**Législation, éthique, déontologie, responsabilité, organisation du travail.**

**Historique**

##### **I) Naissance de la formation infirmière**

**Au XIII° siècle** – « enfermier »

**A la charnière du XIX°/XX°** - « infirmier » apparaît

Entre 1870 et 1914 : La profession s’élabore

**Les lois COMBES** – Départ des religieuses pour des laïques peu instruites et de moralité douteuse. Personnel subalterne.

Docteur Bournevil < formation gratuite avec cours d’aseptisation, d’anato-physiologie, des pratiques de soins et les règles d’Hygiène, contre un engagement de cinq ans.

**1922** – 1ers diplômes professionnels, la profession d’IDE est reconnue.

**1923** – infirmières formées en 2 ans

**1925** – Création d’une formation de 33 mois pour devenir infirmière visiteuse en hygiène sociale à l’enfance.

Léonie Chaptal est élue présidente du Conseil internationale des Infirmières en **1929**.

##### II) Reconnaissance officielle

**1946** – obligation d’avoir le DE pour exercer la profession

**1951** – création de l’école de cadres de la Croix-Rouge, via une formation universitaire.

**1984** – Liste des actes professionnels dans un décret (modifié en 1993 et 2002)

**2004** – C’est le code de la Santé Publique qui détermine et légifère la profession.

**2006** – Création du Conseil de l’ordre des infirmiers.

###### III) Autres modèles fondateurs

**Modèle Anglo-saxon :** *Florence Nightingale*, qui contribue à l’amélioration des conditions d’hygiène hospitalière.

##### IV) De 1945 à nos jours

Changements légales importantes qui donne un statut à la profession, possibilités de diverses carrières et spécialités, meilleurs conditions de travail, relèvement du niveau de formation…

**2009** Changement du programme dans les IFSI.

*Lire la charte du patient hospitalisé.*

Législation, éthique, déontologie, responsabilité, organisation du travail.

**Législation, éthique, déontologie, responsabilité, organisation du travail.**

Les Accidents d’Exposition au Sang

#### Définition

Tout accident survenant avec du sang par contact, avec tout autre produit biologique potentiellement contaminant lors d’une infraction cutanée ou d’une projection sur les muqueuses ou sur une peau lésée.

**Les infections connues**

Au VIH – 8 cas dans le monde au niveau des AES

A l’Hépatite – 33 cas de contaminations en 1998 dont 26 concernant les infirmiers

#### Qui est concerné ?

Infirmières et chirurgiens.

Nouveaux arrivants et personnels temporaires.

#### La déclaration

*Voir exemplaire de déclaration à remplir en cas d’une AES.*

#### La Prévention

**Différentes règles à respecter :**

-Ne jamais recapuchonner une aiguille.

-Ne pas désadapter une aiguille de la seringue à la main.

-Eliminer automatiquement le matériel après un soin.

-Porter des gants.

-Si risques de projections, porter des lunettes.

-Utiliser des protections supplémentaires

-Décontaminer après tous les soins les instruments et surfaces utilisés

-Evacuer du service les prélèvements biologiques, le linge et les instruments souillés dans un emballage étanche.

#### Traitement en cas d’AES

-Faire saigner la plaie.

-Se laver les mains à l’eau courante et au savon au moins pendant 5 minutes.

-Impérativement consulter le médecin référent.

-Pratique des tests sérologiques.

**Législation, éthique, déontologie, responsabilité, organisation du travail.**

**Le Secret Médical**

**Secret Professionnel** pour toutes les corporations.

**Hippocrate** *« Quoi que je voie ou entende dans la société pendant, ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas. »*

I)Qui est tenu au Secret Médical ?

C’est le **code de déontologie**, provenant de **code de la Santé Publique** qui régit le mode d’exercice des professions de santé par des décrets en vue du respect d’une éthique (sue le Conseil de l’ordre est chargé de faire régner).

**Le médecin** veille à ce que toutes les personnes impliquées dans son travail respecte le secret professionnel.

Code de la santé publique

**Art. L1110-4** *« Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisation participant à la prévention et aux soins ; a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. »*

**Art. IV**relatif au secret professionnel qui *« s’impose à tout infirmier et tout étudiant infirmier. Ce secret couvre non seulement ce qui lui a été confié mais aussi ce qu’il a vu, entendu, constaté ou compris. »*

Le Secret Professionnel est imposé aux **soignants, aux étudiants, au personnel qui gravite autour du système hospitalier, au Médecin de la Sécurité sociale, au médecin professionnel, et aux compagnies d’assurances.**

II)Le contenu du Secret Médical

Les **seuls éléments connus du médecin** dans le cadre de sa profession.

Dérogations spéciales :

-si le patient lui-même lève le Secret.

-après le décès du patient (sauf indication contraire durant son vivant)

-lors d’actes obligatoires remplis par le médecin (naissance, maladie vénériennes, certificat d’internement, maladies professionnelles, alcoolisme dangereux…)

Ces données transmises respectent l’anonymat sauf :

 -**en cas d’extrême urgence.**

 **-en cas d’atteinte sexuelle sur un mineur.**

Les cas de séropositivité sont déclarés à l’Institut de la veille Sanitaire.

III)Les Sanctions en cas de violation

\*Sanctions de type disciplinaire prononcées par le Conseil de l’ordre

\*Sanctions Pénales (de 8jours à 1an d’emprisonnement et jusqu’à 15000 euros d’amendes)

**La Protection des Incapables majeurs**

**LOI 68-5** (du 3 Janvier 1968) sur les Dispositions de protection des incapables majeurs

**LOI 2007-308** sur la Réforme de la protection des incapables majeurs (appliquée au 01/01/2009)

D’après la loi française, *tout être humain, qu’il soit mineur, majeur, français ou étranger, jouit des droits civils (attachés à sa propre personne et à son patrimoine).*

**Conditions de mise en place de mesures de protection**

→Altération des facultés mentales

→Altération des facultés corporelles

*La personne est dans l’incapacité d’exprimer sa volonté, toute communication avec autrui est devenue impossible.*

*L’atteinte doit présenter une certaine gravité et une durée suffisante.*

Les mesures de protection

**1)La Sauvegarde de justice**

-Régime de protection temporaire (de 2 à 6 mois)

*(soit dans l’attente d’un autre régime, soit parce que l’altération est provisoire)*

-Effet immédiat

-Conservation des droits civiques et liberté de gestion des biens

**Dénonce ou annule en justice des actes défavorable à la personne**

**<**médecin traitant ou Juge des tutelles (saisi par la famille ou un tiers)

*prend fin automatiquement 2 mois à dater de la déclaration initiale, ou sur demande du médecin traitant (si absence de renouvellement)*

2) La Curatelle

-Mesure intermédiaire

-Pour les personnes qui ont besoin d’être conseillées ou contrôlées pour les actes de la vie civile, sans être hors d’état d’agir d’eux-mêmes.

-Curatelle simple :

mesure souple, *actes d’administration* (perception des revenus, paiement des dépenses…)

autorisés, seuls les *actes civils importants sont contresignés* par le curateur.

-Curatelle renforcée ou aggravée :

droit de vote conservé, le curateur gère le patrimoine et les ressources, actes civils sous

l’autorisation du curateur.

3)La Tutelle

-Pour ceux qui ont besoin d’être représentés de manière continue pour les actes de la vie civile *→ Perte de tous les droits civils*

**-Le majeur sous tutelle est considéré comme mineur**

Tuteur : membre de la famille, personne extérieure nommée par le juge

Son rôle : perception des revenus, règlement des dépenses, entretien de la personne.

Réforme applicable le 01/01/2009

-Mise sous tutelle et curatelle possible seulement s’il y a altération des facultés mentales.

-Création d’un « mandat de protection future » en prévision

-Comptes-rendus plus soutenus et plus réguliers.

Législation, éthique, déontologie, responsabilité, organisation du travail.

**Législation professionnelles et champs de compétence**

###### La législation professionnelle

**Arrêté du 23 mars 1992** → formation des infirmiers modifiés

**Décret du 16 Février 1993** →formation des infirmiers

**!!! Décret du (11 Février 2002** →) **29 Juillet 2004** → ensembles des dispositions relatives à l’exercice de la profession(*intégré au Code de la Santé Publique*)

**Arrêté du 5 Janvier 2004** → dispenses de scolarité

**Arrêté du 21 Avril 2007** → conditions de fonctionnement des IFSI

###### Evolution : changement d’un décret à l’autre

1)Uniformisation des décrets

→Regroupement des compétences et des règles de déontologie

/ actes professionnels et règles professionnelles

**\*Décret du 16/02/93**

Ensemble des règles professionnelles fixées (devoir généraux de l’IDE –*respect de la dignité, secret professionnel, confidentialité…-* devoirs envers les patients et règles de confraternité entre professionnels)

**\*Décret du 11/02/02**

*Distinction entre* Le rôle propre de l’IDE

 L’intervention sur prescription médicale

 L’intervention en collaboration avec le médecin

**Du 29/07/04**

Règles envers les patients

Principes propres aux valeurs de la profession

Gestes techniques + prise en charge globale

Dimension bio-psycho-sociale

Analyse→Organisation→Réalisation→Evaluation

Soin= préventif/curatif/technique/relationnel

→*Prendre en compte la personnalité de l’individu+ respect des droits+souci d’éducation à la santé*

2) Spécificité de prise en charge

**\*Dans le domaine de la santé mentale**

→Surveillance du patient isolé (*examination attentive pour déceler tout signe révélateur d’une anomalie ou d’un danger*) pour éviter des conséquences dommageables pour lui-même.

 !!! Médecin alerté si hors compétence IDE !!!

**\*La prise en charge individuelle**

Devient pluridisciplinaire ; nécessité de la collaboration du patient et de son association quant à la prise de décision le concernant.

3) Intervenants de bloc opératoire : les IBODES

→Gestes spécifiques à la seule compétence de l’IDE décrit dans le code de la santé publique

→Insistance sur gestion des risques, élaboration et mise en œuvre d’une démarche de soins, organisation et coordination des soins, traçabilité des activités, procédures de désinfection et de stérilisation

4)Prise en charge de la douleur

Compétence d’évaluation de la douleur = rôle propre de l’IDE

Prescriptions écrites, signées, datées

Protocoles utilisés si validés (application sur plusieurs patients possible)

Protocole de soins= descriptif des techniques à appliquer / posologie /consignes

→ action immédiate du rôle propre de l’IDE : **conduite à tenir/ prescription anticipée**

Application des protocoles = gage de qualité dans la prise en charge de la douleur

**La formalisation de la mise en œuvre d’un protocole de traitement antalgique se fait dans le dossier des soins infirmiers…**

*→différence entre* prescription médicale *et* protocole de soins*.*

Rôle propre de l’IDE

**Lié à la notion de COMPETENCE**

3 notions restent indispensables :

-poser un diagnostic infirmier

-gérer les soins prescrits, protocolaires (en sus de la démarche de soins)

-gérer le dossier de soins

**Article L4311-1 du code de la Santé Publique**

Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.

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.

L'infirmière ou l'infirmier peut effectuer certaines vaccinations, sans prescription médicale, dont la liste, les modalités et les conditions de réalisation sont fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis du Haut conseil de la santé publique.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale, peuvent prescrire à leurs patients sauf en cas d'indication contraire du médecin et sous réserve, pour les dispositifs médicaux pour lesquels l'arrêté le précise, d'une information du médecin traitant désigné par leur patient.

I)Résumé législation professionnelle

Arrêté du 23 Mars 1992, modifié par le décret 16.03.96

11.03.02

29.07.04

II)Évolution

Globalement peu de changement dans l'organisation des soins

1)Unification de la codification des actes

On a un regroupement des décrets et différents textes de lois
donc un regroupement des compétences et des règles de
déontologie (règles + actes professionnels) de la profession.

Le nouveau décret de 2004 contient les règles envers les patients, les principes propres aux valeurs de la profession.

Il énonce les gestes techniques, les prise en charge globale, il n'y a plus de distinction entre les gestes et les devoirs envers les
patients. Il énonce également les différentes dimensions de la
profession d'infirmier.

L'exercice comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation et l'évaluation des soins.

Le soin est préventif, curatif, palliatif, technique et relationnel.
Il tient compte de l'individu et s'administre dans le respect des
droits de la personne dans un soucis d'éducation à la santé.

2)Spécificité de la prise en charge

a)Dans le domaine de la santé mentale

La surveillance du patient est renforcée particulièrement lors de la mise en isolement.

Des préconisations de l'HAS (Haute Autorité de Santé) à ce propos sont prises en compte.

Ex : la contention des pâ.

Il est question constamment d'évaluer le bénéfice risque, ce qui

consiste à évaluer attentivement la personne de manière à déceler
tout signe révélateur d'une anomalie ou d'un danger.
L'intérêt est d'éviter les conséquences dommageables pour le
patient.

Le médecin est alerté si le danger n'est pas de la compétence infirmière.

b)La prise en charge individuelle

Elle devient encore plus importante et ne concerne pas seulement un professionnel de santé.

Il y a nécessité de collaboration pour un travail pluridisciplinaire.

3)La prise en charge de la douleur

La compétence d'évaluation de la douleur reste admise au rôle propre infirmier.

Les prescriptions restent écrites, datées, signées.

Les protocoles ne seront utilisés que lorsqu'ils seront validés. La validation permet l'application pour différents patients.

Le protocole constitue le descriptif à appliquer, la posologie à

administrer ou les consignes à observer dans certaines situations. Il permet aux infirmiers d'intervenir sans délais et d'utiliser des procédures reconnues pour leur efficacité.

C'est une conduite à tenir ou une prescription anticipée.

L'application de ceci est un gage de qualité dans le prise en charge de la douleur par les infirmiers.

Il faut formaliser la mise en oeuvre d'un protocole dans le dossier de soins infirmiers.

III)Le rôle propre

Il est lié à la notion de compétences (règles + actes). Trois notions sont importantes dans le rôle propre IDE :
 poser un diagnostic infirmier

gérer les soins prescrits

déléguer des soins aux aides soignantes et protocoliser Appliquer la DDS

Gérer le dossier de soins : importance capitale

Les notes infirmières seront concises, précises, objectives, cibler les besoins perturbés pour une tracabilité fiable.

CULTURES ET SANTE

Espace santé Jeunes à Marseille
 - Santé globale

- Prévention et accompagnement en soins - Espace d’écoute

- Intervention au près des jeunes (lycée, collège, prison)

L’intervenant

- Le psychologue et la santé

I)Définition de la culture

 La culture (selon l’UNESCO) : dans son sens le + large est considérée

comme l'ensemble de traits distinctifs, matériels et spirituels, intellectuels
 et affectifs qui caractérisent une société, un groupe social ou un individu.
 Subordonnée à la nature elle englobe outre l’environnement, les arts et les
lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l’être humain, les systèmes de valeur, les traditions, les croyances et les sciences.

Il y a une culture qui nous englobe tous : la langue. Mais nous avons tous notre propre culture.

Chaque société humaine possède sa propre culture

 Le multiculturalisme : existence de plusieurs cultures qui se rencontrent,
 se mélangent.

L'évolution vers diversité ou uniformisation?

La culture individuelle de chacun donne lieu à la culture générale dépendant du contexte dans laquelle elle se développe, la culture du peuple, chacun dans ce bain culturel tire sa propre culture.

II)La question de l'autre dans la relation de soin

Interférence culturelle cela renvoie à l’influence d’un phénomène sur un autre. Notre façon d’être avec l’autre est marquée par notre culture.
Sans notre rôle de soignant, il nous reste notre vécu, notre culture, nos
expériences.

Nous sommes baignés dans une culture qui fait que nous présentons quelque chose à l’autre.

De plus en plus le patient client.

La culture c’est s’interroger dans quel cadre nous sommes ?

La perception d’une personne se fait tout d’abord par la vue (une personne grosse est une personne qui mange beaucoup).

La tendance à la généralisation peut devenir un écran de protection de l’autre.

Il y a une demande de soins d’une personne  un besoin et de l’autre côté c’est une prestation. C’est une relation de service avec un support technique et un échange économique.

La pratique n’est pas forcément la technique, c’est la pratique de l’autre, c’est la relation.

Dans une relation il est important de se regarder faire. Quel sentiment j’ai par rapport à cette situation ?

Pour bien aider l’autre en professionnel il est nécessaire de bien saisir ce qui vient de nous et de l’autre, et ce pourquoi nous sommes en relation 
3 points qui méritent notre attention et qui mélangent les cultures :
Sinon on ne fait pas ça on mélange ce qui vient de nous et des autres, la culture à celle de l’autre, sinon on juge, on interfère.

La culture est-ce de s'interroger dans quel cadre nous sommes ?

A)La différence de l'autre

Rapport problématique à l'autre conflit par rapport à ces différences, dans un contexte de soins on ne parle que de ce qui fait problème.

Interférence culturelle => connotation négative, l'interférence culturelle est-ce la désagréable influence de l'un sur l'autre. Risque de ne pas se préparer à
comprendre l'autre. Risque d'aborder l'autre sans le voir sans le comprendre, lui imposer des choses qu'il ne comprend pas, et donc en tant que soignant faire
mal son travail.

B)L'autre

1)La peur de l'autre

a)La question de l'autre dans la relation de soins

Qui sommes-nous?

Ce que nous sommes n'est pas indifférent à l'autre, il a des représentations de ce que l'on est, il va avoir une attitude par rapport à cela. Derrière ce rôle de soignant, il y a nos cultures. Notre façon d'être avec l'autre est marquée par nos cultures, l'endroit où elle s'est développée.

Qui sont les autres?

Patient, client, résident, usager…

Quelle attitude, transformation de la relation selon le cadre (client, patient…) Style vestimentaire, façon de parler, sexe, âge, …

Tendance à la généralisation peut devenir un écran contre les autres ou un écran d'occultation de l'autre, on se cache derrière un protocole à mettre en place. (on se cache derrière la pathologie, derrière le numéro de la chambre…).

b)Que devons-nous faire ensemble ? Pourquoi ? Comment?

Demande de soins :

Besoins ou demandes d'un coté et l'autre une prestation (support technique et échanges économiques).

Il ne s'agit pas d'aider quelqu'un de sa famille, il n'y a pas une relation affective.

Comment:

Avec une méthode, une technique, la pratique (la pratique de l'autre, la relation).

Important dans la relation, il faut se regarder faire, quel sentiment j'éprouve au moment de la situation (ex la première fois que l'on pique une personne).

Souvent l'autre peut être agressif, on se pose rarement la question de savoir ce qui peut générer cette agressivité dans notre comportement.

Pour bien aider l'autre en professionnel, il est important de saisir ce qui vient de nous, de l'autre, et … si on ne fait pas ça il y a un mélange de son histoire avec l'autre, on juge on interfère, on condamne.

Lorsqu'on parle de cultures au pluriel, on parle de conflits. Le conflit ouvre aux négociations.

III)Le conflit

Quand on parle de culture on parle de conflits. Le conflit ouvre aux négociations.

On ne pense jamais à quoi on se revendique.

Cela nous demande un réel effort d'avoir une relation avec une personne qui a une culture différente de la notre.

Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de conflits. Quand l'autre a une même

représentation du monde que nous, la négociation est préfaite. (ex : attendre 15 min chez le docteur est compréhensible contrairement à 5 min d'attente devant un guichet).

Le conflit peut dégénérer en violence (pas forcément physique, peut être verbale).

 La violence = pas forcément physique, elle peut être verbale, tentative
 d’imposer un comportement à quelqu’un qui ne désire pas avoir ou faire
 ce comportement.

La violence peut être d’imposer sa culture à l’autre.

Quand on soigne quelqu'un contre sa volonté, il faut faire l'effort de construire un accompagnement pour expliquer notre position, le possible, l'impossible et ouvrir une négociation.

Il y a un travail, d’approche, d’écoute de l’autre, qui nous permet de négocier pour arriver à le soigner.

La plupart des gens acceptent sauf dans le cas suicidaire.

Il est naturel.

De qui/quoi nous nous revendiquons?

Référence à nos cultures (éducations orientant nos représentations) rencontre dans notre milieu de personnes avec la même culture. Représentation culturelle, orientation sociale lorsque l'on se rend compte que notre vision n'est pas la même que celle des autres.

De qui/quoi ils se revendiquent?

Quand on rencontre l'autre on parle de la météo car on ne connaît pas l'autre, on veut échanger mais on ne connaît pas ses représentations. Par les échanges on peut voir si l'autre à les mêmes représentations culturelles.

En quoi sommes-nous en conflits?

Le conflit est inévitable, il faut négocier le projet pour qu'il devienne commun, si ce n'est pas le cas, le conflit s'accentue. Le conflit peut dégénérer en violence (physiquement, verbalement, dans le calme).

Comment faire pour prendre en compte les différences?

Par l'écoute en tant que relation (reformulation, répéter pour la compréhension de ce que l'autre veut) et négocier un terrain commun, ainsi on peut
commencer à soigner.

IV)Des habitudes

 Habitudes = dispositions acquises, relativement permanentes et stables,
 qui deviennent une sorte de seconde nature. (c'est qq chose de construit).
 On ignore l'étendue de nos habitudes, (rythme de vie (levé, coucher);
 habitudes motrices, la marche (style de marche), la conduite, pensée
 automatique, le langage, les habitudes sociales (politesse, coutumes)

A)Apprentissage

1)Apprendre

Acquérir un savoir faire au moyen de l'expérience personnel ou de méthodes techniques spécifiques conçues par le milieu éducatif

Acquisition de pratiques, de connaissances, de valeurs culturelles par l'observation, la pratique, l'écoute…

L'apprentissage se différencie de l'enseignement, il est + pratique que l'enseignement qui correspond à l'assimilation de connaissances.

2)Inné ou Acquis ?

Nature humaine : c'est la culture

Tous les hommes conçoivent une culture (on ne trouve pas d'hommes vivants, seuls, sans règles, sans cultures). L'homme ne peut pas se développer seul, si absence l'homme dépérit car son cerveau se développe avec le stimulus
extérieur, avec l'environnement, développement en apprenant, en acquérant. La culture est inscrite en soi par notre développement.

Le développement de l'enfant est de s'éloigner d'une nature.

C)Une génétique des différences culturelles

 Homo sapiens (sapiens)

 Sortie de l'Afrique

 Progressive occupation de la terre

 La marche, la migration, la quête de nouveaux habitats  Les facultés de raisonnement er d'élocution
 Différenciation consécutive

 Sans jamais perdre leur commune humanité (Bilbeau en 2005)

Création du mot race en 1900 (à l'heure actuelle ce mot a une connotation idéologique)

 Polymorphisme = différents facteurs expliquant ce polymorphisme:
 environnement, biologique

99,9% de notre génome est commun à tous les êtres humains

Les différences recensées sont très petites et portent uniquement sur des caractères secondaires.

Culture et santé : comment soigner qqn de culture différente ? Quelles

précautions à prendre ? Qu'est que je reconnais de moi, de l'autre et qu'est-ce
qu'on va faire ensemble pour éviter les incompréhensions et favoriser l'écoute ?

SENTTION CIALE DE LA

PROFESSION

Définition :

On parle de représentation sociale car elle est partagée par une population donnée.

La représentation n'est pas une image, ce n'est pas une

perception ; pour qu'il y aie représentation il faut une

reconstruction de la réalité, de ce fait on tient compte des

processus cognitifs (qui concerne la connaissance).

Ce n'est pas une image populaire, c'est quelque chose de plus construit.

Cf polycop LEDROT (29.09.08) = La représentation sociale de la profession (1)