hospitalière. En effet, s'il apparaît que les soignants peuvent intervenir dans la participation générale de l'activité hospitalière selon deux modes, compte tenu de sa double qualité de soignant et de fonctionnaire, le pouvoir décisionnel a traditionnellement consacré la participation infirmière au sein de ses instances en sa qualité de fonctionnaire plus que du professionnel.

²⁷²Créée par le décret du 20 mai 1955 sous le vocable de «Commission administrative paritaire» ; J.O. 20 mai, p 5208 et s.

Malgré l'introduction de l'infirmière générale au sein du conseil d'administration des hôpitaux avec une voix délibérative, avec le décret du 11 avril 1975, la représentation infirmière est considérée par la profession comme insuffisante. En effet, la sous représentation des infirmières au sein des centrales syndicales implique une participation très théorique, alors même que la profession infirmière représente le corps professionnel le plus important de l'hôpital. Mais c'est en qualité de professionnel que le corps infirmier désire participer à l'élaboration et à la prise de décision. Cette revendication est d'autant plus fondée que l'infirmière, de part sa consécration professionnelle et organisationnelle, ne peut plus être considérée comme un simple fonctionnaire hospitalier, mais doit être écoutée et responsabilisée en qualité de soignante.

Section 2 Vers une affirmation du pouvoir décisionnel infirmier

Selon le rapport DESCOURS, les relations hiérarchiques avec l'administration hospitalière s'avèrent pesantes «...dans la mesure où les soignants ont souvent l'impression d'être exclus du dialogue entre le médecin et l'administration»²⁷³.

Depuis les mouvements infirmiers de 1988, la profession infirmière n'a eu de cesse de s'affirmer professionnellement, tant dans son activité soignante hospitalière, qu'en sa qualité d'acteur de santé publique. Aujourd'hui, elle n'hésite plus à faire entendre sa voix dans les différentes instances décisionnelles, qu'elles soient hospitalières ou extra-hospitalières.

D'évidence, les évolutions économiques, sociales ou encore techniques ont rendu toujours plus complexe le fonctionnement hospitalier, exigeant l'adhésion du personnel, au vu des choix de plus en plus difficiles à effectuer, afin de renforcer la légitimité des décisions. La participation du personnel paraît être devenue, pour tous une impérieuse nécessité. D'ailleurs, elle le serait autant au profit de l'hôpital, qui pourrait voir ainsi son efficacité accrue, que du personnel, pour lequel elle constituerait un moyen plus actif d'expression et d'association à la définition des objectifs et à leur réalisation.

C'est à partir de ce constat que les pouvoirs publics ont affiché clairement leur souhait d'orienter la politique hospitalière vers plus de participation et de responsabilisation des personnels, et en particulier des infirmières, et ce, dès la fin des années 1980.

²⁷³ C. DESCOURS; op. Cité, p 117

§1 Les facteurs d'émancipation des personnels soignants hospitaliers

L'émancipation du personnel hospitalier, et en particulier du corps infirmier, tient à la conjonction de trois facteurs. D'abord, la pression économique s'est faite de plus en plus forte. Ensuite, les professionnels du soin, individuellement ou collectivement, aspirent à tenir un nouveau rôle auprès des instances décisionnelles. Enfin, avec la technicisation des activités, les professionnels ne peuvent plus être ignorés dans les choix qui fixent les grandes orientations de la politique hospitalière.

A) Facteurs techniques et économiques

La pression économique et financière générée par le déficit de la sécurité sociale sur les activités hospitalières est telle que le rationnement se fait croissant, alors que le coût des techniques de soins augmente. Cette antinomie économique impose aux différents partenaires de s'entendre pour que la politique de santé publique de diminution du « *train de croissance* » soit le plus équitable possible. Pour se faire, il est prioritaire que l'ensemble du personnel participe à l'élaboration de la décision hospitalière, afin que les décisionnaires s'assurent de la plus large adhésion possible à des choix difficiles, mais nécessaires.

Il ne faut pas perdre de vue que l'avenir se traduit par une propension des techniques médicales ou de soins en général à augmenter, avec pour pendant un accroissement constant des coûts de l'activité de soin. Cette évolution technique onéreuse conjuguée aux restrictions économiques grèvent la décision hospitalière de problèmes éthiques et économiques et accroît le poids des responsabilités des instances décisionnelles. Ces nouveaux aspects obligent les décisionnaires à favoriser la participation et la responsabilisation au processus décisionnel. En effet, sous le poids de la complexification du fonctionnement hospitalier et des exigences économiques, les décisions sont plus difficiles à préparer et à exécuter, mais surtout, impliquent de sacrifier des postes de dépenses et de s'assurer d'une grande maîtrise budgétaire. Le redéploiement de la politique hospitalière sous contrainte financière n'est pas au goût des soignants et, en particulier, des médecins. Dès lors, il est d'évidence que le seul moyen d'optimiser l'adhésion réside dans la participation, et donc, la responsabilisation des personnels concernés.

Le responsable hospitalier est seul face à la multiplicité des domaines où il doit exercer sa compétence. Ainsi le recours à des spécialistes, dans des domaines considérés, manifeste le début d'une collégialité au sein de la direction, dont les prémices ont été l'accroissement et la spécialisation des cadres de direction. En effet, en ce qui concerne la profession infirmière, la réforme hospitalière du 31 juillet 1991, consacre formellement l'infirmière générale comme membre de l'équipe de direction (même si cette qualité était déjà acquise avec les décrets de 1975 et de 1989, relatifs à l'infirmière générale). De plus, le corps médical est

associé, depuis cette date, au directeur pour la préparation du projet médical, pilier du projet d'établissement.

Cette politique a pour dessein d'écarter le danger, qui menace toute organisation centralisée : la rupture entre le niveau de décision et les autres membres de la structure. Une structure où les techniques et spécialités s'accentueraient et dans laquelle les enjeux économiques et financiers, qui s'imposent aux instances décisionnelles, s'éloigneraient des professionnels du soin. Ainsi, ces derniers se trouveraient enfermés dans un hermétisme technique, faisant de la complexification des rapports l'apanage de l'organisation hospitalière.

L'hôpital a donc besoin de décisions parfaitement préparées, réfléchies et modelées à la réalité hospitalière. Ceci implique que ces décisions soient élaborées et appliquées avec le concours de tous. Cette participation nécessite une administration préparée aux contraintes externes, économiques et réglementaires, et internes, générée par l'émancipation et les revendications professionnelles.

Cette participation, qui paraissait hier une gageure, est aujourd'hui une exigence en termes de rationalisation des activités hospitalières. En effet, elle devrait permettre de mieux connaître les problèmes et les activités des services, de les analyser, de les prévoir, mais également de faire connaître les difficultés, d'expliquer la situation actuelle au personnel et de le sensibiliser aux problèmes financiers. Enfin, les conditions seront alors créées pour que l'ensemble du personnel participe effectivement à la décision et à son application. De ce fait, la

qualité de la décision sera accrue, ce qui n'est pas négligeable à un moment où les choix à effectuer sont difficiles (restructuration, redéploiement...).

B) Facteurs sociologique et psychologique

Au-delà de l'efficacité de la participation dans l'organisation et la prise de décision, ce mouvement reflète la volonté du personnel de s'épanouir dans son travail et de voir ses intérêts protégés.

Cette aspiration participative du personnel à contrôler son milieu de travail, implique une remise en cause de la répartition des pouvoirs.

Mme M. ANDRE souligne, dans son rapport concernant la participation, au-delà de l'aspect financier et organisationnel, les facteurs psychologiques et sociologiques au centre des préoccupations, au sein d'une organisation humaine particulièrement complexe. Selon ce rapport *«le constat... est que le conflit de l'automne dernier est l'expression, dans les hôpitaux, des changements de régulation sociale qui affectent la société actuelle, les façons de travailler, le rapport même au travail, sont en profond bouleversement. Elévation du niveau de formation des salariés, refus croissant du système taylorien, volonté d'autonomie et de reconnaissance dans la profession, remise en cause de certains rapports hommes-femmes modifiant la vision des femmes au travail, sont autant de facteurs généraux qui imposent de profondes évolutions dans les entreprises et les administrations»*²⁷⁴.

²⁷⁴Mme ANDRE ; op. cité, p 9-10

Selon l'auteur, les agents refusent aujourd'hui l'organisation de type hiérarchique, par un rejet réel du mode traditionnel de stratification des emplois et de la centralisation des pouvoirs. En effet, ceux-ci ont conduit à des cloisonnements quasi étanches entre les catégories et à une déresponsabilisation généralisée de tous les niveaux hiérarchiques intermédiaires. Cette situation est peu encline à favoriser l'initiative et la participation du personnel.

Aujourd'hui, le personnel recherche un épanouissement dans son travail, ce dernier ne peut plus se réaliser hors la participation. Ce souci d'identification comme agent actif s'est clairement manifesté lors des mouvements sociaux précédents la réforme de 1991. Le personnel aspire dès lors à participer activement à la décision et à la vie de l'hôpital.

En prenant conscience de l'interdépendance des différents secteurs et de la complexité de la structure hospitalière, le mécanisme de la participation se révèle alors nécessaire. Elle contribue à ce que chacun connaisse son rôle, retrouve son identité, développe sa personne et le sentiment de sa propre valeur. Elle permet de connaître l'utilité des uns et des autres et d'avoir une influence sur les règles régissant leurs actions.

Parallèlement à l'aspiration individuelle, c'est une aspiration collective qui se manifeste. En effet, la participation a pour objectif d'assurer au personnel une représentation au sein des instances de l'établissement, afin d'y défendre ses intérêts et ses droits. Partant, la réforme de 1991 doit relever, dans un premier

temps, le défi de la participation traditionnelle auprès du conseil d'administration et dans les instances consultatives et ce, en aménageant les moyens d'expression collective. Mais au delà d'une obligation de consultation, le personnel aspire à une démocratisation effective du pouvoir à l'hôpital. C'est en ces termes que les enjeux en matière de responsabilisation décisionnelle se posent à l'avenir. Cette exigence répond aux revendications récurrentes du personnel soignant non médical, mais aussi aux priorités d'efficacité recherchées par l'hôpital dans cette période de crise.

L'enjeu pour le personnel non médical est de contraindre l'administration et le corps médical à renoncer partiellement à leurs privilèges décisionnels, et de prendre le risque d'orienter la politique hospitalière vers une autorité de décision partagée. Pour se faire, il faut favoriser la responsabilisation de tous dans la limite de leur compétence, dans une compréhension claire de la politique hospitalière d'ensemble. Cette nouvelle direction permet aux personnels soignants non-médicaux d'avoir plus de poids dans l'institution, tout en tendant inévitablement à une remise en cause et donc à une redéfinition des rapports de forces existants. Il ne s'agit pas de remplacer un déséquilibre institutionnel par une redéfinition des pouvoirs qui grèverait la cohérence de l'action hospitalière par un cloisonnement exacerbé mais de rééquilibrer les pouvoirs par la responsabilisation et la prise de conscience de tous dans l'intérêt général du système de santé.

Par conséquent, la participation répond à une nouvelle exigence, celle de l'indispensable conjugaison des aspirations individuelles et des groupes professionnels avec les impératifs économiques de l'établissement de soins.

§2 L'influence de la profession infirmière renforcée

A l'aube des années 90, les pouvoirs publics confirment la volonté de renforcer l'expression collective des personnels hospitaliers près des instances décisionnelles de l'hôpital, en l'occurrence des infirmières. Cette orientation se traduit par trois volets. En premier lieu, il s'agit de l'émancipation de l'infirmière générale par l'enrichissement de ses attributions originelles contenues dans les décrets du 18 octobre 1989 et du 18 octobre 1994 mais aussi par sa consécration institutionnelle avec la réforme du 31 juillet 1991, formalisant son rôle dans l'établissement public hospitalier. En second lieu, la réforme de 1991, au delà de « *la reconnaissance des spécificités catégorielles du personnel* », facilite l'expression collective du personnel hospitalier et, en particulier, du personnel infirmier auprès des instances décisionnelles, directement ou au travers des instances consultatives.

A) Valorisation du statut et du rôle administratif de l'infirmière générale

Liminairement, nous allons, de manière synthétique, brosser le parcours de l'infirmière générale dans l'hôpital public, en sa qualité de cadre administratif, auprès des instances décisionnelles de l'hôpital.

Avec l'introduction de l'infirmière générale, le corps infirmier a trouvé un interlocuteur de l'administration pour les choix des personnels soignants, aides

soignants et agents hospitaliers. Le grade d'infirmière générale est une revendication ancienne de la profession, pour la représenter auprès de la direction de l'hôpital. Elles sont recrutées par concours (ouverts aux cadres infirmières) et nommées dans les établissements dont le directeur a été rangé dans les emplois de deuxième classe au moins (établissements de + de 400 lits).

La consécration de l'infirmière générale est vécue par l'ensemble du corps infirmier comme une conquête majeure au sein de l'hôpital, puisqu'elle consacre une des siennes à un poste de catégorie A, soit à un emploi de direction. Partant, les professionnels du soin, à côté de l'autorité administrative, sont soumis à une autorité de direction issue de ses rangs, puisque le décret du 18 octobre 1989, modifiant celui du 11 avril 1975, dispose que, sous l'autorité du chef d'établissement, l'infirmier général : « *Participe à l'équipe de direction ; Sous l'autorité du chef d'établissement et en liaison avec le corps médical et avec les autres corps d'encadrement concernés. Il participe à la conception, à l'organisation et à l'évolution des services médicaux ; mais aussi, à la gestion des personnels infirmiers, aides soignants et agents des services hospitaliers dont il propose l'affectation* »²⁷⁵ (article 2).

L'attribution en matière de gestion du personnel a ému le corps directorial hospitalier, qui s'est interrogé sur l'étendue réelle de son autorité en la matière. C'est la raison pour laquelle le Conseil d'Etat fut saisi contre ce décret, et la circulaire du 31 juillet 1975. Cependant, dans un arrêt du 26 avril 1978, le Conseil d'Etat confirme l'interprétation donnée par la circulaire du 31 juillet

²⁷⁵ Décret n°89-757 du 18 octobre 1989 ; J.O. du 19 octobre, p 13056 et s.

1975 : « *Le Gouvernement a entendu donner à l'infirmier général ou l'infirmière générale, en ce qui concerne l'affectation des personnels ci-dessus visés non une compétence consultative mais un pouvoir de présentation ; que dès lors en indiquant, dans la disposition contestée de sa circulaire du 31 juillet 1975, que l'infirmier ou l'infirmière générale _ propose... ces affectations à l'autorité investie du pouvoir de nomination qui, si elle peut ne pas suivre ces propositions n'a pas la possibilité de les modifier_ »²⁷⁶. En conséquence, le directeur, chef du personnel, et donc autorité de nomination, ne peut aller contre l'avis du cadre infirmier général, tout au plus peut-il ajourner la nomination si l'avis proposé ne lui convient pas.*

Par conséquent, l'infirmière générale intervient dans la gestion du personnel et en particulier dans sa désignation, puisqu'elle «*propose*», selon les aptitudes qu'elle seule apprécie, les personnels (infirmières, aides soignantes, agents de services) aux postes à pourvoir au sein du service. Rappelons que si la proposition n'est pas contraignante pour le directeur, elle suspend la procédure de nomination dans l'hypothèse où le directeur refuse de suivre la proposition de l'infirmière générale.

La circulaire du 2 octobre 1989²⁷⁷ précise le domaine de compétence de l'infirmière générale en matière de gestion du personnel. Au delà de son pouvoir d'affectation, elle prévoit que l'infirmière générale intervient dans la gestion

²⁷⁶ CE du 26 avril 1978 ; Leb. p186

²⁷⁷ Circulaire du 2 octobre 1990 ; DH/8D/90/ n° 401

administrative et fonctionnelle des agents, c'est-à-dire la notation, l'avancement, les sanctions, la mutation, la gestion du temps de travail et le plan de départ en congé. Ces dispositions, en matière de gestion du personnel, ont été confirmées plus récemment par décret en date du 18 octobre 1994 à l'article 2 : « *Ils participent également à la gestion des personnels infirmiers, aides soignants et agents des services hospitaliers dont ils proposent l'affectation. Ils contribuent à l'élaboration et à l'application des programmes de formation des personnels de service de soins infirmiers* »²⁷⁸.

Pour la profession infirmière, Il s'agit bien là d'une conquête majeure dans la mesure où elle devient maître des ressources humaines dans le cadre de son domaine de compétence.

Deux observations s'imposent. D'une part, le médecin, en l'occurrence le chef de service, n'ayant pas un pouvoir de nomination ni de proposition concernant le personnel soignant et les agents de service, perd définitivement l'influence qu'il possédait en ce domaine. Pourtant aujourd'hui encore, il est difficile d'admettre qu'un directeur puisse imposer un personnel contre la volonté du chef de service ou encore lui refuser une nomination.

D'autre part, si la loi du 31 juillet 1991 désigne clairement le directeur comme responsable de l'ensemble du personnel, il ne dispose pas pour autant d'un pouvoir de nomination sur le corps médical, sauf rares exceptions (assistants,

²⁷⁸ Décret n°94-904 du 18 octobre 1994 ; J.O. 20 octobre, p 14904 et s.

attachés, internes, chefs de cliniques). De plus, ce pouvoir reste à l'égard du personnel infirmier lui aussi limité, puisque l'infirmier est à mi chemin entre le statut du corps médical et le reste du personnel hospitalier sur lequel le directeur exerce la plénitude de ses attributions en matière de gestion du personnel.

Cette attribution peut avoir pour inconvénient de bloquer la bonne administration des ressources humaines, puisqu'elle risque d'introduire de nombreux blocages d'autorité, sans qu'aucune issue de secours ne soit prévue.

Ainsi, à partir de cette observation, deux options se présentent. En premier lieu, il peut être envisagé la mise en place d'une voie de recours si un conflit apparaît entre I.G. et directeur, ou encore si le chef de service s'oppose avec vigueur à une proposition de l'infirmière générale (hypothèse possible, qui ne doit pas être minimisée, si l'on considère que le chef de service reste responsable du bon fonctionnement de son service).

En second lieu, les pouvoirs publics peuvent décider de consacrer définitivement le pouvoir de nomination et d'affectation de l'infirmière générale sur les personnels soignants placés sous son autorité, conformément à sa qualité de responsable du service de soins infirmiers.

Le rôle de l'infirmière auprès du directeur dans sa sphère de compétence ne se limite pas à la gestion du personnel car le décret du 18 octobre 1989, modifié par celui du 18 octobre 1994, étend largement les attributions de cette dernière auprès de la direction. En effet, toujours selon l'article 2, l'infirmière générale

participe aux côtés du directeur à l'élaboration de la politique médicale hospitalière, puisqu'elle « *participe à la conception, à l'organisation et à l'évolution des services médicaux* », aussi elle « *...contribue à la définition d'une politique d'amélioration de la qualité des soins, au développement des études en soins infirmiers et à la formation des personnels du S.I.* ». Le décret de 1994, ajoute pour sa part à la dernière disposition, que l'infirmière définit, toujours auprès du directeur, une politique de recherche et d'évaluation en soins infirmiers.

Enfin, il ne faut pas oublier que l'infirmière générale en sa qualité de membre de l'équipe de direction peut, selon le décret du 19 février 1988 relatif au statut des personnels de l'équipe de direction, « *...se voir confier, par le chef d'établissement ou le secrétaire général, des missions et études, la coordination d'études, une direction fonctionnelle, la direction d'un groupe de bureaux, d'un service non médical, d'un groupe de services non médicaux, d'un établissement annexe ou d'un groupe d'établissements annexes* »²⁷⁹ Ainsi, selon l'utilisation faite par le directeur de l'établissement de cette disposition, il est parfaitement envisageable de voir les responsabilités de l'infirmière générale considérablement accrues, dans des domaines qui peuvent être inattendus.

Même si les décrets du 11 avril 1975 et du 18 octobre 1989 précisent son appartenance à l'équipe de direction, la réforme hospitalière de 1991 formalise définitivement son statut et sa place au sein des structures décisionnelles hospitalières, comme le souligne très justement la circulaire du 23 août 1994 qui souligne que « *L'article L. 714-26 de la loi du 31 juillet 1991 dispose que, dans*

²⁷⁹ Décret 88-163 du 19 février 1988 ; J.O. 20 février, p 2390 et s.

chaque établissement, la direction du service de soins infirmiers est confiée à l'infirmier général, qui est également membre de l'équipe de direction.. ». Par conséquent, « L'article 2 du décret du 18 octobre 1989 a donc été réécrit pour mettre en conformité les dispositions statutaires afférentes au rôle et à la mission de l'infirmier général avec celles de la loi en tant que directeur du service de soins infirmiers »²⁸⁰:

Cette dernière réforme précisera les conditions de participation de ces dernières à l'équipe directionnelle de manière plus ouverte, puisque la détermination du poste de l'infirmière générale ne dépendra plus du nombre de lits mais de la catégorie de l'établissement. Néanmoins, le concours d'accès à ce niveau hiérarchique est toujours organisé régionalement, et non comme le souhaitait la profession au niveau national. Mais la formation pour ces fonctionnaires du service public hospitalier se déroule à l'Ecole Nationale de la Santé, comme celle des futurs directeurs et cadres desdits établissements. Cette lacune n'est pas relevée par le seul corps infirmier, car les pouvoirs publics eux mêmes envisagent de donner satisfaction sur ce point, compte tenu des disparités que peut générer le recrutement régional. En effet, la circulaire susvisée dispose qu'« *il a été constaté que l'organisation des concours sur le plan régional pouvait aboutir à une hétérogénéité importante des niveaux de recrutement. Cet état de fait n'est pas compatible avec les missions et les responsabilités des infirmiers généraux et rend plus difficile l'organisation de la formation à l'Ecole nationale de la santé publique. C'est pourquoi, dans un double objectif*

²⁸⁰ Circulaire du 23 août 1994, relative aux modifications apportées au statut des infirmiers généraux ; DH/FH n° 94-1075

d'harmonisation et de résolution des difficultés d'affectation, le concours d'accès au corps d'infirmiers généraux de 2ème classe aura lieu au plan national ».

A partir de cette période, il apparaît que l'infirmière générale, en qualité de représentante d'une profession hospitalière, est amenée à assurer des responsabilités décisionnelles majeures dans le cadre des attributions générales conférées à la direction hospitalière. La contre partie de la progression du rôle décisionnel de l'infirmière générale réside dans des obligations accrues concernant ses actions, notamment à l'égard du directeur, puisqu'elle est tenue de rendre compte de ses initiatives. Ainsi, l'article 2 du décret du 18 octobre 1989, modifié par celui du 18 octobre 1994, précise (concernant ses responsabilités de directrice du service de soins infirmiers) qu'elle est tenue de rendre compte des activités du service dans un rapport annuel. Cette obligation s'entend tant de ses attributions paramédicales qu'administratives, liées à sa fonction de membre d'équipe de direction.

B) Valorisation catégorielle dans le processus décisionnel

La réforme du 31 juillet 1991 ouvre la voie à la participation infirmière, en sa qualité de technicienne de soins infirmiers dans le processus décisionnel hospitalier. En effet, la volonté du législateur de faire participer le corps infirmier, hors logique hiérarchique, auprès du conseil d'administration, du directeur et des différentes instances consultatives est clairement affichée, et se

traduit par l'émergence de représentantes infirmières issues de la commission de service de soins infirmiers (C.S.S.I.). Il s'agit pour la profession d'une avancée majeure dans l'évolution de l'aspiration décisionnelle, d'autant qu'elle lève l'hypothèque qui pesait sur la cohésion du corps infirmier, c'est à dire la menace d'une fracture interne qu'induisait la hiérarchisation technique et administrative, analysée comme un divorce entre la base et l'élite de la profession.

La participation catégorielle se traduit dans les instances décisionnelles ou dans les instances consultatives qui participent à l'élaboration de la décision.

En ce qui concerne le Conseil d'administration , la réforme de 1991 introduit une représentation du C.S.S.I. parmi ses membres. Il s'agit d'un soignant désigné par ladite commission, qui prend part, à ce titre, aux votes (1 voix) du C.A. (n'oublions pas que les représentants du personnel peuvent, parmi les 5 représentants membres, choisir un soignant).

Si la C.S.S.I. joue un rôle important dans la participation aux pouvoirs décisionnels de la profession infirmière, près le conseil d'administration, il faut relever l'importance du C.S.S.I. dans l'élaboration et l'adoption du projet d'établissement. En effet, l'article L 714-4 dispose que « *Le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement et délibère sur :* 1°/ *Le projet d'établissement, y compris le projet médical, après avoir entendu le président de la commission médicale d'établissement...* », et avoir consulté, selon l'article L 714-26.4°, le C.S.S.I. sur ce projet. Il s'agit là d'une intervention

consultative particulièrement importante dans le processus décisionnel du conseil d'administration et ce, si l'on considère, selon l'article L 711-4, que le projet d'établissement définit les objectifs généraux dans le domaine médical, de soins infirmiers, de politique sociale...

En ce qui concerne, à proprement parler, la participation à l'élaboration de la décision ou plus simplement au sein des différentes instances consultatives, force est de constater que la réforme du 31 juillet 1991 constitue pour la profession infirmière une avancée notable.

Cette représentation catégorielle apparaît dans la composition de la C.M.E., dans laquelle siège une représentante soignante cadre ou non, désignée par le C.S.S.I. Parallèlement à cette introduction catégorielle des soignantes non médicales, notons que depuis 1975 l'infirmière générale, membre de la commission médicale, disposait d'une voix délibérative (sauf en commission restreinte). Cette prérogative dans la délibération était particulièrement importante, car c'est seulement en 1985 que les sages-femmes ont vu une représentante entrer dans la C.M.E. avec voix délibérative limitée aux questions posées qui concernent la gynécologie obstétrique ; pour toutes les autres questions elle dispose d'une voix consultative. Cette parallèle souligne la place prépondérante que tenait la représentante infirmière en comparaison avec un membre du corps médical à compétence limitée. Avec le décret du 26 octobre 1990²⁸¹ elle ne dispose plus que d'une voix consultative (article 16 modifiant l'article 21 du décret du 6 décembre 1972), en qualité de membre de l'équipe de direction. Puis, la réforme du 31

²⁸¹ Décret n°90-956 du 26 octobre 1990 ; J.O. du 27 octobre, p. 13041 et s.

juillet 1991, le décret d'application du 15 mai 1992²⁸², relatif aux organes représentatifs dans les hôpitaux publics, modifie à nouveau la composition de la C.M.E., en tenant compte de la représentation catégorielle contenue dans la réforme, dans la mesure où l'article R 714-16-22.e/ dispose qu'un représentant de la commission du service de soins infirmiers siège avec une voix consultative. L'infirmière générale quant à elle disparaît de la composition de ladite commission. Cette modification importante correspond, certainement, à une contrepartie de la reconnaissance de sa qualité de membre de l'équipe de direction, mais aussi de la consécration d'un service de soins infirmiers dont elle assure la responsabilité. Néanmoins, dans l'hypothèse prévue au même article, le directeur peut se faire représenter par un membre du corps des personnels de direction. S'il désire être assisté par un ou des collaborateurs de son choix, il peut soit mandater le directeur du service de soins infirmiers, donc l'infirmière générale, ou se faire assister (en sa qualité de membre de l'équipe de direction).

Si la représentation du membre du C.S.S.I. est une nouveauté particulièrement importante, dans la mesure où elle assure une représentation plus professionnelle qu'administrative de la profession infirmière, on peut regretter l'absence d'une voix délibérative. Le regret est d'autant plus important que la C.M.E. voit son influence s'accroître près les instances décisionnelles, compte tenu de l'adoption d'une logique médicale renforcée par la politique hospitalière, et que l'influence de ses décisions sur l'orientation de l'activité infirmière reste encore significative. En effet, la C.M.E. reste le partenaire privilégié des instances décisionnelles, puisqu'elle prépare avec le directeur le projet médical

²⁸² Décret 92-443 du 15 mai 1992 ; J.O. 20 mai, p 6813 et s.

d'établissement, après avoir recueilli le projet en soins infirmiers. De plus, elle prépare directement avec le directeur les mesures d'organisation des activités qui doivent tenir compte de l'organisation des activités en soins infirmiers, sans qu'aucun représentant ne collabore avec le directeur sur ces dispositions. Enfin, la loi du 31 juillet 1991 et son décret d'application du 15 mai 1992, souligne l'implication de la C.M.E. dans les décisions hospitalières, puisque son avis est largement consacré à propos de questions économiques et financières, mais encore sur l'organisation et le fonctionnement des services médicaux et non médicaux, pour autant qu'ils intéressent la qualité des soins ou la santé des malades. De ce fait, son influence sur les grandes orientations de l'activité paramédicale est particulièrement importante. C'est pour toutes ces raisons que le législateur prend le parti de rééquilibrer sa composition, pour favoriser l'expression des praticiens et de nouveaux professionnels en son sein.

D'ailleurs, au sujet de la prépondérance du rôle de la C.M.E. dans la prise de décision, M. J.M. CLEMENT n'hésite pas à évoquer l'idée d'une cogestion de fait, puisqu'il affirme que *«... ses attributions ont été étendues et son fonctionnement est représentatif de l'importance que les pouvoirs publics reconnaissent au corps médical dans les établissements en lui proposant une quasi-gestion»*²⁸³.

Il est intéressant d'observer que la représentation par un des membres de la C.S.S.I. fait l'objet d'une réciprocité concernant un membre du C.M.E. Il s'agit peut être là d'une volonté d'instaurer par le dialogue, une collaboration plus étroite et plus concrète entre leurs structures représentatives. A défaut d'offrir

²⁸³ CLEMENT J.M. ; « Mémento de droit hospitalier » ; p 63

aux infirmières un pouvoir participatif identique à celui du médecin hospitalier, cette collaboration institutionnelle peut marquer la première étape avant une future émancipation, selon un schéma identique à celui de la C.M.E., ou pourquoi pas dans une nouvelle structure participative commune aux professions médicales et paramédicales.

A coté de la participation des infirmières auprès d'une instance consultative représentant des soignants, et dans laquelle le corps infirmier est identifié en sa qualité de professionnel du soin, l'infirmière voit sa participation modifiée dans une autre instance, dans laquelle elle peut dorénavant s'exprimer en tant que telle. Cette instance est le conseil technique d'établissement (C.T.E.). Car conformément aux vœux des soignants exprimés lors des mouvements sociaux précédents la réforme de 1991, repris dans différents rapports, les pouvoirs publics ont favorisé l'expression collective des personnels hospitaliers, et en particulier des infirmiers, dont la participation syndicale était quasi inexistante.

C'est à propos de la composition du C.T.E. que la réforme hospitalière semble être la plus innovante. En effet, l'article L 714-17 *in fine*, de la loi du 31 juillet 1991, dispose que «*Lorsqu'aucune organisation syndicale ne présente de liste ou lorsque la participation est inférieure à un taux fixé par décret, les listes peuvent être librement établies*». Par conséquent, le personnel peut exprimer sa défiance à l'égard des centrales syndicales par une forte abstention et, de ce fait, présenter au second tour du suffrage des listes indépendantes, plus représentatives car plus professionnelles. En effet, les soignants peuvent parfaitement présenter des listes dans chaque collège et, par là même, permettre

l'élection de représentantes des collègues A (infirmière générale et surveillantes chefs), B (surveillantes et infirmières) et C/D (aides soignantes). Dès lors, c'est avec le renfort d'une représentation plus forte, plus professionnelle et plus légitime compte tenu du nombre d'infirmières composant l'effectif global de l'hôpital, que la profession prendra un ascendant considérable en termes d'influence dans un organe dont le rôle auprès des instances décisionnelles n'est en rien négligeable. En effet, les attributions du C.T.E. sont larges et relèvent pour partie du domaine de compétence du Conseil d'administration et pour partie des attributions du directeur de l'établissement hospitalier.

Concernant les compétences du C.T.E. dans la sphère du C.A., notons que ce dernier ne peut délibérer sur certaines questions qu'après avis ou consultation du C.T.E. en matière de projet d'établissement, des programmes d'investissements relatifs aux travaux et équipements lourds, du budget et du rapport annuel d'orientation budgétaire, des comptes ainsi que du tableau des emplois. De plus, le C.T.E. est consulté sur toutes les créations, suppressions et transformations des structures médicales, pharmaceutiques, odontologiques et des services autres que ceux cités, comme le service de soins infirmiers ou les conditions de travail (règles de l'emploi hors du champ législatif et réglementaire, le bilan social...).

Concernant les compétences du C.T.E. dans la sphère des pouvoirs décisionnels du directeur, notons que le comité doit être consulté en ce qui concerne, d'une part, les conditions de l'organisation du travail, comme les programmes de

modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel et, d'autre part, les critères de répartition de la prime de service, de la prime de technique et de la prime forfaitaire technique.

De plus, le C.T.E. est destinataire du rapport annuel établi par la commission médicale d'établissement sur l'évaluation technique et économique des soins dispensés dans l'établissement expurgé, en la circonstance, des informations de nature à trahir le secret médical. Il n'a pas à donner un avis sur ce document. Il peut tout au plus prononcer des vœux et formuler une appréciation générale.

Bien que le législateur ait abandonné le caractère paritaire de sa composition en favorisant l'expression collective, le C.T.E. n'en demeure pas moins un organe dont le caractère hétérogène est patent. Cet aspect implique pour le moins des divergences d'aspirations et d'intérêts représentées par ses membres, qui font en réalité de cette instance plus un lieu de concertation que de réelle participation.

§3 Difficultés et enjeux de la participation infirmière

Bien que la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière constitue, sans nul doute, un progrès incontestable en termes de participation et de responsabilisation des personnels soignants, l'hôpital n'est pas devenu pour autant une structure dans laquelle les infirmières peuvent assurer pleinement leurs responsabilités dans la conduite générale de la politique hospitalière. Si cet état de fait est lié à une volonté, ou plutôt, à une résistance des responsables traditionnels de la prise de décision, elle est aussi le fait du fonctionnement même de l'hôpital. Il s'agit d'autant de défis que la profession infirmière devra relever pour transformer une structure cloisonnée et rigide, en une structure ouverte obéissant à une logique de cogestion, et donc, de responsabilisation collective.

A) Les difficultés inhérentes aux structures hospitalières

L'une des principales caractéristiques de l'hôpital tient à son extrême rigidité bureaucratique. Pendant des décennies, l'hôpital a été la source d'une inflation réglementaire qui a eu pour effet de superposer de nouvelles structures ou de nouvelles règles de fonctionnement internes indépendamment d'une vraie approche globale de l'hôpital. Ce phénomène a conduit à un formalisme et un manque de cohérence, créant une structure sclérosée très hiérarchisée. Cette situation est peu encline à favoriser l'expression collective et la

responsabilisation des personnels, en l'occurrence des soignants non médicaux. La question est donc de savoir si cette rigidité observée d'une manière générale dans le monde hospitalier se retrouve dans les instances participatives dans le processus décisionnel.

Une rapide observation nous permet de relever une rigidité dans le fonctionnement des instances participatives mises à la disposition des soignants. En effet, la multiplication des textes peut se traduire par des lourdeurs dans le fonctionnement de la participation des personnels, eu égard au fonctionnement interne de ces instances, mais aussi aux modalités de sa participation à la décision. C'est que cette inflation réglementaire peut induire une opacité telle, que les personnels se perdent dans la compréhension et la mise en oeuvre de ces règles.

Si l'on considère le faible taux de syndicalisation du personnel infirmier, qui oscille selon le rapport DESCOURS²⁸⁴ entre 5 et 10 %, et qu'on le conjugue avec une réglementation absconse pour l'infirmière de base, toute initiative en faveur d'une plus grande implication du personnel soignant risque d'être hypothéquée. La conséquence d'une formalisation trop importante, constitue pour certains un risque d'accentuation du décalage amorcé entre l'infirmière de base, surchargée de travail technique (bien loin en réalité du rôle propre et des soucis de représentations décisionnelles) et le cadre infirmier, dont la mission s'écarte lentement de l'activité soignante, pour un rôle administratif, dans l'organisation

²⁸⁴ DESCOURS, p 79 ; op. cité, Taux confirmé la Mission GARBI, 1996, in J. MARASCHIN ; « Ordre infirmier : pour ou contre ? », p 4

des activités de soins infirmiers ou, encore, dans son action de représentation auprès des instances décisionnelles hospitalières.

La rigidité générale de l'hôpital risque de s'appliquer au sein de la profession infirmière, par une hiérarchisation exacerbée, grevant d'autant une participation dynamique et efficace. Force est de constater que bien souvent, si la participation collective est clairement affirmée par les pouvoirs publics, elle apparaît plus formelle que fonctionnelle.

Le second aspect, procédant en réalité du premier, est le risque de blocage de la participation que peut poser la superposition des instances consultatives.

En effet, plus les pouvoirs publics répondent à l'attente des personnels hospitaliers, en particulier des soignants non médicaux, en leur permettant de participer à la plupart des facettes de la politique hospitalière, plus il est nécessaire de créer des instances ou de complexifier le fonctionnement de celles déjà existantes. *In fine*, c'est le processus décisionnel général qui se trouve alourdi, notamment par l'augmentation des tâches pesant sur l'administration, afin de garantir et d'assurer le déroulement des procédures participatives à l'élaboration de la décision (préparation des réunions, rédaction des rapports, envoi des documents, analyses des avis, concertations...). Il ne s'agit pas seulement d'un alourdissement de la procédure décisionnelle, mais aussi un ralentissement qui peut se révéler être un énorme handicap en termes d'efficacité, car freinant considérablement la dynamique et l'adaptabilité aux contraintes internes et externes inhérentes à la direction et au «*management*» de

l'hôpital moderne. La question n'est pas de savoir si la participation et la responsabilisation constituent un frein au leitmotiv hospitalier qu'est l'efficacité. Bien au contraire, l'efficacité ne peut se réaliser qu'avec l'adhésion et la participation du plus grand nombre. Ainsi, ces concepts doivent s'imposer comme un réflexe, pour devenir une culture propre au fonctionnement hospitalier et non comme une contrainte formelle supplémentaire souvent source de rigidité.

Le formalisme pesant que l'on rencontre à l'hôpital est d'une manière générale ressenti dans l'ensemble du service public. A ce sujet, le Premier Ministre M. M. ROCARD remarque, dans une circulaire en date du 23 février 1989, que *«malgré certaines améliorations, le fonctionnement de ces instances demeure souvent emprunt d'un formalisme et suscite les critiques à la fois des administrations et des organisations syndicales»*²⁸⁵.

La rationalisation des activités hospitalières doit nécessairement passer par la transparence et la rationalisation des structures participatives au processus décisionnel.

De plus, si l'on envisage l'ensemble des instances consultatives, on relève un réel déficit participatif à la décision hospitalière. Ce constat tient, semble-t-il, au fait que la plupart d'entre elles ont des attributions trop techniques qui ne couvrent qu'un domaine restreint, bien loin des questions embrassant l'activité hospitalière dans son ensemble et dont la portée est déterminante pour la structure soignante.

²⁸⁵ Circulaire 23 février 1989 ; J.O. 24 février, p 2526 et s.

Il reste qu'avec la multiplication des instances consultatives et leurs attributions, le risque de voir apparaître de nouvelles difficultés entre les différents partenaires peut être plus important que le fait de voir dans cette évolution l'apanage d'une gestion rationnelle et efficace de l'activité hospitalière. A titre d'illustration, notons que depuis la création du C.L.I.N., des chevauchements des compétences avec le C.H.S.C.T. peuvent se poser avec une certaine acuité. En effet, nombre de leurs attributions se regroupent, si on admet que le problème de l'infection entre dans un cadre plus général touchant à l'hygiène et à la sécurité hospitalières.

La multiplication des structures participatives et du formalisme auquel elles obéissent peut être utilisée par les acteurs hospitaliers à des fins étrangères aux desseins auxquels elles étaient destinées. En effet, elles peuvent être une arme dilatoire redoutable au service du pouvoir décisionnel dont le souhait est de ralentir ou de stopper un processus décisionnel qui fait l'objet d'une divergence avec les personnels soignants.

Les organes de participation, s'ils permettent une amélioration de l'expression collective, notamment en ce qui concerne la profession infirmière, il appartient néanmoins au directeur d'assurer la mise en oeuvre et l'utilisation de ces nouveaux moyens. Cette observation correspond à une réalité comme le souligne le Rapport dirigé par Mme ANDRE, il est relevé que *«trop souvent les directions n'utilisent pas le caractère consultatif des instances pour peser dans la négociation avec les organisations syndicales, mais pour éviter toute discussion, d'où l'analyse exprimée par certains représentants du personnel selon lesquels _*

ces commissions ne servent à rien puisque, quoique nous disions, les décisions seront prises conformément à ce que la direction avait prévu initialement _ tout au plus, fonctionnent-elles dans la plupart des cas comme un lieu d'information avec d'ailleurs plus ou moins de bonheur»²⁸⁶. L'enjeu pour la réforme hospitalière de 1991 était de transformer cette situation.

Un autre frein à la participation tient au fait qu'aujourd'hui l'infirmière, comme le médecin, est un ordonnateur des dépenses de santé publique à l'hôpital. En cette qualité et compte tenu de la responsabilisation que les pouvoirs publics reconnaissent légitimement aux soignants hospitaliers, il est normal que ces derniers aspirent à plus de pouvoir décisionnel. Cette aspiration confronte les professionnels du soin à un dilemme. En effet, comment concilier l'implication du personnel soignant aux questions économiques, surtout en période de crise de financement, et maintenir une indépendance et une liberté dans l'exercice de leur art ? Cependant, ils affirment leur volonté de participer de plus en plus à la gestion et à la décision, afin d'influencer et d'assurer ainsi les moyens de son développement. D'ailleurs, il apparaît que plus les contraintes économiques et financières se font pressantes sur l'activité médicale, plus les professionnels du soin, parce qu'ils se sentent menacés, affichent leur volonté de participer davantage à la gestion globale, pour s'assurer le bon fonctionnement de leur service et le maintien de leurs acquis professionnels. Ce souhait ne procède pas nécessairement d'une évolution vers une responsabilisation et d'une implication accrue dans la gestion et le fonctionnement global de l'établissement et, donc, vers une plus grande citoyenneté professionnelle, mais constitue dans certains

²⁸⁶ Mme ANDRE ;,op cité, p 24

cas un sursaut hiérarchique corporatiste sans réelle considération de la légitime aspiration des personnels soignants à vouloir participer à la vie et aux grandes orientations de l'établissement où ils exercent leur art.

Ce conflit d'intérêts qui oppose indépendance et participation n'est pas sans poser de questions sur la qualité de la participation des professionnels du soin. Lorsque le corps médical participe à l'élaboration de la décision et à la prise de décision ou lorsqu'il assure lui même un pouvoir délibératif, sans compter l'influence qu'il exerce dans le fonctionnement général de l'établissement, il accepte de fait une perte d'autonomie dans son activité. En effet, comment se comporter si l'Etat demande au corps médical de faire un choix économique au risque de prendre des décisions portant préjudice à l'exercice de la médecine ? D'autant que ces décisions sont chargées d'impopularité auprès de leurs pairs et des patients qui revendiquent bien souvent un «*droit à la santé*», sans considération aucune pour les impératifs économiques et financiers auxquels est soumis tout le système de soins. Comment trancher entre intérêts particuliers et intérêt collectif lorsque l'on est soignant et que l'on exerce un pouvoir décisionnel hospitalier ? Le soignant, principal ordonnateur des dépenses, dont l'activité s'appuie sur un rapport de confiance avec le patient et qui appartient à une profession où le corporatisme est historiquement exacerbé, est-il le mieux placé pour représenter l'intérêt général ?

Pour conclure, nous admettons que les structures traditionnelles et nouvelles constituent pour le personnel soignant de véritables outils de participation qui ont su trouver leur place, leur utilité et ont incontestablement un rôle à remplir.

Néanmoins, d'un point de vue pratique, la participation représente bien souvent, plus une procédure de concertation obligatoire garantissant une participation à la décision, qu'un mécanisme d'association directe à la décision. Ces structures représentent trop souvent une participation partielle et rigide, peu satisfaisante pour le personnel.

B) Les enjeux de la participation infirmière

Si l'expression collective syndicale reste toujours aussi faible et que l'hypothèse offerte par le législateur de présenter librement une liste, hors monopole syndical, est peu utilisée, il est possible que ce renfort en faveur de l'expression collective soit nul d'effet. Dès lors, il appartient au législateur de poursuivre sa logique participative à son terme, c'est-à-dire, admettre que le personnel infirmier et plus généralement le corps paramédical, doit disposer d'un statut original qui lui permette de présenter une liste professionnelle dans les différents collèges. Dans cette direction, une évolution plus nuancée est proposée par le rapport du Dr Francis PEIGNE²⁸⁷, destiné au Ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale en 1991. Cette évolution consiste à autoriser le dépôt de listes non syndicales dans les structures consultatives. Cependant, l'auteur prévoit que le rôle de ces élus serait limité, dans le sens où ces derniers ne disposeraient que d'une voix consultative. Cette disposition paraît intéressante car applicable à toutes les instances consultatives dans lesquelles l'infirmière siège en qualité de fonctionnaire, et dont l'élection dépend des centrales syndicales. Il n'est pas impossible de pousser cette représentation plus avant et permettre aux représentants professionnels, issus de ces listes, de disposer d'une voix délibérative selon une répartition de sièges reconsidérée.

Avec l'introduction du service de soins infirmiers dirigé par la commission de soins infirmiers, la profession dispose d'une autonomie organisationnelle qui, jusque là, lui faisait défaut. Cependant, cette structure présente, de part ses

²⁸⁷ F. PEIGNE ; « Notre système hospitalier et son avenir », 1989

attributions et la qualité de son président (l'infirmière générale), un caractère hybride puisque, dans une certaine mesure, elle participe directement ou indirectement au processus décisionnel. La confusion réside, nous semble-t-il, dans la fonction de l'infirmière générale. En effet, comment peut-on être directeur d'un service de soins infirmiers, dont on doit assurer la responsabilité organisationnelle et appartenir à l'équipe de direction de l'établissement ? Cette dichotomie a pour conséquence de rendre, d'une part, flous les rôles d'encadrement et d'organisation de la surveillante et de la surveillante chef dans l'activité des soins infirmiers, et donc, sa représentativité dans la structure hospitalière et d'autre part, peu lisible la position de l'infirmière générale, émanation de l'administration dont l'ambivalence des attributions (administratives et paramédicales) grève quelque peu sa légitimité de représentante infirmière. Ne serait-il pas plus logique de confier la responsabilité du service de soins infirmiers à un cadre, en prise directe avec l'activité professionnelle, plus à même d'organiser le service et ses activités ?

Partant, on confierait à l'infirmière générale un rôle de représentation, en collaboration avec d'autres professionnels du soin auprès de la direction, au sein d'une structure adaptée. Cela aurait le double avantage de clarifier la distinction entre les responsabilités horizontales et verticales. En conséquence, la représentation ne devrait pas se faire par désignation réglementaire d'un membre d'un groupe, mais par la consécration de véritables pouvoirs au travers d'une structure professionnelle représentative et démocratique, dont la vocation doit être en partie d'assurer des responsabilités décisionnelles au même titre que celles reconnues au corps médical.

Avant d'aborder l'idée d'une réforme institutionnelle concernant la représentation infirmière, soulignons, sous l'éclairage de la loi du 31 juillet 1991, le rôle décisionnel du corps médical au travers de la C.M.E. Aujourd'hui encore, la profession médicale tient grâce à la C.M.E ou ses chefs de service une place centrale dans le fonctionnement global de l'hôpital. Cette place est d'autant plus prépondérante que la réforme du 31 juillet 1991 confirme clairement la logique médicale à partir de laquelle s'appuie la démarche hospitalière. Une telle démarche s'appuie sur la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire qui permettent de disposer d'un véritable outil d'organisation et d'approche qualitative et quantitative de l'activité hospitalière.

Soulignons, pour illustrer notre propos sur l'importance de l'influence médicale, que si la loi du 24 juillet 1987 dote la C.M.E. d'un pouvoir délibératif en matière de choix médicaux, cela suppose une faculté nouvelle qui consiste pour la C.M.E. à participer, conjointement avec le directeur, à l'élaboration du projet médical, qui intègre le projet de soins infirmiers. Ce document médical est le socle de l'élaboration du projet d'établissement adopté *in fine* par le Conseil d'administration. Ce dernier, selon l'article L712-1 alinéa 3, constitue une partie intégrante de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire. A ce sujet, M. J.M. CLEMENT considère qu'il s'agit là d'une innovation significative car « *le corps médical se voit investi de responsabilités propositionnelles certes mais en collaboration avec le directeur, ramenant celui-ci à un rôle de conseiller technique* »²⁸⁸.

²⁸⁸ J.M. CLEMENT ; « La nouvelle loi hospitalière », p 13

A partir de ces rapides observations sur les attributions et l'influence de la C.M.E., et compte tenu de l'évolution de la profession infirmière, il n'est pas à exclure que la profession infirmière fasse l'objet d'une émancipation institutionnelle sur le schéma de la C.M.E.. Il s'agirait là d'un moyen permettant à la profession infirmière, et paramédicale d'une manière générale, de disposer au sein de l'hôpital de prérogatives analogues à celles du médecin.

Cette émancipation permettrait à la profession de se doter d'une structure professionnelle représentative, seule capable d'assurer une influence auprès de l'administration, identique à celle de la commission médicale. Il pourrait s'agir d'une Commission Infirmière d'Etablissement (C.I.E). Cette structure serait compétente pour élaborer avec le directeur le projet de soins infirmiers (revalorisé selon le modèle du projet médical), ou encore, disposerait d'un pouvoir délibératif sur les questions relatives aux soins infirmiers. De plus, elle permettrait au responsable, à l'instar du président de la C.M.E., d'être une réelle source d'inspiration. En effet, il ne faut pas oublier que le président tient une place centrale, dans la mesure où il représente l'interlocuteur privilégié de l'administration concernant la politique médicale. Il reçoit les informations, peut exprimer son avis et celui du corps médical... De plus, il représente aussi le corps médical dans les instances intra et extra hospitalières.

Néanmoins, si l'extension du pouvoir délibératif du corps infirmier suivait ce schéma, cela ne se ferait pas sans poser quelques interrogations, compte tenu des conflits d'autorités particulièrement aiguës qu'induirait cette évolution. En effet,

l'enjeu de la multiplication des pouvoirs délibératifs tient à l'articulation des responsabilités avec les compétences et prérogatives d'autres organes : le CA, le directeur, les chefs de services, l'infirmière générale, sans compter la limite que représente le budget global. Que se passerait-il en cas de désaccord sur un choix thérapeutique entre la C.M.E. et un chef de service ? Ces oppositions pourraient de la même manière se poser entre une directrice du services de soins infirmiers, dotée d'un pouvoir délibératif et des surveillantes chefs de l'établissement. Ces oppositions entre autorités soignantes pourraient se retrouver entre les «soignants délibératifs» et le conseil d'administration, le directeur ou le président du C.M.E., si des choix thérapeutiques ou de soins faisaient l'objet d'une divergence de vue entre ces derniers.

Néanmoins, afin d'éviter une fois de plus l'écueil de la superposition des pouvoirs, les lourdeurs formelles et la multiplication des structures, une alternative nous paraît envisageable qui permettrait de rationaliser le fonctionnement hospitalier. Cette alternative tient à l'abandon de la C.M.E. au profit d'une structure qui disposerait des mêmes prérogatives, d'un même pouvoir délibératif en matière de choix en soins, et non plus seulement médicaux, impliquant ainsi une définition plus équilibrée de sa composition. Il pourrait s'agir d'une Commission Soignante d'Etablissement (C.S.E.) composée en nombre égal de praticiens, de personnel paramédical et d'aides soignants.

On conserverait l'efficacité de la C.M.E., mais en l'étendant au profit de l'ensemble des soignants hospitaliers. Les avantages tiendraient dans la rationalité et la cohérence des propositions de l'ensemble du personnel auprès

des structures décisionnelles. Cette solution irait dans le sens de la prise en compte globale des activités hospitalières dans la gestion des établissements de soins. Il est vrai que pareille structure ne mettrait pas fin aux divergences entre les corps représentés. Mais si l'on considère que les intérêts opposés survivront, quelle que soit la réforme adoptée, car inhérents aux corporatismes hospitaliers, il paraît préférable que des acteurs, dont la mission tend vers un objectif commun, collaborent en amont afin de dégager un projet commun à même d'être défendu devant des instances décisionnelles, plutôt que voir exprimer ses divergences au grand jour, sans autre possibilité qu'un arbitrage administratif. L'enjeu étant pour l'ensemble des soignants, médicaux et non médicaux, d'accroître leur efficacité et non de dissoudre leur force sur l'autel de la division ou du corporatisme. Le C.S.E. peut constituer une hypothèse de travail qui permette aux pouvoirs publics de considérer qu'une gestion efficace et rationnelle ne peut accoucher que par l'adoption de la cogestion.

Quelle que soit la forme de la redéfinition du pouvoir catégoriel de la profession dans le processus de décision, il apparaît que la politique hospitalière ne peut s'appuyer uniquement sur le projet médical, mais au contraire sur l'ensemble des activités de soins. La logique médicale doit se transformer en logique de soin et le projet d'établissement élaboré collégialement avec le concours du corps médical et du corps paramédical (il s'agit donc d'une extension de la réforme de 1991 en faveur des paramédicaux dans l'élaboration du projet d'établissement). Si l'activité médicale est, aujourd'hui, au centre de l'activité, c'est pour des raisons techniques traditionnelles, mais aussi parce que la politique hospitalière est subordonnée à des contraintes économiques et financières très fortes, et que

le principal ordonnateur en dépenses de santé est le corps médical. Néanmoins, il ne s'agit pas de gérer le fonctionnement hospitalier à partir d'une activité qui représente un poste de dépense substantiel, mais de rationaliser une organisation complexe dans laquelle les différents acteurs interagissent très fortement les uns sur les autres. Dès lors, l'objectif principal que doit atteindre l'hôpital est la qualité des soins, ou la qualité de la prise en charge du patient de la manière la plus efficiente possible. Aujourd'hui, aucun des deux partenaires (médecins, infirmiers) ne peut assurer seul ce dessein. Ce n'est qu'avec le concours de l'ensemble des acteurs de soins, que cet objectif pourra être réalisé. L'hôpital n'est plus l'enceinte expérimentale de la médecine où le corps médical énonce ses lois, mais un lieu de prise en charge globale du patient, dans un environnement sous contraintes.

Dans notre optique de reconnaissance et d'enrichissement de la participation de l'ensemble des acteurs hospitaliers au processus décisionnel, il n'est pas inutile de résumer en une phrase l'évolution qui nous paraît engagée : *l'idée est de passer de la participation collective à la responsabilisation collective des choix hospitaliers.*

Toujours dans le cadre d'une émancipation institutionnelle représentative, le Dr PEIGNE propose de créer une procédure de consultation qui permette pour les décisions importantes de favoriser des choix collectifs qui impliquent l'ensemble des ressources humaines de l'hôpital. Pour ce dernier, cette structure pourrait être *« un comité des objectifs »*²⁸⁹ auprès du directeur qui aurait pour mission de

²⁸⁹ F. PEIGNE ; op. cité, p 243

donner un avis technique : sur la politique de l'établissement (objectifs pluriannuels des activités et des moyens, politique sociale, politique de communication...) et sur le développement de techniques et infrastructures nouvelles. Pour l'auteur, ce *comité des objectifs* serait composé de représentants de l'administration, de médecins et de personnels non médicaux désignés. Ce transfert de la participation à la responsabilisation collective, conjugué à une structure professionnelle représentative de l'ensemble des soignants hospitaliers, d'après l'idée contenue dans le rapport susvisé, pourrait se traduire plus prosaïquement en une évolution du C.M.E. vers une Commission de Soins d'Etablissement (C.S.E.).

D'ailleurs, au sujet de la modification de la C.M.E., ou plutôt de sa fusion possible avec une autre instance consultative hospitalière, M. J.M. CLEMENT regrette que la loi du 31 juillet 1991 n'ait pas opéré une fusion du C.M.E. et du C.T.E. En effet, selon ce dernier : « *la participation des personnels est une nécessité même si cela allonge le temps et les difficultés de la procédure d'élaboration des décisions. Pour raccourcir les délais au lieu de mettre en oeuvre une cascade d'avis, C.T.E., C.M.E. et parfois C.H.S.C.T. , il aurait été plus judicieux de regrouper en une seule et même commission et le C.T.E. et le C.M.E.* »²⁹⁰. En l'occurrence, si cette analyse nous paraît tout à fait intéressante, tant du point de vue de l'efficience hospitalière que de l'indispensable participation des personnels, elle pourrait sembler insuffisante, car en créant un pôle consultatif fort, elle écarte tout un pan du personnel (excepté sa participation au C.T.E. en sa qualité de fonctionnaire).

²⁹⁰ J.M. CLEMENT ; « La nouvelle loi hospitalière » ; p 13

On ne peut plus ignorer le fait que toute décision de soin obéit à deux principales exigences, qui nous conduiront à une conclusion évidente. D'une part, compte tenu de la complexification des techniques, avec pour pendant l'apparition de nouvelles spécialités mais aussi l'affirmation des acteurs de soins, toute décision ne peut être prise indépendamment d'une organisation qui du point de vue professionnel est particulièrement interactive. D'autre part, tout choix en matière de soin ne peut être fait indépendamment des contraintes réglementaires et financières. En conséquence, s'il y doit y avoir fusion de structures, il s'agit bien d'une opération qui doit impliquer trois acteurs : les médecins au travers de la C.M.E, les paramédicaux regroupés initialement dans une S.S.I. élargie ou encore autour d'un nouveau concept tel que le C.S.E.

Cette structure pourrait être envisagée soit de manière permanente et se substituer aux premières, ou encore assurer un rôle qui serait celui du « *Comité des objectifs* » selon le Dr PEIGNE.

CONCLUSION

Comme nous l'avons vu dans notre étude, il apparaît bien que c'est « ...à partir du discernement d'actes techniques que prend véritablement racine le mouvement de professionnalisation. Les tâches techniques impliquant l'acquisition de zones de savoir précis obligent à une reconnaissance juridique pouvant certifier cette acquisition ... C'est le rôle technique qui donne droit à l'infirmière d'avoir un titre reconnu et ce faisant lui confère un statut...Le statut représente donc une institutionnalisation du rôle de l'infirmière »²⁹¹.

La conquête d'un savoir technique et d'une compétence propre, et l'apparition et le développement des systèmes de gestion de l'information, de la communication interdisciplinaire, ainsi que la mise en place d'une politique de recherche et d'une logique d'analyse d'activité, permettent à l'infirmière de disposer de tous les outils lui permettant d'expliquer ce qu'elle fait, d'enrichir le contenu de sa fonction et d'améliorer l'efficacité de ses pratiques. Ainsi, maîtresse de son activité, l'infirmière acquiert un véritable pouvoir légitimé par la technique et la capacité de contrôle et d'organisation qu'elle possède sur son propre corps, indépendamment de la tutelle médicale ou administrative.

En termes de techniques en soins infirmiers, il nous apparaît que l'enjeu dans les années à venir est, après la conquête d'une reconnaissance d'une compétence technique spécifique aux côtés du corps médical, de la consécration d'un rôle propre avec pour le mettre en oeuvre un dossier et un diagnostic en soins

²⁹¹ COLLIERE M.F. ; « Promouvoir la vie » ; p 236

infirmiers, l'adoption dans le cadre de ce rôle d'une « *prescription infirmière* » prise en compte, à l'instar du corps médical, par la sécurité sociale.

Si la fin de la subordination exclusive de l'activité de soins infirmiers à l'art médical est le fait du progrès technique, il n'en reste pas moins que pour la profession les années à venir représentent un enjeu majeur. En effet, il appartient à la profession infirmière de passer de la conscience collective à un corps professionnel organisé. Pour se faire, la profession doit développer, à partir de ses compétences et de sa qualification consacrées juridiquement, une politique de sensibilisation afin que le personnel soignant s'approprie efficacement les attributions que ses représentantes ont su conquérir.

Cette prise de conscience est d'autant plus importante qu'elle doit éviter l'écueil d'une distanciation entre les élites dont la promotion est le fait de spécialisations, ou encore des compétences acquises dans le domaine du management. Ce risque se présente avec d'autant plus d'acuité si la formation universitaire est adoptée et qu'elle se généralise en créant une rupture entre les générations, dont la culture et le vécu professionnels risquent de définitivement diverger.

Concernant les dispositions contenues dans les différents décrets de compétences et le décret du 15 février 1993 relatif aux règles professionnelles, elles permettent une prise de conscience par le personnel infirmier des obligations qui pèsent sur lui. De plus, la formalisation des obligations infirmières permet d'unifier le comportement professionnel au sein d'un groupe qui souffre d'une

grande hétérogénéité. Enfin, elle permet de délimiter les frontières de compétences avec les différents partenaires hospitaliers, en particulier avec le corps médical. De surcroît, l'uniformisation des règles de responsabilité consécutif à un dommage causé dans l'enceinte hospitalière entre médecin et infirmier traduit une volonté de ne plus distinguer l'acte de soin infirmier de l'acte médical, mettant fin par là même à hiérarchie juridique de soins.

Cependant, une dernière étape reste à franchir par la profession infirmière pour voir ses obligations pleinement assumées. Il s'agit de l'adoption d'une structure ordinaire. A ce propos, les conclusions de la Mission dirigée par B. GARBI montrent que « *nombre de professionnels se sont déclarés favorables à la création d'une structure nationale qui aurait les prérogatives pour répondre en partie à leurs souhaits de reconnaissance par leur unification et représentation au sein de celle-ci* »²⁹². En effet, la création de l'ordre est avant tout un outil indispensable pour édicter de manière autonome des règles déontologiques, de sensibiliser ses membres à ces règles, mais aussi de les faire respecter par ses pairs à l'instar du corps médical. De surcroît, cette structure ordinaire permettrait d'organiser et d'unifier la profession, qui jusque là est éclatée en termes de représentation dans la défense de ses intérêts professionnels. Enfin, la profession infirmière disposerait à l'instar du corps médical d'une instance disciplinaire ordinaire où la procédure serait conduite par ses pairs. Dans ce dessein, c'est en vain que deux propositions de loi ont été déposées. Alors que la profession infirmière fut la première à disposer de règles professionnelles (Décret du 15 février 1993), ce seront les kinésithérapeutes et les podologues qui deux ans plus

²⁹² J. MARASCHIN ; « Ordre infirmier : pour ou contre ? », p 4

tard avec la loi du 4 février 1995²⁹³ disposeront d'un ordre professionnel avant même l'édiction de règles déontologiques.

Concernant l'émancipation organisationnelle de la profession infirmière, il est à craindre que le renforcement des attributions des cadres infirmiers dans l'organisation des activités de soins et le management des soignants non médicaux n'aboutissent à des résultats opposés à ceux recherchés.

En effet, la hiérarchisation de la profession dont le dessein est d'accroître l'efficacité de l'activité des soins infirmiers et de la gestion du personnel ne doit pas aboutir à une rigidification organisationnelle supplémentaire. Le risque d'une pareille pesanteur signifierait un affaiblissement de la motivation des personnels et surtout une absence de toute initiative, et donc un désengagement de la profession dans le processus d'adoption d'une identité collective au sein de l'hôpital. Le second risque, lié à la multiplication de la hiérarchie et des pouvoirs organisationnels sur son activité, est une accentuation des cloisonnements professionnels, une absence de connaissance globale de l'activité de soins et donc une dilution de responsabilités, alors que les objectifs visés par les pouvoirs publics et l'élite infirmière sont un décroisement interdisciplinaire, une responsabilisation des personnels et l'adoption d'une logique de prise en charge globale du patient, supposant une collaboration accrue dans l'organisation des activités de soins et dans la gestion des personnels soignants. Partant, il apparaît que si l'évolution offre à la profession infirmière une chance extraordinaire de

²⁹³ Loi 95-116 du 4 février 1995 ; J.O. 5 février, p 1992 et s.

s'investir toujours plus dans l'organisation des soins hospitaliers, encore faut-il que les cadres infirmières sensibilisent et forment le corps infirmier dans son ensemble pour obtenir l'adhésion nécessaire.

Après l'émancipation professionnelle et organisationnelle acquise grâce aux progrès techniques, la profession connaît à nouveau une mutation fondamentale de son rôle. En effet, la voici aujourd'hui reconnue comme un acteur à part entière au service de la politique hospitalière, mais aussi de la politique de santé publique. Dès la fin de la seconde guerre mondiale, l'institution hospitalière s'est dotée de structures participatives permettant une expression toujours plus importante du personnel soignant non médical, en dépit d'un taux de syndicalisation extrêmement faible. Cette évolution a permis à l'infirmière de trouver sa place et son rôle dans l'organisation sanitaire. Aujourd'hui, la profession est confrontée à une profonde accélération de ses capacités de participation grâce aux contraintes économiques qui touchent le secteur sanitaire. En effet, l'hôpital est plus que jamais obligé de rationaliser son activité et pour se faire, de responsabiliser tous les acteurs du soin au travers de l'évaluation et de l'anticipation des activités. Avec l'efficacité comme clé de voûte de la politique hospitalière, dont les pendants sont la consolidation de l'expression collective et la responsabilisation des professionnels du soin, nombreuses sont les questions qui se présenteront. L'une des plus importantes consiste à savoir dans quelle mesure le personnel infirmier, dont la mentalité et les comportements sont conditionnés par une organisation hospitalière traditionnellement bureaucratique

et par des réflexes corporatistes, va-t-il s'adapter à une culture d'entreprise présidée par le management, l'évaluation et l'anticipation ?

Parallèlement à la consécration de la responsabilisation et de la capacité de l'infirmière à participer à la politique hospitalière dans sa globalité, cette dernière s'investit et participe de manière croissante dans la politique sanitaire des collectivités locales comme auprès des services administratifs de l'Etat. En ce sens, force est de constater que les orientations en faveur de l'évaluation prises par la loi du 31 juillet 1991 et par l'ordonnance de 1996 mettent l'accent sur une approche interrégionale et nationale qui suppose une participation extra-hospitalière de l'infirmière.

L'infirmière, au delà de l'évaluation, voit son influence et ses attributions se renforcer hors de l'hôpital. D'abord, auprès de l'administration centrale, avec l'apparition de conseillères techniques chargées de missions auprès du Ministre chargé de la Santé (exemple : la mise en place du dossier de soins infirmiers). Ces représentantes n'ont plus pour seules missions de relayer les revendications portant sur les salaires, les effectifs ou les statuts, mais portent davantage, aujourd'hui, sur l'intégration du corps infirmier dans un système de santé où elles veulent être parties prenantes dans le processus de décision.

Ces conseillères sont aussi présentes à la Direction générale de la santé (D.G.S.), ainsi qu'à la direction des hôpitaux (D.H.) où elles interviennent au niveau de l'organisation du travail, des soins et des questions statutaires.

Enfin, la compétence infirmière est représentée auprès de nombreuses structures nationales comme le Comité national de l'organisation sanitaire et social et le Collège national d'expert (Loi hospitalière du 31 décembre 1991), mais aussi au sein du Haut Comité de la Santé publique (arrêté du 3 dec. 1991), du Comité Technique national des infections nosocomiales (arrêté du 3 août 1992) et du Comité de transparence (arrêté du 23 octobre 1992).

A l'échelon régional, la compétence infirmière est de la même manière représentée. En effet, à la demande du directeur des hôpitaux, un poste de conseillère technique en soins infirmiers a été créé dans chaque DRASS. Par ailleurs, une infirmière participe aux réflexions du Comité régional de l'organisation sanitaire (en principe une infirmière extra-hospitalière sollicitée par le préfet) et de la Commission régionale de l'évaluation médicale (infirmière générale de l'hôpital public).

Le personnel soignant non médical se trouve aussi représenté au plan national, en leur qualité de fonctionnaire (représentations syndicales), au sein de deux structures. Le conseil supérieur de la fonction publique (art 11 statut de la fonction publique²⁹⁴), qui est saisi pour avis sur tout projet de loi et de décret de portée générale relatif à la situation des personnels des établissements sanitaires et sociaux, et des projets de statuts particuliers des corps et emplois (art. 12). Enfin, il est important de souligner que le conseil examine toutes les questions relatives à la fonction publique hospitalière et peut formuler en ce domaine toute proposition. Auprès du conseil supérieur des hôpitaux, les représentants syndicaux des personnels soignants non médicaux émettent un avis sur les

²⁹⁴Loi 86-33 du 9 janvier 1986 ; J.O. 11 janvier, p 535 et s.

questions relatives à l'organisation et aux fonctionnements administratif, financier et médical des établissements hospitaliers.

A côté des ces structures que les pouvoirs publics doivent obligatoirement consulter existent des instances consultatives que le ministre de la santé peut saisir, et ce, sur des domaines aussi variés que l'hôpital, la santé publique, l'éthique ou l'organisation sanitaire et sociale. Le Conseil supérieur des professions paramédicales (C.S.P.P.) fait partie de ces instances. Avant l'apparition du C.S.P.P. existait un organe représentatif de la profession infirmière, il s'agissait du Conseil de perfectionnement des études infirmières. Comme son nom l'indique, la compétence de cet organe avait une vocation plutôt limitée, puisqu'il était consulté seulement sur toutes réformes portant sur la formation en général et le programme en particulier. Par conséquent, le conseil n'était en aucune manière compétent concernant les questions relatives à la profession, à son activité. Le C.S.P.P. crée en 1973²⁹⁵, comprend une commission permanente interprofessionnelle, et des commissions pour chaque profession paramédicale. Il peut être consulté par le ministre sur l'exercice des professions paramédicales ou sur les questions concernant la formation.

Si l'affirmation de la participation infirmière, au regard de son domaine de compétence, est patente dans des structures régionales et nationales, il est intéressant de voir que son expérience et ses qualifications permettent d'accroître son influence dans des domaines périphériques à son activité, mais néanmoins essentiels. Dans cette optique, il est intéressant d'observer que la profession est représentée dans les Comités consultatifs de protection des personnes dans la

²⁹⁵ Décret n° 73-901 du 14 septembre ; J.O. 20 septembre, 10198 et s.

recherche biomédicale (art. L 209-11 du C.S.P) et tend même à se renforcer²⁹⁶. L'une des étapes à franchir pour l'infirmière est sa reconnaissance formelle dans la composition du Comité consultatif national d'éthique. En effet, l'infirmière est, comme le médecin, confrontée à la question de l'éthique dans l'exercice propre ou délégué de son activité. De plus, l'accentuation mise en évidence des compétences relationnelles et humaines par les décrets de 1993 et la charte de l'hospitalisé, permet à l'infirmière de développer une réflexion éthique propre et en collaboration avec l'ensemble des partenaires de santé. Face à cette aspiration infirmière pour la mise en place d'une réflexion éthique propre ou encore la participation à une réflexion globale, il est intéressant d'observer comme le souligne J. GERINIER²⁹⁷, infirmière générale, que l'on assiste à une éclosion de comités locaux d'éthique dans lesquels participent des représentantes infirmières.

Force est de conclure que la profession infirmière, loin d'être une simple exécutante médicale, est devenue un partenaire hospitalier au même titre que le médecin, tant dans l'organisation de son activité et dans la gestion de ses membres que dans le processus décisionnel de l'hôpital.

De plus, il apparaît que le rôle et l'influence de l'infirmière ne sont pas prêts de s'arrêter là, puisque son rayonnement et son action se font largement sentir hors de l'enceinte hospitalière.

²⁹⁶ Décret n° 97-889 du 1er octobre 1997 ; J.O. 2 octobre, p 14284

²⁹⁷ J. GERINIER ; « Les infirmières aux Comités d'éthique », *in* Enquête « Ethique et soins infirmiers », p 52

Aujourd'hui, loin des résistances médicales ou administratives, c'est au sein de ses rangs que les difficultés à venir risquent d'apparaître, tant que l'adhésion ne sera pas devenue une réalité pour l'ensemble de la profession.