VERSION COMMENTÉE

Code de déontologie des infirmiers

Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016

Ordre National des Infirmiers

Table des matières

SECTION 1 DEVOIRS GÉNÉRAUX

1 - Application du Code de déontologie - page 11
1.1 - Champ d'application - page 11
1.2 - Compétence de l'ordre pour les infirmiers inscrits au tableau - page 11
1.3 - Infractions passibles de sanctions disciplinaires - page 14

2 - Connaissance et respect du code de déontologie - page 14

3 - Respect de la vie humaine, la dignité, l'intimité du patient - page 15
3.1 - Service de la personne et de la santé publique, dans le respect de la vie humaine - page 15
3.2 - Respect de la dignité et de l'intimité - page 16

4 - Probité, loyauté, humanité - page 17
4.1 - Moralité - page 17
4.2 - Probité, loyauté - page 18
4.3 - Humanité - page 20

5 - Secret professionnel - page 20
5.1 - Le contenu de l'obligation de préserver le secret professionnel - page 21
5.2 - Les dérogations au secret professionnel - page 23

6 - Indépendance professionnelle - page 27
6.1 - Principe - page 27
6.2 - Indépendance dans un exercice en commun - page 28

7 - Assistance à personne en péril - page 29
7.1 - L'existence d'un péril - page 30
7.2 - L'assistance - page 30

8 - Assistance aux pouvoirs publics - page 32
8.1 - Protection de la santé et éducation sanitaire - page 32
8.2 - La réponse à l'appel d'une autorité - page 32

9 - Absence de déconsidération - page 33
9.1 - Des actes variés - page 33
9.2 - Les communications publiques - page 34

SECTION 2 DEVOIRS ENVERS LES PATIENTS

10 - Intérêt du patient, soins consciencieux, attentifs, appropriés - page 36
10.1 - Tout infirmier doit agir dans l'intérêt du patient - page 36
10.2 - Les soins infirmiers doivent être consciencieux, attentifs et fondés sur les données acquises de la science - page 37
10.3 - Temps nécessaire - Concours d'autres professionnels - page 39
10.4 - Ne pas excéder ses compétences et ses moyens - page 40
10.5 - L'interdiction du charlatanisme - page 41

11 - Absence de discrimination - Attitude correcte - page 42
11.1 - La même conscience professionnelle pour tous - page 42
11.2 - Apporter son concours en toutes circonstances - page 43
11.3 - Une attitude correcte et attentive - page 43

12 - Continuité des soins - Refus de soins - page 43
12.1 - Continuité des soins - page 43
12.2 - Droit de refuser les soins - page 45
12.3 - Processus d'interruption ou de refus de soins - page 46

13 - Information du patient - page 47
13.1 - Le contenu de l'information - page 48
13.2 - Une information limitée au champ de compétences des infirmiers - page 48

13.3 - Une information loyale, adaptée et intelligible - page 49
13.4 - L'exonération de l'obligation d'information - page 49

14 - Consentement du patient - page 50
14.1 - Le consentement de la personne examinée ou soignée - page 50
14.2 - La personne hors d'état d'exprimer sa volonté - page 51
14.3 - Les patients mineurs ou majeurs sous tutelle - page 51

15 - Information sur l'engagement dans un protocole - page 52

16 - Consentement du mineur ou du majeur protégé - page 53

17 - Personne détenue - page 54
17.1 - Ne pas favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité ou à la dignité - page 54
17.2 - Constat de sévices ou mauvais traitements - page 55

18 - Personne victime de sévices - page 55
18.1 - Sévices et situations proches - page 55
18.2 - Une action adéquate - page 56
18.3 - Personnes mineures ou vulnérables - page 56

19 - Souffrance - Douleur - page 57
19.1 - Devoir de soulager la souffrance et d'accompagner moralement - page 57
19.2 - Dispenser des soins visant à soulager la douleur - page 58

20 - Mort, soins palliatifs - page 58

21 - Personne mourante - page 59
21.1 - Accompagnement - page 59
21.2 - Interdiction de donner la mort - page 60

22 - Participation à une recherche - page 61
22.1 - Recherche impliquant la personne humaine - page 61
22.2 - Prélèvements d'organes - page 62

23 - Certificats, attestations, documents - page 62
23.1 - Production de documents - page 62
23.2 - Utilisation frauduleuse et documents de complaisance - page 63

24 - Avantage matériel au patient - page 64

SECTION 3 DEVOIRS ENTRE CONFRÈRES ET MEMBRES DES AUTRES PROFESSIONS

25 - Bonne confraternité - page 66
25.1 - Entretenir des rapports de bonne confraternité - page 66
25.2 - Calomnie, médisance et propos susceptibles de nuire - page 72
25.3 - Chercher la conciliation - page 74

26 - Collaboration à une procédure disciplinaire - page 74
26.1 - L'obligation de révéler des faits - page 75
26.2 - L'obligation de respecter le secret professionnel - page 75
26.3 - La prohibition des déclarations volontairement inexactes - page 75

27 - Mérite d'une découverte scientifique - page 75

28 - Bons rapports avec les autres professions de santé - page 76
28.1 - Les professionnels visés - page 76
28.2 - Indépendance professionnelle, propos prohibés - page 77

29 - Commission, Compérage - page 77
29.1 - L'interdiction d'accepter une commission - page 77
29.2 - Le compérage - page 78

30 - Partage d'honoraires - page 79
30.1 - Le principe d'interdiction du partage d'honoraires - page 79
30.2 - Distribution de dividendes et rétrocession d'honoraires - page 80

31 - Participation à la distribution de médicaments, produit ou appareils - page 80

SECTION 4 MODALITÉS D'EXERCICE DE LA PROFESSION

32 - Responsabilité personnelle, indépendance, qualité - page 83
32.1 - Responsabilité personnelle - page 83
32.2 - Indépendance, qualité, sécurité - page 84

33 - Rôle propre - Choix approprié - page 85
33.1 - Liberté de l'infirmier - page 85
33.2 - Des actes et prescriptions appropriés - page 86

34 - Information conditions de remboursement - page 87

35 - Dossier des soins infirmiers - page 87
35.1 - Tenir un dossier de soins infirmiers - page 88
35.2 - Protection du dossier de soins infirmiers - page 89

36 - Infirmier coordonnateur - page 89
36.1 - Veiller à la bonne exécution des actes - page 89
36.2 - La responsabilité des actes - page 90
36.3 - Veiller à la compétence des personnes - page 90

37 - Hygiène, sécurité, environnement - page 91
37.1 - Hygiène - page 91
37.2 - Gestion des déchets - page 92

38 - Contrôle prescription, dosage - page 93

39 - Contrôle de l'accès aux médicaments et produits - page 93

40 - Proposition de consultation d'un médecin - page 94

41 - Communication d'informations au médecin - page 94

42 - Application de la prescription médicale - page 95
42.1 - L'application et le respect de la prescription médicale - page 95
42.2 - La demande de complément d'information - page 96
42.3 - En cas de doute - page 97

43 - Application des protocoles - page 97
43.1 - Application et respect des protocoles - page 97
43.2 - La demande de protocole - page 99
43.3 - Urgence - page 99

44 - Application du code à différents modes d'intervention - page 99

45 - Contraception d'urgence - page 100

46 - Actualisation des compétences - page 101
46.1 - Actualiser et perfectionner ses compétences - page 101
46.2 - Le développement professionnel continu - page 101

47 - Emploi de techniques nouvelles - page 102
47.1 - Diffusion de techniques ou procédés nouveaux - page 102
47.2 - Absence de risque injustifié - page 103

48 - Soins par étudiant ou en sa présence - page 103

49 - Anonymat patient - page 104

50 - Identification infirmier - page 105

51 - Liens d'intérêt - page 105
51.1 - Liens dits d'intérêt - page 106
51.2 - Les faire connaître au public - page 106

51.3 - Les circonstances - page 106
51.4 - Le contenu de l'information - page 106
51.5 - Les obligations complémentaires - page 106

52 - Avantages provenant des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par la sécurité sociale - page 107
52.1 - L'interdiction de recevoir des avantages - page 108
52.2 - Les dérogations - page 108

53 - Déclaration des liens d'intérêt en cas de participation à une entité organisée par l'autorité publique - page 109

54 - Abus de la situation professionnelle - page 110
54.1 - Avantage, profit direct ou indirect - page 110
54.2 - Des abus pouvant correspondre à des infractions pénales - page 111

55 - Cumul d'activités - page 112
55.1 - Les activités autorisées - page 113
55.2 - Un cumul compatible avec la qualité et la dignité - page 113

56 - Indications figurant sur les documents professionnels et ordonnances - page 114

57 - Participation à une expertise - page 115
57.1 - Eviter le conflit d'intérêts ou l'atteinte à l'indépendance - page 115
57.2 - Une expertise compatible avec les compétences de l'infirmier - page 115

58 Obligations de l'infirmier expert - page 116
58.1- Professionnels ayant un accès partiel-Information des patients - page 117

59 - Exercices salarié ou libéral ou mixte - page 117

60 - Exercice gratuit - page 119

61 - Détournement de clientèle - page 119
61.1 - Attirer la clientèle vers soi ou vers d'autres - page 120
61.2 - L'existence de manœuvres de détournement - page 120
61.3 - La liberté de choix des patients - page 121

62 - Salarié et clientèle personnelle - page 122

63 - Salarié, secret et indépendance - page 122
63.1 - Secret - page 122
63.2 - Indépendance professionnelle - page 123

64 - Productivité, rendement - page 123
64.1 - Des normes de productivité, de rendement horaire ou d'autres dispositions - page 124
64.2 - L'influence sur la rémunération de l'infirmier ou la durée de son emploi - page 124

65 - Contrat pour l'exercice au sein d'une structure de droit privé - page 125
65.1 - Un contrat écrit pour les infirmiers exerçant au sein d'un organisme de droit privé - page 125
65.2 - La communication des projets de contrat - page 126
65.3 - L'avis du conseil national - page 126
65.4 - La communication des contrats à l'ordre - page 126

66 - Contrat pour l'exercice au sein d'une structure de droit public - page 128

67 - Équipements - page 129

68 - Exercice dans un même immeuble - page 130
68.1- Informations diffusées au public - page 131

69 - Informations diffusées par annuaires - page 133

70 - Plaques professionnelles - page 134

71 - Annonces dans la presse - page 135

72 - Lieu d'exercice - page 135

72.1 - Le lieu d'exercice - page 136
72.2 - L'exercice sur plusieurs sites - page 136
72.3 - La demande faite au conseil départemental - page 137

73 - Contrats d'exercice libéral - page 138

74- Exercice en commun - page 139
74.1 - Un exercice personnel et indépendant - page 139
74.2 - La liberté de choix des patients - page 140

75 - Exercice forain - page 142

76 - Interdiction de pratiquer la profession comme un commerce - page 143

77 - Interdiction d'exercer dans un local commercial - page 145

78 - Mandat électif-fonction administrative - page 146

SECTION 5 RÈGLES RELATIVES AUX DIFFÉRENTS MODES D'EXERCICE

79 - Consultation d'un confrère - page 148

80 - Tarifs et honoraires - page 149
80.1 - Montant des honoraires - page 149
80.2 - Informations, moyen de paiement - page 150

81 - Fraude tarifs - page 151

82 - Concurrence déloyale - page 152

83 - Remplacement - page 153
83.1 - Caractères du remplacement - page 153
83.2 - Limitation du nombre d'infirmiers remplacés - page 154

84 - Absence d'activité pendant le remplacement - page 155
84.1 - L'obligation d'abstention - page 155
84.2 - L'information de l'association ou de la société - page 156

85 - Durée du remplacement - page 156
85.1 - Le remplacement pendant l'indisponibilité - page 157
85.2 - L'obligation d'établir un contrat - page 157

86 - Lieu d'exercice du remplacement - page 158

87 - Fin et suite du remplacement - page 158
87.1 - La fin de mission - page 159
87.2 - L'obligation de non-concurrence - page 159

88 - Collaborateurs libéraux - page 160
88.1 - Le recours à la collaboration - page 160
88.2 - Un exercice qui doit rester personnel - page 161

89 - Changement de modalités d'exercice - page 163

90 - Fausses informations à l'ordre et dissimulation de contrats - page 164

91 - Décisions des instances de l'ordre : motivation, recours - page 165

92 - Application de la procédure disciplinaire applicable aux professions médicales - page 166
92.2 - Le déroulement de l'instance - page 169
92.3 - La décision et les voies de recours - page 169

Sigles et abréviations dans les références

Décisions juridictionnelles :

CDPI : Chambre disciplinaire de première instance
CDNOI : Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des infirmiers
CE : Conseil d'Etat
Cass. 1ère civ. : Cour de cassation, première chambre civile
Cass. soc. : Cour de cassation, chambre sociale
Cass. crim. : Cour de cassation, chambre criminelle
CJUE : Cour de justice de l'Union Européenne

Textes :

CSP : code de la santé publique
c. séc. soc. : code de la sécurité sociale
c. pén. : code pénal
c. proc. pén. : code de procédure pénale
c. trav. : code du travail
CJA : code de justice administrative
JORF : Journal officiel de la République française

Introduction

Ce code est le premier code de déontologie des infirmiers. Il faut ici rappeler que la profession infirmière disposait déjà de règles professionnelles issues d'un décret du 16 février 1993 codifié aux articles R.4312-1 et suivants du code de la santé publique. Ces règles n'avaient toutefois fait l'objet d'aucune mise à jour depuis plus de vingt ans, alors même que les évolutions du système de santé avaient eu des conséquences non négligeables sur la profession et son cadre d'exercice. Entre temps, plusieurs lois étaient en effet intervenues pour réformer souvent de manière profonde notre système de santé. On citera notamment la loi du 4 mars 2002 relative à la qualité des soins et aux droits des malades, la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, les lois des 9 et 13 août 2004 portant respectivement sur la santé publique et la réforme de l'assurance maladie, la loi dite hôpital, patient, santé et territoire du 21 juillet 2009, etc. Il apparaissait indispensable que les règles régissant l'exercice infirmier soient en phase avec ces évolutions.

Durant cette période est également intervenue la loi du 21 décembre 2006 portant création de l'Ordre national des infirmiers. Divers aléas ont été la cause d'une publication très différée du code de déontologie puisque c'est au terme de six années, et d'une condamnation par le Conseil d'Etat (CE 20 mars 2015, n°374582) à publier le décret sous astreinte, qu'a été contresigné le décret du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers. Le Conseil national de l'ordre des infirmiers l'avait préparé puis transmis au ministère chargé de la santé au début 2010, en application de l'article L.4312-1 du code de la santé publique, selon lequel « *Le conseil national de l›ordre prépare un code de déontologie, édicté sous forme d›un décret en Conseil d›Etat. Ce code énonce notamment les devoirs des infirmiers dans leurs rapports avec les patients, les autres membres de la profession et les autres professionnels de santé* ».

Les règles professionnelles de 1993 étaient à l'évidence devenues insuffisantes au regard des évolutions de la profession et de ses modes d'exercice. Elles ont cependant servi de fondement aux décisions des chambres disciplinaires de l'Ordre mises en place dès 2010. Plus récemment, un décret n°2020-1660 du 22 décembre 2020 a modifié plusieurs textes du code de déontologie concernant la diffusion d'informations par les infirmiers.

Le code de déontologie, dont l'organisation est similaire à celle des codes existants, est non seulement une actualisation des règles professionnelles mais également le résultat de travaux et réflexions propres aux infirmiers, ce qui lui confère ce caractère singulier. Plus que des règles régissant le cadre de l'exercice, les normes déontologiques sont la traduction juridique des attentes éthiques de la société envers la profession. Car un code de déontologie ne se limite pas à un recueil de bonnes pratiques ou de recommandations éthiques. La norme déontologique va plus loin et donne à l'éthique la force d'une règle de droit qui peut s'inspirer des comportements professionnels, les guider et aboutir parfois à des sanctions. De cette manière, la déontologie favorise la reconnaissance de la profession par le corps social et participe dès lors de l'affirmation de son identité. Elle clarifie les relations entre professionnels et favorise la relation de confiance entre les personnes et les infirmiers.

Le code de déontologie comporte des devoirs généraux, des devoirs envers les patients, des devoirs envers les professionnels et des devoirs adaptés à chaque mode d'exercice de la profession infirmière. Les règles déontologiques doivent être conformes aux règles générales d'organisation du système de santé. Le code de déontologie a lui-même une valeur réglementaire qui lui impose de respecter les textes d'origine législative et prend place dans le code de la santé publique. Les commentaires du code de déontologie qui vont suivre comporteront ainsi de nombreuses références à des dispositions législatives et réglementaires ainsi qu'à des décisions de justice. Ces décisions sont parfois très variables en fonction des circonstances de faits et des solutions différentes peuvent être rendues selon ces circonstances. Elles permettent néanmoins de mieux comprendre les textes, lorsqu'elles existent. Les commentaires eux aussi ont leurs limites et n'ont en aucun cas la force d'une règle de droit. Ces commentaires ont pour objet d'expliquer les articles du code et d'en explorer les différentes interprétations possibles.

SECTION 1

Devoirs généraux

1 - Application du Code de déontologie

→ Article R4312-1

Les dispositions du présent chapitre constituent le code de déontologie des infirmiers. Elles s'imposent à tout infirmier inscrit au tableau de l'ordre, à tout infirmier effectuant un acte professionnel dans les conditions prévues aux articles L. 4311-1 et suivants ainsi qu'aux étudiants en soins infirmiers mentionnés à l'article L. 4311-12.

Conformément à l'article L. 4312-7, le Conseil national de l'ordre des infirmiers est chargé de veiller au respect de ces dispositions par tous les infirmiers inscrits à son tableau.

Les infractions à ces dispositions sont passibles de sanctions disciplinaires, sans préjudice des poursuites pénales qu'elles seraient susceptibles d'entraîner.

1.1 - Champ d'application

Ce premier article dédié à la mise en œuvre du code de déontologie précise tout d'abord le champ d'application du code. En distinguant, dans son premier alinéa, les infirmiers inscrits au tableau de l'ordre, les infirmiers effectuant un acte infirmier autorisé par le Code de la santé publique et les étudiants en soins infirmiers, le texte vise à donner au code de déontologie un champ d'application large, qui sera nuancé toutefois dans le deuxième alinéa. Le code de déontologie s'applique également aux infirmiers qui ont cessé leur activité et demandent leur radiation de l'ordre mais qui seraient amenés à accomplir un acte infirmier dans le cadre d'une urgence. Il concerne aussi les professionnels accomplissant une prestation de service en France ainsi que les professionnels qui seraient admis à exercer partiellement la profession infirmière en France. Enfin, il s'applique également aux sociétés d'exercice inscrites au tableau de l'Ordre.

Il faut préciser qu'un infirmier qui demanderait à être radié de l'ordre pourrait toujours être jugé pour d'éventuels manquements aux règles déontologiques commis avant sa radiation (CE, 29 juill. 1994, n° 145864 ; CE, 16 juin. 2000, n° 196552).

1.2 - Compétence de l'ordre pour les infirmiers inscrits au tableau

Le deuxième alinéa du texte précise que le Conseil national de l'ordre des infirmiers veille à l'application des règles déontologiques par tous les infirmiers inscrits au tableau. Seuls les infirmiers inscrits au tableau de l'ordre entrent dans le champ d'action de l'ordre. Ce n'est pas contradictoire avec l'alinéa précédent et signifie simplement que pour les étudiants (v. également art. 48) et les infirmiers non-inscrits, une autre autorité de tutelle, la structure où les actes sont accomplis, se charge de veiller au respect des règles déontologiques. Les juges civil et pénal restent par ailleurs compétents (v. commentaire alinéa 3).

Le texte mentionne bien tous les infirmiers inscrits au tableau, ce qui inclut notamment les infirmiers hospitaliers ou salariés, quand bien même ceux-ci sont également soumis au pouvoir disciplinaire de leur employeur (CE, 14 févr. 2018, n°407208).

Pour ceux-ci le rôle de l'ordre est à la fois de conseiller et de contrôler. Le conseil sur la bonne application des règles déontologiques peut avoir lieu à tout moment et notamment lorsque les professionnels communiquent le contenu de leur contrat à l'ordre (v. art. 65, 66 et 73). Le contrôle prend principalement la voie du contrôle disciplinaire.

qui n'est d'ailleurs pas du seul ressort du Conseil national mais aussi des chambres disciplinaires de première instance, situées au siège des conseils régionaux, qui sont chargées de statuer en premier ressort lorsqu'une plainte est engagée à l'encontre d'un professionnel et les conseils départementaux qui peuvent saisir eux-mêmes la juridiction disciplinaire pour des actes considérés comme fautifs. Les conseils départementaux doivent dans certains cas assurer une tentative de conciliation entre le professionnel et l'auteur de la plainte avant éventuellement de la transmettre à la chambre disciplinaire.

Mais le contrôle déontologique opéré par l'ordre peut aussi avoir lieu avant l'inscription, au moment de décider de celle-ci. Le conseil départemental auprès duquel l'inscription au tableau est sollicitée vérifie notamment la moralité du professionnel concerné, ce qui rejoint le contrôle de conformité aux règles déontologiques. Le conseil peut ainsi refuser l'inscription au tableau à une personne ayant fait l'objet d'une condamnation pénale pour violences sur mineurs, quand bien même elle s'engage à n'exercer qu'au contact de personnes âgées (v. commentaires art. 4).

Le contrôle préalable de moralité mis à part, l'ordre n'est compétent que pour juger disciplinairement des actes commis par les infirmiers inscrits au tableau de l'ordre. La chambre disciplinaire de première instance (CDPI) ne peut être saisie que de plaintes dirigées contre un praticien inscrit au tableau de l'ordre des infirmiers à la date des faits. Pour qu'ils constituent une faute déontologique, les manquements reprochés à un infirmier doivent avoir été accomplis postérieurement à son inscription au tableau de l'ordre (CDNOI 2 mars 2020, n°67-2019-00230).

Toutefois, un praticien inscrit au tableau peut aussi être jugé par l'ordre pour des faits commis avant son inscription, mais il faut pour cela que plusieurs conditions soient réunies. Il faut tout d'abord que les faits n'aient pas été connus par l'ordre au moment de l'inscription, peu important que le professionnel les ait volontairement dissimulés ou non. Il faut ensuite que les faits soient tellement incompatibles avec le maintien dans la profession qu'ils justifient la radiation du professionnel. La radiation est dans ce cas la seule possibilité offerte à l'ordre. Des faits antérieurs à l'inscription ne peuvent ainsi servir à justifier une autre sanction. Lorsque les faits étaient connus lors de l'inscription, les juridictions disciplinaires peuvent néanmoins prononcer une radiation si, après l'inscription, l'autorité judiciaire avise l'ordre d'une condamnation pénale et que les faits sont par leur nature incompatibles avec le maintien dans l'ordre.

C'est le cas par exemple :

- d'une procédure judiciaire entamée avant l'inscription, dissimulée par l'infirmière au moment de l'inscription puis ayant abouti à une condamnation pour conditions d'hébergement incompatibles avec la dignité humaine. Une telle condamnation est incompatible avec l'obligation pour tout infirmier de respecter la dignité de la personne humaine (CDNOI, 20 mars 2015, n°13-2013-0005).

- d'une condamnation pour détention d'images pornographiques représentant des mineurs (CE 17 avr. 2013, n°359423).

- de propos irrespectueux, des manipulations brutales à l'encontre de patients et un manque d'asepsie lors de l'administration de soins.

A l'inverse :

- faire travailler des infirmières dans des maisons de retraite appartenant à la famille de l'infirmière visée n'est pas par nature incompatible avec son maintien dans l'ordre (CDNOI, 12 juin 2012, n°33-2011-00010).

Une insuffisance de compétence professionnelle s'agissant de la pose de voie veineuse par exemple et de la mise en place et du respect d'un protocole de soins ne suffit pas non plus à justifier la

radiation du tableau de l'ordre et donc à sanctionner une infirmière non inscrite au tableau de l'ordre au moment des faits. Néanmoins, la juridiction ordinale peut dans ce cas, conformément à l'article R.4126-30 du CSP, enjoindre de suivre une formation (CDNOI, 10 nov. 2020, n°25-2019-00291 ; CDNOI, 2 nov.2017, n°91-2017-00155 ; CDPI Centre, 19 août 2013, n°45-2012-00002). Le conseil départemental de l'ordre peut également faire diligenter une expertise pour vérifier la compétence professionnelle avant d'inscrire le praticien (article R.4112-2 CSP). S'agissant d'un praticien déjà inscrit, le conseil régional de l'ordre peut engager une procédure de suspension temporaire pour insuffisance professionnelle (article R4124-3-5 et s CSP).

Par ailleurs, si les faits étaient connus au moment de l'inscription, en l'absence de condamnation par le juge pénal, les juridictions disciplinaires ne sont pas compétentes pour prononcer une sanction en ce qui concerne ces faits antérieurs à l'inscription de l'infirmier au tableau de l'Ordre (CDNOI, 9 nov. 2016, n°24-2015-00098).

La dissimulation d'une instance en cours susceptible d'avoir des conséquences sur l'inscription d'un infirmier au tableau de l'ordre est souvent jugée comme constituant en soi une faute incompatible avec son maintien au tableau de l'ordre.

C'est le cas :

- lorsque l'instance concernait des faits de « *soumission de plusieurs personnes vulnérables ou dépendantes à des conditions d'hébergement indignes* ». Bien que de tels faits ne se rapportaient pas directement à l'activité professionnelle, ils mettaient gravement en cause la capacité de l'infirmière à respecter la dignité humaine qui caractérise la profession d'infirmier (CDPI Aquitaine, 10 déc. 2013, n°33-2013-00021).

- de la mise en examen pour homicide involontaire d'une infirmière suite au décès d'une patiente prise en charge dans un service d'urgences. La dissimulation de cette instance par l'infirmière constitue par ailleurs un manquement à l'honneur et à la probité (CDPI Aquitaine, 24 févr. 2014, n°47-2013-00022).

Pour finir, la compétence de l'ordre pour les seuls infirmiers inscrits au tableau signifie que seuls ceux-ci peuvent bénéficier de ses prestations et de la protection du code de déontologie.

Une personne ayant exercé irrégulièrement la profession d'infirmière sans être inscrite au tableau de l'ordre :

- ne peut se prévaloir de l'existence d'une patientèle établie du fait de cet exercice irrégulier, peu important qu'aucune poursuite n'ait été engagée contre elle en raison de cet exercice irrégulier.

- ne peut pas invoquer un détournement de clientèle et ne peut pas non plus former une plainte devant l'ordre, même si elle était inscrite au tableau de l'ordre au moment de sa plainte, la gravité de l'irrégularité commise s'y opposant (CDNOI, 20 mars 2015, n°13-2014-00061).

- ne peut pas déposer plainte contre une consœur devant l'ordre (CDNOI, 3juin 2019, n° 34-2018-00222).

- ne peut se prévaloir du fait qu'aucune poursuite n'ait été exercée contre elle pour exercice illégal de la profession, ni de la possibilité pour des personnes n'étant pas infirmiers de saisir les juridictions disciplinaires. En effet si l'intérêt donnant qualité pour agir est apprécié à la date à laquelle le recours est exercé, la gravité de l'irrégularité ne permet à l'infirmière de justifier d'aucun intérêt, même si elle

avait entamé des démarches pour régulariser sa situation postérieurement à la naissance du litige devant les instances ordinales (CDNOI 3 juin 2019, n°34-2018-00222 – confirmation CDPI Occitanie 14 nov. 2018).

1.3 - Infractions passibles de sanctions disciplinaires

La première conséquence juridique d'une faute déontologique, c'est-à-dire d'un non-respect de l'une des règles du code de déontologie, consiste en une sanction disciplinaire que peuvent infliger les juridictions disciplinaires de l'ordre. Les juridictions de l'ordre ne peuvent accorder un dédommagement à une victime de la faute quelle qu'elle soit (v. commentaires sous art. 92).

L'ordre national des infirmiers a mis en place une fiche relative à la procédure de dépôt d'une plainte devant l'ordre : https://www.ordre-infirmiers.fr/deontologie/comment-deposer-une-plainte-devant-lordre.html

une sanction disciplinaire peut être cumulée avec d'autres sanctions :

- une sanction disciplinaire interne : concernant par exemple les personnels hospitaliers, les sanctions disciplinaires visent à assurer le respect par les fonctionnaires de leurs obligations statutaires alors que les sanctions prononcées par la juridiction ordinale ont pour objet d'assurer le respect des règles déontologiques. Les sanctions prononcées à ces différents titres ne sont pas prises en application de corps de règles visant à protéger les mêmes intérêts sociaux. La règle de non-cumul ne fait alors pas obstacle à ce qu'une sanction soit prononcée par l'ordre alors qu'une autre sanction avait été précédemment prise par l'employeur public (CDPI PACA 1er déc. 2016, n°16-012).

- une sanction prononcée par le juge civil : par exemple des dommages et intérêts à verser à un patient victime d'une faute du professionnel lui ayant causé un préjudice ou un infirmier qui a conclu un contrat avec un autre infirmier qui n'aurait pas rempli ses obligations.

- une sanction prononcée par un organisme de la sécurité sociale : Un infirmier peut également faire l'objet de poursuites dans le cadre du contentieux du contrôle technique de la sécurité sociale s'il a facturé des actes fictifs par exemple. Mais dans ce cas la sanction ne peut pas être cumulée avec une sanction disciplinaire pour les mêmes faits (art. L 145-5-2 c. séc. soc.).

2 - Connaissance et respect du code de déontologie

→ Article R4312-2

Tout infirmier, lors de son inscription au tableau, doit affirmer devant le conseil départemental de l'ordre qu'il a eu connaissance du présent code de déontologie et s'engager sous serment et par écrit à le respecter.

Aucun professionnel ne peut être inscrit au tableau de l'ordre s'il n'affirme pas avoir pris connaissance du code de déontologie et s'il ne s'est pas engagé à le respecter. Cette condition nécessaire à l'inscription au tableau vise à faciliter la connaissance des règles déontologiques. La déontologie constitue un guide pour un bon exercice éthique de l'activité professionnelle et la connaissance des

règles en constitue dès lors un caractère essentiel. L'adhésion recherchée par l'engagement sous serment et par écrit ne signifie pas qu'un choix est laissé aux infirmiers.

Mieux vaut également s'assurer que les infirmiers ont connaissance de l'existence du code de déontologie car, comme tout citoyen, l'infirmier n'est pas censé ignorer la loi. Un infirmier ne pourra jamais se défendre en invoquant son ignorance d'une règle déontologique. Aucun infirmier n'est censé ignorer les règles déontologiques applicables à la profession, y compris les professionnels étrangers qui viennent de s'installer en France, plus encore lorsqu'ils sont en France depuis plusieurs années et que l'ordre leur demande de se conformer aux règles déontologiques (CDPI Bretagne 15 déc. 2016, n°29.2014.00003).

Le fait que l'infirmier aurait agi de bonne foi est sans influence sur le prononcé d'une sanction, même s'il peut influer sur l'importance de la sanction retenue.

3 - Respect de la vie humaine, la dignité, l'intimité du patient

→ Article R4312-3

L'infirmier, au service de la personne et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient, de sa famille et de ses proches. Le respect dû à la personne continue de s'imposer après la mort.

Premier article abordant le contenu des devoirs déontologiques, l'article 3 est l'un des textes fondamentaux de la profession. Il énonce des devoirs très généraux applicables à tout citoyen mais qui illustrent en même temps les grandes exigences éthiques et morales reposant sur les professionnels de santé et leur traduction dans des règles de droit. Les principes figurant dans ce texte trouveront de nombreuses déclinaisons dans la suite du code. Les sanctions peuvent être fortes lorsque ces principes essentiels sont bafoués.

3.1 - Service de la personne et de la santé publique, dans le respect de la vie humaine

L'infirmier est à la fois au service de la personne et de la santé publique, les deux étant en réalité souvent indissociables.

L'action au service de la santé publique doit se faire dans le respect de l'individu et réciproquement. Le respect de la vie humaine implique de ne pas faire courir de risques injustifiés aux patients (art. L 1110-5 CSP).

Le rôle de l'infirmier s'inscrit aussi dans un cadre collectif, celui de la santé publique et de l'organisation générale du système de santé régie par les lois et règlements en vigueur. Cette dimension collective est rappelée par le tout premier article législatif du code de la santé publique, l'article L.1110-1 du code de la santé publique.

L'infirmier doit agir aussi dans l'intérêt général en étant acteur dans la lutte contre les épidémies et les fléaux que sont le tabac ou l'alcool, ou encore lors de crises sanitaires. Par exemple, l'infirmier doit se placer au côté des pouvoirs publics dans l'amélioration de la couverture vaccinale.

3.2 - Respect de la dignité et de l'intimité

L'infirmier doit respecter la dignité et l'intimité du patient, de sa famille et de ses proches.

Constituent des atteintes à la dignité :

- Le fait de contacter la psychologue du fils d'un patient au motif que ce dernier aurait eu un comportement exhibitionniste peut constituer une atteinte à la dignité et à l'intimité du patient et de sa famille dès lors que cette personne n'est pas le patient de l'infirmière et qu'elle n'a pas signalé cet acte aux autorités compétentes (CDPI Ile de France, 19 janv. 2017, n°91-2015-00051– confirmation CDNOI, 2 nov. 2017, n°91-2017-00155).

- Le fait d'avoir « *des attitudes inadaptées envers les malades, agissant avec brutalité à leur égard* », « *avoir à une reprise giflé un patient dans un geste réflexe après que celui-ci lui a donné un coup de poing* » (CDNOI, 4 juillet 2011, n°01-2010-00003).

- Le refus d'agir dans l'intérêt du patient (v. art. 10) peut parfois aboutir à une véritable négation de sa dignité. Il en est ainsi lorsqu'un infirmier refuse de se déplacer chez une patiente atteinte de diarrhée alors que la prescription médicale prévoyait trois visites par jour pour toilette et soins, que la patiente était entièrement souillée et que son mari ne pouvait lui-même la changer compte tenu de son âge (CDNOI, 5 déc. 2014, n°17-2014-00059-1).

Atteinte à la dignité et à l'intimité peuvent se rejoindre voire se confondre lorsque le corps du patient est concerné. L'infirmier doit faire attention à ne pas heurter la pudeur du patient, telle que celui-ci la conçoit, notamment lors de l'habillage ou du déshabillage. Si un patient refuse le déshabillage et que l'infirmier l'estime nécessaire ou utile, il en explique les raisons au patient.

Cas d'atteinte au corps :

- Un acte sexuel avec une patiente, même consentante, à son domicile caractérise un non-respect de la dignité et de l'intimité de la patiente et de son époux (CDNOI, 11 juill. 2017, n°07/26-2016-00134).

- Les atteintes au corps mettent en question la dignité du patient, à plus forte raison lorsque le professionnel a été condamné pénalement pour agression sexuelle par personne abusant de l'autorité que lui confère sa fonction, ce qui implique sa radiation (CDPI Ile de France, 7 sept. 2017, n°77-2017-00061).

- L'atteinte à la dignité est également caractérisée en cas d'attouchements sexuels sur une personne vulnérable (CDPI PACA-Corse, 20 oct. 2015, n°15-007) ou d'acte sexuel certes sans contrainte ou violence et non réitéré mais avec une patiente vulnérable atteinte d'une pathologie invalidante (sclérose en plaques) dont le professionnel avait nécessairement connaissance (CDPI Rhône-Alpes, 13 mai 2016, n°07/26-2015-05).

- A plus forte raison, la faute est constituée lorsque le praticien profite de la grande fragilité psychologique d'une patiente et de l'autorité qu'il détient sur elle pour obtenir, dans le cadre d'une consultation, une relation sexuelle qui a provoqué un état dépressif sévère justifiant une hospitalisation (CE 4 juin 2014, n°362492).

- Toutes autres formes de violence peuvent également constituer une faute sanctionnée comme attentatoire à la dignité, à condition toutefois que la personne

ayant formé l'action disciplinaire apporte des éléments de preuve et des précisions circonstanciées. Même si le comportement d'un patient peut parfois sembler inacceptable, l'infirmier doit se garder de toute réaction violente qui constituerait dans tous les cas une faute, quel que soit par ailleurs l'état psychologique ou de fatigue de l'infirmier. Le fait de repousser un patient sans que cela soit justifié par une menace ainsi que des propos déplacés et d'une grossièreté outrancière constituent une atteinte à la dignité et à l'intérêt du patient (CDPI Aquitaine 9 nov. 2015, n°24-2015-00038).

- Le respect de la dignité concerne également le corps après la mort. Le corps doit être restauré au mieux après une autopsie ou un prélèvement (art. L 1232-5 CSP) et ne pas faire l'objet d'expérimentations (pour un exemple concernant une personne en état de mort cérébrale : CE 2 juill. 1993, n°124960).

Le refus de soigner la douleur peut également entrer dans cette qualification (art. 19), de même que des cas de discrimination (art. 11) ou de non-respect de l'obligation d'informer et d'obtenir le consentement des patients (art. 13 à 16).

4 - Probité, loyauté, humanité

→ Article R4312-4

L'infirmier respecte en toutes circonstances les principes de moralité, de probité, de loyauté et d'humanité indispensables à l'exercice de la profession.

Pour les distinguer des poursuites pénales et du contentieux du contrôle technique de la sécurité sociale, le Conseil d'Etat affirme que « *les poursuites disciplinaires visent à faire respecter les principes de moralité et de probité indispensables à l'exercice de la profession de santé concernée ainsi qu'à assurer la défense de l'honneur de cette profession* » (CE 18 mars 2019, n°424610). Moralité, probité et humanité constituent elles aussi des obligations générales et même le socle de la déontologie dans son ensemble.

4.1 - Moralité

La moralité est si essentielle à l'exercice de la profession que le défaut de moralité peut conduire l'ordre à refuser d'inscrire un professionnel au tableau. Des refus prononcés pour ce motif ont été validés à plusieurs reprises par le Conseil d'Etat, concernant notamment une infirmière coupable d'actes de violence à l'encontre de mineurs alors qu'elle exerçait la profession d'institutrice et qui, quelques années plus tard, avait fait l'objet d'un signalement par la directrice d'établissement pour des actes de maltraitance envers des personnes âgées (CE, 6 mars 2013, n°349582). Peu importe que le ou la professionnelle s'engage à ne pas pratiquer le mode d'exercice dans le cadre duquel les événements précédents ont eu lieu. Il ne suffit pas par exemple d'affirmer ne vouloir exercer la profession d'infirmier qu'au sein d'un laboratoire de biologie médicale pour que l'ordre ne puisse pas tenir compte d'une peine d'interdiction définitive d'exercer la profession de médecin pour des actes commis dans l'exercice de cette profession à l'encontre d'une personne particulièrement vulnérable (CE, 14 sept. 2016, n°394983).

Au moment de l'inscription, l'analyse de la moralité comprend également l'étude du bulletin n°2 du casier judiciaire de l'infirmier. Dès lors que le critère de moralité ne semble pas rempli, le Conseil départemental de l'ordre des infirmiers peut refuser l'inscription. En ce sens :

- Une IDE qui s'est rendue coupable, en tant qu'institutrice, d'actes de violence à l'encontre de six mineurs (faits pour lesquels elle a été condamnée), ainsi que d'actes de maltraitance à l'égard d'une pensionnaire d'un EHPAD où elle effectuait une mission de travail temporaire, ne présentait pas, les garanties de moralité exigées pour être inscrite (CE, 6 mars. 2013, n°349582).

- Les condamnations pénales infligées en 2006 et 2009 en raison d'agressions sexuelles sur cinq patientes alors qu'elles étaient en salle de réveil ou en convalescence, puis l'établissement et l'usage d'une attestation ou d'un certificat falsifié pour s'inscrire comme infirmier auprès d'une agence d'intérim justifient le rejet de la demande d'inscription au tableau de l'ordre (CE, 25 nov. 2018, n° 416332).

- Un infirmier qui a été condamné à une interdiction définitive d'exercer une activité professionnelle ou bénévole impliquant un contact habituel avec les mineurs pour des faits de détention d'images de mineurs présentant un caractère pornographique ainsi que pour la consultation habituelle d'un service de communication au public mettant à disposition l'image ou la représentation pornographique de mineurs, ne remplissait pas la condition de moralité exigée pour l'exercice de la profession (CE,22 juill.2020, n° 428727).

- Un refus initial d'inscription peut cependant être remis en cause. C'est le cas par exemple pour une infirmière qui, après un refus d'inscription qui lui avait été opposé en 2012, a complété sa formation par un diplôme d'université en addictologie, obtenu en 2014, et un diplôme de compétence en sophrologie pratique en 2017. Si elle a exercé sa profession, entre septembre 2014 et mars 2016, en qualité de salariée, cette circonstance, eu égard notamment à la durée limitée de cet exercice et au fait qu'elle ne travaillait qu'à mi-temps et était employée par une association œuvrant dans un but d'intérêt général, ne saurait à elle seule, dans les circonstances de l'espèce, révéler une volonté délibérée de mettre en cause l'autorité des instances ordinales et les décisions antérieurement prises par celles-ci à son endroit ni caractériser un défaut de moralité (CE,8 octobre 2020,n°430709).

- L'infirmier doit respecter son devoir de moralité tout au long de son exercice. La moralité dont il est question dans la déontologie infirmière est une moralité propre à la profession, et qui rejoint celle attendue des professions de santé.

4.2 - Probité, loyauté

La probité constitue une forme d'atteinte à la morale professionnelle. La probité concerne aussi bien l'acte de soins que le règlement des honoraires. Elle concerne l'ensemble de ses interlocuteurs, qu'il s'agisse d'institutions diverses, d'autres professionnels ou des patients. La tromperie en est une illustration majeure. Celle-ci peut poursuivre des fins lucratives.

Sont punissables comme manquements à la probité et à la moralité :

- Le recours à de nombreux remplacements et collaborations pour augmenter le chiffre d'affaires plus que pour répondre à des besoins de santé publique, les actes de nursing détournés en prestations d'aide-soignante et la refacturation de matériel à l'assurance maladie car ils entretiennent la confusion de la profession infirmière avec un commerce lucratif (CDNOI 3 févr. 2020, n°93-2019-00252).

- La facturation d'actes qui n'ont pas pu être matériellement établis compte tenu du

nombre d'heures travaillées et du nombre de patients vus dans la journée ainsi que le déguisement d'une collaboration en remplacement alors que l'infirmier remplacé exerçait encore son activité pendant le remplacement constituent un manquement aux devoirs de probité et de moralité (CDPI Picardie, 14 mars 2017, n°80-2016-00003 pour la collaboratrice, la sanction étant moindre car le préjudice pour l'assurance maladie a en partie été rendu possible par les manœuvres de sa collaboratrice : CDPI Picardie, 14 mars 2017, n°80-2016-00004).

- Le fait d'encaisser des chèques sans délivrer de feuilles de soins tout en facturant les mêmes soins à la CPAM et l'établissement frauduleux d'un double paiement (CDNOI, 30 sept. 2015, n°63-2015-00070).

- L'utilisation à des fins privées de sommes figurant sur le compte bancaire d'une société civile professionnelle et l'octroi à l'insu des autres associés et clandestinement d'une rémunération supplémentaire sans aucune justification horaire (CDNOI, 25 avr. 2013, n°40-2012-00023).

- Le stratagème consistant en des abus de soins, surfacturations, actes fictifs ayant entraîné une condamnation pénale et civile (CDNOI, 10 déc. 2018, n°21-2018-00198).

- La falsification de prescriptions médicales ajoutée à la facturation abusive d'actes décidée sur le fondement d'un chiffre d'affaires disproportionné eu égard au temps travaillé et au chiffre d'affaires moyen dans la région la même année (CDNOI, 19 juin 2018, n°80-2017-00159).

- Le fait pour un infirmier d'avoir organisé sciemment une activité proche d'un commerce au sein d'une maison médicale, ne réglant pas les honoraires dus aux nombreux remplaçants et collaborateurs, ne respectant pas la nomenclature générale des actes professionnels et ayant facturé des actes fictifs à hauteur de 84000 euros (CDNOI 26 juin 2019, n°14-2018-00221).

- L'exercice par une infirmière libérale de l'activité de son mari médecin condamné à une radiation (CDNOI, 10 déc. 2018, n°33-2018-00197).

Il en est de même de la volonté d'éluder les règles relatives au remplacement en faisant une proposition de remplacement non déclarée (CDNOI, 17 sept. 2018, n°55/88-2017-00179).

La tromperie sans profit est elle aussi contraire à la probité :

- C'est le cas de la présentation par un infirmier de fausses ordonnances médicales à en tête de l'établissement où il exerce. Peu importent le but humanitaire et l'absence de profit personnel (CDPI Ile-de-France 7 sept. 2017, n°94-2016-00064).

- L'introduction dans un établissement en tenue d'infirmière en dehors des heures de service pour y voler des médicaments et antalgiques est également fautive en soi (CDPI Picardie, 16 sept. 2013, n°80-2013-00002).

Le mensonge sur des actes non-accomplis manque aussi à la probité :

La mention sur le carnet de santé de vaccinations dont il est ensuite avéré qu'elles n'ont pas été effectuées manque notamment aux principes de moralité et de probité mais aussi à l'interdiction de faire courir des risques injustifiés au patient et à l'obligation d'assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science (CE, 22 déc. 2017, N° 406360).

Les infractions pénales à l'avantage ou au détriment du patient peuvent souvent caractériser un manquement à l'obligation de probité :

- Il en est ainsi du vol au domicile d'une patiente âgée de 91 ans (CDPI Bourgogne-France-Comté 19 avr. 2019, n°69-2018-12).

- C'est le cas également du recel d'une somme d'argent provenant d'un trafic de cocaïne et remise à l'infirmière par un patient. Il importe peu que l'infirmière ait noué avec ce patient des relations personnelles et que la remise de la somme d'argent ne puisse être considérée comme effectuée dans le cadre de la relation professionnelle. Même s'ils ne sont pas accomplis dans ce cadre, de tels actes sont contraires à la probité et peuvent justifier une sanction (CDPI Aquitaine 9 juill. 2015, n°33-2015-00034).

4.3 - Humanité

Le devoir d'humanité peut s'illustrer dans de nombreux comportements et est lui aussi décliné dans plusieurs devoirs déontologiques qui toutefois ne suffisent pas à en délimiter le contenu. Les soins consciencieux et attentifs (art. 10), l'attitude correcte envers les patients (art. 11) ou la prise en compte de la souffrance et de la douleur (art. 19) sont autant de signes de l'humanité attendue d'un professionnel infirmier.

5 - Secret professionnel

→ Article R4312-5

Le secret professionnel s'impose à tout infirmier, dans les conditions établies par la loi. L'infirmier instruit les personnes qui l'assistent de leurs obligations en matière de secret professionnel.

Clé de voûte de la relation patient-soignant, le secret professionnel permet d'instaurer et maintenir la confiance indispensable à la bonne prise en charge du patient.

Souvent présenté comme une obligation morale, le secret professionnel est avant tout une obligation légale posée par l'article L.1110-4 du code de la santé publique et une obligation portée par le code de déontologie, par le code pénal et par l'article 26 du titre I du statut général de la fonction publique. La moralité professionnelle propre à la profession infirmière et aux professions de santé dans leur ensemble inclut une certaine discrétion quant à la santé et à l'intimité des patients. La consécration d'un droit à la vie privée par les articles 9 du Code civil et 8 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales rejoint cette recherche de confiance dans les relations professionnelles et de santé dans la protection du secret professionnel.

Le secret sur les informations données au professionnel de santé concernant la santé et plus largement la vie personnelle du patient est nécessaire pour que ce dernier s'exprime librement et dès lors à la bonne qualité de sa prise en charge. Mais une bonne prise en charge passe aussi par une bonne communication entre professionnels.

5.1 - Le contenu de l'obligation de préserver le secret professionnel

Dès 1885, dans l'arrêt « *Wattelet* » (Cass. crim. 19 déc. 1885), la Cour de Cassation a affirmé le caractère général et absolu de l'obligation au secret professionnel s'imposant comme un devoir de leur état et dont il n'appartient à personne de les affranchir.

Selon l'article L.1110-4 du code de la santé publique, sauf exceptions légales « *ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé* ».

L'infirmier, quel que soit son mode d'exercice, est tenu de taire l'ensemble des informations venues à sa connaissance dès lors qu'il a pris en charge un patient. Parmi ces informations figurent, outre les informations relatives à l'état de santé du patient, toute information le concernant ayant trait à sa vie privée par exemple.

Il ne s'agit cependant pas seulement des informations confiées par le patient. Il peut également s'agir d'informations entendues, comprises voire surprises par l'infirmier. La source de l'information n'est pas nécessairement le patient lui-même, il peut s'agir d'éléments donnés par la famille du patient au cours des soins par exemple.

En effet, l'article L 1110-4 alinéa 2 du code de la santé publique dispose « *excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé* ».

Le secret professionnel peut porter sur des informations dont des proches du patient auraient connaissance. Le respect du secret professionnel est également nécessaire lorsque le patient est accompagné d'une autre personne.

La révélation d'une information couverte par le secret professionnel est sanctionnée par l'article 226-13 du code pénal qui prévoit : « *la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende* ».

Illustrations jurisprudentielles

- Aucune information relative à la prise en charge ne doit être communiquée au patient en présence de la personne qui l'accompagne. La circonstance que des personnes du cercle de la famille et du service de secours ont été témoins des informations reçues par le professionnel ne justifie pas qu'il soit libéré du secret professionnel (CE 15 déc. 2010, n°330314).

- Le moyen par lequel l'infirmier a eu connaissance de cette information n'a pas non plus d'importance, l'article 226-13 du Code pénal prévoyant que le secret couvre ce qu'ils ont vu, entendu ou compris. Si une personne s'est confiée à une infirmière sur sa maladie, alors même qu'elle n'est pas suivie par cette infirmière, cette dernière est tenue au secret concernant ces informations. L'infirmière ne peut donc les divulguer, pas même pour démontrer qu'elle n'était pas la seule à qui la personne malade s'était confiée (CDPI PACA-Corse, 25 janv. 2016, n°15-009).

- Une infirmière qui utilise des informations d'ordre médical dans un litige privé avec son mari alors qu'elle n'a pas obtenu ces informations dans le cadre de sa profession d'infirmière ne constitue pas une violation du secret professionnel,

le litige ne l'opposant ni à un patient ni à un membre de la profession ni à un autre professionnel de santé et les documents étant au domicile conjugal (CDPI Bourgogne 11 janv. 2013, n°21-2011-4).

- En se faisant régulièrement conduire par sa sœur lors de ses tournées pour délivrer les soins à domicile aux patients, une infirmière permet indirectement la communication à un tiers de données privées relatives à ses patients et méconnaît ainsi le secret professionnel (CDNOI, 11 juill. 2017, n°04-2016-00145).

- Dans le même sens, si cet accompagnement est de nature à permettre au tiers de connaître l'identité du patient, le secret professionnel n'est pas respecté, peu important que l'infirmière soit dans une situation de détresse psychologique et ressente le besoin d'être accompagnée (CDPI PACA-Corse 4 juill. 2018, n°17-029).

- Une infirmière qui permet à sa fille d'assister à des séances de soins en vue de la préparation de celle-ci au concours d'aide-soignante viole le secret professionnel, même si le patient est d'accord. Seule une action de formation ou un stage dument organisé aurait permis cette pratique (CDPI Aquitaine, 7 avr. 2017, n°24-2016-00054).

- La divulgation de l'information doit toutefois porter sur un ou des faits précis pour être fautive. L'appréciation purement subjective portée par un professionnel sur l'un de ses patients, fondée sur des impressions de caractère général et ne contenant la relation d'aucun fait précis, n'est pas couverte par le secret (Cass. crim. 21 mars 2000, n°99-84557). Les propos entre professionnels de santé portant sur des pratiques professionnelles alors qu'aucune information relative à un patient n'a été divulguée ne le sont pas non plus (Cass. crim. 25 oct. 2011, n°10-87179).

La divulgation répréhensible d'informations peut prendre des formes très diverses, que ce soit une attestation en justice, un accompagnement de l'infirmier par une tierce personne, une conversation, une lettre ou autre. Tout mode de révélation est concerné :

- Ainsi, une infirmière viole le secret professionnel si elle produit une attestation devant le conseil de prud'hommes dans laquelle elle explique que le patient qu'elle soignait lui avait indiqué à qui il voulait léguer ses biens et que, « *bien que faible, il disposait de toutes ses facultés mentales* » (CDPI Languedoc-Roussillon, 6 juin 2017, n°34-201700042).

- Lorsque le professionnel souhaite se défendre lui-même, il doit également prendre garde à ne pas violer le secret professionnel. Il ne peut ainsi communiquer au conseil de l'ordre dans le seul but de faire valoir sa position et sans égard à l'intérêt de la patiente en faveur de laquelle la règle du secret est édictée, un tirage papier du dossier médical informatique d'une personne dont la suppression du nom ne garantissait pas un parfait anonymat (Cass. soc. 1er déc. 2015, n°14-22133).

- De même, une infirmière ne peut établir une attestation en tant qu'infirmière libérale au bénéfice d'une personne amie de son compagnon dans laquelle elle porte un avis sur la manière dont une patiente élève son bébé, constat fait lors d'une séance de soins faite au domicile de la patiente. En effet, elle fait état dans ce cas d'observations privées, révélant par ailleurs une prise de position dans un litige d'ordre privé concernant des tiers (CDPI Bretagne 15 janv. 2017, n°56.2015.00001).

- L'utilisation de la voie médiatique peut elle aussi représenter une violation du secret,

tel que le fait de désigner dans un article publié dans la presse des personnes expertisées dans le cadre d'une information judiciaire en évoquant leur état de santé psychologique (CE 27 janv. 2016, n°392033). Alors même que des patientes auraient, par leur participation à une émission ou leur consentement à un article de presse, sciemment recherché la médiatisation et consenti à la révélation de leur identité, le concours apporté par un professionnel à la divulgation de l'identité de patientes à l'occasion d'émissions ou d'articles était constitutif d'une violation du secret professionnel (CE 26 sept. 2018, n°407856).

- Le fait de filmer des patients dans le cadre de l'exercice infirmier de la constitue également une atteinte au secret professionnel. De même, la visibilité éphémère des vidéos sur l'application ne fait pas disparaître l'atteinte à la vie privée portée aux personnes, et notamment aux patients, filmés à leur insu, par les images litigieuses. (CA de Paris du 3 juin 2020, n° 18/05862) ;

- Le fait pour un infirmier de secteur psychiatrique de permettre à un réalisateur de contacter un patient (CE, 1er juin 1994 n°150870).

- Le fait pour un chirurgien de participer à des émissions pour lesquelles il a accepté d'être filmé pendant des consultations et des interventions chirurgicales, dont il a lui-même commenté le succès sur son « *profil Facebook* » professionnel, (CE, 26 septembre 2018, n° 407856).

Concernant plus spécifiquement la santé au travail, les règles générales sont doublées de règles précises car, pour assurer un suivi des expositions des salariés aux risques professionnels, un dossier médical en santé au travail doit être mis en place. Ce dossier est constitué par le médecin du travail et doit contenir « *les informations relatives à l'état de santé du travailleur, aux expositions auxquelles il a été soumis ainsi que les avis et propositions du médecin du travail (art. L 4624-8 c. trav.)* ». Et avant d'y prévoir des exceptions, la loi dispose que le dossier médical en santé au travail doit respecter le secret professionnel. Son contenu ne peut être divulgué à des personnes auxquelles la loi ne reconnaît pas un droit d'accès.

Dans une affaire jugée par la chambre sociale de la Cour de cassation en 2015, un employeur qui était en litige avec l'un de ses salariés avait utilisé devant le juge une attestation du médecin du travail comportant des éléments tirés du dossier médical du salarié. Ces éléments étant couverts par le secret professionnel, leur utilisation par l'employeur constituait une faute de celui-ci, même si le médecin du travail n'avait pas été sanctionné par le conseil de l'ordre pour cette divulgation (Cass. soc. 30 juin 2015, n°13-28201). Toute personne membre du service de santé au travail et qui aurait divulgué un tel document serait également fautive, y compris si cela répondait à une exigence de l'employeur. L'infirmier de santé au travail est bien entendu concerné.

5.2 - Les dérogations au secret professionnel

A Dans le cadre de la prise en charge

L'article L.1110-4 du code de la santé publique apporte un aménagement à ce principe général afin de permettre la bonne prise en charge des patients :

- Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

- Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L.1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe (article R.1112-1 et s. du code de la santé publique) ;

- Lorsque les professionnels ne font pas partie de la même équipe de soins le partage d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret (Article D.1110-3-1 et suivants du code de la santé publique).

Le Code de la santé publique donne la liste des professionnels susceptibles d'échanger ou de partager de telles informations relatives à la même personne prise en charge (article R.1110-2 du code de la santé publique).

En application de l'article 41 du code de déontologie, l'infirmier doit notamment communiquer au médecin « *toute information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic, ainsi que de permettre la meilleure adaptation du traitement ou de la prise en charge* ».

Concernant le dossier médical en santé au travail, il ne peut être communiqué qu'au médecin choisi par le patient, à la demande de l'intéressé. En cas de risque pour la santé publique ou à sa demande, le médecin du travail le transmet au médecin inspecteur du travail. Ce dossier peut être communiqué à un autre médecin du travail dans la continuité de la prise en charge, sauf refus du travailleur.

Le consentement à la divulgation d'informations protégées par le secret médical n'est pas présumé. Ni l'accord de la victime ni son absence d'opposition à la levée du secret médical ne peuvent résulter de la simple sollicitation de prestations auprès de l'assurance maladie (**Cass. 2e civ., 13 novembre 2008 n° 07-18370).**

Il en va de même pour les infirmiers. En effet, le patient ne peut délier l'infirmier de son obligation de secret.

B Pronostic grave ou personnes décédées

L'article L 1110-4 du code de la santé publique prévoit également deux possibilités de partage avec des personnes de l'entourage du patient : « *en cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations* ».

L'article L.1110-4 du code de la santé publique admet la révélation au profit des ayants droit, du concubin ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité du patient dans la mesure où les informations leur sont nécessaire pour connaitre les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leurs droits à la succession, sauf volonté contraire de la personne exprimée avant son décès :

- La qualité d'ayant droit au sens de ce texte renvoie uniquement aux successeurs légaux ou testamentaires définis par le code civil. La qualité de bénéficiaire d'un contrat d'assurance-vie ne confère pas cette qualité (CE, 30 déc. 2015, n°380409).

- En cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations médicales la concernant

sauf pour les éléments relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure s'est opposée à l'obtention de leur consentement dans les conditions des articles L.1111-5 et L.1111-5-1.

C Enquêtes, expertises, accompagnements

Dans le cadre d'une enquête sur les crimes et délits flagrants (article 60-1 du code de procédure pénale, l'obligation au secret professionnel ne peut être opposée. Le fait de s'abstenir de répondre à cette réquisition dans les meilleurs délais et s'il y a lieu selon les normes exigées est puni d'une amende de 3 750 euros.

Les mêmes pouvoirs sont reconnus au Procureur de la République dans le cadre d'une enquête préliminaire à toute infraction, dans les mêmes conditions que celles décrites ci-dessus (art. 77-1-1 c. proc. pén.).

D Dans le cadre pénal

La jurisprudence reconnaît au médecin (mais cela peut être étendu à tout professionnel de santé) poursuivi en justice la possibilité d'assurer sa défense en révélant, si besoin est, des éléments normalement couverts par le secret professionnel (Cass. crim., 20 déc. 1967, aff. dite du Roi des gitans - 29 mai 1989 - CE, 13 janv. 1999). Cette solution semble justifiée par le juste respect des droits du professionnel de santé poursuivi, notamment lorsque ce dernier est assigné par le patient qui prétend lui opposer le secret. Dans cette hypothèse, le médecin ne peut révéler que les éléments strictement nécessaires à sa défense.

Une telle solution est transposable aux infirmiers mis en cause qui seront tenus à la limite précédemment exposée.

Lorsque la révélation dépasse ce qui est strictement nécessaire à la défense, l'infirmier engage sa responsabilité y compris lorsque cette révélation a été faite auprès des personnes elles-mêmes tenues par le secret professionnel. (Cass. crim., 2 septembre 2008, n° 07-87169 : la divulgation d'informations couvertes par le secret médical, lorsqu'elle est strictement nécessaire à l'exercice des droits de la défense, implique que chacune des informations révélées soit précisément nécessaire à l'exercice des droits de la défense, compte tenu de l'objet du litige).

L'infirmier a par ailleurs l'obligation de transgresser le secret professionnel lorsqu'il connaît la preuve de l'innocence d'une personne détenue provisoirement ou jugée pour crime ou délit. A défaut, il risque une peine de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende (art 434-11 c. pén.).

En revanche, la transmission du dossier médical ou du dossier de soins infirmiers à l'avocat du patient sans son accord constitue une faute (CE 9 sept. 2010, n°329279).

E Contrôle

Selon l'article L 1112-1, III du code de la santé publique, « *les établissements sont tenus de protéger la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes qu'ils accueillent* ».

Mais, les médecins membres de l'inspection générale des affaires sociales, les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'agence régionale de santé ayant la qualité de médecin et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie ont accès à ces informations lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de leurs missions. Ils devront de leur côté respecter le secret sur ces informations.

En effet, l'article L 315-1, V du code de la sécurité sociale dispose que les praticiens-conseils du service du contrôle médical et les personnes placées sous leur autorité n'ont accès aux données de

santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission, dans le respect du secret médical.

En revanche, une compagnie d'assurances n'a pas accès aux informations couvertes par le secret professionnel.

F Dénonciation

L'article 226-14 du code pénal prévoit que l'obligation de respecter le secret professionnel n'est pas applicable :

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

2° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l›action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l›exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n›est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n›est pas nécessaire ;

3° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 du présent code, lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République ;

4° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi ».

Dans ces cas précis, la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur ne pourra pas être engagée (sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi).

Dans ces différentes hypothèses, l'infirmier peut divulguer les informations dont il a connaissance. Cette révélation doit se limiter aux hypothèses de l'article 226-14 du code pénal.

Sur la dénonciation des violences au sein du couple :

Suite à la loi n°2020-936 du 30 juillet 2020, l'infirmier peut signaler au Procureur de la République des violences exercées au sein d'un couple, c'est-à-dire des violences commises par le conjoint, le concubin ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité, y compris lorsqu'ils ne cohabitent pas. Cela concerne également les violences commises par l'ancien conjoint, l'ancien

concubin ou l'ancien partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité, en application de l'article 132-80 du code pénal. Ce texte ne crée pas une obligation de signalement mais une dérogation à la règle du secret professionnel.

Pour que le signalement soit possible, l'infirmier doit estimer qu'elles mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que la victime n'est pas en mesure de se protéger parce qu'elle est sous l'emprise de l'auteur des violences et que cette emprise crée une contrainte morale sur la victime. L'infirmier doit essayer d'obtenir l'accord de la victime avant de faire le signalement auprès du Procureur de la République. Si après discussion avec la victime l'infirmier ne parvient pas à obtenir son accord, le signalement reste possible mais il faudra informer la victime que le signalement a été fait.

La réunion de deux conditions est donc nécessaire : un danger immédiat et l'emprise de l'auteur des violences sur la victime. L'infirmier apprécie lui-même si ces deux conditions sont réunies. Il doit avoir une connaissance de la situation, notamment de la fréquence des actes de violence ou de leur importance. L'existence de menaces pourrait également être prise en compte. Quant à l'emprise, elle peut notamment désigner une situation de dépendance de la victime vis-à-vis de l'auteur, quelle qu'en soit le forme (dépendance financière, risque d'éviction du domicile, etc…). Il peut s'agir de tout élément qui empêcherait la victime de signaler les violences dont elle est l'objet.

Sur le sujet, la Haute Autorité de Santé a élaboré et récemment mis à jour une recommandation intitulée Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple.

6 - Indépendance professionnelle

→ Article R4312-6

L'infirmier ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

L'indépendance professionnelle est également une composante essentielle de la profession infirmière, tous modes d'exercice confondus.

6.1 - Principe

L'indépendance peut être définie comme la capacité de l'infirmier à exercer librement son art c'est-à-dire de prendre des décisions et/ou d'accomplir des actes et des soins qui relèvent de sa compétence sans qu'une tierce personne ne puisse lui donner des instructions sur la façon d'accomplir son art. La responsabilité personnelle de l'infirmier découle de son indépendance professionnelle.

Un infirmier doit apprécier personnellement la situation dans le respect des limites de ses compétences fixées par les textes législatifs et réglementaires.

Il est libre dans le choix des actes et soins ainsi que pour les prescriptions qu'il est habilité à établir. Lorsqu'il agit sur prescription ou protocole médical, il est certes tenu de le respecter et de l'appliquer. Mais il ne perd pas pour autant son indépendance décisionnelle puisqu'en cas de nécessité d'informations complémentaires ou de doute sur la prescription ou le protocole il doit procéder à une vérification auprès du prescripteur.

L'indépendance dans l'exercice de l'art ne peut cependant être assimilée à une liberté totale sur les prestations accomplies dans la mesure où l'infirmier est soumis aux dispositions du code de déontologie.

Toute directive n'est pas incompatible avec l'exercice de la profession infirmière, selon le mode d'exercice qui a été choisi. Un exercice libéral assorti de telles directives, comme cela sera illustré ci-dessous, peut caractériser une atteinte à l'indépendance professionnelle. Mais un infirmier fonctionnaire ou salarié doit nécessairement se soumettre à certaines directives concernant l'organisation de son travail.

Le Conseil d'Etat a jugé que l'indépendance professionnelle faisait partie des obligations déontologiques des infirmiers ayant la qualité de fonctionnaires, malgré l'obligation pour tout fonctionnaire de se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique (CE, 14 févr. 2018, n°407208).

Par ailleurs, l'indépendance professionnelle ne doit pas être confondue avec le lien de subordination. La Cour de cassation estime, d'une manière générale, que : « *le lien de subordination est caractérisé par l'exécution d'un travail sous l'autorité d'un employeur qui a le pouvoir de donner des ordres et des directives, d'en contrôler l'exécution et de sanctionner les manquements* » (Cass. soc. 13 nov. 1996, no 94-13.187, Bull. civ. V, no 386).

A titre d'exemple, le non-respect de l'interdiction faite par le directeur de l'établissement de prendre en charge les patients du chirurgien avec lequel un professionnel est en conflit caractérise une insubordination et ne peut être couverte par l'indépendance professionnelle qui ne porte que sur l'exercice des soins à prodiguer. L'indépendance professionnelle ne permet pas au professionnel de ne pas respecter les directives de son employeur sur le choix des personnes à prendre en charge (Cass. soc. 1er déc. 2015, n°14-22133).

L'employeur ne pourrait cependant exiger qu'un infirmier de santé au travail communique un élément tiré du dossier médical de santé au travail.

L'indépendance dans le choix des méthodes à utiliser ne permet pas non plus à l'infirmier de s'affranchir de ses obligations contractuelles et réglementaires, par exemple en ne respectant pas l'interdiction faite à tous les intervenants en milieu pénitentiaire de recevoir des détenus des dons ou avantages quelconques (Cass. soc. 25 juin 2002, n°00-40910).

Enfin, que l'infirmier soit libéral, fonctionnaire ou salarié, le travail peut impliquer une certaine autorité de la part d'un médecin non seulement par l'obligation de respecter les prescriptions médicales (v. art. 42) mais aussi par la fonction de coordination dont celui-ci dispose dans certaines formes d'exercice. Les différentes formes d'exercice coordonné supposeront ainsi de la part des infirmiers un respect des répartitions de compétences fixées par le protocole et sous la coordination du médecin. Le fonctionnement est le même dans un service de santé au travail dont l'action est coordonnée sous l'autorité du médecin du travail.

Des obligations de rendement peuvent porter atteinte à l'indépendance professionnelle de l'infirmier. C'est pourquoi elles sont interdites si plusieurs conditions ne sont pas réunies (v. art. 64).

6.2 - Indépendance dans un exercice en commun

Le travail en équipe ne signifie pas en soi que l'indépendance professionnelle est remise en cause.

Dans un exercice libéral, un contrat qui serait gravement déséquilibré au profit d'un infirmier aux dépens d'un autre peut altérer l'indépendance professionnelle de ce dernier. Tout contrat entre infirmiers ne peut ainsi comporter des clauses imposées par l'une ou l'autre des parties. (CDNOI 20 janv. 2020, n°31-2019-00254).

Sont susceptibles de priver les professionnels de leur indépendance professionnelle :

- Les dispositions d'un contrat d'exercice en groupe prévoyant que tout contrat de remplacement et tout contrat de collaboration libérale doit être soumis à l'accord du membre fondateur, que seul le membre fondateur peut exclure une partie, que tout différend doit être soumis au membre fondateur avant d'engager une action disciplinaire ou contentieuse. L'indépendance est dans ce cas atteinte même si les infirmiers peuvent développer leur clientèle personnelle et ne peuvent ainsi être requalifiées en salariés (CDNOI, 14 nov. 2017, n°75-2017-00168).

- Toute association ou société doit respecter l'indépendance professionnelle des infirmiers. Un infirmier peut s'attacher le concours d'un ou plusieurs collaborateurs libéraux dans les conditions prévues par l'article 18 de la loi du 2 août 2005. Le collaborateur libéral doit pouvoir développer une clientèle personnelle (L.n°2005-882, art.18), ce qui ne peut être le cas si la collaboratrice était tenue de réserver toute son activité à la continuité des soins prodigués aux patients fidélisés par sa titulaire n'était pas autorisée à communiquer son numéro personnel et ne pouvait qu'exceptionnellement effectuer des remplacements dans d'autres cabinets (CDPI Occitanie, 21 nov. 2018, n°1166-201800059).

- Le très important déséquilibre dans la détention des parts sociales au profit d'un seul infirmier, le fait que les autres infirmiers n'avaient pas la possibilité de choisir ou refuser la clientèle, n'établissaient pas les feuilles de soins pour la tarification de leurs actes auprès de cette clientèle, ne percevaient pas le règlement de leurs honoraires auprès des patients et étaient rémunérés forfaitairement indépendamment des honoraires correspondant aux actes pratiqués constituent des atteintes à l'indépendance professionnelle (CDNOI, 12 juin 2012, n°33-2011-00010).

Le Conseil d'Etat a confirmé cette position et retenu une atteinte à l'indépendance professionnelle au motif que la quasi-totalité des infirmiers associés de la SELARL, détenue à plus de 95 % par un nombre très limité d'entre eux, n'avait aucune maîtrise de son lieu de travail, de son emploi du temps voire du choix de ses patients. De plus, les associés devaient accepter, à leur entrée dans la société, une clause de cession de clientèle dont la date était laissée en blanc, les plaçant de fait dans une situation de dépendance à l'égard des associés majoritaires (CE, 19 juin 2012 n°359537). Une telle situation peut entraîner un refus d'inscription au tableau de l'ordre pour absence d'indépendance professionnelle.

A l'inverse, ne peuvent être regardés comme des directives les conseils et indications pouvant être raisonnablement adressés, de la part d'un infirmier familier à la fois du cabinet et de la patientèle, à un confrère, même déjà expérimenté, ne connaissant ni les particularités de l'exercice libéral ni les patients (CDPI Rhône-Alpes, 19 déc. 2016, n°69-2016-03)

7 - Assistance à personne en péril

→ Article R4312-7

L'infirmier en présence d'un malade ou d'un blessé en péril, ou informé qu'un malade ou un blessé est en péril, lui porte assistance, ou s'assure qu'il reçoit les soins nécessaires.

Les devoirs de l'infirmier ne se limitent pas aux patients qu'il prend en charge. Il a également un devoir général de porter assistance à un malade ou blessé en péril lorsqu'il est présent sur les lieux ou lorsqu'il en est informé. Il lui porte assistance ou s'assure que ce malade ou le blessé en péril

reçoit les soins nécessaires.

7.1 - L'existence d'un péril

L'absence de prise en charge initiale par l'infirmier sollicité n'a ici aucune importance, celui-ci devant répondre favorablement, même à un patient qu'il n'a jamais vu. Lorsque la situation laisse présumer une urgence, il appartient à l'infirmier de recueillir des informations sur l'état de la personne en vue d'apprécier le caractère urgent ou non de la situation. Cette obligation de se renseigner peut aller jusqu'à l'obligation de se déplacer si la situation semble le nécessiter.

Le refus d'intervenir peut aussi être sanctionné pénalement. L'obligation de porter secours ne résulte pas seulement d'une norme déontologique mais aussi de la condamnation par l'article 223-6 du Code pénal du délit de non-assistance à personne en péril. Selon ce texte « *Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.* »

Pour que le délit soit caractérisé, deux éléments doivent être réunis :

- Un péril grave et imminent : le péril en question doit nécessiter une intervention immédiate. Partant, Un péril seulement éventuel ou hypothétique ne saurait caractériser la non-assistance à personne en péril. Le fait qu'une infirmière n'alerte ni les pompiers ni la famille de l'état de fatigue et des douleurs d'une patiente ne constitue pas une faute si l'état de la patiente ne justifiait pas que l'alerte soit donnée à l'encontre de l'opposition de la patiente (CDPI Ile-de-France 7 avr. 2016, n°93-2015-00039).

- La conscience qu'a eue ou que devait avoir l'infirmier de ce péril : s'il existe un doute dans l'esprit du professionnel, il lui appartient de se renseigner sur l'état de santé du malade. Le fait de ne pas s'alerter en l'absence de réponse au domicile d'une patiente âgée de 88 ans et de ne pas s'être présentée à nouveau le lendemain ne constitue pas un manquement aux règles déontologiques si la patiente avait averti de sa probable absence cette semaine-là, que son état ne nécessitait pas de surveillance particulière, que l'infirmière avait tenté de joindre la patiente au téléphone. Elle n'avait pas de raison dans ce cas d'alerter les services d'urgence médicale (CDPI Languedoc-Roussillon 25 févr. 2013, n°48-2012-00008).

7.2 - L'assistance

Une fois l'urgence caractérisée, l'infirmier doit apporter une assistance à la personne ou s'assurer qu'elle reçoit les soins nécessaires.

Cette obligation pèse sur tout individu, et de façon accrue sur les professionnels de santé. En effet entre agir personnellement ou provoquer les secours, le choix de l'infirmier doit porter sur l'alternative la plus efficace. Si des professionnels de santé ou de l'assistance à l'enfance, se sont bornés à prendre une mesure d'éloignement de l'agresseur sans se soucier de faire examiner un mineur de 15 ans victime d'un viol, le délit de non-assistance à personne en péril peut être constitué (Cass. crim. 8 oct. 1997, n°94-84801).

Néanmoins une intervention inefficace n'est pas nécessairement sanctionnée. L'infraction et la faute déontologique ne réside pas dans le fait de ne pas avoir sauvé la vie de quelqu'un ou évité une dégradation de sa santé mais de ne pas lui avoir prêté assistance. Cela signifie a contrario que l'infirmier ne peut invoquer l'inefficacité supposée de son intervention pour refuser celle-ci.

Le fait que l'infirmier soit occupé ne constitue pas en soi une cause justifiant qu'il n'intervienne pas. Il faut que l'intervention soit impossible et que l'infirmier fasse en sorte qu'un autre professionnel soit en mesure de le faire. L'infirmier ne peut pas non plus prétexter que la personne est suivie par un autre infirmier.

Une fois l'infirmier informé de l'urgence, son absence d'intervention peut cependant être considérée comme justifiée dans certaines circonstances. C'est le cas notamment lorsqu'il doit assurer une autre urgence ou qu'une intervention présenterait pour lui des risques importants. Dans tous les cas il doit néanmoins tenter de trouver une alternative pour la personne.

Il devra notamment donner l'alerte et s'assurer que la personne est prise en charge. La mésentente avec un confrère ou avec le patient n'est en revanche pas une cause d'exonération de l'infirmier qui refuserait d'intervenir face à une situation d'urgence, de même que la surcharge du cabinet, dès lors que cette surcharge n'est pas due à d'autres situations d'urgence, ou la mauvaise observance du traitement par le patient.

Illustrations jurisprudentielles

- Le refus de soigner la douleur d'une patiente en rabrouant le mari réclamant des soins et l'absence de sollicitation d'un médecin alors que l'infirmière ne pouvait ignorer la complication de la prise en charge constitue notamment un refus d'assistance à personne en péril (CDNOI, 10 déc. 2018, n°28-2018-00196).

- Le devoir d'assistance interdit également à une infirmière de laisser une patiente âgée baignant dans ses excréments (CDPI Occitanie 11 avr. 2019, n°1166-201800064).

Dans les cas d'urgence ou de détresse psychologique, l'infirmier se doit de mettre en œuvre les protocoles de soins d'urgence et d'accomplir les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention du médecin. En l'absence de protocole et en cas d'urgence, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir le médecin (article R.4311-14 du code de la santé publique).

L'assistance peut parfois supposer un recours à l'hospitalisation :

- Un infirmier est fautif s'il s'abstient de déclencher une hospitalisation alors que le centre de secours est localisé à dix minutes du lieu d'intervention et qu'il valide la nécessité de faire hospitaliser le patient après sa chute en laissant toutefois à la fille de celui-ci le soin de le faire est fautif (CDPI PACA-Corse 5 mars 2019, n°18-016).

- L'absence de proposition alternative à une hospitalisation pour diriger le patient vers une structure de soins adaptée peut être justifiée par les propos violents tenus à l'encontre de l'infirmier par le patient et par la capacité de la maison médicale de garde où se trouvait le patient de faire appel elle-même à des structures alternatives (CDNOI, 20 juin 2013, n°39-2012-00029).

8 - Assistance aux pouvoirs publics

→ Article R4312-8

L'infirmier apporte son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire.

L'infirmier auquel une autorité qualifiée fait appel soit pour collaborer à un dispositif de secours mis en place pour répondre à une situation d'urgence, soit en cas de sinistre ou de calamité, répond à cet appel et apporte son concours.

L'article 3 du code de déontologie affirme déjà que l'infirmier n'est pas seulement au service de l'individu mais aussi de la santé publique. L'article 8 accentue ce dernier point en prévoyant que l'infirmier doit apporter son concours aux autorités compétentes.

8.1 - Protection de la santé et éducation sanitaire

En visant les actions en vue de protéger la santé et de contribuer à l'éducation sanitaire, le premier alinéa vise notamment la prévention. Il rejoint l'article L 4311-1 alinéa 1 du code de la santé publique selon lequel « *l'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement* ». Parmi les actions de prévention envisagées par ce même texte et faisant partie des compétences infirmières, figurent certaines vaccinations, notamment le vaccin antigrippal (art. R 4311-5-1 CSP) et le renouvellement de médicaments contraceptifs oraux, sauf ceux figurant sur une liste fixée par arrêté ministériel.

Dans le cadre de crise sanitaire et aux fins de protection de la santé publique le Gouvernement peut prendre toutes les mesures générales ou individuelles utiles à l'application des décisions nationales et pouvant impacter le décret de compétence des infirmiers (ex : dans le cadre de la crise sanitaire liée à la Covid-19 les infirmiers se sont vu octroyer la possibilité d'effectuer des tests sans prescription et vacciner la population).

La participation aux actions de prévention doit aussi être le fait des étudiants, qui doivent effectuer un service sanitaire (v. art. D 4071-1 et s. CSP). Ce service sanitaire de six semaines, consécutives ou non, vise à les former « *aux enjeux de la prévention primaire par la participation à la réalisation d'actions concrètes de prévention auprès de publics identifiés comme prioritaires […]* ».

8.2 - La réponse à l'appel d'une autorité

Il est toutefois un dispositif qui se situe à la frontière du concours apporté aux autorités et de la participation obligatoire aux dispositifs d'urgence envisagé dans le second alinéa du texte. Il s'agit des réquisitions décidées par le Préfet de département, sur proposition du directeur général de l'Agence régionale de santé, si l'afflux de patients ou de victimes ou la situation sanitaire le justifie (art. L 3131-8 CSP).

Les réquisitions du Préfet peuvent aussi faire partie d'un dispositif de secours d'urgence répondant à une situation exceptionnelle ou être dues à un sinistre ou une calamité. D'autres dispositifs peuvent y correspondre et être source d'obligations pour les infirmiers.

La réserve sanitaire reposant sur une initiative des professionnels ou anciens professionnels entre dans ce cadre conformément à l'article L.3132-1 du code de la santé publique. En fait partie le plan

qui constitue un dispositif de crise dont doit être doté chaque établissement de santé (article L3131-7 du code de la santé publique).

Enfin, en cas de menace sanitaire grave, d'épidémie par exemple, les infirmiers peuvent être contraints par un arrêté ministériel de prodiguer certains soins voire d'administrer certains produits. Dans ce cas, ils ne pourraient être tenus pour responsables de la prescription ou de l'administration d'un médicament en dehors de ses indications thérapeutiques ou de ses conditions normales d'utilisation si cela a été recommandé ou exigé par l'arrêté ministériel (art. L3131-1 et L3131-3 CSP).

Les infirmiers peuvent également intervenir de manière volontaire « *en cas de situation sanitaire exceptionnelle dont les conséquences dépassent les capacités de prise en charge d'une ou de plusieurs structures de soins de la région* » (art. L 3131-10-1 CSP). Dans ce cas, le directeur général de l'Agence régionale de santé fait appel aux infirmiers s'étant portés volontaires pour porter appui à ces structures de soins.

9 - Absence de déconsidération

→ Article R4312-9

L'infirmier s'abstient, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte de nature à déconsidérer celle-ci.

En particulier, dans toute communication publique, il fait preuve de prudence dans ses propos et ne mentionne son appartenance à la profession qu'avec circonspection.

Si les règles déontologiques permettent à la fois de protéger les intérêts des patients et des professionnels, elles visent surtout à défendre les valeurs d'une profession et à assurer de cette manière sa reconnaissance par la société dans son ensemble.

9.1 - Des actes variés

De tels actes peuvent être commis dans le cadre des activités professionnelles. Mais l'alinéa premier du texte précise clairement que les actes pouvant recevoir cette qualification ne sont pas nécessairement accomplis dans l'exercice de la profession, au temps et/ou au lieu de travail.

Cas jurisprudentiels

- La conduite en état d'ivresse ayant donné lieu à une interpellation puis à une condamnation peut constituer un acte de nature à déconsidérer la profession. Elle ne l'est cependant pas systématiquement et le sera davantage dans une petite ville, où les faits sont rapidement connus, que dans une grande.

- Une infirmière ayant financé des dépenses faites par son époux pour une culture de cannabis a commis une atteinte grave aux principes de moralité et de probité et a eu un comportement de nature à déconsidérer la profession (CDNOI 16 janv. 2020, n°92-2019-00249).

- La déconsidération peut être liée à des données financières : une infirmière a été condamnée pour avoir déclaré des actes fictifs auprès d'une CPAM pour en obtenir le paiement. Elle s'est montrée indigne de la considération due aux

fonctions d'infirmier et a porté atteinte à l'image de la profession, compte tenu notamment des répercussions médiatiques de l'affaire (CDPI Hauts de France 5 mai 2019, n°59-2016-00075).

- Le fait de n'avoir pas payé des sommes dues au titre de la taxe d'habitation et de l'impôt sur le revenu peut être considéré comme constitutif d'un comportement de nature à déconsidérer la profession, (CE 18 janv. 2017, n°394562).

Le non-respect de règles déontologiques déjà prévues par d'autres articles peut par ailleurs être puni au titre de la déconsidération de la profession :

- La violation du secret professionnel peut ainsi être assimilée à une déconsidération de la profession compte tenu de sa résonnance médiatique (CE 29 déc. 2000, n°211240).

- Un professionnel continuant à exercer malgré une interdiction temporaire et qui a antidaté des documents à une date antérieure à la mise en liquidation judiciaire de sa société et fait verser les sommes correspondantes sur le compte bancaire de son épouse conduit également à porter le discrédit sur la profession (CE 27 janv. 2016, n°383514).

9.2 - Les communications publiques

La participation à des émissions de télévision, radio ou diffusées sur internet ainsi que les propos tenus publiquement, dans la presse ou sur les réseaux sociaux notamment, doivent être particulièrement surveillés. C'est pourquoi, la prudence est recommandée dans toute communication publique.

SECTION 2

Devoirs envers les Patients

10 - Intérêt du patient, soins consciencieux, attentifs, appropriés

→ Article R4312-10

L'infirmier agit en toutes circonstances dans l'intérêt du patient. Ses soins sont consciencieux, attentifs et fondés sur les données acquises de la science.

Il y consacre le temps nécessaire en s'aidant, dans toute la mesure du possible, des méthodes scientifiques et professionnelles les mieux adaptées. Il sollicite, s'il y a lieu, les concours appropriés. Il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience, ses compétences ou les moyens dont il dispose.

L'infirmier ne peut pas conseiller et proposer au patient ou à son entourage, comme salutaire ou sans danger, un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé. Toute pratique de charlatanisme est interdite.

Faisant écho à l'article 3 du code de déontologie qui affirme que l'infirmier est, notamment, au service de la personne, l'article 10 prévoit que l'infirmier agit dans l'intérêt du patient.

10.1 - Tout infirmier doit agir dans l'intérêt du patient

L'absence de surveillance de l'état général, des soins réalisés trop rapidement, le non-respect de prescriptions médicales et un manque d'hygiène constituent des fautes déontologiques en elles-mêmes mais peuvent être regroupées plus globalement sous la qualification d'atteinte à l'intérêt du patient.

L'atteinte à l'intérêt du patient peut recouvrir des comportements divers :

- L'absence de suivi strict des prescriptions médicales alors que parallèlement l'infirmier engage des conversations philosophiques et religieuses avec des patients âgés et déstabilisés. Le juge disciplinaire peut dans ce cas enjoindre à l'infirmier de suivre une formation relative à la responsabilité professionnelle et à la déontologie de l'infirmier s'il constate que le professionnel n'a pas pris la mesure du comportement que tout professionnel et tout patient sont en droit d'attendre (CDNOI, 17 avr. 2018, n°83-2017-00181).

- Une infirmière qui n'a pas suivi une prescription médicale pour suivre une suggestion de la patiente, préférant une injection par voie intraveineuse à une injection per os, puis ayant utilisé un matériel ne devant plus l'être (flacon d'eau stérile ouvert 2 jours plus tôt) et enfin ayant tenté de dissimuler son erreur (CDPI Ile-de-France 18 déc. 2013, n°76-2012-00006).

- Les circonstances sont toujours prises en compte, notamment les conséquences du manquement pour le patient. Ainsi, le fait de laisser des médicaments sur la table de la cuisine alors que le médecin a prescrit à l'infirmier qu'il devait les administrer lui-même et l'oubli d'une injection d'insuline constituent bien un manquement à l'obligation d'agir dans l'intérêt du patient et à la continuité des soins (CDNOI, 16 mai 2017, n°63-2016-00120).

- Le fait de repousser un patient sans que cela soit justifié par une menace ainsi que des propos déplacés et d'une grossièreté outrancière constituent une atteinte à sa dignité et à son intérêt (CDPI Aquitaine 9 nov. 2015, n°24-2015-00038).

- L'utilisation à plusieurs reprises d'équipement et vêtements personnels d'un patient ajoutée à une altercation peuvent constituer une faute (CDPI PACA-Corse 4 juill. 2018, n°18-002).

10.2 - Les soins infirmiers doivent être consciencieux, attentifs et fondés sur les données acquises de la science

L'infirmier doit agir en toutes circonstances dans l'intérêt du patient tant dans les décisions qu'il prendra que dans les actes qu'il dispensera en application de son rôle propre ou d'une prescription médicale. C'est la raison pour laquelle il lui est demandé de ne faire courir aucun risque au patient et de dispenser des soins consciencieux, attentifs et fondés sur les données acquises de la science.

Cas jurisprudentiels

- Est condamnable le refus de programmer un transport vers l'hôpital aux dates et heure prévues par la prescription médicale parce que cela aurait été plus commode pour l'organisation de la tournée de l'infirmier, alors qu'un professionnel de santé doit être capable de s'adapter dans l'intérêt de ses patients, notamment en cas d'urgence (CDNOI, 5 déc. 2014, n°17-2014-00059-1).

- Les nombreuses erreurs et négligences de l'IDE ne peuvent être occultées par la seule triple circonstance, d'une part, qu'elle exerce en milieu de maison de retraite de type EHPAD, caractérisé par l'absence de médecin sur place, la surcharge de travail et les initiatives dont doivent faire preuve les infirmiers et aides-soignants dépassant souvent ce qui est admissible dans d'autres services, d'autre part qu'elle donnait toute satisfaction jusqu'à cette série de reproches, et enfin qu'elle a pris conscience de ses actes compte tenu de ses nouvelles fonctions, (CDNOI, 10 déc. 2018, n°92-2018-00194).

- Un infirmier ne peut en outre invoquer des omissions occasionnelles d'administration de médicaments alors qu'il a reconnu que ces omissions s'étaient produites une ou deux fois par mois pendant près de six mois (CDPI Nouvelle Aquitaine 20 avr. 2018, n°33-2017-00063).

- La conscience professionnelle implique également de la mesure dans le comportement vis-à-vis du patient. Des propos déplacés et des gestes physiques à l'encontre d'un patient lors de soins, notamment des gifles, peuvent entraîner une lourde sanction, peu important que le patient ait toujours causé des difficultés (CDNOI, 9 nov. 2016, n°n°24-2015-00098).
-
- Le refus ou l'absence d'initiative de se déplacer pour prodiguer un soin peut aussi révéler un manque de conscience professionnelle constitutif d'une faute déontologique. Une infirmière ne peut par exemple s'abstenir de se déplacer pour procéder à une injection dans un EHPAD alors qu'aucun professionnel qualifié pour y procéder ne s'y trouvait et se contenter d'indiquer à une auxiliaire de soin comment procéder à une injection sous-cutanée de morphine (CDPI Ile-de-France, 8 oct. 2015, n°R2015.006-76-2015-00001).

- Une infirmière salariée d'un EHPAD commet une faute si elle prétend avoir vérifié

la prise de médicaments auprès d'un patient et indiquer dans le dossier de soins infirmiers qu'ils ont été pris alors qu'elle ne l'a pas vérifié (CDPI Ile-de-France 23 févr. 2018, n°92-2016-00056).

- L'obligation de donner au patient des soins attentifs, consciencieux et conformes aux données acquises de la science comporte également le devoir de se renseigner avec précision sur son état de santé (Cass. 1ère civ. 5 mars 2015, n°14-13292). Affirmée par la jurisprudence pour obliger les médecins à évaluer précisément les risques encourus et permettre au patient de donner un consentement éclairé, cette obligation peut être adaptée aux infirmiers qui doivent suivre l'évolution de l'état de santé du patient, au besoin par la discussion.

- L'attention implique également de savoir s'alerter lorsque certaines données ou certaines circonstances paraissent anormales. L'inscription au carnet de surveillance d'un taux de saturation en dioxygène du sang anormalement bas peut révéler soit un défaut d'attention à l'occasion de la transcription, soit un comportement inadapté en ce que l'infirmière ne s'est pas alertée (CDPI Ile-de-France, 7 oct. 2014, n°77-2013-000018).

La responsabilité n'a en revanche pas été retenue dans les cas suivants :

- L'attention que doit porter l'infirmier aux patients dans les limites de son champ d'intervention. Une infirmière ne peut être tenue pour responsable du départ à l'étranger de la femme d'un patient ayant emporté les seules clés du domicile et sans en prévenir les enfants de son époux, et d'une prolongation d'hospitalisation (CDNOI, 23 déc. 2013, n°13-2013-00044).

- Lorsque l'infirmier, confronté à des prescriptions médicales erronées, a cherché et obtenu des conseils de prise en charge auprès d'un centre hospitalier, fait preuve d'empathie envers sa patiente, s'est déplacé auprès d'elle et permis sa réadmission à l'hôpital (CDNOI 20 janv. 2020, n°57-2019-00265).

- Le fait de ne pas s'alerter en l'absence de réponse au domicile d'une patiente âgée de 88 ans et de ne pas s'être présentée à nouveau le lendemain ne constitue pas un manquement aux règles déontologiques si la patiente avait averti de sa probable absence cette semaine-là, que son état ne nécessitait pas de surveillance particulière, qu'elle avait tenté de joindre la patiente au téléphone et qu'elle n'avait pas de raison dans ce cas d'alerter les services d'urgence médicale (CDPI Languedoc-Roussillon, 25 févr. 2013, n°48-2012-00008).

- Un manque de ponctualité n'ayant pas eu d'incidence sur l'état de santé du patient et n'étant pas non plus répété ne constitue pas un manquement à l'article 10 (CDPI Bretagne, 16 mai 2017, n°56.2016.00001).

- Ne commet pas de faute une infirmière qui ne s'est pas rendue au domicile d'une patiente emmenée aux urgences dès lors que l'infirmière avait été bloquée sur le trajet par une opération de police puis, faute de réponse à son appel à la porte, avait été empêchée de donner des soins à la patiente (CDNOI, 30 sept. 2015, n°13-2015-00076).

Toute plainte en la matière doit par ailleurs reposer sur des éléments précis :

- Une simple lettre d'un médecin constatant des suivis mal ou non pratiqués correctement sans autre précision et des appels à une association de maltraitance ne suffisent pas à établir l'atteinte à l'intérêt du patient et le non-respect des règles

d'hygiène (CDNOI, 9 juin 2015, n°33-2014-00063).

- L'état d'un patient âgé de 64 ans, autonome et véhiculé qui effectuait sa convalescence à domicile sans qu'un médecin n'ait prescrit une hospitalisation en service de psychiatrie ou des mesures de surveillance particulière ne peut conduire les infirmières à penser à une situation à risque suicidaire (CDPI PACA-Corse 27 juin 2019, n°19-015 à 19-018).

10.3 - Temps nécessaire - Concours d'autres professionnels

Les soins consciencieux et attentifs impliquent que l'infirmier consacre le temps nécessaire, utilise dans la mesure du possible des méthodes scientifiques et professionnelles les mieux adaptées et sollicite au besoin les concours appropriés. Les recommandations de bonne pratique émises par la Haute autorité de santé (HAS), lorsqu'elles existent, peuvent être utiles. Mais le caractère approprié des soins peut aussi être apprécié au regard d'études scientifiques postérieures aux recommandations de la HAS.

Cet alinéa est à mettre en lien avec les dispositions de l'article R.4312-64 du code de la santé publique qui interdit les normes de productivité et de rendement dans l'exercice de la profession d'infirmier.

Le temps consacré à chaque acte et le nombre d'actes ne doivent pas nuire à la qualité et à la sécurité des soins infirmiers. De la même façon, la cotation des actes infirmiers et la durée qui leur est associée ne doit pas guider le comportement du professionnel qui doit avant tout songer à l'intérêt du patient. Le temps nécessaire aux soins peut être variable selon les patients, les circonstances. Une absence de surveillance de l'état général et des soins réalisés trop rapidement peuvent constituer une faute.

Illustrations jurisprudentielles

- Un infirmier avait commis une erreur de dosage d'insuline auprès d'une patiente enceinte de 7 mois mais après s'être rendu compte de son erreur, l'infirmier est venu le jour même vérifier l'état de la patiente et en a informé le médecin traitant et sa consœur infirmière. La faute n'a pas été retenue dans ce cas (CDNOI, 18 mai 2017, n°63-2016-00120).

- Le caractère inadapté ou mal maîtrisé des soins doit être prouvé, notamment en établissant un lien de causalité entre les soins et un dommage, par exemple entre des injections sous-cutanées et l'apparition d'un hématome. Le juge regarde toutes les circonstances de fait : l'apparition de douleurs plusieurs heures après l'injection, le fait qu'elle ait été pratiquée par voie sous-cutanée, qui ne permet pas d'atteindre le nerf sciatique,… (CDNOI, 9 juin 2015, n°41-2014-00066).

- Il ne peut y avoir de faute si ni le témoignage d'une personne présente lors de l'injection, ni aucun certificat médical, ni aucun rapport d'expertise, de l'assureur par exemple, ne permettent d'établir cette causalité. Les affirmations de plusieurs médecins ne suffisent pas à prouver un surdosage s'ils n'ont pas questionné les infirmiers et s'ils n'ont pas d'éléments médicaux contemporains des faits (CDNOI, 18 févr. 2019, n006-2018-00200).

Pour garantir l'utilisation des méthodes les plus adaptées, l'infirmier doit savoir s'entourer de l'avis, voire de l'intervention d'autres professionnels. On pense en premier lieu au médecin dont l'infirmier doit proposer la consultation lorsqu'il l'estime nécessaire (art. 40), auquel il doit communiquer toutes informations utiles (art. 41), auquel il doit demander un complément d'information chaque fois qu'il

le juge utile et vérifier auprès de lui la prescription lorsqu'il a un doute (art. 42) et auquel il doit demander d'établir un protocole chaque fois qu'il l'estime indispensable (art. 43).

La pluralité de dispositions dans ce domaine ne rend toutefois pas l'avis médical systématique. Il n'y a ainsi pas d'atteinte à l'intérêt du patient lorsqu'une infirmière s'abstient de solliciter un avis médical suite à un traumatisme crânien léger d'une patiente, alors qu'elle a constaté l'absence d'altération de l'état de conscience, qu'elle a décidé que la patiente ferait l'objet d'une surveillance particulière et que l'état de la patiente est demeuré constant (CDNOI, 3 avr. 2017, n°77-2015-00094).

Mais surtout l'alinéa 3 de l'article 10 ne vise pas uniquement le concours d'un médecin mais de tout professionnel de santé pouvant être utile à la bonne prise en charge du patient, infirmier, médecin ou autre. L'indépendance et l'exercice personnel de la profession infirmière doivent rejoindre l'intérêt du patient et non s'y opposer.

Le concours n'implique pas forcément la substitution d'un autre professionnel à l'infirmier mais peut aussi consister en une collaboration, en un avis sollicité. La substitution peut par ailleurs être source de responsabilité pour l'infirmier. Un infirmier libéral ne peut se faire remplacer par une aide-soignante (v. art. R4311-4 CSP). Le remplacement serait dans ce cas susceptible d'affecter l'intérêt du patient (CDNOI 20 juin 2013, n°84-2012-00031).

Dans cette situation, la responsabilité des professionnels de santé reste personnelle.

10.4 - Ne pas excéder ses compétences et ses moyens

Les domaines de compétence des infirmiers sont énumérés par les articles R 4311-1 et suivants du Code de la santé publique et pour les infirmiers en pratique avancée par les articles R 4301-1 et suivants. Dès lors qu'un infirmier outrepasse ses compétences, il s'expose à des sanctions, pénale et/ou disciplinaire, pour exercice illégal.

Sauf circonstances exceptionnelles (c'est-à-dire urgence) l'infirmier ne peut entreprendre ou poursuivre des soins dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience, ses compétences ou les moyens dont il dispose. Excepté les diplômes de spécialité (Infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, puéricultrice) les infirmiers acquièrent au cours de leur formation une compétence identique. Toutefois, au cours de leur exercice les secteurs d'activité peuvent les amener à ne plus pratiquer ces actes.

Le présent article exige donc que l'infirmier, dans l'intérêt du patient, ne pratique pas des actes ou soins pour lesquels ses connaissances ne sont pas actualisées ou pour lesquels il ne dispose pas de moyens requis à proximité. Cela implique également que l'infirmier ne procède pas aux soins relevant de la compétence exclusive d'une spécialité infirmière.

De même, le présent article interdit les « *glissements de tâches* » c'est-à-dire l'accomplissement d'actes médicaux hors du cadre de la prescription médicale et/ou hors du cadre des actes ou soins que l'infirmier peut accomplir en application de son rôle propre ou d'une prescription ou d'un protocole médical.

Cas jurisprudentiels

- Les variations dans la fréquence des soins opérées avec l'accord du médecin et en fonction de l'état de santé de la patiente peuvent relever du champ de compétences d'une infirmière (CDPI PACA-Corse 5 oct. 2017, n°17-007).

- L'augmentation par une infirmière de la dose prescrite par le médecin, en le mentionnant dans le cahier de soins et avec l'accord de l'auxiliaire de vie mais

sans en faire part au médecin ni à l'infirmier remplacé constitue en revanche une faute (CDPI PACA-Corse 21 juill. 2016, n°16-001).

Les connaissances, l'expérience et les moyens matériels doivent être intégrés dans l'appréciation des limites des compétences réelles. La pratique professionnelle dans son ensemble doit être prise en compte.

A titre de comparaison, la démarche opérée pour déterminer si un professionnel a besoin ou non d'une formation complémentaire pour accomplir certains types d'actes repose elle aussi sur une appréciation du travail réel. La préservation de la santé publique et la sauvegarde des intérêts des patients peuvent justifier qu'un praticien soit invité à compléter et actualiser ses connaissances et à approfondir sa pratique professionnelle, avant de pouvoir reprendre le cours normal de ses activités (CE 26 oct. 2016, n°403566). Un défaut significatif de pratique peut ainsi constituer une limite au champ d'action d'un infirmier, quel que soit son titre.

10.5 - L'interdiction du charlatanisme

L'attrait de méthodes nouvelles (médecines alternatives ou complémentaires) ne doit pas occulter la nécessité de faire reposer leur utilisation sur des preuves scientifiques. Le caractère insuffisamment éprouvé d'un remède doit être apprécié au regard de la littérature française et internationale (CE, 19 oct. 2001, n°210590).

De plus, la notion de données acquises de la science est importante car seules ces données ainsi que les données avérées (« *avéré* » est un adjectif qui a été adopté par le législateur dans la loi du 4 mars 2002 et qui signifie « *reconnu comme vrai, authentique, après examen* ») de la science peuvent être utilisées et véhiculées par les infirmiers.

Un remède ou un procédé doit avoir été suffisamment testé au moment où il est utilisé. S'il n'est pas suffisamment testé ou illusoire et que l'infirmier le présente comme pleinement efficace ou sans danger, il vient donner du crédit à une discipline qui n'est pas éprouvée.

Aujourd'hui, certains infirmiers souhaitent exercer d'autres activités en parallèle de leur profession. Concernant les professions non réglementées (la naturopathie, la sophrologie, la réflexologie, le reiki…), l'Ordre ne dispose pas du pouvoir d'interdire ces pratiques ou d'interdire le suivi d'une formation dans ces domaines. Pour autant, puisqu'il s'agit de professions non réglementées, elles ne sont pas soumises aux règles déontologiques qui s'imposent aux infirmiers. Ainsi, il est recommandé de distinguer très nettement les deux activités dans le lieu comme dans les moyens de communication. Un infirmier ne pourra pas exercer une activité non réglementée au même endroit que son activité d'infirmier, il devra s'interdire de mentionner son appartenance à la profession d'infirmier car une confusion pourrait naître dans l'esprit des patients.

L'Ordre veille à ce que la profession ne soit pas déconsidérée et procède à des mises en demeure dans les cas où l'infirmier viendrait à exercer une profession non réglementée en se prévalant de sa qualité d'infirmier.

La formation du professionnel constitue également un critère important d'identification des pratiques assimilées au charlatanisme.

Cas jurisprudentiels

- L'utilisation d'huiles essentielles par une infirmière qui n'a pas vérifié l'origine et la réglementation de ces huiles alors que certaines d'entre elles relèvent du monopole pharmaceutique du fait de leur toxicité et alors que l'infirmière n'a suivi aucune formation spécifique à l'usage de ces huiles constitue une pratique illusoire

au sens de l'article 10 (CDPI PACA-Corse 22 mars 2018, n°17-025).

- L'infirmier conseillant à son patient de recourir à des pratiques religieuses pour améliorer son état de santé ou d'appliquer des attitudes prétendument thérapeutiques et en réalité propres à une secte serait également fautif.

Une tromperie assimilable au charlatanisme étant exercée dans le but d'obtenir un profit peut être qualifiée d'escroquerie (art. 313-1 c. pénal). La mise en danger délibérée d'autrui pourrait aussi être retenue (art. 223-1 c. pén.). Des peines d'emprisonnement et d'amende sont alors encourues par le professionnel.

11 - Absence de discrimination - Attitude correcte

→ Article R4312-11

L'infirmier doit écouter, examiner, conseiller, éduquer ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient, notamment, leur origine, leurs mœurs, leur situation sociale ou de famille, leur croyance ou leur religion, leur handicap, leur état de santé, leur âge, leur sexe, leur réputation, les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ou leur situation vis-à-vis du système de protection sociale.

Il leur apporte son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne prise en charge.

Le système de santé français garantit à tout individu l'égal accès aux soins nécessaires par son état de santé. Le malade doit avoir la possibilité d'accéder aux soins rendus nécessaires par son état et ce, quelle que soit sa situation. L'infirmier doit donc au regard de son devoir d'humanité apporter à toute personne et sans distinction les meilleurs soins possibles.

11.1 - La même conscience professionnelle pour tous

L'alinéa premier prohibe les discriminations dans l'exercice de l'activité professionnelle infirmière. La discrimination est, en droit, considérée comme une mesure fondée sur un critère visé expressément par la loi comme illicite.

Pour qu'un acte soit considéré comme légalement discriminatoire il doit ainsi être fondé sur un critère mentionné expressément par l'article 225-1 du code pénal et l'article L.1110-3 du code de la santé publique. Les critères discriminatoires sont notamment l'origine des patients, leurs mœurs, leur situation sociale ou de famille, leur croyance ou leur religion, leur handicap, leur état de santé, leur âge, leur sexe, leur réputation, les sentiments que l'infirmier peut éprouver à leur égard ou leur situation vis-à-vis du système de protection sociale.

Ces précisions sont nécessaires et la mention de la situation du patient vis-à-vis du système de protection sociale doit permettre d'éviter les discriminations envers des personnes bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire ou de l'aide médicale d'Etat. A ce titre, le décret n°2020-1215 du 2 octobre 2020 vient définir les modalités de la procédure de conciliation et de sanction en cas de refus de soins discriminatoire pratiqué par un professionnel de santé. Il précise le barème de sanction applicable par les organismes d'assurance maladie en cas de refus de soins discriminatoires ou de dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux. Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins discriminatoire ou toute association agréée ayant une

activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades peut porter plainte auprès du Conseil départemental de l'ordre ou de l'organisme local d'assurance maladie. Le plaignant sera convoqué par la commission pour une procédure de conciliation avec le professionnel incriminé. En cas d'échec de celle-ci la plainte sera transmise, par le président du conseil auprès duquel est inscrit l'infirmier, à la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre, en s'y associant le cas échéant. Le décret s'applique aux plaintes enregistrées plus de trois mois après sa publication, soit à compter du 4 janvier 2021.

11.2 - Apporter son concours en toutes circonstances

L'obligation pour tout infirmier d'apporter son concours au patient en toutes circonstances l'oblige à une certaine disponibilité, sans pour autant que celle-ci soit permanente. Le refus ou l'absence d'initiative de se déplacer pour prodiguer un soin peut aussi révéler un manque de conscience professionnelle constitutif d'une faute déontologique. Il n'est cependant pas tenu d'être disponible en dehors de ses horaires de travail, sauf en cas d'urgence (v. art. 7).

11.3 - Une attitude correcte et attentive

Un infirmier doit également faire preuve en toutes circonstances, quel que soit l'état de santé mental, psychologique, psychiatrique et neurologique du patient, d'une attitude correcte et attentive envers ses patients.

12 - Continuité des soins - Refus de soins

→ Article R4312-12

Dès lors qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier est tenu d'en assurer la continuité. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un infirmier a le droit de refuser ses soins pour une raison professionnelle ou personnelle.

Si l'infirmier se trouve dans l'obligation d'interrompre ou décide de ne pas effectuer des soins, il doit, sous réserve de ne pas nuire au patient, lui en expliquer les raisons, l'orienter vers un confrère ou une structure adaptée et transmettre les informations utiles à la poursuite des soins.

La loyauté envers les patients - dont l'intérêt doit être recherché par les infirmiers - suppose de ne pas abandonner la prise en charge et d'assurer une prise en charge complète.

12.1 - Continuité des soins

La continuité des soins doit être assurée dès lors qu'un infirmier a accepté de prendre un patient en charge, l'alinéa 1er de l'article 12 l'affirme clairement. L'infirmier est tenu d'appliquer les prescriptions médicales, d'assurer ses prestations d'éducation, de prévention, d'examen, de conseil et de soins jusqu'à leur terme et d'assurer une surveillance du patient.

Le manquement à la continuité des soins peut résulter d'une dégradation de la relation entre le patient et l'infirmier. Il peut également être indirectement causé par une dégradation des relations entre associés ou collaborateurs.

Cas jurisprudentiels

- La rupture d'un contrat de collaboration sans préavis et sans cause justificative peut conduire à une interruption du suivi de certains patients et amener dans ce cas à la reconnaissance d'une faute. Une telle situation peut par exemple se rencontrer en cas de rupture unilatérale d'un contrat de collaboration décidée par un infirmier alors que sa consœur est enceinte de 4 mois, que cette grossesse se révèle ultérieurement pathologique et que la consœur a dû délivrer seule les soins destinés à l'ensemble des patients (CDNOI, 24 mars 2016, n°59-2014-00069).

- Il est possible d'y assimiler le cas d'un infirmier remplaçant qui n'honore pas un engagement pris auprès d'un patient, sans justification, et qui rompt ensuite unilatéralement le contrat de remplacement (CDPI PACA-Corse, 22 juin 2017, n°16-033).

Lorsqu'un infirmier rencontre des difficultés dans le suivi, il importe de savoir si les difficultés sont imputables à l'infirmier et s'il a mis en place des solutions alternatives satisfaisantes :

- L'infirmier qui laisse des médicaments sur la table de la cuisine alors que le médecin a prescrit à l'infirmier qu'il devait les administrer lui-même et qui oublie une injection d'insuline manque à l'obligation d'agir dans l'intérêt du patient et à la continuité des soins (CDNOI, 18 mai 2017, n°63-2016-00120). Dans ce dernier exemple, les difficultés sont imputables aux négligences de l'infirmier qui est dès lors fautif.

- Des oublis d'injection peuvent aussi caractériser une rupture fautive dans la continuité des soins. La faute peut cependant ne pas être retenue si la patiente avait refusé que l'infirmière lui fasse la totalité des injections, si l'organisation du cabinet ne permettait pas de ne faire appel qu'aux deux autres associés et s'il n'était pas établi que le cabinet n'avait pas communiqué les coordonnées d'un autre cabinet (CDNOI, 19 déc. 2016, n°34-2015-00106).

Il faut préciser ici que la négligence du patient dans le suivi du traitement ne suffit pas en soi à justifier un manquement dans la continuité des soins. L'infirmier a aussi pour rôle de vérifier que ce traitement est bien suivi et sa surveillance doit même être accrue lorsqu'il a pu constater des négligences.

L'interruption des soins peut cependant être justifiée dans les cas suivants :

- L'infirmier qui confie à des auxiliaires de vie l'administration de médicaments à des patients alors qu'il devait assumer seul la charge de travail des trois infirmiers de sa société et qu'il a préparé les médicaments dans un pilulier ne commet pas une faute (CDNOI, 18 mai 2017, n°63-2016-00120).

- Lorsque les membres de la famille ont installé une caméra de surveillance pour veiller à la sécurité du patient et que les infirmières estiment ce procédé contraire à leur droit à l'image et au respect du secret professionnel (CDPI PACA-Corse 12 juin 2019, n°19-009 à 19-012).

- Le mauvais accueil réservé par un patient à des infirmières ainsi que le refus de celui-ci de les recevoir peut aussi justifier une interruption des soins, le seul fait qu'il s'agisse de soins post-opératoires n'étant pas de nature en soi à nuire au patient (CDPI Nouvelle Aquitaine 6 déc. 2018, n°87-2017-00071 à 74). Encore faut-il que l'attitude du patient présente un caractère répété et difficilement supportable (CDPI Nouvelle Aquitaine 23 janv. 2019, n°19-2018-00082).

- L'importante charge de travail conjuguée à l'état de santé d'une infirmière peut également justifier qu'elle ne soit plus en mesure d'assurer les soins d'un patient (CDPI Bretagne 19 oct. 2018, n°35-2018-04).

- A été considéré comme légitime le refus d'une infirmière de se déplacer en zone de détention sans être accompagnée d'un membre du personnel de surveillance (CE, 15 mars 1999, n°183545).

12.2 - Droit de refuser les soins

L'article 12 alinéa 2 prévoit le droit pour un infirmier de refuser la prise en charge d'un patient pour des raisons personnelles ou professionnelles, sauf en cas d'urgence et dans le respect de son devoir d'humanité.

Un infirmier doit refuser d'intervenir dans une prise en charge si cela dépasse son domaine de compétences (art. 10 al. 4) ou si ses actes excèdent la plus stricte économie qu'il est tenu de respecter, dans la mesure où celle-ci est compatible avec les prescriptions médicales (art. L 162-12-1 c. séc. soc.).

Une limite essentielle énoncée à l'article 12 alinéa 2 concerne le cas de l'urgence.

La loi permet à un infirmier d'opposer la clause de conscience afin de ne pas participer à une interruption volontaire de grossesse (art. L 2212-8 al. 2 CSP) ou à une recherche sur embryon (art. L 2151-7-1 CSP).La clause de conscience se définit comme le droit de refuser la réalisation d'un acte médical autorisé par la loi mais que le professionnel de santé estimerait contraire à ses convictions personnelles, professionnelles ou éthiques. Pour autant, dans cette hypothèse, l'infirmier doit informer le patient de son refus et doit lui communiquer le nom de praticiens susceptibles de réaliser cet acte.

Sont enfin interdits les refus de soins discriminatoires. Il convient ici de compléter ce que prévoit l'article 11 du code de déontologie.

La discrimination est un délit pénal réprimé à l'article 225-1 du Code pénal. Ce texte dispose que : « *Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques sur le fondement de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de la particulière vulnérabilité résultant de leur situation économique, apparente ou connue de son auteur, de leur patronyme, de leur lieu de résidence, de leur état de santé, de leur perte d'autonomie, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs mœurs, de leur orientation sexuelle, de leur identité de genre, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une Nation, une prétendue race ou une religion déterminée.*»

Le délit pénal n'est cependant pas le seul moyen de sanctionner un refus de soins discriminatoire. L'article L 1110-3 du Code de la santé publique prévoit ainsi que :

« *Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 ou à l'article 225-1-1 du code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles (Complémentaire santé solidaire, Aide médicale d'Etat)* ».

La capacité d'un patient à prouver l'intention du professionnel de refuser des soins pour un motif discriminatoire est complexe. Un procès pénal et/ou un procès civil restent néanmoins possibles. Le recours au « *testing* » comme mode de preuve est admis dans ce domaine. Selon le Défenseurs des droits le testing : « *consiste à soumettre deux profils comparables pour une même demande (entretien d'embauche, visite d'appartement, rendez-vous médical, etc.) sauf en ce qui concerne le critère susceptible d'exposer aux discriminations (origine, handicap, âge, sexe…).* »

12.3 - Processus d'interruption ou de refus de soins

Si l'interruption ou le refus de prise en charge constitue bien un droit pour les infirmiers, il doit néanmoins être mis en œuvre dans des conditions précisées à l'alinéa 3 du texte.

Le professionnel doit d'une part expliquer au patient pourquoi il interrompt ou refuse ses soins et il doit ensuite lui fournir une alternative. Le texte précise sur ce point que l'infirmier doit orienter le patient vers un confrère ou une structure adaptée et transmettre toutes les informations utiles à la poursuite des soins. Il doit également avertir le médecin traitant ou prescripteur.

Un infirmier qui a accepté de prendre en charge un patient sur sa demande, reste responsable de celui-ci jusqu'au moment où le patient lui-même ou le praticien décide de mettre fin à leurs relations.

Cas jurisprudentiels dans lesquels un manquement n'a pas été retenu :

- Dès lors que l'infirmier cesse de donner ses soins, il prend toutes les dispositions nécessaires à la continuité des soins, ce à quoi satisfait une infirmière qui informe un patient qu'elle cessera d'assurer les soins compte tenu du climat conflictuel à compter d'une date déterminée, qu'une autre infirmière prendra le relais, et qu'elle en a informé par courrier le médecin traitant. (CDPI PACA 5 oct. 2017, n°17-007).

- De même aucune faute ne peut être retenue si l'arrêt des soins a été décidé au terme d'une discussion avec le fils de la patiente qui recherchait des remplaçants, qu'il avait été informé du nom d'une autre infirmière, qu'un dossier de soins était tenu à jour et que le médecin traitant a été informé de la situation (CDPI Auvergne-Rhône-Alpes, 22 mai 2018, n°73/74-2016-02). Il est nécessaire d'avertir le patient suffisamment à l'avance, mais aucun délai précis de préavis obligatoire n'existe et l'ensemble des circonstances doit être pris en compte.

- Des infirmières sont tout à fait légitimes à rompre une relation de soins en raison d'une mauvaise relation avec la famille de la patiente et les attitudes et propos inconvenants d'un des fils de celle-ci. Il faut tout d'abord qu'elles s'en expliquent avec la patiente et ensuite qu'elles assurent une alternative et veillent à ce que la rupture ne nuise pas au patient. (CDNOI, 3 avr. 2019, n°13-2018-00211). Toutefois, le seul fait de donner une liste d'infirmiers ne peut être regardé comme suffisant pour interrompre des soins. Il incombe à l'infirmier d'orienter le patient vers un confrère ou une structure adaptée et transmettre toutes les informations utiles à la poursuite des soins.

Cas jurisprudentiels dans lesquels un manquement est caractérisé :

- Lorsque le patient est informé de la cessation de la prise en charge deux jours avant la cessation effective et qu'aucune indication n'a été transmise au patient et à sa famille pour permettre la continuité des soins (CDPI Rhône Alpes, 19 déc. 2016, n°69-2015-09).

- Lorsqu'un infirmier a cessé sans préavis de prodiguer des soins auprès d'un

patient sans s'assurer qu'une autre équipe d'infirmiers allait prendre le relais et sans mettre à même le patient de choisir de nouveaux professionnels, de surcroît en zone semi-rurale touchée par un désert paramédical certain, nonobstant le contexte difficile de la dispense d'actes de soins (CDPI PACA, 15 mars 2016, n°15-017).

L'infirmier doit dans tous les cas veiller à ce que l'interruption ou le refus ne nuise pas au patient. L'infirmier ne peut dans tous les cas se contenter de donner une liste d'infirmiers du secteur. Il doit prouver qu'il a orienté de manière effective le patient vers un confrère ou une structure adaptée ayant accepté d'assurer le relais dans la continuité des soins.

Lorsque le refus de soins émane du patient, l'infirmier devra l'indiquer dans son dossier de soins afin d'en assurer une traçabilité.

13 - Information du patient

→ Article R4312-13

L'infirmier met en œuvre le droit de toute personne d'être informée sur son état de santé dans le respect de ses compétences professionnelles.

Cette information est relative aux soins, moyens et techniques mis en œuvre, à propos desquels l'infirmier donne tous les conseils utiles. Elle incombe à l'infirmier dans le cadre de ses compétences telles que déterminées aux articles L. 4311-1 et R. 4311-1 et suivants. Dans le cas où une demande d'information dépasse son champ de compétences, l'infirmier invite le patient à solliciter l'information auprès du professionnel légalement compétent. L'information donnée par l'infirmier est loyale, adaptée et intelligible. Il tient compte de la personnalité du patient et veille à la compréhension des informations communiquées. Seules l'urgence ou l'impossibilité peuvent dispenser l'infirmier de son devoir d'information. La volonté de la personne de ne pas être informée doit être respectée.

L'information des patients constitue, avec leur consentement, l'un des piliers des droits des malades et d'une démocratie sanitaire. L'obligation d'informer le patient s'applique à tous les professionnels de santé.

En tant que profane, le patient doit recevoir toutes les informations afin qu'il puisse prendre une décision sur sa santé en toute connaissance de cause. Ce droit est reconnu tant par les textes internationaux telle que la convention européenne des droits de l'homme et de la biomédecine qui consacre le droit à l'information (article 5) que par le droit interne.

En effet, selon l'article L. 1111-2 du code de la santé publique « *toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé* ». Le patient ne donne plus seulement son consentement mais participe aux choix thérapeutiques le concernant avec le professionnel de santé ; on parle de codécision.

Le premier alinéa indique ainsi que l'infirmier met en œuvre le droit de toute personne d'être informée sur son état de santé mais dans les limites de ses compétences professionnelles, c'est-à-dire sans empiéter sur les compétences de diagnostic du médecin.

13.1 - Le contenu de l'information

L'information porte sur les soins, les moyens et les techniques mis en œuvre. L'article L 1111-2 du code de la santé publique précise que cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. La personne concernée est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. L'article 13 du code de déontologie précise que l'infirmier donne sur ces différents aspects tous les conseils utiles. L'obligation d'information inclut toutes les évolutions normalement prévisibles.

L'obligation d'informer un patient sur les risques peut également être relative aux risques que pourrait représenter la non-observance d'un traitement, notamment si l'infirmier constate des réticences chez le patient.

L'article L. 1111-2 alinéa 7 du code de la santé publique affirme qu'il incombe à tout acteur de santé, professionnel ou établissement, de prouver la réalité de l'information donnée. Certains professionnels de santé ont eu recours à des formulaires écrits remis au patient mais dans tous les cas l'information doit être donnée au patient au cours d'un entretien individuel, conformément à l'article L1111-2 alinéa 3 du code de la santé publique.

Lorsqu'une technique nouvelle est utilisée et que les risques ne peuvent être suffisamment évalués à la date de la consultation, notamment parce que cette technique est récente et n'a été mise en œuvre qu'à l'égard d'un nombre limité de patients, l'information du patient par le professionnel doit porter sur deux éléments (CE 10 mai 2017, n°397840) :

- Les risques fréquents ou graves normalement prévisibles déjà identifiés de cette technique
- Le fait que l'absence d'un recul suffisant ne permet pas d'exclure l'existence d'autres risques

Toute personne a également droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais (art. L 1111-3 CSP).Cette information est gratuite et, concernant les infirmiers libéraux, est donnée par affichage dans les lieux de réception des patients ou par devis préalable au-delà d'un certain montant (art. L 1111-3-2 CSP).

Enfin, l'information porte également sur les modalités du suivi, notamment les horaires, les infirmiers accomplissant le suivi en cas de travail en équipe, un rappel de la prescription médicale au besoin. Le fait d'avoir permis la présence d'un tiers lors d'un examen intime sans que le patient ait pu s'y opposer manque au devoir d'information du patient (CE 19 sept. 2014, n°361534).

13.2 - Une information limitée au champ de compétences des infirmiers

L'infirmier doit veiller à cette occasion à ne pas dépasser son champ de compétences. L'infirmier doit inviter le patient à solliciter le professionnel compétent si une information dépasse son champ de compétences. Il doit dans ce cas indiquer au patient quel est le professionnel compétent, sans nécessairement lui fournir un nom précis et en évitant tout compérage (v. art. 29).

La délivrance de l'information relevant de ses compétences par d'autres personnes ne peut pas être présumée par l'infirmier qui ne peut donc se soustraire à son obligation en supposant simplement que l'information a déjà été donnée. Toutefois, il doit demander à la personne quelles informations lui ont déjà été données et il en tient compte pour déterminer celles qu'il donne.

13.3 - Une information loyale, adaptée et intelligible

Conformément à la jurisprudence et à la recommandation de la Haute autorité de santé relative à la délivrance de l'information à la personne sur son état de santé, le professionnel de santé s'assure que la personne a compris l'information qui lui a été délivrée, par exemple en lui demandant de dire ce qu'elle a compris. Il invite la personne à s'exprimer et à poser des questions sur les informations données. Il lui propose de revenir pour un autre entretien dans le cas où elle se poserait des questions nouvelles.

Pour que l'information soit la plus claire possible, l'infirmier doit éviter les contradictions et indiquer clairement quel est son rôle et son domaine d'action. Il doit ainsi situer clairement son action dans la démarche générale de soins. L'information donnée au patient doit en outre être pertinente c'est-à-dire en lien avec la prise en charge. L'information donnée au patient en application de l'article 13 ne doit pas non plus viser à orienter le choix du patient mais simplement à lui permettre d'effectuer son choix en toute connaissance de cause.

La qualité de l'information doit être appréciée du point de vue du patient. Il revient au professionnel de s'adapter au patient, à son âge ou son état de santé par exemple et tout autre élément pouvant influer sur la compréhension de l'information.

13.4 - L'exonération de l'obligation d'information

L'urgence constitue un premier cas justifiant que l'infirmier ne respecte pas ou pas totalement son obligation d'information. L'urgence désignée ici comme une possibilité de ne pas informer le patient sur les soins mis en œuvre ne doit cependant pas être confondue avec l'éventualité d'une urgence. L'infirmier doit informer le patient d'une telle éventualité, en respectant son devoir d'humanité.

L'impossibilité est une autre cause exonérant l'infirmier de son obligation d'information. Il s'agit essentiellement d'une impossibilité matérielle de communiquer, notamment si une personne est inconsciente. L'impossibilité d'ordre psychologique, notamment lorsque l'information risque d'altérer l'état de santé psychologique du patient, est plus difficile à admettre. La volonté du patient prédomine, même si l'infirmier peut veiller à ne pas être trop alarmiste lorsqu'une incertitude subsiste. Dans tous les cas, seul le patient peut demander à être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic. Dans ce cas, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination (CDNOI, 5 déc. 2014, n°13-2013-00053).

L'article L. 1111-2 du code de la santé publique (CSP) prévoit qu'en cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information prévue par cet article a été délivrée à l'intéressé. Ces règles particulières de preuve du défaut d'information du patient ne s'appliquent pas en l'absence de toute contestation par le patient concerné de la réalité de l'information fournie sur son état de santé (CE 18 mars 2015, n°363985).

A côté de l'urgence, l'impossibilité peut exonérer l'infirmier de son devoir d'information.

14 - Consentement du patient

→ Article R4312-14

Le consentement libre et éclairé de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas. Lorsque le patient, en état d'exprimer sa volonté, refuse le traitement proposé, l'infirmier respecte ce refus après l'avoir informé de ses conséquences et, avec son accord, le médecin prescripteur.

Si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, l'infirmier ne peut intervenir sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

L'infirmier appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé s'efforce, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, l'infirmier donne les soins nécessaires. Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, l'infirmier en tient compte dans toute la mesure du possible.

14.1 - Le consentement de la personne examinée ou soignée

L'article 14 alinéa 1er est la transposition, dans le code de déontologie, de l'article L 1111-4 alinéa 4 du Code de la santé publique. Ce texte affirme que « *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* ». Le principe du consentement obligatoire est repris à l'article 16-3 du Code civil dont le but est de protéger toute atteinte au corps humain. L'article L 1111-4 alinéa 2 est plus explicite encore et prévoit que « *Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement* ».

Il est recommandé de faire état du consentement du patient dans le dossier de soins du patient.

La recherche du consentement du patient commence par le respect de son libre choix des professionnels responsables de sa prise en charge. Ce libre choix n'est pas respecté lorsqu'une infirmière se rend régulièrement à la pharmacie à la place de ses patients, a refusé d'aller dans une pharmacie qu'elle ne fréquentait pas malgré la demande de sa patiente et recommandait à ses patientes d'aller dans une pharmacie précise (CDPI Bretagne, 17 nov. 2017, n°22.2017-00001). Un tel comportement peut également être qualifié de compérage (v. art. 29).

Le consentement éclairé repose sur l'information loyale, claire et appropriée évoquée à l'article précédent. Elle implique l'obligation de se renseigner sur l'état de santé du patient. Le consentement libre suppose de ne pas forcer la décision du patient et de lui laisser la possibilité de s'exprimer. Il est dès lors nécessaire, comme l'exige la suite de l'article que le patient soit en état d'exprimer sa volonté et que l'infirmier s'assure qu'il l'est.

L'article L 1111-4 alinéa 3 du code de la santé publique prévoit que « *Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical* ». La réponse à la question de savoir si le refus du patient met sa vie en danger dépend des données acquises de la science et non de la seule conviction personnelle du professionnel. L'une des limites du rôle de l'infirmier se présente ici car en cas de refus d'un patient de suivre son traitement, l'infirmier doit certes informer le patient des conséquences de son refus mais il doit aussi en informer le médecin prescripteur, si le patient est d'accord, comme le prévoit l'article 14. Une fois l'information donnée au médecin, ce dernier reprend son rôle de conseil et doit attendre un délai raisonnable pour savoir

si le patient réitère sa décision. Cette obligation de ne pas se contenter d'un seul refus et dès lors de s'assurer que le refus a été réitéré dans un délai jugé raisonnable repose sur le médecin et non sur l'infirmier.

A l'hôpital, tout patient qui est admis en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement signe une attestation mentionnant expressément son refus (art. R 1112-16 CSP). Si le patient ne veut pas signer ce document un procès-verbal constatant le refus est dressé.

L'infirmier qui se voit confronter à un refus devra l'indiquer dans le dossier de soins et en informer le médecin prescripteur.

Enfin, certaines vaccinations sont obligatoires (articles L 3111-1 et suivants du code de la santé publique, notamment antidiphtérique et antitétanique). L'objectif de ces vaccinations obligatoires est de lutter contre des maladies graves et contagieuses et elles ne s'imposent pas en cas de contre-indication médicale reconnue, ce qui justifie l'obligation de vaccination (Cons. Const. 20 mars 2015, Décision n°2015-458 QPC ; v. également CE 6 mai 2019, n°419242). L'infirmier ne peut malgré tout passer outre le refus d'un patient et lui administrer un produit contre son gré.

Des règles spécifiques ont été prévues pour les cas où le consentement de la personne risque d'être altéré.

14.2 - La personne hors d'état d'exprimer sa volonté

Dans ce cas le principe est qu'aucun traitement ou aucune investigation ne peuvent être réalisés sans que la personne de confiance éventuellement désignée par le patient majeur (parent, proche ou médecin traitant) ou la famille ou, à défaut l'un de ses proches n'ait été consultée. Le terme de consultation signifie que l'accord de la personne de confiance n'est pas obligatoire.

S'il existe cependant une urgence ou une impossibilité de consulter l'une des personnes précédemment mentionnées, l'infirmier peut accomplir le ou les actes nécessaires sans que la consultation ait eu lieu. Ce que la loi exprime comme une faculté peut même devenir une véritable obligation d'agir pour l'infirmier si le patient est dans un péril grave et imminent au sens de l'article 223-6 du Code pénal qui envisage le délit de non-assistance à personne en péril (v. art. 7).

La personne de confiance visée à l'article L 1111-6 du code de la santé publique est désignée par le patient sur un document écrit cosigné par la personne concernée. La désignation est révisable et révocable à tout moment. Lorsqu'un patient est hospitalisé dans un établissement de santé, il doit lui être proposé de désigner une personne de confiance. Cette proposition peut émaner de l'infirmier ou d'un autre professionnel. Aucune obligation ne repose sur l'infirmier en la matière, la nécessité de s'en assurer revenant au médecin traitant.

Le rôle de la personne de confiance est d'assister le patient dans les démarches médicales et d'assister aux entretiens médicaux pour aider le patient dans la prise de décision. Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté - sauf urgence ou impossibilité du professionnel de consulter la personne de confiance -, la personne de confiance désignée est consultée afin de décider à la place du patient en suivant ses volontés.

14.3 - Les patients mineurs ou majeurs sous tutelle

L'article 14 alinéa 3 du code de déontologie prévoit que l'infirmier s'efforce de prévenir les parents du mineur ou du majeur protégé ou de son représentant légal et d'obtenir leur consentement.

Le professionnel, infirmier notamment, doit à la fois chercher le consentement du mineur ou du majeur protégé (v. art. 16) et prévenir les parents ou le représentant légal et chercher à obtenir leur consentement.

Conformément à l'article L1111-2 du code de la santé publique, l'information sera délivrée aux majeurs protégés d'une manière adaptée à leur capacité de compréhension.

Elle devra également être délivrée à la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne. Elle peut être délivrée à la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec assistance à la personne. Dans ce cas, le majeur protégé doit y consentir expressément.

Il peut arriver que le mineur souhaite conserver le secret sur son état de santé vis-à-vis des titulaires de l'autorité parentale (en principe les parents). Ainsi, l'infirmier peut se dispenser d'obtenir le consentement de ces derniers concernant la santé sexuelle et reproductive du mineur. Cependant, il devra s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Si le mineur maintient son opposition, l'infirmier peut mettre en œuvre l'action de prévention, de dépistage ou de traitement (article L.1111-5-1 du code de la santé publique).

Il n'est pas nécessaire que la vie du mineur soit en danger. Il faudra toutefois, pour s'affranchir du consentement des titulaires de l'autorité parentale, que le mineur ait expressément formulé son opposition à leur consultation. Si le mineur exprime un tel refus l'infirmier doit d'abord chercher à le convaincre de consulter les titulaires de l'autorité parentale. Si le mineur maintient son opposition, l'infirmier peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Il faudra également demander au mineur de désigner une personne majeure de son choix pour l'accompagner dans la mise en œuvre de la décision envisagée.

15 - Information sur l'engagement dans un protocole

→ Article R4312-15

L'infirmier informe le patient de son engagement dans un protocole associant d'autres professionnels de santé dans une démarche de coopération entre eux, impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès de lui.

Un infirmier peut être engagé dans un protocole de coopération interprofessionnelle et l'article 15 impose alors à l'infirmier d'en informer le patient. Cette obligation s'impose à tout professionnel de santé en application de l'article L 4011-1 alinéa 3 du code de la santé publique. Le patient doit plus précisément être informé des conditions de sa prise en charge. L'information doit être délivrée au patient soit lorsque l'infirmier était déjà engagé dans un protocole de coopération au moment où la prise en charge a débuté soit lorsqu'il s'engage dans un tel protocole après que la prise en charge ait débuté.

Un protocole de coopération encore appelé protocole de soins interprofessionnel engage les professionnels de santé qui le souhaitent et qui travaillent en équipe « *dans une démarche de coopération pour mieux répondre aux besoins des patients* » (art. L 4011-1 CSP). Ces protocoles opèrent entre les professionnels concernés « *des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention ou réorganisent leurs modes d'intervention auprès du patient* » (ibid.). Bien que l'organisation juridique des professions de santé ne soit pas remise en cause par ces protocoles, ils peuvent conduire à ce que certains actes habituellement accomplis par des infirmiers puissent l'être par d'autres professionnels ou que les infirmiers soient compétents pour accomplir des actes

habituellement réservés à d'autres, les médecins notamment. Il est dès lors essentiel que le patient soit informé si de telles modifications ont lieu.

Certains protocoles autorisent par exemple des infirmiers à pratiquer des vaccinations ou sérologies en lieu et place d'un médecin. L'information donnée au patient doit porter sur la participation de l'infirmier à un protocole et sur les conditions de sa prise en charge. Mais rappelons que, quelle qu'elle soit, l'information donnée au patient doit être loyale, adaptée et appropriée. Il faudra donc que l'infirmier délivre au patient toutes les informations relatives au protocole qui peuvent lui être utiles, ce qui concerne essentiellement les actes que l'infirmier est habilité à effectuer en application de ce protocole et les actes que d'autres professionnels pourraient être habilités à effectuer à sa place.

Le consentement de la personne examinée ou soignée doit dans tous les cas être recherché, conformément à l'article 14.

L'entrée d'un infirmier dans un protocole de coopération ne doit cependant pas altérer la continuité des soins.

Aucune règle déontologique n'oblige les infirmiers à entrer dans un protocole de coopération. Aucun contrôle ni aucune approbation des instances de l'ordre n'est par ailleurs nécessaire pour qu'un infirmier adhère à un protocole de coopération (CE, 20 mars 2013, n°337577).

16 - Consentement du mineur ou du majeur protégé

→ Article R4312-16

Le consentement du mineur ou du majeur protégé doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

A Pour les mineurs

Par principe, pour les actes accomplis sur des mineurs non émancipés, le consentement des titulaires de l'autorité parentale est nécessaire. Il faut également rappeler que l'article 14 alinéa 3 du code de déontologie prévoit que l'infirmier s'efforce de prévenir les parents du mineur ou du majeur protégé ou de son représentant légal et d'obtenir leur consentement (v. commentaire sous ce texte).

Cependant :

- Pour les actes usuels que sont des soins habituels, prélèvement de sang par exemple ou des vaccinations, qui n'exposent pas le patient à un risque particulier, chaque parent est réputé agir avec l'accord de l'autre et le consentement de l'un d'eux peut donc suffire. L'article 372-2 du code civil prévoit en effet que « *à l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant* ».

- Pour les actes non usuels tels que des traitements comportant des effets secondaires ou une hospitalisation, le consentement des deux parents doit être obtenu. Parallèlement, « *le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision* ». Tels sont les termes de l'article L 1111-4 alinéa 7 du code de la santé publique.

B Pour les majeurs protégés

L'ordonnance n°2020-232 du 11 mars 2020 - prise en application de l'article 9 IV de la loi n°2019-222 du 23 mars 2019 - vient modifier le régime des décisions prises en matière de santé, de prise en charge ou d'accompagnement social ou médico-social à l'égard des personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection juridique. Cette ordonnance met à jour le régime de protection instauré par la loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs tout en harmonisant les dispositions du Code civil, du Code de la santé publique ainsi que du Code de l'action sociale et des familles

Dorénavant, le consentement d'une personne majeure bénéficiant d'une mesure de protection juridique avec représentation à la personne doit être obtenu si elle est apte à exprimer sa volonté, au besoin avec l'assistance de la personne chargé de sa protection . Cette ordonnance renforce l'autonomie du majeur protégé.

Selon l'article L.1111-4, alinéa 8, du code de la santé publique, le protecteur qui a une mission de représentation à la personne a le pouvoir d'autoriser la décision médicale concernant un majeur protégé inconscient, à la condition de tenir compte de l'avis qu'il a exprimé.
Enfin, le juge n'interviendra désormais qu'en cas de désaccord entre le majeur protégé et la personne en charge de sa protection. La décision du juge porte sur la désignation de la personne apte à consentir à l'acte médical et non sur l'autorisation de l'acte. Les cas d'urgence restent exclus.

17 - Personne détenue

→ Article R4312-17

L'infirmier amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, ne serait-ce que par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité. S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, sous réserve de l'accord de l'intéressé, il en informe l'autorité judiciaire. S'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, l'accord de l'intéressé n'est pas nécessaire.

17.1 - Ne pas favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité ou à la dignité

L'article 17 envisage le cas de personnes en détention.

L'ensemble des prises en charge des personnes détenues a été confiée par la loi n°94-43 du 18 janvier 1994 au service public hospitalier. Ainsi, tous les établissements hospitaliers pénitentiaires disposent d'une unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA).

Les personnes placées sous-main de justice doivent avoir accès à une qualité de soins équivalente à celle de la population générale. Ce droit est consacré par l'article L. 1110-1 du Code de la santé publique qui prévoit que : « *Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.* ».

Ce droit est réaffirmé par la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 qui garantit aux personnes détenues un accès à la prévention et à l'éducation sanitaires, une qualité et une continuité des soins dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population et rappelé dans un avis du 16 juillet 2015 où le Contrôleur général des lieux de privation de liberté rappelle que « *Les patients détenus disposent des mêmes droits à l'accès aux soins que tous les autres sous réserve des restrictions liées à la liberté d'aller et venir dont ils font l'objet* ».

Ce droit est reconnu par l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme prohibant les peines ou les traitements inhumains ou dégradants, en raison notamment du maintien en détention de personnes souffrant de pathologies mentales graves (CEDH, 11 juillet 2006, n° 33834/03).

17.2 - Constat de sévices ou mauvais traitements

Lorsque les atteintes à l'intégrité se manifestent par des sévices ou des mauvais traitements que l'infirmier a pu constater, sans forcément y assister, il doit en informer l'autorité judiciaire compétente, c'est à dire le Procureur de la République. Il pourrait également en alerter le contrôleur général des lieux de privation de liberté. L'accord de la personne concernée est nécessaire, sauf s'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique. Il faut souligner que l'article 17 ne laisse que très peu de choix à l'infirmier ici puisque seule la dénonciation auprès de l'autorité judiciaire est envisagée lorsque des sévices ou mauvais traitements sont constatés.

Les sévices ou mauvais traitements peuvent se manifester par des atteintes à l'intégrité corporelle ou de mauvaises conditions de vie (dormir par terre faute de place, loger dans des cellules insalubres,…). L'impossibilité de suivre un traitement ou les obstacles rencontrés par un détenu pour suivre un traitement en font également partie.

18 - Personne victime de sévices

→ Article R4312-18

Lorsque l'infirmier discerne qu'une personne auprès de laquelle il est amené à intervenir est victime de sévices, de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles, il doit mettre en œuvre, en faisant preuve de prudence et de circonspection, les moyens les plus adéquats pour la protéger.

S'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie ou de son état physique ou psychique, l'infirmier doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives.

18.1 - Sévices et situations proches

En tant que garant de la sécurité du patient, l'infirmier ne pourra pas se cacher derrière le secret professionnel pour laisser des personnes vulnérables subir des maltraitances (Cass. crim, 23 octobre 2013, n° 12-80.793). Rappelons que l'article 226-14 du code pénal énonce plusieurs exceptions à la règle du secret (v. commentaire sous article R 4312-5 CSP). Parmi celles-ci figure, depuis la loi du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales (loi n°2020-936), la possibilité de signaler au Procureur de la République les violences exercées au sein du couple.

L'infirmier devra se garder de toute affirmation et les témoignages recueillis auprès des proches ou de la victime devront être retranscrits par l'utilisation de guillemets ou à défaut le conditionnel notamment si une personne était expressément désignée.

L'évidence n'est pas toujours caractéristique de ces situations mais il est attendu de l'infirmier une réaction malgré tout lorsqu'il discerne que la personne auprès de laquelle il intervient est victime de sévices, privations, mauvais traitements ou atteintes sexuelles.

Il importe peu que l'intervention de l'infirmier soit régulière ou occasionnelle. Les faits face auxquels l'infirmier sera amené à réagir désignent tout type de violences physiques, de violences psychologiques (menaces, brimades,…), les atteintes sexuelles, qui visent le viol mais pas uniquement (attouchements, mutilations sexuelles ...), les privations alimentaires, privations de soins, un hébergement dans des conditions indignes, etc… .

18.2 - Une action adéquate

Face à une situation de ce type, l'infirmier doit mettre en œuvre des moyens adéquats pour protéger la personne.

Le caractère adapté des moyens employés dépendra à la fois des doutes que l'infirmier peut avoir et de la gravité des violences et privations subies ou supposées subies. L'infirmier n'est pas en mesure de prononcer lui-même une décision d'hospitalisation mais que cette mesure-ci soit envisagée ou non, il peut consulter un ou certains membres de l'équipe dont il fait éventuellement partie. Il peut s'agir de n'importe quel professionnel que l'infirmier estime habilité à exprimer un avis pertinent. La prudence et la circonspection qu'exige l'article 18 vont également guider le caractère adapté de la réaction de l'infirmier. Il doit prendre garde par exemple à ne pas déstabiliser totalement un équilibre familial précaire par une dénonciation immédiate au procureur de la République si un accompagnement par des personnels médico-sociaux peut suffire. Ici encore, la consultation d'autres personnes est importante. L'infirmier a dans tous les cas le devoir de s'interroger et éventuellement de solliciter le concours d'autres personnes dans les limites du secret partagé et de l'article 226-14 du code pénal.

18.3 - Personnes mineures ou vulnérables

Le signalement est en revanche considéré comme la solution adéquate lorsque la personne concernée est un mineur ou une personne vulnérable. L'accord de cette personne n'est alors pas nécessaire.

Le texte entend plus précisément par personne vulnérable les personnes étant dans l'incapacité de se protéger en raison de leur âge, d'une maladie ou de leur état physique ou psychique (handicap reconnu ou non).

Pour ces deux catégories de personnes, l'infirmier doit effectuer un signalement auprès d'une des autorités suivantes :

- L'autorité judiciaire : il s'agit principalement du parquet (Procureur de la république) ou juge des enfants ou des tutelles. Elle est saisie en cas de danger avéré.
- L'autorité administrative : conseil général, Cellule départementale de Recueil et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP). Elle est notamment saisie pour un mineur en danger ou risquant de l'être.

- L'autorité médicale : médecin.

L'infirmier peut avoir à justifier de ces circonstances et à défaut de pouvoir le faire, l'absence de signalement pour les mineurs ou personnes vulnérables peut entraîner une sanction disciplinaire. Le soupçon de sévices ne justifie toutefois pas la violation du secret professionnel. Seuls les sévices avérés le permettent.

Lorsqu'il est de bonne foi l'infirmier est en revanche protégé à la fois contre les sanctions pour non-respect du secret professionnel, dans les conditions décrites plus haut, et contre toute mesure de rétorsion de son employeur. Quel que soit le type d'établissement dans lequel l'infirmier est employé, aucune sanction ou mesure ne peut être prononcée à son encontre s'il a dénoncé de bonne foi des sévices, privations, mauvais traitements ou atteintes sexuelles.

Encore faut-il qu'il fasse preuve de prudence dans ses propos, dans les destinataires de sa dénonciation et dans l'observation des faits. La liberté d'expression n'est pas absolue et ne peut justifier des propos injurieux, diffamatoires ou excessifs. Dans le respect de ces limites, la règle est d'application générale.

La faculté de signalement résulte aussi parfois de dispositions spéciales. L›article L. 313-24 du code de l›action sociale et des familles reconnaît ainsi au juge le pouvoir d›ordonner la réintégration du salarié licencié pour avoir témoigné de mauvais traitements ou de privation infligés à une personne accueillie dans un établissement social ou médico-social au sein duquel il est employé, le licenciement prononcé pour de tels faits étant nul (Cass. soc. 28 mai 2019, n°17-27793 ; Cass. soc. 26 sept. 2007, n°06-40039).

19 - Souffrance - Douleur

→ Article R4312-19

En toutes circonstances, l'infirmier s'efforce, par son action professionnelle, de soulager les souffrances du patient par des moyens appropriés à son état et l'accompagne moralement. L'infirmier a le devoir, dans le cadre de ses compétences propres et sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole thérapeutique, de dispenser des soins visant à soulager la douleur.

19.1 - Devoir de soulager la souffrance et d'accompagner moralement

L'article L 1110-5 alinéa 1er du code de la santé publique octroie aux personnes le droit de recevoir les soins les plus appropriés à leur état de santé ainsi qu'un droit au « *meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées* ». Les soins infirmiers impliquent notamment de « *participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage* » (art. R 4311-2, 5° CSP). Il peut notamment participer au comité de lutte contre la douleur au sein d'un établissement. L'infirmier doit s'efforcer de soulager la souffrance du patient par son action professionnelle.

Il est attendu de lui un comportement attentif aux souffrances physiques et morales du patient et une capacité de réaction dans les limites de ses compétences. Dans cette optique, l'entretien initial évoqué comme moyen de remplir l'obligation d'information (v. art. 13) est essentiel. Il doit prévenir la douleur, s'en enquérir auprès du patient et l'évaluer.

L'infirmier doit employer des moyens appropriés à l'état du patient, la généralité de cette formulation n'empêchant pas les limites des compétences légales et réglementaires de rester applicables mais dans ce cadre, l'infirmier est libre de choisir l'attitude et les méthodes les mieux adaptées à la situation. Il agit ici dans le cadre de son rôle propre. Il devra veiller également à ne pas contredire la prescription médicale ou alors, si cette éventualité est envisagée, à consulter le médecin au préalable pour qu'il fasse évoluer sa prescription.

S'efforcer de soulager les souffrances peut passer par une remise en cause des pratiques. Une infirmière qui, par exemple, continue à utiliser un lève-malade préconisé par le médecin, alors même que son utilisation se révèle douloureuse lors des coucher et lever peut être considérée comme fautive si elle s'obstine et n'utilise pas sa marge d'initiative personnelle (CDPI Basse Normandie 25 janv. 2017, n°61-2016-00021).

Cet accompagnement rejoint le devoir pour l'infirmier d'exercer sa profession avec humanité (v. art. 4) et celui de fournir des soins consciencieux (v. art. 10). L'accompagnement moral rejoint par ailleurs le suivi et la continuité des soins. Un arrêt brutal de ce suivi pourrait déjà en soi constituer une faute (v. art. 12) mais concernant un patient en situation de souffrance nécessitant un accompagnement moral, la rupture pourrait également représenter un élément, bien qu'insuffisant en soi, caractérisant le défaut d'accompagnement moral.

19.2 - Dispenser des soins visant à soulager la douleur

Concernant la prise en charge de la douleur, l'obligation de l'infirmier se fait plus précise.

La dispense de soins visant à soulager la douleur s'exerce là encore dans le cadre des compétences propres de l'infirmier, le deuxième alinéa de l'article 19 évoquant expressément des soins ayant cet objectif. La marge de manœuvre de l'infirmier est ici plus restreinte car la dispense de ces soins devra être faite en application d'une prescription médicale ou d'un protocole thérapeutique. L'infirmier ne peut entreprendre ces soins lui-même. Il peut revenir toutefois à l'infirmier de solliciter le médecin pour qu'une prescription ou un protocole soient établis. Il a ainsi été jugé par la chambre disciplinaire nationale que le refus par une infirmière de soigner la douleur d'une patiente et de solliciter le médecin en rabrouant le mari qui réclamait des soins et alors qu'elle ne pouvait ignorer la complication de la prise en charge constituait une faute (CDNOI 10 déc. 2018, n°28-2018-00196).

Dans tous les cas, les obligations d'informer le patient et d'obtenir son consentement restent applicables, dans les conditions et limites déjà étudiées (v. art. 13 et 14). Le refus des propositions faites par l'infirmier pour soulager les souffrances et soigner la douleur ne doit pas nécessairement aboutir à un arrêt du suivi. La continuité des soins doit être assurée (v. art. 12).

20 - Mort, soins palliatifs

→ Article R4312-20

L'infirmier a le devoir de mettre en œuvre tous les moyens à sa disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. Il a notamment le devoir d'aider le patient dont l'état le requiert à accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement.

Il s'efforce également, dans les circonstances mentionnées aux alinéas précédents, d'accompagner l'entourage du patient.

Sans se limiter à la fin de vie, l'apaisement de la souffrance vise aussi cette période et représente pour certains patients un droit à des soins palliatifs. Selon l'article L 1111-4 alinéa 2 du code de la santé publique, « *Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif* ». L'infirmier doit collaborer à cet accompagnement palliatif dans le cadre de ses compétences.

Les infirmiers font partie des équipes pluridisciplinaires de soins palliatifs. Ils font dès lors partie des professionnels qui non seulement aident le patient à accéder à des soins palliatifs mais aussi qui accompagnent le patient dans le cadre de ces soins. L'accompagnement concerne aussi l'entourage du patient comme le prévoit l'alinéa 3. L'entourage ne désigne pas uniquement les proches parents et doit être envisagé de manière large sans limitation imposée par les liens de filiation et de parenté biologique.

Accompagner l'entourage ne signifie cependant pas aller à l'encontre de la volonté du patient qui souhaiterait que des informations sur son état de santé ne soient pas divulguées à ses proches.

21 - Personne mourante

→ Article R4312-21

L'infirmier doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité de la personne soignée et réconforter son entourage.

L'infirmier ne doit pas provoquer délibérément la mort.

21.1 - Accompagnement

L'accompagnement du patient en fin de vie relève aussi du domaine des compétences et des devoirs de l'infirmier. Ici encore son rôle propre peut intervenir, l'article 21, alinéa 1er prévoyant qu'il assure la qualité de la fin de vie, la sauvegarde de la dignité et le réconfort de l'entourage par des mesures appropriées. Il n'est pas nécessaire d'attendre une prescription médicale pour choisir et mettre en œuvre ces mesures.

La qualité de la fin de vie et la sauvegarde de la dignité peuvent passer par le silence. Le silence envers le patient tout d'abord si celui-ci a exprimé clairement son souhait de ne pas avoir toutes les informations sur l'évolution de son état de santé. Le silence envers les autres personnes aussi doit être respecté, y compris les membres de la famille, la fin de vie n'exonérant pas les professionnels de santé de leur obligation de respecter le secret professionnel.

L'article L 1110-5-1 du Code de la santé publique prévoit que les actes médicaux « *ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris* ». La notion d'obstination déraisonnable implique notamment de ne pas maintenir à tout prix le patient en vie si cela doit se faire au prix de lourdes séquelles. Elle s'apprécie en fonction des données acquises de la science. Sur ce fondement, le Conseil d'Etat a décidé que si la poursuite des traitements est susceptible de caractériser une obstination déraisonnable, la décision d'interrompre la ventilation mécanique et de procéder à l'extubation d'une patiente répond aux exigences fixées par la loi et ne porte donc pas une atteinte grave et manifestement illégale au respect d'une liberté fondamentale (CE, 5 janv. 2018, n°416689). Les actes et le suivi infirmiers sont concernés par une telle décision que l'infirmier est tenu de respecter. L'infirmier participe en outre à la procédure collégiale préalable.

Lorsque le patient n'a pas formulé de directives anticipées concernant sa fin de vie ou que le médecin refuse d'appliquer les directives anticipées parce qu'il les juge non conformes à la situation médicale ou inappropriées, il doit, sauf urgence vitale, respecter une procédure collégiale avant de prendre sa décision. Il doit, dans le cadre de cette procédure, consulter l'équipe de soins si elle existe ainsi qu'un médecin au moins avec lequel il n'existe aucun lien de nature hiérarchique. Il peut recueillir auprès de la personne de confiance ou, à défaut, de la famille ou de l'un des proches le témoignage de la volonté exprimée par le patient (art. R 4127-37-1 CSP). Il s'agit d'une simple consultation.

L'infirmier fait partie de l'équipe soignante dont l'avis est pris en compte. A ce titre il est tenu de s'exprimer sous peine d'entraver le bon déroulement de la procédure collégiale et de l'expertise éventuelle. L'infirmier peut notamment participer à un ou des entretiens avec la famille, collectivement ou individuellement. L'importance de l'infirmier dans le suivi peut même en faire un acteur essentiel de la procédure collégiale.

Jurisprudence

- La tenue de ces entretiens est essentielle à la régularité de cette procédure (CE, 12 avr. 2018, n°419576).
- Une expertise médicale est parfois nécessaire au regard de l'évolution de l'état de santé du patient (CE 10 oct. 2018, n°424042) et dans ce cas, les infirmiers membres du personnel soignant doivent répondre à toute sollicitation.
- La procédure collégiale doit permettre à l'équipe soignante en charge du patient de vérifier le respect des conditions légales et médicales d'arrêt des soins et de mise en œuvre, dans ce cas, d'une sédation profonde et continue, associée à une analgésie. (CE, 6 déc. 2017, n°403944).
- Elle vise à recueillir l'avis de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de sa famille ou de ses proches, ainsi que, le cas échéant, de son ou ses tuteurs, préalablement à la décision éventuelle d'arrêt de traitement. Mais cette décision n'est prise que par le médecin (CE, 24 avr. 2019, n°428117).

La sédation a pu être définie par la Société française d'accompagnement en soins palliatifs, confirmée en cela par la Haute autorité de santé, comme « *la recherche, par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience. Son but est de diminuer ou de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient, alors que tous les moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés et/ou mis en œuvre sans permettre d'obtenir le soulagement escompté.* »

Il est important de rappeler qu'il n'existe pas de clause de conscience pour l'infirmier dans le cadre de la sédation profonde et continue.

21.2 - Interdiction de donner la mort

L'infirmier ne peut décider d'un arrêt des traitements et ne peut, à plus forte raison, donner délibérément la mort, même si le patient en exprime le souhait. Il s'agit là d'une limite essentielle à l'accompagnement de la fin de vie. Aucun professionnel de santé ne dispose d'une telle prérogative, quand bien même il aurait agi dans le but de soulager la souffrance du patient et en concertation avec sa famille (CE 30 déc. 2014, n°381245). Le motif pour lequel la mort a été donnée n'a aucune importance.

De tels actes peuvent être qualifiés pénalement, soit de meurtre lorsque la mort a été volontairement donnée (article 221-1 du code pénal), soit d'assassinat lorsque l'acte a été prémédité (article 221-3

du code pénal). Une infirmière a par exemple été condamnée à 12 ans de réclusion criminelle pour avoir aidé à mourir plusieurs patients (Cass. crim 20 déc. 2000, n° 00-86.570).

22 - Participation à une recherche

→ Article R4312-22

Lorsqu'il participe à une recherche impliquant la personne humaine, notamment dans le domaine des soins infirmiers ou en est le promoteur, l'infirmier respecte les dispositions du titre II du livre Ier de la première partie du présent code.

Il en est de même en ce qui concerne sa participation à une activité de prélèvements d'organes mentionnée au livre II de cette même partie.

22.1 - Recherche impliquant la personne humaine

Il est nécessaire de protéger les personnes participant à des recherches scientifiques pour éviter toute dérive mettant en cause la dignité humaine, l'intégrité corporelle et psychique et du consentement à la recherche. Les règles déontologiques applicables aux infirmiers en la matière sont tout simplement les règles légales édictées aux articles L 1121-1 et suivants du code de la santé publique.

Les investigateurs sont là ou les personnes physiques qui dirigent et surveillent la réalisation de la recherche sur un lieu.

L'infirmier de recherche clinique est de plus en plus sollicité dans le cadre de la recherche impliquant la personne humaine. Il accompagne l'investigateur du début à la fin et devra donc respecter les obligations suivantes :

- Préalablement à la réalisation d'une recherche impliquant la personne humaine, une information est délivrée à la personne qui y participe. Celle-ci doit porter sur un certain nombre de points énumérés à l'article L. 1122-1 du Code santé publique. Les informations ainsi communiquées doivent ensuite être résumées au sein d'un document écrit qui sera remis à la personne dont le consentement est sollicité (article L. 1122-1 du code de la santé publique).

- S'ensuit le recueil du consentement de la personne se prêtant à la recherche, lequel doit nécessairement être « *libre et éclairé* » (article L. 1122-1-1 du code de la santé publique). Ainsi, le recueil du consentement s'opérera différemment selon la situation de la personne que la personne soit vivante - volontaire sain (consentement totalement libre et totalement éclairé) ou volontaire malade (double exigence de consentement au niveau du traitement et au niveau de l'essai) -, ou encore morte. Dans ce cas, aucune recherche ne pourra être effectuée sur une personne décédée, en état de mort cérébrale, sans un consentement exprimé de son vivant ou par le témoignage de sa famille (article L1121-14 du code de la santé publique).

Le consentement des personnes participantes doit être obtenu au préalable, sous peine de sanction disciplinaire mais aussi de sanction pénale prévue à l'article 223-8 code pénal.

22.2 - Prélèvements d'organes

La participation d'un infirmier à un prélèvement d'organes est elle aussi encadrée par les règles légales et réglementaires (art. L 1231-1 et suivants CSP). Ce prélèvement ne peut être opéré que dans l'intérêt direct d'un receveur. Le donneur doit être informé sur les risques qu'il encourt, sur les conséquences prévisibles d'ordre physique et psychologique du prélèvement et sur les répercussions éventuelles de ce prélèvement sur sa vie personnelle, familiale et professionnelle (art. R 1231-1-1 CSP). Il doit donner son consentement au préalable (art. L 1231-1 CSP). Ce consentement est révocable à tout moment. L'information préalable est donnée par un comité d'experts dont les membres sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition du directeur général de l'Agence de la biomédecine.

23 - Certificats, attestations, documents

→ Article R4312-23

L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'établissement par le professionnel, conformément aux constatations qu'il est en mesure d'effectuer, de certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires.

Ces documents doivent être rédigés lisiblement en langue française et datés, permettre l'identification du professionnel dont ils émanent et être signés par lui. L'infirmier peut en remettre une traduction au patient dans la langue de celui-ci.

Il est interdit à l'infirmier d'en faire ou d'en favoriser une utilisation frauduleuse, ainsi que d'établir des documents de complaisance.

23.1 - Production de documents

La rédaction des certificats, attestations et documents exigés par les textes législatifs et réglementaires constitue une obligation déontologique.

Le texte prend soin de rappeler que l'infirmier ne dispose pas de liberté d'initiative en la matière, la production de ces écrits étant nécessairement liée aux constatations que l'infirmier est autorisé à effectuer.

Ceux-ci peuvent être liés au pouvoir de prescription des infirmiers que leur confère l'article L4311-1 du code de la santé publique (Exemples : substituts nicotiniques, renouvellement de contraceptifs oraux, dispositifs médicaux, vaccinations).

Pour certains de ces actes, le code de la santé publique exige d'ailleurs la production écrite de mentions précises (exemples : articles D4311-15-1 pour le renouvellement de contraceptifs oraux et R 4311-5-1 pour la vaccination antigrippale).

L'infirmier peut être amené à indiquer par écrit des « *observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur* » *(article R 4311-5, 19° du code de la santé publique).*

Il est également « *chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers* » et peut élaborer des protocoles de soins infirmiers (article R 4311-3 al. 2 du code de la santé publique ; également article R.4312-35 du code de déontologie).

A l'occasion des entretiens infirmiers confiés à l'infirmier de santé au travail par protocole, celui-ci délivre une attestation de suivi qui ne comporte aucune mention relative à l'aptitude ou l'inaptitude médicale du salarié (article R 4623-31 code du travail).

Pour les infirmiers libéraux conventionnés, l'article 16 de l'avenant 6 à la convention nationale (JORF 13 juin 2019) prévoit les mentions obligatoires d'une ordonnance lorsque l'infirmier est prescripteur. L'article 17.1 de l'avenant 6 énumère celles applicables au document de facturation.

Qu'il s'agisse de ces documents ou d'autres encore, des exigences précisément fixées par l'article 23 alinéa 2 du code de déontologie doivent être respectées : rédaction lisible en français, l'écrit pouvant être sous forme papier ou électronique, des dates précises, une identification du professionnel l'ayant rédigé et la signature de celui-ci. Ces exigences ne sont pas de simples indications et sont impératives. Le caractère lisible du document doit conduire à exclure autant que possible les termes techniques et dans tous les cas les abréviations.

En tout état de cause, l'infirmier devra conserver une copie de l'attestation sur les violences et la maltraitance dans le dossier de soins infirmier.

23.2 - Utilisation frauduleuse et documents de complaisance

L'alinéa 3 interdit à l'infirmier de faire ou de favoriser une utilisation frauduleuse de ces documents et prohibe également tout document de complaisance.

L'utilisation frauduleuse désigne un usage qui ne correspondrait pas à la finalité du document, permettant notamment d'obtenir un avantage injustifié. Un document non daté précisément peut aboutir à une utilisation frauduleuse par exemple. Un certificat faisant état de faits matériellement inexacts serait également frauduleux et exposerait par ailleurs à une sanction pénale en application de l'article 441-7 du code pénal (1 an d'emprisonnement, 15000 euros d'amende).

Les documents de complaisance peuvent favoriser une utilisation frauduleuse mais révèlent surtout un manque de rigueur et un certain favoritisme envers la personne qui en est destinataire. L'infirmier doit ainsi ne mentionner sur les documents qu'il rédige et signe que des éléments qu'il a lui-même constatés. Il doit procéder à une étude rigoureuse de la situation. Il ne doit pas garder sous silence des faits qu'il aurait constatés et qui sont en lien avec l'objet du document. S'il rapporte les paroles d'une personne, il doit l'indiquer par des guillemets ou s'exprimer au conditionnel.

Dans tous les cas l'infirmier ne doit pas exprimer d'avis personnel. Un document qui ne se contente pas de faire état des constatations de l'infirmier mais qui en plus affirme des faits dont il n'a pas été témoin et mettant en cause des tiers facilement identifiables peut conduire à une sanction.

Cas jurisprudentiels

- La délivrance d'un rapport tendancieux reprenant les griefs d'une patiente à l'encontre de son mari et comportant des énonciations que le professionnel n'aurait pu faire lui-même (CE 14 avr. 2010, n°319947) ou établissant un lien entre les relations familiales et les troubles du patient (CE 26 mai 2010, n°322128) est fautive.

- Une infirmière ne peut rédiger une attestation en faveur d'une patiente dans le cadre de son divorce en indiquant qu'elle avait été interpellée par la distance et

la froideur de son mari à l'égard de son épouse et son peu d'intérêt pour le bien-être de son fils. Elle fait dans ce cas une attestation de complaisance, en plus de s'immiscer dans la vie privée de la patiente (CDPI Bourgogne-France-Comté 13 juill. 2018, n°21-2018-1).

- La faute est présente également lorsque les affirmations du professionnel dans le document correspondent à des constatations qu'il n'était pas en mesure de faire (CE 14 avr. 2010, n°319947), notamment s'il n'en a pas les compétences légales. Les affirmations ou documents communiqués par un patient ne peuvent suffire à se faire une opinion rigoureuse et couchée sur un document écrit (CE 18 juill. 2018, n°406470).

- Pour reprendre une jurisprudence appliquée aux médecins du travail (CE 6 juin 2018, n°405453), un infirmier de santé au travail doit par exemple se garder de formuler dans l'attestation de suivi d'un salarié une opinion sur le lien entre les souffrances d'un salarié et ses conditions de travail dès lors qu'il n'a pas procédé à une étude précise du poste et du milieu de travail. Il pourrait par ailleurs, ce faisant, sortir de son domaine de compétences.

24 - Avantage matériel au patient

→ Article R4312-24

Sont interdits tout acte de nature à procurer à un patient un avantage matériel injustifié ou illicite, ainsi que toute ristourne en argent ou en nature.

Deux types d'avantages sont interdits de manière absolue par l'article 24. Il s'agit des avantages illicites, c'est-à-dire contraires à toute règle de droit, quelle qu'en soit la source. Sont également interdites les ristournes en argent ou en nature, c'est-à-dire les remises sur le prix ou des avantages matériels pouvant s'y apparenter.

La profession d'infirmier ne peut être pratiquée comme un commerce (v. art. 76) et doit par ailleurs être exercée loyalement vis-à-vis des professionnels. C'est pourquoi l'article 24 du code de déontologie interdit à l'infirmier de procurer au patient un avantage matériel injustifié ou illicite, une ristourne en argent ou en nature.

SECTION 3

Devoirs entre confrères et membres des autres professions

25 - Bonne confraternité

→ Article R4312-25

Les infirmiers doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Ils se doivent assistance dans l'adversité. Il est interdit à un infirmier, quel que soit le moyen ou le support de communication utilisé, d'en calomnier un autre, de médire de lui ou de se faire l'écho de propos capables de lui nuire dans l'exercice de sa profession.

Un infirmier en conflit avec un confrère doit rechercher la conciliation, au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'ordre.

Ce principe de bonne confraternité a vocation de principe général et est dès lors à même d'englober un large éventail de situations.

25.1 - Entretenir des rapports de bonne confraternité

L'alinéa 1er de l'article 25 affirme que les infirmiers doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité, ce qui vise plusieurs types de comportements.

A La communication d'informations

La communication entre professionnels est essentielle pour tous les infirmiers, quelque soit leur mode d'exercice. Elle concerne :

L'organisation de l'activité

- L'absence d'information sur des dérogations au planning de travail établi entre infirmières associées au sein d'un même cabinet peut constituer un manquement à l'obligation de bonne confraternité (CDPI Ile-de-France, 7 sept. 2017, n°R.2016.008-08-2015-00002 et 3).

- Il en sera de même du retrait d'un affichage d'horaires au motif qu'ils n'avaient fait l'objet d'aucune concertation dans un cabinet en commun (CDPI Ile-de-France 27 mai 2017, n°75-2016-00055).

- Toutefois, la mésentente entre infirmières sur leur organisation de travail et leurs divergences de vue sur le volume de patients à prendre en charge n'excède pas en soi les dispositions de l'article R 4312-25 tant que cela ne se traduit pas par des manœuvres telles que celles évoquées ci-dessus (CDNOI 20 janv. 2020, n°01/38-2019-00261).

L'activité dans son ensemble afin de favoriser le bon exercice de celle-ci

- Un infirmier ne doit pas adopter vis-à-vis d'un infirmier remplaçant ou d'un confrère de manière générale une attitude hostile et fermée faisant obstacle à l'échange nécessaire. S'il est mécontent des soins prodigués par un confrère moins expérimenté, l'infirmier doit exposer de façon sereine et constructive les motifs d'insatisfaction et le cas échéant lui préciser ses attentes dans sa pratique professionnelle (CDPI PACA 22 juin 2017, n°06-034).

- Constitue une faute l'absence de communication à une associée de la liste des

patients à visiter faisant obstacle à une reprise d'activité normale après un arrêt maladie (CDPI PACA 28 févr. 2017, n°16-028).

La situation économique et financière d'une société

- Un associé doit informer les autres associés des éventuelles évolutions de cette situation et notamment de l'état de cessation des paiements puis du redressement judiciaire et de l'évolution de la situation financière et statutaire au sein de la société. S'il ne le fait pas, il néglige ses devoirs d'information et de recherche de solution à sa situation, l'infirmier a manqué au devoir de bonne confraternité (CDNOI, 15 mai 2019, n°11/66-2018-00223).

L'obligation de loyauté et de confraternité ne se limite pas à l'interdiction de donner des informations trompeuses sur des éléments devant être fournis à d'autres membres de la profession, par exemple pour effectuer un remplacement. Elle comporte aussi l'interdiction d'omettre de donner des renseignements importants sur sa situation professionnelle, tels que le non conventionnement pour défaut d'expérience professionnelle (CDPI Aquitaine, 13 mai 2016, n°33-2015-00045).

B La fin de collaboration ou d'association

Certains motifs de rupture peuvent rendre la rupture du contrat fautive. Ainsi le fait de rompre un contrat en raison d'un congé maternité ou d'un arrêt maladie constitue un manquement au devoir de bonne confraternité.

De plus, la loyauté dans la rupture d'une relation professionnelle entre infirmiers suppose de respecter certaines formes, même lorsqu'aucune règle légale n'en impose de précise. Cela exige notamment d'éviter les ruptures brutales. L'ordre préconise le respect d'un préavis raisonnable qui prendra en compte la durée de la relation professionnelle.

L'opposition systématique au départ révèle un manque de confraternité. Toutefois, le fait qu'une infirmière soit réticente à ce qu'un infirmier quitte le cabinet alors qu'une collaboratrice vient de le quitter n'est pas en soi de nature à dénoter un manquement à l'obligation de bonne confraternité dès lors que le départ de cette dernière avait occasionné un surcroît de travail (CDPI Ile-de-France 24 févr. 2017, n°93-2015-00047).

Considérer trop rapidement qu'un départ éventuel est définitif peut également être fautif :

- Le seul fait qu'un infirmier informe un associé de son intention future de démissionner ne peut constituer un prétexte pour l'évincer de la société. La rupture sera ainsi une faute si un infirmier prétend accepter par courrier une « *démission* » d'un infirmier avec qui il exerçait en commun, alors que ce dernier l'avait seulement informé par texto de son intention de « *démissionner* » (CDPI Ile-de-France 8 déc. 2015, n°95-205-00036).

- En revanche, une infirmière ne manque pas au devoir de bonne confraternité lorsque la rupture procède d'une mésentente réciproque et partagée et lorsque celle-ci a maintenu la continuité des soins au-delà de son temps normal de travail pendant le congé de longue durée pris par son associée (CDNOI, 15 mai 2019, n°54-2018-00216).

En l'absence de contrat écrit précisant un délai de préavis, seules les obligations déontologiques peuvent déterminer les conditions de motifs et de délais de la rupture de contrat.

Bien qu'aucune durée précise ne soit imposée, un préavis de rupture est nécessaire :

- Est notamment fautive la rupture sans préavis, sans motif et avant son terme d'un contrat de remplacement (CDNOI, 24 avr. 2014, n°64-2013-00039).

- Ce sera le cas à plus forte raison si une rupture brutale et très rapide d'un contrat d'exercice en commun (4 jours de délai entre l'annonce et la rupture) met l'associée dans une situation financière difficile (CDNOI, 2 oct. 2017, n°93-2016-00140).

- La faute sera également constituée si la rupture sans préavis s'accompagne d'une inexécution d'une promesse synallagmatique de cession de droit de présentation à clientèle en vue d'un exercice en association (CDPI Ile-de-France 18 déc. 2013, n°93-2012-00011).

L'ensemble des circonstances doit être pris en compte pour déterminer si la durée du préavis est suffisante :

- Un préavis de deux mois a pu être considéré comme insuffisant au regard de l'état de grossesse avancé de l'infirmière plaignante (CDPI Hauts de France, 13 févr. 2019, 59-2016-00069).

- Il faut par ailleurs respecter les éventuelles dispositions du contrat en la matière (article 1103 du code civil). Est fautive la dénonciation d'un contrat de cession partielle d'un cabinet par texto et « *avec effet immédiat* » au mépris des dispositions de formes et du préavis prévus au contrat et sans tentative de conciliation contrairement aux dispositions contractuelles (CDNOI, 19 juill. 2018, n°31-2018-00192). Les infirmiers doivent également s'informer et respecter les statuts d'une société sur ce point. Leur non-respect constitue une faute.

La brutalité de la rupture peut en outre se retrouver dans les formes de celle-ci. Et là encore, les professionnels veilleront à favoriser l'échange et l'information claire.

Cas jurisprudentiels

- Le refus de laisser un collaborateur accéder au local accompagné de l'annonce de la fausse nouvelle de son départ aux patients constitue un manquement à la bonne confraternité, agrémenté d'une tentative de détournement de clientèle (CDPI Ile-de-France 14 oct. 2015, n°91-2014-00028).

- Le devoir de bonne confraternité n'est pas respecté en cas de rupture brutale d'un contrat de « *société de fait* » par le retrait de la plaque d'une associée et le changement de serrures, même si les associées restantes avait mis en garde leur consoeur à plusieurs reprises sur son comportement injurieux envers des professionnels et des patients. Les infirmières auraient dû adopter des modalités moins brutales de rupture et prévoir d'en informer les patients de manière concertée, conformément aux recommandations constantes de l'ordre des infirmiers et aux bonnes pratiques de la profession (CDNOI, 3 avr. 2017, n°50-2016-00119).

- La circonstance qu'un infirmier n'ait pas préalablement cherché par une démarche commune avec sa consoeur à informer les patients de leur séparation selon les pratiques usuelles en la matière est un manquement au devoir de bonne confraternité qui doit présider aux relations professionnelles entre infirmiers, même en l'absence de contrats d'association ou de collaboration signé entre eux et quand bien même cet infirmier a pu reprocher à sa consœur la gestion de leur activité et ses relations avec les patients (CDNOI, 9 nov. 2016, n°33-2015-00099).

Par ailleurs, la fin d'une relation ne peut s'accompagner d'une entrave à une succession sereine :

- Une infirmière crée un climat conflictuel en n'informant pas la consœur avec qui elle exerçait en commun de son départ et de la cession de patientèle consentie à une autre infirmière, et en n'informant pas cette dernière du contrat d'exercice en commun. Elle méconnaît dans ce cas son devoir de confraternité pour ne pas avoir créé les conditions d'une succession professionnelle et juridique claire et sereine (CDPI PACA, 20 sept. 2016, n°16-007).

- Les obstacles plus explicites encore sont eux aussi prohibés. Une proposition pour acquérir un droit de présentation de la clientèle trois fois inférieure à l'estimation faite par le comptable des cédants et le fait de décourager des successeurs potentiels d'acheter est un obstacle fautif de ce genre (CDPI Nord-Pas-De-Calais 8 juill. 2013, n°59-2012-00020/21).

- C'est également le cas lorsqu'une candidate au rachat de la patientèle d'un infirmier partie à un contrat d'association est découragée par les deux autres associées ayant affirmé à la candidate qu'aucune patientèle n'était à vendre (CDNOI, 14 nov. 2017, n°22/35-2017-00154).

- En cas de rupture d'un contrat d'exercice en commun suite au décès d'une partie, le fait pour l'autre infirmière de tarder à lever la priorité de reprise de la patientèle de l'infirmière décédée tout en ouvrant son propre cabinet à proximité a eu pour effet indirect de ruiner toute chance sérieuse de trouver un successeur au cabinet fermé, ce qui constitue un manquement sérieux aux règles déontologiques de loyauté (CDNOI, 10 mai 2016, n°17-2015-00080).

La poursuite des relations avec les patients est également un sujet de conflit que les professionnels doivent éviter :

- Dans le cas d'une rupture d'exercice en commun, la référence à la nationalité d'une infirmière auprès d'une patiente est contraire à l'obligation de confraternité (CDNOI, 14 nov. 2017, n°57-2017-00152). Surtout, les professionnels qui se séparent ne doivent pas chercher à capter la totalité de la clientèle et à orienter le choix des patients (v. commentaire sous art. 74).

- Une infirmière est fautive si par exemple elle profite des congés de son ancien associé avec qui la collaboration vient de cesser pour inviter les patients à choisir leur praticien, démarcher les occupants du foyer-logement situé à proximité du nouveau cabinet de son ex-associé en cherchant à faire pression sur eux pour orienter leur choix et en faisant adresser les réponses dans sa boîte aux lettres, ce à quoi s'ajoutait son opposition à ce que son ex-associé indique sur une plaque à l'entrée de l'ancien cabinet sa nouvelle adresse (CDPI Aquitaine 30 sept. 2011, n°17-2011-00004A).

C L'absence de rétrocession d'honoraires

Le défaut de confraternité peut aussi survenir dans le cadre d'un remplacement, lorsque le professionnel libéral remplacé doit rétrocéder une partie des honoraires perçus pendant le remplacement : L'existence d'un principe de loyauté en la matière ne peut être contesté (CE, 29 mai 2019, n° 429587). La chambre disciplinaire nationale affirme que le principe de confraternité et le principe de respect loyal des engagements de rétrocéder dans un délai raisonnable des honoraires au titre d'un contrat de remplacement découlent des principes de moralité, probité, loyauté et humanité affirmés à l'art. 4 du code de déontologie (v. not. CDNOI, 22 oct. 2018, n°69-2017-00161).

Constituent à ce titre des manquements au devoir de bonne confraternité :

- La rétrocession qui n'a pas été effectuée rapidement une fois le remplacement terminé (CDNOI, 17 sept. 2018, n°67-2018-00195).

- La retenue rétroactive d'honoraires perçus par une infirmière remplaçante, même si la remplaçante a brusquement stoppé son remplacement en avertissant sa consoeur au dernier moment et en admettant même que la remplaçante ait commis des erreurs dans son travail (CDPI Languedoc-Roussillon 10 nov. 2015, n°34-201500025).

- L'absence de réaction suite à la demande de l'infirmier remplaçant et la récidive (CDNOI, 19 nov. 2018, 93-2018-00193).

- Attendre plus de dix mois pour verser au remplaçant les honoraires qui lui sont dus constitue clairement une faute (CDPI Ile-de-France 8 déc. 2015, n°93-2015-00037 ; CDPI Rhône-Alpes, 14 avr. 2015, n°69-2014-01).

- Le fait de ne pas fournir les résultats des télétransmissions pour un remplacement ou des feuilles d'honoraires remplaçant nécessaires au règlement des rétrocessions d'honoraires est assimilé à une faute également (CDPI Languedoc-Roussillon 10 nov. 2015, n°34-2015-00026).

- Le juge disciplinaire peut par ailleurs exiger des parties qu'elles produisent tout document attestant par exemple des télétransmissions aux caisses ou bordereaux de paiements tirés de l'espace Ameli-pro correspondant aux virements des honoraires pour déterminer les rétrocessions d'honoraires dues dans un contrat de remplacement (CDNOI, 17 sept. 2018, n°76-2017-00185).

- En application du devoir de confraternité, l'infirmier a l'obligation de fournir au remplaçant les documents permettant de vérifier la concordance entre les actes facturés et la rémunération due (CDPI PACA-Corse 27 déc. 2016, n°16-014).

D Conscience de nuire dans le déroulement de la relation professionnelle

La conscience de nuire dans une relation professionnelle peut être caractérisée à tout moment, que la rupture soit déjà envisagée ou non.

Cela peut notamment se présenter dans les relations avec les patients, y compris lorsque leur liberté de choisir l'infirmier n'est pas directement en question.

Cas jurisprudentiels

- Un infirmier ne respecte pas le devoir de bonne confraternité lorsqu'il distribue à sa seule initiative aux patients d'un infirmier avec lequel il partage un local un formulaire indiquant les difficultés techniques et psychologiques de l'infirmier pour assurer des soins en raison de son état de santé et dans lequel il incite les patients à choisir ses services (CDPI Pays de la Loire 12 juill. 2016, n°44-2015-00003).

- Lorsqu'elle fait état auprès d'une patiente de ses différends avec une collaboratrice (CDPI Nord-Pas-de-Calais 13 mars 2014, n°59-2013-00029).

Peuvent également constituer des fautes :

- La modification du message téléphonique du répondeur du cabinet afin de laisser croire qu'elle exerce seule (CDPI Nord-Pas-de-Calais 10 avr. 2012, n°62-2011-00005).

- La conservation à titre quasi exclusif du téléphone portable sur lequel étaient en priorité dirigés les appels pour le cabinet commun ou le refus de transmettre un outil de travail tel qu'un téléphone portable utilisé conjointement depuis plusieurs années (CDPI Rhône-Alpes, 5 avr. 2012, n°01-2011-16).

- Le fait de faire appel à des remplaçants au moment de partir en congés sans s'assurer que son associée ne pouvait pas assurer le suivi de ses patients (CDPI Nord-Pas-de-Calais 4 mars 2013, n°62-2012-00017).

- L'intention, émise dans une conversation facebook, de modifier les coordonnées d'un cabinet sur google pour nuire aux collaborateurs restants (CDPI Nord-Pas-de-Calais 12 juill. 2012, n°59-2012-00006).

Les nuisances contraires au devoir de confraternité peuvent également être d'ordre financier :

- Le non-paiement des redevances dans le cadre d'un contrat de collaboration, un tel litige n'étant pas relatif uniquement à l'inexécution du contrat (CDNOI, 14 janv. 2019, n°84-2018-00199).

- L'absence de fourniture de justificatif de frais professionnels, la fourniture partielle de documents comptables incomplets (CDPI Nord-Pas-de-Calais, 20 sept. 2012, n°59-2012-00013), ce qui peut même constituer une escroquerie, l'appropriation d'actes commis par d'autres infirmiers (CDNOI, 12 juin 2012, n°13-2011-00016).

- Le fait de détourner une partie du budget de l'URPS. En détournant à son profit des sommes issues de contributions obligatoires de l'ensemble de ses collègues libéraux, l'infirmier a méconnu son devoir d'entretenir avec ses collègues de bonnes relations de confraternité et a usé de sa situation professionnelle d'infirmier, trésorier de l'URPS, pour obtenir un profit injustifié et commettre des actes contraires à la probité (CDNOI, 19 déc. 2016, n°14-2016-00124).

- Enfin, faire déposer par un client une plainte sans fondement contre son associé est également fautif et considéré par ailleurs comme un manquement à l'honneur et à la probité excluant le bénéfice d'une amnistie (CE, 28 avr. 2004, n°256169).

E La clause de non-concurrence

Le non-respect d'une clause de non-concurrence s'appliquant à des professionnels qui auraient rompu leur relation peut constituer un manquement au devoir de bonne confraternité, caractérisé par un non-respect du contrat.

Les chambres disciplinaires ne peuvent pas annuler elles-mêmes une clause de non-concurrence, même si elle est jugée disproportionnée et qu'elle empêcherait un infirmier d'exercer son activité professionnelle en raison de son étendue géographique et temporelle. Cela relève de la compétence du juge civil. Néanmoins, un infirmier peut invoquer le caractère excessif d'une clause de non-concurrence pour caractériser un manquement au devoir de bonne confraternité. L'insertion d'une clause de non-concurrence disproportionnée au regard de l'objet du contrat peut être considérée comme contraire au devoir de bonne confraternité (CDPI PACA-Corse 21 mars 2017, n°16-022 à 25).

Si la clause est limitée dans le temps et dans l'espace mais que le professionnel la juge disproportionnée, il doit produire une cartographie du nombre et de la densité d'infirmiers par habitants permettant de démontrer que l'installation au-delà du périmètre prévu par la clause serait impossible (CDPI Hauts de France, 25 mars 2019, n°59-2016-0073).

F La violence

Le manque de confraternité peut être caractérisé par différentes formes de violence, dans un sens plus large que celui des infractions pénales. Tout acte de violence, physique ou verbale, constitue une faute déontologique au regard de la confraternité.

Au-delà des violences physiques ou verbales, de nombreuses autres fautes de ce type peuvent être retenues :

- Notamment en cas d'attitude hostile envers d'autres infirmières ou professionnels de santé, de harcèlement moral envers un collaborateur un associé ou un collègue, un appel téléphonique brutal et déstabilisant à l'égard d'un collègue qu'il remplaçait (CDNOI, 21 févr. 2018, n°13-2017-00180).

- Le dépôt au domicile d'une collaboratrice d'un carton de déchets médicaux lui appartenant et la prise à partie ayant provoqué une crise d'angoisse (CDPI Languedoc-Roussillon 26 nov. 2014, n°30-2014-00015) .

- L'attitude irrespectueuse et de nature à intimider une jeune infirmière exerçant pour la première fois en libéral, notamment en lui envoyant des messages en pleine nuit pour lui signifier qu'elle ne fait plus partie du cabinet (CDPI Auvergne-Rhône-Alpes, 22 mai 2018, n°69-2016-08).

Tout cela doit être démontré par le professionnel invoquant la faute qui doit apporter au juge disciplinaire des éléments précis.

La violence exercée par un proche de l'infirmier peut également être imputée à ce dernier. A titre d'exemple, un harcèlement téléphonique avec des menaces d'agression physique et des insultes proférées par un proche à l'encontre de sa collaboratrice (CDPI Rhône-Alpes, 20 oct. 2011, n°26-2011-06).

G L'assistance dans l'adversité

L'infirmier défend le confrère injustement attaqué, quelle que soit l'origine de l'attaque et quelle que soit sa forme.

Un professionnel ne peut profiter des difficultés financières d'un confrère pour conclure un accord lui donnant un avantage déséquilibré, par exemple en créant une société dont une consoeur en difficulté est gérante alors que son associé détient 66 % des droits de vote (CE 21 nov. 2016, n°390516).

Par adversité il faut entendre les difficultés sociales et professionnelles mais également les difficultés de santé, matérielles et morales.

Lorsqu'il s'agit d'une difficulté professionnelle, des remplacements ou une tenue ponctuelle du cabinet peuvent être organisés.

Enfin, la profession doit être solidaire dans le volet de l'entraide individuelle. Un confrère devra apporter son réconfort, prodiguer les conseils nécessaires s'il décèle des difficultés morales et psychologiques et l'amener à se rapprocher du conseil départemental qui pourra enclencher des aides et de l'assistance à plusieurs niveaux.

25.2 - Calomnie, médisance et propos susceptibles de nuire

Selon l'article 29 de la loi du 29 juillet 1881 sur la liberté de la presse, « *toute allégation ou imputation d'un fait qui porte atteinte à l'honneur ou à la considération de la personne ou du corps auquel le fait est imputé est une diffamation* ». Le support de diffusion importe peu, même si la personne n'est pas expressément nommée mais que son identification est possible. Le même texte ajoute que « *toute expression outrageante, termes de mépris ou invective qui ne renferme l'imputation d'aucun fait est une injure* ».

La diffamation et l'injure constituent chacune un manquement au devoir de bonne confraternité.

Cas jurisprudentiels

- Le dénigrement professionnel peut constituer une faute. Le seul fait pour un infirmier de porter une plainte contre un infirmier devant le conseil départemental de l'ordre pour des faits pour lesquels aucune sanction disciplinaire n'a finalement été prononcée ne relève pas en soi de la calomnie (CDPI Picardie, 16 juill. 2015, n°60-2014-00001).

- Mais la diffusion d'accusations ou la mise en cause publique d'un professionnel peut relever de la calomnie. C'est le cas des lettres rédigées par un infirmier au nom d'une patiente et adressées à la CPAM et à un syndicat d'infirmiers mettant en cause de manière infondée la probité d'un autre infirmier (CDNOI, 18 nov. 2011, n°52-2011-00008).

- Le dénigrement de la qualité des soins et les accusations de compérage d'un infirmier auprès de patients est fautif (CDPI Franche-Comté 9 nov. 2015, n°70-2015-00003).

- L'est également la diffusion auprès de certains patients d'un enregistrement sonore d'une réunion à l'insu des collaborateurs présents (CDNOI, 21 févr. 2018, n°32-2017-00164).

- Le dénigrement peut parfois s'accompagner d'un comportement lui-même fautif. C'est le cas lorsqu'une infirmière fait irruption lors d'une réunion en hurlant et en soutenant que 2 consœurs présentes sont des collègues malhonnêtes, falsifient des tournées des patients, a claqué la porte et l'a fermée à double tour pour les empêcher de sortir avant d'avoir une explication (CDPI Midi-Pyrénées, 2 févr. 2017, n°32-2016-06).

Les propos blessants ou injurieux sont aussi visés par cet article :

- Des propos tenus dans des courriels tels que « *pourriture d'escroc…espèce de débile…incapable que tu es…* » sont clairement fautifs. Le contexte tendu de rupture des relations contractuelles et l'allégation d'un dénigrement par la consœur visée par les propos n'amoindrissent pas le caractère blessant de ces messages qui constituent un manquement à la bonne confraternité (CDNOI, 21 déc. 2017, n°91-2017-00158).

- La faute n'est cependant pas toujours retenue lorsque des propos intervenus dans un contexte de tensions professionnelles tendent essentiellement à faire état de ressentis professionnels et non à porter des accusations dans l'intention de nuire aux conseillers ordinaux ou à la présidente ou encore à l'ordre dans son ensemble (CDPI Rhône Alpes, 13 déc. 016, n°07-26-2015-09). Le contexte est certes important mais c'est surtout le contenu des propos qui permet d'exclure la faute dans ce cas. Aucun manquement déontologique n'a par exemple été retenu pour des propos « *un peu vifs* » échangés lors d'une rupture de contrat d'exercice

en commun et pour avoir caché le lieu de déménagement du cabinet compte tenu de la date de départ (CDNOI, 14 janv. 2019, n°59-2018-00202).

25.3 - Chercher la conciliation

Le respect du devoir de confraternité passe enfin par la volonté d'aboutir à une conciliation et en premier lieu par l'acceptation d'une entrevue à cet effet. Le refus de participer à une réunion de conciliation organisée par le Conseil départemental méconnaît l'obligation de bonne confraternité et de la recherche de conciliation en cas de conflit (CDNOI, 24 mars 2016, n°59-2014-00069).

La rupture d'une collaboration ou d'une association entre infirmiers libéraux nécessite également de chercher au préalable une conciliation sur les modalités de la rupture, pour éviter que celle-ci ne dérive en conflit.

La chambre disciplinaire nationale a déjà jugé que, dans le cadre d'une rupture de collaboration entre deux infirmières, la proposition aux patients d'un formulaire de libre choix sans accord négocié avec l'autre collaboratrice et sans accord conclu sous l'auspice du conseil départemental, pourtant saisi, constitue un manquement à l'obligation de bonne confraternité (CDNOI 19 juin 2018, n°69-2017-00169). La même solution a été retenue pour la rupture d'un contrat de cession sans recherche préalable de conciliation par une saisine du conseil interdépartemental de l'ordre (CDNOI, 19 juill. 2018, n°30/48-2018-00190).

Une fois que la conciliation a abouti, le professionnel doit respecter les engagements pris lors de la réunion de conciliation, élément également indispensable à la loyauté entre professionnels.

- L'inexécution par exemple d'un engagement pris lors d'une réunion de conciliation de délivrer à une infirmière ancienne collaboratrice toutes les ordonnances nécessaires à l'exercice de son activité constitue un manquement au devoir de bonne confraternité (CDPI Nord-Pas-de-Calais 13 mars 2014, n°59-2013-00025).

- De même, le fait de continuer à occuper le local d'un cabinet commun et d'utiliser une ligne téléphonique commune alors qu'un accord de conciliation prévoyait le contraire constitue un manquement au devoir de loyauté (v. art. 4) et au devoir de bonne confraternité (CDNOI 9 oct. 2019, n°01/38-2018-00225).

26 - Collaboration à une procédure disciplinaire

→ Article R4312-26

Dans le cas où un infirmier est interrogé au cours d'une procédure disciplinaire ordinale, il est tenu, dans la mesure compatible avec le respect du secret professionnel, de révéler les faits utiles à l'instruction parvenus à sa connaissance. Toute déclaration volontairement inexacte peut elle-même donner lieu à des poursuites disciplinaires.

Un infirmier ne doit pas seulement être loyal avec ses confrères mais aussi dans ses rapports avec les instances ordinales (v. art. 90), notamment les instances disciplinaires. Dans le cadre d'une procédure disciplinaire, cela implique une collaboration et des déclarations sincères même si le professionnel n'est pas partie à la procédure.

26.1 - L'obligation de révéler des faits

Sont concernés par ce texte les infirmiers plaignants, mis en cause et appelés à témoigner. Un professionnel peut être amené à apporter son témoignage ou à fournir des pièces lors d'une procédure disciplinaire, même s'il n'est ni demandeur ni défendeur. Comme le demandeur et le défendeur, il est tenu de répondre aux sollicitations de la juridiction disciplinaire dans ce domaine et de bonne foi.

C'est à cet égard le rapporteur qui a qualité pour entendre les parties, recueillir tous témoignages et procéder à toutes constatations utiles à la manifestation de la vérité. Il peut demander aux parties toutes pièces ou tous documents utiles à la solution du litige (article R4126-18 du code de la santé publique).

26.2 - L'obligation de respecter le secret professionnel

La révélation des faits utiles à l'instruction de l'affaire doit se faire dans le respect du secret professionnel. Il faut néanmoins rappeler (v. art. 5) que le secret professionnel n'est pas absolu et que des informations venues à la connaissance d'un infirmier dans le cadre de ses fonctions peuvent notamment être révélées devant une juridiction lorsque cette révélation est absolument nécessaire à la connaissance de la vérité ou à l'exercice par une personne de son droit de se défendre devant une juridiction. Comme l'a déjà affirmé la chambre criminelle de la Cour de cassation, il peut être dérogé au secret professionnel en présence d'un impératif au moins aussi sérieux, c'est-à-dire motivé et proportionné au but à atteindre (Cass. crim. 16 févr. 2010, n°09-86363).

26.3 - La prohibition des déclarations volontairement inexactes

Cela signifie tout d'abord que l'infirmier ne peut pas cacher une information utile à l'instruction de l'affaire. Il ne peut pas non plus donner une fausse information. L'infirmier a un droit à l'erreur s'il a été trompé par une autre personne ou s'il a légitimement pu se tromper au regard des circonstances et de ses connaissances.

Il faut enfin préciser que le témoignage mensonger fait devant une juridiction est susceptible de donner lieu à une sanction pénale (article 434-13 du code pénal).

27 - Mérite d'une découverte scientifique

→ Article R4312-27

Il est interdit à l'infirmier de s'attribuer abusivement le mérite d'une découverte scientifique, notamment dans une publication.

La recherche en soins infirmiers est une composante de la profession infirmière et peut donner lieu à des découvertes, de procédés notamment.

L'article 27 du code de déontologie protège les infirmiers contre toute attribution abusive de la part d'un confrère d'une découverte, quelle qu'en soit l'objet. Un infirmier ne peut prétendre qu'il a découvert lui-même une méthode ou un procédé inconnu jusqu'alors s'il n'en est pas effectivement l'inventeur.

Tout support par lequel un infirmier s'attribue une découverte qui n'est pas la sienne peut être concerné par l'interdiction. Et l'attribution abusive des mérites de cette découverte peut également se manifester de diverses manières, l'article 27 n'étant pas limitatif sur ce point non plus.

S'attribuer abusivement le mérite d'une découverte peut signifier par exemple qu'un infirmier ne mentionne pas les noms d'autres participants sur une publication, dans une conférence, dans les médias, sur les réseaux sociaux, voire dans les relations professionnelles de manière générale.

A fortiori une telle omission peut être sanctionnée si elle concerne le dépôt d'une demande de protection auprès de l'institut National de Propriété Industrielle (INPI). Un chirurgien-dentiste ayant reproduit, dans une thèse et un article, une partie d'un travail déjà publié par un professeur, sans citer l'auteur ni avoir demandé son autorisation a pu être considéré comme fautif, d'autant plus que l'intéressé s'était abstenu d'apporter ultérieurement les rectifications nécessaires (CE 30 janv. 1980, n°11675).

La faute est constituée que l'infirmier en retire ou non un avantage matériel, directement ou non.

28 - Bons rapports avec les autres professions de santé

→ Article R4312-28

L'infirmier doit, dans l'intérêt des patients, entretenir de bons rapports avec les membres des autres professions de santé. Il respecte l'indépendance professionnelle de ceux-ci. Il lui est interdit de calomnier un autre professionnel de santé, de médire de lui ou de se faire l'écho de propos susceptibles de lui nuire dans l'exercice de sa profession.

28.1 - Les professionnels visés

L'obligation d'avoir de bons rapports professionnels ne se limite pas aux confrères infirmiers et s'étend à d'autres professionnels.

Le texte désigne les autres professions de santé, c'est-à-dire celles qui sont désignées comme telles par le code de la santé publique.

Néanmoins, l'entretien de bons rapports avec tout professionnel intervenant dans la prise en charge des patients est nécessaire.

Le texte précise en effet que l'entretien de bons rapports avec les membres des autres professions de santé doit être poursuivi « *dans l'intérêt des patients* ». Si un infirmier refuse de collaborer avec un professionnel, de santé ou non, dont l'intervention est utile à la prise en charge d'un patient, il risque une sanction pour atteinte à l'intérêt du patient.

Cette obligation s'avère importante dans l'hypothèse d'un exercice pluri-professionnel, quelle qu'en soit la forme. Le dernier accord cadre interprofessionnel (JORF 7 avr. 2019) indique que l'exercice coordonné peut être accompli sous différentes formes, qu'il s'agisse de « *maisons de santé pluriprofessionnelles, d'équipes de soins primaires ou d'autres formes d'organisations pluriprofessionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients* ».

28.2 - Indépendance professionnelle, propos prohibés

L'infirmier doit respecter l'indépendance professionnelle des autres professionnels. Cela n'empêche pas que l'infirmier puisse être l'employeur d'autres professionnels, y compris infirmiers désormais (v. art. 32) ou un coordinateur ayant une autorité hiérarchique sur d'autres professionnels (v. art. 36). Dans tous les cas l'infirmier employeur ou coordinateur ne doit pas abuser de ce statut (harcèlement, fautes graves,…) et il ne peut pas formuler de directive quant à l'exercice même de la profession c'est-à-dire sur les actes qui relèvent de la compétence propre de ce professionnel, quels que soient les liens juridiques. Si un lien hiérarchique existe, il peut uniquement exprimer des directives sur l'organisation du travail (v. également art. 6). Il doit respecter le libre choix du patient et se garder de tout compérage.

L'interdiction de calomnier et d'avoir des propos susceptibles de nuire au professionnel rejoint l'interdiction formulée à l'article 25 du code de déontologie (v. commentaires sous ce texte).

Cas jurisprudentiels

- La plainte pour diffamation portée contre un chirurgien-dentiste par un infirmier se présentant explicitement comme un infirmier libéral pour en obtenir un avantage constitue un manquement à la confraternité et une calomnie d'autres professionnels de santé (CDNOI, 8 févr. 2017, n°83-2016-00112).

- Il en est de même lorsqu'une infirmière rend visite à un médecin dans son cabinet et met en cause sa compétence à haute voix devant des patients (CDPI PACA-Corse 28 déc. 2018, n°18-015).

L'infirmier ne peut remettre en question la compétence d'un autre professionnel. Ainsi, lorsqu'il a un doute sur une prescription, il doit se rapprocher du prescripteur (v. art. 42).

Toutefois, l'affirmation d'un infirmier selon laquelle les pharmaciens fixent les prix à leur convenance n'est pas mensongère si le prix est librement fixé par le pharmacien. Si cette formulation est malheureuse, elle n'est dès lors pas fautive s'il n'est pas établi que l'infirmier a souhaité sciemment nuire à l'honneur de la profession de pharmacien (CDPI Normandie 29 nov. 2018, n°14-2018-00030).

29 - Commission, Compérage

→ Article R4312-29

Il est interdit à l'infirmier d'accepter une commission pour quelque acte professionnel que ce soit. Est interdite à l'infirmier toute forme de compérage avec d'autres professionnels de santé ou toute autre personne physique ou morale. On entend par compérage l'intelligence entre deux ou plusieurs personnes en vue d'avantages obtenus au détriment du patient ou d'un tiers.

Sont notamment interdites toutes pratiques comparables avec des établissements de fabrication ou de vente de produits ou de services, matériels, ou appareils nécessaires à l'exercice de sa profession, sociétés d'ambulance ou de pompes funèbres, ainsi qu'avec tout établissement de santé, médico-social ou social.

29.1 - L'interdiction d'accepter une commission

Avant d'aborder le compérage, l'article 29 du code de déontologie interdit à l'infirmier de recevoir une

commission pour les actes qu'il accomplit. L'infirmier ne peut accepter ou proposer de commission. C'est le cas notamment d'une somme remise à un infirmier qui aurait adressé un patient à un autre professionnel pour son rôle d'intermédiaire proportionnellement à l'importance de l'affaire traitée. Cette interdiction s'applique pour tout mode d'exercice :

- Si l'infirmier est salarié ou agent public, il ne peut recevoir que la rémunération prévue par les textes et contrat applicables.

- S'il est libéral, il ne peut recevoir une somme supplémentaire au tarif opposable s'il est conventionné. Peu importe que le patient ou toute autre personne ait effectué ce paiement de manière volontaire et peu importe le motif. L'infirmier est dans tous les cas tenu de le refuser.

29.2 - Le compérage

L'article 29 définit le compérage comme « *l'intelligence entre deux ou plusieurs personnes en vue d'avantages obtenus au détriment du patient ou d'un tiers* ».

Le compérage prohibé par l'article 29 désigne une intelligence entre professionnels, c'est-à-dire une relation menant à une entente sur certaines pratiques professionnelles, sans doute dans un objectif d'avantages mutuels. Il désigne une orientation systématique des patients vers un ou des professionnels. La commission est un indice de compérage mais ce dernier désigne surtout une organisation systématique. Le texte n'interdit toutefois pas toute relation entre professionnels.

Les personnes avec lesquelles une relation de compérage peut être retenue peuvent être aussi bien des professionnels de santé que d'autres professionnels et même plus largement encore toute personne physique ou morale. La qualité de la personne et son activité professionnelle n'ont aucune importance. Parmi les personnes morales visées, le texte en désigne certaines avec lesquelles les infirmiers peuvent être en relation de compérage. Il s'agit des établissements de fabrication ou de vente de produits ou de services, matériels, ou appareils nécessaires à l'exercice de sa profession, des sociétés d'ambulance ou de pompes funèbres, et de tout établissement de santé, médico-social ou social. Cette liste n'est pas limitative.

L'infirmier ne peut par exemple inciter ses patients à acquérir telle ou telle marque de dispositifs médicaux parce que l'entreprise se serait engagée à attribuer une commission à l'infirmier pour tout achat effectué par les patients de ce dernier.

Pour que le compérage soit reconnu, l'article 29 exige que l'entente existe dans le but d'obtenir un avantage au détriment du patient ou d'un tiers.

La question de l'avantage est particulièrement présente concernant les réseaux de soins. Pour éviter le compérage, le contrat d'adhésion ne doit stipuler ni que les honoraires pratiqués par les praticiens adhérents varient selon que le patient est, ou non, bénéficiaire des services du réseau ni que l'entreprise gérant le réseau s'engage à orienter les patients bénéficiaires vers les praticiens adhérents. Il n'est pas nécessaire de rechercher si le professionnel en retire effectivement un bénéfice (CE 22 mars 2000, n°195615).

La prise en charge d'un patient par un infirmier sur les conseils d'un médecin, et inversement, et les relations professionnelles entre cet infirmier et ce médecin n'établissent pas de compérage proscrit. L'éventualité d'un profit, commun ou non, est en revanche plus probable lorsqu'une responsable d'une association d'aide-ménagère à domicile a conseillé à une patiente de changer d'infirmier et de faire appel aux soins d'une infirmière en particulier (CDNOI, 12 janv. 2016, n°85-2015-00079). Dans ce cas le compérage peut être retenu. Le compérage ne doit pas être confondu avec la diffusion d'informations ni même avec un simple conseil ou une recommandation.

Cas jurisprudentiels

- L'invitation à se rendre chez un professionnel est explicite et constitue un compérage lorsqu'un infirmier diffuse une carte de visite professionnelle comportant au recto les informations se rapportant au cabinet d'infirmier où il exerce et au verso celle du cabinet d'un pédicure-podologue. La diffusion d'une telle carte ne saurait être justifiée par la circonstance que les professionnels en cause partagent un même site ou un même cabinet de santé. Le retrait rapide de la carte ne saurait amoindrir le manquement (CDNOI 17 sept. 2018, n°55/88-2017-00179).

- La distribution d'un kit de soins pour le compte d'une pharmacie constitue un compérage (CDPI Centre23 sept. 2016, n°45-2014-00001).

- Une confusion sciemment entretenue entre un service d'aide à domicile et un centre de soins infirmiers peut constituer un compérage de la part de l'association gérant ces services mais une infirmière salariée de l'un des services ne peut être directement mise en cause si sa participation personnelle à cette confusion n'est pas caractérisée (CDPI Centre-Val-de-Loire 22 oct. 2018, n°28-2017-00002).

La définition du compérage présente notamment un intérêt pour éviter qu'il ne soit systématiquement retenu dans un exercice coordonné, notamment pluri-professionnel. Le seul fait que des patients soignés au sein d'une maison de santé aient tendance à choisir les professionnels qui en font partie ne constitue pas en soi du compérage (CDNOI 7 juill. 2020, n°19/23-2019-00259).

Ajoutons enfin que les associés d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires ne sont pas réputés pratiquer le compérage du seul fait de leur appartenance à la société et de l'exercice en commun d'activités conformément aux statuts (art. L4043-1 al. 2 CSP).

30 - Partage d'honoraires

→ Article R4312-30

Hormis les cas prévus dans les contrats validés par le conseil départemental de l'ordre et sous réserve des dispositions de l'article L. 4312-15, le partage d'honoraires entre infirmiers ou entre un infirmier et un autre professionnel de santé est interdit. L'acceptation, la sollicitation ou l'offre d'un partage d'honoraires, même non suivies d'effet, sont interdites.

La distribution des dividendes entre les membres d'une société d'exercice ne constitue pas un partage d'honoraires prohibé. Les rétrocessions d'honoraires prévues par les contrats d'exercice ne sont pas considérées comme des partages d'honoraires.

30.1 - Le principe d'interdiction du partage d'honoraires

Le partage d'honoraires, parfois désigné sous le terme de dichotomie, est supposé restreindre l'indépendance professionnelle des praticiens et le libre choix des patients. L'interdiction de la mise en commun d'honoraires signifie que l'infirmier ne peut facturer que les actes qu'il a lui-même accomplis et mettre en commun ses honoraires. L'exercice d'une activité doit rester personnel. Les honoraires représentant le prix d'une prestation personnalisée, ceux-ci ne pourraient être partagés. L'allégation par l'un des deux infirmiers que cette pratique n'aurait pas lésé son confrère qui ne pouvait par ailleurs en ignorer l'existence ne saurait excuser une grave atteinte à la prohibition du partage d'honoraires (CDNOI 15 mai 2019, n°13-2018-00214).

L'interdiction est applicable que le partage se fasse avec un autre infirmier ou un autre professionnel de santé.

Une exception a été introduite toutefois par la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 à l'article L 4312-15 du code de la santé publique, exception que reprend la nouvelle version de l'article 30 après la modification du texte apportée par le décret n°2020-1660 du 22 décembre 2020. Les infirmiers qui exercent en commun pourront ainsi procéder à un partage d'honoraires s'ils perçoivent une rémunération forfaitaire au titre de leur activité en commun. Il s'agit ici de valider des dispositifs de rémunération qui sortent de la rémunération à l'acte et qui sont censés favoriser des prises en charge globales des patients dans le cadre d'un exercice en commun. Le champ d'application du texte est relativement large puisqu'il concerne toute forme d'exercice en commun entre infirmiers, quelle que soit la forme juridique retenue.

Le respect de l'indépendance professionnelle doit dans tous les cas subsister dans cette forme d'exercice, en application de l'article 74 du code de déontologie.

L'ordre sera particulièrement vigilant quant au respect des règles déontologiques dans le cadre des conventions de partage d'honoraires.

Le seul fait d'accepter, de solliciter ou de faire une offre de partage d'honoraires constitue un manquement à l'article 30 du code de déontologie.

30.2 - Distribution de dividendes et rétrocession d'honoraires

L'alinéa 2 de l'article R 4312-30 prévoit expressément que la distribution de dividendes au sein d'une société et les rétrocessions d'honoraires prévues par un contrat d'exercice ne constituent pas des partages d'honoraires prohibés. Il est fréquent que des infirmiers exercent leur activité en commun au sein d'une société d'exercice ou dans le cadre d'un contrat. L'exercice de l'activité reste bien personnel. Les dividendes perçus dans le cadre d'une société d'exercice ne constituent pas un partage d'honoraires car ils ne rémunèrent pas le travail de l'infirmier en tant que tel mais sa participation en tant qu'associé. C'est la société qui perçoit les honoraires et les redistribue aux associés.

La rétrocession d'honoraires quant à elle peut être pratiquée, notamment en cas de remplacement. La rétrocession d'honoraires peut même constituer une obligation et son absence représenterait dans ce cas un manquement au devoir de bonne confraternité (v. commentaires sous l'article R 4312-25).

31 - Participation à la distribution de médicaments, produit ou appareils

→ Article R4312-31

Il est interdit à l'infirmier de se livrer ou de participer à des fins lucratives à toute distribution de médicaments, de produits ou d'appareils.

La distribution de médicaments, de produits ou d'appareils ne relève pas de la compétence des infirmiers et peut même entraîner une sanction pénale pour exercice illégal de la pharmacie (art. L4223-1 CSP) lorsque l'acte est couvert par le monopole des pharmaciens. Mais la distribution prohibée concerne aussi des produits qui peuvent être délivrés par des personnes n'ayant pas la

qualité de pharmacien.

Une telle activité peut remettre en question l'indépendance professionnelle de l'infirmier compte tenu des intérêts commerciaux liés à ce type d'activité. L'exercice d'une telle activité peut ainsi entraîner une sanction disciplinaire si elle est pratiquée dans le but d'obtenir un profit. L'objectif doit être lucratif pour l'infirmier pour qu'une faute soit reconnue.

L'interdiction peut désigner la vente directe mais aussi le courtage. L'article L 5124-19 du code de la santé publique le définit comme toute activité liée à la vente ou à l'achat de médicaments qui ne comprend pas de manipulation physique et qui consiste à négocier, indépendamment et au nom d'une personne physique ou morale.

SECTION 4

Modalités d’exercice de la profession

32 - Responsabilité personnelle, indépendance, qualité

→ Article R4312-32

L'infirmier est personnellement responsable de ses décisions ainsi que des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer.

Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre son indépendance, la qualité des soins ou la sécurité des personnes prises en charge.

La reconnaissance du pouvoir d'agir des infirmiers a pour corollaire l'affirmation de leur responsabilité personnelle.

32.1 - Responsabilité personnelle

La responsabilité envisagée ici est la responsabilité disciplinaire. Celle-ci reste personnelle quel que soit le mode d'exercice de la profession.

En revanche la responsabilité civile ou administrative vis-à-vis de victimes de dommages peut ne pas être retenue pour un infirmier dans le cadre de son activité professionnelle exercée pour le compte d'un employeur public ou privé. Dans ce cas, la structure publique ou privée qui emploie l'infirmier est responsable du dommage causé et doit donc verser des dommages et intérêts à la victime si la responsabilité est retenue.

L'infirmier ne sera tenu d'indemniser personnellement les victimes que s'il a commis un abus de fonctions extérieur à ses missions dans une structure privée ou une faute détachable de son service dans une structure publique.

Les infirmiers libéraux sont quant à eux personnellement responsables des dommages causés par leur activité.

Dans tous les cas, quel que soit le mode d'exercice et donc même si l'infirmier est salarié ou agent public, il est personnellement responsable sur un plan disciplinaire. Dans l'application des règles déontologiques, la responsabilité de l'infirmier reste toujours personnelle et ne peut être endossée par une autre personne, fût-elle son employeur.

Par ailleurs, il existe une obligation pour les infirmiers libéraux de souscrire à une assurance responsabilité civile professionnelle (article L1142-2 du code de la santé publique).

De plus, à la différence de la responsabilité civile ou administrative, la faute déontologique dans l'exécution d'un acte peut être retenue même si le patient n'a subi aucun dommage.

La responsabilité personnelle concerne les décisions et actes accomplis dans l'exercice de la profession infirmière. Elle ne concerne pas la question de savoir qui est responsable des dettes de la société si des infirmiers font partie d'une société ensemble. La reconnaissance légale d'une responsabilité solidaire de la société civile professionnelle avec ses associés pour les conséquences dommageables de leurs actes (art. 16 loi n°66-87 du 29 nov. 1966 relative aux sociétés civiles professionnelles) ne concerne pas la responsabilité disciplinaire.

A plus forte raison, des infirmières ayant conclu un contrat de collaboration libérale avec une infirmière titulaire d'un cabinet ne peuvent être tenues pour responsables des fautes déontologiques commises par la titulaire du cabinet (panneaux publicitaires et autorisation d'exercice en France non

obtenue) : CDNOI, 20 juin 2013, n°13-2012-00025 à 28.

Les limites de la responsabilité personnelle envisagée par l'article 32 dépendent du champ de compétences reconnu à l'infirmier. Celui-ci est défini aux articles R 4311-1 et suivants du code de la santé publique et aux articles R 4301-1 et suivants pour les infirmiers en pratique avancée. Les infirmiers en pratique avancée, les infirmiers de bloc opératoire et les infirmiers anesthésistes sont habilités à faire des actes qui leur sont réservés.

Cette extension du champ de compétences s'accompagne d'une responsabilité personnelle elle aussi étendue si un acte accompli dans ce cadre n'est pas correctement exécuté. L'accomplissement d'un acte extérieur au champ de compétences de l'infirmier n'en reste pas moins une faute professionnelle également.

32.2 - Indépendance, qualité, sécurité

L'alinéa 2 de l'article 32 dispose que l'infirmier « *ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre son indépendance, la qualité des soins ou la sécurité des personnes prises en charge* ».

L'indépendance :

Un infirmier peut être salarié. Il peut également être salarié d'un autre infirmier (v. art. 12 avenant 6, JORF 13 juin 2019).

Un encadrement des conditions d'exercice des infirmiers employés comme salariés par des infirmiers libéraux conventionnés a été mis en place. Les infirmiers salariés devront notamment se déclarer auprès de la caisse primaire d'assurance maladie, justifier d'une activité professionnelle préalable auprès de la CPAM au même titre qu'un infirmier remplaçant et produire à la CPAM leur contrat de travail ou la déclaration préalable à l'embauche.

Les infirmiers libéraux employeurs sont quant à eux tenus, comme tout infirmier libéral, de justifier auprès de la CPAM de la même expérience professionnelle préalable demandée à un infirmier pour une installation ou un remplacement en libéral sous convention.

Dans le cadre d'un exercice en commun, l'exercice de la profession reste personnel et l'indépendance professionnelle persiste (v. art. 74). L'infirmier reste libre de choisir les options prévues par la convention nationale.

Qualité et sécurité des soins :

L'infirmier doit non seulement respecter les objectifs de qualité et de sécurité des soins dans l'accomplissement de ses actes professionnels mais il doit aussi, plus largement, exercer la profession selon des modalités qui n'altèrent pas qualité et sécurité. L'obligation de respecter les règles d'hygiène exprimée à l'article 37 du code de déontologie le précise. Il ne doit pas faire courir de risques injustifiés au patient en utilisant des techniques nouvelles insuffisamment éprouvées (v. art. 47).

Un infirmier qui consomme des produits pharmaceutiques qui ont altéré notamment sa capacité à exercer sa mission d'infirmier s'est lui-même placé en situation de ne pas être en mesure d'assurer des soins de qualité et a altéré les conditions d'accueil et de sécurité des personnes prises en charge dans un EHPAD (CDPI Normandie 14 août 2018, n°61-2017-00013).

33 - Rôle propre - Choix approprié

→ Article R4312-33

Dans le cadre de son rôle propre et dans les limites fixées par la loi, l'infirmier est libre du choix de ses actes professionnels et de ses prescriptions qu'il estime les plus appropriés. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses actes professionnels et ses prescriptions à ce qui est nécessaire à la qualité et à la sécurité des soins. Il tient compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différents soins possibles.

33.1 - Liberté de l'infirmier

Bien que le domaine des compétences des infirmiers soit strictement défini par la loi et limité par l'exercice illégal d'autres professions, notamment médicales, une certaine liberté est reconnue aux infirmiers, corollaire de leur responsabilité personnelle.

Selon l'article R4311-3 du code de la santé publique, « *relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes* ». Le même texte prévoit que le rôle propre de l'infirmier implique la possibilité pour l'infirmier de prendre les initiatives et accomplir les soins qu›il juge nécessaires dans les limites fixées par le code de la santé publique. Dans ce cadre, l'infirmier « *identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue* ».

Les dispositions reconnaissant aux infirmiers un rôle propre ne leur permettent cependant pas d'empiéter sur le champ de compétences d'autres professions en dehors des cas qu'elles déterminent (CE, 3 oct. 2003, n°244948). Le Code de la santé publique attribue aux infirmiers le pouvoir, et l'obligation, d'accomplir certains actes, soit sur prescription médicale, soit de leur propre initiative mais dans tous les cas dans les limites des actes énumérés par décret à l'article R 4311-5 du code de la santé publique. Ce texte prévoit que dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit un ensemble d'actes ou soins « *visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage* ». Cette liste comprend notamment des soins et procédés visant à assurer l›hygiène de la personne et de son environnement ainsi que la surveillance l'équilibre alimentaire, etc.

Les textes définissant le champ d'intervention des infirmiers ne doivent toutefois pas être interprétés de manière trop extensive, au point de confier aux infirmiers des tâches et des responsabilités qui ne relèvent pas de leurs missions. Il n'entre pas par exemple dans le champ de compétences des infirmiers, et dès lors pas dans leurs obligations, de réaliser en permanence le ménage complet d'une unité ou d'une partie d'établissement. La responsabilité de l'hygiène de la personne et de son environnement ne peut aboutir à de telles obligations qui ne correspondent pas aux missions de la profession infirmière définies à l'article L 4311-1 du code de la santé publique et au champ du rôle propre donné par l'article R 4311-5 du même code.

Une interprétation trop extensive du champ de compétences ne pourrait par ailleurs servir à accroître les prérogatives des infirmiers. Un infirmier ayant procuré à une patiente un médicament qui ne peut être prescrit que par un médecin car n'entrant ni dans la liste des dispositifs médicaux pouvant être prescrits par un infirmier ni dans le cadre de leur rôle propre, commet une faute déontologique, la délivrance d'un tel médicament ne relevant pas des actes de la compétence professionnelle d'infirmier. Le caractère ponctuel de la fourniture et la nature personnelle des relations entre les deux protagonistes ne constituent pas des causes exonératoires (CDPI PACA Corse, 29 oct. 2014, n°14-005).

Lorsque les actes accomplis et les soins relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques (art. R 4311-4 CSP). Il doit les encadrer et ne pas les faire intervenir en dehors de leur champ de compétences. Ils ne pourront ainsi accomplir des actes relevant du domaine de compétences des infirmiers. L'infirmier reste par ailleurs responsable des actes accomplis à cette occasion.

La marge d'initiative laissée aux infirmiers comprend, plus exceptionnellement mais de manière de plus en plus étendue, une faculté de prescrire. Le code de la santé publique reconnaît expressément aux infirmiers, sous certaines conditions, la faculté de prescrire quatre types de produits aux patients :

- Certains médicaments contraceptifs oraux (renouvellement)
- Des dispositifs médicaux désignés par arrêté ministériel
- Des substituts nicotiniques

Pour chaque type de produit, les conditions exigées par le Code de la santé publique diffèrent.

La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (loi n°2019-774, JORF 26 juill. 2019) a instauré par ailleurs la faculté pour les infirmiers d'adapter la posologie de certains traitements pour une pathologie donnée, en application d'un protocole inscrit dans le cadre d'un exercice coordonné (art. L 4311-1 CSP).

La capacité d'initiative laissée à l'infirmier dans le cadre de son rôle propre peut engager sa responsabilité personnelle. L'initiative peut même devenir une obligation lorsque des actes relèvent des champs de compétence infirmiers. Une infirmière salariée d'un EHPAD commet une faute si elle prétend avoir vérifié la prise de médicaments auprès d'un patient et indiquer dans le dossier de soins infirmiers qu'ils ont été pris alors qu'elle ne l'a pas vérifié (CDPI Ile-de-France 23 févr. 2018, n°92-2016-00056). Elle manque dans ce cas aux obligations découlant de son rôle propre.

De plus, la collaboration avec un autre professionnel n'enlève en rien à l'infirmier son obligation d'agir personnellement dans le cadre de son champ de compétences (CE, 30 janv. 2002, n°218083). L'infirmier peut faire des propositions au patient relatives à sa prise en charge dans le cadre de son rôle propre, même si le patient ne l'a pas sollicité. L'infirmier doit cependant toujours rester dans le cadre de sa compétence et respecter à la fois son devoir d'informer le patient (art. 13) et celui d'obtenir son consentement libre et éclairé (art. 14).

33.2 - Des actes et prescriptions appropriés

L'article L 1110-5 du code de la santé publique dispose que « *Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté* ».

L'infirmier doit faire des choix appropriés en fonction de l'état de santé du patient mais aussi des données acquises de la science (v. art. 10). L'infirmier peut être responsable s'il dispense des soins inappropriés et hors de son champ de compétence. C'est le cas lorsqu'il dispense des soins hors protocole thérapeutique, qu'il adopte des comportements et formule des suggestions inappropriés (suggestion de visionner un site internet religieux et propos religieux suivis de réaction colérique : CDPI PACA 24 oct. 2017, n°17-010).

L'article R 4311-2 du code de la santé publique reprend l'exigence de qualité des soins infirmiers dont la dimension est double en prévoyant que « *les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade* ».

L'infirmier doit tenir compte, selon le texte, « *des avantages, des inconvénients et des conséquences des différents soins possibles* ». Ce texte signifie tout d'abord que les initiatives et actes accomplis par l'infirmier ne doivent pas faire courir au patient des risques que son état de santé ne justifie pas. Le caractère éventuellement excessif des risques doit être apprécié au regard des connaissances scientifiques au moment où ils sont dispensés. De plus, comme le précise l'article R 4311-2 du code de la santé publique, l'infirmier doit agir en fonction de la personnalité du patient « d*ans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle* ».

34 - Information conditions de remboursement

→ Article R4312-34

L'infirmier répond, dans la mesure de ses connaissances, à toute demande d'information préalable sur les conditions de remboursement des produits et dispositifs prescrits.

Toute personne a droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais (art. L 1111-3 CSP). Elle doit également être informée des conditions de remboursement des produits et dispositifs prescrits.

Ces informations ne doivent pas nécessairement être fournies spontanément par le professionnel de santé, le texte indiquant qu'il doit répondre à toute demande du patient sur ce point. Le patient peut également demander d'autres informations et dans ce cas le professionnel est tenu d'y répondre. Le texte se limite toutefois à l'hypothèse de la prescription infirmière.

L'article 34 précise que l'infirmier y répond dans la mesure de ses connaissances. Il n'est pas censé connaître intégralement les conditions de remboursement. Si ses connaissances sont insuffisantes, il doit indiquer au patient quel organisme sera en mesure de lui fournir une réponse appropriée et complète. Concernant les tarifs des actes professionnels en revanche, l'exigence est plus grande puisque l'infirmier doit savoir et indiquer les tarifs de ses actes.

35 - Dossier des soins infirmiers

→ Article R4312-35

L'infirmier établit pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant les éléments pertinents et actualisés relatifs à la prise en charge et au suivi.

L'infirmier veille, quel que soit son mode d'exercice, à la protection du dossier de soins infirmiers contre toute indiscrétion.

Lorsqu'il a recours à des procédés informatiques, il prend toutes les mesures de son ressort afin d'assurer la protection de ces données.

35.1 - Tenir un dossier de soins infirmiers

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers (art. R 4311-3 CSP). Le dossier de soins infirmiers est un outil de base du suivi du patient qui vise notamment à évaluer les besoins de la personne, vérifier le respect de la prescription et dès lors de garantir la qualité des soins et la traçabilité des actes. Le dossier de soins infirmiers doit contenir des éléments pertinents et actualisés relatifs à la prise en charge et au suivi. C'est un document unique et individualisé regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée : médicaments administrés, injections, suivi de la douleur, chutes et risques de chutes, évolutions de plaies, etc…. . Ces éléments doivent être actualisés et les indications datées. Tous les patients sont concernés, quelle que soit la durée de la prise en charge et la fréquence des actes infirmiers. L'infirmier doit éviter l'usage de termes qui ne relèvent pas de sa compétence. Il doit également éviter d'y inscrire des éléments inutiles pour la prise en charge, des appréciations subjectives et des éléments tenant à l'intimité et à la vie personnelle du patient.

La pertinence des éléments figurant dans le dossier de soins infirmiers tient également à l'éventuelle intervention d'autres professionnels. Ce dossier comprend en effet comme autres objectifs la coordination des actions entre différents professionnels impliqués dans la prise en charge et, dans cette optique, le partage d'informations entre ces professionnels. Le dossier de soins infirmiers doit permettre aux professionnels quels qu'ils soient de savoir quels actes ont été accomplis, quand et de quelle manière. L'absence de tenue du dossier de soins infirmiers constitue une faute grave lorsqu'elle ne permet pas à d'autres professionnels de santé d'assurer le suivi d'un patient atteint d'une affection (CDNOI, 18 févr. 2019, n°06-2018-00200).

Le dossier de soins infirmiers ne doit pas être confondu avec le dossier médical partagé et le fait que des informations sont reportées dans le DMP par un infirmier n'exclut pas l'obligation de tenir un dossier de soins infirmiers parallèlement.

Cette obligation n'est pas propre à l'exercice libéral, puisqu'en cas d'hospitalisation d'un patient dans un établissement public ou privé, le dossier médical du patient comprend notamment le dossier de soins infirmiers ou à défaut les informations relatives aux soins infirmiers (art. R 1112-2, 1° CSP).

Dans tous les cas le report des éléments pertinents est de la responsabilité de l'infirmier ou des infirmiers chargés du suivi :

- La perte du dossier médical par un professionnel ou établissement de santé conduit à inverser la charge de la preuve et lui impose de démontrer que les soins prodigués au patient ont été appropriés (Cass. 1ère Civ, 26 sept. 2018, n°17-20143).

- Si la clinique est responsable des manquements commis par une infirmière lorsqu'elle lui est liée par un contrat de travail, la cour d'appel rappelle que l'insuffisance quant à la transmission « *en temps réel* » dans le dossier par l'infirmière de nuit est une insuffisance fautive dans la pratique professionnelle de cette infirmière. En l'espèce manquait au dossier la feuille de transmission des soins infirmiers qui permet de retranscrire les éléments de surveillance de façon précise et objective (CA Paris, 20 Sept. 2018, n° 16/24773).

Le dossier doit également comporter l'identification du patient, de la personne de confiance si elle existe et celle de la personne à prévenir.

Le dossier de soins infirmiers doit contenir certaines informations précises pour certains actes. L'article R 4311-5-1 du code de la santé publique exige, concernant l'administration du vaccin antigrippal, que l'infirmier ou l'infirmière indique dans le dossier de soins infirmiers l'identité du patient, la date de réalisation du vaccin ainsi que le numéro de lot du vaccin lors de l'injection. Dans le cas où l'infirmier

ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques par un protocole écrit, daté et signé par un médecin, le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers (art. R 4311-8 CSP).

35.2 - Protection du dossier de soins infirmiers

La protection du dossier de soins infirmiers doit être effectuée quel que soit le mode d'exercice de l'infirmier :

- Les informations figurant dans le dossier étant couvertes par le secret professionnel, l'infirmier ne peut en partager le contenu que dans les cas autorisés.
- L'infirmier doit assurer la sauvegarde du dossier de soins et la protection de celui-ci contre toute intrusion par une personne extérieure. Les documents papier ainsi que les fichiers ou données informatiques ne doivent pas par exemple permettre à un autre membre du cabinet d'accéder au dossier ou à des données propres au patient d'un autre infirmier. Le dossier ne peut pas non plus être laissé au domicile du patient sans garantie de protection.
- Lorsque l'infirmier a recours à des procédés informatiques, il doit prendre toutes les mesures qui sont de son ressort pour protéger les données du patient. Le professionnel doit notamment recourir à un procédé sécurisé, utiliser un mot de passe, un procédé de chiffrement efficace. L'ordre national des infirmiers et la commission nationale de l'informatique et des libertés ont publié à cet effet un guide en commun relatif à l'utilisation des données personnelles par l'infirmier.

36 - Infirmier coordonnateur

→ Article R4312-36

L'infirmier chargé de toute fonction de coordination ou d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les personnes dont il coordonne ou encadre l'activité, qu'il s'agisse d'infirmiers, d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture, d'aides médico-psychologiques, d'étudiants en soins infirmiers ou de toute autre personne placée sous sa responsabilité. Il est responsable des actes qu'il assure avec la collaboration des professionnels qu'il encadre. Il veille à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours.

Sans avoir la qualité d'employeur, de nombreux infirmiers occupent des fonctions de coordination ou d'encadrement en plus d'accomplir des actes infirmiers à proprement parler. L'article 36 du code de déontologie prévoit les devoirs déontologiques qui s'appliquent à ces professionnels dans le cadre de leurs fonctions d'encadrement ou de coordination.

36.1 - Veiller à la bonne exécution des actes

L'infirmier coordonnateur doit tout d'abord veiller à la bonne exécution des actes par les personnes dont il coordonne ou encadre l'activité. Cette fonction implique nécessairement un contrôle de l'activité des personnes, dans le respect du droit du travail.

Cela nécessite d'agir en amont (gérer des risques, logistique, assurer la tenue et le suivi des dossiers,

élaboration et suivi des plannings, etc.).

Globalement, l'infirmier coordonnateur est chargé d'assurer l'organisation, la coordination et le contrôle des activités de soins.

Les fonctions de coordination relèvent notamment de la compétence d'un infirmier lorsque, dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, il accomplit les actes et dispense les soins relevant de son rôle propre avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre (art. R 4311-4 CSP). Cette collaboration peut faire l'objet d'un protocole de soins infirmiers (v. art. 43).

L'infirmier coordinateur occupe une fonction relais de la direction mais il n'endosse pas les responsabilités de l'employeur pour autant. Il est sous la responsabilité de la direction et en lien avec le médecin coordonnateur, en EHPAD, en SSIAD,… . Dans les établissements d'hospitalisation à domicile, la coordination des prises en charge est assurée par une équipe pluri-professionnelle, comportant au moins un infirmier, mais sous la responsabilité d'un ou plusieurs médecins coordonnateurs (art. D 6124-308 CSP).

Un infirmier peut néanmoins exercer des fonctions de coordination également et dans le cadre de son rôle propre, il peut, pour assurer ces fonctions, élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative (art. R 4311-3 CSP).

36.2 - La responsabilité des actes

L'infirmier coordonnateur est responsable des actes qu'il assure avec les professionnels qu'il encadre. Il dispose d'un pouvoir hiérarchique et l'obligation de veiller à la bonne exécution des actes accomplis par les professionnels placés sous sa responsabilité peut impliquer un pouvoir de sanction. Mais, ce pouvoir lui est simplement délégué par l'employeur. L'infirmier coordonnateur est alors responsable en tant que chef d'équipe mais il ne peut être civilement responsable pour les dommages causés par l'un des membres de l'équipe car le lien de préposition entre l'employeur et ses salariés ne lui est pas transféré (Cass. 1ère civ. 10 déc. 2014, n°13-21607).

Il peut néanmoins l'être sur un plan déontologique notamment dans le cadre de ses fonctions de coordination. En effet, la responsabilité disciplinaire de l'infirmier coordonnateur ne se limite plus aux actes d'infirmier proprement dits et s'étend aux fonctions de coordination.

Il n'est pas responsable de tout dommage causé par eux mais certains éléments peuvent constituer une faute de coordination notamment : la récurrence, la gravité, même d'un acte isolé, les éléments indiquant un défaut de contrôle, de directives claires, de plannings pertinents pour assurer le suivi des soins, le défaut de tenue des dossiers de soins infirmiers, le non-respect du secret professionnel.

36.3 - Veiller à la compétence des personnes

L'infirmier coordonnateur veille à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours. Il doit s'en assurer en amont, au moment où un professionnel rejoint l'équipe, et tout au long du travail en commun. Ce suivi des compétences peut impliquer une évaluation de l'activité mais surtout une identification des besoins de formation. Il n'est pas responsable de l'exécution de l'obligation de formation, qui est de la responsabilité de l'employeur, mais il doit remonter à la direction tout besoin en la matière. Un entretien de formation doit avoir lieu chaque année dans la fonction publique hospitalière entre l'agent et le supérieur hiérarchique (art. 4 décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière) et tous les deux ans dans le secteur privé (art. L 6315-1 c. trav.).

37 - Hygiène, sécurité, environnement

→ Article R4312-37

L'infirmier respecte et fait respecter les règles d'hygiène, dans sa personne, dans l'administration des soins, dans l'utilisation des matériels et dans la tenue des locaux professionnels. Il s'assure de la bonne gestion des déchets qui résultent de ses actes professionnels, selon les procédures réglementaires.

37.1 - Hygiène

Le respect des règles d'hygiène est essentiel pour assurer la qualité des soins et la sécurité des patients. Leur non-respect porte atteinte à l'intérêt des patients et dénote un manque de conscience professionnelle dans l'accomplissement des actes ou la dispense des soins (v. art. 10).

Le suivi de ces règles est essentiel également pour la protection de la santé des autres infirmiers et professionnels participant à la prise en charge du patient. L'obligation de respecter les règles d'hygiène ne s'applique pas uniquement dans l'intérêt du patient mais aussi dans celui des professionnels et de la santé publique dans son ensemble.

L'infirmier doit respecter et faire respecter les règles d'hygiène. Cela concerne les infirmiers coordonnateurs et plus largement tous les infirmiers qui collaborent avec d'autres personne, y compris s'ils n'ont pas d'autorité hiérarchique. Dans le cadre de cette obligation, l'infirmier peut, selon ses pouvoirs, enjoindre à un autre professionnel de respecter les règles d'hygiène ou signaler un défaut en la matière.

Ont étés considérés comme des manquements à l'article R.4312-37 du CSP :

- Le fait de considérer le port systématique de gants comme du « *gaspillage* » peut entraîner la reconnaissance d'une faute si l'infirmière effectue des opérations de nettoyage d'une cicatrice opératoire sans se laver les mains et sans porter de gants, sans utiliser non plus d'instrument destiné à éviter un contact direct entre ses mains et les compresses stériles, en faisant usage de couteaux de cuisine et en utilisant pendant plusieurs semaines la même seringue (CDPI Ile-de-France 7 avr. 2016, n°93-2015-00038).

- Une infirmière ne se désinfectant pas les mains et sentant l'alcool (CDPI Occitanie 11 avr. 2019, n°1166-201800064).

- Le refus de désinfecter le site des injections administrées (CDNOI, 9 nov. 2016, n°n°24-2015-00098).

- Soins trop rapides, langage inapproprié, pansement de plaies variqueuses sans gants, sondages urinaires sans gants (CDPI Rhône-Alpes, 14 janv. 2016, n°42-2015-01).

- Utilisation de cotons-tiges non aseptisés afin de nettoyer une plaie se situant à côté d'une trachéotomie (CDPI Auvergne 19 oct. 2012, n°63-2012-002).

- Produits injectables périmés ou dont le conditionnement est détérioré, stockage de médicaments stupéfiants, présence dans une boîte à chaussures de pinces à usage unique, emballages de produits stériles souillés, aiguilles périmées (CDPI Lorraine, 29 sept. 2017, n°10-2017-00002).

Le fait que l'infirmier accomplisse la grande majorité de ses prestations au domicile des patients n'a aucune importance, les exigences restent les mêmes.

37.2 - Gestion des déchets

Il s'agit d'une obligation générale qui peut être le signe d'un manque global d'hygiène.

Exemples en jurisprudence

- Si une aiguille usagée n'a pas été collectée par un procédé homologué et qu'une autre infirmière ou une patiente se blesse ensuite avec cette aiguille, la faute existe, quelles que soient les circonstances et la gravité de la blessure (CDNOI, 15 juill. 2019, n°67-2019-00229).

- Lorsque des seringues usagées ont été laissées sur une table chez un patient, l'infirmier est fautif, peu important que le patient ait l'habitude de traiter lui-même les seringues usagées (CDPI Basse Normandie, 26 janv. 2017, n°76-2016-001-1).

L'article 37 fait référence aux obligations réglementaires des infirmiers, lesquelles définissent les déchets d'activités de soins comme « *les déchets issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif, dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire* » (art. R 1335-1 CSP). Les soins infirmiers sont concernés par cette définition.

L'objet des procédures réglementaires est de ne pas exposer les patients, professionnels de santé, personnels des centres de ramassage, de tri des déchets et autres personnes à des risques, notamment infectieux. Les règles en la matière sont exposées aux articles R 1335-1 et suivants du code de la santé publique, qu'il s'agisse de l'obligation d'établir le document permettant le suivi de l'élimination des déchets (art. R 1335-4), de la séparation des autres déchets (art. R 1335-5), de l'utilisation d'un emballage unique (R 1335-6) d'autres modalités générales et des modalités propres à certaines situations et certains déchets.

Les arrêtés précisant les règles à suivre sont les suivants :

- Arrêté du 28 mars 2019 relatif à la mise en œuvre d'une expérimentation portant sur la valorisation des déchets issus du prétraitement par désinfection des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés.

- Arrêté du 21 juin 2018 relatif aux installations d'incinération et de co-incinération de déchets non dangereux et aux installations incinérant des déchets d'activités de soins à risques infectieux.

- Arrêté du 27 juin 2016 relatif aux emballages des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques d'origine humaine.

- Arrêté du 18 décembre 2017 modifiant l'arrêté du 23 août 2011 fixant, en application de l'article R. 1335-8-1 du code de la santé publique, la liste des pathologies conduisant pour les patients en auto-traitement à la production de déchets d'activité de soins à risque infectieux perforants.

- Arrêté du 20 avril 2017 relatif au prétraitement par désinfection des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés.

- Arrêté du 7 décembre 2016 modifiant l'arrêté du 20 septembre 2002 relatif aux

installations d'incinération et de co-incinération de déchets non dangereux et aux installations incinérant des déchets d'activités de soins à risques infectieux.

38 - Contrôle prescription, dosage

→ Article R4312-38

L'infirmier vérifie que le médicament, produit ou dispositif médical délivré est conforme à la prescription. Il contrôle également son dosage ainsi que sa date de péremption. Il respecte le mode d'emploi des dispositifs médicaux utilisés.

L'infirmier doit vérifier la conformité du produit ou du dispositif médical à la prescription médicale ou à la sienne lorsqu'il a le pouvoir d'en faire une. C'est la première phase du respect de la prescription. A défaut, le produit doit être retourné ou le médecin rapidement consulté s'il s'agit d'une prescription médicale. Sur ce point aussi les recommandations de la Haute Autorité de Santé peuvent être très utiles (v. HAS, Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments, mai 2013). L'infirmier doit par exemple s'assurer auprès du patient de l'absence d'allergie.

L'infirmier ne peut agir sur prescription verbale et doit en demander une nouvelle lorsqu'il estime qu'elle doit être adaptée.

Concernant le respect du mode d'emploi, il n'a aucun pouvoir d'initiative ou d'adaptation.

Dans tous les cas, le non-respect de l'une de ces obligations peut aussi être cause de responsabilité civile de l'infirmier si le patient subit un dommage qui en est la conséquence. Un oubli en la matière peut être générateur de dommage.

39 - Contrôle de l'accès aux médicaments et produits

→ Article R4312-39

L'infirmier prend toutes précautions en son pouvoir pour éviter que des personnes non autorisées puissent avoir accès aux médicaments et produits qu'il est appelé à utiliser dans le cadre de son exercice professionnel.

Les personnes autorisées à avoir accès aux médicaments et produits sont déterminées par les modalités d'organisation du service. Les infirmiers doivent s'assurer qu'une personne étrangère au service ou qui n'y est pas habilitée ne peut y avoir accès.

Cette obligation s'applique aussi aux infirmiers libéraux, même lorsque dans une démarche d'éducation thérapeutique du patient, ce dernier peut parfois participer à l'administration d'un produit. S'il est infirmier coordonnateur, le choix des personnes autorisées relève de sa responsabilité à moins que, dans ce cas, un médecin coordonnateur ne se saisisse de cette prérogative.

Les médicaments doivent être détenus dans des locaux, armoires ou autres dispositifs de rangement fermés à clé ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité. En dehors des périodes d'utilisation, les armoires doivent être maintenues verrouillées.

40 - Proposition de consultation d'un médecin

→ Article R4312-40

L'infirmier propose la consultation d'un médecin ou de tout professionnel compétent lorsqu'il l'estime nécessaire.

La finalité de cet article est de permettre une meilleure prise en charge du patient. Néanmoins, ce n'est aucunement une dérogation à l'interdiction de compérage. Il s'agira pour l'infirmier de diriger le patient vers un médecin ou un professionnel sans nommer un professionnel précis.

L'infirmier propose la consultation. Elle ne peut bien entendu être imposée au patient dont le consentement doit être respecté (art. 14 et art. L 1111-4 CSP). L'infirmier doit accompagner cette proposition d'une information loyale, claire et précise sur les raisons de la proposition et le ou les professionnels qu'il faudrait consulter.

A qui ? L'infirmier propose la consultation à un patient déjà pris en charge ou à la personne autorisée à prendre la décision. Il peut s'agir également d'une personne venant consulter un infirmier ou s'adressant à un établissement avant que la prise en charge n'ait débuté. Le constat par l'infirmier de la nécessité d'une consultation peut aussi être lié à une situation d'urgence. Le champ de ce texte est plus large que celui de l'article 42 du code de déontologie qui se limite au patient déjà pris en charge et pour lequel une prescription existe.

Pourquoi ? Lorsque l'infirmier l'estime nécessaire. Il dispose ici d'une marge d'initiative, dans le cadre de son rôle propre. Il peut s'agir d'une urgence ou non mais si l'infirmier constate que ses compétences ne sont pas suffisantes, qu'un diagnostic médical est nécessaire, voire une prescription, il doit faire cette proposition au patient.

41 - Communication d'informations au médecin

→ Article R4312-41

L'infirmier communique au médecin toute information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic, ainsi que de permettre la meilleure adaptation du traitement ou de la prise en charge.

L'infirmier doit communiquer les informations utiles qu'il a en sa possession, peu important comment il les a obtenues.

Une exception au secret professionnel est admise dans le cadre du secret partagé dans la mesure où l'information est nécessaire à la prise en charge dans son ensemble, c'est-à-dire, à l'établissement du diagnostic et à l'adaptation au mieux du traitement ou de la prise en charge. Cette exception au secret professionnel n'est ainsi pas une simple faculté mais également une obligation.

L'article 41 du code de déontologie fait écho à l'article R 4311-2, 2° du code de la santé publique qui prévoit que les missions de l'infirmier comportent notamment l'obligation de « *concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions* ».

Toujours selon ce texte, les infirmiers doivent également « *participer à l'évaluation du degré de*

dépendance des personnes » et « *participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage* ». Toutes les informations relatives à ces éléments et permettant l'adaptation du traitement ou de la prise en charge doivent être communiquées au médecin prescripteur.

Une infirmière doit par exemple prévenir un médecin si elle constate des ecchymoses et des douleurs chez la patiente, au lieu de poursuivre les injections prescrites, et, ce faisant, de contribuer au retard d'hospitalisation. A défaut elle peut être considérée comme responsable d'une perte de chance de la patiente décédée d'être prise en charge à temps (CDPI PACA, 12 juill. 2016, n°15-018).

42 - Application de la prescription médicale

→ Article R4312-42

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

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

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

42.1 - L'application et le respect de la prescription médicale

L'infirmier doit en principe appliquer strictement la prescription médicale, sans adaptation possible. L'infirmier la met en œuvre et ne la modifie pas. La formulation de la prescription quantitative et qualitative relève de la responsabilité du médecin. Les soins infirmiers ont en effet notamment pour objet de « *contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs* » (art. R 4311-2 CSP).

Pour tous les actes relevant du rôle prescrit de l'infirmier (R.4311-7 et R.4311-9 du code de la santé publique), l'infirmier est tenu non seulement d'agir en application d'une prescription médicale déjà formulée mais aussi de suivre scrupuleusement la prescription médicale en question. Une modification d'une ordonnance médicale par un infirmier est une faute, même si la prescription aurait pu être établie par tout infirmier au titre de son rôle propre et remboursée dans les mêmes conditions (CDNOI, 21 févr. 2018, n°34-2017-00174). Le non-respect de la prescription médicale peut concerner le moment auquel le traitement est administré, par exemple des prises de glycémie du matin décalées à l'initiative de l'infirmière en fin de matinée (CDPI Bourgogne 15 oct. 2012, n°89-2011-2).

Ont étés considérés comme des manquements à l'article R.4312-42 du CSP :

- Une perfusion et un prélèvement sanguin sans avis médical (CDPI Auvergne 22 déc. 2011, n°15-2011-003).

- L'injection d'une dose six fois supérieure à celle prescrite par le médecin, figurant sur une ordonnance rédigée clairement, (CDNOI, 24 avr. 2014, n°71-2013-00045).

L'infraction pénale d'exercice illégal de la médecine peut être retenue à condition de prouver que les actes relevant de la compétence des infirmiers ont été réalisés en dehors de toute prescription médicale (Cass. crim. 7 févr. 2006, n°05-82490).

Les termes de la prescription constituent également la limite de l'intervention de l'infirmier :

- L'absence de dispensation des médicaments à heure fixe ne peut par exemple être qualifiée de fautive dès lors que l'ordonnance ne mentionnait pas une délivrance des médicaments à heure fixe (CDPI Ile-de-France 19 janv. 2017, n°91-2015-00050).

- Un infirmier ou l'établissement au sein duquel il travaille ne peut globalement être tenu pour responsable de l'ingestion de médicaments que le médecin n'avait pas prescrits (Cass. 1ère civ. 15 nov. 2005, n°03-18669).

L'infirmier ne peut en effet être tenu de vérifier qu'un patient disposait à son insu ou prenait des médicaments qui n'avaient pas été prescrits par le médecin.

Les infirmiers conservent en outre une part d'initiative dans le cadre de leur rôle propre. Il a notamment été admis que le mode d'administration prescrit par le médecin ne soit pas respecté par l'infirmier si un autre mode était plus sûr au regard de la dose prescrite et du produit utilisé (CDPI Basse Normandie 29 juill. 2016, n°76-2015-005).

En revanche, le souci d'éviter toute douleur à l'enfant auquel un produit est injecté, en présence de trois adultes, ne peut excuser l'erreur d'injection alors que le contexte n'excédait aucunement les situations auxquelles doit s'attendre un infirmier et ne peut dans tous les cas exonérer celui-ci de sa faute (CDPI Bourgogne-Franche-Comté 27 mai 2019, n°70-2018-13).
A fortiori une prescription représentant un danger évident pour le patient pourrait ne pas être suivie par l'infirmier.

42.2 - La demande de complément d'information

L'infirmier doit demander un complément d'information lorsqu'il le juge utile. L'utilité de la demande est à l'appréciation du professionnel et l'initiative lui appartient. Une telle demande peut notamment être formulée si l'infirmier s'estime insuffisamment éclairé sur la prescription notamment, mais le texte n'est pas limitatif quant aux motifs de la demande.

Il appartient par exemple à une infirmière de prendre contact avec le médecin prescripteur si elle éprouve des difficultés à enlever des points de suture et si la cicatrice lui paraît fragile alors qu'il était initialement prévu d'enlever les points de suture (CDPI Bourgogne 15 oct. 2012, n°21-2011-1).

L'inaction peut être sanctionnée. Sont ainsi pénalement responsables du décès d'une personne opérée, le médecin anesthésiste qui ne formule pas avec toute la clarté indispensable la prescription et l'infirmière qui ne demande pas un complément d'information au prescripteur (Cass. crim. 1er avr. 2008, n°07-81509).

Aucune faute ne peut cependant être reprochée à l'infirmière qui a appliqué et respecté la prescription médicale et qui, s'estimant suffisamment éclairée, n'a pas, au regard des circonstances, à demander de complément d'information au médecin prescripteur, même si celui-ci ne s'est pas assuré de la continuité de la prise en charge de la patiente (CDNOI, 21 nov. 2017, n°13-2016-00138). Les constats faits par le médecin traitant ainsi que par une autre infirmière peuvent expliquer qu'une infirmière ne se soit pas alertée, qui plus est lorsque celle-ci ne dispose pas d'informations à transmettre au

médecin prescripteur susceptibles de permettre une meilleure adaptation du traitement à l'état de santé de la patiente (ibid.).

42.3 - En cas de doute

1ère étape : L'infirmier vérifie la prescription auprès de son auteur.

2ème étape : Si la vérification auprès de l'auteur de la prescription médicale est impossible. L'impossibilité ne désigne pas nécessairement une situation totalement insurmontable mais plutôt une situation qui ne peut être surmontée dans des conditions normales de travail et de temps au regard de l'état de santé du patient.
Dans ce cas, un autre membre de la même profession peut être consulté. Il doit d'agir d'une profession de la même spécialité que l'auteur de la prescription, même si le texte ne le précise pas.

3ème étape : En cas d'impossibilité de consulter le médecin prescripteur et un autre professionnel, et s'il existe des risques manifestes et imminents, l'infirmier peut agir. Les risques doivent être à la fois manifestes, c'est-à-dire évidents, et imminents. Ces deux conditions sont cumulatives et doivent être appréciées au cas par cas. L'infirmier a un droit à l'erreur mais l'abus sera sanctionné. Ce sera le cas si l'infirmier est de mauvaise foi, c'est-à-dire qu'il surévalue ou au contraire sous-évalue volontairement les risques et/ou l'impossibilité de consulter un professionnel compétent.

Lorsque l'infirmier est amené à intervenir, il adopte l'attitude permettant de préserver la santé du patient. Cela relève de son rôle propre et l'attitude pouvant être adoptée dépend des circonstances. Il peut notamment adapter la prescription médicale. Il doit dans tous les cas ne pas dépasser les limites de ses compétences mais aussi utiliser celles qui lui sont reconnues. Il n'aura donc pas le pouvoir de prescrire en dehors des facultés de prescription qui lui sont reconnues par la loi. Il ne peut pas commettre d'exercice illégal de la médecine, doit respecter les décrets d'actes, et ne pas faire courir de risque injustifié au patient, même dans le cadre de ses compétences.

43 - Application des protocoles

→ Article R4312-43

L'infirmier applique et respecte les protocoles élaborés par le médecin prévus par les dispositions des articles R. 4311-7 et R. 4311-14. Chaque fois qu'il l'estime indispensable, l'infirmier demande au médecin responsable d'établir un protocole écrit, daté et signé.

En cas de mise en œuvre d'un protocole écrit de soins d'urgence, ou d'actes conservatoires accomplis jusqu'à l'intervention d'un médecin, l'infirmier remet à ce dernier un compte rendu écrit, daté et signé, et annexé au dossier du patient.

En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre d'un protocole, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toute mesure en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

43.1 - Application et respect des protocoles

Le protocole contrairement à la prescription, correspond à un descriptif des soins et techniques que l'infirmier doit accomplir lorsque les critères définis par ce protocole seront réunis.
Un protocole peut remplacer une prescription individuelle, pour les patients présentant une

symptomatologie standard.

Ce protocole se distingue du protocole mis en place dans le cadre de la coopération entre professionnels de santé. Des protocoles nationaux de diagnostic et de soins ont ainsi été élaborés par divers centres de référence pour plusieurs maladies rares. La Haute Autorité de Santé a par ailleurs élaboré un guide méthodologique d'élaboration des protocoles de soins pluri-professionnels.

L'élaboration d'un protocole de soins suppose que soient identifiées une ou des situations de soins, des actes à accomplir par des catégories de professionnels identifiées, des outils et des méthodes à employer notamment. Le protocole peut ainsi comprendre un descriptif des opérations successives à effectuer et une attribution précise de ces opérations à des catégories de professionnels.

Le protocole est élaboré par un médecin ou une équipe médicale voire une équipe de soins sous la responsabilité d'un médecin. Les protocoles envisagés par l'article 43 du code de déontologie ne sont pas élaborés par et sous la responsabilité d'un infirmier. Ce dernier applique le protocole qui concerne son domaine d'action.

Cas jurisprudentiels

- Un infirmier n'ayant par exemple pas lu le nouveau protocole de chimiothérapie à administrer à un patient et ayant commis une erreur dans l'administration de cette chimiothérapie (2h au lieu de 4) est fautif (CDNOI, 2 oct. 2017, n°83-2016-00150).

- Une infirmière libérale ne respectant pas la prescription médicale et le protocole thérapeutique déterminé par le médecin, qui lui faisaient obligation de procéder trois fois par jour sur sa patiente à une injection d'insuline après avoir contrôlé son taux de glycémie, viole son obligation de sécurité et de prudence imposée par les règles déontologiques et a directement exposé la patiente à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente, risque connu, lié à un traitement inadapté du diabète et notamment celui de rétinopathie, cause possible de cécité (Cass. crim. 6 sept. 2005, n°04-86347). Dans une telle situation, l'infirmière risque non seulement une sanction disciplinaire pour non-respect des articles 43 et 42 du code de déontologie mais aussi une sanction pénale.

- En donnant à une patiente des médicaments issus d'un pilulier qui n'était pas clairement identifié, une infirmière n'a pas respecté les protocoles infirmiers d'administration des médicaments. Elle aurait dû à cette occasion prendre attache avec l'infirmière qu'elle remplaçait (CDPI Normandie 26 juin 2018, n°14-2017-00016).

Assimilant parfois prescription médicale et protocole, le code de la santé publique autorise les infirmiers à accomplir certains actes uniquement si une prescription médicale ou un protocole écrit qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin le prévoit (art. R 4311-7 CSP). Les actes concernés ne peuvent être accomplis que dans les conditions prévues par le protocole.

Des protocoles d'organisations peuvent également être mis en place pour :

- Les infirmiers exerçant en pratique avancée (art. R.4301-4 CSP).
- Les infirmiers de bloc opératoire (art. R 4311-11-1 CSP).
- Les infirmiers anesthésistes (art. R 4311-12 CSP).
- Les infirmiers de santé au travail (art. R4623-14 et R 4623-30 c. trav.).

43.2 - La demande de protocole

Le texte mentionne une faculté laissée à la libre appréciation de l'infirmier. Ainsi, une infirmière ne peut effectuer des pansements avec du miel et du thym en dehors de toute prescription médicale et de toute urgence. Il lui appartient, si elle l'estime nécessaire, de demander au médecin prescripteur d'établir un protocole en ce sens (CDPI Bourgogne 16 sept. 2016, n°25-2016-1).

43.3 - Urgence

Un protocole de soins d'urgence peut être mis en œuvre si en l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière reconnaît une situation d'urgence ou de détresse psychologique. Il peut alors mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable (art. R 4311-14 CSP). Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Il s'agit d'actes destinés à éviter que la situation n'empire et à permettre l'intervention du médecin lorsque l'infirmier n'est pas habilité à procéder lui-même à une intervention. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

S'il n'existe aucun protocole d'urgence, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Cela relève de son initiative, dans les limites de ses compétences et pour préserver la santé de la personne. Il doit faire en sorte de diriger la personne vers la structure de soins adaptée à son état.

44 - Application du code à différents modes d'intervention

→ Article R4312-44

Lorsque l'infirmier participe à une action d'information du public à caractère éducatif, scientifique ou sanitaire, quel qu'en soit le moyen de diffusion, il ne fait état que de données confirmées, fait preuve de prudence et a le souci des répercussions de ses propos auprès du public.

Il ne vise pas à tirer profit de son intervention dans le cadre de son activité professionnelle, ni à en faire bénéficier des organismes au sein desquels il exerce ou auxquels il prête son concours, ni à promouvoir une cause qui ne soit pas d'intérêt général.

Le décret n°2020-1660 du 22 décembre 2020 a modifié l'article 44 du code de déontologie pour en préciser les termes. Il est inspiré des dispositions déjà présentes au sein du code de déontologie médicale pour expliciter les principes déontologiques que doit particulièrement respecter tout infirmier lors d'une action d'information du public. Quel que soit le moyen de diffusion utilisé lors d'une action d'information du public, et que cette action ait un but éducatif, préventif ou sanitaire, l'infirmier doit penser aux répercussions que ses propos pourraient avoir auprès du public, que celui-ci soit un public averti ou non. La diffusion d'informations sur internet est notamment visée mais n'est pas la seule. Sont notamment concernés les articles publiés dans des revues scientifiques ou généralistes, les manifestations publiques, etc… .

Le professionnel ne doit faire état, affirme l'article 44 du code de déontologie, que de données confirmées, principalement par des publications scientifiques, et faire preuve de prudence. Il ne peut pas se contenter de simples hypothèses. La notoriété du professionnel peut également être prise en compte pour déterminer si le professionnel est fautif et pour fixer l'importance de la sanction.

- Un médecin a par exemple pu être sanctionné pour avoir diffusé par internet de nombreux messages critiquant la vaccination contre les papillomavirus en utilisant des termes polémiques (« *NON à la vaccination massive des enfants contre le papillomavirus* » ; « *Vaccin obligatoire : les français piégés par la loi et les laboratoires* ») auprès d'un public composé notamment de parents de jeunes filles concernées par ces vaccins (CE 24 juill. 2019, n°423628).

- De même un masseur-kinésithérapeute a pu être sanctionné pour avoir fait l'apologie, par un ouvrage, des interviews, des conférences et sur un site internet d'une méthode thérapeutique non fondée sur les données acquises de la science (CE 9 nov. 2018, n°417877).

Rien n'interdit cependant à un professionnel de publier des informations sur des recherches en cours dès lors qu'ils les présentent comme telles et non comme des certitudes.

L'article 44 du code de déontologie ajoute que l'infirmier ne doit pas chercher à tirer profit d'une intervention, quel qu'en soit le support là encore, pour lui-même ou pour en faire profiter un organisme au sein duquel il exerce son activité ou auquel il prête son concours. Il ne doit pas promouvoir une cause qui défende uniquement des intérêts privés.

45 - Contraception d'urgence

→ Article R4312-45

Conformément à la loi, l'infirmier peut, dans les établissements d'enseignement du second degré, en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Il s'assure de l'accompagnement psychologique de l'élève et veille à la mise en œuvre d'un suivi médical.

Selon la Haute autorité de santé, « *la contraception d'urgence désigne les méthodes contraceptives qu'une femme peut utiliser pour prévenir la survenue d'une grossesse non prévue après un rapport non ou mal protégé (échec ou usage défectueux d'une méthode contraceptive comme l'oubli de la pilule ou la déchirure d'un préservatif). La contraception d'urgence hormonale est une méthode de rattrapage qui ne vise pas à être utilisée de façon régulière notamment en raison du risque d'échec plus élevé que les contraceptions régulières* » (HAS, Recommandation de bonne pratique 17 mai 2014).

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a étendu la possibilité pour les infirmiers scolaires de prescrire des contraceptifs d'urgence. L'article L 5134-1 alinéa 5 du code de la santé publique prévoit que « *dans les établissements d'enseignement du second degré, les infirmiers peuvent, en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence* ». L'article L4312-45 du code de la santé publique réaffirme cette prérogative mise en œuvre par décret. Le protocole national auquel font référence les deux textes précités impose tout d'abord de procéder à un entretien avec l'élève, qu'elle soit mineure ou majeure, avant de décider si un contraceptif d'urgence doit être administré (art. D 5134-7 CSP).

Cet entretien a pour but de permettre à l'infirmière ou à l'infirmier d'apprécier si la situation de l'élève correspond à un cas d'urgence (ibid.), c'est-à-dire s'il est nécessaire de prévenir une grossesse non voulue après un rapport sexuel non ou mal protégé. Au cours de cet entretien, l'infirmier doit également indiquer à l'élève que la contraception d'urgence ne constitue pas une méthode régulière

de contraception et qu'elle peut ne pas être efficace dans tous les cas. L'élève est également informée que ce médicament ne peut lui être administré de manière répétée et que son usage ne peut être banalisé (art. D 5134-7 al.3 CSP).

L'infirmier ou l'infirmière doit informer l'élève de la manière qu'il juge la plus appropriée, en fonction de l'âge et de la personnalité de l'élève aux fins des différentes possibilités de contraception d'urgence et de lui indiquer les structures existantes pour se procurer de tels médicaments : pharmacie, centre de planification ou d'éducation familiale (art. D 5134-8 CSP). L'infirmier ou l'infirmière propose également à l'élève mineure, qui peut le refuser, de s'entretenir avec le titulaire de l'autorité parentale ou avec son représentant légal de la démarche d'aide et de conseil mise en œuvre (ibid.).

Concernant l'administration du contraceptif, l'infirmier peut y procéder lui-même sans qu'il y soit obligé. Il doit toutefois s'assurer que l'élève a effectivement pris le médicament et a respecté la posologie (art. D 5134-8 al. 3 CSP). Si l'administration du médicament n'est plus possible au regard des indications de celui-ci, l'infirmier doit orienter l'élève vers un centre de planification ou d'éducation familiale, un établissement de santé, un médecin généraliste ou gynécologue en cas de retard de règles (art. D 5134-7 al. 4 CSP).

46 - Actualisation des compétences

→ Article R4312-46

Pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses compétences. Il prend toutes dispositions nécessaires pour respecter ses obligations en matière de développement professionnel continu.

Les objectifs de qualité des soins et de sécurité du patient font à nouveau leur apparition dans le code de déontologie, cette fois pour affirmer la nécessité pour les infirmiers d'actualiser et de perfectionner leurs compétences.

46.1 - Actualiser et perfectionner ses compétences

L'actualisation des connaissances et des compétences est d'abord une obligation générale. Lorsqu'elle fait défaut au point d'aboutir à une insuffisance professionnelle rendant dangereux l'exercice de la profession, le conseil régional ou interrégional peut prononcer une suspension temporaire, totale ou partielle, du droit d'exercer (art. R 4124-3-5 CSP). Le praticien qui a fait l'objet d'une telle mesure ne peut ensuite reprendre son activité s'il n'a pas suivi l'obligation de formation imposée par le conseil l'ayant suspendu (art. R 4124-3-6 CSP). L'actualisation et le perfectionnement des compétences passent par la formation mais aussi par une pratique régulière.

46.2 - Le développement professionnel continu

L'article R4312-46 du CSP insiste sur la formation, et spécifiquement sur le développement professionnel continu. Tout professionnel de santé doit justifier tous les trois ans avoir accompli des actions de formation éligibles au titre du développement professionnel continu. Le développement professionnel continu (DPC) s'inscrit dans des orientations pluriannuelles prioritaires définies par arrêté ministériel. Le professionnel doit justifier de l'accomplissement des actions de DPC tous les trois ans. Ces actions sont choisies par le professionnel parmi trois catégories d'actions que sont la formation continue, l'analyse, l'évaluation et l'amélioration des pratiques et enfin la gestion

des risques. Il peut, pour se faire, soit se conformer à un enchaînement d'actions défini par le conseil national professionnel (CNP) compétent, soit justifier d'une démarche d'accréditation ou d'un ensemble d'actions choisies par lui.

Tout employeur a l'obligation d'adapter les salariés de son entreprise à l'évolution de leur emploi et le DPC peut s'inscrire dans cette obligation. Le Code de la santé publique précise d'ailleurs que le choix des actions de DPC par le professionnel doit s'effectuer « *en lien avec l'employeur* » (art. L 4021-3, al. 1). Ce dernier devra donner son accord au professionnel pour que celui-ci réalise des actions de formation pendant son temps de travail.

L'article 5 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (JORF 26 juill. 2019) habilite le gouvernement à prendre par voie d'ordonnance toute mesure visant à créer une procédure de certification permettant de garantir, à échéances régulières au cours de la vie professionnelle, le maintien des compétences, la qualité des pratiques professionnelles, l'actualisation et le niveau de connaissances. L'obligation d'actualisation et de perfectionnement des compétences persistera dans tous les cas mais prendra peut-être prochainement d'autres formes que le DPC.

47 - Emploi de techniques nouvelles

→ Article R4312-47

L'infirmier ne doit pas diffuser dans les milieux professionnels ou médicaux une technique ou un procédé nouveau de soins infirmiers insuffisamment éprouvés sans accompagner cette diffusion des réserves qui s'imposent.

Il a également le devoir de ne pas utiliser des techniques nouvelles de soins infirmiers qui feraient courir au patient un risque injustifié.

De par son statut de professionnel de santé l'infirmier apporte une crédibilité aux procédés et techniques qu'il propose et pratique. Dès lors, l'intérêt du patient et l'honneur de la profession exigent que les procédés et techniques proposés par l'infirmier soient conformes aux données acquises de la science (article R.4312-10 du CSP).

47.1 - Diffusion de techniques ou procédés nouveaux

Non seulement l'infirmier ne doit pas présenter comme salutaires des techniques nouvelles dont l'efficacité et l'innocuité n'ont pas été suffisamment prouvées (art. 10) mais il ne doit pas non plus les diffuser sans réserves. La diffusion à d'autres professionnels doit être accompagnée d'une information claire sur leur efficacité. Lorsqu'il s'agit d'une nouvelle technique ou un nouveau procédé de soins infirmiers le présent article invite également l'infirmier à un devoir de prudence. Le champ est donc large. Il ne doit pas le diffuser dans les milieux professionnels ou médicaux sans l'accompagner de réserves qui s'imposent (en mentionnant par exemple l'absence d'études scientifiques sérieuses, les risques encourus, etc.) et il doit s'interdire de pratiquer les techniques ou procédés qui feront courir au patient un risque injustifié.

L'information et les réserves émises sont indispensables par ailleurs pour que les professionnels impliqués dans la prise en charge puissent remplir leurs obligations car il faut préciser que selon le Conseil d'Etat, « *lorsqu'il est envisagé de recourir à une technique d'investigation, de traitement ou de prévention dont les risques ne peuvent être suffisamment évalués à la date de la consultation,*

notamment parce que cette technique est récente et n'a été mise en oeuvre qu'à l'égard d'un nombre limité de patients, l'information du patient doit porter à la fois sur les risques fréquents ou graves normalement prévisibles déjà identifiés de cette technique et sur le fait que l'absence d'un recul suffisant ne permet pas d'exclure l'existence d'autres risques » (CE 10 mai 2017, n°397840).

47.2 - Absence de risque injustifié

L'article 47 alinéa 2 du code déontologie précise justement que l'infirmier a le devoir de ne pas utiliser des techniques nouvelles de soins infirmiers qui feraient courir au patient un risque injustifié. Des techniques nouvelles peuvent être utilisées par l'infirmier à condition qu'il assure au patient des soins conformes aux données acquises de la science et ne présentant pas de risques injustifiés pour les patients.

A la différence du premier alinéa, l'alinéa 2 ne se contente pas d'édicter une obligation d'information. Il prévoit une véritable interdiction d'utiliser des techniques nouvelles. Il n'est pas nécessaire de se demander si les techniques nouvelles ont été suffisamment testées ou non. L'élément essentiel pour savoir si elle peut être utilisée ou non est de savoir si elle fait courir un risque injustifié au patient.

L'utilisation de techniques nouvelles envisagée par l'article 47 du code de déontologie est différente du charlatanisme dans le sens où il ne s'agit pas nécessairement de profiter de la crédulité des personnes.

48 - Soins par étudiant ou en sa présence

→ Article R4312-48

Lors des stages cliniques des étudiants, l'infirmier veille à obtenir le consentement préalable de la personne, pour l'examen ou les soins qui lui sont dispensés par l'étudiant ou en sa présence. L'étudiant qui reçoit cet enseignement doit être au préalable informé par l'infirmier de la nécessité de respecter les droits des malades ainsi que les devoirs des infirmiers énoncés par le présent code de déontologie.

Ne sont visés par cet article que les stages prévus dans le cadre de l'article L.4311-12 du code de la santé publique, à savoir des étudiants infirmier de 2ème et 3ème année dans le cadre du stage obligatoire imposé pour valider leur formation.

L'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier est permis pour un ou plusieurs établissements ou pour un mode d'activité déterminé notamment aux étudiants préparant le diplôme d'Etat dans le cadre de leur période de stage, dans les établissements et centres de santé ou les établissements et services médico-sociaux, les structures de soins ambulatoires et les cabinets libéraux agréés pour l'accomplissement des stages. Les étudiants peuvent réaliser personnellement des actes dans chaque lieu de stage, sous la responsabilité d'un infirmier diplômé (art. L 4311-12 CSP).

Pour autant, les patients ne peuvent être considérés comme de simples objets d'études.

L'article 48 du code de déontologie reprend le texte applicable aux examens cliniques qui prévoit que « *l'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre* » (art. L 1111-4 al. 7 CSP).

L'infirmier qui accueille l'étudiant s'assure préalablement de la connaissance par ce dernier des droits des patients, à défaut il procède à sa formation avant de débuter les soins.

L'infirmier veille également à recueillir le consentement du patient aussi bien pour la présence de l'étudiant que pour les soins qui pourraient être dispensés par celui-ci.

Il est à rappeler que le présent code de déontologique s'impose en toutes ses dispositions aux étudiants infirmiers (article R.4312-1 CSP).

Il revient à l'infirmier et non à l'étudiant de demander son consentement au patient et d'attendre que le patient le donne pour autoriser l'étudiant à agir. L'ensemble des règles relatives au consentement doivent s'appliquer, ce qui commence par une information sur le statut de l'étudiant L'infirmier peut notamment informer le patient que les étudiants sont tenus au secret professionnel dans les mêmes conditions que tout infirmier, comme le prévoit l'article L 4314-3 du code de la santé publique.

Le texte ne faisant pas de distinction, il concerne tous les étudiants.

Lorsque l'infirmier accueille des étudiants autres que ceux visés par les précédents alinéas, dans le cadre notamment d'un stage d'observation, il s'assure également du respect des droits des patients ainsi que des règles déontologiques telles que le secret professionnel et le respect de l'information du consentement du patient. Toutefois, il ne peut s'agir que d'un stage d'observation. L'étudiant ne peut en aucun cas procéder aux soins, y compris en présence de l'infirmier.

Le patient peut refuser de transmettre des informations en présence du stagiaire et a fortiori au stagiaire directement.

49 - Anonymat patient

→ Article R4312-49

Lorsqu'il utilise son expérience ou des documents à des fins d'enseignement ou de publication scientifique, l'infirmier fait en sorte que l'identification des personnes ne soit pas possible.

La protection du secret et de la vie privée reste essentielle mais l'évolution des connaissances et de la santé publique dans son ensemble repose aussi sur l'expérience des professionnels. L'article 49 concilie ces considérations en exigeant que l'infirmier préserve l'anonymat des personnes lorsqu'il utilise son expérience professionnelle ou des documents relatifs à son activité professionnelle dans le but de dispenser un enseignement ou pour les insérer dans une publication. De telles informations peuvent être utilisées dans ce but, sans être personnalisables. Il ne suffit pas de ne pas donner le nom de la personne. Il faut également éviter que le recoupement de données personnelles ne permette l'identification.

Qu'elles soient d'accord ou non, les personnes concernées ne doivent pas être identifiables. Dans le cadre d'une recherche sur la personne, le promoteur peut demander à la personne se prêtant à une recherche, au moment où celle-ci donne son consentement éclairé, d'accepter que ses données soient utilisées lors de recherches ultérieures exclusivement à des fins scientifiques. La personne peut retirer son consentement à cette utilisation ultérieure ou exercer sa faculté d'opposition à tout moment (art. L 1122-1-2 CSP).

Il est nécessaire d'insister sur le fait que le présent article limite cette communication anonymisée aux activités d'enseignement et de publication scientifique.

50 - Identification infirmier

→ Article R4312-50

Il est interdit d'exercer la profession d'infirmier sous un pseudonyme.

Un infirmier qui se sert d'un pseudonyme pour des activités se rattachant à sa profession est tenu d'en faire la déclaration au conseil départemental de l'ordre.

Il est interdit, pour un professionnel agissant à titre privé sous couvert d'un pseudonyme, et quel que soit le moyen de communication utilisé, d'arguer de sa qualité de professionnel sans dévoiler son identité.

L'article 50 du code de déontologie reprend une interdiction formulée à l'article L 4113-3 du code de santé publique, texte applicable aux infirmiers par l'article L.4311-28 du CSP. Un infirmier ne peut donc user d'un nom masquant son nom véritable pour tous les actes accomplis dans le cadre de l'exercice professionnel d'infirmier. Cette interdiction est applicable notamment sur les réseaux sociaux. Dans sa charte relative à la création de sites internet par les infirmiers, l'Ordre national des infirmiers précise ainsi que l'appellation d'un site internet infirmier doit mentionner le nom de l'infirmier et ne pas utiliser un nom de fantaisie. Pour les sociétés, il faut mentionner la dénomination sociale.

L'article 50 prévoit une exception sous forme de condition de forme pour déroger au principe : une simple déclaration auprès du conseil départemental auprès duquel le professionnel est inscrit permet à l'infirmier d'utiliser un pseudonyme pour les activités qui se rattachent à la profession d'infirmier. Ces activités ne désignent pas les actes infirmiers, pour lesquels l'utilisation d'un pseudonyme est interdite, mais pour des activités qui y sont liées. Une autorisation n'est pas nécessaire. L'identité est cependant décelable dans ce cas et l'inscription au tableau ne peut quant à elle être faite sous un pseudonyme.

L'utilisation d'un pseudonyme n'est ni interdite ni soumise à déclaration au conseil départemental lorsque l'activité au titre de laquelle il est utilisé est sans lien avec la profession infirmière. Il peut s'agir d'une autre activité professionnelle notamment.

51 - Liens d'intérêt

→ Article R4312-51

L'infirmier qui a des liens avec des entreprises et établissements produisant ou exploitant des produits de santé ou des organismes de conseil intervenant sur ces produits est tenu de faire connaître ces liens au public, lorsqu'il s'exprime lors d'une manifestation publique, d'un enseignement universitaire ou d'une action de formation continue ou d'éducation thérapeutique, dans la presse écrite ou audiovisuelle ou par toute publication écrite ou en ligne.

La rédaction de l'article 51 du code de déontologie infirmier est calquée sur l'article L 4113-13 du code de la santé publique qui vise les professions médicales et s'applique aux infirmiers. Sans interdire les liens d'intérêt avec certaines entreprises ou organismes, le texte oblige l'infirmier à les rendre publics dans certaines situations.

51.1 - Liens dits d'intérêt

Les liens visés par cet article peuvent être de toute nature et se créer directement ou par personne interposée : rémunération occasionnelle ou non, membre d'une instance dirigeante ou consultative, prestation de conseil, participation à une opération promotionnelle,… .

Les entreprises visées par le texte et ayant donc un intérêt dans l'utilisation de produits de santé peuvent avoir aussi bien une activité de production, d'exploitation ou de conseil.

51.2 - Les faire connaître au public

Une fois ces liens identifiés, l'obligation de l'infirmier consiste à les faire connaître au public. De leur côté, les entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire destinés à l'homme et des produits à finalité cosmétique et les entreprises assurant des prestations (commerciales notamment) liées à ces produits doivent renseigner, sur une base de données publique dénommée « *Ethique des professionnels de santé* » (« EPS »), l'objet précis, la date, le nom de chaque bénéficiaire, direct ou non et le montant des conventions qu'elles concluent avec les professionnels de santé et les étudiants notamment (art. L 1453-1 CSP). Les entreprises sont responsables de l'exactitude des contenus publiés (v. arrêté du 22 mars 2017, JORF 26 mars 2017).

Pour faire connaître ses liens d'intérêt au public, l'infirmier informe celui-ci à l›occasion de la présentation qu'il fait, « *soit de façon écrite lorsqu'il s'agit d'un article destiné à la presse écrite ou diffusé sur internet, soit de façon écrite ou orale au début de son intervention, lorsqu'il s'agit d'une manifestation publique ou d'une communication réalisée pour la presse audiovisuelle* » (art. R 4113-110 CSP). Le silence vaut absence de liens d'intérêts.

51.3 - Les circonstances

Le texte donne une liste, limitative mais très large, des circonstances dans lesquelles l'infirmier doit donner ces informations. Il peut s'agir tout d'abord d'une manifestation publique : colloque, conférence, et autres, quels que soient l'organisateur et le public. L'obligation de transparence peut concerner ensuite un enseignement universitaire, une formation continue (universitaire ou non), une action d'éducation thérapeutique. L'infirmier devra également informer le public de ses liens d'intérêt s'il s'exprime dans les médias, qu'il s'agisse de la presse écrite, la radio, la télévision, une publication écrite ou en ligne, quelle qu'elle soit.

51.4 - Le contenu de l'information

Concernant le contenu de l'information que l'infirmier doit délivrer au public, l'article 51 du code de déontologie n'apporte aucune précision. Les informations exigées par la base « *Transparence-santé* » ne s'appliquent qu'aux entreprises visées par l'article L 1453-1 du code de la santé publique et non aux infirmiers. Ceux-ci peuvent néanmoins s'en inspirer et informer sur l'identité de la personne avec laquelle existent des liens d'intérêt et la nature de ces liens (convention, octroi d'un avantage et quel type d'avantage,…). L'article 51 ne mentionne que les liens d'intérêt actuels, c'est-à-dire ceux que l'infirmier a au moment où la présentation est faite.

51.5 - Les obligations complémentaires

L'article 51 du code de déontologie s'applique à tous les infirmiers, quel que soit leur mode d'exercice, mais il est parfois complété par d'autres obligations. Celles-ci peuvent provenir d'un règlement

intérieur propre à une entreprise privée ou de la loi lorsque l'infirmier est fonctionnaire.

Pour ces derniers, l'article 25 bis de la loi du 13 juillet 1983 (Loi n°83-634 portant droits et obligations des fonctionnaires) comporte plusieurs obligations pour le fonctionnaire se trouvant dans « *toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés qui est de nature à influencer ou paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif de ses fonctions* ». Dans ce cas, il doit notamment saisir son supérieur hiérarchique, s'abstenir d'user d'une délégation de signature, de siéger dans une instance collégiale ou encore d'exercer des fonctions juridictionnelles.

Il appartiendra à l'employeur d'étudier la demande en tenant compte :

- Des nécessités de la continuité et du fonctionnement du service et compte tenu des possibilités d'aménagement de l'organisation du travail.
- Des obligations déontologiques.

Lorsque l'autorité hiérarchique a un doute, elle saisit sans délai le référent déontologue de l'administration concernée ou la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique :

Saisine du référent déontologue : Dans le cas où l'autorité a un doute sérieux sur la compatibilité du projet de création ou de reprise d'une entreprise avec les fonctions exercées par le fonctionnaire au cours des 3 années précédant sa demande d'autorisation, elle saisit pour avis le référent déontologue préalablement à sa décision. Si l'avis du référent déontologue ne permet pas de lever le doute, l'autorité saisit la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique.

Saisine de de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique (HATVP): La Haute autorité peut être saisie lorsque l'avis du référent déontologue ne permet pas de lever le doute quant à la compatibilité du projet de l'agent.

A noter que la Haute autorité est obligatoirement saisie par l'autorité territoriale préalablement à une demande d'autorisation concernant un fonctionnaire occupant un emploi dont le niveau hiérarchique ou la nature des fonctions le justifient (les emplois de directeurs, directeurs adjoints, chefs de cabinet ou emplois dont le niveau hiérarchique ou la nature des fontions justifient la transmission d'une déclaration d'intérêts).

L'infirmier fonctionnaire doit par ailleurs, dès sa nomination, transmettre une déclaration d'intérêts à son autorité hiérarchique (art. 25 ter).

52 - Avantages provenant des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par la sécurité sociale

→ Article R4312-52

Il est interdit à l'infirmier de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. Toutefois, les exceptions prévues par les dispositions de l'article L. 4113-6 s'appliquent aux infirmiers.

52.1 - L'interdiction de recevoir des avantages

Cet article formule une véritable interdiction dans le but de prévenir les conflits d'intérêts. Il interdit aux infirmiers de recevoir des avantages distincts de la contrepartie du travail versée par l'employeur ou du tarif payé par les patients. Ceux-ci peuvent être de tout type, en nature ou en espèces. Leur provenance n'a pas d'importance, l'interdiction ayant cours qu'ils soient reçus, directement ou par une personne interposée, d'une personne physique ou morale. Si un intermédiaire ne dissimule pas volontairement ses liens, l'infirmier ne pourra pas se masquer derrière l'ignorance de ceux-ci.

Les entités fournissant les avantages prohibés peuvent être aussi bien des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. Cela peut viser des fabricants de médicaments, de dispositifs médicaux, des pharmacies, des opticiens, des mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance, des sociétés de transports sanitaires,… .

A titre d'exemple, deux infirmiers associés d'une société ayant pour activité la vente de produits de santé commettent une faute dès lors que cette qualité d'associé implique par elle-même une participation à l'activité de cette société, qu'ils statuent sur les comptes et l'affectation des bénéfices de la société et peuvent ainsi décider de se distribuer des dividendes. Ils ne peuvent invoquer la circonstance qu'ils ne se sont versés aucun dividende dès lors que la valeur de leurs parts est susceptible de croître avec le développement de l'activité de la société (CDPI Hauts de France, 28 déc. 2018, n°59-2015-00059 et 00063).

Cette interdiction reprend les articles L 1453-3 et suivants du code de la santé publique qui prévoient l'interdiction notamment pour les professionnels de santé et les étudiants en formation initiale de recevoir des avantages en espèces ou en nature, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte. Mais le champ des entreprises visées par l'article 52 du code de déontologie est plus large car l'article 52 ne se limite pas aux entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire destinés à l'homme et des produits à finalité cosmétique.

Le texte mentionne toutefois des dérogations admises par la loi et applicables aux infirmiers.

52.2 - Les dérogations

Les dérogations initialement prévues à l'art. L 4113-6 du code de la santé publique, aujourd'hui abrogé, figurent désormais aux articles L 1453-6 et suivants du code de la santé publique. En application de ce texte, un professionnel, infirmier notamment, peut recevoir les avantages suivants :

1° La rémunération, l'indemnisation et le défraiement d'activité prévues par un contrat de travail ou un contrat d'exercice, dès lors que ce contrat a pour objet l'exercice direct et exclusif de l'une des professions prévues à l'article L. 1453-4 ;

2° Les produits de l'exploitation ou de la cession des droits de propriété intellectuelle relatifs à un produit de santé ;

3° Les avantages commerciaux offerts dans le cadre des conventions régies par les articles L. 441-3 et L. 441-9 du code de commerce et qui ont pour objet l'achat de biens ou de services par les personnes mentionnées à l'article L. 1453-4 auprès des personnes mentionnées à l'article L. 1453-5 sous réserve qu'ils soient conformes aux obligations fixées à l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale pour les spécialités et dans les conditions mentionnées par le même article L. 138-9 ;

4° Les avantages en espèces ou en nature qui ont trait à l'exercice de la profession du bénéficiaire et d'une valeur négligeable ne pouvant excéder les montants prévus, par nature d'avantage et sur une période déterminée, par arrêté des ministres chargés de l'économie et de la santé.

Selon l'article L 1453-7 du code de la santé publique, il est également possible d'offrir les avantages suivants :

« 1° La rémunération, l›indemnisation et le défraiement d›activités de recherche, de valorisation de la recherche, d›évaluation scientifique, de conseil, de prestation de services ou de promotion commerciale, dès lors que la rémunération est proportionnée au service rendu et que l'indemnisation ou le défraiement n'excède pas les coûts effectivement supportés par les [professionnels de santé] ;

2° Les dons et libéralités, en espèces ou en nature, destinés à financer exclusivement des activités de recherche, de valorisation de la recherche ou d'évaluation scientifique ;

3° Les dons et libéralités destinés aux personnes mentionnées au 3° de l'article L. 1453-4, à l'exception des conseils nationaux professionnels mentionnés à l'article L. 4021-3 et des associations dont l'objet est sans rapport avec leur activité professionnelle ;

4° L'hospitalité offerte, de manière directe ou indirecte, lors de manifestations à caractère exclusivement professionnel ou scientifique, ou lors de manifestations de promotion des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 1453-5, dès lors que cette hospitalité est d'un niveau raisonnable, strictement limitée à l'objectif principal de la manifestation et qu'elle n'est pas étendue à des personnes autres que celles mentionnées à l'article L. 1453-4, à l'exception des étudiants en formation initiale mentionnés au 2° du même article L. 1453-4 et des associations d'étudiants mentionnées au 3° dudit article L. 1453-4 ;

5° Le financement ou la participation au financement d'actions de formation professionnelle ou de développement professionnel continu ».

S'il est dérogé à l'interdiction d'offrir des avantages, les parties doivent établir des conventions soumises, en fonction du montant, à un régime de déclaration ou d'autorisation. De façon générale, le décret n° 2020-730 du 15 juin 2020 vient préciser les modalités relatives aux avantages offerts par les personnes fabriquant ou commercialisant des produits ou des prestations de santé.

Deux arrêtés du 7 août 2020 viennent, quant à eux, préciser les modalités d'encadrement de ces avantages :

- **Un arrêté du 7 août 2020** vient fixer les montants en deçà desquels les avantages en nature ou en espèces listés au 4° de l'article L1453-6 du Code de la santé publique sont considérés comme une valeur négligeable. Dans ce cas, le projet de convention est soumis à déclaration auprès de l'autorité compétente.

- **Un autre arrêté du 7 août 2020** vient préciser les montants à partir desquels une convention doit être soumise à autorisation.

53 - Déclaration des liens d'intérêt en cas de participation à une entité organisée par l'autorité publique

→ Article R4312-53

L'infirmier veille, notamment lorsqu'il participe en tant qu'expert à une instance, groupe, ou autre commission organisés par l'autorité publique, à déclarer les intérêts susceptibles de mettre en cause son impartialité et son indépendance, ou de nuire à la qualité de son expertise ou de son jugement. Il respecte les procédures organisées à cette fin par l'autorité publique.

Prenant la suite de l'article 52, l'article 53 du code de déontologie oblige l'infirmier à déclarer des liens d'intérêt lorsqu'il participe à une instance, groupe ou commission organisés par une autorité publique.

Le présent article vise non seulement les liens prévus par les dispositions de l'article R.4312-51 mais également les autres liens, notamment avec les entreprises pharmaceutiques (art. R.4312-52), qui peuvent conduire à un conflit d'intérêts susceptible de mettre en cause son indépendance et son impartialité, ou de nuire à la qualité de son expertise ou de son jugement

L'article 53 du code de déontologie n'impose aucune forme à la déclaration publique d'intérêts. L'infirmier devra suivre la forme et le contenu imposés par la loi.
Elle est rendue publique, y compris en ce qui concerne les rémunérations et les participations financières. Elle est actualisée à l'initiative de l'intéressé.

54 - Abus de la situation professionnelle

→ Article R4312-54

L'infirmier ne doit pas user de sa situation professionnelle pour tenter d'obtenir pour lui-même ou pour autrui un avantage ou un profit injustifié ou pour commettre un acte contraire à la probité.

Sans être apparenté à un conflit d'intérêts au sens strict, l'abus de la situation professionnelle d'infirmier pour obtenir un avantage ou un profit injustifié peut aussi donner lieu à sanction et rejoint l'exigence générale de probité.

54.1 - Avantage, profit direct ou indirect

L'article 54 vise tout type d'avantage ou de profit, direct ou indirect. L'abus vise aussi un déséquilibre entre l'activité professionnelle et l'avantage reçu, une certaine disproportion enlevant toute justification à l'avantage reçu, quel qu'il soit. L'abus est nécessairement présent si par ailleurs un professionnel reçoit un avantage sans avoir fourni aucune prestation. Cela peut désigner notamment les donations ou legs faits par un patient à un infirmier qui lui a prodigué des soins pendant la maladie dont il meurt, dispositions déclarées sans effet par l'article 909 du code civil.

Pour être caractérisé, l'abus doit toutefois être lié à l'exercice de l'activité professionnelle.

La victime n'est pas nécessairement le patient. L'exercice en commun de la profession d'infirmiers peut parfois y donner lieu :

- Un exercice commun implique un partage des charges communes du cabinet. Un montage juridique qui lèse les infirmiers d'un groupement au profit de l'un d'eux est contraire à l'article 54. C'est le cas si un infirmier tire profit des prestations et locaux fournis à mesure que le nombre d'infirmiers s'accroît sans que les montants payés par ces derniers ne reflètent les charges réellement supportées par l'infirmier concerné (CDPI Ile-de-France, 19 mai 2017, n°75-2016-00062).

- Une situation similaire se présente lorsqu'un infirmier exige de chacun des infirmiers, signataires d'une convention d'exercice en groupe, qu'il signe également un contrat avec une société dont l'infirmier fondateur du groupement infirmier est associé unique et prévoyant la fourniture de services et matériels infirmiers avec

la société. Cet infirmier use alors de sa situation professionnelle pour tirer profit des prestations et locaux fournis aux dépens de ses confrères infirmiers (CDNOI, 14 nov. 2017, n°75-2017-00168). Le Conseil d'Etat a déclaré le même type de situation contraire à l'indépendance professionnelle des associés (CE, 19 juin 2012 n°359537).

Dans ses rapports avec le patient, le professionnel procédant à un usage détourné de sa situation professionnelle ne pense pas forcément mal faire et tromper le patient. La faute peut malgré tout être retenue. Une infirmière est ainsi fautive lorsqu'une patiente lui a consenti un prêt et que des achats étaient réalisés pour l'infirmière par la patiente. Même si les sommes sont remboursées ultérieurement, l'infirmière a indûment et imprudemment tiré avantage de son intervention professionnelle auprès de la patiente (CDPI PACA-Corse 20 oct. 2015, n°15-006).

54.2 - Des abus pouvant correspondre à des infractions pénales

Certaines situations se rapprochent voire peuvent recouvrir la qualification de l'escroquerie et constituer un manquement à plusieurs autres devoirs déontologiques. La victime peut alors être aussi bien le patient que l'assurance maladie en général.

Cas jurisprudentiels

- Encaisser des chèques sans délivrer de feuilles de soins tout en facturant les mêmes soins à la Caisse primaire d'assurance maladie revient à établir frauduleusement un double paiement et constitue une tentative d'obtenir un profit injustifié aux dépens de la patiente et un manquement à l'obligation de probité (CDNOI, 30 sept. 2015, n°63-2015-00070).

- Le cas d'un infirmier trésorier d'une Union régionale de professionnels de santé et ayant détourné une partie du budget de l'URPS : en détournant à son profit des sommes issues de contributions obligatoires de l'ensemble de ses collègues libéraux, il a méconnu son devoir d'entretenir avec ses collègues de bonnes relations de confraternité et a usé de sa situation professionnelle d'infirmier et trésorier de l'URPS pour obtenir un profit injustifié et commettre des actes contraires à la probité (CDNOI, 19 déc. 2016, n°14-2016-00124).

Sur le plan pénal :

- La condamnation pénale d'un infirmier pour avoir soustrait frauduleusement, contrefait ou falsifié des chèques dans l'exercice de ses fonctions d'infirmier en établissement pour personnes âgées dépendantes est incompatible avec l'exercice de sa profession auprès de personnes âgées. Même s'il indique ne plus vouloir exercer dans un établissement de ce type, il pourrait malgré tout être amené à prendre en charge des personnes âgées voire vulnérables tant à domicile qu'au cabinet. (CDPI Bourgogne 29 févr. 2016, n°89-2015-1).

- Dans de telles situations, l'escroquerie, qui suppose une tromperie dans le but d'en tirer profit (art. 313-1 c. pénal) peut généralement être caractérisée et la sanction disciplinaire doublée d'une sanction pénale. La Cour de cassation le rappelle régulièrement, notamment dans cette affaire où un infirmier libéral avait facturé des actes sans prescription médicale, disproportionnés ou fictifs, ou bien en obtenant par pression ou menace de fausses prescriptions médicales ou en utilisant la carte vitale de personnes de son entourage à leur insu (Cass. crim, 16 janv. 2019, n°17-86581).

La qualification pénale d'escroquerie éventuellement retenue par un juge pénal n'empêche pas la procédure disciplinaire mais peut avoir une influence sur celle-ci :

Une déclaration d'actes fictifs auprès d'une CPAM pour en obtenir le paiement établie par un jugement du tribunal correctionnel, jugement devenu définitif faute d'appel, s'impose concernant la matérialité des agissements. Dans une affaire jugée en première instance disciplinaire, une infirmière ayant commis ces faits a été considérée comme ayant abusé de sa situation professionnelle et du lien de confiance entre les professionnels de santé et les organismes de protection sociale, sur lequel repose le système d'assurance maladie « *dans des proportions faramineuses* ». Elle s'est ainsi montrée indigne de la considération due aux fonctions d'infirmier et a porté atteinte à l'image de la profession, compte tenu notamment des répercussions médiatiques de l'affaire (CDPI Hauts de France 5 mai 2019, n°59-2016-00075).

Des agissements proches de l'abus de biens sociaux peuvent parfois être caractérisés comme abus de sa situation professionnelle par l'infirmier :

Une utilisation à des fins privées de sommes figurant sur le compte bancaire d'une société civile professionnelle et l'octroi à son profit d'une rémunération supplémentaire à l'insu des autres associés et sans aucune justification horaire constituent un profit injustifié et des actes contraires à la probité (CDNOI, 25 avr. 2013, n°40-2012-00023).

Certains avantages spécifiques enfin peuvent donner lieu à une sanction pénale. Le fait de recevoir des intérêts ou ristournes proportionnels ou non au nombre des unités prescrites ou vendues, qu'il s'agisse de médicaments, d'appareils orthopédiques ou autres, de quelque nature qu'ils soient ou le fait de constituer ou faire fonctionner des sociétés dans ce but est puni d'une amende pouvant aller jusqu'à 4500 euros d'amende (9000 en cas de récidive) et d'un emprisonnement pouvant aller jusqu'à une durée de six mois (art. L 4163-4 CSP, texte applicable aux infirmiers selon l'art. L 4314-6 CSP). En application du même texte, une interdiction temporaire d'exercer la profession pendant une période d'un à dix ans peut également être prononcée accessoirement à la peine principale.

55 - Cumul d'activités

→ Article R4312-55

L'infirmier ne peut exercer en dehors d'activités de soins, de prévention, d'éducation à la santé, de formation, de recherche ou d'expertise, une autre activité lui permettant de tirer profit des compétences qui lui sont reconnues par la réglementation. Il ne peut exercer une autre activité professionnelle que si un tel cumul est compatible avec la dignité et la qualité qu'exige son exercice professionnel et n'est pas exclu par la réglementation en vigueur.

Le présent article doit être lu à l'aune des articles 10, 47 et 53 du présent code.

Les missions confiées aux infirmiers sont prévues à l'article L.4311-1 du code de la santé publique selon lequel : les actes et soins relevant de la compétence des infirmiers tels que prévus par les articles R.4311-1 et suivants du même code. Mais ces missions englobent également la prévention, l'encadrement, la formation, l'éducation à la santé.

Le cumul de l'exercice de la profession d'infirmier avec une autre activité n'est pas en soi interdit. Toutefois, certaines conditions devront être remplies.

55.1 - Les activités autorisées

Un infirmier peut avoir des activités extérieures d'ordre professionnel pouvant consister par exemple en des activités d'enseignement, de recherche, des responsabilités syndicales ou associatives ou même exercer un autre travail. Plusieurs limites doivent toutefois être respectées.

Tout d'abord, les compétences infirmières ne peuvent être mises au service que de certaines activités.

L'exercice des compétences infirmières est interdit pour des activités qui ne concernent pas des activités de soins, de prévention, d'éducation à la santé, de formation, de recherche ou d'expertise. Il reste possible à l'infirmier de tenir un commerce ou d'exercer toute autre activité en tant que salarié ou travailleur indépendant mais à condition qu'il n'utilise pas pour cela ses compétences d'infirmier.

Cela lui reste possible toutefois s'il n'en retire aucun profit, autrement dit si l'activité est bénévole. Dans ce cas cette première restriction disparaît quelle que soit l'activité et quelles que soient les compétences mises en œuvre.

Il reste possible à l'infirmier de tenir un commerce ou d'exercer toute autre activité en tant que salarié ou travailleur indépendant mais à condition qu'il n'utilise pas pour cela ses compétences d'infirmier.

- Un infirmier ne pourrait par exemple être également directeur de l'établissement dans lequel il exerce des fonctions d'infirmier (exemple concernant un médecin délégué à l'information médicale et président d'une clinique : CE 23 déc. 2011, n°339529). Il n'est pas nécessaire de savoir si l'infirmier tire abusivement profit de ce cumul d'activités ou s'il trompe certaines personnes. Le cumul est prohibé en soi car le simple risque de profiter de la situation existe. L'infirmier ne pourrait pas non plus être gérant ou actionnaire d'une société d'ambulances (CE 12 janv. 2005, n°252365), directeur d'une maison de convalescence, fabricant ou vendeur de dispositifs médicaux notamment.

- Un infirmier créant une société commerciale entrant en concurrence avec son activité libérale d'infirmier commet une faute au regard de l'article 55 (CDPI Ile-de-France 10 juill. 2019, n°93-2018-00091 à 94).

Pour que l'infirmier puisse cumuler ces deux activités, il devra impérativement opérer une nette séparation de celles-ci, tant dans les locaux que dans les moyens de contact. Il devra s'abstenir de mentionner sa qualité d'infirmier dans le cadre de cette seconde activité et ne pas s'en servir pour accroitre sa patientèle d'infirmier.

55.2 - Un cumul compatible avec la qualité et la dignité

Dans tous les cas, même s'il est autorisé au titre du premier alinéa, le cumul d'activités n'est possible que s'il est compatible avec la qualité et la dignité qu'exige l'exercice de son activité infirmière et si ce cumul n'est pas exclu par la réglementation.

Le seul fait qu'une activité soit commerciale ne la rend pas incompatible avec la profession infirmière.

Quelques exemples jurisprudentiels pour illustrer ces propos : L'aide apportée à un époux dans son activité professionnelle ou dans la gestion d'un gîte ne sont pas incompatibles avec la dignité qu'exige la profession d'infirmier (CDPI Basse Normandie 29 juill. 2016, n°76-2015-006).

56 - Indications figurant sur les documents professionnels et ordonnances

→ Article R4312-56

L'infirmier mentionne sur ses feuilles d'ordonnance et sur ses autres documents professionnels :

1° Ses nom, prénoms, adresse professionnelle postale et électronique, numéro de téléphone et numéro d'identification au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé ou, à défaut, numéro ordinal ;

2° S'il exerce en association ou en société, les noms des confrères associés et l'indication du type de société ;

3° Sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance-maladie ;

4° Son adhésion à une association agréée prévue à l'article 371M du code général des impôts.

Il peut également mentionner ses titres, diplômes et fonctions lorsqu'ils ont été reconnus par le conseil national de l'ordre, les distinctions honorifiques reconnues par la République français ainsi que toute autre indication en tenant compte des recommandations émises en la matière par le conseil national.

Le décret n°2020-1660 du 22 décembre 2020 a supprimé la liste limitative des indications que l'infirmier peut faire figurer sur les feuilles d'ordonnance et les autres documents professionnels. L'article 56 du code de déontologie donne toujours une liste mais les termes du texte sont modifiés.

La notion de liste restrictive d'informations pouvant figurer sur les documents laisse la place à l'autorisation pour les infirmiers de faire figurer sur leurs documents professionnels et feuilles d'ordonnance des informations relatives à leur exercice. Ces renseignements ont vocation à informer de façon précise, concise, loyale et intelligible le public sur les modalités d'exercice et les qualités professionnelles de l'infirmier.

Tout d'abord le texte prévoit que l'infirmier mentionne certains éléments dont les noms, prénoms, forme d'exercice, etc… . L'utilisation du présent par le texte signifie que l'infirmier est obligé de faire figurer ces informations sur les feuilles d'ordonnance et autres documents professionnels.

Le dernier alinéa du texte ajoute une faculté pour l'infirmier, celle de mentionner d'autres informations.

L'infirmier n'est pas obligé de faire apparaître ces informations sur ses documents professionnels. Cela peut notamment comprendre les diplômes et fonctions reconnus par l'ordre, les distinctions honorifiques reconnues par le République française et toute autre indication.

La liste de ces informations n'est pas limitative mais l'infirmier doit tenir compte des recommandations formulées par le conseil national de l'ordre. Ces informations ne doivent pas avoir un but commercial et doivent uniquement viser à informer les patients sur les prestations et compétences du professionnel (v. commentaires sous les articles 68-1 et 76).

57 - Participation à une expertise

→ Article R4312-57

L'infirmier ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services, ou si son indépendance est affectée de quelque manière que ce soit.

Nul ne peut être à la fois infirmier expert et infirmier traitant d'un même malade. Lorsqu'il est investi d'une mission, l'infirmier expert doit se récuser s'il estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères à la technique proprement infirmière, à ses connaissances, à ses possibilités ou qu'elles l'exposeraient à contrevenir aux dispositions du présent code.

57.1 - Eviter le conflit d'intérêts ou l'atteinte à l'indépendance

L'alinéa 1er oblige l'infirmier à refuser une mission d'expertise si des risques de conflits d'intérêts existent. Le texte est cohérent avec l'article L 1452-1 du code de la santé publique qui prévoit que l'expertise sanitaire répond aux principes d'impartialité, de transparence, de pluralité et du contradictoire. L'article 57 du code de déontologie est très large puisque l'expertise doit être refusée non seulement si elle concerne les intérêts de l'infirmier mais aussi ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services.

Une charte de l'expertise sanitaire précise les modalités de choix des experts, le processus d'expertise et ses rapports avec le pouvoir de décision, la notion de lien d'intérêts, les cas de conflit d'intérêts, les modalités de gestion d'éventuels conflits et les cas exceptionnels dans lesquels il peut être tenu compte des travaux réalisés par des experts présentant un conflit d'intérêts (art. L 1452-2 CSP).

L'article 57 ne prévoit pas une obligation de mentionner les conflits ou risques de conflits d'intérêt mais l'obligation de refuser l'expertise. Le texte n'envisage pas seulement les liens d'intérêts mais les conflits d'intérêts.

Quelle que soit la procédure concernée l'infirmier expert devra préserver son indépendance totale et ne laisser entacher ni son objectivité ni son impartialité par un lien qu'il entretiendrait avec l'une des personnes physiques ou morales concernées par ladite procédure. Si lors de sa désignation il constate l'existence d'un tel lien direct ou indirect il devra se récuser.

L'infirmier ne peut par ailleurs être infirmier traitant d'un malade et accepter une expertise impliquant ce malade. Le texte ne dit pas s'il doit refuser l'expertise ou cesser de suivre le patient. Le choix semble lui être laissé mais s'il a déjà accepté de suivre le patient avant l'expertise, il doit assurer la continuité des soins et donc refuser l'expertise.

Si l'infirmier est fonctionnaire, il lui est par ailleurs interdit de « *procéder à des expertises dans les litiges intéressant toute personne publique sauf si cette prestation s'exerce au profit d'une personne publique ne relevant pas du secteur concurrentiel* » (art. 25 septies, II, 3° loi du 13 juill. 1983 portant statut général des fonctionnaires).

57.2 - Une expertise compatible avec les compétences de l'infirmier

L'expertise consiste à donner son avis, apporter des connaissances sur une situation, l'état de santé

d'un patient, les compétences ou l'état de santé d'un autre infirmier,…. L'expertise ne consiste pas à produire des connaissances nouvelles.

Dans tous les cas, l'expertise demandée doit correspondre aux compétences de l'infirmier, ce qui inclut ses compétences légales et réglementaires, ses connaissances propres, ses possibilités (compétences professionnelles et non seulement réglementaires), la technique infirmière.

L'expert doit également quitter sa mission d'expertise si l'exercice de cette mission risque de remettre en cause un devoir déontologique. Cela peut concerner les frontières de compétences mais pas uniquement (indépendance professionnelle, ….). L'article 57 du code déontologie impose à l'infirmier de se récuser dans une telle situation.

58 Obligations de l'infirmier expert

→ Article R4312-58

Avant d'entreprendre toute opération d'expertise, l'infirmier expert informe la personne qu'il doit examiner de sa mission et du cadre juridique dans lequel son avis est demandé. L'infirmier expert est tenu de respecter le principe du contradictoire pendant la totalité des opérations d'expertise.

Dans la rédaction de son rapport, l'infirmier expert ne doit révéler que les éléments de nature à apporter une réponse aux questions posées. Hors ces limites, il doit taire tout ce qu'il a pu connaître à l'occasion de cette expertise.

Il atteste qu'il a accompli personnellement sa mission.

L'infirmier doit informer au préalable la personne examinée qu'il agit dans le cadre d'une expertise. L'information doit être précise car les limites de la mission doivent être indiquées. Ces limites seront essentielles pour le contenu du rapport d'expertise. L'infirmier doit également indiquer à la personne examinée quel est le cadre juridique de sa mission, c'est-à-dire pour qui il intervient et dans quel but.

L'article 58 impose ensuite à l'infirmier de respecter le principe du contradictoire tout au long de l'expertise. Cela signifie que l'infirmier expert doit entendre différentes opinions et ne jamais s'en contenter d'une seule pour faire son expertise. Selon l'article L 1452-1 du code de la santé publique, « *L'expertise sanitaire répond aux principes […] de pluralité et du contradictoire* ».

Le principe du contradictoire exige que tous les éléments soumis à l'expert par une partie soient communiqués par l'expert à la partie adverse avant même que l'expert ne prenne ses conclusions. La jurisprudence n'est parfois pas aussi exigeante au sujet des expertises pénales puisqu'elle estime que le rapport d'expertise doit pouvoir être discuté contradictoirement mais que le déroulement de l'expertise n'est pas nécessairement contradictoire (Cass. crim. 13 nov. 1990, n°90-84771). Adopter une telle position risque toutefois de présenter une contradiction avec l'article 6§1 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

L'infirmier ne doit faire figurer dans le rapport d'expertise que les informations pertinentes pour l'objet de l'expertise. L'infirmier ne répond par ailleurs qu'au juge ou à l'organisme qui a commandité l'expertise et ne transmet pas les informations à d'autres personnes. Il doit faire en sorte que les informations qu'il a obtenues soient protégées.

Ces faits ou informations seront couverts par le secret professionnel.

58.1- Professionnels ayant un accès partiel-Information des patients

Les professionnels originaires d'autres Etats membres de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen et auxquels un accès partiel à l'exercice de la profession d'infirmier en France a été accordé au titre de l'article L. 4002-5 du code de la santé publique, lorsqu'ils présentent leur activité au public, notamment sur un site internet, sont tenus de l'informer de la liste des actes qu'ils sont habilités à pratiquer.

Dans le cadre de leur exercice, ces professionnels informent clairement et préalablement les patients et les autres destinataires de leurs services des actes qu'ils sont habilités à pratiquer.

Le décret n°2020-1660 du 22 décembre 2020 a ajouté un article R 4312-58-1 au sein du code de déontologie. Ce texte concerne l'information du public lorsqu'un infirmier originaire d'un autre Etat membre de l'Union Européenne bénéficie d'un accès partiel à la profession d'infirmier.

Les articles L 4002-3 et suivants du code de la santé publique autorisent les professionnels de santé ayant obtenu un diplôme et exerçant dans un autre Etat membre de l'Union Européenne ou de l'Espace économique européen à exercer partiellement une profession de santé en France. Plusieurs conditions fixées par ces textes doivent être remplies, parmi lesquelles la nécessité de pouvoir objectivement séparer l'activité professionnelle pour laquelle le professionnel sollicite un accès partiel des autres activités relevant de la profession en France (art. L 4002-3, 3° CSP). L'accès partiel nécessite une autorisation ministérielle après avis de l'ordre. Le professionnel bénéficiant de cette autorisation ne peut exercer que les actes visés par cette autorisation et doit lui aussi respecter les règles déontologiques. Il doit également être inscrit au tableau de l'ordre.

Pour garantir la bonne information des patients, le professionnel informe clairement les patients et les autres destinataires de ses services des actes qu'il est habilité à effectuer dans le champ de son activité professionnelle (art. L 4002-5 al. 3 CSP). Le tableau de l'ordre concerné comporte une liste distincte mentionnant les actes que les intéressés sont habilités à effectuer dans le champ de la profession, le cas échéant dans la spécialité au titre de laquelle ils sont inscrits. Les intéressés sont électeurs aux conseils de l'ordre mais n'y sont pas éligibles (art. L 4002-5, al. 4 CSP).

Le nouvel article R 4312-58-1 du code de la santé publique applique l'obligation générale d'information aux cas où le professionnel bénéficiant d'un accès partiel à la profession d'infirmier présente son activité au public, notamment sur un site internet. Dans ce cadre ainsi que dans le cadre de leur exercice, le professionnel doit informer clairement les patients et toute autre personne qui peut être concernée par ses services des actes qu'il est autorisé à pratiquer en France. Si le professionnel ne respecte pas ces obligations, ainsi que tout autre devoir déontologique, il encourt les mêmes sanctions que tout infirmier et peut être poursuivi suivant les mêmes règles procédurales.

59 - Exercices salarié ou libéral ou mixte

→ Article R4312-59

Le mode d'exercice de l'infirmier est salarié ou libéral. Il peut également être mixte.

L'exercice mixte désigne l'hypothèse d'un exercice salarié (du privé ou du public) accompagné d'un exercice libéral (remplacement en libéral par exemple) ou inversement. Pour l'application de la convention nationale, l'exercice au sein d'une société d'exercice est assimilé à de l'exercice libéral, y compris pour les infirmiers salariés.

Concernant les infirmiers ayant la qualité de fonctionnaire, des dispositions spéciales limitent

toutefois l'exercice mixte.

Selon l'article 25 septies de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983, le fonctionnaire consacre l'intégralité de son activité professionnelle aux tâches qui lui sont confiées. Il ne peut exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit à l'exception de certaines dérogations soumises à des conditions strictes, notamment pour créer ou reprendre une entreprise ou pour cumuler un emploi permanent, c'est-à-dire correspondant à l'activité normale et permanente de l'administration, à temps complet avec un ou plusieurs autres emplois permanents à temps complet.

Toutefois, l'agent peut être autorisé à cumuler une activité accessoire avec son activité principale, sous réserve que cette activité ne porte pas atteinte au fonctionnement normal, à l'indépendance ou à la neutralité du service ou ne mette pas l'intéressé en situation de méconnaître l'article 432-12 du code pénal (cf : prise illégale d'intérêt).

A Créer ou reprendre une entreprise (exercer en libéral en s'affiliant au registre du commerce et des sociétés ou comme micro-entrepreneur.

Le cumul est possible si le fonctionnaire, ou l'agent non fonctionnaire ayant un contrat de travail, occupe un emploi permanent pour lequel la durée du travail est inférieure ou égale à 70 % de la durée légale ou réglementaire du travail (conformément au 2° du II de l'article 25 septies de la loi 83-634 du 13 juillet 1983). Pour cela, l'intéressé présente une déclaration écrite à l'autorité hiérarchique dont il relève pour l'exercice de ses fonctions. Cette déclaration mentionne la nature de la ou des activités privées ainsi que, le cas échéant, la forme et l'objet social de l'entreprise, son secteur et sa branche d'activités.

Le cumul est en revanche impossible si l'infirmier fonctionnaire occupe un emploi à temps complet. Par dérogation, l'infirmier à temps complet qui souhaite créer ou reprendre une entreprise ou exercer une activité libérale doit demander à bénéficier d'une autorisation de service à temps partiel (telle que prévue par le décret n°2020-69 du 30 janvier 2020 relatif aux contrôles déontologiques dans la fonction publique).
Mais rien ne lui garantit que sa demande soit acceptée. L'autorisation d'accomplir un service à temps partiel, qui ne peut être inférieur au mi-temps, est accordée, sous réserve des nécessités de la continuité et du fonctionnement du service et compte tenu des possibilités d'aménagement de l'organisation du travail, pour une durée maximale de deux ans, renouvelable pour une durée d'un an, à compter de la création ou de la reprise de l'entreprise.

B Cumuler un emploi permanent, c'est-à-dire correspondant à l'activité normale et permanente de l'administration, à temps complet avec un ou plusieurs autres emplois permanents à temps complet.

C'est en principe interdit. Mais cela peut être autorisé par l'autorité hiérarchique dont il relève à exercer à titre accessoire une activité, lucrative ou non, auprès d'une personne ou d'un organisme public ou privé dès lors que cette activité est compatible avec les fonctions qui lui sont confiées et n'affecte pas leur exercice. Il peut notamment être recruté comme enseignant associé. La liste de ces activités est fixée par l'article 11 du décret n°2020-69 du 30 janvier 2020 (expertises et consultations, enseignement et formation, services à la personne, conjoint collaborateur au sein d'une entreprise artisanale,…).

Sans préjudice de l'engagement de poursuites disciplinaires, la violation de ces dispositions donne lieu au reversement des sommes perçues au titre des activités interdites, par voie de retenue sur le traitement.

Si l'infirmier est salarié d'un établissement privé, il ne peut exercer une activité concurrençant celle de son employeur. Le code de déontologie impose aux infirmiers d'entretenir des rapports de bonne confraternité avec les autres infirmiers et professionnels de santé. Mais le droit du travail impose

également une obligation de loyauté dans les relations entre salarié et employeur (art. L 1222-1 c. trav.). Cette obligation de loyauté suppose notamment que le salarié ne concurrence pas son employeur pendant la durée du contrat de travail. L'infirmier peut exercer une activité d'infirmier en libéral si celle-ci ne correspond pas à l'activité de la structure qui l'emploie. Un infirmier ne pourrait par exemple fournir des prestations de soins à domicile s'il est par ailleurs employé par une structure qui délivre des soins à domicile.

Le manquement à cette obligation de loyauté envers l'employeur ne constituerait pas une faute déontologique mais une faute dans le cadre du contrat de travail. Elle n'exposerait pas en elle-même l'infirmier salarié à une sanction disciplinaire prononcée par l'ordre mais elle l'exposerait à une sanction pouvant être décidée par son employeur, sanction pouvant aller jusqu'au licenciement. Le salarié devra également vérifier si son contrat de travail ne contient pas une clause d'exclusivité l'empêchant d'exercer son activité pour un autre employeur.

L'infirmier salarié ne peut dans tous les cas utiliser le matériel de travail laissé à sa disposition et le temps de travail chez un employeur pour développer sa propre activité ou au profit d'un autre employeur (v. art. 62).

60 - Exercice gratuit

→ Article R4312-60

L'infirmier est libre de dispenser gratuitement ses soins.

Le cumul d'activités ne pose aucune difficulté lorsqu'une partie de ces activités est exercée gratuitement puisque l'exercice gratuit ne correspond à aucun des trois modes d'exercice de l'activité infirmière visés par le code. La gratuité suppose que l'infirmier ne reçoive aucune contrepartie pour ses soins, si minime soit-elle, qu'il s'agisse d'un avantage en nature ou en espèces. L'infirmier est libre de ne pas faire payer ses soins. Il ne doit cependant pas utiliser la dispense de soins gratuits comme un moyen commercial ou comme un moyen de fidéliser la clientèle.

61 - Détournement de clientèle

→ Article R4312-61

Le détournement et la tentative de détournement de clientèle sont interdits.

L'interdiction du détournement et de la tentative de détournement de clientèle est une émanation du devoir d'entretenir une bonne confraternité entre infirmiers. Pour cette raison, la tentative est aussi fautive qu'un détournement effectif de clientèle.

La preuve de cette effectivité n'est dès lors pas nécessaire pour que la faute soit constituée. Le terme de clientèle doit ici être entendu comme un synonyme de patientèle. Il ne doit toutefois pas laisser croire à la possibilité d'assimiler l'activité infirmière à une activité commerciale.

Plusieurs éléments caractérisent le détournement de clientèle.

61.1 - Attirer la clientèle vers soi ou vers d'autres

Le détournement de clientèle vise à capter celle d'un infirmier. Il ne consiste pas seulement à décourager les personnes à entrer en relation avec ou à continuer à être suivies par un infirmier, ce qui peut relever davantage du manquement au devoir de bonne confraternité et plus précisément au dénigrement (v. art. 25). Le détournement de clientèle ou la tentative n'impliquent d'ailleurs pas nécessairement un dénigrement d'un confrère. Détourner la clientèle suppose tout d'abord qu'un infirmier cherche à attirer de manière déloyale la clientèle d'un autre infirmier vers soi ou vers un autre professionnel.

Le fait par exemple pour un infirmier libéral prenant sa retraite d'adresser à sa fille un certain nombre de patients ayant sollicité des soins infirmiers auprès du cabinet qu'il quitte constitue un détournement de clientèle même s'il estime que le cabinet n'avait pas la capacité de délivrer des soins de qualité à des patients supplémentaires (CDNOI, 2 oct. 2017, n°67-2016-00148 :). Cette décision montre que le détournement qui profite à un proche n'en reste pas moins une faute.

L'infirmier ne peut pas par ailleurs prendre prétexte d'une prétendue surcharge du cabinet pour attirer des patients du cabinet vers soi ou vers un proche.

Le détournement de clientèle ne peut cependant concerner que des patients déjà pris en charge par un infirmier ou un cabinet d'infirmiers.

L'interdiction du détournement de clientèle concerne aussi bien les infirmiers libéraux que les infirmiers salariés. Un infirmier salarié ne peut utiliser les moyens de travail de son employeur et la clientèle pour accroître la sienne s'il exerce parallèlement une activité libérale. Il ne peut non plus travailler pour une structure concurrente après la rupture de son contrat de travail si celui-ci contenait une clause de non-concurrence limitée dans le temps, dans l'espace et assortie d'une contrepartie financière.

61.2 - L'existence de manœuvres de détournement

L'infirmier doit agir dans le but de capter la clientèle d'un confrère pour que le détournement soit caractérisé :

- Le seul fait que les patients choisissent en grande majorité l'un des collaborateurs après que ceux-ci se soient séparés ne suffit pas à établir un détournement de clientèle (CDPI Occitanie, 3 mai 2019, n°34-201800072).

- De même, la constitution, étonnamment rapide d'une patientèle générant un chiffre d'affaires conséquent par des infirmières exerçant leur activité sur les mêmes lieux qu'une autre infirmière dont elles ont précédemment partagé les patients ne permet pas de caractériser un détournement de clientèle (CDPI Aquitaine, 4 déc. 2015, n°33-2015-00039 et 40).

- De plus, la seule proximité dans le temps entre l'arrêt de la collaboration et le départ de certains patients ne suffit pas à elle seule à démontrer qu'il y ait eu des manœuvres pour récupérer la clientèle. Il faut démontrer l'existence de procédés de démarchages visant à détourner la clientèle (CDPI Rhône-Alpes 15 déc. 2011, n°38-2011-11).

- Les manœuvres susceptibles de caractériser un détournement de clientèle sont variées : distribution de cartes de visite au nom propre d'un infirmier omettant le nom de son associé, d'une mention dans l'annuaire où figuraient ses seules coordonnées téléphoniques et l'adresse d'un autre lieu d'exercice, différent du

siège de la société constituée avec son associé (CDPI Pays de la Loire 18 janv. 2016, n°44-2014-00003).

- La circonstance que les patients se soient tous prononcés en deux jours en faveur de l'interruption des soins accordés depuis plus d'une année par une infirmière, pendant ses congés, laisse supposer que l'infirmière avec qui elle avait conclu un contrat d'exercice en commun a contribué à influencer la clientèle à se détourner des services de la première (CDNOI, 12 janv. 2016, n°13-2015-00086).

- Le fait de se rendre directement au domicile des patients pour les convaincre de la faire travailler pour eux (CDPI Bourgogne-France-Comté 19 avr. 2019, n°38-2018-11).

- Lorsque de fait la patientèle est commune à l'ensemble des infirmiers d'une société, une associée ne peut non plus s'approprier unilatéralement à titre exclusif la liste des patients et la ligne téléphonique de la société (CDPI Midi-Pyrénées 4 avr. 2014, n°32-2014-00001).

Au moment où des infirmiers ayant été associés ou collaborateurs, même de fait c'est-à-dire sans contrat écrit, se séparent chacun doit veiller à ne pas être déloyal pour attirer à lui la patientèle:

- Un détournement de patientèle serait constitué suite au non-respect d'une clause de non-concurrence ou lorsqu'une associée cherche à décourager les patients de la société de continuer leurs soins avec les associés qui vont quitter la société (CDPI Midi-Pyrénées 4 avr. 2014, n°32-2014-00001).

- Une tentative de détournement de patientèle est également caractérisée lorsqu'une infirmière avertit la patientèle que sa consoeur va quitter le cabinet alors que cette dernière n'a pas encore manifesté son intention de le faire (CDNOI, 9 nov. 2016, n°91-2015-000100).

61.3 - La liberté de choix des patients

(v. également art. 25, 74 et 88)

Lorsqu'une rupture s'accompagne d'une répartition équitable des patients réguliers tout en ayant permis aux patients d'effectuer librement leur choix, aucune faute n'est caractérisée (CDNOI, 19 juill. 2018, n°25-2018-00187).

Par ailleurs la diffusion aux patients d'un formulaire de « *libre choix du praticien* » au moment de la séparation entre deux infirmières libérales qui avaient une patientèle commune constitue un manquement au devoir de bonne confraternité et à l'interdiction des procédés de concurrence déloyale et de détournement de clientèle si l'autre infirmière n'était pas d'accord sur les dates de séparation et était de surcroît en congé maladie au moment de la diffusion (CDPI Rhône-Alpes, 30 mai 2017, n°69-2015-12).

Enfin, un infirmier ne doit pas influencer les patients en dénigrant un confrère. Dans ce cas l'infirmier peut être déclaré fautif non seulement au titre du détournement de clientèle mais aussi au titre du manquement au devoir de bonne confraternité prévu par l'article 25 du code de déontologie. Ainsi il est tout à fait justifié que des infirmières soient sanctionnées non seulement pour avoir démarché la patientèle dans des conditions susceptibles d'influencer son choix suite à la rupture de la collaboration (lettre donnée aux patients pour attester qu'elles sont leurs infirmières attitrées) mais aussi pour avoir à cette occasion tenu des propos inadaptés à l'encontre de leur consoeur (CDPI Languedoc-Roussillon 31 oct. 2013, n°66-201300012).
Salariés

62 - Salarié et clientèle personnelle

→ Article R4312-62

L'infirmier salarié, lié à son employeur par un contrat, ou employé dans un cadre public, ne doit pas profiter de ses fonctions pour augmenter sa clientèle personnelle.

Un infirmier salarié ou agent public peut, sous certaines conditions, avoir en parallèle une activité libérale (v. art. 59). Il ne doit cependant pas profiter de son activité de salarié ou d'agent public pour accroître sa clientèle. Il ne peut par exemple pas profiter des moyens matériels de son employeur (ordinateur, locaux, outils de travail divers) pour démarcher des clients, correspondre avec eux et globalement accomplir tout acte en lien avec son activité libérale. Il pourrait par ailleurs dans ce cas perdre son emploi au titre d'une sanction prononcée par son employeur.

La faute de l'infirmier salarié peut également être retenue si l'activité que l'infirmier cherche à développer en profitant de ses fonctions n'est pas une activité d'infirmier. La faute consiste dans le fait même d'utiliser les moyens mis à sa disposition par la structure qui l'emploie pour accroître sa clientèle personnelle dans le cadre d'une autre activité quelle qu'elle soit.

L'infirmier peut être fautif même s'il n'a pas effectivement accru sa clientèle personnelle. Il suffit qu'une confusion soit possible dans l'esprit des patients entre l'activité salariée et l'activité libérale. Une faute peut être retenue dès lors que l'infirmier a agi dans ce sens, par exemple en distribuant des cartes de visite pendant son activité salariée.

Rappelons que l'infirmier doit également veiller à ne pas concurrencer son employeur et que l'infirmier fonctionnaire est soumis à diverses conditions pour que le cumul soit possible (v. art. 59).

63 - Salarié, secret et indépendance

→ Article R4312-63

L'infirmier, quel que soit son statut, est tenu de respecter ses devoirs professionnels et en particulier ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance l'infirmier ne peut accepter, de la part de son employeur, de limitation à son indépendance professionnelle. Quel que soit le lieu où il exerce, il doit toujours agir en priorité dans l'intérêt de la santé publique, des personnes et de leur sécurité.

63.1 - Secret

Ce texte permet d'insister sur le respect du secret professionnel et de l'indépendance professionnelle dans des situations de subordination juridique. L'infirmier salarié ne peut ainsi divulguer d'informations couvertes par le secret professionnel à son employeur, sauf si cela est nécessaire à la prise en charge du patient et dans les conditions prévues aux articles L 1110-4 et R 1110-1 et suivants du code de la santé publique.

Un exemple permet d'illustrer ce texte bien qu'il ne vise pas directement les infirmiers. Dans une affaire jugée par la chambre sociale de la Cour de cassation en 2015, un employeur qui était en litige avec l'un de ses salariés avait utilisé devant le juge une attestation du médecin du travail comportant des éléments tirés du dossier médical du salarié. Par extension, cette affaire (Cass. soc.

30 juin 2015, n°13-28201) permet d'affirmer qu'un infirmier de santé au travail ne peut diffuser à l'employeur des informations sur l'état de santé d'un salarié, même si l'employeur souhaite justifier un licenciement, une mesure de reclassement ou une adaptation du poste par exemple. Seules l'aptitude ou l'inaptitude d'un salarié à occuper tel ou tel poste peuvent venir à la connaissance de son employeur.

63.2 - Indépendance professionnelle

Le second alinéa de l'article 63 réaffirme la protection de l'indépendance professionnelle des infirmiers, indépendance qui constitue à la fois un droit que l'infirmier peut opposer à son employeur et une obligation.

La subordination propre à un exercice salarié soumet l'infirmier salarié aux directives de son employeur concernant l'organisation du travail (lieu, horaires, etc…). Mais l'indépendance dans l'accomplissement des actes professionnels est préservée et est importante (v. commentaire sous art. 6). C'est là tout l'intérêt de l'alinéa 2 de l'article 63 du code de déontologie.

L'infirmier conserve en outre ses libertés fondamentales, notamment la liberté d'expression. L'infirmier n'est ainsi pas fautif lorsqu'il alerte les autorités de tutelle et les délégués du personnel sur les difficultés rencontrées dans l'exercice de sa profession, par une lettre qui ne contenait pas de termes injurieux, excessifs ou diffamatoires (Cass. soc. 9 nov. 2009, n°08-42806). L'article L. 313-24 du code de l'action sociale et des familles permet dans ce cas au juge d'ordonner la réintégration du salarié licencié pour avoir témoigné de mauvais traitements ou de privation infligés à une personne accueillie dans un établissement social ou médico-social au sein duquel il est employé, le licenciement prononcé pour de tels faits étant nul (Cass. soc. 28 mai 2019, n°17-27793 ; Cass. soc. 26 sept. 2007, n°06-40039).

Comme l'a rappelé le Conseil d'Etat, les infirmiers ayant la qualité de fonctionnaires sont eux aussi tenus de veiller à préserver leur indépendance professionnelle et l'indépendance de leurs décisions (CE 14 févr. 2018, n°407208). L'autorité hiérarchique à laquelle ils sont soumis ne peut entrer en contradiction avec cet impératif.

64 - Productivité, rendement

→ Article R4312-64

L'infirmier salarié ne peut, en aucun cas, accepter que sa rémunération ou la durée de son engagement dépendent, pour tout ou partie, de normes de productivité, de rendement horaire ou de toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité ou à la sécurité des soins.

L'atteinte à l'indépendance professionnelle d'un infirmier peut implicitement découler d'une obligation de rendement dans son activité. L'article 64 du code de déontologie représente lui aussi à la fois un droit et une obligation pour l'infirmier salarié. Ce dernier est protégé mais ne peut non plus accepter des normes de productivité ou de rendement horaires impactant sa rémunération ou la durée de son emploi et qui porteraient atteinte à son indépendance professionnelle ou à la qualité ou à la sécurité des soins. Pour que la déontologie infirmière soit respectée, il convient en revanche de s'assurer que ces normes ne remplissent pas les critères posés par l'article 64.

64.1 - Des normes de productivité, de rendement horaire ou d'autres dispositions

Les normes de productivité ou de rendement ne sont pas rares dans les structures employant des infirmiers, qu'elles soient publiques ou privées. Elles consistent dans la réalisation par les infirmiers, et autres personnels, d'indicateurs et d'objectifs divers (nombre de personnes prises en charge, temps passé, etc…). Mais l'existence d'objectifs n'est pas en soi contraire à la déontologie infirmière. Comme le précise l'article 64, ces normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition similaire ne sont contraires à la déontologie que si elles portent atteinte à l'indépendance professionnelle de l'infirmier ou à la qualité ou à la sécurité des soins. Avant d'accepter de telles normes, l'infirmier doit ainsi vérifier que des garanties existent pour que son indépendance dans l'accomplissement de ses actes, la qualité et la sécurité des soins soient protégés.

Cas jurisprudentiels

- La fixation d'objectifs par contrat conclu entre équipes de praticiens, le directeur de l'établissement et le responsable de pôle n'est pas contraire à l'article 64 si ce dispositif d'évaluation de l'activité est soumis à la condition qu'une liste de prérequis relatifs à la qualité des soins soit satisfaite, vise à améliorer l'offre de soins et ne soumet donc pas, par lui-même, l'activité des professionnels à des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui auraient pour conséquence une atteinte à la qualité des soins (CE 30 déc. 2009, n°306040).

- L'interdiction des normes de productivité ou rendement horaire ne s'oppose pas non plus à ce que l'employeur reçoive les honoraires perçus du fait de l'activité d'un infirmier salarié et acquitte en conséquence les cotisations sociales afférentes à ce revenu (CE 16 juin 2008, n°296578).

- Certaines normes s'approchant de normes de rendement ne sont pas visées par le texte : la nomenclature des actes professionnels distinguant des séances de perfusion courte d'une durée inférieure ou égale à une heure et nécessitant une surveillance continue et des séances plus longues n'impose pas de durée aux praticiens et ne porte dès lors pas atteinte à leur indépendance professionnelle (CE, 6 mai 2016, **n° 389486).**

- Le principe d'indépendance professionnelle et l'interdiction de rétributions fondées sur des obligations de rendement ne concernent que les actes exercés par l'infirmier dans l'exercice de sa profession : une infirmière peut par exemple occuper un poste d'infirmière à temps partiel et sur un autre temps partiel exercer des tâches de saisie de relevés de production soumise à des impératifs de productivité, ceux-ci ne concernant pas ses missions d'infirmière (Cass. soc. 19 déc. 2007, n°06-43347).

64.2 - L'influence sur la rémunération de l'infirmier ou la durée de son emploi

Les objectifs et indicateurs divers interdits par l'article 64 du code de déontologie influencent la rémunération de l'infirmier ou la durée de son emploi. L'influence sur la rémunération peut se manifester notamment par des primes et par extension par des mesures de promotion ou à l'inverse de rétrogradation dès lors que ces mesures s'accompagnent d'une évolution de la rémunération, à la hausse ou à la baisse. Le texte ne précise pas en effet que l'influence sur la rémunération doive être directe.

La référence à la durée de l'engagement signifie que la non-réalisation des normes de productivité ou de rendement ne doit pas entraîner de licenciement ou de révocation de l'engagement de l'infirmier. Concernant les infirmiers employés par une structure privée, il faut toutefois préciser qu'un salarié ne peut être licencié pour le seul motif qu'il n'a pas atteint des objectifs fixés par son employeur. Tout au plus cette non-réalisation peut-elle constituer un indice d'une insuffisance professionnelle qui doit être prouvée par d'autres moyens. Cette règle vise avant tout à considérer le licenciement comme non justifié légalement.

Qu'il s'agisse de la rémunération ou de l'emploi de l'infirmier, les normes de productivité ou de rendement sont interdites par l'article 64 si elles risquent de porter atteinte à l'indépendance professionnelle de l'infirmier ou à la qualité ou à la sécurité des soins. L'indépendance professionnelle et l'obligation de dispenser des soins consciencieux, attentifs et fondés sur les données acquises de la science suppose d'y consacrer le « *temps nécessaire* » (article 10), ce qui exclut toute notion de productivité et de rendement.

65 - Contrat pour l'exercice au sein d'une structure de droit privé

→ Article R4312-65

I.- Conformément aux dispositions de l'article L. 4113-9, l'exercice de la profession d'infirmier sous quelque forme que ce soit, au sein d'une entreprise, d'une collectivité ou d'une institution ressortissant du droit privé fait l'objet d'un contrat écrit. Ce contrat définit les obligations respectives des parties et précise les moyens permettant au professionnel de respecter les dispositions du présent code de déontologie.

II.- Tout contrat, renouvellement de contrat ou avenant avec l'un des organismes prévus au premier alinéa est communiqué au conseil départemental intéressé. Celui-ci vérifie sa conformité avec les prescriptions du présent code de déontologie ainsi que, s'il en existe, avec les clauses essentielles des contrats types établis soit par un accord entre le conseil national de l'ordre et les collectivités ou institutions intéressées, soit conformément aux dispositions législatives ou réglementaires.

III.- Tout projet de contrat peut être communiqué au conseil départemental qui fait connaître ses observations dans le délai d'un mois. Passé ce délai, son avis est réputé rendu. IV.-Le conseil départemental de l'ordre peut, s'il le juge utile, transmettre pour avis les contrats, projets de contrats, ou avenants au conseil national.

V.- L'infirmier signe et remet au conseil départemental une déclaration aux termes de laquelle il affirme sur l'honneur qu'il n'a passé aucune contre-lettre relative au contrat, à son renouvellement, ou à un avenant soumis à l'examen du conseil.

65.1 - Un contrat écrit pour les infirmiers exerçant au sein d'un organisme de droit privé

L'article 65 du code de déontologie prévoit tout d'abord l'obligation d'établir un contrat écrit lorsque l'infirmier exerce ses fonctions dans un organisme de droit privé. L'article 65 vise plus précisément les entreprises, collectivités ou institutions relevant du droit privé (cliniques privées, services de soins infirmiers à domicile, établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes,…). Les infirmiers exerçant au sein d'une structure de droit public (art. 66) et les infirmiers ayant conclu

un contrat d'association ou de société à objet professionnel (art. 73) font l'objet de dispositions spécifiques.

Les infirmiers exerçant au sein des structures de droit privé sont bien souvent des salariés et leur contrat de travail doit ainsi être communiqué à l'ordre. Le texte précise en effet que l'obligation d'établir un contrat écrit s'applique aux infirmiers exerçant dans ces structures « *sous quelque forme que ce soit* ». Dans tous les cas, il revient à l'infirmier lui-même de communiquer son contrat à l'ordre mais il est possible de convenir d'un commun accord que l'employeur fera cette communication.

L'alinéa 2 du premier paragraphe ajoute que le contrat définit les obligations respectives de la structure et de l'infirmier ainsi que les moyens permettant à l'infirmier de respecter ses devoirs déontologiques. Le contrat ne doit pas simplement prévoir que les règles déontologiques seront respectées. Il doit également mentionner des mesures le permettant. Il n'existe aucune liste exhaustive de ces mesures.

65.2 - La communication des projets de contrat

La présentation des projets de contrat à l'ordre doit permettre de prendre en compte les observations de l'ordre pour élaborer le contenu du contrat. Cela n'empêchera pas de devoir communiquer le contrat définitif une fois celui-ci conclu, même si son contenu n'est pas modifié après la consultation relative au projet. Le conseil départemental dispose d'un délai d'un mois pour donner un avis. Au-delà son avis est considéré comme favorable.

65.3 - L'avis du conseil national

En cas de doute, le conseil départemental peut transmettre le contrat ou projet de contrat au conseil national de l'ordre. Ce dernier émet alors un avis mais dans tous les cas, l'avis du conseil national ne se substitue pas à l'avis du conseil départemental. Seul ce dernier doit être communiqué à l'infirmier.

65.4 - La communication des contrats à l'ordre

L'article L.4113-9 du code de la santé publique applicable à la profession d'infirmier par renvoi de l'article L.4113-28 du même code instaure une obligation de transmission des contrats signés à l'occasion de l'exercice de la profession d'infirmier, y compris du contrat de travail et de ses avenants.

Le présent article rappelle que cette obligation de transmission pèse sur les infirmiers salariés du droit privé qui, à défaut de communication, s'expose à des poursuites disciplinaires (article L. 4113-10 du code de la santé publique).

Rappelons que la dissimulation de contrat constitue en soi un manquement déontologique (article 90 du code).

Cette obligation est instaurée pour permettre aux ordres de professions de santé de remplir leur mission de veiller au respect des règles déontologiques à travers la conformité des engagements contractés par les professionnels de santé.

L'obligation de communication pèse sur l'infirmier et non pas sur son employeur mais ils peuvent convenir que la communication sera assurée par ce dernier.

Les observations de l'ordre n'engagent pas les juridictions disciplinaires, civiles pénales ou administratives, qui peuvent toujours le considérer comme contraire à une ou plusieurs règles

déontologiques même si l'ordre donne un avis favorable. A noter que la communication à l'ordre du contrat conclu peut être suivie d'une modification si les observations de l'ordre vont dans ce sens.

L'obligation de communiquer les contrats à l'ordre affirmée par l'article 65 vise non seulement les contrats de travail mais aussi les contrats de location, d'achat ou de vente de matériel ou de locaux (v. art. L 4113-9 al. 2) de remplacement, de cession de cabinet. Tout contrat relatif à l'activité professionnelle de l'infirmier est ainsi concerné sauf s'il est conclu avec une personne physique et non avec une personne morale.

Un contrat conclu avec l'assurance maladie est concerné par l'obligation et doit donc être communiqué à l'ordre puisqu'il s'agit d'une institution de droit privé. Les projets de santé propres à un exercice collectif ou les protocoles ne sont en revanche pas des contrats.

La circonstance que l'activité libérale d'un infirmier soit nécessairement connue du président du conseil départemental de l'ordre ne le dispense pas de transmettre son contrat d'activité libérale (CE 31 mars 2014, n°358820). Les dispositions de l'article L. 6154-5 du code de la santé publique, qui prévoient qu'une commission d'activité libérale « *est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité* » n'ont ni pour objet ni pour effet d'exonérer les praticiens hospitaliers de cette obligation (CE 31 mars 2014, n°358821).

L'obligation de communication porte également sur les avenants et les renouvellements de contrats.

Le contenu du contrat reste libre quant aux contreparties et aux engagements respectifs des parties. Une partie en est parfois réglementée par des normes législatives ou réglementaires propres à un certain type de contrat mais l'ordre ne vérifie pas que ces règles sont respectées pour déterminer si le contrat est juridiquement valable. Il vérifie que le contrat est conforme aux règles déontologiques et, si elles existent, avec les clauses essentielles des contrats-types. L'ordre peut toutefois à cette occasion vérifier que les clauses ne sont pas contraires à l'ordre public, à la loi, qu'elles ne sont pas incohérentes, voire léonines, c'est-à-dire attribuant à une partie des droits très disproportionnés au regard de ses obligations. Comme le précise l'article L 4113-9 alinéa 8 du code de la santé publique, « *les dispositions contractuelles incompatibles avec les règles de la profession ou susceptibles de priver les contractants de leur indépendance professionnelle les rendent passibles de sanctions disciplinaires* ».

Les contrats-types et dont les prescriptions s'imposent aux signataires de contrats ayant pour objet l'exercice de la profession au sein d'entreprises, de collectivités ou d'institutions de droit privé, n'ont pas un caractère contractuel, mais constituent des actes réglementaires pouvant faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir devant la juridiction administrative (CE 13 mai 1987, n°13751). Les clauses contenues dans ces contrats s'imposent donc aux professionnels. Un avis déontologique favorable du conseil de l'ordre sur un contrat doit être regardé comme une simple réponse à une demande d'information, rendue dans le cadre de la mission générale confiée à l'ordre par la loi. Il ne peut donc pas être contesté devant un juge et n'a pas de conséquence directe (CE 25 oct. 2004, n°253214). Il a en revanche été admis qu'un avis défavorable du conseil départemental sur un contrat puisse être contesté devant le juge (CE 13 mai 1994, n°123026).

En revanche, le conseil de l'ordre ne peut à lui seul faire de la production du contrat ou de la justification de démarches en vue d'un recrutement le préalable à une inscription au tableau (CE 11 juill. 2012, n°346515).

L'infirmier ne communiquant pas son contrat risque une sanction disciplinaire qui par ailleurs peut être aggravée selon les circonstances. Le refus délibéré et systématique de communiquer au conseil départemental le contrat de travail le liant à une mutuelle, qui plus est en utilisant des « *manœuvres dilatoires* », destinées à gagner du temps, est contraire à l'honneur et à la probité. Le professionnel risque dans ce cas une sanction forte et est exclu du bénéfice d'une éventuelle amnistie (CE 16 juin 2000, n°196552).

66 - Contrat pour l'exercice au sein d'une structure de droit public

→ Article R4312-66

L'exercice habituel de la profession d'infirmier, sous quelque forme que ce soit, au sein d'une administration de l'Etat, d'une collectivité territoriale ou d'un établissement public fait l'objet d'un contrat écrit, hormis les cas où le professionnel a la qualité d'agent titulaire de l'Etat, d'une collectivité territoriale ou d'un établissement public ainsi que dans les cas où il est régi par des dispositions législatives ou réglementaires qui ne prévoient pas la conclusion d'un contrat.

L'infirmier est tenu de communiquer ce contrat au conseil départemental de l'ordre. Ce conseil peut, s'il le juge utile, transmettre pour avis les contrats ou avenants au conseil national. Les observations que cette instance aurait à formuler sont adressées par elle à l'autorité administrative intéressée et au professionnel concerné.

L'obligation de communication de contrats et des avenants à celui-ci concernent également les agents contractuels de l'une des trois fonctions publiques (hospitalière, territoriale, de l'Etat).

De la même manière que pour les infirmiers de secteur privé, les projets de contrats et d'avenant peuvent être transmis pour avis au conseil départemental ou interdépartemental de l'ordre des infirmiers qui peut, s'il l'estime nécessaire, saisir le Conseil national de l'ordre en vue d'un avis.
En effet, l'article 66 du code de déontologie applique aux structures de droit public les règles énoncées à l'article 65, avec quelques ajustements toutefois.

L'article 66 vise les personnes morales de droit public, ce qui inclut l'Etat, les régions, départements, municipalités et établissements publics. Sont exclus les établissements privés participant à l'exécution d'un service public, les entreprises publiques n'ayant pas la qualité d'établissement public.

L'article 66 vise par ailleurs les infirmiers exerçant au sein d'une de ces structures de manière habituelle. Le texte ne s'applique donc pas aux contrats occasionnels entre un professionnel libéral et une administration, concernant l'octroi d'un financement par exemple. Le texte s'applique cependant aux personnes qui exercent au sein d'une personne morale de droit public même à temps partiel, que le professionnel ait la qualité d'agent public ou de professionnel libéral. Tous les infirmiers sont potentiellement concernés quel que soit leur mode d'exercice, dès lors qu'ils n'interviennent pas ponctuellement. Le texte ne précise pas de durée minimale d'exercice.

Sont seuls exclus les infirmiers ayant la qualité d'agent titulaire de l'Etat, d'une collectivité territoriale ou d'un établissement hospitalier, c'est-à-dire qui sont rattachés à l'une des trois fonctions publiques, et ceux qui sont régis par des dispositions législatives ou réglementaires qui ne prévoient pas la conclusion d'un contrat. Pour les agents publics non titulaires, un contrat doit être établi par écrit, que l'agent soit recruté au sein de la fonction publique d'Etat (D. n°86-83, 17 janv. 1986, art. 4), de la fonction publique territoriale (D. n°88-145, 15 févr. 1988, art. 3) ou de la fonction publique hospitalière (D. n°91-155, 6 févr. 1911, art. 4). Seuls les vacataires employés par une personne de droit public pourraient ne pas avoir de contrat écrit. Ceux qui sont employés par une structure privée doivent obligatoirement avoir un contrat écrit en application de l'article 64 du code de déontologie et des règles du code du travail relatives au contrat à durée déterminée.

Le contrôle de l'ordre est identique à celui prévu par l'article 65. Le texte ne fait cependant aucune référence à des clauses essentielles prévues par des contrats-types. L'ordre ne peut dès lors imposer ces clauses dans les contrats de droit public.

67 - Équipements

→ Article R4312-67

L'infirmier dispose, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation adaptée et de moyens techniques pertinents pour assurer l'accueil, la bonne exécution des soins, la sécurité des patients ainsi que le respect du secret professionnel.

Il veille notamment à la stérilisation et à la décontamination des dispositifs médicaux qu'il utilise et à l'élimination des déchets de soins selon les procédures réglementaires.

Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes professionnels ou la sécurité des personnes examinées.

Le cabinet doit exister matériellement : le patient doit pouvoir, en fonction de ses besoins réels, choisir d'être soigné au cabinet aux heures de permanence prévues, ou à son domicile. En aucun cas, il ne peut s'agir d'un cabinet fictif car l'exercice forain de la profession d'infirmier est interdit (article 75 du code de déontologie).

La pertinence des moyens et le caractère adapté de l'installation ne sont pas appréciés uniquement au regard des actes professionnels de l'infirmier. L'activité professionnelle dans son ensemble est concernée, à savoir l'accueil, les soins, la sécurité des patients et le respect du secret professionnel.

Cette installation et ces moyens doivent permettre à l'infirmier d'assurer le respect des droits des patients.

Exemples jurisprudentiels

- Un cabinet d'infirmier doit disposer d'un accès à l'eau potable courante (CDNOI 3 févr. 2020, n°93-2019-00252).

- Ne constitue pas un lieu d'exercice adapté un local de 6 m2 sans point d'eau, sans plan de travail, sans table d'examen et n'étant pas accessible aux personnes à mobilité réduite. De même, le cabinet situé dans une ancienne salle de classe ne peut être regardé comme une installation adaptée et disposant de moyens techniques suffisants dès lors que cette salle, à laquelle des marches donnaient accès, ne disposait pas de lieu d'attente, pas de point d'eau et de sanitaires spécialement affectés et que le courrier professionnel ne parvenait à l'infirmière que par le canal du secrétariat de la mairie (CDNOI, 24 mars 2016, n°60-2015-00083).

- Le fait qu'un lieu d'exercice ne soit disponible qu'entre 7h et 8h le matin et après 19h le soir pour les soins infirmiers tandis qu'une orthophoniste délivre des prestations dans le même local entre 9h et 18h ne permet pas d'assurer l'accueil, la bonne exécution des soins et la sécurité des patients (CDNOI, 18 déc. 2017, n°54-2017-00172).

- Le fait de ne disposer d'aucun local professionnel et d'utiliser comme adresse de référence et comme boîte postale l'adresse d'un cabinet infirmier avec lequel la collaboration a cessé constitue une faute (CDPI Nord-Pas-de-Calais, 3 nov. 2017, n°59-2015-00053).

- La solution est la même si le cabinet ne dispose ni d'un évier, ni d'un lavabo,

ni encore d'un dispositif de stérilisation des matériels médicaux ou d'une table destinée à l'allongement des patients et enfin si l'entrée du cabinet ne fait pas état de la qualité d'infirmiers des collaborateurs (CDPI Ile-de-France 23 avr. 2019 n°93-2018-00087, 88, 89, 90 et 95).

Rien ne s'oppose par ailleurs à ce que deux infirmiers exercent dans le même local professionnel même s'ils n'exercent pas en tant que collaborateurs ou associés et que chacun dispose du local en tant que co-titulaire du bail. Il faut toutefois dans ce cas que les conditions d'accueil et d'hygiène soient réunies pour les patients, que le secret puisse être garanti et que l'exercice reste bien personnel et se fasse en toute indépendance. La salle d'attente d'un cabinet commun peut être commune aux patients des différents professionnels.

Un local partagé de 10m2 n'est toutefois pas suffisamment divisible en parties distinctes et ne permet pas de remplir ces conditions (CDPI Nouvelle Aquitaine 3 juill. 2019, n°33-2018-00099).

Le dernier alinéa rappelle que l'infirmier ne doit pas compromettre la qualité des soins et la sécurité des patients, particulièrement ici au regard des équipements qu'il utilise et plus largement des conditions dans lesquelles il exerce son activité. Ces conditions ne visent pas seulement l'hygiène (v. art. 37) et le bon accomplissement des actes mais aussi le caractère adapté des locaux et autres équipements. Ces derniers peuvent influencer la qualité des soins et la sécurité des patients.

68 - Exercice dans un même immeuble

→ Article R4312-68

Un infirmier ne doit pas s'installer dans un immeuble où exerce un autre infirmier sans l'accord de celui-ci ou, à défaut, sans l'autorisation du conseil départemental de l'ordre. Cette autorisation ne peut être refusée que pour des motifs tirés d'un risque de confusion pour le public. Le silence gardé par le conseil départemental vaut autorisation tacite à l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la réception de la demande.

L'infirmier ne peut décider unilatéralement de s'installer dans un immeuble où est déjà installé un autre infirmier. S'il souhaite le faire, il doit d'abord demander l'accord de l'infirmier qui était installé avant lui dans l'immeuble. L'infirmier déjà installé est libre de donner ou non son accord, il n'est pas juridiquement tenu de justifier sa décision.

Si celui-ci ne donne pas son accord, l'infirmier souhaitant s'installer peut alors, et seulement à ce moment-là, demander l'autorisation du conseil départemental de l'ordre. En l'absence d'accord, seule l'autorisation du conseil départemental de l'ordre compétent, sollicité par un infirmier, au vu de l'appréciation de l'ensemble des circonstances, permet au conseil de l'ordre de déroger à l'interdiction de s'installer dans l'immeuble où exerce déjà un autre infirmier, qu'il soit l'ancien associé ou un infirmier concurrent (CDNOI 2 mars 2020, n°42-2019-00266).

La décision de refus du conseil départemental doit être justifiée par un risque de confusion entre les infirmiers dans l'esprit du public. Le risque de confusion ne peut résulter, sauf circonstances particulières, du seul fait que deux ou plusieurs praticiens exercent dans le même immeuble. Un tel risque ne peut notamment être caractérisé si les praticiens exerçant dans le même immeuble sont situés à des étages différents et desservis par deux entrées distinctes (CE 12 mars 1999, n°184166). Si en revanche les personnes ne disposent pas d'indications permettant de distinguer les deux professionnels, le risque de confusion peut être caractérisé.

Si le conseil départemental n'a pas rendu de décision dans un délai de deux mois suivant la réception

de la demande, celle-ci doit être considérée comme acceptée.

Le refus par le conseil départemental doit être motivé. Une décision de refus opposée à une demande quelle qu'elle soit doit faire l'objet d'une motivation suffisante en fait et en droit conformément à l'article L 211-2 du code des relations entre le public et l'administration et à l'article R.4312-92 du CSP.

Le conseil départemental doit dans ce cas donner des éléments précis expliquant pourquoi il existe un risque de confusion. Si ces éléments font défaut, le tribunal administratif peut annuler le refus du conseil départemental. Le refus peut également être annulé si les éléments retenus par le conseil départemental ne sont pas considérés comme suffisants pour caractériser un risque de confusion.

La décision du conseil départemental peut être contestée devant le conseil national.

Décisions jurisprudentielles

- En premier lieu l'accord de l'infirmier ne peut être implicite. Il doit être expressément exprimé (CNOI, 27 sept. 2017). Ainsi, le seul fait qu'aucune clause de non-installation dans le même immeuble n'ait figuré au contrat qui liait deux associés ne saurait en lui-même valoir accord pour une réinstallation dans le même immeuble (en ce sens CE, 27 juill. 1990, n° 106889).

- Les autorités ordinales ne doivent pas se borner à examiner si un professionnel (en l'espèce un chirurgien-dentiste) exerce déjà dans l'immeuble dans lequel l'installation est sollicitée mais doit examiner si cette demande peut être justifiée par les besoins de la santé publique (CE, 29 mai 1992, n° 126014) ;

68.1- Informations diffusées au public

I. - L'infirmier est libre de communiquer au public, par tout moyen, y compris sur un site internet, des informations de nature à contribuer au libre choix du praticien par le patient, relatives notamment à ses compétences et pratiques professionnelles, à son parcours professionnel et aux conditions de son exercice. Cette communication respecte les dispositions en vigueur et les obligations déontologiques définies par le présent chapitre. Elle est loyale et honnête, ne fait pas appel à des témoignages de tiers, ne repose pas sur des comparaisons avec d'autres infirmiers ou établissements et n'incite pas à un recours inutile à des actes de prévention ou de soins. Elle ne porte pas atteinte à la dignité de la profession et n'induit pas le public en erreur.

II. - L'infirmier peut également, par tout moyen, y compris sur un site internet, communiquer au public ou à des professionnels de santé, à des fins éducatives ou sanitaires, des informations scientifiquement étayées sur des questions relatives à sa discipline ou à des enjeux de santé publique. Il formule ces informations avec prudence et mesure, en respectant les obligations déontologiques, et se garde de présenter comme des données acquises des hypothèses non encore confirmées.

III. - Les communications mentionnées au présent article tiennent compte des recommandations émises par le conseil national de l'ordre.

Un nouvel article 68-1 inséré dans le code de déontologie infirmier par le décret n°2020-1660 du 22 décembre 2020 remplace l'interdiction de la publicité, qui disparaît de l'article 76 du code, par un principe de libre communication d'informations. L'article 68-1 apporte des précisions sur le contenu de cette liberté et ses limites.

L'infirmier peut ainsi communiquer différentes informations d'ordre professionnel pour que les patients puissent décider librement s'ils souhaitent recourir à ses services. L'article liste de manière

non-exhaustive les domaines concernés par la libre communication. Le texte laisse plusieurs possibilités aux infirmiers. Tout d'abord des informations peuvent être diffusées pour favoriser le libre choix du patient par tout moyen, notamment sur un site internet. Ensuite, le texte dispose que ces informations peuvent porter sur les compétences de l'infirmier, ses pratiques professionnelles, son parcours professionnel et les conditions de son exercice (à domicile, en société, etc…).

L'article liste de manière non-exhaustive les domaines concernés par la communication. Il pourra notamment s'agir des compétences et pratiques professionnelles de l'infirmier, de son parcours professionnel et des conditions de son exercice.

Comme l'a affirmé le Conseil d'Etat dans une étude de mai 2018 sur les règles applicables aux professionnels de santé en matière de publicité, afin de répondre aux attentes légitimes de la population, il est souhaitable que les professionnels de santé puissent diffuser publiquement des informations supplémentaires sur leurs compétences et pratiques professionnelles :

- Professionnel respectant ses obligations de formation continue et se formant aux nouvelles pratiques ;
- Spécialités ou sur-spécialités : par exemple les « *pratiques avancées* » avec spécialisation en conseil et éducation thérapeutique ou soins du diabète ;
- Actes et soins les plus couramment pratiqués ;
- Participation à la permanence et à la continuité des soins ;
- Certifications diverses, gages de qualité des soins.
- Le curriculum-vitae du praticien, incluant le parcours professionnel et l'âge, le lieu d'obtention du diplôme ainsi que, le cas échéant, les décorations, sur la base d'un document type établi par les ordres ;
- Les langues étrangères éventuellement parlées ou comprises ;
- Le numéro d'inscription à l'ordre et autres éléments d'identification.
- Les conditions matérielles d'accès au cabinet, notamment pour les personnes handicapées ;
- Les types d'équipements disponibles au sein du cabinet, y compris l'utilisation éventuelle de logiciels de prescription des produits de santé ;
- La géolocalisation des lieux et la disponibilité des interventions en ville et, le cas échéant, dans un hôpital ou une clinique.

Ces informations sont autorisées parce qu'elles permettent au patient d'exercer son libre choix, conformément à l'article L 1110-8 du code de la santé publique.

Le Conseil d'Etat recommande en revanche de ne pas retenir :

- Les diplômes non contrôlés
- Le nombre d'actes réalisés (source d'interprétations et d'ambiguïtés)
- Evaluations ou notations faites par des patients (trop ambigües et peu fiables)
- Comparatifs tarifaires sur les dispositifs médicaux.

Le professionnel doit veiller à respecter certaines limites issues d'autres devoirs déontologiques. C'est ce que précise la suite de l'article 68-1.

Tout d'abord, la communication doit être loyale et honnête. Elle ne doit pas être contraire au devoir de bonne confraternité de l'article 25. L'infirmier ne doit pas profiter de la diffusion d'informations pour dénigrer un confrère ou divulguer des informations inexactes. Il ne peut non plus chercher à procéder à un détournement de clientèle, prohibé par l'article 61 du code de déontologie. Le texte de l'article 68-1 ajoute que l'infirmier ne peut pas faire appel à des témoignages de tiers, ne peut pas procéder à des comparaisons avec d'autres infirmiers ou des établissements et ne doit pas inciter le public à recourir à des actes de soins ou de prévention inutiles, c'est-à-dire non justifiés par leur état de santé. Elle ne doit pas porter atteinte à la dignité de la profession, ce qui rejoint l'interdiction

de tout acte de nature à déconsidérer la profession formulée à l'article 9 du code de déontologie. Il s'agit notamment d'éviter que l'infirmier n'utilise la liberté d'informer pour pratiquer sa profession comme un commerce (v. commentaires sous art. 76).

L'article 68-1, §2 affirme également le principe de liberté de communication d'informations sur des questions relatives à la discipline de l'infirmier ou à des enjeux de santé publique. Ces informations peuvent être diffusées au cours d'actions ayant une fin éducative ou sanitaire sur tout support et au public ou à des professionnels. L'infirmier doit cependant là encore respecter les autres devoirs déontologiques et particulièrement le devoir de prudence affirmé par l'article 44 du code de déontologie ainsi que l'article 82 relatif à l'interdiction de détournement de patientèle et de concurrence déloyale.

Il ne doit ainsi pas divulguer que des informations scientifiquement étayées et non de simples hypothèses, sauf s'il les présente comme telles. Il ne doit dès lors pas présenter comme des données acquises de la science des informations qui ne le sont pas. Les informations communiquées devront être objectives et présenter une utilité lors du choix du patient de son infirmier. L'article 68-1, III du code de déontologie précise que l'infirmier doit tenir compte des recommandations émises par le conseil national de l'ordre.

69 - Informations diffusées par annuaires

→ Article R4312-69

I. - L'infirmier est autorisé à faire figurer dans les annuaires à usage du public, quel qu'en soit le support :

1° Ses nom, prénoms et adresse professionnelle, les modalités pour le joindre, les jours et heures de consultation ;

2° Sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie ;

3° Ses titres, diplômes et fonctions reconnus par le conseil national de l'ordre et ses distinctions honorifiques reconnues par la République française.

Il peut également mentionner d'autres informations utiles à l'information du public en tenant compte des recommandations émises en la matière par le conseil national de l'ordre. Les sociétés d'exercice en commun de la profession peuvent se faire connaître dans les mêmes conditions.

II. - Il est interdit à l'infirmier d'obtenir contre paiement ou par tout autre moyen un référencement numérique faisant apparaître de manière prioritaire l'information le concernant dans les résultats d'une recherche effectuée sur l'internet.

L'article 69 du code de déontologie prévoit une liste non exhaustive d'informations que l'infirmier peut faire figurer sur un annuaire à destination du public. Le support de cet annuaire importe peu puisque le texte s'applique à tous.

En plus de cette liste, qui n'est pas limitative, l'infirmier peut mentionner d'autres informations mais il doit tenir compte des recommandations de l'ordre en la matière et il faut que ces informations soient utiles à l'information du public. Pour informer le public de l'existence de son activité, notamment de son cabinet, l'infirmier peut diffuser des informations sur différents supports (annuaire papier, annuaire web, annuaire spécialisé, site internet etc.) et selon différentes modalités de diffusion. Cet article complète l'article R.4312-56 du code de la santé publique qui fixe les informations que

peuvent contenir les documents professionnels et les feuilles d'ordonnances de l'infirmier ou de la société d'exercice libéral ou de la société civile professionnelle de l'infirmier.

Faire figurer la société civile immobilière dont l'infirmière est gérante à la rubrique relative aux infirmières libérales de l'annuaire téléphonique revient à multiplier les entrées relatives au cabinet, qui y figurait déjà dans une autre rubrique (CDNOI, 9 nov. 2016, n°91-2015-000100) et pourrait être considéré comme un procédé commercial.

L'article 69, §2 du code de déontologie ajoute que l'infirmier ne peut obtenir un référencement numérique en contrepartie d'un paiement pour faire apparaître en priorité des informations le concernant en cas de recherche effectuée sur internet. Si la publicité n'est plus interdite, la profession infirmière ne doit toujours pas être pratiquée comme une profession commerciale (v. art. R 4312-76 CSP). Un référencement payant sur internet peut conduire à tromper le patient et par ailleurs manquer au devoir de bonne confraternité. Il est dès lors interdit. Un référencement gratuit opéré à des fins commerciales est également interdit.

70 - Plaques professionnelles

→ Article R4312-70

L'infirmier peut faire figurer sur une plaque à son lieu d'exercice ses nom, prénoms, numéros de téléphone, jours et heures de consultation et sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie. Il peut également mentionner ses titres, diplômes et fonctions reconnus par le Conseil national de l'ordre.

Une plaque peut être apposée à l'entrée de l'immeuble et une autre à la porte du cabinet. Lorsque la disposition des lieux l'impose, une signalisation intermédiaire peut être prévue. Ces indications doivent être présentées avec discrétion. L'infirmier tient compte des recommandations émises par le conseil national de l'ordre relatives aux plaques professionnelles et à tout autre élément de signalétique des cabinets.

Une signalétique spécifique à la profession, telle que définie par le Conseil national de l'ordre, peut être apposée sur la plaque ou sur la façade.

Comme d'autres textes relatifs aux informations diffusées par un infirmier, l'article 70 a été modifié par le décret du 22 décembre 2020. Ce texte concerne les plaques professionnelles qui peuvent être apposées sur le lieu d'exercice de l'infirmier. La plaque professionnelle, bien que non obligatoire, permet à l'infirmier de signaler l'emplacement de son cabinet. Le code de déontologie en règlemente l'usage pour éviter les abus tendant à assimiler la profession à une activité commerciale.

Le texte prévoit de manière limitative les informations qui peuvent figurer sur les plaques professionnelles : nom, prénoms, numéros de téléphone, jours et heures de consultation, situation vis-à-vis de l'assurance maladie, titres, diplômes et fonctions reconnus par le Conseil national de l'ordre. Le texte prévoit que l'infirmier peut utiliser deux plaques, l'une à l'entrée du cabinet, l'autre à la porte. S'il est nécessaire d'orienter davantage les patients, une signalisation intermédiaire peut être ajoutée.

L'article 70 ne précise plus les dimensions maximales des plaques professionnelles. Il prévoit toutefois que les indications figurant sur cette plaque doivent être présentées avec discrétion. La signalisation du cabinet, notamment par l'intermédiaire des plaques, n'est pas destinée à rendre le cabinet voyant mais à informer le public au mieux (v. commentaires sous art. 76).

Dans certains cas (difficulté d'accès, homonymie, manque de visibilité depuis la voie publique, etc.), une signalisation complémentaire peut être nécessaire. L'objet de cette signalisation est seulement de permettre aux patients de s'orienter et de repérer un cabinet isolé ou mal desservi. Si aucune dimension précise n'est imposée, cela ne signifie pas une absence de limites et de restrictions concernant ces signalisations qui doivent être raisonnables et discrètes.

71 - Annonces dans la presse

→ Article R4312-71

Lors de son installation ou d'une modification de son exercice, l'infirmier peut publier sur tout support des annonces en tenant compte des recommandations émises par le conseil national de l'ordre.

La possibilité de diffuser des annonces dans la presse a été considérablement élargie par le décret n°2020-1660 du 22 décembre 2020. Le nombre d'annonces n'est plus limité et l'article 71 du code de déontologie prévoit désormais que l'infirmier peut publier des annonces sur tout support soit lors de son installation soit lorsqu'il change d'exercice. Les annonces ne peuvent être faites qu'à ces moments-là. La modification d'un exercice doit s'entendre comme toute nouvelle installation, reprise d'un cabinet, transfert ou changement de titulaire, départ d'un infirmier (titulaire ou collaborateur), mise en place d'un site internet. Si l'interdiction de faire une annonce publicitaire a disparu, il faut là encore rappeler que l'annonce est avant tout faite pour informer le public de l'arrivée ou du départ d'un infirmier. Les recommandations du conseil national de l'ordre doivent être prises en compte pour éviter que les annonces ne dérivent en objet de promotion commerciale, notamment quant à leur contenu.

L'article indiquant les noms, coordonnées, adresse, horaires, prestations des membres d'un cabinet d'infirmiers, figurant dans un magazine d'informations municipales et rédigé par le service communication de la municipalité pour informer les administrés ne constitue pas une faute (CDPI Ile-de-France 14 mars 2013, n°92-2012-00008). Par ailleurs, des apparitions dans les médias ou dans la presse écrite ne sont pas contraires aux règles déontologiques dès lors que les déclarations de l'infirmier font état d'informations objectives et qui ne méconnaissent pas l'ensemble des devoirs déontologiques, à savoir : l'obligation de respecter le secret professionnel, le devoir de bonne confraternité ou encore l'interdiction de concurrence déloyale et de détournement de patientèle.

Les publications devront se faire dans le mois qui suit la modification d'exercice.

72 - Lieu d'exercice

→ Article R4312-72

I. - Le lieu d'exercice de l'infirmier est celui de la résidence professionnelle au titre de laquelle il est inscrit au tableau du conseil départemental de l'ordre.

II. - Si les besoins de la population l'exigent, un infirmier peut exercer son activité professionnelle sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle habituelle, lorsqu'il existe dans le secteur géographique considéré une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patients ou à la continuité des soins. L'infirmier prend toutes dispositions pour que soient assurées sur tous ces sites d'exercice, la qualité, la sécurité et la continuité des soins.

III. - La demande d'ouverture d'un lieu d'exercice distinct est adressée au conseil départemental dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée par tout moyen lui conférant date certaine. Elle est accompagnée de toutes informations utiles sur les besoins de la population et les conditions d'exercice. Si celles-ci sont insuffisantes, le conseil départemental demande des précisions complémentaires. Le conseil départemental au tableau duquel l'infirmier est inscrit est informé de la demande lorsque le site distinct se trouve dans un autre département. Le silence gardé par le conseil départemental sollicité vaut autorisation implicite à l'expiration d'un délai de trois mois à compter de la date de réception de la demande ou de la réponse au supplément d'information demandé.

IV. - L'autorisation est personnelle et incessible. Il peut y être mis fin si les conditions fixées aux alinéas précédents ne sont plus réunies.

V. - Les recours contentieux contre les décisions de refus, de retrait ou d'abrogation d'autorisation ainsi que ceux dirigés contre les décisions explicites ou implicites d'autorisation ne sont recevables qu'à la condition d'avoir été précédés d'un recours administratif devant le conseil national de l'ordre.

L'article 72 du code de déontologie prévoit l'obligation pour l'infirmier d'exercer son activité au lieu de sa résidence professionnelle mais il prévoit dans le même temps la possibilité d'une dérogation pour exercer sur un deuxième site et la procédure nécessaire pour l'obtenir.

72.1 - Le lieu d'exercice

L'infirmier doit exercer son activité au lieu de la résidence professionnelle. Celle-ci correspond au lieu qui a été déclaré comme résidence professionnelle lors de l'inscription au tableau de l'ordre. Tout infirmier ne pouvant être inscrit que sur une seule liste départementale (art. L 4311-15 al. 10 CSP), il en découle que l'infirmier n'a qu'un seul lieu d'exercice permanent.

72.2 - L'exercice sur plusieurs sites

L'obligation pour un infirmier de n'être que sur une seule liste départementale ne limite pas géographiquement les possibilités d'exercice (art. L 4311-15 al. 10 CSP). L'article 72 prévoit en outre la possibilité d'exercer sur plusieurs sites, c'est-à-dire de disposer de plusieurs résidences professionnelles, si certaines conditions sont remplies. L'article 72-II prévoit que l'infirmier peut exercer son activité sur un ou plusieurs sites distincts si les besoins de la population l'exigent. Le texte précise que ces besoins se manifestent par une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patients ou à la continuité des soins. Le texte vise à répondre à la désertification de certaines zones géographiques. Il peut également répondre à des nécessités liées aux équipements techniques ou à la coopération de différents professionnels.

Pour caractériser une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patients, il est possible d'insister sur deux éléments qui sont en premier lieu la densité de praticiens dans la zone géographique considérée au regard de la population concernée et en second lieu la distance existante entre le lieu où le praticien souhaite ouvrir un lieu d'exercice distinct et le cabinet le plus proche d'un praticien déjà installé. Il est ainsi possible de démontrer qu'il existe une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patients lorsque la zone considérée présente une faible densité en infirmiers au regard de ce qui est constaté en moyenne en France ou lorsque tout simplement il n'existe aucun infirmier dans la commune dans laquelle l'autorisation est sollicitée et que l'infirmier le plus proche exerce à une distance importante pour la population.

Le Conseil d'Etat a par exemple jugé, s'agissant d'un ophtalmologue, que celui-ci pouvait être autorisé à exercer sur un site distinct de sa résidence professionnelle parce que le département concerné présentait l'une des densités en ophtalmologues les plus faibles de France, que la commune où se trouvait le deuxième site ne comptait aucun ophtalmologue, et que l'ophtalmologue le plus proche du site distinct autorisé exerçait à environ trente kilomètres de distance. Le Conseil d'Etat a constaté également que l'ophtalmologue serait en mesure de répondre aux urgences et d'assurer la qualité, la sécurité et la continuité des soins, exigences qui étaient compatibles, dans les circonstances de l'espèce, avec la distance d'environ quarante-cinq kilomètres séparant les communes où il exerçait (CE, 19 oct. 2011, n°333854).

L'autorisation d'exercer sur plusieurs sites distincts ne doit être sollicitée par un infirmier que s'il souhaite exercer sur plusieurs sites à titre libéral. Un infirmier salarié dans un établissement de santé et souhaitant exercer une activité libérale en parallèle n'est pas considéré comme exerçant sur plusieurs sites. De même un professionnel libéral n'a pas à demander une autorisation pour exercer sur un site distinct dans la cadre d'un groupement de coopération sanitaire (CE, 2 mars 2020, n°418219). L'infirmier collaborateur libéral de deux infirmiers qui exerce sur deux sites distincts, doit obtenir une autorisation du conseil départemental pour pouvoir exercer sur plusieurs sites dès lors qu'il est considéré comme un infirmier installé.

L'article 72 ne limite ni le nombre de sites distincts ni le périmètre géographique des sites d'exercice. Mais aussi bien pour obtenir son autorisation que pour éviter de manquer à ses devoirs déontologiques, l'infirmier doit veiller à garantir la même qualité et sécurité des soins sur tous les sites. Aucun d'entre eux ne doit être privilégié ou défavorisé. Il doit également assurer la continuité des soins partout. Une distance importante entre les différents lieux d'exercice peut être un obstacle important au maintien de la qualité, de la sécurité et de la continuité des soins.

72.3 - La demande faite au conseil départemental

Si le conseil départemental estime ne pas disposer d'information suffisante à l'examen de la demande, il peut solliciter des renseignements complémentaires sur différents points. Cela peut concerner notamment la description des besoins de la population (nombre d'habitants, nombre de naissances, moyens de transport ….), la description de l'offre de soins (nombre d'infirmiers en cabinet, en établissement de soins public ou privé, l'éloignement des cabinets, si la zone est « *sur-dotée* » ou « *sous-dotée* », …), la description de l'installation (locaux, moyens en matériel disponible, travail en association, collaboration, …), le temps consacré sur les différents sites et les dispositions prises pour assurer la continuité des soins et, le cas échéant, la réponse aux urgences, la teneur et les dispositions du contrat conclu ou devant être conclu pour exercer dans le lieu d'exercice distinct.

L'autorisation est personnelle et incessible. Cela signifie qu'elle n'est délivrée qu'à un seul infirmier. Si des infirmiers exercent en association ou en collaboration, ils ne peuvent partager cette autorisation et doivent la demander individuellement s'ils souhaitent chacun exercer sur plusieurs sites. Chacun devra alors adresser individuellement une demande d'exercice sur sites distincts. L'autorisation éventuellement accordée ne le sera pas pour tous mais pour chacun individuellement ou, si tous ne remplissent pas les conditions nécessaires, à un ou certains d'entre eux uniquement. Est sans objet, le recours contre une décision d'abrogation d'autorisation d'exercer en site distinct d'un IDE qui se prévaut de l'autorisation de site distinct de ses associées au motif que « *L'autorisation [d'exercer en un site distinct] est personnelle et incessible.* » (CNOI, 10 juin 2019, n°34-2019-CS).

L'autorisation ne peut être cédée, même gratuitement, y compris lorsque l'infirmier vend son cabinet.

L'autorisation est accordée à l'infirmier sans limitation dans le temps. Le conseil départemental pourra néanmoins y mettre fin ultérieurement si les conditions qui ont prévalu lors de l'autorisation ne sont plus réunies (CNOI 24 janv. 2019, n°25-2018-CS). L'installation récente d'un ou plusieurs infirmiers dans la zone où un infirmier a obtenu une autorisation d'exercice sur site distinct pourrait

amener par exemple le conseil départemental à abroger cette autorisation. En cas d'abrogation de son autorisation, le conseil départemental doit en informer l'infirmier et l'inviter à présenter ses observations.

Le recours contre la décision de refus du conseil départemental doit être exercé dans les deux mois suivant la réception de la décision du conseil départemental.

Le silence gardé par le conseil départemental vaut autorisation implicite à l'expiration d'un délai de trois mois à compter de la date de réception de la demande ou de la réponse au supplément d'information demandé. Ainsi, le recours d'un infirmier est irrecevable dès lors que cette dernière a déjà acquis implicitement, conformément à l'article L.231-1 du code des relations entre le public et l'administration, qu'il appartient, dès lors, au conseil concerné, s'il l'estime nécessaire, de mettre fin à cette autorisation dans les conditions prévues par l'article R.4312-72 du code de la santé publique (CNOI, 11 avril 2018, n°05-2018-CS ; CNOI, 9 avril 2018, n°07-2018-CS). Les recours contentieux contre les décisions de refus, de retrait ou d'abrogation d'autorisation ainsi que ceux dirigés contre les décisions explicites ou implicites d'autorisation ne sont recevables qu'à la condition d'avoir été précédés d'un recours administratif devant le conseil national de l'ordre. L'infirmier souhaitant faire un recours contentieux contre une décision d'abrogation ou de refus de son autorisation d'exercice en site distinct devra donc d'abord exercer un recours devant l'ordre national des infirmiers avant d'intenter un recours devant une juridiction administrative.

73 - Contrats d'exercice libéral

→ Article R4312-73

I. - Tout contrat ou avenant ayant pour objet l'exercice de la profession est établi par écrit. Toute association ou société à objet professionnel fait l'objet d'un contrat écrit. Ces contrats doivent respecter l'indépendance de chaque infirmier.

II. - Les contrats et avenants mentionnés au I sont communiqués au conseil départemental de l'ordre dont l'infirmier relève. Ce conseil vérifie leur conformité avec les principes du présent code de déontologie ainsi que, s'il en existe, avec les clauses essentielles des contrats types établis par le conseil national. Le conseil départemental de l'ordre peut, s'il le juge utile, transmettre pour avis les contrats ou avenants, statuts d'association ou de société, au conseil national.

III. - Tout contrat d'association ou de société ayant un objet professionnel entre un ou plusieurs infirmiers d'une part, et un ou plusieurs membres de professions de santé ou toute autre personne, d'autre part, est communiqué au conseil départemental de l'ordre. Celui-ci le transmet avec son avis au conseil national qui examine si le contrat est compatible avec les lois en vigueur, avec le code de déontologie et notamment avec l'indépendance des infirmiers.

IV. - Les projets de convention ou de contrat établis en vue de l'application du présent article peuvent être communiqués au conseil départemental de l'ordre, qui fait connaître ses observations dans le délai d'un mois.

V. - L'infirmier signe et remet au conseil départemental une déclaration aux termes de laquelle il affirme sur l'honneur qu'il n'a passé aucune contre-lettre relative au contrat ou à l'avenant soumis à l'examen du conseil.

L'article 73 prévoit l'obligation d'établir un contrat écrit et de communiquer tout contrat ayant pour objet l'exercice libéral de la profession infirmière au Conseil départemental au tableau duquel il est inscrit. Le texte précise que ces obligations concernent également les contrats d'association et de sociétés à objet professionnel. Son champ d'application ne se limite cependant pas à ces contrats et l'article 73 concerne ainsi tout contrat visant un professionnel libéral, notamment de collaboration ou de remplacement.

Les dispositions de l'article 73 relatives à l'obligation de communiquer les contrats sont identiques à celles de l'article 65 (v. commentaire sous ce texte). La seule circonstance que le conseil départemental n'ait pas fait d'observations sur un contrat n'est pas de nature à dégager un professionnel partie au contrat de sa responsabilité (v. p. ex. CDPI Aquitaine, 20 janv. 2017, n°33-2016-00052 : contrat empêchant les autres collaborateurs de se constituer une patientèle personnelle).

L'article 73 contient toutefois une particularité. Comme pour tout autre contrat, le conseil départemental ayant reçu un contrat peut demander son avis au conseil national. Il s'agit en principe d'une simple faculté. En revanche lorsque le contrat est un contrat d'association ou de société conclu entre un ou plusieurs infirmiers et un ou plusieurs professionnels de santé ou d'autres personnes, le conseil départemental est tenu de communiquer le contrat au conseil national. Ce dernier vérifie alors que le contrat respecte les lois en vigueur, le code de déontologie et particulièrement la préservation de l'indépendance professionnelle du ou des infirmiers qui sont partie au contrat.

74- Exercice en commun

→ Article R4312-74

Dans les cabinets regroupant plusieurs infirmiers exerçant en commun, quel qu'en soit le statut juridique, l'exercice de la profession doit rester personnel. Chaque infirmier garde son indépendance professionnelle.

L'infirmier respecte le droit que possède toute personne de choisir librement son infirmier. L'infirmier peut utiliser des documents à en-tête commun de l'association ou de la société dont il est membre. Le signataire doit être identifiable et son adresse mentionnée.

74.1 - Un exercice personnel et indépendant

Les infirmiers libéraux peuvent exercer en commun au sein d'un cabinet, et ce sous diverses formes. Un contrat de collaboration ou de société peut être conclu, dans le but de clarifier certaines modalités de fonctionnement en commun et de faire entrer l'exercice en commun dans un régime juridique parfois organisé par des textes spécifiques. Même en l'absence de contrat, les juridictions disciplinaires peuvent également reconnaître l'existence d'une association ou d'une collaboration de fait, essentiellement dans des litiges relatifs au devoir d'entretenir une bonne confraternité entre infirmiers.

Ce devoir est en effet essentiel au bon fonctionnement d'un exercice en commun (v. commentaires sous art. 25). A l'inverse, même s'il est intitulé « *contrat d'exercice en commun* », un document dans lequel deux infirmières attestent assurer en commun leurs activités d'infirmières dans un local ne peut pas être considéré comme un contrat d'exercice en commun s'il ne précise pas les conditions de l'exercice en commun, notamment en termes d'organisation du temps de travail et du respect de l'indépendance professionnelle (CDNOI, 14 oct. 2016, n°64-2015-00097).

L'objet de l'article 74 est de réaffirmer la personnalisation de l'activité infirmière dans un exercice

libéral. Cela signifie naturellement que l'exercice de la profession infirmière est et doit rester personnel, y compris dans le cadre d'un exercice en commun comme l'affirme l'article 74 en premier lieu. Des infirmiers exerçant en commun peuvent toutefois procéder à un partage d'honoraires lorsqu'ils perçoivent une rémunération forfaitaire par patient (art. L 4312-15 CSP).

Quoi qu'il en soit, chaque infirmier doit suivre les patients qu'il a commencé à suivre et uniquement ceux-ci. Il ne peut en confier le suivi à un autre infirmier du même cabinet, à moins que le patient n'ait donné son accord à ce changement, ce qui se pratique notamment concernant des patients atteints de maladie chronique justifiant des soins plusieurs fois par jour. Sous cette même réserve, il ne peut pas non plus assurer la prise en charge d'un patient initialement pris en charge par un collaborateur ou associé.

L'exercice personnel n'empêche cependant pas l'infirmier de recourir à un infirmier remplaçant dans les conditions et limites fixées aux articles 83 à 87 du code de déontologie.

Comme tout infirmier (v. art. 6), l'infirmier libéral exerçant en commun doit conserver son indépendance professionnelle. L'indépendance porte sur les actes professionnels, dans l'exercice desquels l'infirmier doit agir personnellement sans avoir à suivre des directives de la part d'un associé ou collaborateur. S'agissant d'infirmiers libéraux, la préservation de l'indépendance professionnelle implique également d'éviter toute subordination d'un infirmier à un autre dans les modalités d'organisation de l'exercice en commun.

- Un important déséquilibre dans la détention des parts sociales au profit d'un infirmier, l'impossibilité de choisir ou refuser la clientèle, l'impossibilité d'établir les feuilles de soins et de percevoir les règlements d'honoraires illustrent une contradiction entre l'exercice en commun et l'indépendance professionnelle (CDNOI, 12 juin 2012, n°33-2011-00010).

- L'absence de maîtrise de l'emploi du temps, du lieu de travail et du choix des patients sont également des indices qui peuvent s'ajouter à des éléments de dépendance économique pour contredire l'indépendance professionnelle (CE, 19 juin 2012 n°359537).

- La position dominante d'un membre du cabinet lui assurant le pouvoir d'établir le planning, le pouvoir exclusif de donner son accord à la conclusion par un autre infirmier d'un contrat de remplacement, le pouvoir exclusif d'exclure un infirmier, l'obligation pour les collaborateurs de signer un contrat avec une société dont l'infirmier est l'associé unique pour avoir accès aux matériels et fournitures nécessaires à l'exercice de leur profession encourent le même reproche (CDPI Ile-de-France, 19 mai 2017, n°75-2016-00062).

L'indépendance professionnelle d'un infirmier n'est plus suffisamment protégée lorsque la collaboration l'empêche de se constituer une clientèle personnelle. Il peut en être ainsi lorsque le contrat contient une clause de non-concurrence dont le périmètre est excessif eu égard à la charge de travail déjà très importante au sein du cabinet (10 kilomètres par exemple : CDPI Bretagne 4 mars 2019, n°29-2018-00005).

74.2 - La liberté de choix des patients

L'article L 1110-8 du code de la santé publique ne peut être plus clair sur l'importance du libre choix puisqu'il prévoit que « *Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, est un principe fondamental de la législation sanitaire* ».

L'alinéa 2 l'affirme alors lui aussi nettement, la liberté des patients de choisir leur infirmier doit être respectée et le non-respect de cette liberté rejoint bien souvent le manquement au devoir de bonne confraternité. En application de ce texte, le respect d'une procédure loyale et de bonne foi d'un partage de la patientèle entre infirmiers associés dans le strict respect du libre choix constitue un devoir déontologique (CDNOI 20 janv. 2020, n°01/38-2019-00261).

Applications :

- Un formulaire de choix de l'équipe soignante délivré aux patients ne peut affecter le libre choix par les patients de leur infirmier s'il est rédigé de manière neutre (CDNOI, 2 nov. 2017, n°13-2016-00149). C'est le cas d'un formulaire dans lequel les patients certifient « *avoir pris connaissance de la séparation immédiate* » de deux infirmières ayant collaboré dans le même cabinet et prendre « *connaissance de leur téléphone respectif* ». Il est regrettable que le formulaire ait été diffusé à l'initiative d'une seule des deux infirmières mais au regard de son contenu, il ne constitue pas un manquement au devoir de bonne confraternité (CDNOI, 9 juin 2015, n°03-2014-00064).

- En revanche, le fait d'imposer de manière unilatérale et sans concertation confraternelle une liste de patients réputés revenir à l'associé de fait au moment de la rupture des relations constitue un manquement au devoir de bonne confraternité (CDNOI 15 mai 2019, n°13-2018-00214). Ce procédé constitue par ailleurs un détournement de patientèle (ibid).

- La diffusion d'un formulaire de choix est également fautive si les patients y déclarent ne plus vouloir être suivis par la collaboratrice évincée (CDPI Rhône-Alpes, 5 avr. 2012, n°38-2011-14).

La rupture doit être signifiée clairement au patient aussi bien en amont qu'à l'issue de celle-ci. Il sera notamment conseillé de résilier la ligne téléphonique d'exercice commun et d'ouvrir une ligne d'usage personnel. Il faut dans le même temps permettre aux patients et au professionnel quittant une collaboration ou une association d'assurer correctement la transition.

Un infirmier ne peut subitement arrêter le transfert d'appel vers la ligne téléphonique d'une consoeur dans un contrat d'exercice en commun suite à l'annonce de son intention de rompre le contrat et refuser d'afficher la séparation et les nouvelles coordonnées de l'infirmière partante dans la salle d'attente (CDNOI, 14 oct. 2016, n°11/66-2015-00096).

De même lorsqu'une associée fait couper l'électricité et la ligne téléphonique du cabinet commun sans en informer l'autre associée parce que le cabinet n'était plus occupé, elle manque à son devoir de confraternité (CDNOI, 14 oct. 2016, n°90-2015-00090).

Le principe fondamental du droit du patient au libre choix empêche tout professionnel de se prévaloir d'un droit de propriété sur sa patientèle mais il ne s'oppose pas à ce qu'un infirmier demande une contrepartie financière à la présentation à un autre professionnel des patients qui sont attachés à lui ou au groupement dont il fait partie (CDPI Aquitaine, 19 mai 2017, n°33-2016-00057).

Quant à l'insistance d'un professionnel à vouloir suivre un patient qui ne le souhaite plus, que cette insistance se manifeste auprès d'un confrère ou du patient, elle constitue une atteinte à l'obligation de respecter le libre choix du patient (CE 4 déc. 2013, n°356479).

75 - Exercice forain

→ Article R4312-75

L'exercice forain de la profession d'infirmier est interdit. Toutefois des dérogations peuvent être accordées par le conseil départemental de l'ordre dans l'intérêt de la santé publique.

Tout infirmier est tenu de disposer d'un local professionnel, même pour les infirmiers qui n'exercent qu'au domicile des patients ou en grande majorité. Cette obligation vise déjà à s'assurer que l'infirmier dispose d'une installation permettant de recevoir ses patients dans des conditions d'hygiène et d'accueil suffisantes (v. art. 37 et 67). Cela permet également de rappeler que l'infirmier doit veiller à être joignable et disponible pour ses patients.

L'infirmier peut installer son lieu d'exercice professionnel à son domicile mais il faut dans ce cas que le local professionnel corresponde à une pièce distincte de la maison et qu'il s'agisse d'une installation adaptée, conformément aux articles 37 et 67 du code de déontologie, comportant un point d'eau, une salle d'attente distincte de la salle de soins, une table de soins et un bureau.

- En dehors du domicile, le local professionnel peut être acheté ou loué par un bail commercial ou professionnel. La production d'un bail professionnel relatif à un nouveau local peut montrer que l'exercice n'est pas forain même si l'adresse professionnelle n'est mise en ligne que plus tard (CDNOI, 14 oct. 2016, n°64-2015-00097).

- L'utilisation erronée d'une adresse professionnelle d'un cabinet alors que l'infirmière ne dispose pas d'un contrat d'association ou de collaboration régulièrement établi avec l'ensemble des associés de cette structure ne représente pas non plus une faute contraire à l'article 75 (CDPI Ile-de-France 22 mars 2019, n°93-2018-00086).

Un intérêt de santé publique peut justifier qu'un infirmier exerce sur plusieurs sites distincts et dispose pour cela de différents lieux d'exercice (v. art. 72). Il faut distinguer cette possibilité de l'exercice forain qui, lui, signifie que l'infirmier n'a pas de local professionnel propre. Néanmoins l'exercice forain peut lui aussi être autorisé par le conseil départemental dans l'intérêt de la santé publique. Le conseil départemental compétent est celui du lieu d'inscription au tableau. Pour autoriser l'exercice forain, la définition de l'intérêt de santé publique est laissée à la libre appréciation du conseil départemental, sous le contrôle du conseil national si un recours est exercé. Une décision du Conseil national de l'ordre des infirmiers adoptée le 27 novembre 2020 et modifiée le 13 janvier 2021 autorise les infirmiers libéraux inscrits au tableau de l'ordre, et le temps que durera l'état d'urgence sanitaire, à exercer dans tout lieu autre que ceux dans lesquels ils exercent habituellement après déclaration auprès du représentant de l'Etat dans le département. Cette dérogation n'est valable que dans les activités de lutte contre la Covid 19 par le biais de la dispensation des tests de dépistage de la Covid 19 sous toutes leurs formes. Cette autorisation porte également sur l'acte de vaccination anti Covid 19. L'infirmier doit continuer à respecter toutes ses obligations déontologiques, notamment l'interdiction d'exercer sa profession dans un local commercial et dans tout local où sont mis en vente des médicaments ou des appareils ou produits ayant un rapport avec son activité professionnelle (v. art. 77 du code de déontologie).

La souscription d'une simple adresse de domiciliation constitue un manquement à l'interdiction d'exercice forain. L'utilisation d'un local mis de temps à autre à la disposition de l'infirmier par un autre professionnel est également fautive car contraire à l'article 75.

Selon l'article 7 de l'avenant n°6 de la convention nationale des infirmiers libéraux, l'infirmier qui souhaite s'installer en libéral doit faire connaître son lieu d'exercice professionnel et doit disposer

d'un cabinet professionnel adapté et pourvu de moyens techniques suffisants pour assurer l'accueil, la bonne exécution des soins et la sécurité des patients. Le patient doit en effet pouvoir choisir s'il souhaite faire effectuer des soins au cabinet ou à son domicile. Le patient choisit non seulement le professionnel auquel il s'adresse mais aussi cette modalité de prise en charge.

C'est pourquoi, la CPAM dispose d'un droit de regard sur les cabinets des infirmiers libéraux conventionnés.

76 - Interdiction de pratiquer la profession comme un commerce

→ Article R4312-76

La profession d'infirmier ne doit pas être pratiquée comme un commerce.

La modification de l'article 76 du code de déontologie infirmier est peut-être la plus sensible et la plus centrale de toutes celles apportées par le décret n°2020-1660 du 22 décembre 2020. L'interdiction de procéder à de la publicité disparaît en effet du texte. Désormais l'article 76 prévoit simplement que la profession infirmière ne doit pas être pratiquée comme un commerce. La Cour de justice de l'Union Européenne a certes affirmé que la directive 2005/29/CE du 11 mai 2005 sur les pratiques commerciales déloyales ne s'oppose pas à une législation nationale qui protège la santé publique et la dignité d'une profession de santé en interdisant de manière générale et absolue toute publicité relative à des prestations de soins et, d'autre part, en fixant certaines exigences de discrétion en ce qui concerne les enseignes de cabinets (CJUE, 4 mai 2017, aff. C-339/15).

Néanmoins, dans la même décision, la Cour de justice a également décidé que la directive 2000/31/CE du 8 juin 2000 sur le commerce électronique s'oppose à une législation nationale qui interdit de manière générale et absolue toute publicité relative à des prestations de soins par voie électronique, y compris au moyen d'un site Internet créé par un professionnel. Des évolutions des règles déontologiques avaient ensuite été proposées par le Conseil d'Etat dans une étude diffusée en mai 2018 pour adapter les codes de déontologie des professionnels de santé à cette jurisprudence européenne, aux évolutions des pratiques et aux nécessités d'information des patients.

Bien que l'interdiction de la publicité en tant que telle ait disparu du code de déontologie infirmier, il serait excessif d'affirmer que la publicité est autorisée de manière générale. Il est davantage possible aujourd'hui pour les infirmiers de diffuser des informations au public mais il n'est pas non plus autorisé de recourir à toute forme de publicité au sens commercial du terme car il est toujours interdit de pratiquer la profession d'infirmier comme un commerce, conformément à ce que prévoit expressément l'article 76 du code de déontologie. L'information prodiguée par l'infirmier doit être claire, précise, loyale, honnête et non comparative afin de ne pas entacher la confiance placée par le patient dans le professionnel et la profession en général.

A Les pratiques déjà prohibées comme commerciales

L'infirmier peut prendre contact avec un patient dans le cadre de son suivi mais il ne doit le faire que dans l'intérêt du patient. Il ne peut reprendre contact systématiquement avec ses patients sans que cela ne soit justifié par la prise en charge.

Cette interdiction de pratiquer la profession comme un commerce se retrouve dans d'autres dispositions du code de déontologie, telles que l'interdiction pour un praticien de conclure avec d'autres infirmiers libéraux des contrats en vue de procéder à son remplacement pour une durée

indéterminée sans toutefois s'abstenir de toute activité professionnelle infirmière pendant la période de remplacement (v. art. 84).

La participation à un site internet dispensant sous la supervision du professionnel des conseils personnalisés moyennant la souscription d'abonnements payants est également assimilée à une pratique commerciale de la profession (CE 15 mars 2017, n°395398).
De même l'infirmier tenant un cabinet et qui demande à ses collaborateurs des redevances dont le montant n'est pas lié au montant réel des charges exposées pour permettre l'exercice par les infirmiers collaborateurs de leur profession pratique sa profession comme un commerce (CDPI Ile-de-France 20 avr. 2018, n°75-2017-00071 et 72).

L'exercice de la profession comme un commerce peut se rattacher au conflit d'intérêts, par exemple lorsque deux infirmiers sont associés d'une société ayant pour activité la vente de produits de santé. Ils sont considérés comme fautifs dès lors que cette qualité d'associé implique par elle-même une participation à l'activité de cette société, qu'ils statuent sur les comptes et l'affectation des bénéfices de la société et peuvent ainsi décider de se distribuer des dividendes. Ils ne peuvent invoquer la circonstance qu'ils ne se sont versés aucun dividende dès lors que la valeur de leurs parts est susceptible de croître avec le développement de l'activité de la société (CDPI Hauts de France, 28 déc. 2018, n°59-2015-00059 et 00063).

B Les évolutions concernant la publicité

La publicité consiste à faire la promotion d'une prestation de services ou d'un produit, ce qui peut en effet conduire à orienter les patients sans que les informations qui leur sont données soient complètes ou suffisamment objectives. De manière générale, le Conseil d'Etat estime que les procédés publicitaires prohibés consistent dans la mise à disposition du public par un praticien ou sans que celui-ci ne s'y soit opposé, d'une information qui ne se limite pas à un contenu objectif et qui vise à promouvoir auprès de patients éventuels l'activité au titre de laquelle ce praticien est inscrit au tableau de l'ordre (CE 21 janv. 2015, n°362761).

La publicité n'est plus interdite en tant que telle mais l'infirmier doit éviter de recourir à des procédés promotionnels comme le ferait tout commerçant. L'objectif des évolutions du code de déontologie apportées par le décret du 22 décembre 2020 est d'apporter davantage d'informations aux patients pour éclairer leur choix. Mais l'infirmier ne doit pas pour autant chercher à attirer leur attention et à les influencer par des considérations autres que les soins en eux-mêmes et les compétences du professionnel. L'étude publiée par le Conseil d'Etat en mai 2018 peut être particulièrement utile pour faire la distinction entre les procédés d'information autorisés et ceux qui seront interdits comme des procédés commerciaux. La jurisprudence rendue antérieurement au décret du 22 décembre 2020 peut également rester en partie applicable et fournir quelques exemples utiles encore aujourd'hui.

L'article 68-1 du code de déontologie infirmier créé par le décret du 22 décembre 2020 affirme un principe général de libre communication des informations destinées à permettre le libre choix du patient. Ce principe n'est pas sans limites (v. commentaires sous l'article 68-1). Et même si l'interdiction générale de la publicité a disparu, la diffusion d'informations aux patients est limitée notamment par l'article 76 et l'interdiction d'utiliser des procédés commerciaux qu'édicte ce texte Il était déjà permis qu'un répertoire édité par une commune recense « *les ressources sanitaires de proximité disponibles dans le ressort de la municipalité afin d'informer les résidents sur lesdites ressources et mentionnant à ce titre le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du centre médical privé dans lequel exerce le praticien* » (CE, 29 nov. 2006, n°281202). Ce type d'informations ne sera toujours pas assimilé à un procédé commercial.

Parmi les procédés voyants et prohibés peuvent aussi figurer les véhicules employés par les infirmiers pour faire leur tournée, par exemple l'utilisation de véhicules trop voyants (CDPI Languedoc-Roussillon 9 févr. 2012, n°30-1100005).

La signalisation du cabinet : La signalisation des cabinets est non seulement encadrée par l'article 70 du code de déontologie mais peut également constituer un procédé commercial prohibé par l'article 76.

- Le fait pour des infirmiers d'installer à leur ancienne adresse professionnelle une plaque signalant leur nouvelle adresse ne constitue pas une faute (CDNOI, 30 sept. 2015, n°54-2015-00071).
- Des inscriptions sur plusieurs véhicules et sur la vitrine du cabinet, particulièrement voyantes et de nature à attirer l'œil, confèrent aux locaux une apparence commerciale et doivent dès lors être évitées (CDPI Bretagne, 17 nov. 2017, n°29.2016.00006). Il en est ainsi par exemple de l'utilisation d'une enseigne lumineuse ou de l'apposition d'une croix monumentale sur la façade de l'immeuble (CE 15 déc. 1993, n°128214).
- L'aposition d'une guirlande clignotante sur le domicile privé d'une infirmière en raison des fêtes de noël n'a en revanche pas un caractère commercial (CDNOI, 17 sept. 2018, n°55/88-2017-00178).

Les sites internet : Un site Internet est assimilé aux autres supports d'information prévus par le code de déontologie. Dans ses recommandations antérieures au décret du 22 septembre 2020, l'Ordre national des infirmiers a déjà pu insister sur le fait que l'Ordre ne labellise aucun service proposant des outils destinés à améliorer la visibilité des infirmiers sur internet. De même le référencement préférentiel reste prohibé. Il est interdit de créer un site internet pour faire la publicité d'un produit par exemple, ou pour vanter les « *petits plus* » du cabinet, la « *réactivité* » et la « *rapidité* » des interventions des infirmières, l'« *efficacité* », la « *disponibilité* »… (CDPI Bretagne, 17 nov. 2017, n°29.2016.00006). Interdites auparavant comme des procédés publicitaires, de telles pratiques devraient toujours être interdites au titre de l'interdiction de pratiquer la profession comme un commerce.

Le Conseil d'Etat a par ailleurs recommandé, dans son étude de 2018 sur les règles applicables aux professions de santé en matière de publicité, de ne pas publier sur un site internet des informations relatives :

- Au nombre d'actes réalisés
- Aux évaluations ou notations faites par des patients, considérées par le Conseil comme peu fiables et trop ambigües
- A des comparatifs tarifaires sur les dispositifs médicaux.

77 - Interdiction d'exercer dans un local commercial

→ Article R4312-77

Il est interdit à un infirmier d'exercer sa profession dans un local commercial et dans tout local où sont mis en vente des médicaments ou des appareils ou produits ayant un rapport avec son activité professionnelle.

L'interdiction d'exercer dans un local commercial est une conséquence directe de l'interdiction d'exercer la profession comme un commerce. Elle vise à éviter qu'une confusion soit créée dans l'esprit des patients qui ne doivent pas pouvoir assimiler l'infirmier à un commerçant. L'interdiction concerne également l'exercice dans un local où sont mis en vente des médicaments ou des produits qui sont liés à l'activité professionnelle de l'infirmier. L'infirmier peut exercer dans un local tenu et aménagé par une entreprise ou une autre structure. Mais l'article 77 doit être respecté dans tous les cas, ainsi que tous les devoirs déontologiques, notamment ceux relatifs au caractère adapté des

locaux.

La convention nationale des infirmiers libéraux prévoit que pour donner lieu à remboursement sur la base des tarifs conventionnels, les soins ne doivent pas être effectués au sein d'un local à finalité commerciale ou partagé avec des personnes exerçant une activité commerciale, en dehors des cas de traitement à domicile.

78 - Mandat électif-fonction administrative

→ Article R4312-78

Il est interdit à un infirmier qui remplit un mandat électif ou une fonction administrative d'en user pour accroître sa clientèle.

Un infirmier peut avoir d'autres activités d'ordre professionnel que celle d'infirmier à condition de respecter certaines limites imposées par le code de déontologie (v. art. 55). Il ne doit cependant pas s'en servir comme un moyen de faire venir à lui d'éventuels patients. Il ne doit ainsi pas utiliser une autorité ou un pouvoir que des fonctions administratives pourraient lui procurer, dans un syndicat ou une association par exemple. Un trésorier ne pourrait promettre une cotisation réduite pour un adhérent qui lui apporterait des patients ou qui déciderait de s'adresser à lui pour sa prise en charge par exemple.

Les fonctions électives, qu'elles s'exercent pour une autorité publique ou au sein d'une personne morale de droit privé (syndicat, association, instances ordinales,…) ne doivent pas davantage viser cet objectif. La visibilité médiatique que peut offrir un mandat électif ne doit pas non plus être utilisée comme un procédé commercial pour attirer des patients.

L'interdiction ne vise pas uniquement une pratique habituelle mais aussi des actes ponctuels. Un acte isolé, qu'il s'agisse d'une pression ou de la promesse d'un avantage, peut constituer une faute.

SECTION 5

Règles relatives aux différents modes d’exercice

79 - Consultation d'un confrère

→ Article R4312-79

L'infirmier propose la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent. Il accepte celle qui est demandée par le patient ou son entourage. A l'issue de la consultation, et avec le consentement du patient, le confrère consulté informe par écrit, le cas échéant par voie électronique, l'infirmier traitant de ses constatations, conclusions et prescriptions éventuelles.

Lorsque les avis de l'infirmier consulté et de l'infirmier traitant diffèrent profondément, ce dernier avise le patient. Si l'avis de l'infirmier consulté prévaut auprès du patient ou de son entourage, l'infirmier traitant est libre de cesser les soins. L'infirmier consulté ne doit pas, de sa propre initiative, au cours du traitement ayant motivé la consultation, convoquer ou réexaminer le patient.

Tout infirmier doit proposer la consultation d'un médecin ou d'un professionnel compétent lorsqu'il l'estime nécessaire, en application de l'article 40 du code de déontologie. Ce dernier prévoit la consultation de tout type de professionnel. L'article 79 quant à lui impose à l'infirmier de consulter un autre infirmier dès que les circonstances l'exigent, pour inciter à une bonne collaboration au sein de la profession dans l'intérêt du patient.

La consultation aura lieu suite à une proposition spontanée faite au patient ou suite à une demande du patient. Dans ce dernier cas, l'infirmier est tenu d'accepter la demande du patient. Le confrère consulté n'est pas tenu de répondre favorablement.

Les circonstances qui exigent la consultation d'un autre infirmier peuvent se rapporter à un manque de compétence sur un ou des actes que l'infirmier n'est pas accoutumé ou pas habilité à effectuer. Elles peuvent viser tout simplement une incertitude face à laquelle l'infirmier doit être capable d'admettre qu'il a besoin d'un autre avis. Ce type de situation peut notamment se présenter lorsque l'infirmier agit dans le cadre de son rôle propre. Il faut rappeler que, s'il a un doute ou un besoin d'informations complémentaires sur une prescription médicale, l'infirmier doit contacter en priorité le médecin prescripteur avant de contacter un autre professionnel, conformément à l'article 42 du code de déontologie.

Le fait de s'abstenir pendant de nombreuses années de consulter un ou des tiers compétents pour évaluer l'évolution de l'état d'un patient peut constituer une faute au regard de la gravité de l'affection et de la durée de la période en cause. Le Conseil d'Etat est très clair sur ce point avec les médecins (CE, 20 mars 2017, n°390889) et dans le cadre de leurs compétences, une telle obligation s'applique également aux infirmiers.

Les résultats de la consultation du confrère doivent être communiqués par celui-ci à l'infirmier traitant. L'infirmier traitant est l'infirmier qui avait initialement accepté la prise en charge du patient et qui doit continuer à en assurer le suivi. L'information délivrée par l'infirmier consulté doit porter à la fois sur les constatations, conclusions et sur les prescriptions éventuelles, dans la limite des compétences infirmières. Il n'est pas nécessaire d'établir un protocole.

Si l'infirmier traitant suit l'avis du confrère consulté, il restera responsable personnellement de ses actes. Si les avis de l'infirmier traitant et de l'infirmier consulté divergent profondément, l'infirmier traitant doit informer le patient de cette divergence. Le patient pourra alors choisir s'il suit l'avis de l'infirmier consulté ou de l'infirmier traitant. Si le patient choisit de se conformer à l'avis de l'infirmier consulté, l'infirmier traitant peut arrêter de fournir des soins au patient. Il s'agit d'un cas licite de refus de continuer les soins, conforme dès lors à l'article 12 du code de déontologie. La rupture ne doit

pas être brutale cependant et l'infirmier traitant doit non seulement rester correct avec le patient et l'informer qu'il peut s'adresser à l'infirmier consulté ou à d'autres. Il n'est pas nécessaire cependant qu'il s'assure que l'infirmier consulté acceptera de prendre en charge le patient avant de cesser ses soins. Il doit respecter l'article 12 et présenter d'autres noms d'infirmiers au patient.

L'infirmier consulté de son côté ne doit pas profiter de cette consultation pour attirer à lui les patients de l'infirmier traitant. Il ne doit ainsi pas réexaminer le patient ou le convoquer à nouveau de sa propre initiative. Cela pourrait être assimilé à un détournement de clientèle (v. art. 61) et, par là même, à un manquement au devoir de bonne confraternité (v. art. 25).

80 - Tarifs et honoraires

→ Article R4312-80

Les honoraires de l'infirmier non conventionné doivent être fixés avec tact et mesure. Ils ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués.

L'infirmier se conforme aux dispositions des articles L. 1111-3-2 et L. 1111-3-3 en ce qui concerne l'information du patient sur les frais afférents à ses prestations et aux conditions de prise en charge et de dispense d'avance de ces frais. Il veille à l'information préalable du patient sur le montant des honoraires.

L'infirmier qui présente son activité au public, notamment sur un site internet, doit y inclure une information sur les honoraires pratiqués, les modes de paiement acceptés et les obligations posées par la loi pour permettre l'accès de toute personne à la prévention ou aux soins sans discrimination. L'information doit être claire, honnête, précise et non comparative.

Pour l'application des deux précédents alinéas, l'infirmier tient compte des recommandations du conseil national de l'ordre.

L'infirmier n'est jamais en droit de refuser des explications sur sa note d'honoraires. Aucun mode de règlement ne peut être imposé au patient. Lorsque des infirmiers collaborent entre eux ou coopèrent avec d'autres professionnels de santé, leurs notes d'honoraires doivent être personnelles et distinctes.

80.1 - Montant des honoraires

La convention nationale des infirmiers libéraux prévoit que l'infirmière peut appliquer un dépassement d'honoraires dans les deux situations suivantes :

- Circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade (DE).
- Lorsque le déplacement n'est pas prescrit (DD). Elle indique le motif du dépassement sur la feuille de soins (DE ou DD) et en avertit l'assuré dès le début des soins.

En application de la convention, l'infirmier ne peut dans tous les cas demander au patient des honoraires qui ne soient pas fixés avec tact et mesure, c'est-à-dire en considération des capacités financières du patient, du temps passé et de la complexité de l'acte ou du soin dispensé et les exigences éventuelles du patient. L'article 80 ne mentionne cette limite que pour les infirmiers non conventionnés mais elle s'applique concrètement à tous les infirmiers.

- Le tact et la mesure dans les honoraires est une notion large qui peut désigner des dépassements systématiques (CE, 9 déc. 1994, n°114650), répétés malgré les mises en garde (CE, 29 juill. 1996, n°129484), excessifs par rapport aux tarifs opposables (CE, 29 juill. 2002, n°215321 : honoraires supérieurs de 10 fois aux tarifs conventionnels ; CE, 18 févr. 1977, n°00557 : honoraires six fois supérieurs aux tarifs conventionnels).

- Ces constats seront pondérés par les circonstances de l'espèce : la notoriété du professionnel, la nature des soins dispensés ou encore les difficultés de l'intervention et les honoraires pratiqués par d'autres professionnels placés dans des conditions similaires (CE, 19 mai 1993, n°102132). Un nombre élevé de consultations et visites non justifié par l'état de santé du patient et à des tarifs élevés également non justifiés par le secteur d'exercice et la notoriété conduit dans l'ensemble à un dépassement du tact et de la mesure exigés d'un professionnel (CE 4 déc. 2013, n°356479).

Un devoir d'économie s'impose également aux infirmiers. L'article L 162-12-1 du code de la sécurité sociale prévoit en effet que les infirmiers doivent accomplir leurs actes « *en observant la plus stricte économie compatible avec l'exécution des prescriptions* ». L'infirmier doit veiller à ne pas faire les choix les plus coûteux pour l'assurance maladie et pour le patient. Le Conseil d'Etat a considéré que ce devoir d'économie n'empêchait pas en soi les dépassements d'honoraires (CE 30 nov. 2005, n° 278291) mais le tact et la mesure doivent dans tous les cas être respectés.

80.2 - Informations, moyen de paiement

Toute personne a droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais (art. L 1111-3 CSP).

Cette information est gratuite et, concernant les infirmiers libéraux, est notamment donnée par affichage dans les lieux de réception des patients, par devis préalable au-delà d'un certain montant (art. L 1111-3-2 CSP). « *Lorsque l'acte inclut la fourniture d'un dispositif médical sur mesure, le devis normalisé comprend de manière dissociée le prix de vente de chaque produit et de chaque prestation proposés, le tarif de responsabilité correspondant et, le cas échéant, le montant du dépassement facturé et le montant pris en charge par les organismes d'assurance maladie. Le professionnel de santé remet par ailleurs au patient les documents garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés, en se fondant le cas échéant sur les éléments fournis par un prestataire de services ou un fournisseur (art. L 1111-3-2, II CSP)*».

Pour tenir compte des évolutions concernant la diffusion d'informations par les infirmiers, notamment sur internet, l'article 80 du code de déontologie a été modifié par le décret n°2020-1660 du 22 décembre 2020. Désormais l'information sur les frais ne doit plus seulement être effectuée dans les lieux où le patient est reçu mais sur tout support préalable au rendez-vous, notamment au moment où ce rendez-vous est pris. Le seul affichage au cabinet n'est pas suffisant car l'activité principale des infirmiers libéraux se réalise au domicile des patients. L'alinéa 3 de l'article 80 du code de déontologie va même plus loin car il précise que, lorsque l'infirmier présente son activité au public, notamment sur un site internet, il doit donner des informations sur les honoraires pratiqués, les modes de paiement acceptés et les obligations posées par la loi pour permettre l'accès aux soins sans discriminations. Cette information doit être claire, honnête, précise et ne pas contenir de comparaison avec les tarifs pratiqués par d'autres professionnels. Les infirmiers devront tenir compte des recommandations émises par le Conseil national de l'ordre sur ces points.

Cette information peut ne pas suffire au patient et si celui-ci demande des explications sur sa note d'honoraires, l'infirmier est tenu d'y répondre. L'infirmier ne peut pas par ailleurs refuser un moyen

de paiement, qu'il s'agisse des espèces, du chèque ou du paiement par carte bancaire s'il dispose d'une installation adéquate. Il ne peut pas non plus refuser de délivrer un reçu au patient.

81 - Fraude tarifs

→ Article R4312-81

Sont interdits toute fraude, tout abus de cotation ou indication inexacte portant sur les actes effectués.

Les infirmiers doivent être rigoureux lorsqu'ils indiquent quels actes ils ont effectué dans les documents adressés aux patients et aux organismes d'assurance maladie. Peuvent être sanctionnées les fraudes, les cotations abusives et les indications inexactes. Ces dernières désignent des indications qui ne correspondent pas à la réalité des actes accomplis. La fraude vise les cas où l'infirmier cherche, de manière générale, à tromper le patient ou l'assurance maladie, voire les deux. L'abus de cotation enfin correspond à un classement des actes dans une catégorie de la nomenclature générale des actes professionnels qui ne correspond pas à la réalité des actes effectués.

Ces trois types de faute, très proches, concernent la correspondance entre les tarifs appliqués et les actes réalisés. Les litiges se rapportant aux fraudes et abus sont soumis à une formation spécifique qui est la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance (art. L 145-5-1 c. séc. soc.). Les recours éventuels contre la décision rendue seront portés devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire nationale. La section des assurances sociales peut prononcer les sanctions suivantes (art. L 145-5-2 c. séc. soc.) :

1° L'avertissement ;

2° Le blâme, avec ou sans publication ;

3° L'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux ;

4° Dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé, même s'il n'est prononcé aucune des sanctions prévues aux 1° à 3°.

Pour les mêmes faits, la chambre disciplinaire de l'ordre peut également être compétente, dans sa formation commune et non la section des assurances sociales. Mais dans ce cas, si les deux formations de la chambre disciplinaire prononcent une sanction, ces sanctions ne sont pas cumulables. Seule la sanction la plus lourde sera alors mise à exécution (art. L 145-5-2 c. séc. soc.). Par ailleurs, un infirmier ne peut engager une procédure disciplinaire contre son associé en application de l'article 81 s'il n'a pas subi de préjudice en raison d'un système qu'il connaissait avant même son intégration au sein du cabinet (CDPI PACA-Corse 9 oct. 2018, n°18-003).

La chambre disciplinaire nationale de l'ordre des infirmiers affirme clairement que « *Toute fraude massive et délibérée au préjudice de l'assurance maladie ruine la confiance entre professionnels de santé et organismes de sécurité sociale dont jouissent les assurés sociaux pour le bénéfice de la santé publique* » (CDNOI 16 janv. 2020, n°92-2019-00249 ; CDNOI 3 févr. 2020, n°93-2019-00252).

Selon le Conseil d'Etat, les honoraires abusifs, au sens de l'article L. 145-2 du code de la sécurité sociale, désignent ceux qui sont réclamés pour un acte facturé sans avoir jamais été réalisé, pour un acte surcoté, pour un acte réalisé dans des conditions telles qu'alors même qu'il a été effectivement

pratiqué, il équivaut à une absence de soins, ou encore ceux dont le montant est établi sans tact ni mesure. La pratique par l'intéressé d'un nombre significativement excessif de cotations journalières d'AIS 3 par exemple peut être constitutive d'un abus d'honoraires. « *La section des assurances sociales saisie doit déterminer si ce nombre global d'actes effectués par l'intéressé au cours d'une même journée révèle la cotation d'actes fictifs, ou d'actes effectués dans des conditions telles qu'ils équivalent à une absence de soins, constitutifs par suite d'un abus d'honoraires pouvant donner lieu à reversement de sa part aux organismes de sécurité sociale. Dans l'affirmative, il lui appartient de prononcer la sanction de reversement, le cas échéant en la fixant selon des modalités différentes de celles proposées par la caisse primaire d'assurance maladie* » *(CE 8 nov. 2017, n°398480).*

Illustrations jurisprudentielles

- Une infirmière ayant adhéré à la convention ne saurait faire valoir, pour justifier des facturations d'actes non réalisés et de déplacements non effectués qu'elle ignorait les règles de cotation et de facturation et ne peut pas davantage se contenter pour cela de critiquer ces règles même si elle les estimait inadaptées à sa pratique (CDPI Aquitaine, 3 juin 2016, n°33-2015-00046).

- Des milliers d'actes et majorations fictifs ayant fait naître un préjudice de plusieurs dizaines de milliers d'euros au détriment de la caisse d'assurance maladie ne peuvent, au regard par ailleurs de l'expérience professionnelle de l'infirmier, qu'être considérés comme des actes intentionnels (CDPI Ile-de-France 23 avr. 2019, n°93-2018-00087, 88, 89, 90, 95 et 10 juill. 2019, n°93-2018-00091 à 94).

Sans aller jusqu'à des fraudes d'une telle ampleur, concernant par exemple les actes infirmiers de soins (AIS), il peut être reproché à un professionnel notamment de ne pas rester assez longtemps avec le patient ou de coter dans une catégorie d'AIS des actes qui n'en relèvent pas. Il est souhaitable de conserver toutes pièces justificatives des soins donnés dans l'éventualité d'un contrôle de la CPAM. En cas de doute sur le sens de la prescription médicale, notamment si l'infirmier a un doute sur le type d'acte tel qu'il est désigné par la NGAP, il vaut mieux reprendre contact avec le médecin.

Concernant une infirmière condamnée pénalement pour escroquerie suite à des facturations abusives, la chambre disciplinaire peut tenir compte du temps dont l'infirmière avait disposé pour se familiariser avec la NGAP depuis son installation, l'infirmière ne pouvant quant à elle faire valoir des erreurs de logiciel ou une insuffisance de formation à laquelle elle aurait dû d'ailleurs avoir recours, ni le fait que la CPAM ne l'ait pas avertie de ses erreurs (CDNOI, 11 juill. 2017, n°33-2016-00132).

82 - Concurrence déloyale

→ Article R4312-82

Tous procédés de concurrence déloyale et notamment tout compérage, commission, partage d'honoraires et détournement de clientèle sont interdits à l'infirmier sous réserve des dispositions de l'article L. 4312-15 relatives aux infirmiers exerçant en commun leur activité et percevant, de ce fait, une rémunération forfaitaire par patient.

Le droit français ne comporte aucune disposition générale indiquant quels sont les actes de concurrence déloyale. En matière commerciale, ils recouvrent généralement :

- Le dénigrement (v. art. 25) ;
- La désorganisation d'un concurrent, par exemple en débauchant un ou plusieurs de ses salariés ;

- Le fait de profiter de l'activité d'un autre professionnel, par exemple lorsqu'un infirmier crée une confusion dans l'esprit des patients à son profit ;
- Le rattachement fictif à un nom de cabinet.

La définition donnée en droit commercial de la concurrence déloyale comprend obligatoirement une faute ayant causé un préjudice à un concurrent. Dans le domaine déontologique, seule la faute est nécessaire pour engager la responsabilité disciplinaire de l'infirmier. Les procédés de concurrence déloyale se rapprochent souvent d'un manquement à un autre article du code de déontologie.

Cas jurisprudentiels

- La distribution par une infirmière de cartes de visite aux patients d'une infirmière qu'elle remplaçait et indiquant à cette occasion le lieu de sa future installation constitue un procédé de concurrence déloyale par tentative de détournement de clientèle (CDPI Hauts de France 13 févr. 2019, n°59-2016-0062).

- Les clauses d'un contrat constituent un élément précieux pour apprécier l'existence d'une concurrence déloyale. Suite à la rupture d'un contrat d'exercice en commun, l'installation à proximité de l'ancien cabinet au mépris d'une clause du contrat prévoyant l'interdiction de s'installer dans un rayon de 20km et dans une zone sur-dotée au sens de la convention nationale des infirmiers rend impossible l'agrément d'un successeur par l'infirmière restante et constitue dès lors une concurrence déloyale et une atteinte à la bonne confraternité (CDNOI, 9 juin 2015, n°64-2014-00058) .

- La concurrence déloyale n'est en revanche pas caractérisée lorsqu'une infirmière remplaçante distribue des cartes de vœux à la patientèle en indiquant qu'elle n'avait pas pu dire au revoir aux patients malgré elle sans faire état de ses différends avec sa consoeur remplacée et sans mentionner sa nouvelle installation (CDPI Nord-Pas-de-Calais 20 sept. 2012, n°59-2012-00012).

83 - Remplacement

→ Article R4312-83

Un infirmier ne peut se faire remplacer que temporairement par un confrère avec ou sans installation professionnelle. Dans ce dernier cas, et sans préjudice des règles relatives à l'assurance-maladie, le remplaçant doit être titulaire d'une autorisation de remplacement, pour une durée d'un an renouvelable, délivrée par le conseil départemental de l'ordre auquel il est inscrit.

L'infirmier remplaçant ne peut remplacer plus de deux infirmiers en même temps, y compris dans une association d'infirmiers ou un cabinet de groupe. Tout contrat de remplacement est transmis, par l'infirmier remplaçant et l'infirmier remplacé, au conseil départemental ou aux conseils départementaux auxquels ils sont inscrits.

83.1 - Caractères du remplacement

La garantie de la loyauté entre professionnels et envers plusieurs autres acteurs du système de santé nécessite un encadrement du remplacement d'un professionnel libéral.

Le remplacement ne peut être que temporaire, comme l'affirme l'article 83 alinéa 1er.

Ce même texte permet à un infirmier indisponible de se faire remplacer par un infirmier déjà installé ou par un infirmier qui ne dispose pas d'une installation professionnelle mais d'une autorisation de remplacement. L'article L 4311-15 alinéa 6 du code de la santé publique le confirme puisqu'il prévoit que « *l'infirmier n'ayant pas de résidence professionnelle peut être autorisé par le conseil départemental de l'ordre des infirmiers, et pour une durée limitée, renouvelable dans les mêmes conditions, à remplacer un infirmier* ». L'infirmier remplaçant peut n'avoir aucun lieu d'exercice puisqu'il utilisera le cabinet de l'infirmier remplacé, malgré l'interdiction de l'exercice forain posée à l'article 75. Le cas du remplacement constitue ainsi une dérogation à l'obligation de disposer d'un lieu d'exercice fixe et identifiable. Cette dérogation est destinée à faciliter les remplacements. Pour ce faire, l'infirmier remplaçant doit disposer d'une autorisation de remplacement d'un an renouvelable délivrée par le conseil départemental de l'ordre (CNOI, 29 nov.2018,19-2018-Remp).

L'infirmier remplaçant doit être inscrit au tableau de l'ordre (CNOI, 21 sept. 2018, n°14-2018-Remp - refus d'une aututorisation pour une IDE non-inscrite au tableau de l'Ordre, incompétence de l'Ordre, recours sans objet).

Le remplacement implique que l'infirmier remplaçant endosse certaines caractéristiques professionnelles de l'infirmier remplacé. Selon la convention nationale des infirmiers libéraux (5.2.2), « *l'infirmière remplaçante prend la situation conventionnelle de l'infirmière qu'elle remplace. En conséquence, l'infirmière remplaçante ne peut remplacer, dans le cadre conventionnel, une infirmière déconventionnée* ».

La convention nationale pose plusieurs conditions à la validité du remplacement pour qu'elle puisse être applicable. Elles sont pour l'essentiel reprises dans les articles 83 à 87 du code de déontologie, qui en ajoutent cependant quelques-unes. La convention prévoit que « *l'infirmière remplacée vérifie que l'infirmière remplaçante remplit bien les conditions nécessaires à l'exercice du remplacement dans le cadre de la présente convention » et qu'elle porte à la connaissance de l'infirmière remplaçante les droits et obligations qui s'imposent dans le cadre de la convention* ».

Au même titre que l'infirmier remplacé, l'infirmier remplaçant est en effet inscrit au tableau de l'ordre et a, en tant que tel, attesté lors de son inscription au tableau qu'il avait eu connaissance du code de déontologie et s'est engagé par serment écrit à le respecter, en application de l'article 2 du code de déontologie. En application de la convention nationale des infirmiers libéraux, la remplaçante d'une infirmière placée sous le régime de la convention est tenue de faire connaître aux caisses son numéro d'inscription à l'ordre des infirmiers ainsi que l'adresse du cabinet professionnel dans lequel elle assure son activité de remplaçant (art. 5.2.3).

Un contrat de remplacement est obligatoire si les conditions prévues à l'article 85 sont réunies Ce contrat permettra de connaitre l'intention des parties en cas de litige ultérieur portant notamment sur les honoraires, la durée des remplacements, la possibilité d'installation du remplaçant. Il devra être transmis au conseil départemental, comme tout contrat relatif à l'activité professionnelle d'un infirmier. L'infirmier remplaçant et l'infirmier remplacé devront chacun en envoyer un exemplaire à leur conseil départemental selon l'article 83.

83.2 - Limitation du nombre d'infirmiers remplacés

L'activité d'infirmier remplaçant n'exonère pas l'infirmier de ses obligations déontologiques, l'obligation d'avoir un lieu d'exercice personnel mise à part. La qualité et la sécurité des soins sont dès lors des considérations essentielles dans l'exercice de son activité. La profession d'infirmier ne peut par ailleurs être exercée comme un commerce et doit conserver l'intérêt du patient comme objectif principal. Cela explique qu'un infirmier ne puisse en remplacer plus de deux en même temps, comme le prévoit le deuxième alinéa de l'article 83.

Cette disposition vise à interdire le cumul de tournées, de temps de travail qui nuit à la qualité des soins et à la sécurité des patients. En effet, en libéral il n'y a pas de limite au temps de travail telle que cela existe en salariat. Toutefois, dès lors que l'accumulation des heures de travail n'expose pas les patients à un danger potentiel notamment lié à une fatigue qui en découlerait alors l'infirmier remplaçant peut signer des contrats de remplacement avec plusieurs infirmiers pour les remplacer sur des dates différentes.

Cette limite s'applique également aux infirmiers qui font des remplacements au sein d'un même cabinet ou d'une même société. Il est possible qu'un infirmier remplace alternativement plusieurs infirmiers d'un même cabinet ou d'une même société, y compris s'ils sont plus de deux. Il faudra simplement que sur une même période la limite de deux ne soit pas dépassée et que les conditions prévues aux articles suivants soient elles aussi respectées, notamment l'absence d'activité de l'infirmier remplacé.

84 - Absence d'activité pendant le remplacement

→ Article R4312-84

Durant la période de remplacement, l'infirmier remplacé doit s'abstenir de toute activité professionnelle infirmière, sous réserve des hypothèses de non-assistance à personne en péril et de demande de l'autorité en cas d'urgence, de sinistre ou de calamité, telle que mentionnée au second alinéa de l'article R. 4312-8. Lorsque l'infirmier remplacé exerce dans le cadre d'une association ou d'une société, il en informe celle-ci.

84.1 - L'obligation d'abstention

Le remplacement suppose que l'infirmier remplacé soit absent, c'est-à-dire que, pour une raison ou une autre, il n'exerce plus son activité d'infirmier. L'indisponibilité peut être liée à un arrêt maladie, un congé maternité, une formation, etc. plaçant l'infirmier dans l'impossibilité de dispenser des soins pendant une période temporaire et nécessitant le recours à un autre infirmier.

Le remplacement d'un infirmier ne doit pas être en soi un moyen d'accroître ses honoraires ou ceux du cabinet ou de la société. L'objet du remplacement est simplement d'assurer la continuité des soins.

Pour garantir que ces objectifs seront bien ceux du remplacement, l'article 84 prévoit qu'un infirmier remplacé ne peut exercer son activité professionnelle pendant la période du remplacement. Il est ainsi interdit à un praticien de conclure avec d'autres infirmiers libéraux des contrats en vue de procéder à son remplacement pour une durée sans toutefois s'abstenir de toute activité professionnelle infirmière pendant la période de remplacement.

Cas jurisprudentiels

- De telles pratiques caractérisent l'exercice de la profession comme un commerce dès lors qu'elles permettent de mettre en place au moins trois tournées quotidiennes de patients, que les revenus tirés des rétrocessions d'honoraires fixées avec les remplaçants excédaient la seule participation aux charges du cabinet et que dès lors la seule contrepartie était son enrichissement personnel (CDPI Rhône Alpes, 19 déc. 2016, n°69-2015-03, n°69-2015-10 ; v. également CDPI Midi-Pyrénées 17 mai 2016, n°81-2015-00003).

- Une infirmière commet une faute si elle intervient auprès de patients pendant une période où elle est remplacée et si des patients lui téléphonent directement. La circonstance que des liens d'amitié et une relation de confiance existeraient entre l'infirmière et les patients qui disposeraient de son numéro de téléphone personnel n'exonère pas l'infirmière de son interdiction de toute activité pendant qu'elle est remplacée (CDPI Bourgogne 16 sept. 2016, n°25-2016-1).

Le texte interdit toute activité professionnelle infirmière, à quelque titre que ce soit. L'infirmier se faisant remplacer dans le cadre d'un exercice libéral ne peut ainsi, pendant la période du remplacement, accomplir des actes infirmiers dans un établissement, que ce soit à titre libéral ou salarié. Le remplacement ne peut constituer une occasion de cumuler les activités infirmières. La période de remplacement s'entend de la durée de l'indisponibilité (v. art. 85). La durée de la période de remplacement à prendre en compte est celle pendant laquelle une infirmière s'est engagée à en remplacer une autre, même si ce n'est pas pour chacun des jours de la période (CDPI Aquitaine, 9 juill. 2015, n°24-2015-00035).

L'article 84 prévoit deux exceptions, toutes deux liées à des devoirs déontologiques des infirmiers. Un infirmier doit ainsi intervenir lorsqu'une personne est en péril imminent dans les conditions prévues à l'article 7 (v. commentaire sous ce texte) ou lorsqu'il est réquisitionné pour faire face à une situation d'urgence dans les conditions prévues à l'article 8 (v. commentaire sous ce texte).

84.2 - L'information de l'association ou de la société

L'infirmier remplacé doit enfin informer l'association ou la société s'il exerce dans ce cadre. Il doit ainsi informer la personne morale, représentée par son gérant ou son organe dirigeant. Le texte n'impose pas à l'infirmier remplacé d'informer individuellement les associés ou les collaborateurs, notamment si aucune personne morale n'existe.

Il peut être souhaitable de le faire pour faciliter l'organisation de l'exercice en commun. Il ne s'agit dans tous les cas que d'une simple information et à aucun moment d'une demande d'autorisation. Le remplacement ne peut être subordonné à l'autorisation de l'association, de la société ou des collaborateurs, l'indépendance professionnelle de chaque infirmier étant protégée.

Le remplacement doit se dérouler de manière loyale, notamment dans le cadre d'un exercice en commun. Les membres du cabinet peuvent ainsi être tenus pour responsables disciplinairement lorsque la remplaçante n'avait pas la maîtrise de la prise en charge des soins à effectuer, ne signait pas les feuilles de soins qu'elle assurait, ne procédait pas elle-même à la transmission de ces documents à l'assurance maladie, n'ayant pas ainsi de lisibilité sur le nombre d'actes qu'elle effectuait et leur cotation et ne pouvant vérifier leur correspondance avec le paiement de ces actes effectué en fin de mois (CDPI Midi-Pyrénées 17 mai 2016, n°81-2015-00003).

En outre, le devoir de bonne confraternité exige que l'infirmier remplacé informe ses associés de son indisponibilité mais aussi de l'identité de l'infirmier remplaçant afin que ce dernier puisse intervenir dans le cabinet dans les mêmes conditions que l'infirmier remplacé.

85 - Durée du remplacement

→ Article R4312-85

Le remplacement d'un infirmier est possible pour une durée correspondant à son indisponibilité. Toutefois, un infirmier interdit d'exercice par décision disciplinaire ne peut se

faire remplacer pendant la durée de la sanction.

Au-delà d'une durée de vingt-quatre heures, ou en cas de remplacement d'une durée inférieure à vingt-quatre heures mais répété, un contrat de remplacement doit être établi par écrit entre les deux parties et être communiqué au conseil départemental de l'ordre.

85.1 - Le remplacement pendant l'indisponibilité

Le remplacement ne peut avoir une durée indéterminée. Le terme peut ne pas être fixé à une date précise mais il sera dans ce cas représenté par le retour de la personne remplacée.

Illustrations jurisprudentielles

- L'infirmier remplaçant un autre infirmier ayant conclu un contrat d'exercice en commun n'est lui aussi recruté que pour la période d'indisponibilité de l'infirmier remplacé. Le cocontractant de l'infirmier remplacé ne peut s'opposer au retour de ce dernier au motif qu'un remplaçant a été recruté (CDPI Ile-de-France 14 mars 2013, n°91-2011-00006).

- Le contrat de remplacement ne peut par ailleurs prévoir que deux infirmières acceptent de se remplacer mutuellement pour une période indéterminée à raison d'une à deux semaines par mois sans par ailleurs préciser le nom de l'infirmière remplacée et de l'infirmière remplaçante (CDNOI, 18 déc. 2017, n°54-2017-00172).

Un infirmier ne peut se faire remplacer si une interdiction temporaire d'exercer la profession a été prononcée contre lui, pour la période d'interdiction. L'objet de l'interdiction serait en effet remis en cause dans le cas contraire. La solution est identique si une interdiction de donner des soins aux assurés sociaux a été prononcée par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire en application du code de la sécurité sociale (CE, 13 avr. 2018, n°391895).

85.2 - L'obligation d'établir un contrat

Un contrat de remplacement doit être établi par écrit dès lors que le remplacement dépasse une durée de vingt-quatre heures ou si les remplacements sont répétés, même s'ils sont d'une durée inférieure à vingt-quatre heures. Comme tout contrat, il doit être communiqué au conseil départemental de l'ordre. L'article 83 est précis puisqu'il prévoit que l'infirmier remplacé et le remplaçant doivent communiquer chacun le contrat à leur conseil départemental au tableau duquel ils sont inscrits.

Le contrat est utile pour sécuriser juridiquement les relations entre le remplaçant et le remplacé. Il ne peut toutefois porter atteinte à l'indépendance de l'une des parties. Tout contrat entre infirmiers ne peut ainsi comporter des clauses imposées par l'une ou l'autre des parties. Le contrat de remplacement ne peut dès lors prévoir que l'infirmier remplacé « *se réserve le droit de retenir un pourcentage sur les honoraires pour frais de rétrocession* » (CDNOI 20 janv. 2020, n°31-2019-00254). L'Ordre propose des modèles de contrats sur son site internet.

L'abstention répétée d'établir les contrats de remplacement et l'abstention d'informer la CPAM des remplacements peuvent être significatifs d'un comportement fuyant et de manœuvres dilatoires d'un infirmier visant à échapper à son obligation de rétrocéder les honoraires dus à sa remplaçante. En tant que tels ils constituent un manquement à l'obligation de confraternité (CDPI Auvergne, 14 sept. 2017, n°03/2016/001).

86 - Lieu d'exercice du remplacement

→ Article R4312-86

L'infirmier remplaçant qui n'est pas installé assure le remplacement au lieu d'exercice professionnel de l'infirmier remplacé et sous sa responsabilité propre. L'infirmier d'exercice libéral remplaçant peut, si l'infirmier remplacé en est d'accord, recevoir les patients dans son propre cabinet.

Il faut rappeler la nécessité d'obtenir une autorisation du conseil départemental pour que l'infirmier remplaçant qui ne dispose pas d'un lieu de résidence professionnelle puisse exercer son activité (v. art. 83). L'article 86 apporte une précision en prévoyant que dans ce cas le remplacement s'effectue au lieu d'exercice de l'infirmier remplacé, à condition que l'infirmier remplaçant ait obtenu au préalable l'autorisation du conseil départemental pour effectuer des remplacements et que la durée de l'autorisation ne soit pas expirée.

L'infirmier remplacé doit s'assurer que l'infirmier remplaçant remplit bien les conditions pour assurer le remplacement, non seulement au regard de la convention nationale des infirmiers libéraux pour les infirmiers conventionnés, mais aussi au regard du code de déontologie et du code de la santé publique (CDNOI, 2 nov. 2017, n°51-2017-00151).

Il n'en reste pas moins que l'infirmier remplaçant exercera son activité sous sa responsabilité propre, comme l'indique l'article 86 alinéa 1er. Il lui revient ainsi de s'assurer qu'il peut accomplir ses actes professionnels dans des conditions adéquates pour assurer l'accueil des patients, la sécurité, la qualité et la continuité des soins. Il sera tenu de respecter les devoirs déontologiques de tout infirmier dans l'accomplissement de ses actes professionnels et n'est à aucun moment placé sous l'autorité de l'infirmier remplacé qui doit respecter l'indépendance professionnelle du remplaçant et qui doit par ailleurs cesser son activité pendant la période de remplacement.

Un infirmier remplaçant peut être amené à exercer sur plusieurs lieux s'il fait plusieurs remplacements (deux au maximum). L'infirmier remplaçant peut ainsi remplacer simultanément plusieurs infirmiers exerçant sur des sites distincts. Il en sera de même pour un infirmier qui remplace un autre infirmier ayant obtenu une autorisation d'exercice sur plusieurs sites, malgré le caractère personnel et incessible de l'autorisation. Mais l'infirmier exerçant sous sa responsabilité propre, il doit veiller à garantir la même qualité et sécurité des soins sur tous les sites et y assurer la même continuité des soins.

Si l'infirmier remplaçant dispose d'une résidence professionnelle, il peut exercer sur ce site. Il doit dans ce cas demander l'accord de l'infirmier remplacé. Avant de donner son accord, l'infirmier remplacé devra s'assurer que les patients seront suivis dans de bonnes conditions et que le lieu d'exercice du remplaçant n'est pas trop lointain. Le recours à un remplaçant dont le lieu d'exercice est très éloigné pourrait en effet nuire à la continuité des soins si la distance empêche certains patients de se déplacer. Une négligence de l'infirmier remplacé sur ce point pourrait entraîner sa responsabilité disciplinaire sur le fondement de l'obligation d'assurer la continuité des soins (v. art. 12).

87 - Fin et suite du remplacement

→ Article R4312-87

Lorsqu'il a terminé sa mission et assuré la continuité des soins, l'infirmier remplaçant abandonne l'ensemble de ses activités de remplacement auprès de la clientèle de l'infirmier remplacé.

L'infirmier qui remplace un de ses collègues pendant une période supérieure à trois mois, consécutifs ou non, ne doit pas, pendant une période de deux ans, s'installer dans un cabinet où il puisse entrer en concurrence directe avec le confrère remplacé et, éventuellement, avec les infirmiers exerçant en association ou en société avec celui-ci, à moins qu'il n'y ait entre les intéressés un accord, lequel doit être notifié au conseil départemental de l'ordre. Lorsqu'un tel accord n'a pu être obtenu, l'affaire doit être soumise audit conseil qui apprécie l'opportunité et décide de l'installation.

L'article 87 du code de déontologie envisage la fin de la mission de l'infirmier remplaçant et l'obligation de non-concurrence qui peut lui être applicable si certaines conditions sont réunies.

87.1 - La fin de mission

Que le contrat prévoie ou non une date précise de fin du remplacement, celui-ci se termine dans tous les cas au retour de la personne remplacée. Il faut toutefois que l'infirmier remplaçant assure la continuité des soins. Il doit ainsi informer l'infirmier remplacé de tout acte utile à la prise en charge des patients. Il doit à cet effet avoir renseigné correctement le dossier de soins infirmiers pendant sa mission (v. art. 35). Si de nouveaux patients ont été pris en charge, il doit également en informer l'infirmier. Ce dernier pourra refuser cette prise en charge pour des raisons personnelles ou professionnelles (v. art. 12) mais devra à son tour assurer la continuité des soins. Quoi qu'il en soit, l'obligation d'assurer cette continuité ne contraint pas, et ne permet pas non plus à l'infirmier remplaçant qui termine sa mission de continuer à soigner les patients qui se sont adressés à lui pendant la période de remplacement.

Au terme de la mission peut se poser la question du refus de la rétrocession d'honoraires. La chambre disciplinaire nationale s'est prononcée plusieurs fois sur cette question et affirme que le refus de rétrocéder les honoraires au remplaçant constitue un manquement au devoir de bonne confraternité (v. commentaires sous l'article R 4312-25).

87.2 - L'obligation de non-concurrence

L'alinéa 2 de l'article 87 prévoit l'interdiction de concurrencer l'infirmier remplacé lorsqu'un infirmier en a remplacé un autre pendant une période supérieure à trois mois, consécutifs ou non. L'infirmier remplaçant ne peut se prévaloir d'un droit sur la patientèle de l'infirmier remplacé.

L'infirmier remplaçant ne peut dès lors invoquer le principe du libre choix des patients pour poursuivre son exercice professionnel avec plusieurs patients de l'infirmier remplacé (CDPI PACA 21 juill. 2016, n°15-033).

L'obligation de non-concurrence consiste plus précisément dans l'interdiction pour l'infirmier remplaçant remplissant ces conditions de s'installer pendant une durée de deux ans dans un cabinet où il pourrait entrer en concurrence directe avec l'infirmier remplacé et avec les infirmiers qui exercent en association ou en société avec celui-ci. La période de l'obligation de non-concurrence est définie précisément par le texte mais la zone géographique dépendra de l'étendue de la patientèle de l'infirmier remplacé et de ses associés. Une installation à 2,7 kilomètres peut par exemple être considérée comme contrevenant à l'obligation de non-concurrence prévue par ce texte (CDPI Aquitaine, 9 juill. 2015, n°24-2015-00035). Le juge administratif exerce un contrôle normal sur les décisions d'autorisation prises par le conseil national de l'ordre, sur recours administratif des décisions des conseils départementaux. Il peut ainsi décider qu'au regard de l'importante distance séparant le cabinet du professionnel remplacé du lieu d'implantation envisagé par son

remplaçant, celui-ci ne pouvait entrer en concurrence directe avec son confrère au sens des règles déontologiques (CE 22 mars 2000, n°191933).

L'obligation de non-concurrence n'interdit pas à l'infirmier remplaçant d'effectuer d'autres remplacements dans cette zone mais uniquement de s'installer en libéral soit seul soit avec d'autres infirmiers.

La demande d'accord peut se faire par tous moyens permettant d'en attester la remise (lettre recommandée avec avis de réception ou lettre remise en main propre contre récépissé). Celle-ci prévoit un délai précis de réponse (de 10 à 15 jours), à compter de la réception dudit courrier, au-delà duquel la réponse sera réputée défavorable. Si un accord est trouvé entre les parties, celui-ci doit être envoyé au conseil départemental.

En cas de refus explicite ou implicite, l'infirmier remplaçant peut alors demander au conseil départemental ou interdépartemental l'autorisation de s'installer dans le secteur considéré.

Le conseil de l'ordre appréciera la demande au vu des éléments qui lui seront présentés, Il vérifiera, si une installation de l'infirmier remplacé au lieu envisagé par lui est opportune, c'est-à-dire si elle ne risque pas de concurrencer outre mesure l'infirmier remplacé et aussi si les besoins de la population peuvent nécessiter un infirmier supplémentaire à proximité.

La décision de refus ou d'autorisation du conseil départemental ou interdépartemental peut être contestée devant le Conseil national (article 91 du code de déontologie).

88 - Collaborateurs libéraux

→ Article R4312-88

L'infirmier peut s'attacher le concours d'un ou plusieurs confrères collaborateurs libéraux, dans les conditions prévues par l'article 18 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises.

Chacun d'entre eux exerce son activité en toute indépendance, sans lien de subordination, et dans le respect des règles de la profession, notamment le libre choix de l'infirmier par les patients, l'interdiction du compérage et la prohibition de la concurrence déloyale.

La collaboration correspond généralement à la situation dans laquelle l'infirmier libéral installé, n'ayant ni un local d'exercice ni une patientèle personnelle sur le secteur considéré, intègre un cabinet infirmier dans lequel le titulaire met à sa disposition les moyens matériels (local, matériel) ainsi que sa patientèle, le cas échéant, avec une contrepartie financière appelée communément la redevance de collaboration. Il est aussi possible pour un infirmier d'avoir un cabinet personnel et d'être par ailleurs collaborateur.

88.1 - Le recours à la collaboration

La collaboration peut être à durée déterminée comme à durée indéterminée. Toutefois, la finalité de ce statut est l'intégration du collaborateur en tant qu'associé. Le collaborateur n'est en aucun cas le salarié de l'infirmier titulaire. Il exerce librement son art et il est responsable de ses actes.

La redevance de collaboration, librement décidée entre le titulaire et le collaborateur, correspond à

une participation de ce dernier aux frais de gestion du cabinet (loyer, électricité, …). Selon l'usage de la profession d'infirmier, elle est fixée entre 5 et 10% des honoraires.

La loi du 2 août 2005 en faveur de petites et moyennes entreprises (loi n°2005-882, JORF 3 août 2005) a créé plusieurs règles communes auxquelles l'article 88 du code de déontologie infirmier fait référence. Selon ce texte, le collaborateur est un professionnel libéral « *qui, dans le cadre d'un contrat de collaboration libérale, exerce auprès d'un autre professionnel, personne physique ou personne morale, la même profession* ». La collaboration nécessite un contrat écrit qui doit, en tant que tel, être transmis au conseil départemental de l'ordre comme tout contrat relatif à l'exercice de l'activité professionnelle d'infirmier (v. art. 65 et 73). L'article 18 de la loi du 2 août 2005 précise que faute d'écrit le contrat est nul et sera considéré comme n'ayant produit aucun effet. Ce texte dispose également, toujours sous peine de nullité, que le contrat écrit de collaboration doit comporter les mentions suivantes :

« *1° Sa durée, indéterminée ou déterminée, en mentionnant dans ce cas son terme et, le cas échéant, les conditions de son renouvellement ;*

2° Les modalités de la rémunération ;

3° Les conditions d'exercice de l'activité, et notamment les conditions dans lesquelles le collaborateur libéral peut satisfaire les besoins de sa clientèle personnelle ;

4° Les conditions et les modalités de sa rupture, dont un délai de préavis ;

5° Les modalités de sa suspension afin de permettre au collaborateur de bénéficier des indemnisations prévues par la législation de la sécurité sociale en matière d'assurance maladie, de maternité, de congé d'adoption et de congé de paternité et d'accueil de l'enfant ».

Le texte prévoit enfin des modalités de congé maternité et de congé pour l'autre parent, y compris en cas d'adoption. Lorsqu'une collaboratrice déclare qu'elle est enceinte ou qu'un collaborateur ou une collaboratrice annonce son intention de suspendre le contrat en raison de la naissance ou de l'arrivée au foyer d'un enfant, et pendant les huit semaines suivant la suspension du contrat, le contrat de collaboration ne peut être rompu.

A la différence du nombre de remplacements, aucune disposition relative aux infirmiers ne limite le nombre de collaborateurs dès lors que le respect de l'indépendance professionnelle n'est pas aliéné (CDNOI, 30 sept. 2015, n°44-2014-00068).

Le fait pour une infirmière qui gère la plupart des tâches administratives de préférer recourir à des infirmiers collaborateurs plutôt qu'à des remplaçants contre l'avis de son associée de fait alors que la charge de gestion des contrats de remplacement était plus lourde en l'espèce ne constitue pas un manquement au devoir de bonne confraternité (CDNOI, 14 oct. 2016, n°90-2015-00090).

88.2 - Un exercice qui doit rester personnel

Comme dans tout exercice en commun, l'une des préoccupations des professionnels libéraux impliqués dans l'exercice doit se trouver dans la préservation de leur indépendance professionnelle. L'article 88 renvoie certes au respect obligatoire de tous les devoirs déontologiques pour les collaborateurs.

En premier lieu, il est interdit à un infirmier libéral de remettre en cause l'indépendance professionnelle d'un collaborateur et notamment de se comporter comme un employeur envers lui. Le fait qu'une infirmière libérale conserve la carte professionnelle de sa collaboratrice est constitutif d'un lien de subordination contraire à l'art. R 4312-9 CSP (CDPI Languedoc-Roussillon 21 juin 2016, n°3048-201500031).

L'entraide reste possible et ne peuvent par exemple être regardés comme des directives les conseils et indications pouvant être raisonnablement adressés, de la part d'un infirmier familier à la fois du cabinet et de la patientèle, à un confrère, même déjà expérimenté, qui ne connait ni les particularités de l'exercice libéral ni les patients (CDPI Rhône-Alpes, 19 déc. 2016, n°69-2016-03).

Pour s'attacher les services d'un collaborateur libéral dans le respect de l'indépendance de chacun, l'essentiel est d'éviter tout lien de subordination et de laisser la possibilité à chacun de se constituer une clientèle personnelle. L'article 18 de la loi du 2 août 2005 précise bien que cette faculté est essentielle dans toute collaboration libérale (CDNOI 25 juin 2018, n°83-2018-00188).

La jurisprudence disciplinaire a fourni des illustrations en la matière :

- L'absence de lien de subordination caractéristique du salariat ne suffit cependant pas à respecter les règles déontologiques de la collaboration. La collaboration ne peut avoir ni pour objet ni pour effet d'empêcher le collaborateur de se constituer une clientèle personnelle, en application de l'article 88 et de l'article 18 de la loi du 2 août 2005 (CDNOI, 22 juill. 2019, n°11/66-2019-00236 et n°11/66-2019-00237).

- Le fait qu'une collaboratrice centralise les demandes de soins de tous les patients et décide seule de l'organisation des tournées peut empêcher les autres collaboratrices de se constituer une clientèle personnelle (CDPI Aquitaine 20 janv. 2017, n°33-2016-00052). Malgré l'absence de lien de subordination (chaque partie signait ses feuilles de sécurité sociale et de mutuelle pour les prestations accomplies, la collaboratrice n'avait pas été empêchée d'apposer sa plaque, elle pouvait remettre sa carte de visite,…), un manquement aux obligations déontologiques peut être caractérisé si une collaboratrice n'a pas été mise en mesure de développer une clientèle personnelle.

- Cela peut être le cas si elle était tenue de réserver toute son activité à la continuité des soins prodigués aux patients fidélisés par sa collaboratrice, si elle n'était pas autorisée à communiquer son numéro personnel et ne pouvait qu'exceptionnellement effectuer des remplacements dans d'autres cabinets (CDPI Occitanie, 21 nov. 2018, n°1166-201800059).

- L'indépendance professionnelle d'un infirmier n'est plus suffisamment protégée lorsque la collaboration l'empêche de se constituer une clientèle personnelle. Il peut en être ainsi également lorsque le contrat contient une clause de non-concurrence dont le périmètre est excessif eu égard à la charge de travail déjà très importante au sein du cabinet (10 kilomètres par exemple : CDPI Bretagne 4 mars 2019, n°29-2018-00005).

- L'infirmier gérant de la société méconnaît également l'indépendance professionnelle de ses collaborateurs en leur imposant d'adresser à la caisse d'assurance maladie un relevé d'identité bancaire de la société pour que les honoraires soient versés directement sur le compte de celle-ci et non sur le compte personnel des collaborateurs (CDPI Bourgogne-Franche-Comté 2 juill. 2019, n°71-2019-2).

- Une collaboratrice n'est pas non plus mise en mesure de développer sa clientèle personnelle si son nom n'apparaît ni sur les cartes de visite ni sur la plaque du cabinet contrairement aux autres collaboratrices (CDPI Normandie 15 juill. 2019, n°14-2018-00035).

La liberté pour les patients de choisir le professionnel qui assurera leur prise en charge doit ici encore être respectée.

Afin que les droits de chacun des infirmiers soient préservés il est recommandé de procéder à un recensement périodique de la patientèle respective du titulaire et de celle du collaborateur.

Le contrat peut enfin prévoir une clause de non-concurrence qui s'appliquera une fois le contrat rompu. Les collaborateurs ayant accepté cette clause et qui quittent la collaboration peuvent alors être tenus de ne pas s'installer dans une certaine zone pendant une période limitée. Mais la clause ne doit pas empêcher de manière excessive la réinstallation des anciens collaborateurs. Il a par exemple été jugé qu'une clause de non-concurrence de 7 ans dans un rayon de 10 kilomètres constituait une légèreté fautive contraire à l'article 88 du code de déontologie (CDPI Centre-val-de-Loire 22 mars 2019, n°45-2018-00001).

En l'absence de clause de non-concurrence, l'installation d'un cabinet sur un même site que l'ancien collaborateur n'est pas un détournement de clientèle si l'infirmier ayant quitté la collaboration a racheté une partie de la patientèle et qu'il l'a faite prospérer (CDNOI 2 mars 2020, n°42-2019-00266).

89 - Changement de modalités d'exercice

→ Article R4312-89

Tout infirmier qui modifie ses conditions d'exercice y compris son adresse professionnelle ou cesse d'exercer est tenu d'avertir sans délai le conseil départemental. Celui-ci prend acte de ces modifications et en informe le conseil national.

Quel que soit leur mode d'exercice, les infirmiers doivent informer le conseil départemental du lieu de leur inscription du changement de leur adresse professionnelle. Le conseil doit être informé même lorsque le changement d'adresse n'entraîne pas d'inscription auprès d'un autre conseil départemental. Il s'agit d'une simple information et non d'une demande d'autorisation de l'ordre.

Le conseil départemental prend simplement acte du changement et en informe le conseil national. Précisons que lorsqu'il s'agit d'un changement de département, l'infirmier devra demander le transfert géographique de son dossier en remplissant un formulaire spécifique édité par l'Ordre, celui-ci devant être inscrit dans le département dans lequel il exerce son activité principale, ou dans lequel il réside s'il exerce exclusivement en tant que remplaçant.

Tout changement est concerné par le texte qui vise également la cessation d'exercice. L'inscription au tableau de l'Ordre vaut tout au long de la carrière de l'infirmière jusqu'à son terme. C'est au moment où cesse l'activité de manière définitive ou, dans certains cas rares, pour une longue durée, que le professionnel peut éventuellement demander sa radiation du tableau de l'Ordre.

Selon l'article R.4112-3 du Code de la santé publique : « *Le praticien qui cesse d'exercer sur le territoire national demande sa radiation du tableau au conseil départemental. Celle-ci prend effet à la date de cessation d'exercice ou, à défaut d'indication, à la date de réception de la demande.* » La radiation pourra notamment être demandée en cas de mise à la retraite, de reconversion professionnelle, d'engagement au service de santé des armées ou encore de départ à l'étranger. Pour demander sa radiation, l'infirmier devra apporter la preuve de sa cessation d'activité.

Pour les professionnels conventionnés, la convention nationale des infirmiers libéraux dispose que « *les infirmières doivent faire connaître aux caisses les modifications intervenues dans leur mode d'exercice, dans un délai de deux mois au maximum à compter de cette modification* ». Ce délai n'est pas prévu par l'article 89 du code de déontologie, celui-ci disposant que le conseil départemental doit être informé sans délai c'est-à-dire dès que le changement est effectif.

Enfin, l'infirmier devra informer le conseil départemental de l'Ordre auquel il est inscrit de tout changement dans ses conditions d'exercice, y compris lorsque son statut est modifié et qu'il passe par exemple d'un exercice salarié à un exercice libéral, ou à un exercice mixte.

90 - Fausses informations à l'ordre et dissimulation de contrats

→ Article R4312-90

Toute déclaration volontairement inexacte ou incomplète faite au conseil départemental de l'ordre par un infirmier peut donner lieu à des poursuites disciplinaires. Il en est de même de la dissimulation de contrats professionnels.

Dans plusieurs situations, des informations doivent être transmises au conseil départemental de l'ordre des infirmiers, soit pour que celui-ci soit simplement informé soit parce que son autorisation est nécessaire. Dans tous les cas, les informations transmises doivent correspondre à la situation réelle, donc ne pas être inexactes. Elles doivent également être complètes, conformément à ce que prévoient les textes obligeant les infirmiers à les communiquer. Les lacunes en la matière peuvent à elles seules entraîner une sanction disciplinaire en application de l'article 90. Une déclaration mensongère ou volontairement incomplète en vue de l'inscription peut justifier un refus d'inscription au tableau de l'Ordre pour non-respect des conditions de moralité mentionnées à l'article R.4112-2 du code de la santé publique (CE 16 mars 2020, n°439135 ; CE 28 déc. 2012, n°350438 ; CE 12 févr. 1988, n°73589).

Enfin, chaque relation professionnelle doit faire l'objet d'un contrat écrit et, conformément à l'article L.4113-9 du code de la santé publique ainsi qu'au présent article, chaque contrat signé à l'occasion de l'exercice de la profession d'infirmier est communiqué obligatoirement au conseil départemental ou interdépartemental au tableau duquel l'infirmier est inscrit.
La dissimulation d'un contrat est constitutive d'un manquement déontologique pouvant donner lieu à une sanction disciplinaire.

Les informations obligatoires sont les suivantes :

- Avantages provenant des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par la sécurité sociale (R4312-52) ;
- Contrats prévoyant des partages d'honoraires (R4312-30) ;
- Utilisation d'un pseudonyme (R4312-50) ;
- Contrat d'exercice au sein d'une structure de droit privé (R4312-65) ;
- Contrat d'exercice au sein d'une structure de droit public (R4312-66) ;
- Installation dans le même immeuble qu'un autre infirmier (R4312-68) ;
- Insertion payante dans un annuaire (R4312-69) ;
- Annonces dans la presse (R4312-71) ;
- Exercice multi-sites (R4312-72) ;
- Contrats d'exercice libéral (R4312-73) ;
- Dérogations à l'interdiction de l'exercice forain (R4312-75) ;
- Autorisation de remplacement ; transmission du contrat de remplacement (R4312-83) ;
- Contrat de remplacement (R4312-85) ;
- Dérogation à l'obligation de non-concurrence à l'issue de certains remplacements (R4312-87) ;
- Information sur le changement des conditions d'exécution et la cessation des fonctions (R4312-89).

91 - Décisions des instances de l'ordre : motivation, recours

→ Article R4312-91

Toutes les décisions prises par l'ordre des infirmiers en application du présent code de déontologie sont motivées. Les décisions des conseils départementaux peuvent être réformées ou annulées par le conseil national de l'ordre soit d'office, soit à la demande des intéressés. Dans ce dernier cas, le recours doit être présenté dans les deux mois de la notification de la décision.

Les recours contentieux contre les décisions des conseils départementaux ne sont recevables qu'à la condition d'avoir été précédés d'un recours administratif devant le conseil national de l'ordre.

Les décisions prises par les instances de l'ordre, quelles qu'elles soient, doivent être motivées. Il s'agit de décisions administratives auxquelles il est en effet possible d'appliquer les articles L 211-2 et suivants du code des relations entre le public et l'administration qui exigent qu'une décision administrative défavorable soit motivée. L'article 91 du code de déontologie ne concerne pas les décisions disciplinaires pour lesquelles une procédure spécifique visée à l'article 92 est applicable, mais toutes les autres décisions du conseil départemental de l'ordre.

Le conseil départemental auprès duquel un infirmier est inscrit est susceptible de prendre plusieurs décisions le concernant, selon le mode d'exercice employé.

Chacune d'entre elles peut être contestée juridiquement devant le conseil national qui représente ainsi une voie de recours. Le conseil national peut alors être saisi par l'infirmier concerné. Il peut également se saisir lui-même, c'est-à-dire d'office. Lorsqu'un infirmier souhaite contester la décision du conseil départemental devant le conseil national, il doit le faire dans les deux mois suivant la notification de la décision. Ce délai de recours ne pourra être opposé à l'infirmier concerné que s'il est mentionné avec la voie de recours possible dans la notification de la décision (art. R 421-5 CJA).

Le recours devant le conseil national est un recours administratif. Ce recours devant le conseil national est obligatoire avant éventuellement de saisir un juge si la réponse du conseil national n'est pas considérée comme satisfaisante. La décision du conseil national peut dans ce cas ouvrir droit à un recours contentieux c'est-à-dire être contestée devant les juridictions administratives. Le délai pour saisir les juridictions administratives est de deux mois. Il court à compter de la notification de la décision attaquée (art. R 421-1 CJA). En cas de silence du conseil national de l'ordre pendant les deux mois qui suivent la réception de la demande mentionnée dans l'accusé de réception, le recours administratif doit être considéré comme accepté, l'article L 231-4 du code des relations entre le public et l'administration prévoyant que le silence gardé par l'administration pendant deux mois vaut décision de rejet lorsque la demande ne présente pas le caractère d'une réclamation ou d'un recours administratif. En cas de rejet du recours administratif par le conseil national, le délai de deux mois pour saisir les juridictions administratives court à compter du jour de la notification de cette décision de rejet (art. R 421-2 CJA).

Seule une décision ayant un effet pour l'infirmier concerné peut être contestée par la voie du recours administratif puis contentieux. Une information ou un avis ne constituent pas des décisions qui permettent ou font obstacle à l'activité d'un professionnel. Elles ne peuvent dès lors faire l'objet de ces recours.

Les déclarations par lesquelles le président et le secrétaire général du Conseil national de l'ordre des

médecins ont simplement informé les représentants des conseillers départementaux et régionaux assistant à la réunion de la portée de la réforme du mode d'élection au conseil national mis en oeuvre par l'ordonnance n° 2017-192 du 16 février 2017, ne sauraient être regardées comme révélant l'existence d'une décision qu'aurait prise le Conseil dans l'exercice de son pouvoir réglementaire et qui serait susceptible de faire l'objet d'un recours en excès de pouvoir.

Elles ne sauraient davantage être regardées comme adressant une instruction impérative à des agents chargés de mettre en oeuvre la réforme du mode d'élection, les membres des conseils départementaux et régionaux n'exerçant d'ailleurs, à cet égard, aucune responsabilité (CE 4 févr. 2019, n°419895).

92 - Application de la procédure disciplinaire applicable aux professions médicales

→ Article R4312-92

Les articles R. 4126-1 à R. 4126-54 sont applicables aux infirmiers.

Les règles relatives à la procédure disciplinaire applicable aux professions médicales s'appliquent également aux infirmiers poursuivis dans le cadre d'une action disciplinaire.
92.1 - La mise en œuvre de l'action disciplinaire

A Objet de l'action disciplinaire

La procédure disciplinaire a pour objet de se prononcer sur la question de savoir si un infirmier doit ou non faire l'objet d'une sanction disciplinaire et si oui laquelle. La procédure disciplinaire ne peut avoir pour objet d'indemniser une personne (une consœur notamment) estimant avoir subi un ou plusieurs préjudices du fait d'un manquement aux règles déontologiques par un professionnel. Une chambre disciplinaire ne peut qu'infliger l'une des sanctions disciplinaires prévues par l'article L.4124-6 du CSP. La chambre disciplinaire n'est pas compétente non plus pour :

- Aider les parties à trouver un accord sur l'organisation des remplacements convenus entre elles (CDPI Rhône Alpes, 14 avr. 2017, n°69-2016-04).
- Le remboursement de sommes dues en exécution d'un contrat de collaboration (redevances sur la base de frais professionnels exposés).
- Se prononcer sur la requalification d'une rupture anticipée pour faute grave d'un contrat de collaboration (CDPI Rhône-Alpes 30 nov. 2015, n°42-2015-02).
- La demande visant à obtenir la requalification du contrat de collaboration en contrat de travail (CDPI Rhône-Alpes, 30 nov. 2015, 69-2015-11).
- Une demande visant au remboursement de sommes indûment prélevées sur la rémunération.
- Une demande visant à obtenir un remboursement de loyer.
- Pour obtenir la cession de patientèle ou le versement d'une indemnité de patientèle.

B La saisine des juridictions disciplinaires

Le droit de saisir la formation disciplinaire de l'ordre des infirmiers est ouvert à des personnes désignées par le Code de la santé publique (art. R 4126-1 CSP). Il faut distinguer à cet égard les personnes et autorités pouvant saisir directement la formation disciplinaire de l'ordre et celles qui peuvent former une plainte auprès de l'ordre en vue que celui-ci saisisse la formation disciplinaire (saisine indirecte).

Disposent d'un droit de saisine directe :

- Le conseil national ou départemental de l'ordre au tableau duquel le praticien poursuivi est inscrit à la date de la saisine de la juridiction ;
- Le ministère chargé de la santé ;
- Le préfet de département du lieu d'inscription du praticien poursuivi ;
- Le directeur de l'Agence régionale de santé du lieu d'inscription ;
- Le Procureur de la République du tribunal de grande instance du lieu d'inscription ;
- Un syndicat ou une association de praticiens.

Disposent d'un droit de saisine indirecte notamment :

- Les patients ;
- Les infirmiers eux-mêmes ;
- Les organismes locaux d'assurance maladie obligatoire (CPAM notamment) ;
- Les médecins-conseils chefs ou responsables du service médical de la sécurité sociale ;
- Les associations de défense des droits des patients, des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité.

Les personnes susceptibles de former une plainte devant le conseil départemental ou national ne sont pas énumérées de façon limitative par l'art. R 4126-1, rendu applicable aux infirmiers. Il en résulte que :

- La plainte formée par l'ancienne compagne d'un patient d'un infirmier contre ce dernier est recevable, alors même que celle-ci ne disposait d'aucun mandat du patient (CDNOI, 2 oct. 2017, n°08/51-2016-00144).

- L'époux d'une patiente résidant au domicile conjugal où celle-ci est soignée a un intérêt personnel à faire sanctionner les fautes déontologiques de l'infirmier chargé de la soigner (CDNOI, 11 juill. 2017, n°07/26-2016-00134).

- La plainte formée par un collectif d'infirmiers dépourvu de personnalité juridique peut entraîner une procédure disciplinaire si elle est transmise par le conseil départemental ou interdépartemental s'y associant (CDNOI, 17 sept. 2018, n°55/88-2017-00178).

Les plaintes ne doivent pas être formées abusivement. Le seul fait qu'une plainte ne soit pas fondée ne constitue pas en soi un abus. En revanche, le plaignant peut être condamné par le juge disciplinaire à réparer le préjudice que cause une plainte non fondée si cette plainte est de toute évidence dépourvue de tout fondement (CE, 6 juin 2008, n°283141).

La juridiction ordinale peut infliger au requérant une amende pour procédure abusive en application de l'art. R 741-12 du code de justice administrative. Par exemple une amende de 1500 euros a été infligée au beau-fils d'une patiente ayant agi contre une infirmière après avoir tenu publiquement des propos à son encontre ayant entraîné chez elle une période de dépression et avoir produit des photographies de documents sur la voie publique mettant en cause son intégrité professionnelle (CDNOI, 30 sept. 2015, n°13-2015-00076).

Si l'acte reproché a été accompli dans l'exercice de la fonction publique la saisine de la chambre disciplinaire est limitée à certaines personnes qui sont :

- Le ministre de la santé ;
- Le préfet de département du lieu d'inscription de l'infirmier ;
- Le directeur général de l'Agence régional de santé du lieu d'inscription ;

- Le Procureur de la République du lieu d'inscription ;
- Le conseil national ou départemental au tableau duquel l'infirmier est inscrit.

Si les actes sont considérés comme détachables de la fonction publique les restrictions au droit de saisine énoncées ci-dessus ne s'appliquent pas. La gravité de la faute reprochée ne peut justifier qu'elle soit considérée comme détachable du service (CE, 31 mars 2014, n°362135). Un médecin généraliste libéral ne peut saisir seul la chambre disciplinaire de première instance d'une plainte pour des propos diffamatoires qu'une infirmière salariée d'un établissement public de santé aurait tenus à son encontre si ses propos ne sont manifestement pas détachables des actes de sa fonction publique hospitalière. La plainte n'est pas recevable si elle a simplement été transmise par le conseil départemental sans que celui-ci s'y associe (CDPI Nord-Pas-de-Calais 24 févr. 2015, n°59-2014-00039).

Les fautes commises par un professionnel exerçant son activité au sein d'un hôpital mais à titre de professionnel libéral sont des fautes détachables de la fonction publique. La publication dans la presse d'un article dans lequel un professionnel exprime son opinion sur la personnalité d'un patient ne constitue pas un acte accompli dans l'exercice de ses fonctions publiques (CE 27 janv. 2016, n°392033).

La requête permettant de saisir la juridiction doit notamment contenir l'énoncé des faits et moyens. A défaut, la requête d'appel faite devant la chambre disciplinaire ne peut être recevable, peu important que l'infirmière indique dans un courrier adressé à la chambre disciplinaire nationale qu'elle n'est pas juriste (CDNOI, 3 avr. 2019, n°21-2018-00209).

La prescription en matière disciplinaire : Aucune loi de la République antérieure à la Constitution de 1946 n'a fixé le principe selon lequel les poursuites disciplinaires sont nécessairement soumises à une règles de prescription (Cons. Const. 25 nov. 2011, n°2011-199 QPC). Les sections des assurances sociales doivent en revanche être saisies dans un délai de trois ans à compter de la date des faits (CE 17 juin 2015, n°381593).

Le plaignant est pleinement partie au procès car, s'il doit d'abord formuler une demande de conciliation auprès du conseil départemental, il peut saisir ensuite directement la chambre disciplinaire de première instance si la conciliation n'aboutit pas et il peut également faire appel puis former un pourvoi devant le Conseil d'Etat.

C La formation disciplinaire compétente

Au sein de l'ordre des formations spécifiques sont chargées de statuer sur les questions disciplinaires.

L'action est formée initialement devant la chambre disciplinaire du conseil régional de l'ordre des infirmiers qui a ainsi le titre de chambre disciplinaire de première instance. Le conseil régional compétent est celui du lieu d'inscription de l'infirmier mis en cause à la date où la juridiction est saisie. L'éventuel appel contre la décision rendue par la chambre de première instance sera ensuite formé devant la chambre disciplinaire du Conseil national de l'ordre.

L'une des personnes intéressées au litige ne peut faire partie de la juridiction disciplinaire. L'auteur d'une plainte ne peut ainsi participer au jugement (CE 16 juin 2000, n°192966). Cela concerne tous les membres de la juridiction disciplinaire. Un assesseur ne peut également juger d'une affaire dont il a déjà eu à connaître à une autre occasion, par exemple au sein de la section des assurances sociales de l'Ordre (CE 3 oct. 2003, n°182743).

Le président du conseil de l'Ordre qui a exercé les droits de la partie civile au cours d'une instance pénale ne peut siéger au sein de la formation disciplinaire sinon l'exigence d'un procès équitable prévue par l'article 6§1 de la convention européenne des droits de l'homme est mise en cause (CE 3 déc. 2010, n°326718). La participation d'un président de conseil départemental au sein de

la commission de conciliation élue par le conseil et désignée pour chaque affaire par le président est certes maladroite mais les vices qui affectent la procédure de conciliation ne sont pas de nature à rendre irrecevable la plainte dont le bien-fondé est souverainement apprécié par la chambre disciplinaire au terme d'un procès impartial et équitable (CDNOI 15 juill. 2019, n°76-2019-00228).

Lorsqu'une personne disposant d'un droit de saisine indirecte souhaite engager une action disciplinaire, l'action ne sera pas portée directement devant la chambre disciplinaire de première instance. La personne concernée doit former sa plainte auprès du conseil départemental de l'ordre. Puis, après en avoir accusé réception et informé l'infirmier concerné, le président du conseil départemental les convoque dans le délai d'un mois suivant l'enregistrement de la plainte pour une tentative de conciliation. Si la tentative de conciliation échoue, alors seulement le président du conseil départemental transmet la plainte à la chambre disciplinaire de première instance dans les trois mois.

La procédure de conciliation, qui doit en principe être organisée par le conseil départemental lorsqu'une plainte contre un infirmier est portée devant lui, est sans objet lorsque la plainte émane d'une instance de l'Ordre (CDNOI, 9 nov. 2016, n°24-2015-00098).

Si une chambre disciplinaire de première instance est saisie d'une plainte qui, selon elle, relève de la compétence d'une autre chambre disciplinaire (en raison du lieu d'inscription de l'infirmier), son président transmet le dossier au président de cette autre chambre. Si le président de la seconde chambre saisie ne s'estime pas compétent non plus, il doit saisir le président de la chambre disciplinaire nationale.

92.2 - Le déroulement de l'instance

Une fois la plainte reçue par la chambre de première instance, celle-ci notifie le dossier (plainte, mémoire du plaignant, pièces jointes) à l'infirmier mis en cause. Celui-ci est alors invité à rédiger lui-même un mémoire dans le but de se défendre (mémoire en défense), dans un délai minimum de trois mois.

Dans le même temps, le président de la chambre de première instance désigne un rapporteur qui va être chargé d'instruire l'affaire c'est-à-dire d'enquêter pour vérifier la véracité des faits invoqués par le plaignant et déterminer s'il s'agit bien d'une faute disciplinaire. Pour ce faire il peut entendre les parties, recueillir des témoignages.

Puis les parties sont convoquées à une audience qui ne peut avoir lieu moins de quinze jours après la réception de la convocation. Chaque partie peut, au cours de l'instruction et de l'audience se faire représenter par un avocat ou, pour les syndicats, le conseil national et le conseil départemental, par un de leurs membres. L'infirmier, qu'il soit plaignant ou requérant, peut quant à lui se faire représenter par un avocat et/ou par un confrère inscrit au même tableau que lui. Cet infirmier ne peut être un membre d'un conseil de l'ordre.

Au cours de l'audience les parties ne sont pas tenues de comparaître personnellement. Les audiences sont publiques, sauf si le président décide d'interdire l'accès de la salle dans l'intérêt de l'ordre public ou lorsque le respect de la vie privée ou du secret médical le justifie.

92.3 - La décision et les voies de recours

Sous réserve de respecter le caractère contradictoire de la procédure permettant à chacun d'avancer ses arguments, la chambre disciplinaire peut fonder sa décision sur des griefs qui n'ont pas été mentionnés dans la plainte ou retenir une qualification juridique différente de celle initialement

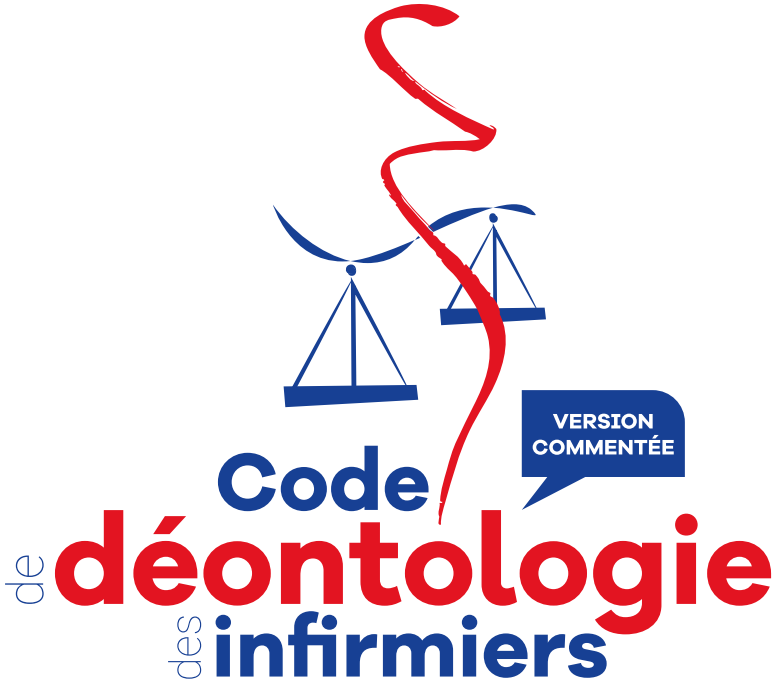
énoncée dans la plainte. Il faut cependant permettre au praticien poursuivi de s'expliquer sur l'ensemble des faits qu'elle envisage de retenir à son encontre (CE, 11 juill. 2001, n°214063).
La décision est notifiée aux parties. La notification indique notamment le délai dans lequel l'appel peut être formé.

Les parties peuvent faire appel de la décision rendue par la chambre de première instance devant la chambre disciplinaire du Conseil national de l'ordre. Cet appel est suspensif, c'est-à-dire qu'il suspend les effets de la décision rendue en première instance. Il doit cependant être formé dans les trente jours qui suivent la notification de la décision. Si l'appel est formé au-delà de ce délai, il n'est plus recevable et la décision prise en première instance devient exécutoire immédiatement. Les parties sont averties qu'un appel a été formé par le greffe de la chambre disciplinaire nationale.

La décision prise par la chambre disciplinaire nationale est notifiée aux parties et peut elle aussi faire l'objet d'un recours à nouveau. Ce recours, dit recours en cassation, est alors formé devant le Conseil d'Etat dans un délai maximum de deux mois suivant la notification. Ce pourvoi n'est en principe pas suspensif. Il est désormais admis que l'auteur d'une plainte, même s'il ne dispose pas d'un droit de saisine directe, a la qualité de partie à l'instance et peut dès lors former un pourvoi en cassation devant le Conseil d'Etat contre la décision de la chambre disciplinaire nationale (CE 1er juill. 2019, n°420987).

Lorsque la décision rendue en première instance ou en appel est devenue définitive, parce qu'elle n'a pas fait l'objet d'un recours dans les délais ou que les voies de recours ont été épuisées, il reste toutefois une possibilité de remettre en cause cette décision. Il s'agit alors d'un recours en révision qui peut être demandé par l'infirmier qui a été condamné à une interdiction temporaire d'exercer ou à une radiation du tableau de l'ordre. Ce recours en révision n'est cependant admis qu'exceptionnellement dans les cas suivants :

- L'infirmier a été condamné sur fausses pièces ou sur un témoignage écrit ou oral d'une personne condamnée ultérieurement pour faux témoignage contre l'infirmier.
- L'infirmier a été condamné pour n'avoir pas pu produire une pièce décisive qui était retenue par la partie adverse.
- Un fait nouveau s'est produit ou révélé après le prononcé de la décision ou des pièces qui étaient inconnues au moment des débats sont produites après la décision alors qu'elles sont de nature à établir l'innocence du praticien.



La reconnaissance de l'autonomie d'une profession

Près de 70 ans après les médecins ou les sages-femmes, les infirmiers se dotent enfin de leurs propres règles d'exercice professionnel. Publié le 27 novembre 2016 par décret au Journal officiel, le code de déontologie des infirmiers comprend l'ensemble des droits et devoirs des infirmiers, quels que soient leurs modes ou lieux d'exercice.

Il clarifie notamment les relations avec les patients, les autres membres de la profession et les autres professionnels de santé. La publication du premier code de déontologie des infirmiers marque la reconnaissance de l'ensemble d'une profession de plus en plus autonome.

Ordre National des Infirmiers

228 rue du Faubourg St-Martin
75010 Paris
Tél. 01 71 93 84 50

www.ordre-infirmiers.fr
@ordreinfirmiers
Ordre National des Infirmiers