

La responsabilité infirmière



SOMMAIRE

- **Evolution du métier d'IDE et d'AS**
- **Statistiques sur le risque et la responsabilité infirmière**
- **Les différentes responsabilités et leurs conditions**
- **Les accidents infirmiers**
- **Les textes relatifs à la profession**
- **Quelques conseils**

LOI n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier



1

Une nouvelle définition de la profession

- ➔ Entreprise, réalisation, organisation et évaluation des soins infirmiers
- ➔ Consultations infirmières et diagnostic infirmier
- ➔ Prescriptions de produits de santé et d'examens complémentaires* nécessaires à l'exercice de la profession

* Liste fixée par arrêté, mise à jour tous les 3 ans

2

De nouvelles missions "socles"

- ➔ Dispenser des soins infirmiers préventifs, curatifs, palliatifs, relationnels ou destinés à la surveillance clinique, les évaluer et contribuer à la conciliation médicamenteuse
- ➔ Contribuer à l'orientation de la personne et à la coordination et la mise en oeuvre de son parcours de santé

LOI n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier

3 Une remise à plat des compétences

- ➔ Définies par décret en Conseil d'État
- ➔ Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe, pour chaque domaine d'activités, la liste des actes et soins réalisés par les infirmiers
- ➔ La promulgation de la loi donnera lieu à une négociation sur la rémunération des infirmiers pour tenir compte des évolutions envisagées et de la pénibilité du métier



4 Une nouvelle catégorie d'infirmiers

Les infirmiers du corps de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur

- ➔ Diplôme de niveau 7
- ➔ Rôle principalement éducatif et préventif

LOI n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier

6 Prise en charge en dehors du rôle propre

- ➔ Expérimentation de 3 ans dans 5 départements
- ➔ Prise en charge directe des patients pour des actes ne relevant pas du rôle propre*
- ➔ Compte rendu au médecin traitant obligatoire (reporté dans le dossier médical)

* Conditions fixées par décret après avis HAS et Académie de Médecine

7 Exercice en pratique avancée

- ➔ Nouveaux domaines d'exercice : équipes pluriprofessionnelles en PMI et en établissement scolaire / en assistance du médecin référent dans un service départemental de l'aide sociale à l'enfance
- ➔ Les IADE, IBODE et puériculteurs peuvent exercer en pratique avancée*

* Conditions fixées par décret en Conseil d'Etat

LOI n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier

Art. L. 4311-1 CSP

I. - L'infirmier exerce son activité, dans le respect du code de déontologie, dans le cadre de son rôle propre ou sur prescription et en coordination avec les autres professionnels de santé.

« Dans l'exercice de sa profession, l'infirmier entreprend, réalise, organise et évalue les soins infirmiers. Il effectue des consultations infirmières et pose un diagnostic infirmier. Il prescrit les produits de santé et les examens complémentaires nécessaires à l'exercice de sa profession. La liste de ces produits de santé et de ces examens complémentaires est établie par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Académie nationale de médecine. Elle est mise à jour au moins tous les trois ans. Les avis mentionnés au présent alinéa sont réputés émis en l'absence de réponse dans un délai de trois mois.

LOI n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier

Art. L. 4311-1 CSP

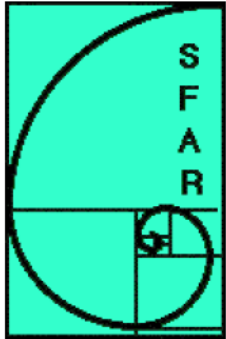
II.- Les missions de l'infirmier sont les suivantes :

- 1° **Dispenser des soins infirmiers** préventifs, curatifs, palliatifs, relationnels ou destinés à la surveillance clinique, procéder à leur évaluation et contribuer à la conciliation médicamenteuse ;
- 2° Contribuer à **l'orientation de la personne** ainsi qu'à la coordination et à la mise en œuvre de son parcours de santé ;
- 3° Dans le cadre de son rôle propre, en accès direct, et dans le cadre de son rôle prescrit, **participer aux soins de premier recours** définis à l'article L. 1411-11 ;
- 4° **Participer à la prévention**, aux actions de dépistage, à l'éducation à la santé, à la santé au travail, à la promotion de la santé et à l'éducation thérapeutique de la personne et, le cas échéant, de son entourage ;
- 5° **Concourir à la formation** initiale et à la formation continue des étudiants, de ses pairs et des professionnels de santé placés sous sa responsabilité ;
- 6° **Exploiter les données probantes** dans la pratique professionnelle et concourir à la recherche, notamment dans le domaine des sciences infirmières.

III.- L'infirmier participe à la **mission de service public de permanence des soins** dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1.

Une infirmière de l'AP-HM condamnée à un an de prison avec sursis pour un surdosage mortel d'adrénaline

- En service de rhumatologie, une patiente est traitée pour une polyarthrite rhumatoïde. Elle fait un choc anaphylactique avec détresse respiratoire. Plusieurs infirmières entendent la prescription de l'interne (chef de service absent) « 20 milligrammes » au lieu de « 20 microgrammes » d'adrénaline.
- L'IDE administre 20 milligrammes (ampoules de 5 milligrammes). La patiente est transférée en urgence en réanimation du CHU où elle décède quelques jours plus tard.
- Malgré une bonne défense (erreur du médecin, contexte de panique, difficulté de doser 20 microgrammes avec les ampoules du chariot d'urgences, le TC la condamne le 16 sept 2024 à 1an de prison avec sursis.
- Le TA a alloué 390 000 € à la famille.



www.sfar.org

2010

Prise en charge d'un choc anaphylactique

SIGNES CLINIQUES

GRADE I	Signes cutanéomuqueux généralisés.
GRADE II	Atteinte multiviscérale modérée (au moins 2 fonctions atteintes)
GRADE III	Atteinte multiviscérale sévère menaçant la vie et imposant un traitement spécifique.
GRADE IV	Arrêt circulatoire et/ou respiratoires

Les signes cutanés peuvent être absents ou n'apparaître qu'après la remontée tensionnelle.

TRAITEMENT

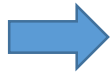
- Appel aide urgente, et arrêt de l'injection du produit suspecté si possible
- Concertation médico-chirurgicale (abstention, simplification, accélération ou arrêt du geste chirurgical)
- Oxygène pur et contrôle rapide des voies aériennes
- Voie veineuse efficace

REPLISSAGE VASCULAIRE : cristalloïdes isotoniques (30 mL·kg⁻¹) puis amidons (30 mL·kg⁻¹)

ADRENALINE IV par titration, toutes les 1 à 2 min, selon le grade de sévérité de la réaction

La tachycardie ne contre-indique pas l'utilisation d'adrénaline

- **Grade I** : pas d'adrénaline
- **Grade II** : bolus de 10 à 20 µg
- **Grade III** : bolus de 100 à 200 µg
- **Grade IV** : traitement d'un arrêt circulatoire



Qualité et Sécurité dans les soins infirmiers : recommandations issues d'une revue de littérature 2024

- ④ Les infirmiers, par leur présence et leur métier 24/24 auprès du patient jouent un rôle essentiel dans le niveau final de Qualité de soins et la Sécurité du patient.
- ④ On manque pourtant d'une analyse et d'un recueil systématique de ces bonnes pratiques. Une équipe de chercheurs-infirmiers américains travaillant dans les hôpitaux militaires des Vétérans, proposent une telle liste de bonnes pratiques clés à partir d'une revue de littérature.
- ④ 249 articles ont été retenus en première lecture qui ont conduit à identifier 94 bonnes pratiques réparties en 8 domaines : communication, événements indésirables, leadership, expérience des soins et satisfaction des patients, amélioration de la Qualité, culture de sécurité, effectifs et charge de travail en rapports au contexte de terrain, support technologique et informatique.
- ④ La déclinaison des bonnes pratiques dans ces 8 domaines propose un cadre utile (une sorte de référentiel) pour de nombreuses améliorations qui pourraient être adoptées dans les établissements de santé. Le détail de ces bonnes pratiques est forcément trop long pour un résumé, mais il est facile à retrouver dans l'article qui le présente sous forme de tableaux aisés à traduire et suivre.
- ④ Patrician PA, Campbell CM, Javed M, Williams KM, Fouts L, Hamilton WM,... & Swiger, P. A. (2024). Quality and Safety in Nursing : Recommendations from a Systematic Review. The Journal for Healthcare Quality (JHQ), 46(4), 203-219

Ratio d'effectifs infirmiers imposés : grande variation des postures d'un état à l'autre aux États-Unis

- Le Covid 19 a intensifié la volonté de mieux réguler les effectifs infirmiers dans les hôpitaux américains. Les résultats se sont en effet accumulés pour montrer le bénéfice d'un ratio plus important et surtout mieux respecté d'infirmiers dans les services.
- Pour autant, la façon de corriger les manques reste une gageure et varie grandement d'un État à l'autre.
- Sur les 50 États américains :
 - 7 d'entre eux ont choisi d'imposer un ratio lit/infirmier au moins pour certaines spécialités.
 - 8 autres États ont institué un Comité infirmier spécifique aux effectifs qui supervise le problème hôpital par hôpital ; 6 de ces 8 États ont même chargé ces comités de faire respecter un ratio d'infirmiers certifiés en rapport aux spécialités exigées.
 - 11 États exigent seulement un plan (à l'échelon de l'État) de la démographie de la population d'infirmiers.
 - Enfin 5 États ont des réflexions en cours ; certains imposent déjà des formations aux infirmiers pour aider et motiver les professionnels.
 - Cette grande variété de postures manque cruellement d'évaluation comparative des solutions proposées pour en tirer une leçon nationale et proposer à tous les meilleures pratiques à adopter sur une base scientifique.

Construisons ensemble une définition

Qu'est-ce être responsable ?

Être responsable, c'est

Des compétences IDE en plus

- Trois arrêtés du 6 mars 2020 permettant aux IDE de réaliser :
 1. La prise en charge de la brûlure mictionnelle et de la pollakiurie de la femme
 2. La prise en charge de l'éruption cutanée vésiculeuse de l'enfant
 3. Le renouvellement de traitement de la rhinoconjonctivite allergique saisonnière

Cinq nouveaux protocoles de coopération pour les infirmiers

(Arrêtés du 17 mars 2022)

- ① la consultation infirmière de suivi de patients bénéficiant d'une chirurgie de l'obésité, avec prescriptions de médicaments ;
- ① la réalisation d'une paracentèse d'ascite à visée thérapeutique par un infirmier ;
- ① la prise en charge pluriannuelle des plaies chroniques des membres inférieurs et du pied diabétique par un infirmier ;
- ① la réalisation de ponction médullaire en crête iliaque postérieure à visée diagnostique par un infirmier ;
- ① le suivi, les prescriptions et l'orientation de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou une affection apparentée par un infirmier.

Quatre nouveaux protocoles de coopération pour les infirmiers

(Arrêtés du 13 décembre 2021)

- **Indication et réalisation d'une ponction de lymphocèle en postopératoire d'une chirurgie mammaire**
- **Consultation infirmière de suivi des patients traités par anti-cancéreux oraux à domicile, avec délégation d'activité de prescription**
- **Réalisation de bilan uro-dynamique par une infirmière experte en urologie**
- **Ablation de drains de Redon® pleuraux et médiastinaux par l'infirmier**

Des compétences IDE en plus

- ① Arrêté du 1er mars 2021 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « **Réalisation d'échographies des veines et/ou artères des membres supérieurs par une infirmière en lieu et place d'un médecin** »
- ① Arrêté du 1er mars 2021 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « **Interprétation des résultats de glycémie capillaire, et adaptation des doses d'insuline de patients atteints de diabète de type 1, de diabète de type 2, ou de diabète gestationnel, par une infirmière en consultation hospitalière en lieu et place du médecin** »
- ① Arrêté du 1er mars 2021 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « **Transfert de compétence : pose de voie veineuse centrale par l'IDE** »

La répartition actuelle des tâches :

Article R. 4311-4 CSP modifié par le décret du 23 juillet 2021

- Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son **rôle propre** sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la **collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture** ou d'accompagnants éducatifs et sociaux qu'il encadre et dans les limites respectives de la qualification reconnue à chacun du fait de sa formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3.
- L'infirmier ou l'infirmière peut également confier à l'aide-soignant ou l'auxiliaire de puériculture la réalisation, le cas échéant en dehors de sa présence, de soins courants de la vie quotidienne, définis comme des soins liés à un état de santé stabilisé ou à une pathologie chronique stabilisée et qui pourraient être réalisés par la personne elle-même si elle était autonome ou par un aidant.

Décret du 24 décembre 2025

- ❶ « **Art. R. 4311-5.** – Pour des actes et soins dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier peut, dans le cadre de son rôle propre, confier sous sa responsabilité certains actes et soins qu'il détermine en fonction de l'évaluation de la situation clinique de la personne et qui figurent sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces actes peuvent être confiés aux aides- soignants, auxiliaires de puériculture ou accompagnants éducatifs et sociaux avec lesquels il collabore et qu'il encadre, en fonction des formations et qualifications de chacun. Lorsqu'il existe un projet de soins personnalisés dans un dispositif spécifique, il en tient compte pour l'organisation de la délégation. « Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-4.
- ❷ « L'infirmier peut également confier à l'aide-soignant ou l'auxiliaire de puériculture la réalisation, le cas échéant en dehors de sa présence, de soins courants de la vie quotidienne définis comme des soins liés à un état de santé stabilisé ou à une pathologie chronique stabilisée et qui pourraient être réalisés par la personne elle-même si elle était autonome, ou par un aidant.

Un rôle propre IDE étendu

🕒 Article R4311-5 (Modifié par Décret n°2021-980 du 23 juillet 2021 - art. 1))

🕒 Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- 🕒 6° Surveillance de leurs effets et **accompagnement éducatif de la personne** ;
- 🕒 9° bis **Changement de support et de poche de colostomie cicatrisée** ;
- 🕒 13° bis **Pose et changement de masque respiratoire en situation chronique hormis tout dispositif d'insufflation ou d'exsufflation** ;
- 🕒 19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, **rythme et fréquence respiratoires, taux de saturation en oxygène**, volume de la diurèse, **poids, dont indice de masse corporelle (IMC) calculé à l'aide d'un outil paramétré, mensurations, mesure du périmètre crânien**, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
- 🕒 29° **Lavage et irrigation oculaire** et instillation de collyres ;
- 🕒 33° **Lecture de l'intradermo-réaction pour le test tuberculinique** ;
- 🕒 39 b) Sang : glycémie par captation capillaire brève ou lecture transdermique, acétonémie **taux de bilirubine par lecture instantanée transcutanée** ;



NOUVEAU

LES ACTES DE SOINS RÉALISABLES
PAR LES AIDE-SOIGNANTS* :➤ **Évaluation du changement de l'état clinique de la personne**

- saturation en oxygène,
- glycémie capillaire,
- Mesure du périmètre crânien,
- Calcul de l'IMC.

➤ **Réalisation des soins en situation aigue**

- Réalisation d'aspiration endo trachéale sur orifice trachéal cicatrisé et non inflammatoire,
- Oxygénothérapie : changement de lunette à oxygène courbe avec tubulure sans intervention sur le débit-mètre,
- Pose et changement de masque pour aide à la respiration en situation stable en **situation chronique**,
- Recueil aseptique d'urines hors sonde urinaire,
- Pose de suppositoire (d'aide à l'élimination),
- Lavage oculaire et instillation de collyre.

➤ **Aide aux soins réalisés par l'infirmier**

- Prise ou aide à la prise de médicaments sous forme non injectable,
- Application de crème ou pommade,
- Participation à l'animation d'un groupe à visée thérapeutique.

*Liste non exhaustive

LA FORMATION

*des allègements de parcours sont prévus selon le profil de l'étève

BLOCS DE COMPÉTENCES	COMPÉTENCES	MODULES DE FORMATION
BLOC 1 Accompagnement et soins de la personne dans les activités de sa vie quotidienne et de sa vie sociale	1. Accompagner les personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne et de la vie sociale, personnaliser cet accompagnement à partir de l'évaluation de leur situation personnelle et contextuelle et apporter les réajustements nécessaires	Module 1. Accompagnement d'une personne dans les activités de sa vie quotidienne et de sa vie sociale
BLOC 2 Évaluation de l'état clinique et mise en œuvre de soins adaptés en collaboration	2. Identifier les situations à risque lors de l'accompagnement de la personne, mettre en œuvre les actions de prévention adéquates et les évaluer	Module 2. Repérage et prévention des situations à risque
	3. Évaluer l'état clinique d'une personne à tout âge de la vie pour adapter sa prise en soins	Module 3. Évaluation de l'état clinique d'une personne
BLOC 3 Information et accompagnement des personnes et de leur entourage, des professionnels et des apprenants	4. Mettre en œuvre des soins adaptés à l'état clinique de la personne	Module 4. Mise en œuvre des soins adaptés, évaluation et réajustement
	5. Accompagner la personne dans son installation et ses déplacements en mobilisant ses ressources et en utilisant les techniques préventives de mobilisation	Module 5. Accompagnement de la mobilité de la personne aidée
BLOC 4 Entretien de l'environnement immédiat de la personne et des matériels liés aux activités en tenant compte du lieu et des situations d'intervention	6. Établir une communication adaptée pour informer et accompagner la personne et son entourage	Module 6. Relation et communication avec les personnes et leur entourage
	7. Informer et former les pairs, les personnes en formation et les autres professionnels	Module 7. Accompagnement des personnes en formation et communication avec les pairs
BLOC 5 Travail en équipe pluri-professionnelle et traitement des informations liées aux activités de soins, à la qualité/gestion des risques	8. Utiliser des techniques d'entretien des locaux et du matériel adaptées en prenant en compte la prévention des risques associés	Module 8. Entretien des locaux et des matériels et prévention des risques associés
	9. Repérer et traiter les anomalies et dysfonctionnements en lien avec l'entretien des locaux et des matériels liés aux activités de soins	Module 9. Traitement des informations
	10. Rechercher, traiter et transmettre, quels que soient l'outil et les modalités de communication, les données pertinentes pour assurer la continuité et la traçabilité des soins et des activités	Module 10. Travail en équipe pluri professionnelle, qualité et gestion des risques
	11. Organiser son activité, coopérer au sein d'une équipe pluri-professionnelle et améliorer sa pratique dans le cadre d'une démarche qualité / gestion des risques	

Une mesure contestable

[Ehpad: une formation courte pour les ASH jusqu'en juillet](#)

Pour parer aux besoins RH urgents des Ehpad, mais aussi des services à domicile et des établissements sanitaires, le ministère ouvre jusqu'à début juillet une formation de 10 jours destinée aux agents de service hospitaliers. L'objectif: leur permettre d'accompagner les résidents "sur des missions habituellement dévolues aux aides-soignants".

[GÉRONTONEWS](#)

[LIRE LA SUITE](#)

Réponse DGOS 12 février 2025

Réponse de la DGOS du 12 février 2025 concernant la formation de trois jours sur l'actualisation des compétences AS avant 2021

Bonjour Monsieur Joubard,

Bien que nous ne réservions pas la délivrance de la formation aux IFAS, nous avons interrogé les ARS sur la réalisation de la formation par les IFAS. Il en ressort qu'une part importante des IFAS souhaite proposer la formation en respectant le cahier des charges de l'arrêté : nous nous en réjouissons car nous connaissons l'implication et le rôle des IFAS dans la formation continue des aides-soignants.

Juridiquement, au regard de la réglementation, rien n'exige que les AS formés avant 2021 effectuent une formation complémentaire pour être habilités à réaliser l'exhaustivité des actes. Je comprends votre point de vue mais je me dois donc de l'infirmier : tous les aides-soignants peuvent réaliser les nouveaux actes du référentiel de 2021, qu'ils aient été diplômés avant ou après la réingénierie du diplôme.

Néanmoins en opportunité, la mise en place d'une formation est apparue utile et a été largement demandée par les professionnels et les employeurs. C'est la raison de la parution prochaine de l'arrêté dont l'objet est de proposer une maquette de formation pour former les AS diplômés avant la réingénierie. Cette formation ne sera ni obligatoire ni certifiante : ainsi, les aides-soignants qui se sont formés aux nouveaux actes entre 2021 et 2025 ne sont pas pénalisés et ne devront pas repasser la nouvelle formation. L'arrêté permet avant tout d'homogénéiser les formations à venir.

Je reste à disposition pour tout complément,
Bien cordialement,

17 mars 2022

Le gouvernement mise sur l'apprentissage et la VAE pour répondre aux besoins de personnels des secteurs sanitaire et médico-social

Le gouvernement va lancer lundi une campagne de recrutement pour "les métiers du soin et de l'accompagnement" en vue de répondre aux tensions en ressources humaines rencontrées par les établissements sanitaires et médico-sociaux, a-t-on appris mercredi matin lors d'un brief organisé en ligne par les cabinets du ministre des solidarités et de la santé, Olivier Véran, de la ministre déléguée chargée de l'autonomie, Brigitte Bourguignon, et de la secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées, Sophie Cluzel.

La mission sur l'évolution des professions de santé rendra copie en juillet

Publié le 05/05/21 - 14h21

← Retourner à l'édition du jour

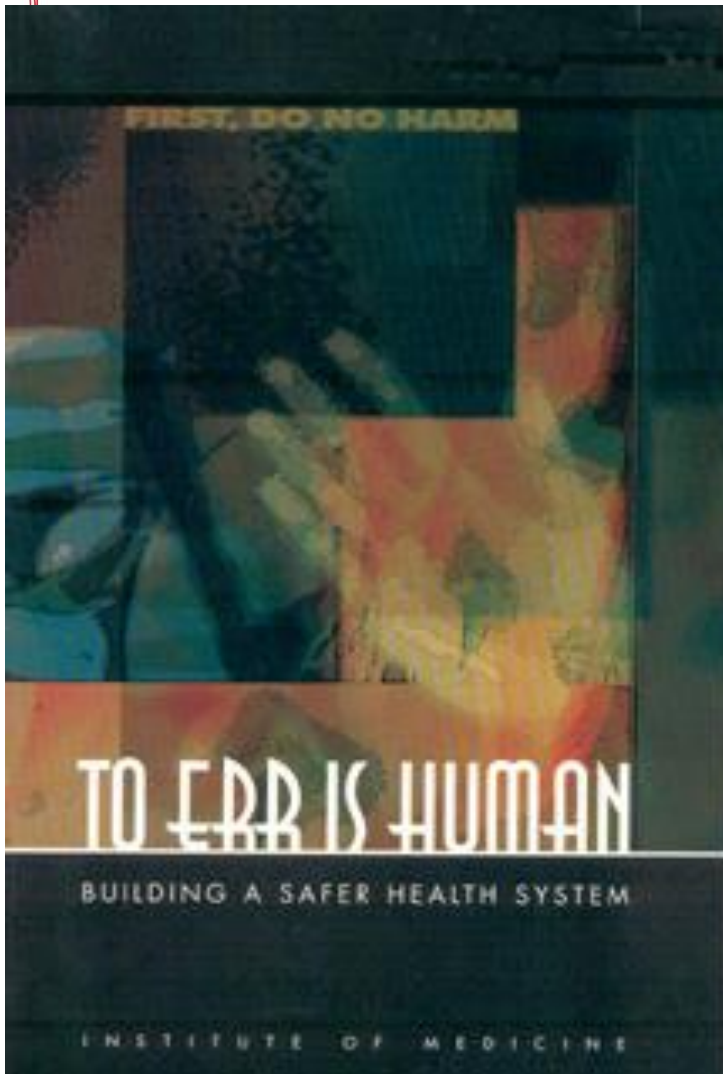


Le député Cyrille Isaac-Sibille débute ce 5 mai ses travaux en tant que rapporteur de la mission parlementaire visant à faire évoluer les périmètres de compétences des professionnels de santé. Les conclusions sont attendues pour juillet.

Identifier les leviers pour renforcer les coopérations entre les professionnels de santé et réfléchir à la manière de faire évoluer les différents métiers dans leur champ de compétence ou même en pratique avancée. Tel est l'objectif de la mission d'information mise en place ce 5 mai par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. Le député du Rhône Cyrille Isaac-Sibille (Modem) a ainsi été nommé rapporteur de la mission "Professions de santé : évolution des périmètres de compétences, des protocoles de coopération et des pratiques avancées" qui rendra ses conclusions en juillet.

Institute of Medicine

November 1999



- ① Les erreurs médicales constituent un sérieux problème
- ① Leur première cause n'est pas l'incompétence des acteurs, mais la mauvaise qualité du système médical
- ① On doit reconcevoir globalement le système médical
- ① On doit changer la façon de former nos médecins
- ① On doit faire de la sécurité médicale une vraie priorité nationale
- ① On n'atteindra pas ces objectifs sans une démarche scientifique

RESULTATS des ENQUETES ENEIS 1 & 2

🌀 LA PREVALENCE DES EIG

Entre 275 000 et 395 000 EIG/an durant une hospitalisation (médecine ou chirurgie en court séjour, sauf hospitalisation de jour, psychiatrie et lits-porte), dont 95 000 à 180 000 peuvent être considérés comme évitables ($\approx 40\%$) (*ENEIS, DREES, publiée en 2005 & 2010*). *Entre 19 et 29% de ces EIG sont liés au médicament.*

- 🌀 **Soient 753 à 1082 EIG/jour**
- 🌀 **Soit 1 EIG tous les 5 jours dans un service de 30 lits**

INCIDENCE DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES ASSOCIÉS AUX SOINS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (ENEIS 3) : QUELLE ÉVOLUTION DIX ANS APRÈS ?

Répartition des facteurs contributifs à la survenue des EIG pendant l'hospitalisation

Facteurs ayant favorisé l'EIG	EIG total				EIG évitables			
	2009 (n=214)		2019 (n=80)		2009 (n=87)		2019 (n=27)	
	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)
Défaillance humaine à l'origine de l'EIG	25	(11,7)	16	(20,3)	24	<u>(27,6)</u>	13	<u>(48,1)</u>
Meilleure supervision nécessaire	32	(15,0)	7	(8,9)	23	(26,4)	4	(14,8)
Mauvaise définition de l'organisation et de la réalisation des tâches	29	(13,6)	10	(12,8)	11	(12,6)	6	(22,2)
Communication entre professionnels et entre services insuffisante	31	(14,5)	12	(15,2)	21	(24,1)	7	(25,9)
Composition de l'équipe de soins inadéquate	22	(10,3)	8	(10,4)	14	(16,1)	5	(18,5)
Locaux, équipements, fourniture et produits de santé inappropriés	23	(10,7)	11	(13,9)	15	(17,2)	6	(22,2)
Défaut culture qualité ou sécurité	17	(7,9)	9	(11,5)	7	(8,0)	5	(18,5)

Les chiffres soulignés indiquent une différence statistiquement significative.

EIG : événement indésirable grave.

INCIDENCE DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES ASSOCIÉS AUX SOINS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (ENEIS 3) : QUELLE ÉVOLUTION DIX ANS APRÈS ?

Densités d'incidence (nombre d'événements pour 1 000 jours d'hospitalisation) selon le type de gravité associé aux EIG évitables identifiés pendant l'hospitalisation

Type de gravité	EIG évitables (2009)			EIG évitables (2019)			RR ^c	IC95%
	nb	(‰)	IC95%	nb	(‰)	IC95%		
Prolongation ^a	61	(2,0)	[1,1-3,5]	25	(1,3)	[0,9-1,9]	0,5	[0,3-1,0]
<i>Prolongation seule</i>	30	(1,1)	[0,6-2,1]	15	(0,8)	[0,5-1,3]	0,6	[0,3-1,2]
Pronostic vital ^a	31	(0,7)	[0,4-1,3]	8	(0,4)	[0,2-1,0]	0,4	[0,2-0,9]
<i>Pronostic vital seul</i>	13	(0,4)	[0,2-0,8]	1	(0,0)	[0,0-0,2]	0,2	[0,0-0,9]
Incapacité ^a	25	(0,7)	[0,4-1,3]	6	(0,3)	[0,1-0,7]	0,4	[0,1-0,9]
<i>Incapacité seule</i>	5	(0,1)	[0,0-0,3]	0	(0,0)	[0,0-0,0]	0,0	[0,0-0,0]
Prolongation et pronostic vital	11	(0,2)	[0,1-0,5]	4	(0,2)	[0,0-0,8]	0,6	[0,1-2,8]
Prolongation et incapacité	13	(0,5)	[0,2-1,1]	3	(0,1)	[0,-0,4]	0,3	[0,1-1,4]
Pronostic vital et incapacité	0	(0,0)	[0,0-0,0]	0	(0,0)	-	-	-
Les trois types de gravité	7	(0,1)	[0,1-0,4]	3	(0,2)	[0,1-0,6]	0,8	[0,4-1,9]
Décès ^b	8	(0,4)	[0,1-1,7]	1	(0,0)	[0,0-0,3]	0,1	[0,0-0,3]

Effectifs : Une réalité

- Etude observationnelle européenne RN4CAST qui a eu pour objet d'éclairer les prises de décisions en matière de personnel soignant, l'un des premiers postes de dépense de fonctionnement des hôpitaux.
- Etude réalisée dans 9 pays possédant des données d'hospitalisation similaires portant sur 422 730 patients âgés de 50 ans et + opérés dans 300 hôpitaux. Les données de 26 516 IDE ont permis d'évaluer la dotation en personnel soignant et son niveau de formation.
- **Résultat** : ajouter un patient à la charge de travail d'un infirmier accroît de 7% le risque de mortalité du patient hospitalisé dans les 30 jours suivant l'admission et augmenter de 10% la part du personnel infirmier titulaire d'une licence fait diminuer de 7% le risque de mortalité des patients
- **Conclusion** : Economiser en réduisant le personnel infirmier met en danger la vie des patients

- Prof Linda H Aiken et coll. The Lancet 383-9931, 1824-1830, 21 mai 2014

Quand on remplace une IDE par une AS

- Les chercheurs ont interrogé **13.077** infirmières et **18.828** patients, et ont examiné les données de sortie de **275.519** patients post-chirurgie. L'étude a porté sur **243** hôpitaux en Europe (Belgique, Grande Bretagne, Finlande, Irlande, Espagne, Suisse)
- Pour les chercheurs de l'Université de Pennsylvanie, de l'Université de Southampton, du Kings College de Londres, de l'Université de Louvain (Belgique), de la Technische Universitat Berlin, de l'Institut de Santé Carlos III (Espagne) et de l'Institut des sciences infirmières (Bâle), l'objectif était de regarder les effets de la composition des personnels hospitaliers en Europe.*

BMJ Quality and Safety November 15 2016 doi:10.1136/bmjqs-2016-005567

Quand on remplace une IDE par une AS

- Les résultats sont frappants :

- Le personnel moyen est de 6 soignants pour 25 patients, dont 4 infirmières professionnelles.
1,3 décès en moyenne sont constatés pour 100 sorties d'hospitalisation après chirurgie.
**Pour chaque remplacement d'une infirmière par une aide-soignante pour 25 patients, le risque de décès s'accroît de 21%,
Une augmentation de 10 % de la proportion d'infirmières professionnelles réduit de 11% le risque de décès chez ces patients**
- Ainsi, les patients voient leur risque de décès augmenter jusqu'à 20% dans certains services ou établissements où les infirmières dûment qualifiées ont été remplacées par du personnel non formé.** Les services et établissements qui comptent plus d'infirmières que aides-soignantes accusent des taux de mortalité plus faibles après une intervention.
- Les chercheurs indiquent que « **certaines initiatives politiques devraient être prises avec prudence en raison des conséquences parfois mortelles pour les patients** ».

BMJ Quality and Safety November 15 2016 doi:10.1136/bmjqs-2016-005567



© Fotolia

15/03/2018

Ehpad : 60 soignants pour 100 résidents... sinon rien !

Les députées Monique Iborra et Caroline Fiat ont présenté, le 14 mars, à la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale, les conclusions de leur mission d'information sur les Ehpad. Leur proposition-phare : une norme minimale opposable de 60 infirmières ou aides-soignantes pour 100 résidents.

Actu chargée cette semaine du côté des Ehpad. Après les Assises nationales du secteur le 12 et 13 mars, et avant la grève nationale ce 15 mars, c'est un rapport ⁽¹⁾ très attendu qui a été présenté sur le sujet hier (14 mars, NDLR) à la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale. Un rapport sur lequel planchaient les députées Monique Iborra (La République en marche, Haute-Garonne) et Caroline Fiat (France insoumise, Meurthe-et-Moselle) depuis le mois d'octobre 2017.

D'après l'agence APMNews qui assistait à la séance, les deux parlementaires ont préconisé une norme opposable de personnels « au chevet » des résidents, soit de 60 soignants (aides-soignantes ou infirmières) pour 100 résidents, dans un délai maximum de quatre ans. Ce qui nécessiterait au moins un doublement des effectifs, car les députées estiment que le taux moyen et médian « au chevet du résident » pour les aides-soignantes, les aides médico-psychologiques (AMP) et les assistants de soins en gérontologie (ASG) est actuellement de 24,5 ETP pour 100 résidents. Pour les infirmières, il est de 6 pour 100.

210 000 soignants de plus

La norme opposable permettrait simplement d'assurer « 1h30 de présence de soignant par résident sur 24 heures », a précisé Monique Iborra lors de la présentation du rapport. Mais l'effort financier nécessaire pour atteindre ce modeste résultat est loin d'être anodin. « Il faut recruter 210 000 aides-soignantes et infirmières supplémentaires, nous a indiqué Caroline Fiat, soit 8 à 10 milliards d'euros ». Un montant qui n'englobe, d'après elle, que la formation des nouvelles recrues et une année de leur salaire.

4 mai 2021

Ehpad: la défenseure des droits pour un ratio minimal de personnels

La défenseure des droits, Claire Hédon, se déclare favorable à un ratio minimal de 0,8 équivalent temps plein (ETP) de personnel par résident dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), dans un rapport sur "Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en Ehpad", rendu public mardi.

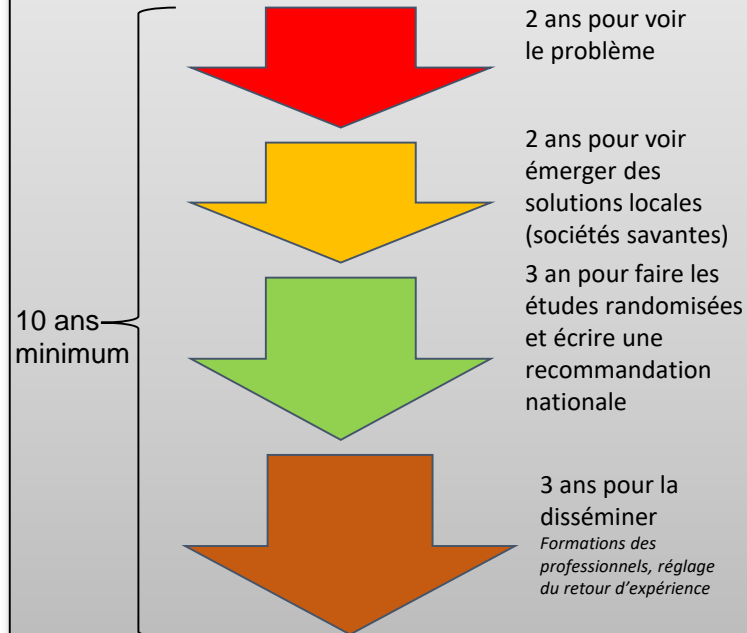
[#médico-social](#) [#ARS](#)

[LIRE LA SUITE](#)

Une demi vie de la connaissance médicale descendue à moins de 6 ans

La demi vie de la connaissance médicale (moitié du contenu d'une revue de question devenue obsolète) est de 5,5 ans alors que les cycles d'e recommandations actuels demandent 10 ans pour être totalement développés...

Le cycle moyen d'une recommandation médicale



Est-ce différent en médecine??

ARTICLE

Annals of Internal Medicine

How Quickly Do Systematic Reviews Go Out of Date? A Survival Analysis

Kaveh G. Shojania, MD; Margaret Sampson, MUIS; Mohammed T. Ansari, MBBS, MMedSc, MPhil; Jun Ji, MD, MHA; Steve Doucette, MSc; and David Moher, PhD

Background: Systematic reviews are often advocated as the best source of evidence to guide clinical decisions and health care policy, yet we know little about the extent to which they require updating.

Objective: To estimate the average time to changes in evidence that are sufficiently important to warrant updating systematic reviews.

Design: Survival analysis of 100 quantitative systematic reviews.

Sample: Systematic reviews published from 1995 to 2005 and indexed in ACP Journal Club. Eligible reviews evaluated a specific drug or class of drug, device, or procedure and included only randomized or quasi-randomized, controlled trials.

Measurements: Quantitative signals for updating were changes in statistical significance or relative changes in effect magnitude of at least 50% involving 1 of the primary outcomes of the original systematic review or any mortality outcome. Qualitative signals included substantial differences in characterizations of effectiveness, new information about harm, and caveats about the previously reported findings that would affect clinical decision making.

Results: The cohort of 100 systematic reviews included a median of 13 studies and 2663 participants per review. A qualitative or quantitative signal for updating occurred for 57% of reviews (95% CI, 47% to 67%). Median duration of survival free of a signal for updating was 5.5 years (CI, 4.6 to 7.6 years). However, a signal occurred within 2 years for 23% of reviews and within 1 year for 15%. In 7%, a signal had already occurred at the time of publication. Only 4% of reviews had a signal within 1 year of the end of the reported search period; 11% had a signal within 2 years of the search. Shorter survival was associated with cardiovascular topics (hazard ratio, 2.70 [CI, 1.36 to 5.34]) and heterogeneity in the original review (hazard ratio, 2.15 [CI, 1.12 to 4.11]).

Limitation: Judgments of the need for updating were made without involving content experts.

Conclusion: In a cohort of high-quality systematic reviews directly relevant to clinical practice, signals for updating occurred frequently and within a relatively short time.

Ann Intern Med 2009;147:224-233.
For author affiliations, see end of text.

www.annals.org

Alderson L., Alderson P., Tan T. Median life span of a cohort of national institute for health and care excellence clinical guidelines was about 60 months, *Journal of Clinical Epidemiology*, 2014, 67, 1, 52-55' Neuman M.,

Goldstein J., Cirullo M., Sanford Scharwitz J. Durability of Class 1 American College of Cardiology/American Heart Association Practice Guideline Recommendations, *JAMA*, 2014, 311 (20) 2092-2100

Demi vie de la connaissance

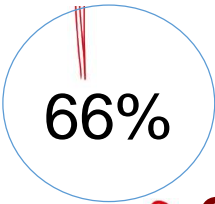
17 ans dans le nucléaire

13 ans des l'aviation civile

5,5 ans dans la médecine

2,7 ans dans l'industrie des logiciels

Un périmètre de la sécurité du patient à deux vitesses



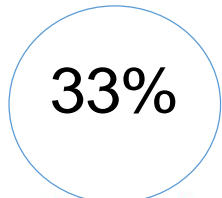
Grands nombres
Recommandations Grade A
Comparaison possibles inter services/Hôpitaux
Correction par application des bonnes pratiques

● **Complications connues** par les sociétés savantes mais évidemment non espérées pour nos patients :

- Embolie post op
- Sepsis

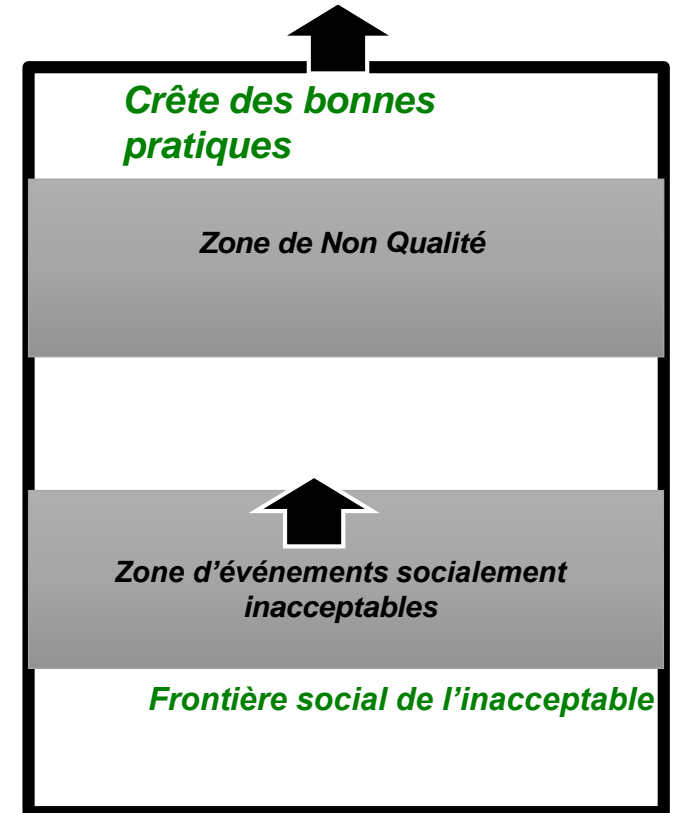
● **Evènements incroyables**, non imaginés par les sociétés savantes :

- Patient victime d'une erreur de côté gravissime
- Patient en post op mourant dans l'ascenseur bloqué



Très petits nombres
Recommandations Grade C
Pas de comparaison possible sur chaque exemple (mais possible sur la fréquence totale)
Correction par action sur la gouvernance et la culture

AMELIORATION CONTINUE

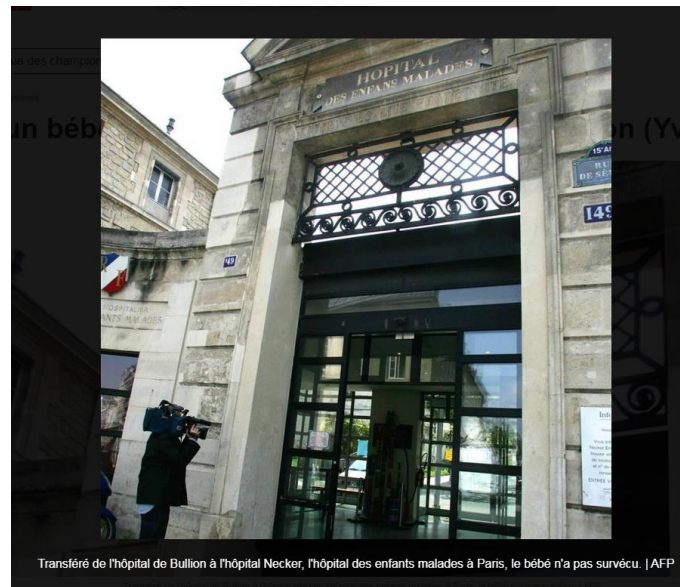


Un patient du CHU de Bordeaux a suivi des séances de radiothérapie du mauvais côté Publié le 12/09/19 - 15h07

- L'Agence de sûreté nucléaire a dévoilé le 6 septembre qu'un patient du CHU de Bordeaux, atteint d'un cancer de la cavité buccale, a suivi des séances de radiothérapie du mauvais côté. Des mesures immédiates ont été prises.
- L'Agence de sûreté nucléaire (ASN) a été informée de l'incident le 2 août dernier. Un patient du CHU de Bordeaux (Gironde), suivi pour un cancer de la cavité buccale, était pris en charge via un traitement par radiothérapie externe, réalisé dans le service dédié de l'hôpital Haut-Lévêque. L'ASN indique dans une publication du 6 septembre qu'une erreur de latéralité est survenue. Elle a été détectée à la dix-septième séance de traitement.
- La prescription du radiothérapeute prévoyait la délivrance d'une dose de 60 Gy à gauche, délivrée en 30 séances de 2 Gy. C'est lors d'une consultation médicale de suivi de traitement que le patient a signalé des effets secondaires sur le côté opposé à la tumeur et que cette erreur a pu être détectée. L'ASN indique que les vérifications réalisées lors des étapes de préparation du traitement n'ont pas permis de détecter l'erreur. Les causes de cet incident, poursuit-elle, sont en cours d'analyse par l'établissement. Le patient a été informé et a décidé de poursuivre le traitement, modifié en conséquence.

Décès d'un bébé après une erreur à l'hôpital de Bullion (Yvelines)

Selon les premières conclusions de l'enquête, l'accident serait dû à un **"mauvais réglage du débit de la pompe à perfusion de l'enfant, survenu au moment du changement de cette dernière"**, a indiqué samedi après-midi le ministère de la Santé. Ce qu'a confirmé le directeur de l'hôpital Bullion Yannick Gouriou. Il a reconnu samedi auprès de l'AFP "une erreur" commise jeudi dans son établissement par deux membres du personnel, dont une infirmière grippée, erreur qui a entraîné la mort d'un nourrisson de 6 mois. Le directeur de l'établissement où était hospitalisé l'enfant, "pour des soucis intestinaux" depuis le mois de septembre, a présenté **"ses excuses"** à la famille et assuré **"compatir à la douleur des parents"**.



Transféré de l'hôpital de Bullion à l'hôpital Necker, l'hôpital des enfants malades à Paris, le bébé n'a pas survécu. | AFP

"Le 1er janvier, vers 13 h, une infirmière et une auxiliaire puéricultrice étaient chargées de changer la perfusion de l'enfant, qui se trouvait en attente d'une greffe de l'intestin", a expliqué M. Gouriou. **"Il fallait régulièrement perfuser l'enfant qui disposait d'un cathéter. Les deux personnels devaient régler la vitesse du dosage mais ont commis une erreur en validant une vitesse trop importante d'écoulement du substitut alimentaire"**, a-t-il détaillé. Le nourrisson est décédé le lendemain, vendredi 2 janvier, à l'hôpital Necker à Paris (XVe) où il avait été transféré.

Bordeaux: un mauvais médicament le tue



Home ACTUALITE Flash Actu

Par lefigaro.fr avec AFP

Mis à jour le 11/09/2014 à 21:43

Publié le 11/09/2014 à 21:24

Un patient, âgé d'une soixantaine d'années, est décédé mercredi dans un hôpital à [Bordeaux](#) après avoir reçu un médicament qui ne lui était pas destiné, a-t-on appris aujourd'hui auprès du parquet. Le patient était hospitalisé à l'Institut Bergonié, un établissement spécialisé dans la prise en charge de malades atteints du cancer. Il est décédé mercredi après-midi "assez rapidement" après avoir reçu d'une élève-infirmière un médicament qui ne lui était pas destiné, a-t-on précisé de même source.

"La thèse privilégiée est celle d'une mauvaise administration de médicaments", a indiqué un porte-parole du parquet, en précisant que des "vérifications médico-légales et médicales devaient encore être faites". Une autopsie a été pratiquée jeudi, mais les résultats n'étaient pas encore connus, a-t-il ajouté. La nature du médicament incriminé n'a pas été précisée.

C'est la direction de l'hôpital, où le patient avait été admis le 25 août, qui a signalé les faits à la police et au parquet, [indique le quotidien Sud Ouest](#), qui a révélé l'information. L'élève-infirmière, en troisième année, a été entendue dès mercredi après-midi. Elle n'a pas été placée en garde à vue, a indiqué le parquet. L'enquête en flagrance a été confiée à la Brigade de répression des atteintes aux personnes de la Sécurité publique départementale



Décès d'un enfant de 3 ans (APHP)

- A une date inconnue, livraison par la pharmacie centrale de l'APHP à la PUI de l'hôpital St Vincent de Paul d'un carton **chlorure de magnésium**. Ce carton a été placé dans la « grande réserve » puis dans les armoires à pharmacie de 2 des 3 unités (on ne sait par qui) à la place habituelle des flacons de sérum glucosé (B46).
- Ilyès (3 ans) est hospitalisé pour une angine qui s'est compliquée et, le 24 décembre 2008, l'IDE devant lui administrer du B46 **prend un des flacons de chlorure de magnésium sans regarder l'étiquette**. Il décèdera le jour même de cette erreur d'administration médicamenteuse.

T. Corr de Paris 22 novembre 2016

🔴 Plainte pénale des parents pour homicide involontaire

- **l'IDE** a été condamnée à 12 mois d'emprisonnement avec sursis pour avoir « par imprudence, inattention ou négligence et directement causé la mort » de l'enfant. Il lui est notamment reproché de ne pas avoir vérifié l'inscription (exacte) figurant sur l'étiquette du flacon.
- **La cadre supérieure de santé** a été condamnée à 12 mois d'emprisonnement avec sursis ainsi qu'à une interdiction d'exercer ces mêmes fonctions pendant 1 an. Il lui est reproché d'avoir créé ou contribuer à créer « la situation qui a permis la réalisation du dommage » ou de ne pas avoir pris « les mesures qui auraient permis de l'éviter ». Le tribunal l'a jugée coupable de « négligences ou imprudences caractérisées exposant autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elle ne pouvait ignorer de par sa profession » c'est-à-dire « une erreur de délivrance de médicament ou produit dangereux ».

T. Corr de Paris 22 novembre 2016

- **Le pharmacien de l'hôpital voisin**, assurant en plus l'intérim à l'hôpital St Vincent de Paul, a été condamné à 6 mois d'emprisonnement avec sursis en raison « d'une organisation et d'une surveillance défailtantes des opérations pharmaceutiques, dans le suivi des lots et la distribution de médicaments et produits ». Les magistrats ont souligné « l'absence de procédures et consignes strictes de réception des commandes, de rangement et de manutention » ainsi que « l'absence de délivrance des solutés [dans le service] par une personne qualifiée au sens du CSP » (pharmacien ou préparateur).
- **L'APHP** a été condamnée à 150 000 € d'amende pour avoir involontairement causé la mort de cet enfant pour les mêmes motifs que ceux retenus contre la cadre et le pharmacien.

Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers

🕒 Art. R. 4312-42 CSP

« L'infirmier **applique et respecte la prescription médicale** qui, sauf urgence, est écrite, quantitative et qualitative, datée et signée.

Il demande au prescripteur un **complément d'information** chaque fois qu'il le juge utile, notamment s'il estime être insuffisamment éclairé.

Si l'infirmier a un **doute sur la prescription**, il la vérifie auprès de son auteur ou, en cas d'impossibilité, auprès d'un autre membre de la profession concernée. En cas d'impossibilité de vérification et de risques manifestes et imminents pour la santé du patient, il adopte, en vertu de ses compétences propres, l'attitude qui permet de préserver au mieux la santé du patient, et ne fait prendre à ce dernier aucun risque injustifié ».

Sinistralité 2023



581 420

SOCIÉTAIRES

couverts par la MACSF
en responsabilité civile
professionnelle
+ 4,10 % par rapport à 2022



4 365

DÉCLARATIONS

CORPORELLES
adressées
par nos sociétaires
+ 0,7 % par rapport à 2022



0,70 %

LA SINISTRALITÉ

Déclarations
corporelles et matérielles
confondues
0,73 % en 2022

Sinistralité 2024 en légère baisse

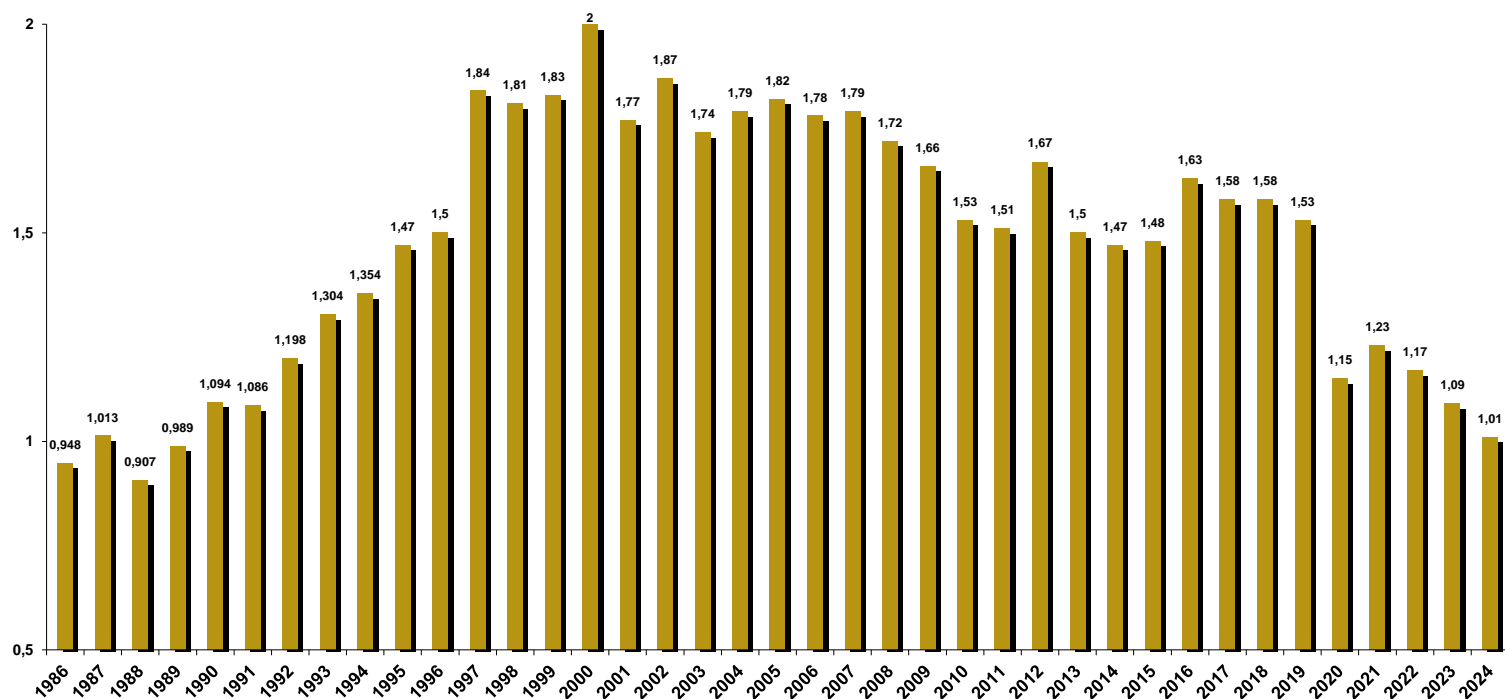
Global	Sociétaires ^(a)	Déclarations ^(b)	Sinistralité ^(c)
Evolution 2024/2023	596 854 (+2,65 %)	4 053 (+0,73%)	0,71 % (0,70 en 2023)
Détail par profession	Effectifs au 31/12/2024	Déclarations 2023 ^(d)	Sinistralité ^(c)
Médecins	179 815	1 810	1,01 %
Chirurgiens-dentistes	30 992	1 869	6,03 %
Sages-femmes	19 137	36	0,19 %
Infirmiers	135 875	40	0,03 %
Kinésithérapeutes	45 658	121	0,27 %
Vétérinaires	1 491	154	10,33 %

(a) Tous modes d'exercices et professions confondus
 (b) Sinistres corporels (hors cliniques, CTS) (c) Fréquence du nombre de déclarations pour 100 sociétaires, toutes déclarations confondues, corporel et matériel
 (d) Hors matériel

SINISTRALITE (1985-2024)(a)

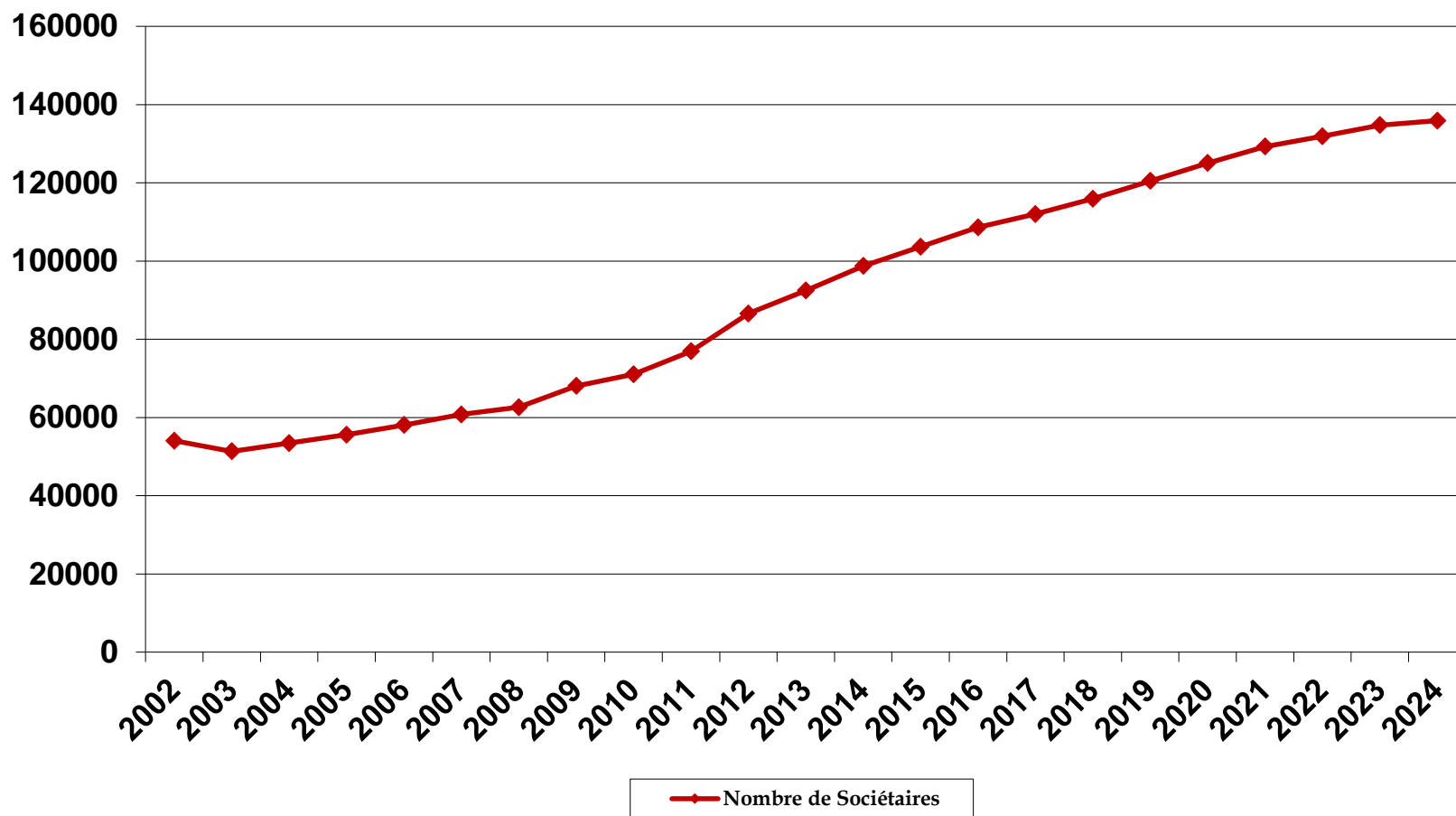
MEDECINS (tous exercices et spécialités confondus)

179 815 sociétaires RCP au 31/12/2024 / 237 200 en activité - DREES (1/01/2025) soit 75 %

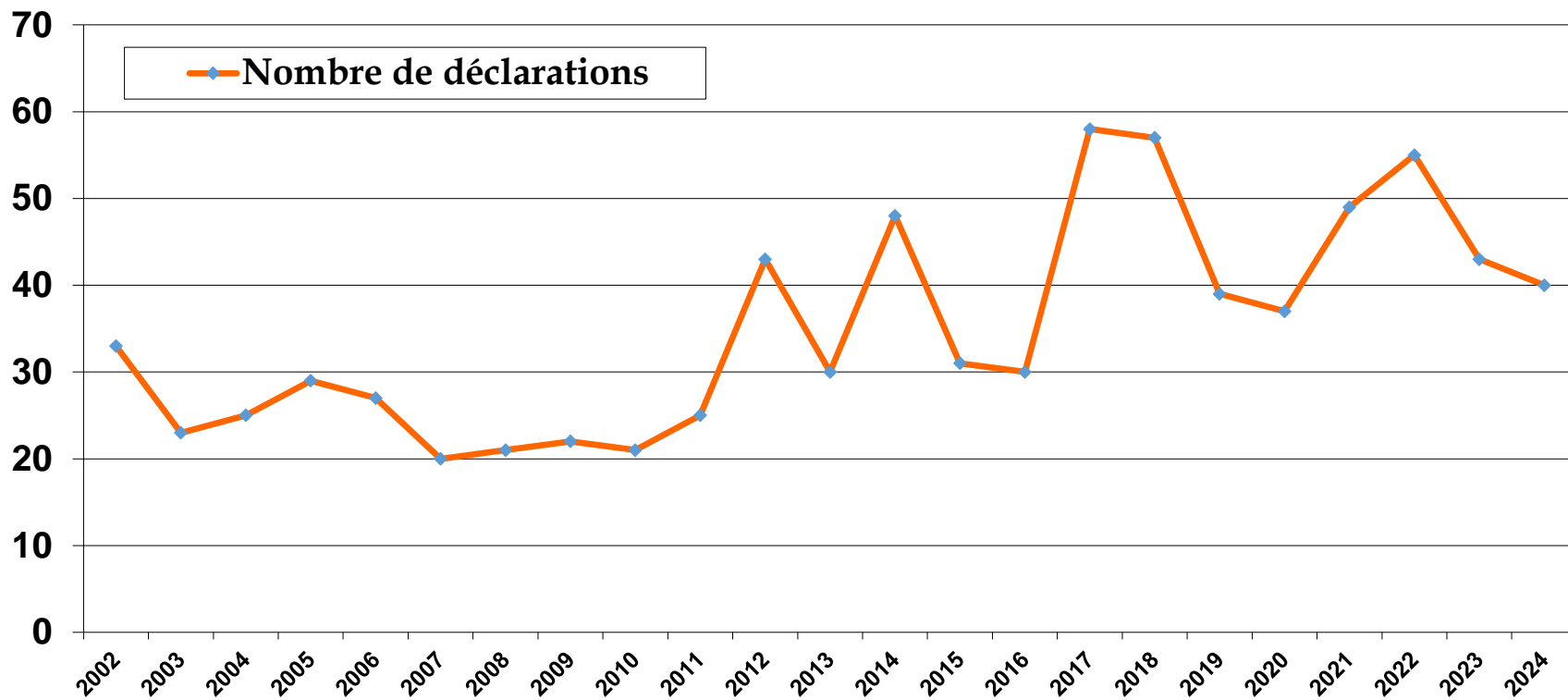


(a) déclarations accidents corporels pour 100 sociétaires

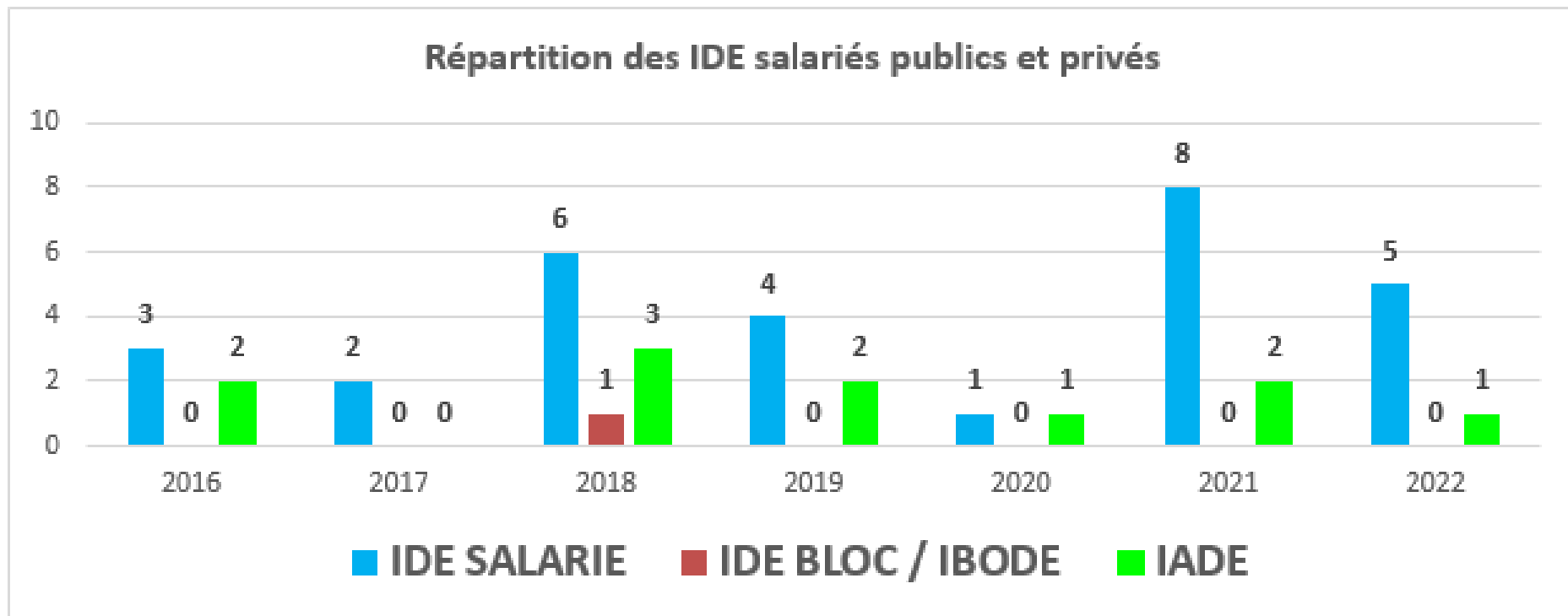
ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SOCIÉTAIRES IDE (135 875 sociétaires IDE au 31/12/2024 / 764 260 DREES dont 637 644 < 62 ans)



ÉVOLUTION du NOMBRE de DÉCLARATIONS DE SINISTRES IDE pour 135 875 au 31/12/2024

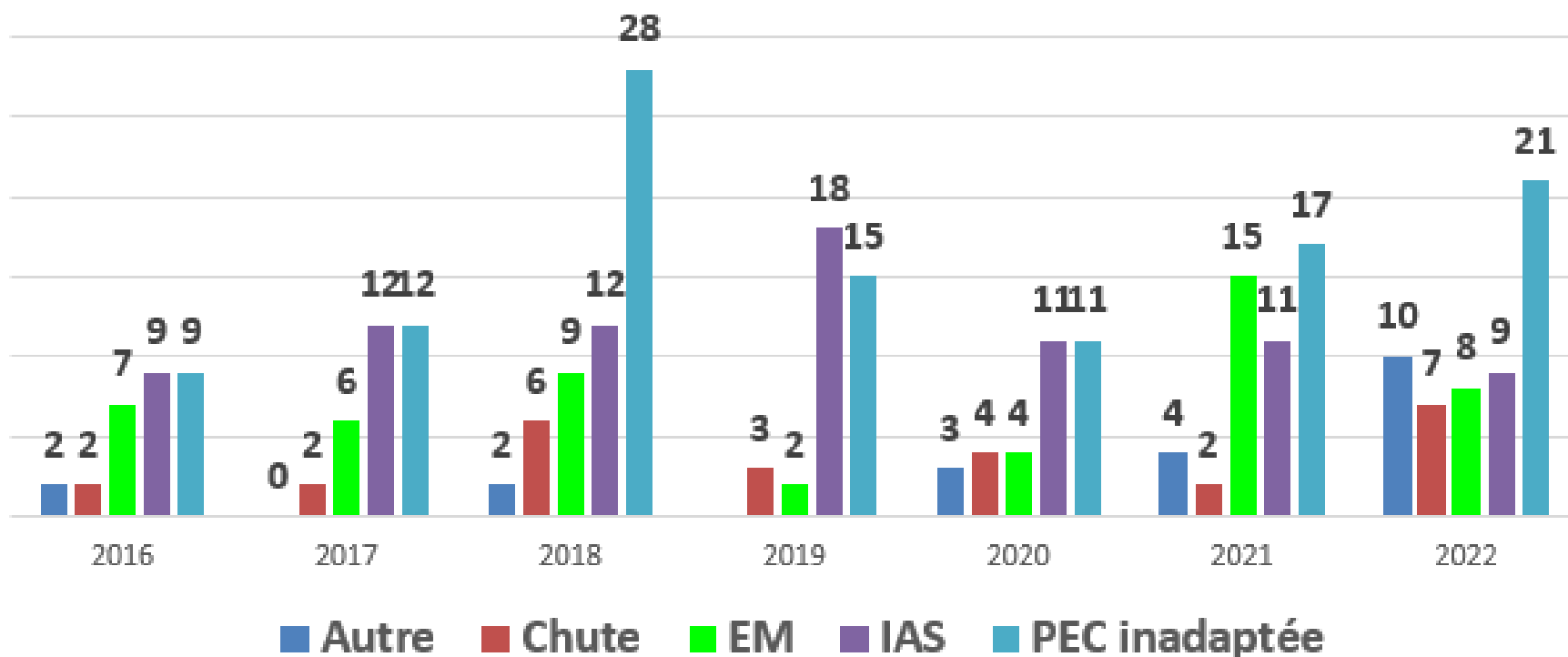


Répartition des IDE salariés



Les motifs de réclamation

Motifs des réclamations



Les motifs de réclamation en 2022

Les dossiers Erreurs Médicamenteuses :

- **Erreur de dosage** : surdosage en morphine* en HAD ayant généré une hospitalisation conventionnelle dans un contexte de soins palliatifs. Décès 5 jours plus tard.
Réclamation amiable – IDE salarié qui faisait un remplacement dans un cabinet (*).
- **Erreur d'administration** : arrêt du Kardégic* prescrit par le médecin traitant.
Événement survenu lors de la période COVID, période pendant laquelle la famille avait demandé de diminuer le passage des infirmières (transmission virale redoutée). La prise du traitement n'a pas été vérifiée le soir pendant de longues semaines. AVC et décès de la patiente.
- **Erreur de médicament** : administration d'une 4^{ième} dose de vaccin anti-COVID 19 à la place du vaccin antigrippal. Les suites nécessiteront une hospitalisation du malade pour aplasie médullaire et sepsis.
- **Erreur de préparation** : de pilulier. Prise quotidienne de méthotrexate* au lieu d'une prise hebdomadaire.
- **Erreur de dosage** : administration d'une dose de morphine* (10 fois la dose prescrite) à partir d'une préparation fournie par l'HAD à 2 IDEL. Ces professionnelles n'ont pas été prévenues du changement de concentration. Procédure pénale – IDEL (2 dossiers)
- **Erreur de dosage** : prise en charge d'une patiente en HAD dans un contexte de fin de vie. Surdosage en morphine (pompe). Décès le lendemain. Obstacle médico-légal du médecin constatant le décès qui a déclenché une enquête.
Procédure pénale - IDEL

Les motifs de réclamation en 2022

Les dossiers Infections Associées aux Soins (IAS) :

- Patiente qui a bénéficié de la pose d'une arthrodèse lombaire L4-L5. Il est allégué un **retard de diagnostic d'une infection du site opératoire** dans sa prise en charge à domicile. Reprise chirurgicale pour hématome surinfecté.
- Patient qui a bénéficié d'une cure chirurgicale d'éventration et la pose d'une prothèse abdominale. **Infection du site opératoire**. Reprise chirurgicale.
- Patient tétraplégique qui a présenté une **plaie érosive de la région de l'ischion qui s'est progressivement transformée en escarre** et qui s'est infectée malgré les soins locaux et les conseils de l'équipe d'infirmière.
- Patiente qui a bénéficié d'une plastie abdominale. Les soins réalisés à domicile objectiveront un **écoulement au niveau de la cicatrice**, élément signalé au chirurgien. Patiente revue en consultation par le praticien. Retour à domicile avant un transfert au CHU pour **septicémie**.
- Patient de 88 ans qui a bénéficié de la pose d'une prothèse totale de genou. Il présentera dans les suites une **infection à Staphylocoque aureus**. Dégradation de son état de santé. **Décès** (3 dossiers)
- **Abcès mammaire** dans les suites des soins locaux consécutifs à une chirurgie pour maladie de Verneuil. Oubli de textile (mèche) à l'origine de cette infection...

Les motifs de réclamation en 2022

Les 21 dossiers de prise en charge inadaptée (PECI) :

- **Injection de vitamine B12** en Intra-Musculaire au niveau du quadrant postéro-externe de la fesse. Douleurs au point de ponction et séquelles neurologiques (difficulté à relever le pied) confirmées par un ElectroMyoGramme (EMG) qui retrouve une atteinte du SPE.
- Réalisation d'une **ponction veineuse** dans le cadre d'un bilan biologique. **Hématome** dans les suites. – IDE salarié HAD
- Prise en charge d'un patient à domicile dans le cadre d'une surveillance d'un état dépressif (surveillance et prise du traitement antidépresseur). **Décès du patient par pendaison, à domicile.**
- Sociétaire **Cadre de Santé** mis en cause par la famille d'un patient hospitalisé en Unité de Soins de Longue Durée pour **maltraitance dans les suites d'une chute non déclarée** ? ... Double fracture tibia péroné retrouvée dans un contexte de douleur signalé par le patient.
Procédure pénale – Cadre salariée
- **Lésion neurologique dans les suites d'une injection IM** d'anti-inflammatoires chez une patiente souffrant de rachialgie -> hernie discale objectivée au scanner.
Procédures ordinale et civile – IDEL
 - **Lésion du nerf interosseux antérieur** au décours d'une ponction veineuse dans le pli du coude.
 - Plainte du fils d'une patiente qui **conteste la bonne réalisation des soins de nursing et apparente cela à de la maltraitance.**

Les motifs de réclamation en 2022

Les 21 dossiers de prise en charge inadaptée (PECI) :

- Injection IM trop superficielle de Kénacort* qui a induit une nécrose cutanée...
- Granulome inflammatoire au décours de l'ablation d'un surjet (ablation partielle).
Nécessité d'une reprise chirurgicale.
- Dans un contexte de crise COVID, plainte des proches d'une patiente pour **maltraitance ayant entraîné la mort**. Plainte ordinaire – IDEL
- Famille d'une **patiente décédée dans le contexte de la crise sanitaire COVID** porte plainte. Sociétaire convoquée en audition, en qualité de témoin par le procureur... Plainte pénale.--
 - **Infirmière scolaire**, mise en cause par les parents **d'un lycéen qui aurait fait un malaise dans l'enceinte de l'établissement du fait du port du masque**... alors qu'il y aurait une contre-indication... sans certificat médical... Plainte pénale – IDE éducation nationale
- Convocation par Officier de Police Judiciaire dans le cadre d'une procédure pour **homicide involontaire**. Enfant de 2 ans et 5 mois, opéré d'un hypospadias dans une clinique où notre sociétaire effectuait un remplacement, a présenté une **détresse respiratoire suivie d'un arrêt cardiaque qui ne sera pas récupéré** malgré la réanimation réalisée par les anesthésistes présents sur place et par l'équipe du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation appelée en renfort.
Plainte pénale - IADE
- **Suspicion de maltraitance** sur personne vulnérable. Plainte pénale IDEL

Les motifs de réclamation en 2022

Les 21 dossiers de prise en charge inadaptée (PECI) :

- Fonte musculaire de la fesse droite dans les suites d'injections répétées de Kénacort* 80 mg à 8 reprises chez une patiente souffrant d'allergie cutanée. (2 dossiers)
- Prise en charge de notre sociétaire pour des soins de brûlures du second degré et qui verra une évolution défavorable nécessitant un traitement chirurgical (excision cutanée et greffe). Douleurs dans les suites... Procédure CCI
- Décès d'un patient hospitalisé en USC dans les suites d'une cimentoplastie et d'une ostéosynthèse du rachis lombaire. Défaut de surveillance allégué par la famille.
Procédure pénale – IDE salarié de la structure
- Brûlures d'une patiente au cours d'une douche. Lésions au niveau des 2 jambes.
Réclamation amiable
- Retrait par erreur des points de sutures (fils résorbables). Infection locale et cicatrice disgracieuse.
- Soins infirmiers allégués fautifs dans la surveillance d'une crossectomie – stripping saphène externe chez une patiente diabétique. Le post-opératoire s'est compliqué d'un saignement important, puis d'une thrombose veineuse profonde.

Les motifs de réclamation en 2022

Les dossiers Chutes :

- Chute d'un patient lors d'une aide à la marche. **Fracture per trochantérienne** qui nécessite la pose d'un clou gamma. Perte d'autonomie.
- Sociétaire qui a fait un malaise et entraîné la patiente dans sa chute. **Fracture per trochantérienne**.
- Chute d'une patiente lors d'un transfert entre fauteuil-lit à l'aide d'un lève-malade au domicile. **Fracture humérus**.
- Patiente grabataire tombée du lit malgré les barrières. **Fracture col fémoral**.
- Chute d'une patiente lors de la mise en place d'une gaine abdominale élastique (perte équilibre). **Fracture extrémité distale du radius**. Traitement orthopédique.
- Chute d'une patiente lors d'un transfert entre fauteuil-lit. **Hématome**.
- Chute d'une patiente dans les suites de la réfection d'un pansement (malaise vagal). **Plaie faciale et traumatisme dentaire**.

Les motifs de réclamation en 2022

Autres dossiers

- Erreur de réalisation de test de dépistage COVID : test antigénique au lieu d'un test PCR. Impossibilité de prendre l'avion.
- Sociétaire qui a réalisé une séance de vaccinations COVID 19 en foyer pour personnes handicapées – vaccin Moderna. Vaccinations sans particularité : pas d'incident technique – surveillance 15 mn comme préconisé. Effets secondaires neurologiques pour un patient de 27 ans : asthénie avec alitement pendant 3 semaines – troubles de l'équilibre avec chute et perte d'autonomie – crise d'épilepsie...
- Mauvaise reconstitution d'un médicament – sandostatine*. Produit perdu.
- Sociétaire qui a oublié de déposer les tests PCR au Laboratoire de Biologie Médicale. Perte billets d'avion. (3 dossiers)
- Mauvaise utilisation de la seringue d'un médicament – décapeptyl*. Produit perdu.
- Mauvaise manipulation ou produit défectueux d'une seringue pré-remplie de myrelez*. Produit perdu.
- Traitement pour ostéoporose, pour une durée de 6 mois, délivré en intégralité par la pharmacie, produit qui aurait dû être conservé au froid.... Produit perdu.
- Plainte d'un patient qui se plaint de violences sexuelles dans un contexte de retrait d'une sonde vésicale. Plainte pénale – IDEL

Les motifs de réclamation en 2024

Soins à domicile

Administration de - Semaglutide® au lieu de Ngenla® -(traitement obésité au lieu d'hormones de croissance) chez un jeune enfant. Evolution favorable après prise en charge hospitalière pour vomissements répétés et suivi glycémique.

Infection de Picc-line, nécessitant son changement pour la continuité des soins à domicile.

Échec chirurgical d'une syndactylie congénitale de doigt, imputé à un pansement mal réalisé à domicile.

Section par inadvertance d'un drain anal lors de soins infirmiers dans le cadre d'une prise en charge post chirurgicale d'une fistule anale complexe. Reprise chirurgicale. Suites simples.

Erreur d'administration d'un médicament - Décapeptyl®. Injection du solvant uniquement.

Infection d'une escarre sacrée dans le contexte de soins à domicile au décours d'un accident de voie publique. Mise en cause parmi plusieurs acteurs. (4 dossiers)

Erreur de dose lors de l'injection sous-cutanée d'Eporex® à une enfant. Erreur de délivrance par la pharmacie avec un dosage de 10 fois la dose prescrite, non identifiée lors de l'administration.

Infection urinaire et hématurie dans les suites d'une tentative de pose d'une sonde vésicale chez un patient tétraplégique. Evolution favorable après hospitalisation pour traitement de pyélonéphrite.

Défaut de surveillance allégué d'un patient présentant un COVID 19 dans le contexte de soins au long cours à domicile. Décès malgré une prise en charge hospitalière en réanimation.

Mauvaise programmation de la pompe à Oxynorm® à l'origine d'un surdosage, ayant nécessité un passage au service des urgences pour administration de Narcan®. Evolution favorable.

Les motifs de réclamation en 2024

Soins à domicile

Décès d'une patiente âgée prise en charge à domicile pour distribution et surveillance des médicaments.

Décès dans les suites d'un Accident Vasculaire Cérébral. **Défaut de surveillance allégué** dans le contexte de soins à domicile pour AVC antérieur.

Défaut de surveillance allégué dans les suites d'une reconstruction mammaire. Nécrose aréolaire nécessitant son ablation et un tatouage.

Ablation incomplète des points de sutures après cure de canal carpien. Réaction inflammatoire et douleurs localisées. Evolution favorable après retrait des fils restés en place.

BCGite localisée abcédée du deltoïde suite à l'injection de BCG MEDAC en intra musculaire. Suites simples.

Délivrance de soins inappropriés alléguée et facturation indue lors de la prise en charge d'une escarre sacrée à domicile.

Infection urinaire dans les suites du retrait d'une sonde vésicale dans un contexte de soins à domicile.

Pneumopathie d'inhalation dans les suites d'un repositionnement de la sonde nasogastrique d'alimentation chez un patient tétraparésique.

Allégation d'une prise en charge non conforme en **soins palliatifs à domicile**.

Les motifs de réclamation en 2024

Soins en hospitalisation

Décès d'une patiente, insuffisance rénale chronique, des suites d'un ACR survenu au cours d'une séance de dialyse. Débranchement accidentel du système, patiente retrouvée inconsciente, sans qu'aucune alarme ne se soit déclenchée.

Décès d'une patiente aux Urgences dans les suites d'un AVP à haute cinétique. La patiente serait décédée d'une dissection aortique non diagnostiquée. Infirmière de nuit mise en cause.

Douleurs neuropathiques dans les suites d'une tentative de ponction artérielle pour gazométrie. Evolution défavorable avec persistance du tableau algique.

Erreur de dose lors de l'utilisation d'une pompe à perfusion de soluté glucidique chez un nouveau-né admis en réanimation : hyperglycémie et décès.

Autres

Défaut de prise en charge allégué en milieu scolaire d'un collégien se plaignant de douleurs abdominales. Hépatite A diagnostiquée en secteur hospitalier.

Une grande agitation Cass. Crim. 18/11/2014

Faits

- Patient hospitalisé pour des troubles psychiatriques en HO dans un CHS depuis le 7 avril 2009. Dans la nuit du 8 au 9 avril, il a présenté un état de souffrance et **une grande agitation**.
- Une IDE et une AS ont décidé de lui administrer un médicament par oral en chambre d'isolement malgré l'opposition d'une autre IDE, proposant d'aller chercher du renfort. L'AS a **maitrisé le patient au sol** en s'allongeant sur son bassin et ses jambes et en utilisant un drap enroulé autour de son poignet et passé autour du cou afin de lui administrer le calmant. Cette position, face contre terre, a provoqué une incapacité ventilatoire et le **décès du patient par suffocation**

Une grande agitation Cass. Crim. 18/11/2014

Décision Cour d'appel

La Cour d'appel (Fort de France 4/7/2013) a infirmé le jugement de relaxe qui avait considéré que la gravité de la situation (violents coups portés à l'IDE sur tout le corps) expliquait l'attitude des soignants.

Pour la Cour, le désaccord avec l'autre IDE proposant d'appeler les renforts devait être pris en compte et **la contention a été réalisée avec imprudence et maladresse** ce qui est constitutif du délit d'homicide involontaire. L'IDE et l'AS ont ainsi été condamnées à **un mois d'emprisonnement avec sursis** (en raison de leur dévouement constant dans leur mission exigeante, de l'extrême violence de la situation et de leur absence de formation), sans inscription au B2 et à **indemniser elles-mêmes les parties civiles** .

Une grande agitation Cass. Crim. 18/11/2014

Décision Cour de cassation

Pourvoi tant sur la condamnation pénale que sur la réparation.


La Cour de cassation **confirme la condamnation pénale**, estimant que l'IDE et l'AS « n'ont pas accompli les diligences normales, compte tenu de la nature de leurs fonctions ainsi que du pouvoir et des moyens dont elles disposaient ».

Sur les intérêts civils, la Cour de cassation casse l'arrêt de la Cour d'appel, estimant « qu'elle aurait dû rechercher, même d'office, si la faute imputée à l'IDE et à l'AS, présentait le caractère d'une faute détachable du service ».

CAUSES DES ACCIDENTS

🕒 Deux causes **cumulées** se retrouvent dans la majorité des accidents médicaux :

- Une erreur humaine (dans le domaine de compétence de l'agent)
- Un défaut d'organisation (matériel et/ou humaine) qui n'a pas permis d'éviter les conséquences de l'erreur



❶ Quels sont les différents types de responsabilité auxquels un infirmier peut être confronté ?

Comment en arrive-t-on au procès ?

- Quand il existe une disproportion trop importante entre la pathologie ou le but poursuivi et le dommage
- Quand il n'y a pas eu d'explication immédiate après la survenue de la complication au patient et / ou à ses proches
- Quand le praticien n'a pas été visiter son patient après les soins rendus nécessaires par la complication
- Quand il a tenté de masquer l'accident ou d'en minorer les conséquences
- Quand il a tenté de faire peser la responsabilité sur un confrère, une infirmière, un établissement, un fabricant...

Pourquoi les patients poursuivent-ils leurs médecins en justice ? (°)

1. Recherche d'une compensation financière
2. Désir de sanction envers l'équipe médicale
3. Désir d'obtenir une explication et sentiment d'avoir été négligé
4. Souhait d'améliorer la qualité des soins et d'éviter à un autre patient d'être victime de la même erreur

LA RESPONSABILITE PROFESSIONNELLE

- amiable
- civile
- administrative
- CRCI
- pénale
- disciplinaire

Indemnisation de la victime

Répression du coupable

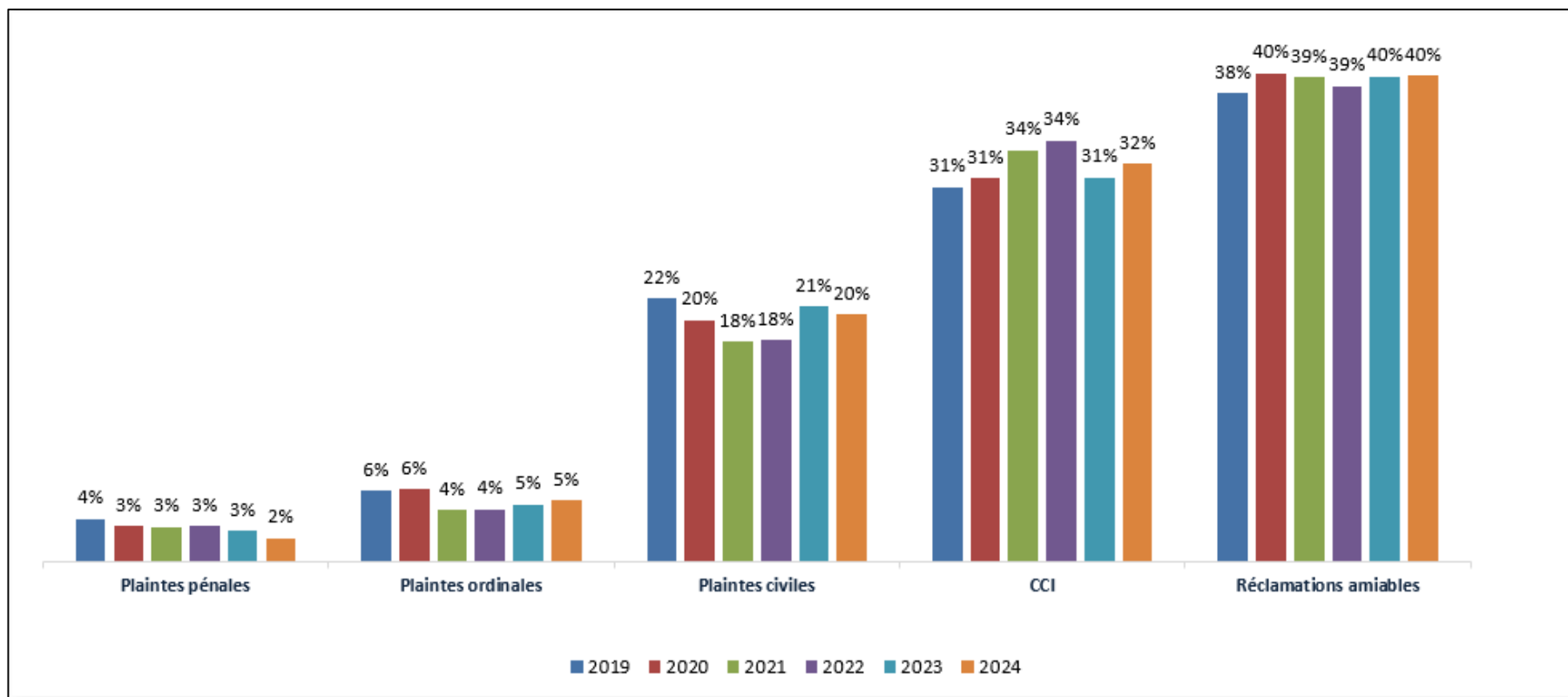
Sanction professionnelle

Cumul possible

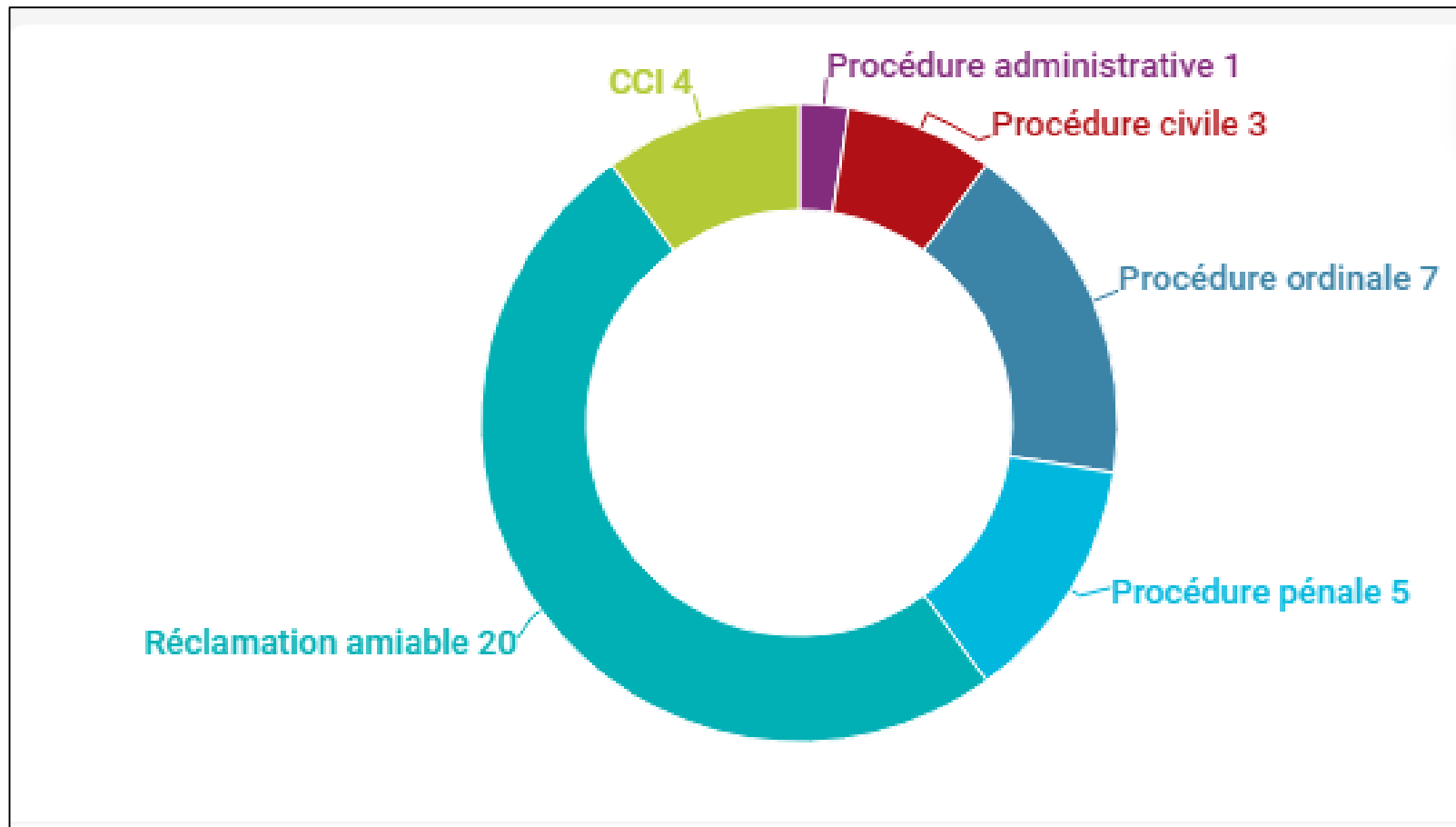
MISES EN CAUSE DES MÉDECINS

Recours aux réclamations amiables et aux CCI toujours prépondérant

Evolution des déclarations de dommages corporels des médecins sur 5 ans (2019 – 2024)

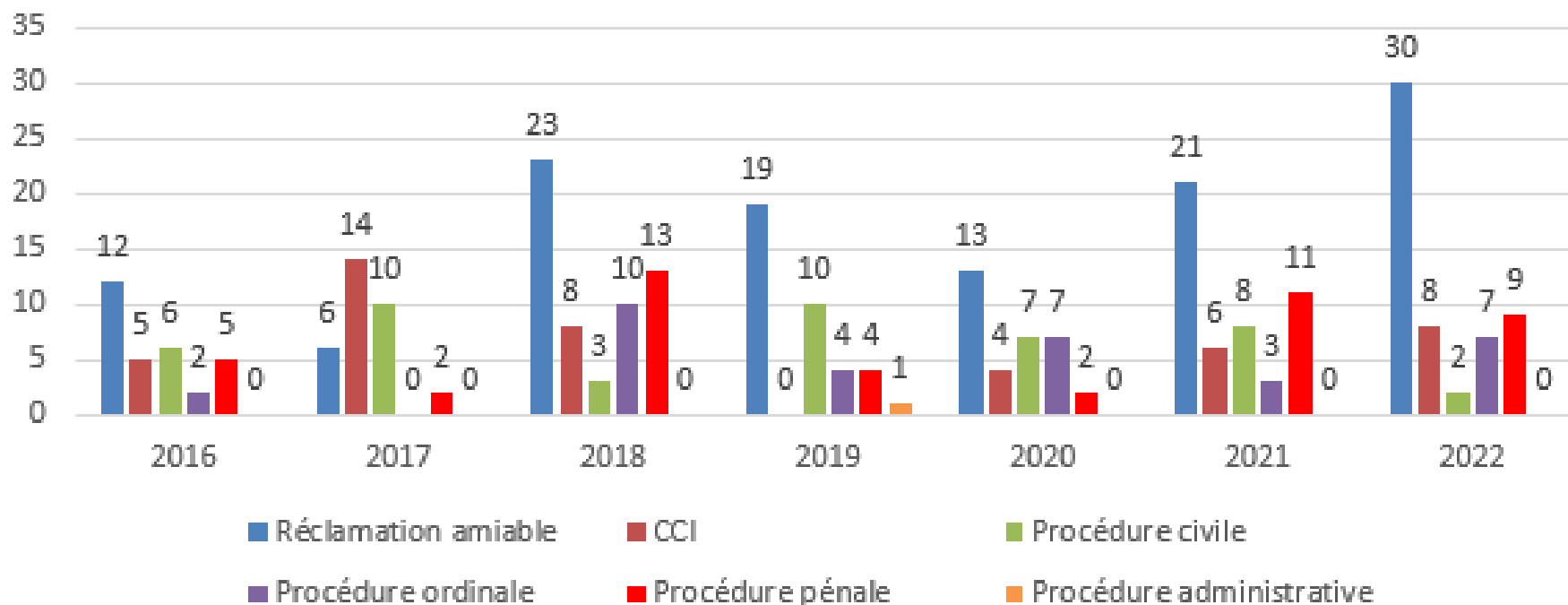


Déclarations IDE 2024



Evolution du type de procédure contre les IDE sur 6 ans

Evolution des procédures sur les 6 dernières années



Déclarations 2018

Soins à domicile

- Trois sociétaires mis en cause concernant la prise en charge d'une patiente pour réalisation de soins à domicile dans les suites d'une chirurgie réparatrice de rupture du tendon rotulien. Survenue d'une thrombose veineuse profonde puis embolie pulmonaire sous HBPM. **Retard d'alerte et de prise en charge allégué.**
- Patient pris en charge au décours d'une plastie du ligament croisé antérieur du genou sous arthroscopie avec injections sous-cutanées d'HBPM. Survenue d'une arthrite septique nécessitant une ponction lavage avec synovectomie partielle et arthrolyse. **Retard d'alerte et de prise en charge allégué.**
- Patiente prise en charge dans les suites d'une intervention chirurgicale pour correction d'un hallux valgus. Soins locaux. Survenue d'un syndrome douloureux régional complexe avec décompensation psychiatrique. **Retard d'alerte et de prise en charge allégué.**
- Patient ayant subi une intervention de microdiscectomie sur hernie discale L5-S1. Soins locaux par IDE à domicile. Ecoulement persistant. Quelques mois plus tard, extraction par le patient d'un fragment de pince chirurgicale par la cicatrice. **Retard d'alerte et de prise en charge allégué.**
- Deux sociétaires mis en cause concernant la prise en charge d'une escarre sacrée, conduisant finalement à une hospitalisation avec septicémie et perte d'autonomie. **Retard d'alerte et de prise en charge allégué.**



Déclarations 2018

Soins à domicile

- Patient de 77 ans avec antécédents d'accident vasculaire cérébral et hémiparésie. Contrôle INR 1 fois par mois, décalage d'une semaine d'un contrôle INR qui se révélera **sous-dosé. Accident vasculaire cérébral et décès.**
- Deux sociétaires mis en cause concernant la prise en charge d'un patient dans les suites d'une intervention chirurgicale d'un cancer du larynx. Evolution marquée par le décès du patient. **Reproches de soins inadaptés.**
- Patiente de 70 ans prise en charge après un méningiome du nerf optique et une occlusion carotidienne sous aspirine. **Accident vasculaire cérébral ischémique avec dépendance totale.** Séjour prolongé en rééducation puis placement en EHPAD.
- Colpo-hystérectomie élargie avec annexectomie bilatérale et curage iliaque bilatéral avec urétérolyse bilatérale. Evolution défavorable et nécessité de plusieurs interventions chirurgicales de nettoyage avec **découverte d'un textilome.**
- Troubles de cicatrisation suite chirurgie prothétique de la hanche nécessitant une reprise chirurgicale.

Déclarations 2018

Soins en hospitalisation

- Brûlure du 3^{ème} degré au niveau du pouce droit, découverte au décours d'un examen IRM **par oubli d'un capteur d'oxymétrie de pouls non IRM compatible** chez un patient trisomique de 13 ans.
- Enfant de 16 mois hospitalisé en réanimation pédiatrique pour dénutrition extrême. **Erreur transitoire de programmation de la seringue autopousseuse de kétamine utilisée pour la sédation continue. Arrêt circulatoire 30 minutes plus tard. Décès.**
- **Chute en maison de retraite**, appel du médecin de garde. Consignes de soins locaux. Impotence fonctionnelle et altération de l'état général. Pas de nouvelle consultation. Hospitalisation et décès à J+4.
- Tuberculose pulmonaire bilatérale sur SIDA, avec pneumothorax drainé. Evolution défavorable avec arrêt cardiorespiratoire. **Retard d'alerte et de prise en charge allégué.**

Déclarations 2018

Gestes

- Ablation des fils après chirurgie de hernie inguinale chez un enfant de 12 ans.

Section indue du fil par l'infirmière qui le pensait résorbable. Nécessité d'une ablation du fil sous anesthésie générale.

- Réclamation amiable suite à **erreur d'injection** dans un contexte de procréation médicalement assistée.

- Difficultés lors de **l'ablation de fils de suture** qui auraient conduit à une reprise chirurgicale pour infection.

- **Section d'un fil de suture** de réinsertion tendineuse lors de l'ablation des fils de la cicatrice opératoire.

- Patiente suivie pour une néphropathie dans le cadre d'un purpura rhumatoïde. Administration pendant près de 15 jours d'un anticoagulant, ARIXTRA à la dose de 7,5 mg (dose remise par la pharmacie) au lieu de 2,5 mg comme indiqué sur l'ordonnance. **Surdosage** confirmé sur le dosage d'anti Xa. Grossesse menée à terme sans complication pour l'enfant mais **insuffisance rénale aiguë pour la mère puis greffe quelques mois après.**

- Sonde JJ posée par chirurgien quelques jours auparavant et solidarisée par fils sortant par le méat. **Ablation par IDE à domicile, seul le fil reviendra.** Ablation secondaire de la sonde laissée en place.

- **Abcès local dans les suites d'injections intramusculaires dans la fesse.** Drainage

chirurgical puis arthrite septique de la hanche et spondylodiscite

Déclarations 2018

Domage corporel

- **Chute d'un patient âgé de 92 ans**, lors d'une mobilisation du lit au fauteuil, une sangle du lève-malade ayant cédé. Fracture du col du fémur.
- **Chute lors d'une manipulation pour passage du lit au fauteuil**, avec l'aide d'un lève-malade électrique (une sangle mal fixée). Hématome sous dural d'évolution favorable.

Déclarations IDE 2020

Les 11 dossiers d'infections Associées aux soins (IAS):

- Patient pris en charge à domicile présentant une **infection locale d'une cicatrice** de la cheville dans les suites d'une arthroscopie nécessitant des soins prolongés avec séquelles douloureuses et gênes fonctionnelles (plainte ordinale).
- Patient diabétique pris en charge à domicile reprochant **un abandon de soins ayant entraîné, selon lui, une infection au niveau du gros orteil** nécessitant une prise en charge hospitalière. Conflit relationnel sous-jacent (plainte ordinale).
- Patient pris en charge à domicile pour **soins locaux d'une plaie du pied** explorée en établissement de santé. Suites avec complications infectieuses nécessitant une amputation du pied (plainte ordinale).
- Prise en charge à domicile d'un enfant de 6 ans victime d'un accident de la voie publique, présentant des plaies superficielles à type de dermabrasions avec brûlures. **Suites avec complications infectieuses sur une plaie de la fesse avec choc toxinique** nécessitant une prise charge en établissement de santé (procédure civile).
- Prise en charge à domicile d'une patiente **présentant des plaies des pieds**. Malgré un traitement antibiotique et des soins locaux, le tableau clinique se dégradera et nécessitera une hospitalisation **pour choc septique évoluant vers un décès** (réclamation amiable).
- Prise en charge à domicile d'un patient opéré du rachis qui présentera dans les suites une infection liée aux soins responsable **d'une spondylodiscite associée à une épidurite à l'origine d'une compression médullaire évoluant vers une paraplégie** (procédure civile).
- Prise en charge à domicile d'une jeune fille de 12 ans dans les suites d'une amygdalectomie. Patiente réhospitalisée pour infection localisée : **découverte d'une compresse oubliée** dans le cavum. 2 sociétaires impliqués (procédure civile).
- Prise en charge à domicile d'un patient qui reproche la survenue d'une **colonisation de sa plaie d'ulcère chronique de jambe**. 2 sociétaires impliqués (procédure CCI).
- Prise en charge à domicile d'un patient paraplégique pour **des soins cutanés pour infection localisée évoluant défavorablement** nécessitant une prise en charge hospitalière (réclamation amiable).

Déclarations IDE 2020

Les 11 dossiers de Prise en charge inadaptée :

- Prise en charge à domicile d'une personne âgée jugée non conforme par son fils. **Apparition d'une plaie et d'escarres** (plainte ordinale).
- Prise en charge à domicile d'une patiente qui présente **des brûlures étendues du deuxième degré**. Séquelles secondaires ostéoarticulaires et douleurs neuropathiques (procédure civile).
- Prise en charge à domicile d'une patiente qui a bénéficié de **la pose d'une perfusion de réhydratation. Suites marquées par le décès de la patiente** (réclamation amiable).
- Prise en charge à domicile d'une patiente ostéoporotique et fragile qui présentera une fracture de la clavicule dans les suites d'une mobilisation. Suites : traitement orthopédique (réclamation amiable).
- Prise en charge à domicile d'une **patiente diabétique qui décompensera son insuffisance cardiaque et respiratoire. Suites marquées par le décès de la patiente à domicile** (réclamation amiable).
- Prise en charge à domicile d'un patient présentant des antécédents de psychose et dépression. **Importante perte de substance cutanée au niveau bassin, inexpliquée**, qui a nécessité une prise en charge hospitalière. 2 sociétaires impliqués (procédure civile).
- Prise en charge à domicile d'une patiente à mobilité réduite. Plainte du compagnon pour traitement inadapté sans autre précision (plainte ordinale).
- Réalisation d'un test PCR générant une épistaxis justifiant une prise en charge hospitalière** : cautérisation et transfusion (réclamation amiable).
- Prise en charge à domicile **d'un patient aux lourds antécédents retrouvé décédé chez lui** (procédure CCI).
- Prise en charge à domicile d'une patiente qui a bénéficié de la pose d'une prothèse totale de genou et qui a présenté un **AVC responsable d'une hémiplégie dans un contexte d'allergie à l'héparine** (procédure CCI).

Déclarations IDE 2020

Les 4 dossiers d'erreurs médicamenteuses :

- Erreur de médicament : **administration de 5 mg d'adrénaline en miniperfusion à la place du SPASFON®**. Prise en charge en déchoquage. Réanimation. Décès (plainte pénale).
- Erreur de médicament : administration par voie intramusculaire de **LUCENTIS® (traitement DMLA) en lieu et place de la vaccination antigrippale**. Traitement sorti du réfrigérateur par le patient, et non contrôlé par l'IDE. Packaging similaire (réclamation amiable).
- Erreur de médicament : **administration de ceftriaxone IM en IV**. Erreur de dispensation du pharmacien non vérifiée par l'IDE. Solvant lidocaïne (plainte ordinale).
- Erreur de médicament : **distribution et administration d'un traitement psychotrope per os à une personne âgée alors qu'il était destiné à sa fille**. Coma médicamenteux. Hospitalisation pour pneumopathie d'inhalation. Evolution favorable et retour à domicile (réclamation amiable).

Déclarations IDE 2020

Les 4 dossiers chute :

- Chute d'un malade lors d'un soin de nursing à domicile. **Fracture du cotyle droit** nécessitant une prise en charge en établissement de santé.
- Chute d'un malade lors d'un transfert fauteuil-douche à domicile. **Traumatisme du bassin** pris en charge en secteur hospitalier.
- Malaise vagal au décours d'une injection intramusculaire à domicile en position debout. Traumatisme facial avec **fracture des dents 11 et 21, mobilité des dents 12 et 22.**
- Malaise vagal au décours de l'ablation de points de suture à domicile en position assise. **Traumatisme facial avec fracture des dents 11 et 21.**

Ces dossiers ont généré uniquement des **réclamations amiables**.

Déclarations IDE 2020

Les 3 dossiers « autres » :

- Cabinet partagé avec ostéopathe : **oubli de la boîte des objets piquants-coupants-tranchants**. Enfant pris en charge par ostéopathe a pu toucher les aiguilles présentes dans ce container. Accident d'exposition au sang avéré... (plainte ordinale).
- Mauvaise manipulation d'un dispositif médical (seringue pré remplie) **avec perte du médicament**. Rachat nouveau dispositif médical (réclamation amiable).
- Prise en charge anesthésique d'un jeune enfant pour une posthectomie. **Bradycardie au réveil, puis arrêt cardiaque**. Transfert en réanimation. Rééducation dans les suites de cet accident. Fausse route qui a occasionné le décès de ce jeune patient (plainte pénale).



🌀 Quelles sont les conditions de la responsabilité indemnitaire ?

La responsabilité indemnitaire

① La victime doit prouver :

① Une faute = manquement aux bonnes pratiques professionnelles

① Un dommage : préjudice certain, direct et personnel

① Un lien de causalité entre les deux

Quelques exemples de fautes en établissement

🕒 **Retard de diagnostic**

🕒 **Traitement inadapté (erreur de produit, surdosage...)**

🕒 **Défaut de surveillance (chute, fugue...)**

TGI de Paris 11 juin 2013

- **Un homme de 45 ans, animateur sportif, reçoit , le 14 juin 1995 à 19h un coup de poing dans le dos lors d'une séance d'entraînement de boxe.**
- **- Le 16 juin, en raison des douleurs il va à la clinique où aucun diagnostic n'est porté ; retour au domicile.**
 - le lendemain (samedi), il retourne à la clinique où le diagnostic d'infection urinaire lié à un calcul rénal est porté. Antalgiques à forte dose – le dimanche il tombe de son lit et indique qu'il ne sent plus ses jambes, la gêne motrice augmente. Pose d'une sonde urinaire par l'IDE, sans information ni prescription médicale.**
 - le lundi, il est transféré au CHU et opéré pour évacuer un hématome extradural rachidien**
 - Après plusieurs mois d'hospitalisation et de rééducation, le patient reste atteint d'une paraplégie des membres inférieurs**



TGI de Paris 11 juin 2013

- Procédure civile dirigée contre le partenaire sportif, le club, l'employeur, les radiologues, le chirurgien, le psychiatre, le médecin de garde, la clinique...
- Conclusions déposées uniquement contre le médecin de garde, le « médecin traitant » de la clinique et la clinique
- La responsabilité du médecin de garde (salaire) n'est pas retenue car « il a pu être trompé par le contexte et n'a pu réaliser avec certitude le tout début de la para parésie », alors que son examen clinique était manifestement erroné...
- La responsabilité du « médecin traitant » n'est pas retenue car il a pu être induit en erreur par le tableau de pyélonéphrite, n'a pas été informé des troubles de la sensibilité, du globe vésical, ni de la pose de la sonde et dont la prescription de scanner rachidien du lundi matin n'a pas été critiquée par l'expert
- Condamnation de la clinique (150 000 €) car « le personnel infirmier a failli à son obligation d'information du médecin et a, en outre, posé une sonde urinaire sans prescription médicale ».





CHOIX DE LA VOIE D'ADMINISTRATION

Cour d'appel de DOUAI, 28/09/2006

- ① Une patiente présente une nécrose avec surinfection de la main gauche après **extravasation d'un produit de chimiothérapie** en perfusion sur le dos de la main. La patiente sera hospitalisée pour un parage de la plaie puis une greffe de peau.
- ① L'expert retient **une faute de l'infirmière dans le choix de la voie d'administration.**
- ① Le médecin prescripteur et la clinique, **du fait de la faute de l'infirmière**, sont condamnés à réparer le préjudice subi.



INFECTION NOSOCOMIALE SUITE SOINS A DOMICILE

CA de CHAMBERY, 28/02/2006

- Une infirmière réalise à domicile **3 injections intramusculaires** de produits anti-inflammatoires. La dernière injection provoque une **nécrose septique** due à un germe (staphylocoque doré) nécessitant un geste chirurgical.
- Rapport d'expertise : Il existe un lien de causalité entre les injections et l'infection. L'introduction du germe pathogène est due à une **mauvaise désinfection de la peau** faite avec un coton stérile et de l'alcool à 70° alors que ce produit n'est pas suffisamment efficace pour prévenir une infection et le développement d'un germe, même si ce dernier se trouve sous la peau au moment de l'injection.

CA de CHAMBERY, 28/02/2006

④ A l'époque des faits, il était recommandé en milieu hospitalier de désinfecter la peau en plusieurs étapes avec de la Bétadine alcoolique 5%.

④ Les juges rejettent la demande d'indemnisation car **ces recommandations ne concernaient que les soins hospitaliers et non les infirmières libérales** (cf. recommandations du CLIN). Il n'est donc pas prouvé qu'une faute a été commise lors de la désinfection avant les injections et que l'IDE n'a pas rempli son obligation de moyens.

① DÉFAUT DE SURVEILLANCE

Film fugue

TGI de LAVAL, 27/10/2008

- **Une patiente est hospitalisée en clinique psychiatrique suite à une tentative de suicide par prise massive de médicaments (7e tentative). Trois jours après son admission, elle est retrouvée pendue à un arbre à 6 mètres de hauteur.**
- **L'époux reproche une faute de surveillance au personnel infirmier de l'établissement.**
- **Si l'établissement n'est tenu qu'à une obligation de moyens, elle est renforcée pour les malades présentant un risque de suicide majeur.**
- **La clinique est condamnée à indemniser les ayants droit de la patiente (52 200 €).**



❶ ABSENCE DE VÉRIFICATION DE LA PRESCRIPTION

[Film Verification prescription](#)

CA MONTPELLIER, 12/04/2006

- ① Une patiente souffrant d'une **polyarthrite Rhumatoïde** évolutive se voit prescrire par son médecin du Méthotrexate dosé à **5mg/2ml**. La pharmacie commet une erreur et délivre le traitement dosé à **25mg/1ml**, qui sera administré par deux infirmières, entraînant chez la patiente des troubles hématologiques, une alopécie et une stomatite médicamenteuse.

CA MONTPELLIER, 12/04/2006

- **Condamnation conjointe de la pharmacie (60%) et des deux infirmières (20% chacune)** car « *elles auraient dû demander communication de l'ordonnance à la patiente qui ne leur a pas produit. Elles auraient alors pu constater l'erreur de la pharmacie. Elles auraient dû vérifier la notice d'information du médicament qui leur aurait permis de prendre connaissance des effets secondaires importants et le risque accru des effets du surdosage et non pas se satisfaire des explications de leur patiente qui n'a aucune compétence Médicale* ». La responsabilité des deux infirmières qui ont fait preuve de **négligence** et ont **manqué de prudence** dans les soins donnés est engagée (14 500 €).



① ABSENCE DE D'IDENTIFICATION D'UNE COMPLICATION

AVIS CRCI IDF, 28/10/2009

- **Patiente accouche par césarienne marquée par une **difficulté d'hémostase**. Une fois stabilisée, elle est remontée dans le service (22h20) et installée dans une chambre en **bout de couloir**. Une IDE et une auxiliaire puéricultrice sont présentes pour prendre en charge 25 accouchées.**
- **A 2h20, l'alarme du dynamap sonne. L'IDE arrive 5 minutes plus tard et trouve la patiente inanimée, couchée dans des draps ensanglantés avec des urines couleur sanguine. Elle appelle le médecin de garde qui constate le **décès à 2h30**.**

AVIS CRCI IDF, 28/10/2009

- ① Rapport d'autopsie : décès imputable à une hémorragie interne à l'origine d'une décompensation cardiovasculaire par spoliation sanguine.
- ① Concernant l'obstétricien : la césarienne était justifiée et réalisée conformément aux règles de l'art.
- ① L'IDE qui a pris en charge la patiente l'a installée dans une chambre tout au bout du couloir **contrairement à la pratique consistant à placer les femmes accouchées par césarienne à proximité du bureau des IDE** afin d'assurer une surveillance optimale, ce qui constitue un défaut d'organisation.

AVIS CRCI IDF, 28/10/2009

- ③ L'attention de l'IDE aurait également dû être attirée par le **Drain de Redon qui donnait une quantité excessive** (140 ml à 22h20). La baisse des chiffres tensionnels entre 0h33 (109/87) et 1h01 (92/64) et à 1h35, la survenue d'une soif associée à une fatigue et agitation auraient dû alerter l'infirmière comme autant de signes évocateurs d'un collapsus débutant imposant de faire appel au médecin.
- ③ **L'IDE a commis une faute** ayant fait perdre à la patiente une chance d'être transfusée et donc de survivre.
- ③ **La responsabilité de la Clinique est engagée** en raison d'une faute commise par une de ses IDE ayant entraîné une perte de chance d'éviter le dommage de 90%.



ALÉA THÉRAPEUTIQUE

TI de SOISSONS, 15/05/2009

- ④ Une infirmière exécute une prescription **d'injections intramusculaires** à une patiente dont l'une provoque des **douleurs au niveau de la jambe droite**.
- ④ L'expert reconnaît le lien de causalité entre l'injection et les douleurs mais précise qu'il s'agit **d'un aléa thérapeutique** classique dû à des variations anatomiques totalement imprévisibles (le tronc du nerf sciatique se trouvait au niveau du quadrant supérieur de la fesse).
- ④ Aucun erreur ou imprudence n'ayant été commise, l'infirmière est **mise hors de cause**. Par ailleurs, l'IDE n'est pas tenue à un devoir d'information concernant les risques de son intervention.

① En cas de faute d'un professionnel de santé salarié, qui est tenu d'indemniser le patient ?

La responsabilité indemnitaire

- ① En principe, l'employeur...
- ② En secteur public (hôpital public, collectivité territoriale...) :
loi du 13 juillet 1983
- ③ En établissement privé (clinique, hôpital privé...) : art. 1384
du code civil

La responsabilité indemnitaire

- ⊙ **Toutefois, à titre exceptionnel, le soignant peut être tenu personnellement d'indemniser le plaignant**
- **Faute intentionnelle (non assurable)**
- **Faute détachable (abus de fonction)**
- **Soins délivrés en dehors de l'établissement**

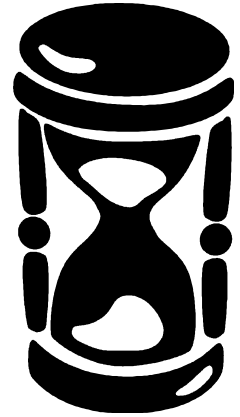


🌀 Dans quel délai le plaignant doit il engager son action ?

La responsabilité indemnitaire

⌚ Délai de prescription :

10 ans à compter de la consolidation du
dommage



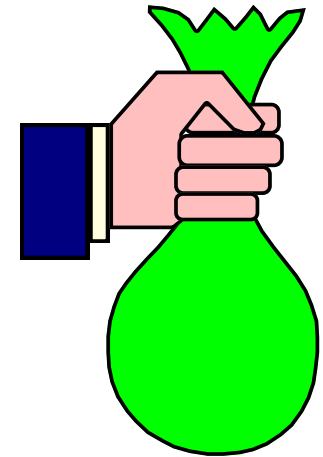
[film dossier](#)



La responsabilité pénale

La responsabilité pénale

① **Administration d'une sanction**
(emprisonnement, amende...)



② **Existence d'une infraction**

La responsabilité pénale

🕒 Les délits se prescrivent
par 6 ans à compter des faits
(article 8 du code de procédure pénale)



La responsabilité pénale

- La responsabilité pénale est toujours personnelle
:
« nul n'est pénalement responsable que de son propre fait »
(art. 121-1 CP)
- Plusieurs soignants peuvent être condamnés simultanément
(ex.: AS/IDE ; IDE/médecin...)
- Elle peut être retenue...même s'il n'existe aucun préjudice pour le patient



L'élève infirmière est responsable pénalement

TGI de Cherbourg 4 décembre 2001

Faits :

Un homme de 88 ans est décédé des suites d'une injection par intraveineuse directe de 4 gr. de chlorure de potassium réalisée par une élève infirmière

Décision :

L'élève est reconnue coupable d'homicide involontaire pour avoir administré par négligence le produit qui provoqua la mort – condamnation à une peine de 8 mois d'emprisonnement avec sursis.

L'IDE est condamnée à 12 mois avec sursis pour défaut de surveillance des actes d'administration médicamenteuse réalisés par l'élève.



Quelles sont les principales infractions qu'un professionnel de santé peut encourir ?

La responsabilité pénale

- 🌀 **Violation du secret professionnel**
- 🌀 **Homicide / blessures involontaires**
- 🌀 **Non assistance à personne en péril**
- 🌀 **Mise en danger d'autrui**

Le secret professionnel

🕒 Art. 226-13 du code pénal :

🕒 "La **révélation** d'une information à caractère secret par une personne qui en est **dépositaire** soit par état ou par profession soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie **d'un an** d'emprisonnement et de **15.000 €** d'amende".

🕒 Film reseaux sociaux

🕒 Film secret

Le secret professionnel





🌀 Art. 226-14 du Code Pénal (loi du 5 mars 2007)

🌀 « L'art 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre il n'est pas applicable :

🌀 1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de **privations ou de sévices** y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou **mutilations sexuelles** dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un **mineur** ou à une **personne qui n'est pas en mesure de se protéger** en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique

Le secret partagé

Art. L. 1110-4 CSP (loi du 26 janvier 2016)

-  II. Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.
-  III. Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.
-  Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.
-  IV. La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment.

Réseaux Sociaux & Hôpital

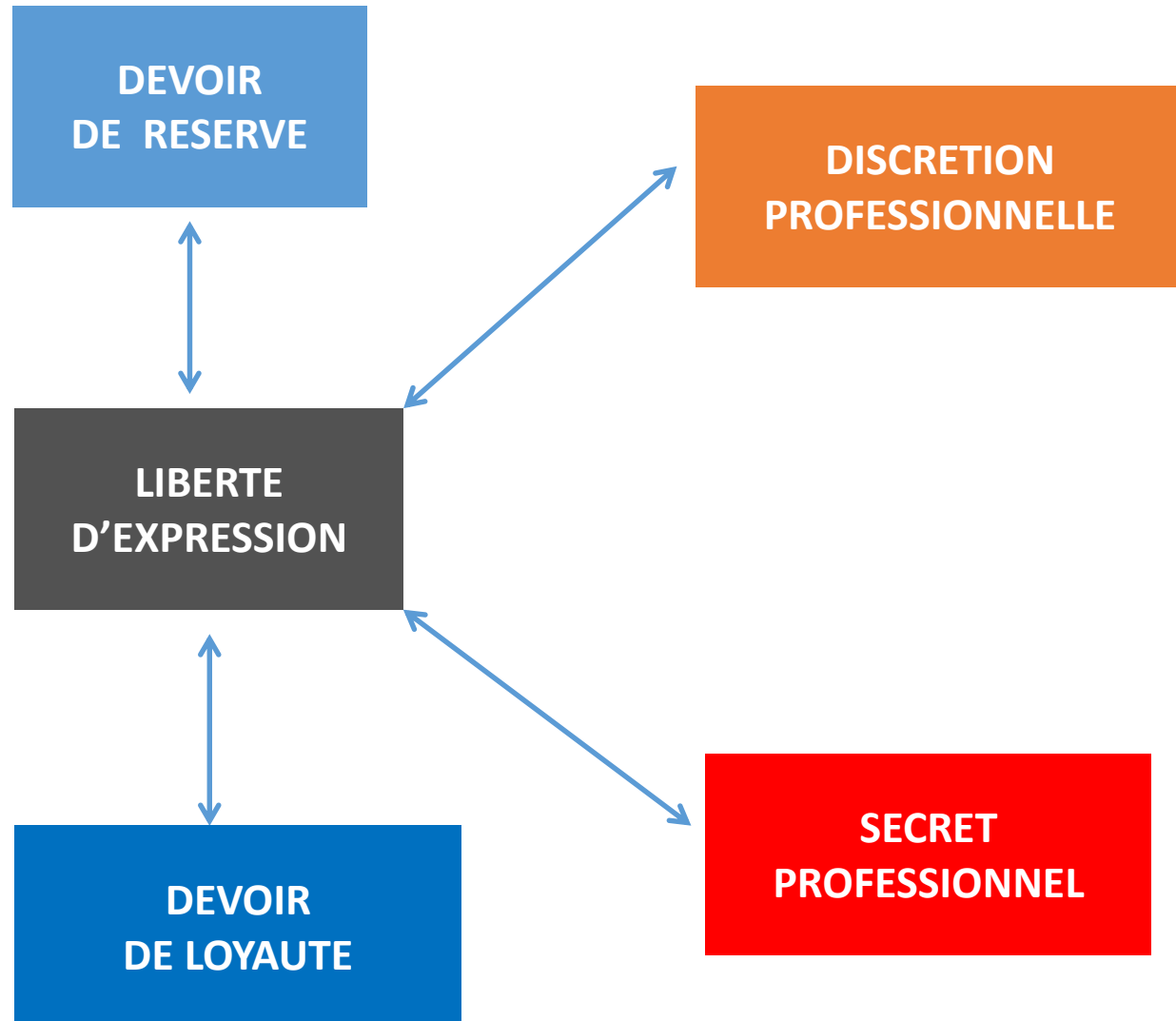
bonnes pratiques individuelles et collectives

Yves Cottret, délégué général
Valérie Cordonnier, juriste
Germain Decroix, juriste

Réseaux sociaux : **intérêts de s'en préoccuper ?**

- **Protéger les professionnels hospitaliers**
- **Garantir l'image du centre hospitalier**
- **Faire respecter les droits de l'hôpital et de ses personnels**
- **Garantir le respect des obligations de l'hôpital et de ses personnels**
- **S'assurer de pratiques conformes**

Tout agent est libre de s'exprimer mais



**Des dérives d'utilisation
souvent inconscientes
ou insoucieuses, insouciantes

sont fréquentes

et ... préjudiciables**

Que craignons nous ?

X 3

Garantie

+

- ☐ Atteinte à la **vie privée**
dont l'**usurpation d'identité**
- ☐ Atteinte au **droit à l'image**, à l'honneur
- ☐ Divulgence de **secrets de fabrication** *
- ☐ Atteinte à la **réputation de l'établissement**
- ☐ Atteinte au **devoir de réserve**
- ☐ Violation du **secret professionnel**

* Interne / nvlle molécule

* Manip / nv Scan

même
[et surtout]
sur les réseaux
sociaux !

DERIVES

- Aujourd'hui je vais faire 10 toilettes. J'en ai **plus que marre** de cette maison de retraite !
... a perdu son emploi
- Cette nuit j'ai envoyé **bouler** un patient qui me prenait la tête. J'étais bien **contente**.
... a perdu son emploi
- 3^{ème} jour de stage dans le service du **Dr ...** : j'aimerais pas me faire soigner ici moi.
... exclusion temporaire
...peine à se faire embaucher

même
[et surtout]

sur les réseaux
sociaux !

- Aujourd'hui aux urgences on a reçu **Patrick** ...pour une **pancréatite** ! Il est plus mince **qu'à la télé.**
blâme ...
- Demain fini les stages on reprend **les cours.** Encore 2 mois a se cogner **Mélinda la lécheuse** et les **profs débiles.**
exclusion définitive
- Minuit : la **réa** est calme ... on a **encore plié personne !**
Je vais pouvoir récupérer du **we**
profonde dépression depuis 28 mois

même
[et surtout]

sur les réseaux
sociaux !

- **L'étudiant et sa « galerie de portraits ...de patients »**

Julien, étudiant Ifsi de S.....

« mes patients lors de stage de psychiatrie! »

Exclusion définitive

- **Monique cadre en cardiologie**

alerte posée par une étudiante infirmière sur la page fb de la promo : « je suis en stage dans le service de cardio II du CH de T.... ; attention la cadre, Monique, quelle salope celle là ! »

Exclusion temporaire de 8 jours

même
[et surtout]
sur les réseaux
sociaux !

•X cadre a une équipe de « jeun's » qui sont sans arrêt sur Facebook ; pour faire branché et être sure que tout le monde est au courant des changements ...elle crée une page facebook avec le planning

!!!!!!

•X ... infirmière, fait ses transmissions ciblées par Facebook

!!!!!!!

•Une IBODE filme pendant 3 mn une intervention et poste sur youtube avec : « voilà comment on opère ici ».

3 chirurgiens, 2 anesthésistes, 1 cadre ont laissé faire sans rien dire !

même
[et surtout]

sur les réseaux
sociaux !

- **La collègue ... sur facebook**
 - **Dans son transat bien bronzée au soleil face à la mer , Jus d'orange à la main**
 - **.... En arrêt de maladie depuis 1 mois**
 - **On est content de savoir ...**
- **Le cuistot de l'hôpital**
-
-

Elles diffusaient des photos dégradantes de personnes âgées

SAINT-CYR-L'ÉCOLE. Deux stagiaires à la maison de retraite, en formation d'aide-soignante, ont avoué avoir publié sur Facebook des images de résidents, accompagnées de commentaires portant atteinte à leur dignité.

DEUX JEUNES FILLES de 17 et 18 ans étaient toujours en garde à vue hier au commissariat de Plaisir. Les policiers les ont interpellées lundi matin à leur domicile de Trappes et de Paris (XVIII^e). Elles sont soupçonnées d'avoir posté des photos de personnes âgées sur Facebook avec des commentaires portant atteinte à leur dignité.

L'affaire commence en décembre lorsque la directrice de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) de Saint-Cyr-l'École prévient le commissariat. « Elle explique avoir été alertée par le proviseur d'un lycée et les enfants de plusieurs pension-

naires, qui ont reconnu les photos de leurs parents sur Internet », se souvient une source proche de l'affaire.

Les auteurs sont très vite identifiés. Il s'agit de deux jeunes filles, qui effectuaient un stage dans le cadre de leur formation d'aide-soignante dans cet établissement, qui accueille des personnes très âgées dépendantes et dont certaines souffrent de la maladie d'Alzheimer. Elles ont pris plusieurs photos et une vidéo avec trois résidents,

âgés de 90 à 100 ans. « Les jeunes filles ont surtout posté ces images sur leurs comptes Facebook en y ajoutant des commentaires peu amènes, précise la même source. On peut y lire *Ouh la menteuse !* Et même des informations sur les pathologies dont souffraient les résidents immortalisés. »

Durant leur interrogatoire, les suspectes sont passées aux aveux complets. « Elles ont confié aux forces de l'ordre qu'elles avaient agi par jeu dans un premier temps,

précise une autre source, puis s'être laissées entraîner sans avoir conscience du tort qu'elles pouvaient causer aux pensionnaires et à leurs familles. »

Les deux stagiaires seront déférées ce matin au parquet de Versailles. « L'affaire est toujours en cours, précise une source proche du tribunal. Les qualifications des poursuites restent encore à préciser. Des questions restent en suspens, notamment en ce qui concerne la responsabilité de la maison de retraite qui a laissé ces deux jeunes femmes sans surveillance et leur a permis de faire une chose pareille. »

JULIEN CONSTANT

« Elles ont confié aux forces de l'ordre qu'elles avaient agi par jeu dans un premier temps »

Une source proche de l'enquête

DERNIÈRE MINUTE

A Magnanville, des profs en colère attendaient la ministre



Magnanville, hier soir. (LPM/G.)

EN CAMPAGNE certes, mais toujours ministre. Najat Vallaud-Belkacem, la ministre de l'Éducation nationale, l'a appris à ses dépens hier soir en se rendant à un meeting de campagne à Magnanville. Venue soutenir la candidate PS Françoise Descamps-Crosnier, elle était attendue par une cinquantaine d'enseignants et de responsables pédagogiques de la région de Mantes. Les profs dénonçaient, dans le calme, le manque de moyens, notamment en réseau d'éducation prioritaire (REP). Ils n'ont pas pu être reçus par la ministre. C'est son directeur de cabinet qui les a rencontrés peu avant l'arrivée de Najat Vallaud-

SÉCURITÉ ROUTIÈRE

La police s'équipe d'un deuxième véhicule radar



LA Rumeur ?

« C'est bruit de foule, qui tonne et qui roule... » Victor Hugo

➤ révélation /diffusion ++ par tout moyen

- ◆ préjugé
- ◆ fait réel
- ◆ histoire à prétention de vérité

➤ diverses formes

- ◆ erreur et fausse information
- ◆ manœuvre de désinformation
- ◆ théorie du complot et légendes urbaines

critique ? injure ? diffamation ?

bad buzz ou Buzz négatif

mauvaise critique, produite sur **le net**,
qui vise : une **personne**, un groupe, une
entreprise, une **marque**.

➤ **Effet « tsunami »** :
amplifiée sur les réseaux sociaux,
tweet dénigrant / message facebook / vidéo You tube

➤ **Effet « estocade »** :
atteinte à la **réputation** et à l'**honneur**
des **professionnels** / des **établissements** de santé



Ces atteintes peuvent relever
d'**infractions pénales**

« Les infirmières de l'Hôpital ### sont toujours très pressées. On ne comprend jamais rien à leurs explications lorsqu'elles daignent venir vous voir. On a le droit d'avoir des informations sur notre maladie et notre traitement quand même !!! »

critique

La critique : c'est une opinion subjective
- souvent **dépréciative** -
sans **réserve**, ni **pondération**

- relève de la **liberté d'expression**
- **qualification pénale impossible**
- mais ...

Droit d'opposition sur motifs légitimes :

- ◆ l'opposition au traitement informatique de données personnelles
- ◆ la suppression de son nom des

« L'hôpital ###, c'est l'abattoir !!
C'est la chaîne là-dedans !! Le
Dr. XXX ne s'occupe pas bien
des patients, c'est un ... doublé
d'un nul ! Bravo le serment
d'Hippocrate !!! »

injurieux

L'injure... C'est une opinion **subjective**
- **accusatoire** -
ne se rapportant à **aucun fait déterminé**

dépasse la **liberté d'expression**
qualification pénale possible

➤ 2 actions possibles :

- ◆ Plainte pénale
- ◆ Suppression du contenu illicite

« Fuyez l'hôpital ### et surtout le Dr °°° qui ne devrait plus exercer. J'ai été hospitalisé le xxx au service *** de cet hôpital. Il a totalement raté mon intervention chirurgicale. J'ai du être réopéré

La **diffamation**... **accusation** susceptible de porter **atteinte à l'honneur** d'autrui

- faits **précis**
- personne **identifiable**
- atteinte à l'honneur / considération **personnelle** ou **professionnelle**
- dénigrement
-
- 2 actions possibles :

diffamatoire

- ◆ Plainte pénale
- ◆ Suppression du contenu illicite

**contenu
injurieux**

**contenu
diffamatoire**

Plainte pénale

- ◆ constitution partie civile
- ◆ ou citation directe
- ◆ au plus tard **3 mois**
- ◆ / à la première diffusion du message

Suppression du contenu illicite

par requête auprès des prestataires techniques du site

- notification par lettre RAR
- requête judiciaire

6 REGLES

de bonne conduite
..... INDIVIDUELLES

*à faire
connaître
& à rappeler
en
permanence*

++++

Contrôler **régulièrement**
les paramètres de **confidentialité**

Se « **Googliser** » régulièrement

Respecter le **secret** / patients
et la **confidentialité** des informations de l'hôpital,

**Veiller à ce que les patients
vous respectent**

Respecter ses **collègues** et la **hiérarchie**

Ne pas mêler le nom de son **entreprise**
à ses prises de position **personnelles**

Nécessité

de
bonnes
conduites

Collectives

à faire
connaître
& à rappeler
en
permanence

++++

Règlement intérieur :

article(s) interdisant toute prise de signaux visuels et sonores par le personnel *(et toute personne en raison de fonction / mission temporaire)* ainsi que les patients et visiteurs.

Livret d'accueil :

même interdiction
rappelée en référence au RI

?? charte « réflexive »

= « nous – vous »

?? charte d'engagement
individuel

L'atteinte INVOLONTAIRE à l'intégrité physique, ou à la vie

- ④ « Le fait de causer, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3,
par maladresse,
imprudence,
inattention,
négligence (...) »
- ④ la mort d'autrui
- ④ constitue un homicide involontaire puni de 3 ans d'emprisonnement et de 45.000 € d'amende(...) »



① Une erreur de dosage...

Tribunal Corr. de La Rochelle 13/12/2011 (1/4)

- ① **Une infirmière exerçant à l'hôpital, en service de diabétologie, prend en charge une patiente de 71 ans présentant un état de santé préoccupant lié à un diabète, à des plaies aux pieds, le tout compliqué par une insuffisance rénale et une insuffisance cardiaque graves.**
- ① **Ces plaies impliquent des changements de pansements qui sont douloureux et nécessitent donc une injection préalable de morphine, passée de 3 mg à 7 mg, pour atténuer la douleur.**
- ① **L'infirmière prépare la morphine et l'injecte, puis se rend auprès d'un autre patient afin de réaliser des pansements, le temps que le produit fasse effet.**
- ① **Elle sera prévenue par ses collègues du décès de la patiente.**

Tribunal Corr. de La Rochelle 13/12/2011 (2/4)

- ❶ **L'infirmière est convoquée le lendemain par la cadre supérieure et apprend avoir commis une erreur dans la préparation de la morphine : ce ne sont pas 7 mg qui ont été injectés, mais 70 mg ; les ampoules contiennent 5 ml, à la concentration de 10 mg par ml, alors que l'infirmière était persuadée que la concentration était de 1 mg/ml.**
- ❷ **Le même jour, elle apprend qu'elle est suspendue avec conservation de son traitement et qu'une procédure disciplinaire va être intentée à son encontre.**

Tribunal Corr. de La Rochelle 13/12/2011 (3/4)

- ① **Une plainte pénale est déposée.**
- ① **L'autopsie montre que le décès est bien en rapport avec le surdosage en morphine.**
- ① **L'infirmière est renvoyée devant le tribunal correctionnel qui la déclare coupable d'homicide involontaire et la condamne à une peine d'un an d'emprisonnement avec sursis en décembre 2011. Sur l'action civile, elle est condamnée à une indemnisation de 28 216 €.**

Tribunal Corr. de La Rochelle 13/12/2011 (4/4)

- **Sur appel à l'initiative du procureur de la République, de l'infirmière ainsi que des parties civiles, la cour d'appel, constatant que l'injection de morphine a été dix fois supérieure à la dose prescrite, confirme la condamnation pénale du fait de cette faute grossière d'interprétation de la prescription médicale.**
- **S'agissant de la condamnation à des dommages et intérêts, la Cour d'appel (10 mai 2012) qualifie la faute de l'infirmière de détachable de son service et confirme la condamnation, en la majorant quelque peu (29 016 €).**



① Une autre erreur de dosage...

Tribunal Corr. de Pontoise 26/01/2012 (1/2)

- ④ Une infirmière exerçant à l'hôpital (2 ans de DE), en service de pédiatrie, prend en charge un **enfant de 8 ans souffrant d'une encéphalopathie congénitale profonde, tétraplégique et épileptique**.
- ④ Il est admis le 1^{er} décembre pour une dégradation de l'état général avec œdème généralisé et détresse respiratoire.
- ④ L'infirmière demande à la mère quel est le traitement antiépileptique habituel et la mère **aurait répondu 4 gouttes de Rivotril® (=0,4mg)** (clonazépam) le soir. L'infirmière **a compris 4 mg et n'a pas réussi à joindre le médecin** du service pour confirmation. Elle administre 2 comprimés de 2mg écrasés dans la sonde gastrique, soit 10 fois la dose, à 20h15.
- ④ L'état respiratoire de l'enfant sera précaire dans la nuit.
- ④ Le lendemain matin l'enfant est très somnolant et peu réactif. **L'erreur est découverte à 13h**, annoncée clairement aux parents et il est décidé (oralement) avec les parents de ne pas le transférer en réanimation pour une assistance respiratoire. Il **décède à 22h30** suite à une insuffisance cardio-respiratoire majeure.

Tribunal Corr. de Pontoise 26/01/2012 (1/2)

Selon le rapport d'autopsie, « **le décès serait consécutif à une insuffisance respiratoire avec œdème pulmonaire chez un enfant atteint de lissencéphalie** »
Longue discussion sur le lien de causalité entre le surdosage en Rivotril® et le décès.

« **Il est clairement établi, malgré le mauvais état de santé général de l'enfant, que le surdosage en Rivotril® a contribué à la réalisation du décès de l'enfant et le Lien de causalité pour être indirect n'en est pas moins certain** ».

Condamnation de l'infirmière à **1 mois d'emprisonnement avec sursis** car elle a tout de suite reconnu les faits, sans inscription au casier judiciaire.

L'infirmière, très affectée par ce décès n'a pas été sanctionnée sur le plan disciplinaire et a demandé sa mutation du service de pédiatrie.

 **Encore une erreur de dosage...**

Tribunal Corr. de Beauvais 6/12/2012 (1/3)

- **En septembre 2006, une infirmière libérale vient à domicile, faire une injection d'insuline à un patient âgé ayant un diabète très évolué depuis 1972 et atteint de la maladie d'Alzheimer depuis 2004 . Elle lit trop rapidement le carnet de suivi et se trompe sur la dose à administrer.**
- **Quelques heures après le départ de l'infirmière, le patient fait un malaise accompagné d'une fausse route. Celle-ci a entraîné une pneumopathie d'inhalation qui a elle-même causé une détresse respiratoire qui a nécessité l'hospitalisation de la victime.**
- **La situation a évolué de manière négative sur plusieurs semaines avec antibiothérapie, mise sous ventilation mécanique, pneumopathie nosocomiale, et décès.**

Tribunal Corr. de Beauvais 6/12/2012 (2/3)

- **Plainte pénale avec constitution de partie civile déposée par la veuve et les deux fils.**
- **Selon les experts : « l'inhalation (la fausse route) est due aux troubles de la conscience consécutifs à l'hypoglycémie mais aussi à l'état antérieur de ce patient (diabète, maladie d'Alzheimer). Les troubles de la déglutition sont fréquents au cours de la maladie d'Alzheimer ». Selon eux, l'hospitalisation a eu plusieurs causes : la détresse respiratoire et les prédispositions médicales liées à l'état de santé antérieur . Le décès est lié à plusieurs causes : la détresse respiratoire aiguë, la surinfection pulmonaire, le terrain très fragilisé.**
- **L'infirmière est renvoyée devant le tribunal correctionnel sur la base de l'article 121-3 CP pour avoir créé une situation à l'origine du décès en commettant une faute caractérisée constituée par l'administration d'une surdose d'insuline.**

Tribunal Corr. de Beauvais 6/12/2012 (3/3)

- **Le tribunal a rappelé qu'en matière de causalité indirecte, il faut démontrer une faute caractérisée présentant un lien de causalité certain avec le dommage. Il a considéré que cette infirmière « avait commis une faute d'une particulière gravité qu'elle ne pouvait ignorer eu égard à son expérience professionnelle et à sa formation ».**
- **Mais il a considéré que « le lien de causalité entre la faute et le décès n'est pas certain. En effet, une pneumonie d'inhalation n'est pas la conséquence systématique d'une erreur de dosage d'insuline. Elle est survenue du fait d'une fausse route favorisée par l'état de santé antérieur du patient, qui explique également la dégradation rapide de la situation du malade qui s'est en outre aggravé du fait de l'infection nosocomiale contractée à l'hôpital ». La faute de l'infirmière a certes joué un rôle causal mais n'est pas la cause directe et certaine de ce décès. L'infirmière a donc privé le patient d'une chance de survie et de toute chance de survie. Relaxe**
- **Sur les intérêts civils, elle est condamnée à payer 24 600 € à la veuve et 11 000 € à chacun des fils.**

① DÉFAUT DE SURVEILLANCE
② (SOINS EN CAISSON HYPERBARE)

Cour de cassation, Crim 16/01/2007

- ② Deux personnes **intoxiquées au monoxyde** de carbone sont hospitalisées pour recevoir un traitement d'oxygénothérapie par caisson hyperbare mis en œuvre par un **médecin et un infirmier**. Les patients perdent connaissance à la fin de la séance et décèdent sans possibilité de réanimation.
- ② L'expert conclut à un décès par **embolie pulmonaire** provoquée par une décompression trop rapide. Les accusés ont manqué à leur obligation de vigilance et de surveillance des patients en ne **rédigeant pas en temps réel la feuille de surveillance**, se privant ainsi d'éléments de diagnostic et d'un temps de réflexion qui aurait permis de déceler un accident de décompression et d'en arrêter le processus.
- ② Condamnation conjointe à une peine **d'un an d'emprisonnement avec sursis**.

Cour de cassation, Crim 16/01/2007

- ① L'infirmier forme **un pourvoi en cassation** estimant que sa faute n'est pas caractérisée.
- ② Il fait valoir qu'en sa qualité d'infirmier et technicien du caisson, il lui appartenait d'actionner l'appareil et de surveiller son bon fonctionnement mais que **ni le diagnostic ni la nature du traitement ne relevait de sa compétence.**
- ③ La Cour rejette le pourvoi car **l'infirmier a pris l'initiative** d'ouvrir au maximum et en urgence la vanne d'échappement du sas provoquant une décompression accélérée du caisson en méconnaissance des normes imposées par le protocole en la matière. Elle retient également un **défaut de surveillance** alors qu'un suivi en temps réel et une présence constante auprès des patients aurait dû le conduire à arrêter la décompression.



④ RÉGULATION PAR UNE IDE

TC de Meaux : Régulation par une IDE

- **Enfant de 9 mois conduit par sa mère aux urgences.**
- **L'interne de garde établit le diagnostic de **déshydratation** et recommande de revenir à l'hôpital si la diarrhée persiste ou si l'enfant refuse de boire. Dans la journée la fièvre demeure importante et les Vomissements persistent.**
- **Durant la nuit, la mère lui donne un bain pour faire tomber la fièvre mais le trouve pâle, tremblant de froid, les lèvres bleues, la peau marbrée et réagissant peu.**
- **Elle contacte le service par téléphone (1h30 du matin) : appel reçu par l'infirmière de garde.**

TC de Meaux : Régulation par une IDE

- ① **L'infirmière lui donne des recommandations** : La pâleur, les frissons et extrémités froides sont normales ; il est normal que la température baisse puis remonte ; ne pas s'inquiéter de la persistance de la diarrhée si l'enfant prend la solution de réhydratation et ne la vomit pas. La mère rassurée continue durant le reste de la nuit à Lutter contre la fièvre.
- ② Le lendemain la température chute brutalement. La mère contacte de nouveau le service par téléphone. Eu égard aux symptômes décrits, l'infirmière demande à la mère de venir immédiatement.
- ③ Elle patientera dans le service durant plus d'une heure avant qu'un pédiatre ne remarque l'état de l'enfant, moribond. Emmené en urgence en salle de déchoquage, il décède le jour même.

TC de Meaux : Régulation par une IDE

- ① **Rapport d'expertise** : La seule manière de juguler la déshydratation aurait été de perfuser l'enfant pour compenser les pertes à partir du moment où les signes de choc sont apparus (dans la nuit).
- ② « *Ce retard fatal dans la mise en œuvre des soins trouve sa cause dans l'attitude de l'infirmière qui, trop sûre d'elle-même, a commis une grave imprudence en s'immisçant dans des fonctions de régulation médicale excédant sa qualification* ».
- ③ **Infirmière condamnée pour homicide involontaire** (4 mois d'emprisonnement) ainsi que le CH (amende de 20 000 €).

La non assistance à personne en danger

- ① Art. 223-6 du code pénal
- ① « Sera puni de **5 ans** d'emprisonnement et **75.000 €** d'amende quiconque
- ① **s'abstient volontairement de porter à une personne en péril**
- ① 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**

La mise en danger d'autrui

🕒 Art. 223-1 du code pénal :

🕒 « Le fait **d'exposer 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 est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende ».

Cour d'appel Amiens, 7 janvier 2009

- Un IDE prodige des soins à domicile sur un patient atteint d'une rétinite et procède à des injections de Cymevan par perfusion **sans que l'ordonnance précise la posologie**. Lors de la demande de renouvellement, il s'est aperçu avoir injecté **3 flacons en 10 jours au lieu d'1 et demi**. Le médecin s'inquiétant pour son patient envoie alors à son domicile une autre infirmière laquelle constate sur place une succession de fautes. Elle en réfère alors au directeur du CHU lequel diligente une enquête.
- Même si le patient ne souffre d'aucune séquelle suite aux soins, ceux-ci l'ont été dans des conditions critiquables : **erreur sur la posologie quotidienne du produit, mauvaise conditions de conservation et risque infectieux par manipulations inappropriées.**

Cour d'appel Amiens, 7 janvier 2009

- « Le prévenu a bien commis une succession de fautes dans la préparation et l'administration d'un médicament spécifique, **s'affranchissant à cette occasion des obligations de prudence et de sécurité qui s'imposaient à lui**, en sa qualité d'IDE, pour prodiguer lesdits soins, lesquels, en raison de leur nature ne pouvaient être dispensés que par un infirmier. **Les conditions de précarité technique et sanitaire dans lesquelles a été administré le traitement étaient bien de nature à causer un risque grave de mort ou de blessures de nature à entraîner une infirmité permanente** ».
- Condamnation pour mise en danger de la vie d'autrui :
- Interdiction d'exercer durant 18 mois + 800 € de DI.

La responsabilité disciplinaire

- Par l'employeur (clinique ou hôpital) pour les salariés en cas de manquement au contrat de travail.
 - Avertissement,
 - blâme,
 - Rétrogradation
 - mise à pied temporaire ou définitive
- Par le Conseil de l'Ordre Infirmier, en cas de manquement aux règles déontologiques de la profession.
 - Avertissement
 - Blâme
 - Interdiction temporaire ou définitive
 - Radiation de l'ordre des infirmiers

Chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des Infirmiers de Bourgogne du 15/10/2012

- Infirmière libérale.
- Intervention au domicile d'un enfant de 7 ans pour ablation de 3 points de suture suite à une biopsie musculaire pratiquée 8 jours avant.
- La plaie s'ouvre : 7 nouveaux points de suture.

Chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des Infirmiers de Bourgogne du 15/10/2012

➤ Reproches formulés à l'encontre de l'infirmière :

- Après s'être lavé les mains : ne pas avoir voulu se les essuyer avec le torchon propre proposé par la maman mais avoir utilisé un torchon de cuisine.
- Ne pas avoir utilisé de lunettes pour couper les fils.
- Ne pas avoir utilisé de solution hydro-alcoolique.
- Avoir reconnu l'ablation difficile sur les 2 premiers points et avoir persisté sur le troisième.
- Avoir laissé un fil dans la plaie.
- Avoir utilisé du sparadrap non stérile au lieu de stéri-strip.

Chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des Infirmiers de Bourgogne du 15/10/2012

- La chambre disciplinaire rappelle les textes en vigueur :
- Article R.4312-11 CSP : « *L'infirmier ou l'infirmière respecte et fait respecter les règles d'hygiène dans l'administration des soins, dans l'utilisation des matériel et dans la tenue des locaux* ».
- Article R.4312-29 CSP : « *L'infirmier ou l'infirmière applique et respecte la prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur [...]. Il vérifie et respecte la date de péremption et le mode d'emploi des produits ou matériels qu'il utilise [...]. Il 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* ».

Chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des Infirmiers de Bourgogne du 15/10/2012

- La chambre disciplinaire prononce un avertissement.
- L'infirmière a manqué aux obligations précitées :
 - En utilisant un torchon de cuisine pour s'essuyer les mains.
 - En n'utilisant pas de solution hydro-alcoolique
 - En utilisant du sparadrap non stérile quand la plaie s'est réouverte.
- Elle aurait dû prendre attache avec le médecin prescripteur si elle avait des difficultés à enlever les points de suture ou si la cicatrice, à seulement 8 jours de la biopsie, lui paraissait encore fragile.



① La prescription médicale
② Le protocole

La prescription médicale

🕒 Art R. 4311-7 CSP

🕒 « L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est

🕒 écrite,

🕒 qualitative et quantitative,

🕒 datée et signée

La prescription médicale

🌀 Écrite =

- **Manuscrite sur une ordonnance ou le dossier du patient**
- **Informatisée**
- **Fax**
- **Mail**
- **Et bientôt SMS ?**

La prescription médicale

⊗ **Non pas orale (sauf urgence) =**

- **De vive voix**

- **Par téléphone**

- **Par boîte vocale ou messagerie**

- **La dictée vocale est-elle une prescription orale ?**

Les modes de preuve

🌀 **Article 1316-1 du Code civil** "L'écrit sous forme électronique est admis en preuve au même titre que l'écrit sur support papier, sous réserve que puisse être dûment identifiée la personne dont il émane et qu'il soit établi et conservé dans des conditions de nature à en garantir l'intégrité"

🌀 **Article 1316-3 du Code civil** : "L'écrit sur support électronique a la même force probante que l'écrit sur support papier"

Recommandations de la HAS sur les prescriptions Dans le cadre de la régulation (février 2009)

- ***En dehors des urgences vitales***
- ***Accord du patient sur le principe d'une prescription téléphonique***
- ***Prescription limitée dans le temps (72h max.)***
- ***Priorité aux médicaments de la pharmacie familiale***
- ***Information complète du patient sur la nature du traitement la posologie, la durée***
- ***Recueil par le régulateur des données relatives au patient (âge, taille, poids, antécédents, traitements en cours)***
- ***Ordonnance envoyée à la pharmacie identifiée, de préférence par mail sécurisé, sinon par fax***

Le protocole médical

🕒 Art R. 4311-7 CSP

🕒 « L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants... soit en application d'un protocole

🕒 écrit,

🕒 qualitatif et quantitatif,

🕒 préalablement établi, daté et signé par un médecin

Le protocole médical

- **C'est un produit frais**
- **dont l'auteur doit toujours exercer dans le service.**

Circulaire DGS/SQ2/DH/DAS n 99-84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales

- ❶ **« Les protocoles de soins sont : élaborés conjointement par les personnels médicaux et infirmiers impliqués dans leur mise en oeuvre, avec, si besoin, l'aide de médecins expérimentés dans la prise en charge de la douleur ; validés par l'ensemble de l'équipe médicale, par le pharmacien hospitalier ou pharmacien gérant de l'établissement et par le directeur du service des soins infirmiers ; obligatoirement datés et signés par le médecin responsable et le cadre de santé du service ; diffusés à l'ensemble du personnel médical et non médical du service, au directeur de l'établissement, au directeur du service des soins infirmiers et au pharmacien hospitalier ; remis à chaque nouveau personnel dès son arrivée ; accessibles en permanence dans le service : placés dans un classeur identifié et, selon l'organisation du service, affichés ; évalués et si nécessaire réajustés et, dans ce cas, redatés et signés ; revus obligatoirement au moins une fois par an ; revalidés systématiquement à chaque changement de l'un des signataires et rediffusés.**
- ❷ **Les actions mises en oeuvre par l'infirmier pour la prise en charge de la douleur doivent faire**
- ❸ **l'objet de transmissions écrites. Le protocole établi doit annoncer explicitement, d'une part, qu'il peut être mis en oeuvre à l'initiative de l'infirmier et, dans ce cas, il doit en préciser les critères sur lesquels l'infirmier va fonder sa décision d'intervention et, d'autre part, il doit indiquer précisément les conditions dans lesquelles cette initiative de l'infirmier est autorisée ».**



Textes relatifs à la compétence professionnelle

Section 1 : Actes professionnels (art. R 4311-1 à 15 CSP)

- Définitions de l'exercice de la profession**
- Soins relevant du rôle propre**
- Participation à la vaccination**
- Santé mentale**
- Soins effectués sur prescription médicale, seul**
ou avec un médecin pouvant intervenir à tout moment
- Participation à la mise en œuvre par le médecin**
- Activités effectuées prioritairement par l'IBODE**
- Cadre spécifique de l'IADE**
- Activités effectuées prioritairement par l'IPUER**
- Conduite à tenir en cas d'urgence**
- Actions en adéquation avec les besoins de santé identifiés**

● **Section 2 : Personnes autorisées à exercer la profession**

● **Titulaires du DE d'infirmier ou d'infirmière**

● **(art. D. 4311-16 à 23)**

● **Titulaires du DE d'infirmier de secteur psychiatrique**

● **(art. D. 4311-25 à 33)**

● **Ressortissants d'un État membre de l'UE ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique Européen (art. R. 4311-34 à 41)**



🌀 Section 3 : Diplômes de spécialité

- 🌀 Diplôme d'État d'IBODE (art. D4311-42 à 44)
- 🌀 Diplôme d'État d'infirmier anesthésiste (art. D4311-45 à 48)
- 🌀 Diplôme d'État de puéricultrice (art. D4311-49 à 51)

🌀 Section 4 : Inscription au tableau de l'ordre
(art. R. 4311-52 à 52-1)



④ **Section 5 : Règles communes d'exercice libéral (art. R. 4311-53)**

④ **Section 6 : Règles d'organisation de l'Ordre national des infirmiers**

④ **(art. R4311-54 à 55, et D4311-56 à 57)**

Chapitre 2 : Les règles professionnelles

Section 1 : Dispositions communes à tous les modes d'exercice

- Devoirs généraux (art. R4312-1 à 24)
- Devoirs envers les patients (art. R4312-25 à 32)

Section 2 : Infirmiers ou infirmières d'exercice libéral

- Devoirs généraux (art. R4312-33 à 39)
- Devoirs envers les patients (art. R4312-40 à 41)
- Devoirs envers les confrères (art. R4312-42)
- Conditions de remplacement (art. R4312-43 à 48)

Section 3 : Infirmiers et infirmières salariés (art. R4312-49)



Chapitre 3 : Procédure disciplinaire (art. R4312-50)



Chapitre 4 : Procédure pénale



(pas de disposition réglementaire)

Article L. 313-26 CAS
Modifié par la Loi du 21 juillet 2009 art. 124 (V)

Au sein des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante.

L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par **toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier.**

Le libellé de la prescription médicale permet, **selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux**, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante.

Des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise.

Normes d'effectifs : exemple de la réanimation

Article D. 6124-32 CSP

Sous la responsabilité d'un cadre infirmier, l'équipe paramédicale d'une unité de réanimation adulte comprend au minimum :

- deux infirmiers ou infirmières pour cinq patients ;
- un aide-soignant pour quatre patients.

Article D. 6124-34-4 CSP

L'équipe paramédicale d'une unité de réanimation pédiatrique comporte au minimum deux infirmiers diplômés d'État pour cinq patients ; ils sont, dans la mesure du possible, diplômés en puériculture. Elle comprend au moins une puéricultrice.

Normes d'effectifs : exemple de la réanimation

Article R. 6123-34 CSP



Les unités de réanimation :

- 1° Assurent vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, l'accueil et la prise en charge diagnostique et thérapeutique ainsi que la surveillance des patients mentionnés à l'article R. 6123-33 ;**
- 2° Assurent la sécurité et la continuité des soins en organisant le retour et le transfert des patients dans les unités de surveillance continue ou toute autre unité d'hospitalisation complète dès que leur état de santé le permet. A cet effet, les établissements exerçant les activités de réanimation passent des conventions avec d'autres établissements possédant ces unités afin de définir les modalités permettant d'y transférer les patients.**

Vos Réponses

- 1) Vous sentez-vous responsable ?**
- 2) Quel est votre ressenti par rapport à la responsabilité ?**
- 3) Quelle est l'importance de la mise en cause de la responsabilité infirmière (rare, moyenne, exceptionnelle) ?**
- 4) Cela modifie-t-il vos pratiques ?**
- 5) Vous sentez-vous prêt à faire face à une mise en cause ?**
- 6) Connaissez-vous vos limites de compétence réglementaire ?**
- 7) Connaissez-vous les différents types de responsabilité ?**
- 8) Quelles sont les sanctions encourues quand on est déclaré responsable ?**
- 9) En cas de faute d'une aide soignante, qui est responsable ?**
- 10) En cas d'erreur de prescription, qui est responsable ?**



Quelques conseils



● Écrire !

- Pour assurer une traçabilité des :
- Conseils donnés
- Actes réalisés (appel du médecin, prises des constantes...)



① En cas d'incident...

② Expliquer, dialoguer

③ Rédiger une chronologie précise des évènements



🌀 Si la plainte semble inévitable...

🌀 Solliciter une copie du dossier

🌀 Prendre conseil

CONCLUSION

- ① Quelque soit le mode d'activité, la **responsabilité** de l'infirmière peut être retenue
- ② L'**assurance responsabilité professionnelle personnelle** est recommandée dès les premiers actes professionnels

Prevention-medicale.org : pour la prévention des risques médicaux et paramédicaux

Objectifs

Informer, sensibiliser, former et accompagner les professionnels de santé sur la gestion du risque pour améliorer la sécurité du patient

La référence en matière de gestion du risque en milieux de soins

En accès libre, la plus grande base bibliographique française

Les thématiques

- Cas cliniques par spécialité : médecine, chirurgie, sage-femme, paramédical
- L'actualité scientifique sur la prévention des risques par spécialité
- Les dossiers sur la gestion du risque
- Vidéos pédagogiques et grand @ngle sur la sécurité en santé (cycle de conférences en ligne)
- Des formations en gestion du risque (agrément DPC)

Suivez-nous !

 @Prevention_Med

Abonnez-vous gratuitement à la newsletter



The screenshot shows the homepage of the website 'La Prévention Médicale'. The header includes the logo and the tagline 'Tout sur la gestion des risques médicaux et la sécurité du patient'. A search bar is located in the top right. The main navigation menu includes: 'Actualités et revues de presse', 'Cas cliniques et retours d'expérience', 'Revue de questions thématiques', 'Médiathèque', 'Dossiers du risque et méthodes de prévention', and 'Formations et événements'. The main content area features a large banner for 'FORMATION IMAGES' (Identification Méthode Analyse Gestion des Événements Indésirables graves associés aux Soins) and a 'Nouvel e-learning : identification, analyse et gestion des EIG' section with a 'En savoir plus et s'inscrire' button. Below the banner, there is a 'Cas clinique' section titled 'Absence de surveillance après adénomectomie prostatique' with a 'Lire la suite' button, and a 'Abonnez-vous à la newsletter' section with a 'Recevez toute l'actualité sur la prévention médicale, adaptée à votre profession : médecins, chirurgiens, sages-femmes, vétérinaires,' and a 'Lire la suite' button.

La communauté macsf.fr

- Des espaces de discussion dédiés à tous les professionnels de santé par profession/spécialité ou par thématiques, quelle que soit la profession
- Echanges basés sur le partage d'expérience : pratiques professionnelles, les conditions d'exercice selon le statut, démarches, ...
- Libre accès aux discussions sans identifiant. Echanges anonymes

