

Formation et responsabilité de l'infirmière en médecine d'urgence

- C. LEFRANC, S. DULIOUST -

Introduction

La profession d'infirmière en France a connu une évolution considérable au cours de ces vingt dernières années à la fois dans ses pratiques et ses responsabilités.

La crise identitaire imprégnée des mouvements de 1988 et 1991 traduits en terme de mobilisation générale par la presse de l'époque marque un tournant significatif dans la profession. [infirmière s'identifie aujourd'hui au modèle d'une professionnelle qualifiée, partenaire de santé, responsable devant la société.

Cette reconnaissance s'est clairement définie en 1993 dans un décor juridique qui permet d'apprécier, d'éprouver et de développer une compétence reconnue. Ainsi, une nouvelle histoire des infirmières s'ouvre à des possibles.

Aujourd'hui, un rapide état des lieux de la profession fait observer un faible engagement à transformer les mots écrits en réalité objective. Dans le microcosme hospitalier, le temps de la reconnaissance se vit comme un frileux repli vers des habitudes anciennes.

La tentation d'une explication rationnelle qui fustige une formation insuffisante est restrictive. Toute connaissance en effet n'est pertinente que si elle est contextualisée. Toute attitude repose sur une mémoire. Aussi, ne peut-on faire l'économie d'une approche qui restitue la complexité d'un corps professionnel en mutation dans un environnement lui-même en évolution.

Comment appliquer cette réflexion au contexte de la médecine d'urgence ?

Comment la formation peut-elle, à partir de la connaissance, modeler une attitude vers un comportement adapté ?

1. La connaissance des textes juridiques

Deux textes réglementent l'exercice infirmier ; ils sont complémentaires et se renforcent :

1.1. Les règles déontologiques des infirmières (RDI)

Décret n° 93-221 du 16 février 1993 - JO du 18 février 1993. S'il existe une éthique et une déontologie infirmières faites de traditions ancestrales fondées sur des valeurs communes de la profession, aucun règlement déontologique n'avait encore été publié. Le RDI contient deux catégories de dispositions qui s'appliquent à toutes les infirmières qui accomplissent un acte de soins :

- les unes fondamentales formulant des préceptes de caractère moral : respect de la vie, secret professionnel...,
- les autres relatives à des règles administratives.

1.2 Les actes professionnels et l'exercice de la profession d'infirmière ou Décret de Compétences(DC) Décret n ° 93 345 du 15 mars 1993 - JO du 16 mars 1993.

Le Décret de Compétence décline le champ de compétence de l'infirmière qui s'est élargi en comparaison de l'ancien décret n° 84 689 du 17 juillet 1984, mais aussi ses limites; il précise :

- le rôle propre de l'infirmière qui désigne le domaine spécifique de la fonction infirmière dans lequel lui sont reconnues une autonomie et la capacité de jugement et d'initiative, dont la délégation des soins infirmiers,
- les conditions d'application des prescriptions médicales et de participation à la mise en oeuvre des thérapeutiques.

II : La responsabilité de l'infirmière

La responsabilité est définie comme "l'obligation de répondre de ses actes". Il convient de distinguer :

- **la responsabilité morale (ou subjective) dont la sanction est exclusivement intérieure,**
- **la responsabilité juridique (objective) dont l'infirmière doit répondre devant le juge: il en résulte une notion de compte à rendre avec réparation du dommage s'il existe.**

En revendiquant son autonomie et son identité, l'infirmière engage sa responsabilité personnelle au niveau des actes qu'elle effectue ou qu'elle délègue (article 14 RDI) aux aides-soignants et aux auxiliaires de puériculture dans la limite de la compétence reconnue à ces derniers (article 2 DC).

Cette responsabilité croissante vient se surajouter à la responsabilité qu'elle partageait déjà avec l'équipe médicale à l'occasion de l'acte de soins.

III : La responsabilité juridique de l'infirmière

L' étendue de la responsabilité juridique de l'infirmière est balisée par le contenu des décrets de février et mars 1993. Elle peut être : civile, pénale, disciplinaire.

3.1. La responsabilité civile

La responsabilité civile résulte d'un dommage causé à autrui et consiste en une obligation de réparation du préjudice subi sous forme de dommages et intérêts accordés à la victime ou à sa famille. Toute faute commise par l'infirmière dans l'exercice de sa fonction est une faute de service

La jurisprudence distingue deux types de faute :

- a faute liée à l'acte de soins (cicatrice imputable à une injection, bris de dents à l'intubation...),
- la faute liée à la mauvaise organisation du service (chute du patient par défaut de ridelles de brancard...).

La faute réunit trois conditions :

- une faute ou présomption de faute (*),
- un dommage réel et certain,
- un lien de causalité entre faute et dommage.

La réparation est supportée par la compagnie d'assurance de l'hôpital qui engage sa responsabilité administrative. La faute est involontaire, résultant d'une action ou d'une abstention, d'une négligence, d'une imprudence, d'une erreur qui exclut toute malveillance.

Cependant la faute particulièrement grave ou malveillante peut engager l'hôpital à une action récursoire contre l'infirmière, lui réclamant une part d'indemnités. L' intérêt d'une assurance pour l'infirmière est alors judicieux. La faute personnelle dite "lourde et inexcusable" détachable de la fonction (violation du secret professionnel, atteinte volontaire à l'intégrité de la personne...), traduit une méconnaissance totale des devoirs professionnels. La charge indemnitaire de la réparation incombe alors à l'infirmière.

3.2. La responsabilité pénale

La responsabilité pénale est strictement individuelle, liée au comportement de chacun. Cependant, la faute de l'un des membres de l'équipe soignante peut entraîner la mise en cause indirecte d'une ou plusieurs personnes selon leur niveau d'autorité et leur implication par rapports aux faits.

Une poursuite pénale s'engage quand il y a infraction à la loi : l'objectif est de sanctionner l'auteur reconnu coupable de l'infraction - Les transgressions à la loi pénale s'expriment en termes de contravention, délit, crime, avec pénalités

particulières selon le caractère de l'infraction : tentative, récidive, complicité.

Les conditions de culpabilité réunissent :

- une faute involontaire,
- un préjudice important pour le patient,
- un lien de cause à effet : culpabilité démontrée (expertise).

La sanction pénale va de l'amende à l'emprisonnement avec interdiction temporaire ou définitive d'exercer la profession d'infirmière.

La jurisprudence relate les infractions auxquelles s'expose la profession infirmière :

- **Atteinte Involontaire à la vie de la personne** (article 221-6 du CP)
jugement cour d'Appel d'Agen 1991 - décès d'un jeune enfant après erreur de posologie
▶ mise en cause : infirmière- médecin anesthésiste.
jugement Cour d'Appel d'Avesnes 1988 - décès d'une opérée de 33 ans par choc anaphylactique à la suite de l'injection d'un calmant par une aide-soignante sur prescription de l'infirmière
▶ mise en cause : infirmière - aide-soignante.
- **Atteinte Involontaire à l'intégrité de la personne** (articles 222-19 et 220-20 du CP)
jugement Cour d'Appel d'Angers 1980
▶ invalidité d'un nourrisson à la suite d'une confusion du cathéter ombilical et de la sonde de gavage
▶ mise en cause : auxiliaire de puériculture, surveillante, médecin chef de service.
- **Atteinte au secret professionnel** (article 226-13 du CP)-(article 4 RDI)
Le secret n'est pas applicable (article 226-14 CP) (article 7 RDI)
▶ lorsque sont constatés des sévices ou privations sur un enfant de moins de 15 ans ou sur une personne qui n'est pas en mesure de se protéger, l'infirmière a le choix de se taire ou de dénoncer pour servir les intérêts du patient (article 26 RDI),
▶ en cas de violences sexuelles de toute nature, le médecin seul a la possibilité de dénoncer avec l'accord de la victime.
- **Exercice illégal de la Médecine** (article 433-17 du CP)-(article L 372 du CSP)
(*1 si la preuve est difficile à rapporter, le juge admet la présomption de faute, le préjudice étant lui-même disproportionné avec la nature courante de l'acte de soins (exemple : injection provoquant une paralysie).
- **Interruption illégale de la grossesse** (articles 223-10 et 223.11 du CP)
- **Expérimentation sur la personne humaine sans consentement libre et éclairé** (articles 223.8 et 223-9 du CP)
- **Omission de porter secours** (article 223-6 du CP)
- **Interruption illégale de la grossesse** (articles 223-10 et 223.11 du CP)

- **Expérimentation sur la personne humaine sans consentement libre et éclairé** (articles 223.8 et 223-9 du CP)
- **Omission de porter secours** (article 223-6 du CP)
- **Parmi d'autres infractions pénales :**
 - Délaissement d'une personne hors d'état de se protéger.
 - Infractions à la réglementation relative aux stupéfiants. .
 - Faux en écriture (certificats...).
 - Escroqueries (acceptation de pourboires...).

3.3. La responsabilité disciplinaire

Chaque fois qu'elle commet un manquement à une obligation professionnelle ou à une disposition statutaire, l'infirmière s'expose à des sanctions disciplinaires :

- Régime disciplinaire prévu par le statut de la fonction publique. Le pouvoir disciplinaire appartient au Directeur après avis du Conseil de discipline. Les sanctions prononcées peuvent aller de l'avertissement à la révocation.
- Régime disciplinaire exercé par la Commission régionale de discipline : (articles 24 et 46 du ROI) (articles L 482-1 et suivants CSP)

Le contenu de ces articles reste théorique du fait de l'absence de décret d'application.

3.4. Les rapports entre : faute de service, faute pénale et faute disciplinaire

- La faute de service peut constituer une faute disciplinaire.
- La faute pénale lie l'autorité disciplinaire. L' infirmière condamnée pénalement sera obligatoirement sanctionnée disciplinairement. Cependant, l'absence de condamnation pénale (bénéfice du doute) n'implique pas l'abandon des poursuites disciplinaires.

IV: La responsabilité Juridique de l'Infirmière en médecine d'urgence

De toutes les activités hospitalières, la médecine qui s'exprime à l'urgence est polyvalente, séquentielle, discontinue, à caractère social ouvert sur la ville. C'est une discipline où les pratiques à risques et l'imprévisibilité confinent les acteurs de soins et en particulier l'infirmière dans un système qui alourdit sa responsabilité.

4.1. Le contexte de la médecine d'urgence

Le caractère des situations les plus diverses et variées fait appel à une pluricom pétence de l'infirmière. La gestion des flux, le choix des réponses

immédiates, la brusque inadéquation des moyens en personnel face à une inflation de demandes, contraignent à une perspicacité toujours en éveil. Les tensions sont fortes en particulier dans le désordre de la suractivité où l'urgence et l'enjeu vital mobilisent énergie et vigilance. Ces contraintes se déclinent en charges physique et mentale.

L'implication d'une multiplicité d'acteurs dans une problématique où se côtoient la douleur, la détresse, l'agressivité, la mort, induit une forte charge émotionnelle. Elle influence considérablement la dépendance des acteurs entre eux et parasite une attitude d'ajustement. Parfois, des "arrangements" à la hâte sont recherchés. Enfin, les soins courants ont aussi leur cortège de risques : la fatigue des fins de journée s'accompagne d'une baisse du niveau de la vigilance, d'un accroissement des transmissions orales et parfois d'un glissement de tâches, au prix d'une dissonance. On constate que ces tendances sont majorées par la présence d'un personnel nouveau ou temporaire moins exercé (un réel problème en période estivale dans les hôpitaux du bord de mer).

Le contexte prégnant de la médecine d'urgence, l'analyse de la jurisprudence et l'armature juridique dont s'est dotée la profession d'infirmière invitent le professionnel à s'interroger sur ses pratiques quotidiennes.

4.2. Le respect de la vie et de la dignité humaine

L'accueil des urgences est aussi le premier refuge des plus démunis : l'alcoolique et la complainte de son mal être, le toxicomane en quête d'une seringue, le détenu entre deux képis, le "sans abri" avec son chien, la femme battue et ses gamins... Chacun d'eux attend un regard, une parole, une écoute, une attitude qui reconnaissent leur dignité (article 2 RDI), une assistance (article 6 RDI) et une absence de discrimination (article 25 RDI).

Quelle que soit la nature du soin proposé, celui-ci doit présenter un intérêt direct (article 26 RDI) pour le patient et nécessiter son consentement éclairé. Le devoir d'assistance à personne en péril (article 6 RDI) se prolonge par l'obligation de répondre à tout dispositif de secours mis en place pour faire face à une situation d'urgence (article 22 RDI).

4.3. Le secret professionnel

Le secret professionnel a pour fondement la protection de la vie privée et de l'intimité de la personne (article 2 RDI).

L'admission des patients susceptibles d'être impliqués dans un crime ou un délit impose à l'infirmière le secret professionnel (article 4 RDI) :

- **Il est un symbole** : le respect du malade.
- **Il est nécessaire** : toute personne ayant besoin de secours doit pouvoir recevoir des soins sans risquer d'être trahie.
- **Il est absolu** : il couvre ce qui a été confié, vu, lu, entendu, constaté ou compris. L'infirmière doit veiller à ce que ses collaborateurs s'y conforment.

La nature de la blessure ou de la maladie du patient relève de l'autorité médicale. L' infirmière dépend de cette autorité dans le domaine des actes de soins techniques. Ce lien de subordination engage l'infirmière qui partage le secret professionnel avec le médecin, à référer à celui-ci des faits connus à l'occasion de son activité de soins , (article 29 RDI). C'est au médecin qu'il revient de décider de la conduite à tenir en fonction des impératifs du secret professionnel. ,

Le devoir d'information au patient et à la famille s'exerce dans la limite du champ des compétences de l'infirmière, en respectant le domaine des compétences du médecin comme le diagnostic médical.

Aucune personne étrangère au service n'est autorisée à consulter les dossiers médicaux ou le cahier d'admission aux urgences. Le contrôle du médecin conseil de la Sécurité Sociale autorisé par la loi s'effectue avec l'accord du médecin chef de service. De même, la saisie d'un dossier médical ou du dossier de soins infirmiers par les officiers de police doit être accompagnée de la production de la commission rogatoire en venu de laquelle ils agissent. Un membre du conseil de l'ordre des médecins doit assister à la saisie. Le médecin chef de service est aussitôt averti d'une telle demande de même que le Directeur de l'hôpital.

4.4. La confidentialité

L'accueil des patients à proximité d'une salle d'attente souvent bondée, un téléphone qui oblige à élever la voix, un dossier posé négligemment sur un brancard, une consigne partagée d'un bout à l'autre du couloir sont des occasions multiples de manquer au devoir de confidentialité (article 5 RDI). Les situations qui s'entrecroisent en médecine d'urgence touchent le tragique, l'insolite mais aussi la mauvaise farce. Elles alimentent parfois les conversations "d'ascenseurs", de "cantine" ou de salle de garde. Aussi faut-il veiller à recentrer quelques principes de bases qui font appel à la prudence, au bon sens et au respect du lien social.

4.5. L'obligation de réserve et de discrétion professionnelle

Tout fonctionnaire est lié à l'obligation de réserve et de discrétion professionnelle (article 11 de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires) et concerne tous les faits et informations ou documents connus à l'occasion de l'exercice professionnel. Cette obligation qui préserve l'image de l'institution hospitalière est la contrepartie de la protection dont bénéficie le fonctionnaire contre toute menace, agression, outrage dont il pourrait être victime dans l'exercice de ses fonctions. Elle joue vis-à-vis de l'extérieur mais non au sein de la structure hospitalière. [autorité hiérarchique doit être informée de tout fait pouvant engager la responsabilité de l'établissement.

4.6. L'application et la mise en oeuvre des prescriptions médicales

L' application de toute prescription médicale exige qu'elle soit, sauf en urgence, écrite, qualitative et quantitative, datée et signée par le médecin (article 4 DC). La mise en oeuvre des thérapeutiques et la participation à la

surveillance clinique qui en découle engage la responsabilité de l'infirmière.
Ces exigences supposent :

- un récapitulatif précis des prescriptions verbales, exécutées en urgence, sur le dossier de soins du patient avec les mêmes contraintes que la prescription écrite. (l'habilitation verbale n'existe pas !);
- une prescription lisible et éclairée si besoin (article 29 RDI) par le médecin prescripteur;
- une adhésion consciente et réfléchie de l'infirmière reposant sur un savoir. En effet si par expérience ou connaissance l'infirmière est certaine qu'une prescription ferait courir un risque au patient, son devoir est de s'abstenir (sinon il y aurait non assistance à personne en danger) et de s'en expliquer auprès du médecin prescripteur.

En cas d'urgence et d'absence de protocoles écrits et validés, l'infirmière ne pourra procéder qu'aux actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'arrivée du médecin. Un compte rendu écrit, daté, signé sera établi par l'infirmière et remis au médecin (article 29 ROI).

Depuis le 15 octobre 1994, seules les infirmières anesthésistes diplômées d'état ou les infirmières en cours de formation d'anesthésie sont habilitées à participer aux techniques d'anesthésie générale ou loco-régionale, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment (article 7 DC).

Une mise en garde s'adresse à l'infirmière anesthésiste qui exerce son activité en polyvalence dans les secteurs URGENCES.SMUR. Son implication dans tout départ inopiné en mission SMUR contre-indique sa participation à un acte d'anesthésie aux urgences, dont elle ne pourrait assurer le suivi thérapeutique et la surveillance (article 14 RDI) (article 1 DC).=

L'infirmière non spécialisée en anesthésie qui, encouragée par l'illusoire et sempiternel "je vous couvre" du médecin, participe à une technique d'anesthésie engage sa responsabilité professionnelle (article 3 RDI).

4.7. Les situations d'urgence

L'accueil des urgences est le carrefour des rencontres de situations les plus extrêmes : du simple malaise à la détresse vitale. Devant toute situation d'urgence, l'infirmière doit appeler rapidement le médecin et entreprendre en attendant son arrivée les actes qui permettent de maintenir en vie le patient (article 6 RDI) (article 8 DC). Cette attitude invite l'infirmière d'urgence à bien connaître les protocoles de soins d'urgence qui existent dans le service ainsi que la pratique des gestes élémentaires de survie.

4.8. Accueil et hébergement des patients à risques

L'admission provisoire en service "porte" de patients présentant un comportement de type suicidaire, ou des signes manifestes d'agitation pouvant induire une chute du brancard, ou encore un état susceptible d'entraîner un acte de violence, doit faire l'objet d'une surveillance adaptée. Le caractère plus ou moins prévisible du comportement "à risques", l'absence de dispositifs de protection des portes et fenêtres et une surveillance inadéquate sont des

éléments de nature à générer un contentieux en cas de dommages, qui engage la responsabilité de l'infirmière.

La prise en charge du patient en état d'alcoolisation aiguë emprunte souvent le même scénario : "ce perturbateur qui perturbe n'arrive jamais au bon moment". A la tombée ou au lever du jour, il dérange, il effraie : il "passera le dernier" à la radiologie ou sera reclus dans la chambre du fond pour dégriser. Mais un tableau banal d'alcoolisation peut cacher la constitution d'une véritable urgence qui impose à l'infirmière une vigilance particulière dans l'accompagnement des soins au patient alcoolisé : là encore, valeur personnelle et valeur professionnelle ne doivent pas être confondues (article 25 RDI).

4.9. Encadrement des étudiants stagiaires

Le service d'aide médicale urgente offre un terrain d'apprentissage très formateur. Un roulement important d'étudiants en soins infirmiers et aides soignants est observé tout au long de l'année et en particulier l'été. La responsabilité de l'encadrement des stagiaires est confiée aux infirmières (article 31 RDI) selon leur compétence, par délégation du cadre infirmier qui vérifie la qualité de cet encadrement. Cela suppose qu'aient été définis en équipe les termes de "responsabilité, encadrement, délégation", rappelant le champ d'action et les limites de chacun. La nécessité de disposer en permanence d'un échantillon de personnels possédant une solide expérience de terrain s'impose. Ils sont des guides de choix dans l'accompagnement des étudiants et du personnel nouveau. (jugement Tribunal Correctionnel de Draguignan, 1994 - surdosage accidentel médicamenteux - décès d'une petite fille de 5 ans- mise en cause : infirmière référente, étudiante stagiaire- sanction : infirmière référente).

Cette énumération non exhaustive de situations rencontrées dans le cadre de la médecine d'urgence sont des clignotants qui engagent l'infirmière à une réflexion sur le sens de sa responsabilité dans l'esprit des textes de 1993. La formation peut-elle aider cette démarche réflexive ?

V : La formation et la responsabilité de l'Infirmière

5.1. La formation Initiale

La formation initiale qui conduit au diplôme unique d'infirmière est centrée essentiellement sur la transmission de contenus qui abordent de nombreux domaines divers et variés. Cependant la faible capacité d'anticipation de la jeune diplômée l'invite à structurer ses apprentissages au chevet du patient, avant d'envisager une expérience professionnelle en médecine d'urgence.

5.2. La formation post-basique

La formation permanente reste une composante essentielle dans l'implication et l'engagement professionnels de l'infirmière en terme de responsabilité (article 10 RDI). A la fois cognitives, instrumentales et comportementales, les acquisitions continues de savoirs validés par l'expérience professionnelle développent la compétence dans laquelle se forment :

- l'autonomie, qui donne de l'assurance, mesure la portée d'une attitude sans chercher la consigne ou l'instruction,
- l'Initiative, qui rend le professionnel acteur et responsable de ses actes dans un souci de finalité,
- la motivation, qui satisfait le besoin d'accomplissement de soi.

5.3. La pratique professionnelle

La médecine d'urgence ne laisse pas de place à l'improvisation. L'exercice professionnel infirmier dans cette discipline doit être initié et accompagné avant de devenir opérationnel.

L'apprentissage et la réflexion entretenue au sein de l'activité du service gardent une valeur incontournable en matière de responsabilité. Le cadre infirmier joue un rôle important d'initiation et de régulation : il s'assure que les soins dispensés dans son service le sont conformément à la législation en vigueur. Par son attitude d'observation et d'écoute, il se rend compte des dysfonctionnements générateurs de fautes. Il peut alors en comprendre les mécanismes et éveiller une prise de conscience quant aux conséquences dommageables. Le cadre infirmier accompagne des actions éducatives dans cette dimension en fixant des objectifs clairs et précis déterminés en collaboration avec l'infirmière. La rédaction de protocoles contenant des informations codifiées, bâtis en collaboration avec le médecin à la rétrospective de situations vécues sont le fil conducteur qui permet de mieux affronter les situations à risques.

Un climat de travail positif favorise la confiance, la sécurité, le respect mutuel et la coopération. Aussi l'équipe d'encadrement veille à réduire les obstacles psychologiques parasites (rumeurs, critiques, incertitudes...) en introduisant un système de communication flexible qui autorise la parole et fédère les énergies vers la performance du service rendu à l'usager.

5.4. Les valeurs professionnelles

Enfin, au-delà du respect des règles, l'adhésion à un cadre de références reposant sur les valeurs fondatrices de la profession d'infirmière crée au sein de l'équipe soignante un sentiment d'appartenance et de légitimité qui donne un sens, dicte une conduite, oriente une direction, avec un certain degré de responsabilité les uns envers les autres.

Conclusion

Revendiquant son autonomie et sa responsabilité, la profession d'infirmière, fidèle à ses engagements initiaux, a posé en 1993 le soubassement de sa nouvelle identité. Comme l'identité personnelle, elle se consolide dans une perpétuelle mouvance autour d'une histoire collective qui demande à s'édifier.

Dans cette dynamique, l'infirmière subit l'influence des interactions externes de son environnement mais également internes qui façonnent une attitude vers un comportement adapté.

Le chemin à tracer dans l'histoire des infirmières ne peut prendre forme que dans un processus où s'élabore un dialogue de partenariat avec les autres professionnels du monde de la santé, et en particulier avec le médecin.

Ensemble, ils partagent la même finalité de qualité des soins au patient. Ce projet fédérateur postule une responsabilité qui rassemble, témoignant d'une volonté de se connaître et de se reconnaître.

Références

LIVRES

1. ANHOURY P, VIENS G. - Gérer la qualité et les risques de l'Hôpital - Editions ESF 1ère édition, Paris, 1994 : 422 p.
2. BRAUNSCHWEG A. - Code pénal. Editions Litec, 7e édition, Paris, 1994.

REVUES

3. CREPU M., HOUDY A. . L hôpital à vif. Revue Autrement, Editions du Seuil, Paris, 1989 : 229 p.
4. GRENOUILLEAU M.C., TREGUIER M., BELLAICH S., ARAMAN F, DAUBIT D., LEGLISE P . Infirmier(e) à l'Hôpital public. Doin Editeurs/Assistance Publique.Hôpitaux de Paris, 1994 : 42 p.

ARTICLES PUBLIES

5. GHERARDI R., BENAIS J-P . Le secret médical. Rev Prat. 1991 ; 41 et 42 : 2233-7.
6. SAURY R. . Le secret médical et les blessés par arme à l'Hôpital public. Gestions Hospit. 1991 ; 305 : 362-5.
7. SAURY R. . Le règlement de déontologie des infirmiers et infirmières. Gestions Hospit. 1993 ; 325 : 299.308.
8. ZUNINO P. - Contentieux des chutes de malades dans les Hôpitaux publics. Gestions Hospit. 1993 ; 328: 502.8.

LOI ET DECRETS

- 9 Décret n° 93.221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.
- 10, Décret n° 93.345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière
11. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.