

LE PERSONNEL INFIRMIER AU
CENTRE DE LA RELATION
JURIDIQUE PATIENT, MEDECIN ET
INSTITUTION DE SOINS : DROITS,
OBLIGATIONS ET RESPONSABILITE

J.-M. HUBAUX
DRH – Conseiller Juridique
Médiateur
Clinique Saint-Luc - Bouge

INTRODUCTION

Lorsqu'il prend en charge les besoins de la personne malade à l'hôpital, le personnel infirmier est souvent ignorant du cadre juridique dans lequel il exerce son art. Il éprouve des difficultés à s'orienter dans une structure où les relations juridiques sont complexes et où les droits et obligations des uns et des autres sont rarement exprimés de manière explicite.

Trop souvent démunie dans certaines situations critiques qui contrarient l'activité infirmière, elle trouve difficilement une solution aux problèmes juridiques auxquels elle est confrontée. Quel rôle joue-t-elle dans la relation que le patient noue avec l'institution de soins et le médecin ? Peut-elle s'opposer aux directives de sa hiérarchie ou des médecins qui lui confient des actes ? Doit-elle répondre de toute faute commise dans l'accomplissement de ses fonctions ? Peut-elle opposer ses convictions personnelles à un patient ou à un autre soignant ? Doit-elle assumer personnellement les conséquences d'une surcharge de travail, d'un encadrement insuffisant ou d'une organisation des soins défaillante dans des institutions devenues de véritables « entreprises de soins » où rendement, standardisation, rentabilité et primauté technique deviennent la préoccupation majeure des gestionnaires ? Autant de questions auxquelles la jurisprudence et la doctrine juridique tentent de donner des réponses au départ de normes particulièrement diversifiées. Si la récente loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient s'applique au personnel infirmier en sa qualité de « *prestataire professionnel* »¹, elle se limite toutefois à exprimer les droits fondamentaux du patient à son égard (libre choix du praticien, information, consentement, protection de la vie privée, droit de plainte, consultation du dossier médical et infirmier, ..), dans les « *limites des compétences qui lui sont conférées par ou en vertu de la loi* »², sans vraiment guider le personnel soignant dans l'organisation d'une activité professionnelle qui s'exerce de plus en plus dans un contexte multidisciplinaire et interdisciplinaire.

La présente note, largement illustrée par des décisions de nos cours et tribunaux décrivant des situations vécues au quotidien, rappelle au personnel infirmier qu'il a des droits et, partant, des obligations, dont la connaissance et la maîtrise peuvent contribuer à une meilleure compréhension des différentes dimensions de la fonction infirmière.

LA RELATION HOPITAL - INFIRMIER

¹ Articles 2, 3^o et 3, §1^{er} de la loi du 22 août 2002, *M.B.*, 26 septembre 2002.

² Article 4 de la loi du 22 août 2002.

Lorsqu'un praticien de l'art infirmier se met au service d'une institution de soins, il est exceptionnel qu'il exerce son activité professionnelle en qualité de travailleur **indépendant**. Dans cette situation, il négocie avec elle une convention d'entreprise qui définit ses droits et obligations. Il exécute ses prestations en toute liberté et assume personnellement l'entière responsabilité des actes qu'il pose.

Dans la majorité des cas, et c'est à cette hypothèse que nous nous en tiendrons, il travaille en qualité de **salarié** pour le compte et sous l'autorité de l'hôpital qui l'occupe. Il se trouve dans un état de subordination juridique qui peut revêtir deux formes selon le caractère privé ou public de la personne de l'employeur :

- si le travail est exécuté pour le compte d'une personne de droit public (Etat, CPAS, ...), le travailleur de la santé est lié par un **statut**, fixé unilatéralement par l'autorité publique et comportant des normes générales et impersonnelles qui échappent à toute possibilité de négociation individuelle;

- dans le secteur privé, par contre, l'occupation procède d'un **contrat**, le travail subordonné relevant du droit du travail qui donne une plus grande autonomie aux volontés individuelles.

Dans les faits, la distinction est moins tranchée étant donné qu'un hôpital public a toujours la possibilité d'engager du personnel contractuel. Par ailleurs, certaines dispositions relatives à la réglementation du travail sont d'application tant au secteur public qu'au secteur privé³.

Nous nous limiterons, pour la suite de l'exposé, à rappeler les principes généraux régissant les rapports de droit liant le praticien des soins infirmiers à son employeur.

1 - L'autonomie du personnel infirmier dans le cadre d'un travail subordonné

Le contrat de travail est le contrat par lequel le travailleur s'engage, contre rémunération, à fournir un travail sous l'autorité d'un employeur⁴.

La subordination est un élément essentiel du contrat de travail. Une fois les fonctions de l'infirmier définies, celui-ci est tenu d'obéir aux ordres et aux instructions émanant de son employeur⁵.

Le pouvoir de direction accordé à l'employeur **n'exclut toutefois pas une certaine autonomie et indépendance technique** du personnel infirmier qui conserve, en toutes circonstances, l'obligation de respecter les règles de l'art infirmier et de sa déontologie professionnelle.

³ Voyez, par exemple, la loi du 12 avril 1965 sur la protection de la rémunération et la loi du 16 mars 1971 sur le travail relative à la durée du travail et au repos du dimanche.

⁴ Articles 2 et 3 de loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail (*M. B.* 22/8/1978).

⁵ Article 17, 2° de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail.

Le praticien de l'art infirmier peut toujours opposer un refus à l'accomplissement de certains actes, à savoir :

- le refus de violer une disposition légale⁶ ou de collaborer à une pratique médicale abusive⁷ ;
- le refus d'effectuer des prestations qui, de toute évidence, sont soit au-dessous soit au-dessus de sa qualification⁸. Ainsi, le personnel infirmier peut et doit refuser d'administrer un médicament, en l'absence du médecin et sans diagnostic préalable. Il en effet été jugé que « *les infirmières agissent de manière imprudente en administrant automatiquement et sans examen préalable une injection intramusculaire de Ponalide (...) Le chef de service est responsable lorsqu'il est d'usage, dans le service, que les infirmières en cas de complications, administrent des médicaments sédatifs sans diagnostic, examen et contrôle préalable de la part du médecin* ».⁹
- le refus, sous certaines réserves, de poser un acte susceptible de porter atteinte à ses opinions philosophiques ou religieuses. Dans certaines situations délicates et extrêmes, il faut ainsi reconnaître au prestataire de soins un droit d'abstention justifié par ses convictions personnelles. Hormis l'hypothèse de la non-assistance à personne en danger, il nous paraît légitime qu'il refuse, de sa propre initiative, de participer à un acte au nom de la *conscience*. Dans l'état actuel de notre législation, la **clause de conscience** peut être opposée au patient dans deux hypothèses:

- en matière d'avortement thérapeutique : « *aucun médecin, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse* »¹⁰ ;

- en matière d'euthanasie : « (...) *Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie. Aucune autre personne n'est tenue de participer à une euthanasie* (...) »¹¹.

Il n'est pas possible d'affirmer que le praticien de l'art infirmier puisse s'opposer, en toutes circonstances, à un acte qui porterait atteinte à ses opinions personnelles. On imagine mal qu'il refuse de procéder à une transfusion sanguine sur un patient parce qu'il serait lui-même témoin de Jéhovah. D'une part, il s'agit d'une prestation technique de soins infirmiers faisant partie intégrante du « travail convenu »¹² dans le cadre du contrat de travail. D'autre part, il ne peut s'abstenir de porter secours à un malade qui serait exposé à un péril grave et imminent¹³. Inversement, n'appartenant pas à cette confession, il doit respecter la volonté libre et consciente d'un adulte

⁶ En aucun cas, l'objet du contrat ne peut être contraire à la loi, à l'ordre public ou aux bonnes moeurs (article 16 de la loi du 3 juillet 1978 et article 1131 du Code civil).

⁷ Pour rappel, l'article 11, al. 2, de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice de l'art de guérir rappelle aux médecins que les conseil de l'Ordre sont habilités à sanctionner les abus de la liberté thérapeutique dont ils jouissent (abus dans les traitements, prestations superflues, ...).

⁸ Trav. Malines, 19 juin 1972, *J.T.T.*, 1975, 125.

⁹ Gent, 15 janvier 1998, *Rev. Dr. Santé*, 1999-2000, p. 344.

¹⁰ Article 350, 6° du Code pénal.

¹¹ Article 14, loi du 28/5/2002, *MB* 22/06/2002, 28515.

¹² Article 17, 1° de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail.

¹³ Article 422 bis du Code pénal : « Sera puni (...) celui qui s'abstient de venir en aide ou de procurer une aide à une personne exposée à un péril grave, soit qu'il a été constaté par lui-même la situation de cette personne, soit que cette situation lui soit décrite par ceux qui sollicitent son intervention (...) ».

témoin de Jéhovah de refuser la transfusion sanguine même si elle doit aboutir au décès du malade¹⁴. Il n'est pas juge de la valeur des intérêts du malade. En agissant autrement, il porterait atteinte aux convictions religieuses du patient. Ce n'est pas pour autant que sa responsabilité puisse être mise en cause s'il a réellement procédé à une transfusion qui a sauvé la vie du patient. Sur un plan strictement juridique, l'obligation du soignant de respecter la volonté du patient peut être limitée par une autre obligation : celle de protéger la santé et la vie de l'individu. Il a notamment été jugé, en France, que « *l'obligation de sauver la vie prévaut sur celle de respecter la volonté du malade* »¹⁵.

- le refus de fournir des soins non conformes à la pratique infirmière¹⁶. A notre connaissance, il n'y a pas de jurisprudence publiée en matière de refus, par du personnel soignant, d'obtempérer aux instructions émanant d'un responsable hiérarchique, ce dernier prescrivant un acte contraire aux usages de l'art infirmier. On peut toutefois déduire d'un jugement du Tribunal civil de Bruxelles¹⁷ qu'il possède un réel droit à la critique et qu'il peut, voire doit, s'abstenir de poser des actes manifestement contre-indiqués. Bien que l'affaire évoquée par cette juridiction concerne une relation extra-contractuelle entre un kinésithérapeute et un médecin, un raisonnement, par analogie, permet de situer le degré d'autonomie du personnel soignant dans le cadre des soins qu'il donne à l'hôpital. Dans le cas d'espèce, suite à une lourde chute ayant entraîné une fracture plurifragmentaire de la diaphyse fémorale droite, un médecin prescrit à sa patiente un traitement de kinésithérapie intensive, en l'espèce la méthode « Klapp ». Au cours du traitement entrepris par le kinésithérapeute, la patiente fait de nouveau une chute occasionnant une nouvelle fracture de type spiroïde à la jambe droite. Selon l'expert, la méthode « Klapp » prescrite par le médecin n'était pas indiquée pour soigner les lésions encourues par la patiente. Elle était même risquée étant donné qu'il s'agissait d'exercices difficiles (marcher à 4 pattes, ramper et se redresser) et dangereuse pour une personne d'un certain âge, la méthode étant destinée à des enfants scoliotiques. Si manifestement le médecin a commis une faute en prescrivant des exercices inadaptés à l'état physique de sa patiente, le juge impute une partie de la responsabilité de l'accident au kinésithérapeute : si le choix du traitement effectué par le médecin prescripteur lie en principe le kinésithérapeute qui doit l'exécuter, « *il reste que, lorsqu'il y va, comme en l'espèce, d'un traitement manifestement contre-indiqué à l'égard du patient dont question, il appartient au kinésithérapeute de faire preuve de sens critique et non d'exécuter aveuglément une prescription* ».

On peut en conclure que, tout comme le personnel paramédical, le personnel infirmier a un réel pouvoir d'initiative et qu'il a le droit de contester, le cas échéant, les décisions qui ne lui apparaîtraient pas conformes aux règles de l'art infirmier.

¹⁴ Voyez sur ce point les avis du 8 octobre 1983 et 10 décembre 1983 du Conseil national de l'Ordre des médecins, notamment repris dans *Bull. Ordre Méd.*, 1991, n° 51, pp. 24-25 : « Le médecin doit respecter la volonté libre et consciente d'un adulte qui jouit de sa capacité juridique même si elle peut aboutir au décès de l'adulte. Les conceptions de notre société au sujet du respect des droits de l'homme obligent le médecin à cette attitude ».

¹⁵ CE, 26 octobre 2001, req. N° 198546, *JCP*, *La Semaine Juridique*, 6 février 2002, n° 6, p. 302.

¹⁶ On notera, par ailleurs, que dans sa circulaire ministérielle du 17 juin 1997, le Ministre de la Santé Publique rappelle à chaque praticien de l'art infirmier qu'il doit suivre le développement des activités infirmières sur le plan de la structure et du contenu, in *Mémento de l'Art Infirmier*, 2005, Editions KLUWER, Annexes, p. 431.

¹⁷ Civ. Bruxelles, 20/09/1996, *R.G.A.R.*, 1998, 12970.

Rappelons enfin que, dans le cadre de la prescription médicale par téléphone, la circulaire ministérielle du 17/6/1997 autorise le praticien de l'art infirmier à refuser d'exécuter des directives communiquées par téléphone s'il juge nécessaire la présence du médecin auprès du patient¹⁸.

2 - Le personnel infirmier au centre de la relation juridique hôpital - patient

L'admission du patient à l'hôpital enclenche un processus juridique complexe. Indépendamment du contrat médical qu'il noue avec le médecin, le patient conclut un contrat d'hospitalisation par lequel l'hôpital s'engage à lui fournir les soins d'accompagnement adaptés à son état de santé et à mettre à sa disposition son infrastructure médicale et hôtelière. Afin d'exécuter ses obligations, l'hôpital fait appel au personnel infirmier qui agit pour son compte dans l'exercice de son activité professionnelle. Quelles sont les tâches de ce dernier et comment est-il protégé pour les accomplir, étant entendu que, vis-à-vis du patient, la clinique répond contractuellement des fautes civiles commises par les personnes qu'elle s'est substituées ou qui l'ont aidée, assistée ou suppléée dans l'exécution de ses obligations¹⁹.

2.1. - Responsabilité civile et immunité du personnel infirmier

A. Principe

Dans le cadre de son activité professionnelle, le praticien infirmier peut commettre une faute civile, c'est-à-dire, une faute résultant d'une **violation d'une obligation contractuelle** (contrat de soins) ou **d'une violation de l'obligation générale de prudence** qui s'impose à tous (responsabilité extra-contractuelle²⁰), ce dernier devant en effet donner des soins consciencieux et agir comme un professionnel normalement prudent, attentif et avisé.

Si tel est le cas, le patient engagera une demande en réparation du préjudice subi dans le cadre d'une **procédure civile** (citation devant une juridiction civile).

Dans cette hypothèse, le praticien infirmier bénéficie d'une « immunité » civile.

En application de l'article 18 de la loi du 3 juillet 1978²¹, « *En cas de dommages causés par le travailleur à l'employeur ou à des tiers dans l'exécution de son contrat, le travailleur ne répond que de son dol et de sa faute lourde. Il ne répond de sa faute légère que si celle-ci présente dans son chef un caractère habituel plutôt qu'accidentel* ».

L'infirmier engagé dans les liens d'un contrat de travail échappe donc à toute responsabilité civile personnelle lorsqu'il commet une faute légère occasionnelle. C'est l'institution de soins

¹⁸ Circulaire ministérielle du 17 juin 1997 aux organes de gestion des hôpitaux, des établissements pour personnes âgées, des établissements et des organisations des soins, aux praticiens de l'art infirmier in *Mémento de l'art infirmier*, 2005, Annexes, p. 438.

¹⁹ Civ. Verviers 16 octobre 1995, *Rev. Dr. Santé*, 1998-1999, p. 293.

²⁰ Articles 1382 et 1383 du Code civil.

²¹ Voyez également l'article 1384, 3° du Code civil relatif à la responsabilité du commettant pour les fautes commises par ses préposés.

qui répond exclusivement du préjudice causé au malade. La responsabilité pénale demeure toutefois entière.

Il en est de même pour le personnel soignant statutaire, sur pied de l'article 2 de la loi du 10 février 2003 relative à la responsabilité des et pour les membres du personnel au service des personnes publiques²² : « *Les membres du personnel au service d'une personne publique, dont la situation est réglée statutairement, en cas de dommage causé par eux dans l'exercice de leurs fonctions à la personne publique ou à des tiers ne répondent que de leur dol et de leur faute lourde. Ils ne répondent de leur faute légère que si celle-ci présente dans leur chef un caractère habituel plutôt qu'accidentel* ».

Dans le cadre de l'application de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, le principe de la responsabilité centrale de l'hôpital est confirmé à l'article 17 novies : « *L'hôpital est responsable des manquements commis par les praticiens qui y travaillent, relatifs au respect des droits du patient (...)* », le texte visant les praticiens professionnels qui exercent leur activité sur base d'un contrat de travail ou d'une nomination statutaire.

B. Portée de la dérogation

L'hôpital ne peut engager des poursuites civiles à l'égard du personnel que dans trois hypothèses : la faute intentionnelle, la faute lourde et la faute légère habituelle.

Une faute est **intentionnelle** lorsque son auteur est animé de la volonté de causer un dommage à autrui ou de violer volontairement une obligation dont il est tenu. Ce type de faute est exceptionnel en milieu hospitalier. Les rares décisions judiciaires en la matière concernent le viol d'une patiente²³ ou des faits de violence. Il a notamment été jugé que l'aide-soignante qui frappe, fût-ce une seule fois, une dame âgée, manque très gravement à ses obligations²⁴. Est également inadmissible le comportement d'un infirmier en chef d'un service d'urgences qui profite de l'état de faiblesse d'une patiente, présentant des tendances suicidaires, pour tenter de la séduire.²⁵

La faute **lourde** est « *une faute tellement grossière, tellement excessive qu'elle ne se comprend pas de la part d'une personne raisonnable* »²⁶. Elle se différencie de la faute légère par la gravité ou l'importance du manquement. Peut être considérée comme une faute lourde, une erreur grossière sur l'identité d'un patient ou l'interversion de deux tubes sanguins, par étourderie, provoquant une erreur fatale dans la détermination de groupes sanguins²⁷. Constitue également une faute lourde, le fait d'effectuer des prestations en état d'ivresse.

²² Voyez également l'article 3 : « *Les personnes publiques sont responsables du dommage causé à des tiers par les membres de leur personnel dans l'exercice de leurs fonctions, de la même manière que les commettants sont responsables du dommage causé par leurs préposés, et ce aussi bien lorsque la situation de ces membres du personnel est réglée statutairement que lorsqu'ils agissent dans l'exercice de la puissance publique* ». Le personnel statutaire ne bénéficie pas de l'application de l'article 18 de la loi du 3 juillet 1978.

²³ Bruxelles, 8/5/1985, *J.T.*, 1986, p. 252 et note A.-C. VAN GYSEL.

²⁴ Trib. trav. Anvers, 10/11/1993, *Chr. D. S.*, 1994, p. 374.

²⁵ Trib. trav. Namur, 11/03/2002, *Rev. Dr. Santé*, 2003-2004, p.200.

²⁶ DE PAGE, H., *Traité*, II, n° 591 bis.

²⁷ Cass fr., 16/5/1971, *J.C.P.*, 1961, II, 12.315, obs. R. SAVATIER.

Le personnel est enfin responsable de sa faute **légère** dès lors qu'il la commet **par répétition**. L'habitude peut résulter d'une utilisation incorrecte du matériel ou d'une détérioration qui révèle, en réalité, un certain état d'esprit dans le chef du travailleur. Tel est le cas lorsqu'il cause un dommage en manipulant de manière incorrecte mais continuelle du matériel médical.

2.2. – La responsabilité pénale du personnel infirmier

A . La responsabilité pénale est fondée sur **une violation d'une règle de droit pénal**, une infraction qui prendra la forme d'un délit :

- le plus souvent, un défaut de prévoyance et de précaution qui a entraîné des blessures ou un homicide involontaire²⁸ : défaut de surveillance, erreur grossière dans l'évaluation de l'état de santé du patient, défaut de contrôle de l'identification du patient, acte technique mal posé, défaut de vérification de l'identité des médicaments à administrer,... ;

- l'administration de substances mortifères ou nuisibles²⁹;

- l'abstention de porter secours à personne en danger³⁰ . Il a notamment été jugé qu'un médecin scolaire qui a été averti d'un cas possible de maltraitance d'enfant mais qui adopte un comportement passif, ne pose pas de diagnostic et ne contacte pas le médecin traitant se rend coupable du délit de non-assistance³¹. Cette jurisprudence peut s'appliquer, *mutatis mutandis*, au personnel infirmier des services d'urgence susceptible d'accueillir des enfants victimes de sévices corporels.

- la violation du secret professionnel³². Dans certaines circonstances, le personnel soignant peut outrepasser la règle du silence en invoquant *l'état de nécessité* à l'égard de patients qui auraient commis des infractions graves ou seraient susceptibles de poser des actes dangereux. En informant, par exemple, le procureur du Roi qu'un patient a commis des attentats à la pudeur sur un enfant, « *il justifie la violation du secret professionnel par l'état de nécessité dans lequel il s'est trouvé en vue d'empêcher que ce patient ne réitère les infractions dont il est en aveux* »³³.

- les infractions en rapport avec l'exercice de l'art infirmier ou d'autres branches de l'art de guérir (exercice illégal de l'art infirmier et de l'art médical)³⁴.

B. La responsabilité pénale est une responsabilité **personnelle** : le personnel infirmier est responsable des fautes pénales commises dans le cadre de l'exercice de ses fonctions, qu'il agisse en qualité de travailleur salarié ou indépendant, voire même de bénévole. Il ne peut se retrancher derrière des directives ou des ordres émanant de sa hiérarchie, du gestionnaire de l'hôpital ou des médecins.

²⁸ articles 418 et suivants du Code pénal

²⁹ article 421 du Code pénal

³⁰ article 422 bis du Code pénal

³¹ Anvers, 30/9/1997, *T. Gez / Rev. Dr. Santé*, 1999-2000, 211

³² article 458 du Code pénal.

³³ Mons, 22/11/1996, *Rev. dr. pén.*, 1997, p.575.

³⁴ voyez les articles 38 et suivants de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé.

C. La responsabilité pénale fait l'objet d'une **procédure pénale** : le patient dépose une plainte au parquet du procureur du Roi ou s'adresse directement au juge d'instruction. Il entend faire condamner le personnel soignant à une amende ou une peine d'emprisonnement.

D. A son action pénale, le patient peut joindre une action en réparation du préjudice subi en se constituant **partie civile** devant le juge répressif. La faute civile peut en effet se confondre à la faute pénale dès lors que le dommage causé consiste en une lésion corporelle.

2.3. - Les obligations hospitalières incombant au personnel infirmier

Les tâches à accomplir par le personnel infirmier dans le cadre du contrat d'hospitalisation sont nombreuses. Certaines sont générales et visent l'encadrement du patient, sa sécurité ou encore la garde de ses biens durant son séjour à l'hôpital.

A l'obligation générale de garde et de surveillance, s'ajoutent les fonctions d'observation, d'assistance et d'aide au patient³⁵.

Indépendamment de ses attributions générales, qui ne revêtent pas nécessairement un caractère médical, le praticien de l'art infirmier est légalement autorisé à accomplir des prestations techniques de soins infirmiers liées à l'établissement du diagnostic par le médecin ou à des mesures relevant de la médecine préventive³⁶.

Il n'est pas rare que l'infirmier commette des fautes dans l'exécution de ses prestations. Dans certains cas, le comportement fautif du personnel infirmier est la conséquence de **dysfonctionnements imputables à l'institution de soins** elle-même. Le soignant n'a rien à se reprocher. La jurisprudence est abondante en la matière.

Garde des biens du patient

La responsabilité de l'infirmier a maintes fois été évoquée à la suite de la disparition d'objets appartenant aux patients. Il n'est pas rare, en effet, qu'un malade ne retrouve pas des objets ou des effets personnels (portefeuille, bijoux, dentier, lunettes, ...) sur lesquels il n'a pu exercer une surveillance effective en raison de son état de santé. Le cas typique est celui de la perte des dentiers déposés sur les tables de chevet, dans les plateaux de nourriture ou à même le lit. Il est fréquent que ceux-ci disparaissent avec les déchets hospitaliers ou le linge.

³⁵ Arrêté royal n° 78 du 10/11/1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, art. 21 quinquies § 1 - a : sont visées ici les activités telles que « l'observation et la constatation des symptômes et réactions, tant physiques que psychiques, du patient, afin de rencontrer ses différents besoins et de collaborer à l'établissement du diagnostic par le médecin ou à l'exécution du traitement médical en vue des soins que requiert son état » de même que « la prise en charge d'une personne, saine ou malade, pour l'aider, par une assistance continue, à l'accomplissement des actes contribuant au maintien, à l'amélioration ou au rétablissement de la santé ou pour l'assister dans son agonie ».

³⁶ Arrêté royal n° 78 du 10/11/1967, art. 21 quinquies, § 1 - b. et annexe I de l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre.

- Le Tribunal civil de Bruges³⁷ a eu l'occasion de statuer en la matière. Une victime d'un accident de la circulation est amenée inconsciente au service des urgences d'un hôpital proche. Au moment de son admission, elle porte une chaîne dorée à laquelle est attaché un médaillon en or. Par la suite, on ne trouvera plus trace de ce bijou. D'après les déclarations du personnel de l'hôpital, il a été vraisemblablement enlevé au patient entre le moment de l'admission et celui de l'examen dans le service de radiologie. Le juge retient la responsabilité de **l'hôpital pour ne pas avoir donné de directives** au personnel ou ne pas avoir prévu d'installations adéquates pour le cas où des patients amèneraient des effets de valeur à l'hôpital. L'hôpital est donc considéré comme responsable étant donné qu'il aurait dû prévoir de telles situations en mettant en oeuvre l'organisation et l'équipement ad hoc.
- Un patient inconscient dont le collier en or disparaît après une admission à l'hôpital peut en imputer la perte au personnel qui n'a pas respecté les directives de rangement des objets de valeur des patients³⁸.

Surveillance postopératoire

- Après une intervention banale qui se déroula sans incident (enlèvement des végétations), une petite fille de huit ans est conduite vers la salle de réveil et confiée à la surveillance de l'infirmière de service. Elle a une respiration et un teint normaux. L'infirmière s'absente alors pour introduire dans la salle d'admission un patient prévu pour une autre intervention chirurgicale. A son retour dans la salle de réveil, elle constate que la fillette est cyanosée et inanimée. Elle est réanimée mais conserve des séquelles neurologiques graves. L'expertise établit que l'arrêt cardiaque et la privation d'oxygène au niveau du cerveau ont duré plus de cinq minutes. Le tribunal³⁹ estime que **la clinique a manifestement manqué à son obligation contractuelle** en n'assurant pas, après l'intervention chirurgicale, une surveillance constante dans la salle de réveil : « Attendu qu'après une opération chirurgicale, une complication, même si elle est hautement improbable, est toujours possible; que c'est pour ce motif qu'une surveillance continue dans une salle de recouvrance a été organisée dans les hôpitaux (...); qu'il est établi par le rapport d'expertise qu'une surveillance adéquate de l'enfant dans la salle de recouvrance aurait permis de déceler rapidement une difficulté; que (les experts) considèrent que la salle de réveil n'a pas rempli la mission qui lui incombait; que seule la tardiveté de l'intervention due à **une mauvaise organisation de la salle de recouvrance** est la cause du dommage ».
- Une affaire similaire a été jugée dans le même sens par le Tribunal correctionnel de Bruxelles⁴⁰. Après une opération portant sur des veines périphériques du membre inférieur droit, le patient L. est conduit en salle de réveil dans un état postopératoire parfaitement satisfaisant. Il est laissé sous la surveillance d'une infirmière qui, tout en pouvant l'observer, est appelée à assister un médecin dans le placement d'un cathéter dans une veine jugulaire d'un autre malade. Chargée de maintenir immobile la tête de ce dernier, elle porte toute son attention sur l'intervention du praticien. De retour près du patient L., elle constate qu'il ne réagit pas à ses paroles ni à ses tapotements. Elle vérifie le pouls et constate l'absence de pulsations. Il décède malgré une réanimation intensive. Il apparaît qu'entre la fin de l'opération du patient L. et le début de la réanimation se sont écoulées entre 10 et 15 minutes durant lesquelles la salle de réveil n'a pas rempli son rôle de surveillance continue pour les patients qui lui sont confiés. Suivant l'avis des experts, le tribunal estime que « la mort du

³⁷ Civ. Bruges, 21 novembre 1990, *Gestion et Santé*, n° 10, 27 mai 1992, p. 1; *R.W.*, 1991-1992, p. 1397 et note Th. VANSWEEVELT.

³⁸ Gand, 5/6/1996, *T. Gez./ Rev. Dr. Santé*, 1997-1998, p. 343; dans le même sens, J.P. MERKSEM, 21/10/1996, *T. Gez./ Rev. Dr. Santé*, 1997-1998, p. 345 relatif à la perte d'un dentier retrouvé dans un sac poubelle.

³⁹ Civ. Namur, 29 février 1988, *R.R.D.*, 1988, p. 270.

⁴⁰ Corr. Bruxelles, 18 novembre 1993, *Rev. Dr. Santé*, 1997-1998, p. 187 et en appel, Bruxelles, 9 mars 1994, *Rev. Dr. Santé*, 1997-1998, p. 188.

sieur L. (...) a été la conséquence d'un regrettable **défaut de fonctionnement de la salle de réveil**. (...) La responsabilité du décès incombe à la direction de l'hôpital ».

- Au terme d'une opération dont la narcose s'est déroulée normalement, un patient est conduit en salle de réveil afin d'être surveillé par le personnel soignant en phase postopératoire. Alors que l'infirmière spécialement chargée de la surveillance est distraite de celle-ci par une supérieure qui l'a chargée d'une autre activité, le patient présente un arrêt cardio-respiratoire. Il s'ensuit un coma mortel. La Cour d'appel de Bruxelles⁴¹ incrimine le décès du patient à **un fonctionnement anormal de la salle de réveil**, à l'exclusion de toute faute de l'anesthésiste qui pouvait « *légitimement se fier à des personnes exerçant une profession paramédicale et dont il connaissait la compétence* ».
- Un anesthésiste commet une faute en pratiquant une anesthésie simultanément dans une autre salle d'opération, et en laissant le soin de surveillance du patient à une infirmière, sans prévenir le chirurgien. Cette faute est en relation causale avec la déconnexion de l'appareil respiratoire ayant elle-même causé l'anoxie cérébrale du patient. L'infirmière chargée par l'anesthésiste de surveiller le patient ainsi que l'appareil respiratoire agit de manière imprudente en quittant la salle d'opération sans veiller à son remplacement⁴².

Prévention des chutes

- Un hôpital manque à son devoir de surveillance lorsqu'un patient âgé est admis dans un état critique au service des urgences et y est abandonné longtemps sur un brancard sans le moindre contrôle. L'animation exceptionnelle au sein de l'hôpital n'est pas une cause de justification, celui-ci devant être organisé de telle sorte qu'il y ait suffisamment de personnel présent dans le service.
- Une dame âgée de 67 ans fait une cure dans un centre de thermalisme social afin de traiter une cervicarthrose. Elle fait une chute alors qu'elle sort de la piscine pour regagner les vestiaires. Elle encourt une fracture intro-articulaire distale radius gauche. Le Tribunal civil de Bruxelles⁴³ estime que dans les centres de thermalisme, la piscine représente l'endroit le plus important de la cure et aussi le plus dangereux. Par conséquent, l'établissement thermal est tenu à une obligation particulière de sécurité quant à cette piscine en chargeant notamment son personnel d'aider les patients.
- Deux patientes, Madame A. et Madame L., partagent une chambre commune. Au cours de la nuit, vers 4h00, la sonde urinaire de Madame L. se détache et l'urine se répand sur le sol. L'infirmière de nuit, appelée par les patientes, éponge l'urine au moyen d'alèses. Vers 6 h00, Madame A. quitte son lit pour se rendre aux toilettes. S'appuyant sur une canne-béquille dont l'extrémité glisse sur de l'urine qui se trouvait encore au pied de son lit, elle fait une lourde chute et s'occasionne une fracture supracondylienne du genou droit qui prolongea l'hospitalisation de 15 jours, nécessita une rééducation et des soins de kinésithérapie. Le Tribunal de première instance de Namur⁴⁴ condamne la clinique au motif que l'infirmière aurait dû utiliser le matériel de nettoyage adapté pour éponger l'urine plutôt que de recourir à des alèses qui ne sont pas destinées à cet usage. Le nettoyage inadéquat « *traduit un défaut de prévoyance et d'utilisation des moyens pour la sécurité des personnes hébergées* ».
- En tombant de son lit, une patiente désorientée de 83 ans s'est fracturée l'épaule et la hanche. La cause de la chute est attribuée à l'absence de barres de sécurité au lit, bien que celles-ci aient été demandées par la famille. Le tribunal⁴⁵ estime que le fait de ne pas placer de barres

⁴¹ Bruxelles, 9/3/1994, *T. Gez. / Rev. Dr. Santé*, 1997-1998, p. 188.

⁴² Mons 28 juin 1994, *Rev. Dr. Santé*, 1995-1996, 291, note.

⁴³ Civ. Bruxelles, 6 novembre 1990, *R.G.A.R.*, 1993, 12140. Voyez également Anvers, 16/2/1998, *Gestion et Santé*, 1998, n° 8, p. 7 relatif à la chute d'un patient lors de l'exécution d'un exercice de revalidation.

⁴⁴ Civ. Namur, 6 septembre 1995, *inédit*, R.G. n° 2211/93.

⁴⁵ Trib. 1ère instance d'Anvers, 23 février 1995, *Gestion et Santé*, 1995, n° 7, p. 3; *Rev. Dr. Santé*, 1997-1998, p. 112.

de sécurité pendant les périodes où la patiente n'était pas sous surveillance constante constitue une négligence dans le chef de l'infirmière⁴⁶.

- Est engagée, la responsabilité d'un centre médico-social à l'occasion des lésions subies en chutant de la table d'examen après un examen radiologique, dès lors que la victime est laissée sans surveillance. Un contrôle strict est d'autant plus nécessaire que la patiente est octogénaire et que tout mouvement de sa part risque de l'exposer à une chute⁴⁷.
- En sens inverse, la responsabilité de l'hôpital n'est pas engagée lorsqu'un patient conscient, mais après narcose, se glisse au-delà des panneaux de son lit pour fumer une cigarette et fait une chute alors que le personnel infirmier lui avait formellement interdit de quitter le lit : on ne peut exiger du personnel qu'il attache un patient dans son lit⁴⁸.
- Une patiente fait une chute en descendant d'une table de scanner et s'occasionne une fracture du poignet gauche. Le personnel présent n'a pas répondu à son obligation de sécurité qui consiste à aider la patiente lors de la descente de la table. La cour estime que l'on doit attendre d'un infirmier normalement consciencieux et placé dans les mêmes circonstances qu'il guide la patiente de manière attentive⁴⁹.

Encadrement

- La clinique est responsable du préjudice consécutif aux lésions cérébrales subies par un enfant lors de l'accouchement de la mère dès lors que la nuit des faits, une seule sage-femme était en fonction pour les différents services alors que les normes légales imposent un minimum de deux sages-femmes pour la salle de travail et une pour le service des suites de couches. Cette **inobservation des dispositions légales** a eu pour conséquence de surcharger la sage-femme qui ne disposait pas du temps nécessaire pour soigner ses patientes. La clinique, liée par un contrat d'hospitalisation avec la parturiente, a commis une faute contractuelle en relation avec le dommage subi par cette dernière⁵⁰.
- Une infirmière ne commet pas de faute lorsqu'elle ne peut exercer aucune influence sur l'organisation défectueuse d'une procédure de réveil : l'hôpital est responsable d'une **occupation insuffisante de personnel**⁵¹.

Prévention des infections

Les gestionnaires d'hôpitaux doivent adopter des attitudes préventives en matière d'hygiène, mesures qui font souvent défaut en raison du manque de temps et de personnel.

- Lorsqu'une série d'infections se produit, de manière très préoccupante, au cours d'un geste chirurgical, le gestionnaire doit prendre les mesures qui s'imposent afin de détecter les éventuelles anomalies ou négligences dans la procédure de désinfection du matériel utilisé. En l'espèce, le personnel soignant et le chirurgien sont responsables d'une infection

⁴⁶ Dans le même sens, Civ. Courtrai, 13 octobre 1992, *Gestion et Santé*, 1993, n° 3, p. 14 : la responsabilité d'un centre de revalidation est retenue en cas de chute d'une patiente lors d'une promenade en chaise roulante. Le personnel du centre aurait dû attacher la patiente paralysée dans sa chaise roulante afin qu'elle ne glisse pas de son siège.

⁴⁷ Paris, 23 mai 1997, *Gaz. Pal.*, 1998, Jur., p. 23.

⁴⁸ Anvers, 30 mars 1993, *Rev. Dr. santé*, 1997-1998, p. 103.

⁴⁹ Gand (1re ch.) 15 mai 2003, *Bull. ass.* 2004, liv. 2, 345; *Rev. Dr. Santé*, 2003-2004, p. 262.

⁵⁰ Cass. fr., 30 octobre 1995, *Gaz. Pal.*, 1996, Pan., p. 152. Voyez également Cass. fr., 18 janvier 1989, *D.*, 1989, I.R., 32 et *J.C.P.*, 1989, IV, 104.

⁵¹ Bruxelles, 16 avril 1996, *Rev. Dr. Santé*, 1997-1998, p. 35; dans le même sens, mais dans des affaires différentes, Civ. Charleroi, 1er février 1991, *R.G.A.R.*, 1994, 12338, statuant sur la responsabilité civile d'un médecin, qui juge que le praticien ne peut être rendu responsable « des manquements de l'hôpital, dus à des mesures d'économie adoptées (...) sur le nombre du personnel soignant, au mépris parfois des intérêts élémentaires du patient »; Mons, 28 juin 1994, *Rev. Dr. Santé*, 1995-1996, p. 291 : l'hôpital est responsable, notamment, du dommage résultant d'un manque de personnel; Civ. Charleroi, 23 mai 1986, *VI. T Gez.*, 1987, note R. HEYLEN.

postopératoire de la plaie due à un matériel insuffisamment désinfecté, suite à une utilisation irresponsable et réitérée d'un désinfectant (solution de d'aldéhyde glutarique) combiné avec le non renouvellement à temps de l'eau de rinçage⁵².

La réduction des causes d'infection des malades hospitalisés passe notamment par la vaccination correcte du personnel soignant non seulement parce qu'elle le protège personnellement contre la maladie mais également parce qu'elle limite la circulation des agents infectieux.

Lorsque le personnel infirmier est porteur ou susceptible d'être porteur d'un germe constituant un danger pour le patient, il doit prendre les mesures adéquates pour éviter toute contamination, notamment en arrêtant le travail.

- En matière d'hygiène hospitalière, l'hôpital doit veiller à ce que le personnel soignant prenne toutes les mesures qui s'imposent afin **d'éviter toute contamination du patient**. Le 13 janvier 1990, Madame A. se présente à la Clinique du Val-de-Marne en vue d'accoucher. Le lendemain, elle subit une césarienne pratiquée par le Docteur B. assisté d'une sage-femme. L'intervention se déroule normalement et la patiente donne naissance à une petite fille. Le 15 janvier, Madame A. présente un choc septique grave qui nécessite son transfert au service de réanimation du C.H.U. de Créteil. Des prélèvements bactériologiques font apparaître qu'elle est victime d'une infection provoquée par un streptocoque B hémolytique du groupe A. Il s'agit d'une infection bactérienne sévère, à évolution foudroyante et dont le taux de mortalité varie de 20 à 50% selon la localisation. Les experts déduisent de leur enquête épidémiologique qu'une contamination nosocomiale devait être envisagée : le germe à l'origine de la contamination de Madame A. était présent dans la clinique avant son admission, le porteur initial du germe pouvant être la sage-femme (...) : « La chronologie des faits indique que Madame A. a été contaminée : soit dans la salle de travail n° 3, par contact direct avec la sage-femme (...); soit dans la salle d'opération où la sage-femme a pénétré pour prendre en charge le nouveau-né dès sa naissance ». Selon les experts, la chaîne de contamination (d'autres parturientes furent infectées par le streptocoque B du groupe A, mais sans conséquences graves), à l'origine de (...) la sage-femme, n'a pas été interrompue par des mesures individuelles d'hygiène et d'asepsie. L'existence d'une telle transmission interhumaine implique « **un manque d'efficacité dans les actions prophylactiques mises en oeuvre** ». La Cour d'appel de Paris⁵³ en conclut que la clinique du Val-de-Marne « a manqué, envers ses malades, à l'accomplissement de ses obligations contractuelles de prudence et de diligence et, tout particulièrement, celles qui lui imposaient de veiller à ce qu'en permanence, des mesures d'hygiène et d'asepsie soient assurées dans son établissement et soient prises par son personnel dès lors que c'est la sécurité même des malades qui se trouve compromise comme en l'espèce ».

Alimentation parentérale

- Suite à un problème d'entérocologie nécrosante, un enfant prématuré est soigné, de façon classique, par le remplacement de l'alimentation orale par une alimentation parentérale totale par voie intraveineuse à partir de veines périphériques. La base du liquide d'alimentation parentérale présentant un risque de toxicité, la perfusion placée dans les veines superficielles impose une surveillance étroite de l'enfant. C'est au cours de cette perfusion qu'un accident se produit, consistant dans l'extravasation du liquide de perfusion dans l'avant-bras gauche suite à une sortie de l'aiguille au-dehors de la veine ayant entraîné l'apparition de phlyctènes et une nécrose des tissus nécessitant le transfert de l'enfant dans le service de réanimation

⁵² Anvers, 12 décembre 2001, *Rev. Dr. Santé*, 2005 – 2006, p. 294.

⁵³ Paris, 1er mars 1996, *Gaz. Pal.*, 1998, Jur., p. 16 et note J. PENNEAU.

d'un hôpital universitaire. La Cour d'appel de Liège⁵⁴ relève que « les dégâts sont dus à un défaut de surveillance de l'infirmière qui n'a pas été suffisamment attentive au site de perfusion lors de ses contrôles réguliers; que le Collège d'experts s'accorde pour attribuer les blessures subies par l'enfant à un manquement aux règles de l'art dans les soins donnés à l'enfant, à savoir **un défaut de surveillance par l'infirmière** du site de perfusion, aucune faute ne pouvant être, par ailleurs, relevée à charge des médecins qui ont donné leurs soins à l'enfant ». Faisant ensuite observer qu'un contrat d'hospitalisation liait le patient à l'hôpital, elle estime que l'obligation assumée par la clinique a été mal exécutée en raison du défaut de surveillance imputable à l'infirmière : « Attendu que (...) la surveillance du site de perfusion ne relevant pas de la technique médicale mais des soins courants qui, à ce titre, rentre dans les prérogatives du personnel infirmier (...) n'engage que la responsabilité de celui-ci ou de l'établissement de soins qui l'emploie; que l'institution hospitalière est tenue à l'égard de son patient non seulement de sa propre faute mais aussi de celle des personnes qu'elle s'est substituées ou qui l'ont aidée, assistée ou suppléée dans l'exécution de son obligation de soins ».

Préparation du patient à une intervention chirurgicale

- Alors que la patiente a subi une intervention chirurgicale sous contrôle laparoscopique dans le service de gynécologie de l'hôpital dans lequel elle a été admise, elle constate, à son réveil, qu'elle ne peut plus mouvoir son bras droit. Elle remarque également des symptômes de paralysie au niveau du pouce, de l'index, et du majeur de la main droite. Elle cite en justice, outre le chirurgien et l'anesthésiste, l'hôpital, en tant que responsable contractuel du personnel infirmier. L'expertise fait apparaître que la cause des lésions réside dans **un mauvais placement du soutien de l'épaule**. Ce sont les infirmières qui étaient chargées de ce placement en fonction des indications des médecins. Le tribunal retient la responsabilité contractuelle de l'hôpital⁵⁵.
- Le médecin et l'infirmière doivent être attentifs à la position du patient en traitement postopératoire. Leur obligation est une obligation de moyen et non de résultat. Selon le juge, « *il est presque exclu (...) de contrôler de façon si intensive sinon permanente, mis à part le contrôle évident des fonctions vitales, tout changement de position, même minime, concernant leur impact sur les nerfs et sensibles à une pression sur des parties dures, comme le bord d'un lit et de les prévenir ou de les éviter* »⁵⁶.

Administration de médicaments par voie intramusculaire

- Lors d'une injection intramusculaire administrée par une infirmière, la patiente ressent une vive douleur à l'endroit de la piqûre et au niveau de l'arrière de la fesse jusqu'à mi-hauteur du mollet. Une paralysie de la jambe gauche apparaît. L'expertise démontre que l'intéressée a été victime d'une hémorragie profonde avec lésion du nerf sciatique. L'hôpital est déclaré responsable du préjudice subi par la patiente étant donné qu'il n'a pas correctement respecté son obligation de moyens vis-à-vis de la patiente et n'a pas mis en oeuvre les soins adaptés. Le tribunal⁵⁷ rappelle, par la même occasion, que l'hôpital est débiteur d'une obligation de soins.

⁵⁴ Liège, 20 décembre 1995, *Rev. Dr. Santé*, 1996-1997, p. 271. Voyez un cas similaire Liège, 13 novembre 1990, *R.G.A.R.*, 1993, 12217 relatif au dommage subi par une patiente (large nécrose cutanée) à la suite d'un traitement de chimiothérapie.

⁵⁵ Civ. Audenaerde, 17 mai 1992, *Gestion et Santé*, 1992, n° 11, 11.

⁵⁶ Gand 6 avril 2000, *Intercontact (F)* 2000 (reflet), 81.

⁵⁷ Civ. Verviers, s.d., *Gestion et Santé*, 1996, n° 17, p. 9.

Protection du patient contre les agissements des autres patients

- Par manque de place, un patient alité est placé dans le couloir du service psychiatrique de l'institution. Vers une heure du matin, il est frappé par un malade qui lui occasionne une double fracture du bras. Le juge⁵⁸ estime que l'hôpital a commis une faute grave en laissant, par manque de place, une personne gravement malade dans le couloir du service psychiatrique. Par ailleurs, il devait prendre des dispositions afin que le malade psychiatrique ne puisse quitter sa chambre. Il rappelle également que le personnel infirmier, dont l'hôpital est responsable en tant qu'employeur, avait le devoir de veiller à ce que les patients ne puissent pas se blesser mutuellement. Il aurait pu, le cas échéant, recourir à l'administration de calmants afin de supprimer tout risque d'accident.

Surveillance de patients suicidaires

- Le Tribunal de première instance de Bruges retient un défaut de surveillance de la part des infirmiers qui n'ont pas étroitement surveillé un patient présentant des intentions de suicide⁵⁹.
- L'infirmier commet une faute de surveillance en laissant seule une personne dans un état nerveux et agressif qui avait déjà tenté de s'évader dans une chambre au premier étage, avec une fenêtre qui peut être facilement ouverte⁶⁰.
- Le personnel infirmier n'est pas responsable d'une tentative de suicide d'un patient **lorsqu'il n'a pas été informé des traitements antérieurs** dudit patient pour dépression et de la nécessité de prévoir une surveillance particulière. Dans le cas soumis à la Cour de cassation de France⁶¹, un malade se jeta dans le vide après avoir ouvert la fenêtre de sa chambre située au deuxième étage. Hospitalisé dans un service de cardiologie en raison de ses antécédents cardiologiques sur décision de ses médecins, dont son psychiatre, la chambre dans laquelle se trouvait le patient était située dans le seul service de la clinique où des soins adaptés et nécessaires à son état pouvaient lui être prodigués.
- Il ne relève pas de la responsabilité de l'infirmière de surveiller le patient psychiatrique en telle manière que celui-ci ne pourrait plus bouger dans l'environnement d'un escalier. Ceci serait en contradiction avec les méthodes thérapeutiques qui sont d'application dans l'institution. Si l'infirmière doit réagir à chaque demande d'attention d'un patient psychiatrique, toute intervention thérapeutique liée à la discipline de tels patients devient impossible⁶².

⁵⁸ Civ. Oudenaarde, 30 octobre 1995, *Gestion et Santé*, 1996, 10/7.

⁵⁹ Civ. Bruges, 17 octobre 1983, *VI. T Gez.*, 1983-1984, 181 confirmé par Gand, 18 avril 1985, *VI. T. Gez.*, 1985, 557.

⁶⁰ Gand, 10/9/1997, *T Gez./ Rev. Dr. Santé*, 1999-2000, p. 128

⁶¹ Cass. fr., 3/3/1998, *Gaz. Pal.*, 1998, Panorama de la Cour de cassation, p. 215.

⁶² Anvers, 6 novembre 2003, *Rev. Dr. Santé*, 2004-20.

LA RELATION INFIRMIER - MEDECIN

Par nature, l'activité hospitalière postule une étroite collaboration entre le personnel infirmier et les médecins. Le Code de déontologie médicale rappelle à ces derniers qu'ils doivent « veiller à avoir des rapports de parfaite coopération »⁶³ dans leurs activités professionnelles avec les membres des professions paramédicales et autres collaborateurs médicaux.

Dans certaines hypothèses, le praticien de l'art infirmier peut être amené à travailler directement sous les ordres du médecin. Il agit en tant que **préposé**⁶⁴ ou **agent d'exécution**⁶⁵ du praticien de l'art de guérir.

Le personnel infirmier « préposé » d'une clinique cesse d'engager la responsabilité civile de ladite clinique lorsqu'il passe momentanément mais effectivement sous l'autorité et la surveillance d'un médecin⁶⁶. Il est ainsi unanimement admis qu'un infirmier devienne le préposé occasionnel d'un chirurgien pendant une intervention opératoire : « *Lorsque le personnel infirmier est lié par un contrat de travail, cette relation crée un rapport juridique d'autorité qui n'empêche nullement que le rapport réel caractérisant la notion d'autorité soit transférée à un commettant. (...) Le personnel infirmier, qui travaille en salle d'opération avec un chirurgien, le fait sous l'autorité et la surveillance de ce chirurgien, d'autant plus quand les actes reprochés participent concrètement aux conditions d'une intervention chirurgicale* »⁶⁷.

Alors que l'infirmier demeure lié à l'institution de soins par un contrat de travail, une relation d'autorité de fait s'installe donc entre lui et le médecin. Deux relations d'autorité vont coexister. Le fait que le médecin puisse exercer une autorité effective sur certains actes de l'infirmier ne l'autorise pas, pour autant, à se substituer à l'employeur. Ce dernier conserve la maîtrise de la relation de travail. Les effets du lien de préposition se limitent à la sphère de la responsabilité, le médecin assumant la responsabilité de certains actes posés par le personnel mis à sa disposition par l'hôpital⁶⁸.

En cas de contestation, c'est au juge qu'il revient d'apprécier souverainement, en fonction des circonstances, si le personnel infirmier se trouve ou non sous l'autorité et la surveillance du médecin. Il n'y a pas, en soi, d'automatisme.

⁶³ Articles 177 et 180 du Code de déontologie médicale.

⁶⁴ Dans le cadre de la responsabilité médicale **délictuelle**, le médecin intervient en tant que **commettant occasionnel** de l'infirmier en application de l'article 1384, 3° du Code civil.

⁶⁵ Dans le cadre de la responsabilité médicale **contractuelle**, le médecin répond des actes posés par le personnel infirmier qui exécute les obligations issues du contrat médical conclu avec le patient.

⁶⁶ Cour d'appel de Liège, 13 novembre 1990, *R.G.A.R.*, 1993, n° 12.217

⁶⁷ Namur, 21 mai 1999, *RGAR*, 2001, 13362.

⁶⁸ Dans le cadre de l'assistance infirmière lors de prestations médicales, la commission technique de l'art infirmier précise que « *l'assistance implique que le médecin et le praticien de l'art infirmier exécutent conjointement des actes chez un patient et qu'il existe entre eux un contact visuel et verbal, (...) le médecin exécutant l'acte principal de l'intervention* », in *Mémento de l'art infirmier*, 2005, édition Kluwer, p.437, circulaire ministérielle du 17/06/1997.

1 - Actes infirmiers liés aux obligations du médecin

La délimitation des actes infirmiers appartenant aux **obligations du médecin** plutôt qu'à celles de **l'hôpital** n'est pas claire. Selon la doctrine et la jurisprudence majoritaires, le médecin est responsable personnellement des prestations techniques infirmières visées à l'article 21, quinquies, § 1, b, de l'arrêté royal n° 78 du 10/11/1967 qui présentent **un lien nécessaire et direct** avec son activité et qui sont accomplies sous sa **surveillance et son autorité**⁶⁹. Sont également connexes aux obligations médicales en raison de leur nature, les **actes médicaux confiés** aux praticiens de l'art l'infirmier en application des articles 5, § 1er, alinéa 2 et 21 quinquies, § 1, c, dudit arrêté royal.

Il n'est pas rare que le juge impute au médecin la responsabilité d'actes infirmiers.

- Lorsqu'une infirmière omet, avant de connecter le sang au cathéter intraveineux, de vérifier le numéro du bordereau de sachet de sang et sa correspondance avec le nom de la patiente, elle engage la responsabilité de l'anesthésiste en sa qualité de commettant de l'infirmière qui, en salle d'opération, travaille momentanément mais effectivement sous son autorité et sa surveillance. L'infirmière attachée à une clinique peut donc devenir momentanément la préposée de l'opérateur à la disposition duquel elle est mise. Elle n'engage temporairement plus la responsabilité civile de cette dernière dès lors qu'elle travaille sous les ordres et la surveillance du médecin⁷⁰.
- Si le chirurgien est effectivement occupé lors d'une intervention par des tâches de technique médicale difficiles requérant toute son attention, il reste néanmoins responsable du champ opératoire et de sa netteté jusqu'à ce que la plaie ait été refermée dans les conditions d'asepsie maximales. En omettant de s'assurer qu'il n'oublie pas un objet de nature à provoquer une infection, en l'occurrence des compresses, il commet une faute. A supposer que faute concurrente il y eut dans le chef du personnel infirmier qui procède au comptage des compresses, le médecin, en sa qualité de commettant, en est également responsable⁷¹.
- La Cour d'appel de Liège⁷² précise que l'infirmière peut être préposée du médecin lorsque l'activité de l'auxiliaire médicale apparaît comme le prolongement de son bras ou l'utilisation d'une main de plus dans l'intervention. La responsabilité du médecin peut être engagée s'il est démontré qu'il a confié à du personnel auxiliaire, sans aucune surveillance adéquate de son activité par lui-même ou par autrui, un acte pouvant être confié à du personnel sortant des soins courants.
- Par contre, lorsque le médecin confie un acte à une infirmière non qualifiée et qu'il s'ensuit un dommage pour le patient, il ne peut être déclaré civilement responsable du personnel infirmier lorsqu'il est tenu de se conformer à l'organisation de l'établissement et ne peut exercer aucun choix quant au personnel dont il souhaiterait s'entourer. Dans l'affaire jugée par la Cour d'appel de Liège en date du 13/11/1990⁷³, le Docteur B., oncologue, charge une infirmière en chef brevetée de faire administrer un traitement chimiothérapique à une patiente. A l'époque des faits, l'arrêté royal du 11 mars 1985 déterminant les qualifications exigées pour chaque prestation technique de soins infirmiers était en vigueur : seules les infirmières graduées pouvaient procéder à une perfusion intraveineuse⁷⁴. Plutôt que de faire

⁶⁹ Trib. Tr. Namur, 24/02/2003, RG 93.195, *T. Gez. / Rev. dr. Santé*, 2004 – 2005, p. 321.

⁷⁰ Liège, 17/3/1995, *T. Gez. / Rev. dr. Santé*, 1998-1999, p. 289; *contra*, Bruxelles, 16/4/1996, *T. Gez. / Rev. Dr. Santé*, 1997-1998, p.35.

⁷¹ Namur, 21 mai 1999, *RGAR*, 2001, 13362.

⁷² Liège, 11/9/1992, *T. Gez. / Rev. Dr. santé*, 1997-1998, p. 113.

⁷³ Liège, 13/11/1990, *R.G.A.R.*, 1993, 12217.

⁷⁴ Les faits se sont déroulés le 26 mars 1987 alors que l'arrêté royal du 11 mars 1985 est entré en vigueur le 1er janvier 1987 et a été annulé par le Conseil d'Etat le 3 avril 1987.

appel à une infirmière graduée, elle procède, avec l'aide d'une autre infirmière brevetée, à la préparation et à l'installation d'une perfusion d'adriamycine. Très rapidement, suite à une extravasation du produit, un oedème induré apparaît. La patiente est finalement victime d'une large nécrose cutanée avec atteinte au tendon du biceps, nécessitant une intervention chirurgicale. La juridiction relève que, d'une part, ni l'infirmière en chef ni sa collègue n'avaient la qualification légale pour installer la perfusion intraveineuse et que, d'autre part, la direction de l'établissement ne voulait faire aucune distinction entre les différentes qualifications du personnel. Contraint de se conformer à l'organisation de l'établissement qui ne tenait aucun compte des compétences de son équipe soignante, le Docteur B., bien que pénalement responsable pour défaut de surveillance, ne doit, en aucune manière, répondre d'un dommage consécutif à la **mauvaise administration des soins infirmiers dans l'hôpital**. La Cour d'appel retient la responsabilité pénale des infirmières et la responsabilité civile de l'institution de soins.

- Le 13 juin 1996, une patiente âgée de 69 ans subit une prothèse totale du genou sous anesthésie rachidienne et péridurale combinée. La patiente regagne sa chambre après un séjour sans incidents en salle de réveil, le médecin anesthésiste prescrivant une analgésie post-opératoire au moyen d'une perfusion péridurale continue d'une solution de morphiniques et d'anesthésiques locaux. Il n'injecte pas de dose test ni n'administre la dose d'entretien, l'administration étant confiée, « selon un usage constant » dans l'institution, au personnel infirmier. Deux heures après le retour de la patiente dans l'unité de soins, la patiente est découverte en arrêt respiratoire. Elle est réanimée mais demeure dans un coma irréversible. On constate, après enquête, que l'infirmière chargée des soins auprès de la patiente a programmé la pompe à péridurale à un débit de 20 ml/heure au lieu de 2 ml/heure comme précisé sur la prescription du médecin anesthésiste. Le gestionnaire hospitalier impute à l'infirmière l'entière responsabilité du préjudice subi par la patiente. Il la contraint à démissionner sur-le-champ afin d'éviter un licenciement pour faute grave. Le tribunal examine les causes de l'accident qui ont conduit la direction de l'hôpital à demander la démission de l'infirmière⁷⁵. L'acte posé par l'infirmière est sans conteste une prestation technique de soins infirmiers, à savoir « l'administration d'une dose médicamenteuse par le biais d'un cathéter épidural placé par le médecin dans le but de réaliser une analgésie de longue durée pour le patient ». En application de l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers, cet acte requiert une prescription médicale (prestation B2). Le tribunal ordonne une expertise technique, confiée à la Commission technique de l'art infirmier, afin de savoir si ledit acte pouvait être posé par l'infirmière seule ou si « le déroulement de l'analgésie ne devait pas être surveillé et supervisé par un médecin ». Se référant à un avis émis le 9 avril 1996 sur le contenu de cet acte, ladite commission précise que⁷⁶ :

 - l'infirmier prépare le patient ainsi que l'équipement. Le médecin place le cathéter épidural, injecte la dose test, vérifie la position du cathéter, commence à administrer la dose d'entretien, supervise le déroulement de l'analgésie et en contrôle la sécurité. L'infirmier apporte au médecin l'aide nécessaire ;
 - si l'infirmier peut programmer le pousse-seringue, il doit néanmoins agir dans le cadre d'une procédure et d'un plan de soins préalablement établis au sein du service.

En l'espèce, il incombait au médecin d'injecter la dose test, de commencer à administrer la dose d'entretien et de mesurer les effets de l'analgésie durant la période qu'il jugeait nécessaire, la patiente demeurant en salle de réveil. Par ailleurs, l'institution hospitalière a failli à son obligation générale d'organisation des soins *'en ne détaillant pas, dans un plan de soins de référence, les prestations techniques de soins infirmiers et les actes médicaux confiés pour bien préciser les responsabilités des médecins et des infirmiers* ».

⁷⁵ Trib. trav. Namur 24 février 2003, *Rev. dr. santé* 2004-05, p. 321, confirmé par Liège, 6 décembre 2005, inédit, RG n° 7.396/2003.

⁷⁶ Le contenu détaillé de l'acte est reproduit dans le *Mémento de l'art infirmier*, 2005, pages 435 et 436.

En conséquence, la démission de l'infirmière a été viciée par une erreur substantielle et excusable consistant en une représentation fautive ou inexacte de la réalité. Elle n'a pas pu mesurer l'importance de l'erreur commise et n'a pu évaluer sa part de responsabilité parce qu'elle s'est reprochée un acte qui n'était pas de sa seule responsabilité. En d'autres termes, « si elle avait su que l'acte qui lui a été reproché ne relevait pas, tel qu'il a été accompli, de sa compétence d'infirmière, elle n'aurait jamais donné sa démission ». La démission étant annulée pour vice de consentement, l'infirmière est en droit de prétendre à une indemnité compensatoire de préavis.

Quant aux actes médicaux confiés, les conditions dans lesquelles les médecins peuvent les confier aux praticiens de l'art de guérir n'ont jamais été fixées par arrêté royal. A défaut, on s'en référera aux positions doctrinales et jurisprudentielles⁷⁷ en la matière, à savoir :

- l'acte confié doit être médical;
- l'acte doit être confié par un praticien de l'art médical et doit être de nature à être confié;
- le médecin doit vérifier si la personne à laquelle il confie la tâche possède les compétences requises;
- le médecin doit fournir au soignant toutes les informations relatives aux risques liés au traitement et à l'état du patient;
- le médecin doit confier l'acte sous sa responsabilité et sa surveillance;
- le médecin doit contrôler si l'acte médical a bien été exécuté.

Si le médecin confie des actes médicaux à un infirmier, il ne peut exiger de lui que les prestations énumérées à l'annexe II de l'arrêté royal du 18 juin 1990⁷⁸. De la même manière, le praticien de l'art infirmier ne peut, en aucun cas, effectuer des prestations techniques de soins infirmiers B2 sans prescription médicale ni exercer l'art de guérir en dehors du cadre de dudit arrêté royal⁷⁹. A défaut, il est pénalement punissable. Il ne peut, par exemple, rédiger une prescription médicale, poser un diagnostic en vue d'une thérapie ou remettre, de sa propre initiative des médicaments à un patient⁸⁰.

2 - L'obligation d'information du praticien de l'art infirmier

L'infirmier doit avertir le médecin dès que l'état d'un patient nécessite son intervention.

- Face à un patient présentant des douleurs croissantes, le personnel infirmier doit réagir en prenant contact avec le médecin de garde. Lorsque sa passivité provoque des lésions au patient, il est responsable de sa propre négligence⁸¹.

⁷⁷ Sur le sujet, voyez NYS, H., « *La médecine et le droit* », Kluwer, 1995, p. 482.

⁷⁸ Article 38, § 1, 2°, b de l'arrêté royal n° 78 du 10/11/1967 : sont punis d'un emprisonnement et d'une amende les médecins qui confient à des praticiens de l'art infirmier un ou des actes qui relèvent de l'art médical sans se conformer au prescrit de l'arrêté royal du 18 juin 1990.

⁷⁹ Article 38, § 1, 2°, d de l'arrêté royal n° 78 du 10/11/1967 : sont punis d'un emprisonnement et d'une amende le praticien de l'art infirmier ou le praticien d'une profession paramédicale qui exécute habituellement un des actes qui relèvent de l'art médical ou de l'art pharmaceutique sans se conformer aux dispositions de l'arrêté royal du 18 juin 1990. Pour mémoire, la loi du 19/1/1961 et son arrêté royal d'exécution du 1/8/1961 autorisent des personnes qui ne sont pas légalement qualifiées pour exercer l'art de guérir à accomplir certains actes médicaux dans des circonstances exceptionnelles (faits de guerre, calamités, pénurie de personnel légalement qualifié), à savoir les injections intraveineuses et les prélèvements de sang par ponction veineuse

⁸⁰ Dans ce sens, voyez Gand, 5/5/1997, *T. Gez. / Rev. Dr. Santé*, 1997-1998, p. 346 condamnant un kinésithérapeute pour exercice de l'art de guérir et de l'art pharmaceutique.

⁸¹ Civ. Gand 12 février 1997, *Intercontact (F)* 2002 (reflet FELIX, H.), liv. 4, 117.

Il ne peut toutefois le contraindre à agir étant donné qu'il ne dispose d'aucun pouvoir d'autorité sur lui. Dans cette hypothèse, il ne peut être rendu responsable des conséquences dommageables consécutives à l'abstention du médecin. Ce dernier assume entièrement la responsabilité de sa décision.

- Au terme d'un accouchement qui se déroule normalement, une patiente présente des malaises annonciateurs du déclenchement d'une crise d'asthme ainsi que des douleurs au ventre. L'infirmière de garde injecte un calmant à deux reprises. L'état de la patiente ne s'améliorant pas, elle consulte le médecin de garde qui **prescrit** un changement de traitement **sans se rendre au chevet de la patiente**. L'intensité de la crise s'installe progressivement, entraîne un arrêt cardiaque et de décès de la malade. Malgré les interventions répétées de l'infirmière auprès du médecin, ce dernier a sous-estimé la gravité de l'état de la patiente. La Cour d'appel de Mons⁸² estime qu'il appartient au seul médecin d'apprécier l'opportunité et la nature de ses interventions, l'infirmière n'ayant aucunement « *le pouvoir d'insister auprès de lui afin de le contraindre à intervenir autrement qu'il ne le fit* ». Aucun défaut de précaution ne peut être établi dans le chef de l'infirmière.

La circulaire ministérielle du 17 juin 1997 abonde dans le sens de cette jurisprudence, précisant que le praticien de l'art infirmier, dans l'hypothèse d'une prescription médicale par téléphone, doit, d'une part, consigner, dans le dossier du patient, le refus du médecin de donner suite à sa demande d'examiner le patient et, d'autre part, en informer son infirmier(ère) en chef⁸³.

⁸² Mons, 25/10/1996, *T. Gez. / Rev. Dr. Santé*, 1998-1999, p. 389.

⁸³ Circulaire ministérielle du 17 juin 1977, *op. cit.*, in *Mémento de l'art infirmier*, 2005, p. 438.