

Ecole Nationale de la Santé Publique

Filière des Infirmiers Généraux

Promotion 1999

Le respect du droit à l'intimité des patients : Un défi
pour l'infirmière générale.

Louise CASTRO

“ Agis de telle sorte que tu traites l’humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne des autres toujours et en même temps comme une fin et jamais simplement comme un moyen ”

Kant

AVANT-PROPOS

Nous saisissons l'opportunité qui nous est offerte, dans le cadre de notre formation à la fonction d'Infirmière Générale, pour donner suite à un travail de recherche, validé par l'obtention d'une maîtrise en management des établissements de santé en mars 1999. Le thème de cette recherche était relatif aux droits des patients hospitalisés.

Ce mémoire envisagera donc la résolution de certains dysfonctionnements constatés puis énoncera nos perspectives de travail, sur la base de notre nouvelle position hiérarchique d'infirmière générale.

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS

INTRODUCTION.....	1
1. MÉTHODOLOGIE	3
1.1. LA PHASE EXPLORATOIRE.....	3
1.2. LE CHOIX DE LA POPULATION	4
1.3. LE CHOIX DE L'OUTIL	4
1.4. LE RECUEIL D'INFORMATION	5
1.5. LES LIMITES ET LES DIFFICULTÉS DE CE TRAVAIL.....	6
2. LES ÉLÉMENTS D'UNE PROBLÉMATIQUE	8
2.1. UN CONCEPT PEU CONNU	8
2.1.1. <i>Les définitions</i>	8
2.1.2. <i>Les fonctions de l'intimité</i>	10
2.1.3. <i>Les atteintes à l'intimité</i>	12
2.2. DROITS DE L'HOMME - DROIT DES MALADES	14
2.2.1. <i>Les droits de l'homme</i>	14
2.2.2. <i>Le droit des malades</i>	15
2.2.2.1. La reconnaissance du droit.....	15
2.2.2.2. De 1970 à 1991	16
2.2.2.3. De 1991 à nos jours.....	17
2.2.3. <i>Le respect de l'intimité est un droit pour le malade, un devoir pour les soignants</i> 20	
2.2.3.1. Le droit à l'intimité à l'hôpital	20
2.2.3.2. Le respect de l'anonymat	20
2.2.3.3. Le secret professionnel.....	21
2.2.3.4. Les conditions de séjour.....	23
2.3. NOUVELLES FONCTIONS - NOUVELLES RESPONSABILITÉS	25

2.3.1. <i>Le cadre législatif de la fonction</i>	25
2.3.1.1. Des missions de soins des établissements de santé	25
2.3.1.2. D'un service de soins infirmiers officialisé	26
2.3.1.3. Du statut des infirmiers généraux	27
2.3.1.4. Une responsabilité réglementaire et professionnelle	27
2.3.2. <i>Un contexte propice : l'accréditation</i>	29
2.3.2.1. Le concept d'accréditation	29
2.3.2.2. La procédure d'accréditation	30
2.3.2.3. L'accréditation une opportunité pour l'infirmière générale	31
2.4. LA CONTINUITÉ D'UN TRAVAIL	32
2.4.1. <i>Le constat</i>	32
3. HYPOTHÈSE DE TRAVAIL	34
3.1. QUESTIONNEMENT	34
3.2. HYPOTHÈSE	35
4. ANALYSE ET RESULTATS DE L'ENQUÊTE	36
4.1. RÉSULTATS DES ENTRETIENS	36
4.1.1. <i>Les médecins</i>	36
4.1.2. <i>Les cadres soignants</i>	37
4.1.3. <i>Les infirmières générales</i>	40
4.2. SYNTHÈSE	45
5. RÉFLEXIONS - PROPOSITIONS	47
5.1. RÉFLEXION PERSONNELLE	47
5.2. LE DROIT DES MALADES, FONDEMENT DE NOTRE POLITIQUE DE SOINS INFIRMIERS	48
5.3. CHOIX D'UN SITE EXPÉRIMENTAL	49
5.4. SAISIR L'OPPORTUNITÉ DU CONTEXTE DE L'ACCREDITATION	50
5.5. UNE ORGANISATION DES SOINS FAVORISANT LE RESPECT DU DROIT À L'INTIMITÉ	51

5.5.1. <i>La gestion du personnel</i>	52
5.5.2. <i>Le rôle de l'encadrement</i>	52
5.5.3. <i>L'évaluation des personnels</i>	52
5.6. UN TRAVAIL DE COLLABORATION AVEC LES DIFFÉRENTES DIRECTIONS FONCTIONNELLES ET L'INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS	53
5.6.1. <i>La Direction des Ressources Humaines</i>	53
5.6.2. <i>La Direction des plans et travaux</i>	54
5.6.3. <i>Un travail en pluridisciplinarité</i>	54
5.6.4. <i>L'institut de formation en soins infirmiers</i>	55
5.7. UNE COMMUNICATION POUR LE RESPECT DE L'INTIMITÉ	55
5.7.1. <i>Prendre en compte la parole des usagers</i>	55
5.7.2. <i>Créer un Groupe de réflexion éthique institutionnel</i>	56
5.7.3. <i>Utiliser des modes de communication</i>	57
CONCLUSION	59
BIBLIOGRAPHIE	61
LISTE DES ABRÉVIATIONS	63
ANNEXES	64

INTRODUCTION

L'Hôpital connaît depuis ces dernières années des bouleversements importants tant sur le plan organisationnel que sur le plan culturel. Les faits majeurs caractérisant cette décennie sont :

- la réforme hospitalière du 24 avril 1996 avec le concept d'accréditation et son exigence d'offrir au malade la sécurité et la qualité des soins qu'il est en droit d'attendre en entrant dans l'institution hospitalière ;
- l'évolution de la place du patient au sein de l'institution et les avancées des droits du malade .

C'est sur ce dernier élément que nous souhaitons nous engager dans notre exercice professionnel.

Lors de notre recherche antérieure, nous avons pensé étudier le respect du droit à l'intimité des malades. D'une part, en tant que soignante, la relation de proximité établie avec le patient nous semblait être significative de nos pratiques infirmières. D'autre part, les atteintes à l'intimité des malades dans les services hospitaliers (non respect de la pudeur, propos déplacés, non respect de la confidentialité) nous avait déjà interpellée en tant que cadre infirmier.

Nos recherches bibliographiques nous ont confirmé dans notre intention : une enquête effectuée auprès des usagers par la Ligue des Droits de l'homme et l'Union Nationale des Associations familiales en 1995 a éclairé les attentes des malades et leurs ressentis lors de leur hospitalisation. Nous en reprenons ici un passage :

Des atteintes à l'intimité sont signalées : entrée sans frapper des soignants ou non respect de la pudeur de l'hospitalisé, promiscuité inhérente à des chambres à plusieurs lits s'aggravant d'interrogatoires sans confidentialité, aréopage accompagnant le médecin (...) Des atteintes à la dignité sont dénoncées par 72 malades sur 825 : des reproches humiliants fait pour une literie salie à deux opérés du tractus intestinal jusqu'au mépris global dans la relation

soignant soigné (agressivité verbale) (...) Une mention particulière concerne les personnes âgées puisque 13 patients se sont plaint explicitement d'avoir été, en raison de leur âge, délaissés s'ils n'avaient un soutien familial, ou infantilisés, ou réprimandés, voire violentés.¹

Ces atteintes semblent peu nombreuses quantitativement mais sont humainement insupportables.

En mars 1998, une enquête menée par L'ANAES portant sur les attentes du grand public vis-à-vis des établissements de santé fait apparaître l'efficacité et la qualité des soins comme critères extrêmement importants, ainsi que la qualité relationnelle de l'ensemble du personnel.

Nous avons dans le cadre de notre étude, mis à jour plusieurs facteurs organisationnels (routine, charge de travail) mais aussi comportementaux aggravant le non respect du droit à l'intimité du patient.

Ces éléments, portant atteinte à l'intimité, à la dignité des personnes, ne peuvent laisser indifférente l'infirmière générale que nous serons prochainement.

L'application du droit est la réponse que nous souhaitons apporter afin d'assurer le respect du patient. Comment pourrons nous assurer le respect de ce droit au sein des unités tel est l'objet de ce mémoire.

Le contexte actuel dans les hôpitaux nous semble une période favorable pour engager les professionnels dans ce projet. En effet la procédure d'accréditation des établissements dont l'évaluation est la principale étape, provoque des remises en question personnelles et professionnelles susceptible d'initier le changement

¹ "L'hôpital vu par ses usagers " cahiers de gestions hospitalières Revue Gestions Hospitalières n° 342, Jan 95

1. METHODOLOGIE

Après avoir obtenu l'agrément pour le thème du mémoire, notre souci a été alors de savoir si les responsables du service de soins infirmiers partageaient ce même intérêt. C'est ce qui nous a amenée à construire la première étape de notre travail, la phase exploratoire, préliminaire à notre recherche.

1.1. La phase exploratoire

Nous avons, en tout premier lieu, effectué une recherche documentaire afin de savoir si des écrits d'infirmières générales avaient été produits sur ce thème. Notre recherche s'est révélée peu fructueuse. Le mémoire d'un cadre infirmier ciblé sur le respect de l'intimité en 1986, des articles traitant de la malveillance lors des soins par une infirmière générale nous ont toutefois encouragée à poursuivre.

Ensuite le premier stage effectué dans un CHU à la Direction du Service de Soins Infirmiers nous a permis de saisir l'opportunité d'interroger le Directeur des Soins Infirmiers et les Infirmières Générales de deuxième classe. Ces premiers échanges ont été peu constructifs. Le respect des droits des patients suscite un intérêt relativement modéré, le droit à l'intimité est un sujet pertinent mais non prioritaire. A l'issue de cette phase de débrouillage nous étions assez perplexe sur l'intérêt manifesté par les infirmières générales, le moment pour ce genre de réflexion était sans doute peu propice, le CHU étant en période de restructuration.

Dans un second temps nous nous sommes aussi réinterrogée sur l'attente des usagers en matière d'intimité, les publications sur la satisfaction des patients étant peu abondantes lors de l'étude antérieure. Depuis quelques temps, les écrits se sont multipliés. Une consultation nationale des usagers (les Etats Généraux de la Santé organisée par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité), a été entreprise dans le but d'entendre les attentes de la population en matière de santé.

Les résultats de ces lectures sont unanimes. L'utilisateur ne remet pas en cause la confiance donnée à l'hôpital car c'est là qu'il a les meilleures chances de guérir. Cependant, il exprime des insatisfactions relationnelles fortes.

“ L'art est à son summum, mais la manière gâche tout ”.² Cette phrase extraite d'une synthèse des Etats généraux de la Santé résume à notre sens une des problématiques hospitalières actuelles et nous a poussée à persévérer dans notre entreprise.

L'ensemble de ces éléments nous a conduit à construire la seconde phase de notre travail, c'est-à-dire réaliser une enquête prospective auprès d'autres responsables du service infirmier.

1.2. Le choix de la population

En débutant ce travail nous avons pensé questionner uniquement les infirmières générales. Puis, notre réflexion avançant, il nous est apparu opportun de solliciter d'autres acteurs :

- Les cadres supérieurs et les surveillants des unités de soins ;
- Les médecins.

Ceci afin de saisir le degré de sensibilisation aux droits du malade sur le terrain puis entrevoir la faisabilité d'un projet conjoint.

1.3. Le choix de l'outil

Notre choix s'est porté d'emblée sur l'entretien sachant du fait de notre expérience antérieure que le thème de l'intimité “ dérange ”. L'entretien est plus facilitateur d'échanges, il permet de prendre en compte tout ce qui est dit, autant dans les termes employés que dans la façon de l'exprimer.

Nous avons opté pour l'entretien semi-directif où des questions précises sous forme d'interrogations ouvertes laissent une large place à l'expression de l'interviewé tout en canalisant le sujet.

² “ Synthèse des réunions usagers - experts ”. ARH Rhône Alpes, Oct - Nov 98

Nous avons élaboré un guide d'entretien³ pour chaque catégorie de personnes que nous souhaitions questionner.

- Quatre questions composaient le guide des infirmières générales. Elles avaient pour objectif de cerner l'intérêt, de connaître leur degré de sensibilisation sur ce thème à l'hôpital (rapport, compte rendu, plaintes), de répertorier les causes de non respect, enfin de réfléchir ensemble sur les pistes d'actions à mener.
- Quatre questions étaient également posées aux cadres. L'objectif était d'évaluer leur connaissance du concept et des textes législatifs, le respect du droit à l'intimité dans les unités, puis à partir du constat effectué, d'envisager les zones d'action possibles avec l'encadrement.
- Cinq questions étaient posées aux médecins, nous permettant de savoir s'ils intégraient le droit à l'intimité dans leur pratique quotidienne et de voir si leur collaboration pouvait être suscitée.

Ces entretiens ont été retranscrits synthétiquement dans un tableau récapitulatif.⁴

1.4. Le recueil d'information

Nous avons utilisé pour le recueil de données différents lieux de recueil d'informations.

- **L'ENSP**

La rencontre de responsables du service infirmier intervenant au cours de notre formation nous a fourni l'occasion de les interroger sur notre thème de mémoire.

- **Le CHG de Valence :**

Nous avons eu connaissance qu'un travail sur la Charte de patient hospitalisé avait été effectué dans cet établissement. Nous avons contacté la DSSI pour échanger sur l'impact de ce travail sur les équipes.

- **Le CHU de Nice, second terrain de stage**

³ Cf. Annexe I

⁴ Cf. Annexe II

Nous avons choisi le CHU de Nice pour la mise en place de la démarche qualité sur l'établissement. La majorité des entretiens s'y sont déroulés.

Sur notre terrain de stage, nous avons ciblé les personnes que nous souhaitions interroger. Le CHU de Nice étant composé de plusieurs établissements, tous regroupés en pôles d'activité, nous avons questionné la DSSI et trois Infirmiers Généraux responsables d'établissement.

Nous n'avons pu questionner les cadres représentant tous les services médicaux comme nous l'avions prévu, du fait d'un manque de leur disponibilité. Nous avons alors privilégié certains sites "sensibles" : les urgences, les service de chirurgie et de réanimation, des personnes âgées, la psychiatrie et l'unité de soins palliatifs et douleur. Nous nous sommes également entretenue avec le cadre détaché à la DSI pour ce qui concerne la formation continue.

1.5. Les limites et les difficultés de ce travail

Nous avons conscience des limites de notre travail. Il convient donc de les préciser :

- **au niveau technique**

Tout d'abord, l'éclatement de l'établissement sur la ville de Nice, le temps, la disponibilité des personnes à interviewer ont été les principales difficultés que nous avons rencontré.

Sur certains entretiens, notamment ceux des cadres infirmiers, notre participation active peut avoir induit des réponses attendues et posé des difficultés à l'expression libre des intéressés.

L'enregistrement de l'entretien a mis mal à l'aise certaines personnes : deux d'entre elles l'ont exprimé en début d'entretien, une l'a totalement refusé.

- **Au niveau relationnel**

De prime abord, le thème du mémoire a suscité un intérêt manifeste auprès des personnes interrogées. Puis, au cours de l'entretien, certaines personnes ont montré des signes d'impatience, pouvant signifier la moindre importance portée aux droits des malades dans la réalité quotidienne des soins.

La mise en évidence du non respect du droit à l'intimité par les équipes soignantes a sans doute remis en question certains cadres dans leurs responsabilités auprès des agents.

Enfin, le droit des patients, sujet relativement récent, est encore peu pris en compte dans la réflexion dans la planification et l'exécution des soins quotidiens. Le fait d'avoir ciblé notre travail essentiellement sur le respect du droit à l'intimité a pu gêner différentes personnes qui, très expansives sur le droit des patients en général, n'ont pas compris l'importance que nous lui accordions.

2. LES ELEMENTS D'UNE PROBLEMATIQUE

2.1. *Un concept peu connu*

Lors de nos entretiens avec les infirmiers, cadres soignants et infirmiers généraux, une constante est apparue : la difficulté d'explicitier le concept d'intimité. En effet, l'intimité semble être une notion complexe, à la fois expérience individuelle et collective. Elle est une valeur à laquelle nous sommes tous d'emblée attachés sans que nous puissions trouver les mots pour la définir. Devant cette difficulté, des recherches bibliographiques nous ont permis d'éclairer ce concept.

2.1.1. Les définitions

Le dictionnaire⁵ nous en donne une définition sommaire :

intimité : caractère de ce qui est intime.

Cette première approche nous renvoie à la signification du substantif intime :

Intime : mot d'origine latine superlatif de intérieur signifiant plus à l'intérieur. Est intime ce qui est intérieur et profond, qui constitue l'essence d'un être, d'une chose, qui existe au plus profond de nous, qui est uniquement privé, personnel, qui se passe entre amis, à qui on est lié par des liens profonds.

L'intimité est sans conteste une composante essentielle de l'être humain.

La consultation d'ouvrages professionnels, sociologiques, philosophiques élargit le champ théorique de l'intimité et nous en dévoile ses différents aspects.

Le docteur Hélène Boucand,⁶ définit l'intimité comme étant “ une histoire d'identité. Elle touche au corps et à la vie psychique et crée un lien entre les deux ”.

⁵PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ Edition 1991.

Les deux aspects principaux de l'intimité de l'individu sont ici énoncés dans la définition : l'intimité corporelle, à laquelle nous sommes tous sensibles selon notre culture et notre éducation, et de façon implicite le nécessaire équilibre entre le corps et la dimension psycho affective de l'intimité.

Jean Baudrillard⁷ renforce et enrichit la définition en apportant la notion d'espace personnel :

L'intimité semble tracer une sphère enchantée qui serait celle du sujet avec ses affects, ses pensées, son discours intérieur, mais en réalité c'est un jeu de miroir, de dédoublement et de complicité avec soi même et avec quelqu'un d'autre.

Enfin Robert Lacaze écrit : “ l'intimité représente ce que la personne, et elle seule, peut dire ou révéler d'elle même, du secret de son intimité, si elle le veut et à qui elle en offre le privilège ”. Cette définition souligne la part de liberté individuelle de l'homme dans sa décision de dire ou de taire à autrui des éléments constitutifs de sa vie.

Au terme de ces définitions, l'intimité semble être pour l'homme un espace clos étanche, indispensable à son équilibre, lui permettant de se protéger d'un extérieur jugé agressif, de se ressourcer, d'être lui.. Dans cet espace intime, l'autre ne pourra pénétrer qu'avec le statut invité, d'élus, d'ami. Le respect de l'intimité se conçoit alors comme le non franchissement de cette barrière.

Mais cette représentation de l'intimité est très individualiste, elle est synonyme d'isolement et de repli sur soi. Comment concevoir alors une relation soignante si l'on s'en tient à cette représentation ?

Bernard Matray⁸, philosophe, nous permet de dépasser cette vision restrictive en nous proposant une réflexion sur le corps de l'homme, le corps espace de visibilité, corps médiateur entre l'intérieur et l'extérieur, corps support de nos soins. Le corps est récepteur de nos émotions mais aussi émetteur de celles-ci. C'est dans ce double mouvement que l'intimité doit être comprise. Il écrit

⁶ MME LE DR BOUCAND (Hélène) “ intimité secret professionnel et handicap ”. Ed Chronique sociale Oct 1998 p11

⁷ BAUDRILLARD (Jean), “ L'intime ” revue Autrement n° 81- 1986 page 13

⁸ MATRAY (Bernard), “ intimité, secret professionnel et handicap ” Ed chronique sociale Oct 1998. p13

Il me semble que le respect de l'intimité d'autrui implique la non intrusion dans ce qu'autrui tient secret et cette conception des choses correspond à l'acception la plus courante de la notion de respect. Mais il me semble que ce même respect de l'intimité implique aussi l'attention et la réceptivité que l'autre, dans un mouvement de sortie de soi et d'exposition de soi-même donne à connaître de son intériorité. Le respect de l'autre et de son intimité se dit alors en termes, de non indifférence et d'accueil.

A quoi sert l'intimité ? Quelles sont ses fonctions ? La connaissance de ces dernières nous semble indispensable dans l'exercice professionnel. Elles permettent d'expliquer et d'être attentif à certaines attitudes ou comportements du patient

2.1.2. Les fonctions de l'intimité

Westin⁹ en a identifié quatre :

- **l'autonomie personnelle**

L'intimité est l'univers qui permet à l'homme d'exister. Dans cette zone il intègre son image corporelle, l'installe. Il est lui naturellement. En se retirant dans cet espace il devient capable de ressentir un état de bien-être indispensable à son équilibre.

A l'hôpital, la chambre ou l'espace qui est attribué au malade est le lieu où il va recréer son univers rassurant et familier par l'apport d'effets et d'objets personnels (photos, livres, bibelots).

- **la libération émotionnelle**

L'intimité crée un espace protégé qui permet à l'homme de libérer sans crainte ses tensions internes. Il peut alors exprimer librement ses sentiments, ses émotions que les règles de bienséance de la vie sociale limitent.

Dorothy Bloch¹⁰ écrit à ce propos :

La libération émotionnelle est l'effet soupape de sécurité qui libère la pression émotionnelle. Les exemples sont des situations dans lesquelles les gens expriment leur

⁹ WESTIN (Alan), in les comportements humains. Op cit. p. 369

¹⁰ BOLCH (Dorothy), in les comportements humains Op cit. p371

colère, leur tension et leur anxiété à l'encontre d'une certaine autorité dans l'intimité de leur domicile, de leur bureau ou leur cercle intime d'amis.

En milieu hospitalier, les situations à forte intensité émotionnelle sont nombreuses : attente d'un diagnostic, souffrance ressentie lors d'un soin, peur des conséquences d'un traitement... Le malade ne peut ou ne s'autorise pas à manifester son anxiété. Les pleurs sont souvent contenus. Il appartient donc aux soignants d'aider le malade dans l'expression de ses sentiments, de ses émotions.

- **l'autoévaluation**

L'individu a parfois besoin de se retrouver seul face à lui-même pour faire le point sur un événement douloureux, un deuil, une maladie ou encore faire des choix.

L'intimité est alors pour le malade un moment privilégié où il peut trouver la quiétude nécessaire à l'analyse, à l'intégration de la réalité qu'il vit et à ses conséquences. Nous pensons ici à l'annonce d'une maladie grave, aux conséquences d'une intervention chirurgicale (stomies, cancers du sein...).

- **la communication limitée et protégée**

Communiquer, c'est déjà engager une part de notre intimité. Notre corps est médiateur. De ce fait, il révèle en partie qui nous sommes. Les relations que nous entretenons avec autrui, même si elle ne prennent pas toujours la forme de confidences, sont aussi révélatrices de nous-mêmes.

Mais communiquer n'est pas toujours synonyme d'échanges profonds. C'est dans l'intimité, dans le cadre d'un cercle restreint, familial ou amical que l'on ose dire et partager des émotions, des sentiments, en ayant l'assurance que nos propos ne seront pas répétés. C'est aussi dans le cadre d'échanges avec des professionnels (avocat, professionnels de santé...) ou des personnes ayant un rôle social (prêtres) que le respect de nos conversations nous est assuré du fait de leur obligation au secret professionnel.

A l'hôpital, l'infirmière entre dans la vie intime du malade. Tout d'abord, au travers des soins elle rencontre le corps dénudé, meurtri, voire mutilé du malade. Puis, parce que la confiance s'est établie, elle reçoit, tout comme l'aide soignante et le médecin, des confidences qu'il lui appartient de garder secrètes.

La connaissance des fonctions de l'intimité par les soignants est loin d'être accessoire ou négligeable. En comprendre l'importance permettra aux soignants d'intégrer le besoin d'intimité dans leurs démarches de soins auprès des malades.

Si la connaissance des fonctions de l'intimité est importante, la prise en compte des conséquences de son non respect par les soignants l'est tout autant.

2.1.3. Les atteintes à l'intimité

Elles se situent à deux niveaux, et sont en interaction :

- **Atteinte physique**

Toute intrusion dans l'espace de l'autre sans son accord viole son intimité, tout comme le maniement ou l'appropriation arbitraire de ses affaires personnelles, objets familiers, vêtements. A cet égard nous pensons aux nombreuses situations à risque à l'hôpital : inventaire systématique des affaires du patient, intrusions répétées dans sa chambre...

Des contacts rapprochés par une promiscuité contrainte, la réalisation de soins sur un corps abusivement dénudé, mettent à mal l'intimité de la personne. Si l'époque actuelle autorise des dénuements, c'est dans un cadre particulier (plage, entourage proche et familial).

Diverses situations en milieu hospitalier sont à haut risque d'atteinte à l'intimité du patient :

- le manque d'intimité et la mise à nu du corps lors des soins physiques (lavement, sondage, toilette) ;
- l'élimination et les réactions à la perte du contrôle intestinal et vésical ;
- la position obstétricale avec exposition des organes génitaux.

- **Atteinte psychique**

Les questions indiscrettes et abusives sur la vie privée mettent l'interlocuteur très mal à l'aise. L'accueil du patient à l'hôpital est souvent le prétexte à un ensemble de questions intimes, pas toujours indispensables aux soins.

Des comportements de commérage, accompagnés ou non de jugements hâtifs, sont souvent observés (selon l'ethnie, la tendance sexuelle, qualité de l'entourage...) et s'opposent à la préservation de l'intimité.

Le non respect des désirs du malade (être seul, communiquer, se taire), la non satisfaction de ses droits à l'information, à l'exercice de son culte, au respect de moments intimes avec les siens sont autant de risques potentiels d'atteinte à l'intimité du patient hospitalisé.

L'Hôpital n'est pas un espace favorable à l'intimité Sylvia Prodan Lange¹¹ l'écrit sans ambiguïté :

Le manque d'intimité dans la plupart des milieux hospitaliers force le malade à faire constamment face à la menace de désapprobation sociale alors qu'il est peu à même de la faire.

Par ailleurs, la perception de soi ou de la situation vécue peut déclencher un sentiment de honte. Patricia le Boursicaud¹² l'explique clairement :

Le regard posé sur lui lors des soins peut gêner le malade. Il a honte d'exposer son corps diminué et considère impudique de pouvoir être, à tout instant, surpris à dormir, moment où il est nu transparent. Il arrive qu'une parole ou un regard trop indiscret, trop brûlant, produise en nous-mêmes une alarme de la pudeur, comme si nous venions de rendre publics nos secrets. La pudeur doit empêcher de regarder les esprits et le corps avec trop d'insistance et de pénétration. Il y a risque de gêne, de blessure.

La façon dont l'infirmier envahit l'espace privé du patient, les précautions qu'il prend ou ne prend pas vis-à-vis de celui qu'il soigne, bref le comportement qu'il adopte lors de la dispensation des soins peut avoir une grande incidence sur le confort psychologique de l'hospitalisé.

L'inconfort qui résulte du non respect de l'intimité doit être incontestablement connu et pris en compte par les personnels infirmiers pour qu'ils adoptent une attitude et un comportement adéquats. Si le concept global de l'intimité et les conséquences de son non respect doivent être

¹¹ PRODAN LANGE (Sylvia), Les comportements Humains. Op cit, p 117

¹² LE BOURSICAUD (Patricia), Revue Objectif Soins, n°7 p 52 Nov 1992

portés à la connaissance des personnels soignants pour améliorer la prise en charge des malades hospitalisés, connaître leurs droits et les respecter est aussi fondamental. En effet, l'intimité, composante essentielle de l'individu, est devenue depuis le 6 mai 1995 un droit inscrit dans la Charte du patient hospitalisé.

Le paragraphe suivant s'attachera à comprendre comment la valeur intimité s'est trouvée confortée, formalisée sous la forme d'un droit dans un texte législatif alors que les textes antérieurs ne mentionnaient que le respect à la vie privée. Le recours à l'histoire s'impose.

2.2. Droits de l'homme - droit des malades

Longtemps considéré comme un lieu d'enfermement des exclus de l'ordre public et refuge pour les pauvres, vagabonds, démunis en tout genre, l'Hôpital tenait ses pensionnaires pour des personnes non autonomes, devant s'estimer heureuses d'avoir le gîte et le couvert mis à leur disposition.

Cette vision n'existe plus de nos jours, même si l'on note un certain retour à ses missions originelles d'accueil et d'assistance des plus démunis. A l'Hôpital, le patient, l'utilisateur a conquis des droits. Il est placé au cœur des derniers dispositifs législatifs (ordonnances du 24 avril 1996).

Quels événements ont traversé la société et la vie hospitalière pour transformer l'homme captif objet de soins de l'hôpital "charité" en un acteur décisionnaire de sa situation de malade, sujet de droits de l'hôpital du 21^{ème} siècle ?

2.2.1. Les droits de l'homme

Après les horreurs infligées aux populations par les deux guerres mondiales, les Etats érigent la primauté de la vie humaine en valeur inaliénable et s'engagent à faire respecter les droits fondamentaux de l'homme en signant la Charte des Nations Unies en 1945. Cet engagement sera formalisé par la Déclaration Universelle des droits de l'homme proclamée le 10 décembre 1948 à Paris. Outre les droits de penser, de circuler librement, les hommes acquièrent le droit à la santé et au respect de leur vie privée :

*Nul ne sera l'objet d'immixtions arbitraires dans sa vie privée, son domicile ou sa correspondance, ni d'atteintes à son honneur et sa réputation; toute personne a droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou telles atteintes.*¹³

Ce droit au respect de la vie privée sera introduit dans le Code Civil français par la loi du 17 juillet 1970 puis ratifié au niveau européen en 1974 dans la Convention Européenne des Droits de l'Homme.

Mais, même malade, le patient reste une personne et un citoyen, bénéficiant de droits élémentaires. C'est sur cette affirmation que lentement et progressivement va se développer le droit des malades.

2.2.2. Le droit des malades

De la Révolution jusqu'en 1941, date de la réforme hospitalière, l'hospitalisé est objet de savoir mais aussi source de savoir pour la médecine clinique qui se développe. Il est sujet d'expérimentation, de démonstration de l'enseignement médical et ce jusqu'en 1836, date de la prohibition des expériences faites sur les malades.

Jusqu'à la loi du 21 septembre 1941 l'hôpital est réservé aux pauvres. L'évolution de la médecine et l'avènement de la protection sociale avec la loi du 5 avril 1928 sur les assurances vont permettre l'ouverture de l'hôpital aux malades de toute classe sociale.

2.2.2.1. *La reconnaissance du droit*

L'arrivée à l'hôpital d'une clientèle payante avec un niveau d'exigence supérieur à la clientèle traditionnelle et la prise de conscience par les pouvoirs publics de l'état déplorable du patrimoine hospitalier vont être à l'origine de la politique d'humanisation lancée dans les années 70.

Une volonté politique, soutenue et étayée par les rapports Ducamin en 1970 et Weil en 1973, va permettre, par la proclamation de deux textes législatifs en 1974, d'affirmer et de formaliser pour la première fois les droits du malade hospitalisé :

- le décret du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers (texte fondamental toujours en vigueur actuellement) ;

¹³“ Déclaration universelle des droits de l'homme ” article 12 Encyclopedia Universalis p 3413

- la Charte du malade hospitalisé annexée à ce même décret, première déclaration solennelle des droits du malade et de son droit au respect de sa dignité et de sa personnalité.

2.2.2.2. De 1970 à 1991

De la période nommée “les trente glorieuses ” aux années 1990, la société a évolué. De nouvelles valeurs sont apparues et revendiquées : droit au bonheur, à une qualité de vie. Le respect de la personne humaine, de sa dignité, de son intimité sont des exigences fortes au sein de la population.

L’hospitalisé est un assuré social, du fait de cette prise en charge et la multiplication de la profession médicale, il est demandeur de soins. Sa vie est entièrement médicalisée de la naissance à la mort. Ignorant et peu informé, il fait une confiance quasi - aveugle à la science médicale. Il est “ patient ”, il se soumet de bonnes grâces aux examens douloureux, supporte d’être examiné par une pléthore de médecins et parfois peut être fier d’avoir été un cas intéressant et ainsi avoir contribué à l’évolution de l’enseignement médical.

Parallèlement la médecine a fait des progrès extraordinaires. Elle a contribué à l’amélioration de l’état de santé des populations, mais dans son expansion elle a eu tendance à oublier l’homme en s’intéressant davantage à soigner des maladies que des hommes malades.

C’est dans ce contexte que les pouvoirs publics vont s’intéresser aux conditions médicales offertes aux malades et vont favoriser l’avancée des droits du patient.

Plusieurs textes sont édictés tant au niveau national qu’international. Tous n’ont pas de portée juridique, mais leur puissance déclaratoire fait pression sur les acteurs politiques (Charte Européenne du malade usager de l’hôpital en 1979, Déclaration sur les Droits du Patient par l’Association Mondiale Médicale en 1981).

En France, les droits du patient sont inscrits dans la loi du 17 juillet 1970. Ils sont affirmés et élargis par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Au cours de ces années émerge la notion d’hôpital “ entreprise ”. Les contraintes budgétaires imposées par l’instauration d’un nouveau mode de gestion et contributives à la maîtrise des dépenses de santé sont à l’origine du nouveau regard porté sur le malade. Celui-ci tend à perdre sa qualité de malade patient pour devenir un consommateur de soins, un client. La loi

du 31 juillet 1991 abonde dans ce sens en introduisant la notion d'évaluation des pratiques professionnelles conférant au malade un droit de regard sur la qualité des soins prodigués.

2.2.2.3. *De 1991 à nos jours*

Cette dernière période est marquée par l'accentuation dans les sphères politique et sociale de l'intérêt pour le droit des malades hospitalisés.

Plusieurs faits sont à l'origine de l'avancée du droit des patients et de l'inscription du droit à l'intimité dans la Charte :

- La médecine s'essouffle, elle montre des défaillances préjudiciables aux malades. Le développement de la médecine prédictive, les nouvelles techniques de procréation assistée font resurgir le spectre de l'eugénisme. Les problèmes éthiques soulevés par cette nouvelle médecine interrogent le droit et conduisent à la promulgation des lois bioéthique du 29 juillet 1994 (respect du corps humain, dons et utilisation des éléments et produits du corps humain, assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal).
- Le SIDA, nouvelle pandémie, fait resurgir toutes nos peurs ancestrales : peur de la contagion, peur de la mort, peur de l'autre. Cependant, les conséquences humaines et sociales de la maladie vont favoriser l'avancée du droit

A l'hôpital, l'arrivée de jeunes patients porteurs d'une forte identité communautaire a bouleversé certains services de même que l'autorité médicale impuissante. Leurs attentes, leurs exigences ont été à l'origine d'une nouvelle relation médecin/malade dans la négociation de leur protocoles de soins mais aussi dans l'amélioration de leur condition de séjour (présence tardive de l'entourage).

Ces nouvelles relation médecins - usagers ne pouvaient être circonscrites à la seule pathologie SIDA. C'est donc selon le principe d'égalité que le droit à considéré le patient dans sa globalité, sans distinction, indépendamment de sa pathologie

La discrimination et la stigmatisation dont ont été victimes les porteurs du VIH ont fait naître un mouvement associatif puissant. AIDES, la plus connue des associations, a fait de la défense des droits des patients son axe majeur de revendication. D'autres associations d'usagers se sont développées. Elles sont devenues un groupe de pression influent auprès des pouvoirs publics.

Elles sont à l'origine, par leur actions, de la nouvelle Charte des malades hospitalisé de 1995.

- L'augmentation des cas de jurisprudence est aussi un fait majeur de cette dernière décennie. Les patients, mieux informés par les médias, osent attaquer en justice pour la négligence, les malfaçons, l'incompétence de l'entreprise médicale mais aussi pour le non respect de leur vie privée :

- L'arrêt Bianchi rendu le 9 avril 1993 par le Conseil d'Etat reconnaît la responsabilité sans faute de l'hôpital.

- Deux arrêts ont été prononcés pour violation de l'intimité à l'hôpital, en 1966 et 1986 dans les affaires Philippe et Nobel (fils d'acteur et actrice) pour la publication de photographies de ces personnes dans l'enceinte hospitalière.¹⁴

Cet accroissement jurisprudentiel prouve que les malades ont changé. Ils demandent aujourd'hui des comptes. Devenus des consommateurs de soins, ils énoncent des exigences : droit de consentir, droit d'être informé, droit à la qualité des soins.

René Clément l'exprime bien :

*L'augmentation de la jurisprudence marque l'avènement d'un droit des patients en tant que consommateur de soins dans le sens où un consommateur a plus de droit qu'un simple bénéficiaire de prestations.*¹⁵

L'évolution des cas de jurisprudence est telle que Lin Daubesch¹⁶ augure pour le 21^{ème} siècle " la judiciarisation du contentieux hospitalier ".

Tous ces bouleversements dans la société et dans l'évolution hospitalière aboutissent à l'adoption en 1995 de la seconde Charte du patient hospitalisé par la circulaire n° 95-22 du 6 mai 1995 à laquelle elle était annexée. Le droit à l'intimité est pour la première fois formalisé au chapitre VII de la Charte.¹⁷

¹⁴ In " Intimité secret professionnel et handicap " sous la direction du DR BOUCAND. Ed. Chronique Sociale Oct 98 p-61

¹⁵ CLEMENT RENE ". "in revue de l'ARSI

¹⁶ DAUBESCH (Lin) juriste intervenant à l'ENSP

¹⁷ cf. annexe III

C'est enfin par les ordonnances du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière que le respect des droits des patients devient incontournable. La reconnaissance des droits n'est plus seulement acceptée mais imposée par le législateur. La réforme de l'hospitalisation place l'utilisateur au cœur du dispositif législatif. Elle s'ouvre sur le droit des malades et précise :

La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé.

Les ordonnances de 1996 font une place à la représentation de l'utilisateur au sein de la commission de conciliation obligatoire dans chaque établissement. Elle est chargée d'assister et d'orienter toute personne s'estimant victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement. Un représentant des usagers siège au Conseil d'Administration.

La pratique de l'évaluation de la qualité des soins introduite par la loi de 1991 est désormais une exigence des ordonnances de 1996. Pour ce faire, le législateur a institué l'Agence Nationale de l'Accréditation et d'Evaluation de Santé (ANAES). Cette dernière oblige les établissements à se soumettre à une procédure d'accréditation avant 2001. Celle-ci prend en compte le respect des droits des patients. Le droit à l'intimité est examiné à la référence n°6 du manuel d'accréditation.

Comme nous l'avons constaté le droit des patients fait l'objet d'un intérêt croissant depuis une décennie. De nombreux textes législatifs, rapports, littératures attestent de cette évolution. Au cours du temps le droit des patients s'est étoffé : le respect de la vie humaine et de sa dignité sont les principes de base de tous les textes législatifs.

A l'utilisateur quelque peu passif du service public hospitalier fait de plus en plus place un client revendicatif et participatif. Progressivement nous sommes passés du malade citoyen objet de savoir, au citoyen malade en quête de ses droits, au patient acteur de sa situation de malade.

Les usagers de l'Hôpital public ont conquis des droits que les personnels hospitaliers se doivent de connaître et de respecter.

2.2.3. Le respect de l'intimité est un droit pour le malade, un devoir pour les soignants

Le droit au respect de la vie privée, qui est une part de notre intimité, a été conforté dans les textes par le droit à l'intimité. Comment est-il mis en œuvre à l'hôpital ? Quels en sont les textes de référence ?

2.2.3.1. *Le droit à l'intimité à l'hôpital*

Plusieurs textes ont retenu notre attention :

- le décret du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers ;
- le décret du 16 février 1993 relatifs aux règles professionnelles infirmières ;
- le code de déontologie médicale du 6 septembre 1995 ;
- la Charte du patient hospitalisé annexée à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des malades hospitalisés.

A travers ceux ci, nous avons recherché quelles étaient les obligations des personnels en matière d'intimité.

Les textes abordent le respect de l'anonymat, le secret professionnel, les conditions de séjour, le comportement des agents dans la prise en charge des malades.

2.2.3.2. *Le respect de l'anonymat*

A l'hôpital, l'anonymat peut être protégé si le malade en fait la demande. Cette demande peut être une demande d'anonymat partiel ou total :

- ***Anonymat partiel***

Le patient déclare son identité au bureau des entrées pour constituer son dossier administratif et de remboursement auprès des tiers payants, mais son séjour demeure anonyme. C'est dans le cadre de l'unité que le malade demande aux responsables de respecter son anonymat. La pratique est de lui donner un numéro et un nom d'emprunt.

- ***Anonymat total***

Il concerne :

- une catégorie de personnes que la société encourage à se faire soigner sans pouvoir être repérée (alcoolisme, toxicomanie) ;
- les femmes enceintes qui souhaitent abandonner l'enfant.

L'admission se fait sous X. Elles prennent en charge leur frais d'hospitalisation (article 341-1 du code civil).

Le respect de l'anonymat est garanti à toute personne qui en fait la demande et ce malgré l'obligation qui est faite aux systèmes d'information de recueil de données d'identité, de lieu de résidence des personnes hospitalisées, par le décret n° 94-666 du 27 juillet 1994 relatif aux systèmes d'information médicale. Celui ci dispose :

(Les informations) ne sont pas recueillies lorsqu'une personne peut légalement être admise dans un établissement de santé ou y recevoir des soins en gardant l'anonymat.

L'anonymat, comme toute information relative au patient, est garanti par le secret professionnel.

2.2.3.3. *Le secret professionnel*

- **La loi**

Si l'anonymat peut être considéré comme un élément clé du respect de l'intimité, le secret professionnel en est la condition sine qua non. Il est régit par l'article 226-13 du nouveau code pénal (1994) comme par les articles des codes de déontologie.

A l'hôpital le secret professionnel est d'une exigence absolue et s'applique :

- aux médecins par le code de déontologie du 6 septembre 1996 (article 4)

Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret comme tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu, compris.

- aux infirmières par le décret du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles infirmières :

Art. 4. Le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté, compris. L'infirmier ou l'infirmière instruit ses collaborateurs de leur obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment.

Art. 5. L'infirmier ou l'infirmière doit sur le lieu de son travail, veiller à préserver autant qu'il lui est possible la confidentialité des soins dispensés.

Le secret professionnel s'impose aussi à toute personne détentrice d'information concernant le malade.

Le médecin, l'auxiliaire ne peut être délié de l'obligation du secret professionnel qu'en cas de constatations :

- de sévices sur mineur de moins de 15 ans ou sur une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, de son état physique ou mental (article 226-14 du code pénal) ;
- de violences, sévices corporels, la déclaration doit être soumise à l'assentiment de la personne ou de son représentant légal (article 226-14 du code pénal).

- **La réalité hospitalière**

Le secret professionnel n'est pas l'exclusivité des médecins. En milieu hospitalier, la division du travail, la spécialisation de chacun, le roulement des équipes soignantes imposent qu'un même malade reçoive des soins de plusieurs personnes différentes (praticiens, infirmiers, kinésithérapeutes...) ou que des informations le concernant soient portées à la connaissance de personnels administratifs (assistante sociale, secrétaire médicale...). Le secret est alors partagé mais reste soumis à deux obligations :

- la première est celle de participer aux soins pour avoir accès au dossier médical ;

- la deuxième est le caractère nécessaire de la révélation pour l'accomplissement des soins, ce qui veut dire que certaines confidences intimes devront rester secrètes et n'auront pas à figurer dans le dossier du patient.

De nos jours, les outils modernes de la communication ont envahi l'hôpital : informatique télématique, réseau internet, visioconférences, images numérisées, télécopies. Une quantité importante d'informations sont ainsi saisies, transmises, stockées. La protection de ces informations est assurée depuis 1978 par la loi n° 78-17 instituant la Commission Nationale informatique et Liberté (CNIL), modifiée par la loi du 1^{er} juillet 1994 relative au traitement des données nominatives.

Le traitement de données est soumis à l'autorisation de la CNIL, celle-ci doit veiller à ce que l'informatique ne porte atteinte à l'identité humaine, ni aux droits de l'homme, ni à la vie privée, ni aux libertés individuelles et publiques.

Le secret professionnel est donc la base de la relation de confiance établie entre patients et professionnels. Il l'assure de la non divulgation de tout ce qui le concerne, donc du respect de son intimité.

Le patient pénètre dans une institution réglementée dans laquelle les conditions de séjour devraient être propices au respect de son intimité. Quels sont ses droits au niveau du choix de sa chambre, d'apport d'objets personnels, d'accueil de ses proches ?

2.2.3.4. *Les conditions de séjour*

- **La chambre est l'élément essentiel de l'intimité des malades**

Une consécration juridique

Un récent arrêt de la cour d'appel de Paris en 1986 (affaire Chantal Nobel) a consacré la chambre de l'hospitalisé comme lieu privatif auquel on n'accède qu'avec le consentement de l'occupant.

Une liberté de choix

Le malade est libre d'exprimer son choix : chambre seule ou multiple mais la concrétisation de sa demande est dépendante de nombreux paramètres :

- le secteur d'hospitalisation choisi : les établissements de santé depuis le décret du 14 janvier 1974 comportent soit un régime commun soit deux régimes le

régime commun et le régime particulier (secteur privé, clinique ouverte). En clinique ouverte le malade peut bénéficier d'une chambre individuelle moyennant un supplément.

En secteur public le malade ne paie pas de supplément mais n'a pas l'assurance totale de pouvoir bénéficier d'une chambre seule.

- les conditions d'attribution : hormis le secteur dit de clinique ouverte l'attribution des chambres est plus fonction du bon sens du personnel, des responsables d'unité qui tentent "d'harmoniser" les chambres multiples selon l'âge, l'ethnie, la condition sociale, d'attribuer les chambres seules aux patients les plus atteints plutôt que de s'attacher aux secteurs d'hospitalisation.

Ceci explique que bien que le malade ait le droit d'exprimer sa volonté, la décision reste soumise aux obligations de l'institution.

La chambre est l'espace institutionnel du malade, standardisée, uniformisée. Le malade la fera sienne par l'apport d'objets personnels. Ceux-ci représentent pour lui le lien avec l'extérieur. Il est donc autorisé à apporter des objets personnels tant qu'ils ne nuisent pas à l'hygiène, aux soins, à la vie collective.

L'entrée à l'hôpital représente une rupture avec le monde actif mais cette rupture n'est pas totale. Les visites, le téléphone, le courrier sont autant de liens qui lui permettent d'affronter sa situation.

- **Les communications**

Le décret du 14 janvier 1974 institue la communication pour l'hospitalisé. Elle se manifeste sous deux formes :

- la communication immédiate par les visites ;
- la communication médiée par l'accès à des moyens matériels.

Les visites

L'aide et le soutien psychologique apportées par les visites n'est plus à démontrer comme facteur de guérison mais aussi comme aide aux soins pour le personnel qui ne connaît pas l'état antérieur du patient. Toutefois les visites ne doivent pas porter atteinte au fonctionnement du service. Le droit aux visites fait l'objet de l'article 22.2. du règlement intérieur modèle annexé au décret de 1974.

Dans la pratique actuelle, le droit aux visites est moins rigide (sauf dans les services spécialisés). Seul l'obstacle du nombre, du comportement des visiteurs, leur âge peuvent modifier le droit aux visites. Le patient peut, à sa demande auprès des responsables du service, limiter ou même interdire l'accès de sa chambre aux visiteurs.

L'accès a des moyens matériels

- Le courrier : le vaguemestre doit se tenir à la disposition des hospitalisés, les malades ayant droit d'expédier et de recevoir du courrier dans les mêmes conditions qu'en ville.
- Le téléphone : le malade a le droit de recevoir des communications téléphoniques. La plupart des hôpitaux ont équipé de matériel téléphonique les chambres, les halls d'accueil.

Aujourd'hui le malade est mieux informé, il est plus exigeant. Il a des droits qu'il revendique, l'augmentation du contentieux hospitalier en est la preuve.

Prochainement nous serons infirmière générale, le respect du droit des malades sera une de nos préoccupations de part les responsabilités réglementaires et professionnelles qui seront les nôtres.

2.3. *Nouvelles fonctions - Nouvelles responsabilités*

2.3.1. Le cadre législatif de la fonction

Les attributions et les responsabilités de l'infirmière générale s'inscrivent dans le cadre réglementaire :

2.3.1.1. Des missions de soins des établissements de santé

Celles-ci sont définies par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 :

- *Article L. 711.1*

Les établissements de santé public et privés assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient.

Ils participent à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et des actions d'éducation pour la santé et de prévention.

- *Article L. 711-2*

Les établissements de santé, publics ou privés ont pour objet de dispenser

1° avec ou sans hébergement

a) des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie obstétrique, odontologie ou psychiatrie ;

b) des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans le but de réinsertion ;

2° des soins de longue durée comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien

- *Article L.711.4*

Il dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité de ces soins, à l'issue de leur admission ou de leur hébergement.

2.3.1.2. D'un service de soins infirmiers officialisé

La loi du 31 juillet 1991, après avoir défini la vocation, les missions des établissements de santé participant au service public hospitalier, officialise l'existence du service de soins infirmiers dont la direction est confiée à l'infirmière générale (article L. 714-26).

Pour favoriser la participation et l'expression des personnels infirmiers à la vie de l'établissement, la loi institue la Commission de Soins Infirmiers (CSSI), présidée par le directeur de soins infirmiers.

Elle est consultée sur :

1° l'organisation générale des soins infirmiers et de l'accompagnement des malades dans le cadre d'un projet de soins infirmiers ;

2° la recherche dans le domaine des soins infirmiers et l'évaluation de ces soins ;

3° l'élaboration d'une politique de formation ;

4° le projet d'établissement.

2.3.1.3. *Du statut des infirmiers généraux*

Il est défini à l'article 2 du décret n° 89-758 du 18 octobre 1989 modifié par le décret n° 94-904 du 18 octobre 1994 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière.

Ce dernier dispose à l'article 2 :

Ils coordonnent l'organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers, assurent l'animation, l'encadrement et la gestion du service de soins infirmiers.

Sous l'autorité du chef d'établissement et en liaison avec le corps médical et les autres corps d'encadrement concernés, il participent à la conception, à l'organisation et à l'évolution des services médicaux ;

Ils participent également à la gestion des personnels infirmiers, aides-soignants et agents des services hospitaliers dont ils proposent l'affectation. Ils contribuent à l'élaboration et à l'application des programmes de formation des personnels du service de soins infirmiers.

Ils contribuent à la définition d'une politique d'amélioration de la qualité des soins, au développement de la recherche dans le domaine des soins infirmiers et à l'évaluation de ces soins.

2.3.1.4. *Une responsabilité réglementaire et professionnelle*

Responsable hiérarchique des personnels paramédicaux infirmiers, l'infirmière générale s'assure de la diffusion et de l'application des textes législatifs et réglementaires sur le terrain par ces personnels.

La responsabilité professionnelle de l'infirmière générale relève selon nous, pour ce qui concerne le droit à l'intimité des malades, de deux missions :

- La première concerne les soins infirmiers

L'infirmière générale coordonne l'organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers et assure l'animation, l'encadrement et la gestion du service.

Responsable du soin infirmier et de sa dispensation dans les unités de soins par les personnels infirmiers, l'infirmière générale est le garant de l'exercice professionnel donc des règles qui le régissent et de leur application sur le terrain.

Le décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières précise au chapitre 1^{er} les devoirs généraux des personnels.

Il dispose à l'article 2 :

L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de sa famille.

Les articles 4 et 5 intensifient encore cette disposition en imposant aux personnels le secret professionnel et le respect de la confidentialité lors des soins.

- La seconde concerne la qualité des soins due au malade

Il contribue à la définition d'une politique d'amélioration de la qualité des soins et en assure le contrôle, il veille à l'amélioration constante des conditions de séjour du patient.

Le respect du droit à l'intimité des patients participe à la qualité des soins. Assurer la qualité des soins aux malades et maintenir sa pérennité doit être le souci constant de l'infirmière générale.

En endossant les responsabilités inhérentes à notre nouvelle fonction, le respect du droit des patients et la garantie d'une qualité des soins optimale compteront parmi les lignes directrices de notre futur exercice professionnel.

Comment en tant qu'infirmière générale pourrions-nous prendre en compte ces responsabilités ?

L'opportunité nous est donnée par le contexte particulier apporté par l'accréditation qui est l'une des procédures majeure et novatrice introduite par la réforme hospitalière de 1996.

2.3.2. Un contexte propice : l'accréditation

2.3.2.1. *Le concept d'accréditation*

Le concept d'accréditation est né depuis bientôt un siècle aux Etats Unis et s'est étendu à des pays comme le Canada, le Royaume-Uni, l'Australie. Son principe a été retenu et introduit en France par les ordonnances du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière

L'accréditation est définie comme étant :

*(...) Une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectué par des professionnels, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement de santé.*¹⁸

Elle concerne tous les établissements de santé publics ou privés, les groupements de coopération sanitaire entre établissements de santé et les réseaux de soins Elle s'applique aux établissements de santé au sens juridique du terme, c'est-à-dire qu'elle concerne simultanément l'ensemble des structures et des activités de l'établissement.

Le concept d'évaluation de la qualité n'est pas nouveau dans l'hôpital. Déjà la loi hospitalière du 31 juillet 1991 faisait obligation aux établissements de santé de garantir la qualité des soins au travers notamment de la mise en place d'une politique d'évaluation des pratiques professionnelles et des modalités d'organisation des soins (article L. 710-4) mais peu d'hôpitaux ont développé sérieusement ce type d'évaluation. Avec les ordonnances du 24 avril 1996 l'évaluation revêt un caractère obligatoire :

*Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics ou privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation. (...) Dans un délai de cinq ans à compter de la publication de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, tous les établissements de santé devront s'être engagés dans cette procédure.*¹⁹

L'objectif est de promouvoir l'amélioration continue de la qualité dans les établissements de santé. L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique

¹⁸ Manuel d'accréditation des établissements de santé, février 1999

¹⁹ article L 710.5 du code de la Santé Publique

et privée marque un pas supplémentaire pour le développement des méthodes d'amélioration de la qualité à l'hôpital en introduisant la notion que “ **la qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé** ” (article L.710.1.1).

La qualité des soins passe désormais par la réponse aux attentes du patient.

Les établissements de santé sont tenus de procéder régulièrement à l'évaluation de la satisfaction des patients.

La procédure d'accréditation est conduite à l'aide de référentiels, de critères et d'indicateurs permettant de s'assurer des conditions de prise en charge par les établissements de santé au vu des recommandations de bonnes pratiques cliniques et des références médicales et professionnelles.

En France, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). créée par le décret n° 97-311 du 7 avril 1997 dans le cadre de la réforme du système de soins français (ordonnances de 1996)²⁰ est chargée de la mise en œuvre de l'accréditation.

Sa mission est d'élaborer, de valider et de diffuser des référentiels de qualité.

Elle est constituée :

- d'un conseil d'administration composé de personnels médicaux, paramédicaux, techniques et administratifs, des représentants de l'Etat et des organismes d'assurance maladie ;
- d'un conseil scientifique réparti en deux sections : évaluation, accréditation ;
- d'un réseau national et local d'experts.

2.3.2.2. *La procédure d'accréditation*

La procédure d'accréditation est engagée à l'initiative du directeur d'établissement après consultations des équipes hospitalières.

L'établissement procède d'abord à une autoévaluation. Elle a pour objectif de mesurer sur site le niveau de réponse de l'établissement aux standards et critères fixés dans les référentiels

²⁰ Cf. annexe VI

nationaux de qualité. Elle s'effectue à partir des " documents d'analyse " obtenus auprès de L'ANAES. La seconde version du manuel d'accréditation est parue en février 1999.

Après communication des résultats d'autoévaluation à l'ANAES une équipe d'experts-visiteurs se rend sur place et procède à l'analyse de l'établissement.

A l'issue de la visite des experts un rapport est établi mettant en évidence les éléments d'amélioration de la qualité des soins et l'incidence de l'organisation interne de l'établissement sur la qualité. L'établissement dispose ensuite d'un délai d'un mois pour faire connaître ses observations et contestations sur les points énoncés.

Ce rapport est transmis au Collège d'accréditation, celui-ci décide s'il a été satisfait de la procédure d'accréditation et si tel est le cas valide le rapport. Le rapport est alors transmis au directeur de l'ANAES et au directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation, un compte rendu est remis à l'établissement de santé..

Qu'apporte l'accréditation ? Comment est-elle susceptible de favoriser le respect du droit à l'intimité des patients ?

2.3.2.3. L'accréditation une opportunité pour l'infirmière générale

L'accréditation a pour vocation essentielle de consacrer une démarche qualité centrée sur le patient. Elle est pour nous un puissant moyen pour faire évoluer l'hôpital.

Pour de nombreux domaines à l'intérieur de l'hôpital, l'accréditation conduira à une évolution positive des outils, des pratiques et des comportements.

Se préparer à l'accréditation suppose que soient définis et mis en œuvre des procédures, des bonnes pratiques, des outils et des moyens. La mise en place de ce système qualité nécessite la collaboration entre les différents métiers de l'hôpital, dans une approche décloisonnée de son organisation.

Le service infirmier a toujours été en quête d'une qualité de soins optimale. Les contextes antérieurs n'ont pas toujours été favorables à l'atteinte d'une telle finalité. Les ordonnances de 1996 et le caractère obligatoire de mise en questions des pratiques professionnelles par l'accréditation entraîne un bouleversement culturel dont l'infirmière générale doit tirer parti.

Le dernier élément de la problématique que nous avons exposé traite du constat effectué lors de notre étude antérieure.

2.4. *La continuité d'un travail*

2.4.1. Le constat

Le constat global de notre première étude est que le droit à l'intimité des patients n'est pas toujours respecté dans les services hospitaliers par les infirmières (population cible de notre travail).

L'analyse effectuée autour des points centraux de l'étude, droit et respect de l'intimité, a montré que :

- le concept d'intimité était peu connu. Lorsqu'on demande aux infirmières de définir l'intimité, ce qui leur vient le plus souvent à l'esprit, c'est la notion de respect. Elles évoquent ensuite tout ce qui touche au corps, la nudité, la pudeur corporelle, élément caractéristique de la relation soignant/ soigné lors des soins physiques. Aucune allusion n'est faite sur l'aspect psychoaffectif de l'intimité.

Le respect de l'intimité par les infirmières tient plus à l'éducation, au vécu personnel (expérience d'une hospitalisation) et à sa culture qu'à la connaissance du concept lui-même. Mais pour des professionnels, pivots d'une équipe soignante, est-ce suffisant ?

- Le droit à l'intimité des patients est davantage reconnu par les infirmières en tant qu'obligation morale plutôt qu'en application de la loi. En effet les réponses à l'existence d'un droit légal ont été très hésitantes. Seule la Charte est quelquefois nommée mais son contenu reste flou. La connaissance des textes législatifs et professionnels est infime.

Les hypothèses formulées au début de notre recherche ont toutes été confirmées. Elles faisaient référence à :

- l'organisation physique des locaux qui, mal adaptée, peut nuire à un accueil personnalisé du patient. Les infirmières évoquent la promiscuité régnant dans les chambres multiples, l'absence d'espace intime favorisant des échanges confidentiels, l'absence de douche individuelle, la présence de vis à vis d'un bâtiment à un autre...
- l'organisation du travail au sein des services qui peut avoir un impact sur la prise en charge individuelle du malade. La fluctuation de la charge de travail a été citée par la majorité des infirmières comme cause majeure de non respect de l'intimité.

Reviennent les termes de stress, oubli de la personne, brusquerie et précipitation lors des soins.

Elle argumentent en précisant que lorsque la charge de travail fluctue vers le haut, c'est la notion de productivité qui est recherchée, la prise en charge devient collective au détriment de celle souhaitée, une prise en charge globale et individualisée. Elles ont recours au travail en série. Ce dernier conduit à une impersonnalisation des malades. Ceux-ci ne représentent alors plus qu'une quantité de soins à effectuer sur un poste de travail suivant un ordre chronologique.

Un autre aspect quantitatif été exprimé par les infirmières : le manque de personnel. En effet, l'absence imprévue, le non remplacement d'un agent, un sous-effectif conduisent les infirmières à un retour au travail en série.

- D'autres facteurs de risque ont été soulevés :
 - Les obligations de service ont également été abordées, notamment les changements de chambre de dernière minute (passage d'une chambre seule vers une chambre à plusieurs lits) détruisant l'espace personnel du malade, lui demandant une nouvelle adaptation.
 - La typologie des soins : les infirmières affirment que les soins de base sont les plus à risque car, en les exécutant, les infirmières pénètrent dans l'espace personnel du malade.
 - Les multiples sollicitations qui occasionnent des interruptions de soins (appel de famille, bloc, radio, laboratoire, visite médicale, etc.).

La dernière hypothèse posée était relative à la notion de routine s'installant dans l'exécution des actions de soins susceptible d'être préjudiciable à l'intimité de la personne hospitalisée.

La majorité des infirmières reconnaissent le risque de voir s'installer l'habitude dans leur pratique de soins aboutissant à la banalisation des soins et au non respect de l'intimité.

La phrase prononcée par une infirmière témoigne de cet effet pervers :

Par exemple, je pense à une injection vaginale à faire 2 fois par jour. La première fois, on va prendre tous les égards possibles parce que c'est quand même très intime et après je pense qu'on va y aller moins précautionneusement. On fera toujours le soin pareil, mais on prendra moins en compte la personne.

Au terme de l'analyse nous avons envisagé plusieurs pistes de réflexions sans toutefois prévoir leur totale réalisation sur le terrain.

Nos nouvelles responsabilités nous encourage à poursuivre et à mettre en œuvre de façon pragmatique les actions que nous avons simplement évoquées.

3. **HYPOTHESE DE TRAVAIL**

Forte de ce constat, des causes de dysfonctionnements cités par les infirmières, et de nos responsabilités à venir, le droit à l'intimité est devenu notre préoccupation en tant qu'infirmière générale.

3.1. *Questionnement*

Tous ces éléments nous interrogent. Mais avant de s'interroger sur le comment, il nous semble indispensable de se poser la question du pourquoi :

- Pourquoi le droit à l'intimité n'est pas toujours respecté par le personnel soignant ?
- Pourquoi certains agents sont non respectueux envers les patients? (Dans certains articles nous avons retrouvé les termes d'arrogance, d'indifférence, de mépris et même de terrorisme infirmier ²¹) ;
- Pourquoi la malveillance et la violence dans les soins sont-elles de plus en plus évoquées ? (Nous pensons ici aux personnes âgées aux malades psychiatriques, aux personnes dont l'état de santé est tel qu'ils sont sans défense face au pouvoir soignant)

Viennent ensuite les questions du comment ?

- Comment satisfaire au mieux les besoins et les attentes des malades ?
- L'organisation est-elle seulement en cause ?
- Les causes évoquées sont elles réductibles et comment ?

²¹ “ soigner l'autre, l'éthique, l'hôpital les exclus ” ED Belfond P151

- Comment assurer des soins de qualité au malade ?
- Comment veiller à une prise en compte constante et efficiente du respect du droit à l'intimité par les équipes soignantes ?
- Comment prendre en compte la dimension éthique des soins qui semble être seulement portée par les valeurs humanistes de la profession, valeurs qui malgré tout ne sont pas efficientes ?

Mais nous souhaitons à ce stade pondérer nos propos qui peuvent paraître assez pessimistes sur le monde soignant. Notre expérience professionnelle nous a fait rencontrer des soignants attentionnés, fiers et heureux des soins qu'ils avaient prodigués au malade, avec le sentiment en fin de poste d'avoir " fait du bon travail " ; mais aussi des personnes plus soucieuses de leur bien-être que celui du patient et dont les comportements étaient peu respectueux de la personne soignée : agressivité, verbe haut, gestes vifs, réactions spontanées.

3.2. Hypothèse

Après avoir exposé les éléments constitutifs de la problématique et notre questionnement , nous aboutissons à la formulation de l'hypothèse suivante :

L'infirmière générale est garante de la qualité des soins. La procédure d'accréditation et la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles induite est une période opportune pour réinterroger les professionnels sur cet aspect du droit. Ce questionnement est susceptible d'entraîner des modifications de comportement des soignants par les interrogations éthiques, juridiques, réglementaires que le respect du droit à l'intimité soulève.

L'hypothèse étant posée, nous l'avons testée pour la valider ou l'infirmier par une enquête sur le terrain. Nous présentons l'analyse et les résultats dans le chapitre suivant.

4. ANALYSE ET RESULTATS DE L'ENQUETE

Nous avons pu réaliser 16 entretiens auprès de :

- 7 DSSI et infirmières générales ; 3 cadres supérieurs ; - 4 cadres infirmiers ; - 2 médecins.

Nous débuterons le dépouillement de l'enquête par l'analyse des entretiens avec les médecins puis ceux des cadres infirmiers et terminerons par les infirmières générales.

4.1. Résultats des entretiens

Nous avons pu rencontrer deux médecins, l'un était anesthésiste, le second médecin réanimateur président de CME. Nous n'avons pas souhaité contacter d'autres praticiens hospitaliers, notre intérêt étant davantage centré sur le service de soins infirmiers.

4.1.1. Les médecins

Les entretiens ont été brefs (inférieurs à 10 minutes). La participation des médecins a été plus courtoise qu'intéressée.

Le première question avait pour objet la sensibilisation des médecins sur le respect ou le non respect de l'intimité par l'ensemble du personnel.

Les médecins témoignent du respect de l'intimité par le personnel soignant :

“ Je pense qu'ils font pour le mieux ” ; “ Oh oui je crois, ils font attention ”

Ils citent alors les moyens matériels mis en place pour préserver la pudeur du malade (paravent, rideaux, linge) mais évoquent le risque de dérapage inhérent à l'activité de soins et l'état du malade (malade endormi, inconscient).

La seconde question concernait la prise en compte du respect de l'intimité dans leur pratique quotidienne. Les deux médecins ont affirmé leur souci moral de préserver l'intimité des patients, mais ont avoué que dans leur exercice professionnel, ils n'y étaient pas toujours très attentifs.

La justification de leur propos se trouvait dans les disciplines médicales très spécialisées qu'ils pratiquaient et la typologie des malades dont ils avaient la charge. De plus leur formation médicale centrée sur la maladie et ses signes, la gravité des personnes qu'ils soignent font que la priorité est donnée à la surveillance des constantes vitales, aux résultats d'examen, aux manifestations cliniques des malades plutôt qu'au respect de l'intimité.

L'architecture, la disposition des locaux sont, selon les médecins, les premières causes du risque de non respect au CHU de Nice. Nous témoignons de cette réalité, pour avoir visité la Fédération des soins techniques continus péri-opératoires lors des toilettes matinales. Dans une salle assez exigüe, quatre patients étaient pris en charge (1 homme, 3 femmes) installés dans des lits disposés face-à-face. Tous n'étaient pas endormis et, malgré les paravents amovibles qui préservaient la pudeur des malades, il leur était possible d'entendre les échanges entre les infirmiers et les autres malades. L'urgence, l'obligation de soins répétitifs dans un environnement technologique important, l'enseignement médical et paramédical sont les autres facteurs de risque répertoriés par les praticiens hospitaliers.

L'avant-dernière question portait sur l'existence de plaintes se référant à l'intimité. Dans les services hautement spécialisés, les patients sont peu enclins à exprimer des plaintes, leur état de santé à ce moment là est plus important que le respect de leur intimité, même si son non respect occasionne de l'inconfort ou de la gêne.

Le Président de CME précise que les plaintes des patients sont encore rares. Les seules exprimées sur le sujet concernaient les services de gynécologie.

Enfin, la dernière question envisageait la possibilité d'inscrire à l'ordre du jour d'un conseil de service le respect du droit à l'intimité. La réponse a été d'emblée négative, l'absence d'une partie du personnel, l'importance d'autres questions prioritaires pour la vie des services ont été les principaux arguments. Puis, la réflexion aidant, la réponse s'est modifiée en "oui pourquoi pas" mais en élargissant le sujet aux droits du patient dans leur intégralité.

4.1.2. Les cadres soignants

A l'énoncé du thème du mémoire, l'intérêt des cadres est manifeste, mais la difficulté de la mise en œuvre du respect de l'intimité sur le terrain est aussitôt exprimée.

Le respect n'est pas constant. Nous retrouvons là les causes énumérées par les médecins, cependant le discours est enrichi par des éléments organisationnels :

- manque de personnel,
- charge de travail,
- l'obligation de surveillance en psychiatrie,
- l'emploi de personnel sous - qualifié
- l'habitude, la routine,
- les attitudes et comportements du personnel.

Un cadre infirmier de chirurgie *précise* : “ *J’ai fait la remarque à une employée, elle faisait des commentaires en sortant de la chambre du malade* ”.

Le cadre supérieur des urgences indique : “ *je pense qu’il y a effectivement les locaux, mais aussi le comportement des gens et la sensibilisation qu’on doit faire. Il faut beaucoup travailler sur le comportement des équipes, énormément parce que est-ce qu’on pense à baisser une lumière, à remonter un drap ?*”.

“ *On amène le malade se doucher, on hésite pas à entrer dans la salle de bains, les mettre nus à plusieurs* ” nous rapporte un cadre de psychiatrie.

Le cadre du département douleur souligne : “ *Depuis que je suis là, je m’étais rendue compte de certaines attitudes médicales et soignants peu respectueuses des informations données par le patient* ”.

Les propos des cadres confirment les faits que nous avons pu observer pendant notre exercice professionnel. Ils sont étayés par les dires des infirmières lors de notre étude antérieure.

Si les facteurs de structure et d’organisation entrent pour une part non négligeable dans le respect ou le non respect de l’intimité, le comportement des agents est certainement l’élément qui, en finalité, est le plus douloureusement ressenti par le malade.

Après avoir fait le constat de méconnaissance des textes par les infirmières, il nous est apparu opportun d’évaluer la connaissance des cadres des textes législatifs, puis d’apprécier leur propre évaluation du savoir juridique des personnels dont ils sont responsables.

Les cadres citent spontanément la Charte, avouent ne pas connaître tous les articles, y faire quelquefois référence quand un incident se présente. Ils ne nomment jamais les textes professionnels.

Je vous dirais que j'aurais du mal à vous les citer tous mais enfin je les ai, c'est un document que l'on doit avoir sur soi, il faut savoir que c'est une référence.

En ce qui concerne les agents, seul le cadre supérieur du département douleur et soins palliatifs est affirmative. Les agents connaissent la Charte, elle en a assuré le commentaire et veillé à l'affichage du texte dans l'unité. Son action a été renforcée par l'inscription du respect de la confidentialité, autre composante du droit à l'intimité dans ses axes de travail.

Les autres cadres sont plus dubitatives quant à la connaissance des textes.

Le cadre supérieur du pôle personnes âgées déclare quant à elle : *“ 80% l'ignorent, ils ont eu l'information mais ils l'ont oubliée ”.*

Certaine que le mode de transfert d'information pouvait avoir un impact sur la connaissance des textes, nous avons posé la question des actions entreprises par l'encadrement lors de la parution de la Charte du patient hospitalisé et tenter d'évaluer sommairement les méthodes mises en œuvre par les cadres pour le passage d'information des textes légaux.

Là diverses attitudes apparaissent :

- Les cadres supérieurs disent toujours assurer un commentaire de textes avec les cadres infirmiers lors de réunions formelles ou informelles, toute latitude est ensuite laissée aux cadres pour provoquer des rencontres avec les agents. Deux cadres infirmiers disent l'avoir commentée dans le cadre d'une réunion de service.
- Les trois autres avouent s'être satisfaits de l'affichage réglementaire et n'avoir procédé à aucun commentaire. Le cadre des soins péri-opératoire souligne toutefois qu'il n'a jamais reçu le texte.

Ces différents comportements posent cette question : comment l'infirmière générale peut-elle veiller à la transmission correcte de l'information, s'assurer de la diffusion et de l'appropriation de cette information par les équipes soignantes via les cadres ?

Deux questions complétaient l'entretien : la première était une demande de définition de l'intimité, la seconde était relative à l'existence de plaintes des usagers sur le sujet.

Les cadres définissent d'emblée l'intimité sous ses deux aspects, corporel et psychoaffectif. Nous citerons celle qui nous a particulièrement touchée et qui émane du cadre supérieur de département douleur :

Les confidences du malade sont des cadeaux qu'il nous faut savoir apprécier. Le malade invite à l'intimité.

Le concept d'intimité est assez bien défini par les cadres, du fait de leur expérience professionnelle et même de leur vécu personnel. Certaines disent, en cours d'entretien, avoir fait l'expérience d'une hospitalisation soit pour une maternité, soit pour une intervention. Elles évoquent certains souvenirs désagréables au cours du séjour (entrées intempestives dans la chambre lors des soins, visite médicale alors qu'elles étaient dans le cabinet de toilette, réveils matinaux pour la prise de température ou les soins gynécologiques...).

Ce type d'observations nous a également été mentionné par quelques infirmières lors de l'étude précédente.

Une question se pose : faut-il nécessairement avoir été hospitalisé pour être sensible au respect de l'intimité ? La réponse est pour nous évidemment négative, l'argument d'une hospitalisation est certes significative pour la personne concernée mais trop aléatoire.

Enfin, pour la dernière question, les cadres disent recevoir très peu de plaintes. Celles-ci sont le plus souvent exprimées oralement. Elles ont pour objet la promiscuité, le bruit. La lecture des questionnaires de sortie ne présente aucune plainte envers le personnel et les soins prodigués.

4.1.3. Les infirmières générales

Nous avons reçu un accueil intéressé des sept infirmières générales que nous avons sollicitées.

Les premières questions de l'entretien avaient pour objectif de percevoir la prise en compte du respect du droit des patients par les responsables d'établissement, puis par elles-mêmes.

Les réponses sont unanimes. Le respect des droits des patients est une préoccupation de l'ensemble de l'équipe de Direction. Le respect du droit des patients est une obligation réglementaire des ordonnances du 24 avril 1996, il est pris en compte dans la procédure d'accréditation. De plus, la commission de conciliation instituée par les ordonnances et l'introduction des usagers au conseil d'administration font une place plus importante aux malades au sein des établissements.

Ainsi le directeur doit s'assurer que chaque patient peut exercer ses droits, il doit mettre en œuvre les moyens nécessaires à leur respect.

Outre l'aspect réglementaire, les infirmières générales soulignent aussi l'évolution des malades :

“ Pour parler du malade, il n'est plus l'usager d'il y a dix ans, nous avons affaire à des personnes averties, conscientes de leurs droits. ”

Mais toutes pondèrent leurs réponses en ajoutant que le droit des patients bien qu'important n'est pas un axe prioritaire :

“ Oui certainement mais ce n'est pas encore la priorité, cela dépend des projets en cours : restructuration, fusions, préparation à l'accréditation. ”

Sur un plan personnel, elles font une réponse identique

“ C'est pas une priorité, enfin j'y pense, c'est pas ma préoccupation. ”

“ En général une préoccupation de première intention peut être pas, la première c'est soigner ”

Les questions suivantes avaient pour objet la représentation des infirmières générales, sur le respect du droit à l'intimité des patients par les équipes soignantes et de répertorier les facteurs explicatifs. Là aussi, la même unanimité est retrouvée. La réponse est négative, le droit des malades au respect de leur intimité par les soignants n'est pas toujours pris en compte.

Les causes citées par les infirmières générales rejoignent celles des autres personnes interviewées (aspect architectural, manque de personnel, stress, habitudes, attitudes et comportements des personnels). Toutefois, des éléments complémentaires sont nommés apportant un nouvel éclairage sur les causes profondes du non respect du droit à l'intimité. Plusieurs thèmes sont abordés :

- **la culture hospitalière**

Une DSSI estime que la culture hospitalière et soignante pourrait induire des comportements de non respect de l'intimité

La culture hospitalière qui traite le patient davantage comme un objet et non comme sujet, acteur et auteur de soins. Pour nous c'est un homme couché dans un lit et qu'à partir de là on l'a démuné de tout ce qui faisait son passé.

Elle précise aussi :

La culture soignante d'une certaine façon est responsable du non respect de la personne parce qu'on a l'habitude de faire pour l'autre.

- **les attitudes et comportements du personnel**

Parmi les causes pouvant expliquer un comportement peu respectueux est mentionné tout d'abord la non qualification du personnel. Ce fait est souligné par l'infirmière générale du pôle personnes âgées. Elle évoque les manquements au respect de l'intimité dû à un apprentissage des actes de soins sur le "tas" :

Je pense qu'un des facteurs ici serait la non qualification des personnels. En effet nous avons des ASH faisant fonction d'aide soignant, ils n'ont pas reçu de formation, ils apprennent sur le tas et répètent ce qu'ils ont vu, ils ne font pas les choses pour faire mal mais plutôt par mimétisme.

Le statut du personnel hospitalier est mis en cause :

Le statut de la fonction publique est très protecteur, ce qui pérennise des attitudes et des comportements qu'on ne tolérerait pas dans le secteur libéral.

Les représentations du malade sont également citées. La prédominance de certaines représentations sont si fortes qu'elles peuvent conduire à des attitudes non respectueuses :

On pense encore aujourd'hui que le malade ne paie pas à l'hôpital, cette image de l'indigent est très profondément ancrée alors qu'en finalité il paie.

Certaines attitudes discriminatoires sont notées :

Il y a aussi le non respect suivant l'âge, la race, la couleur, on agit pas de la même façon si l'on s'adresse à un arabe ou à un anglais. Les représentations sont très fortes au niveau des apparences physiques, psychologiques, vestimentaires, matérielles, et selon dans quelle catégorie vous êtes vous serez ou pas respecté.

- **la notion de déresponsabilisation du personnel**

Un intervenant à l'ENSP évoque une réalité actuelle du comportement soignant.

La déresponsabilisation, tout va très vite, puis dans quelle mesure les soignants acceptent les remises en cause. Ils n'en n'ont pas très envie, donc ils font les soins à

minima ou ils balancent les soins comme ça sans tenir compte de l'individu, de la relation duelle avec la personne, on fait ses actes puis point c'est terminé.

L'entretien se terminait par la sollicitation de propositions d'actions afin de nous aider à construire notre projet professionnel.

Plusieurs ont été avancées, nous les avons regroupées par ordre de fréquence de citation dans le tableau suivant :

Actions	Fréquence de citation
Evaluation du personnel, des pratiques	7
Politique de soins, conception de soins	5
Formation	4
Rôle pédagogique de l'IG	4
Informations, journées IDE, réunions IDE	4
Attitude personnelle de La DSSI(respect du personnel)	1
Travail avec l'encadrement supérieur et de proximité	1
Action au niveau du recrutement	1
Gestion des plaintes	1
Travail en CSSI, conseil de service	1
Travail en collaboration avec les médecins	1

Tableau 1 : Propositions d'actions lors des entretiens, selon la fréquence de citation.

Quantitativement la proposition de procéder à une évaluation arrive en première position.

Deux niveaux d'analyse sont mis en avant:

- **L'évaluation des pratiques professionnelles sur un plan général**

Cette proposition a été mentionnée d'emblée par les infirmières générales intervenant à l'ENSP, par les infirmières générales du CHU de Nice, mais aussi par les cadres interviewées, tendant à prouver que le concept d'évaluation est devenu une démarche préalable à toute action d'amélioration de la prestation de soins.

Il est nécessaire toutefois de signaler que les personnes questionnées sur le CHU de Nice étaient particulièrement sensibilisées, en effet une action d'autoévaluation des pratiques professionnelles infirmières, à l'initiative de la Direction du service de soins infirmiers, était en cours lorsque nous avons débuté nos entretiens.

- **Sur un plan individuel à travers les attitudes et comportements des professionnels envers les hospitalisés et les connaissances professionnelles**

Là aussi sur le CHU de Nice, une nouvelle procédure d'évaluation annuelle des agents a été récemment mise en place. Elle s'appuie sur la notion de " faits significatifs " dans laquelle selon les infirmières générales interrogées peut être incluse l'évaluation du respect des droits des malades.

Les cinq propositions le plus souvent citées sont le reflet du rôle de l'infirmière générale. Elles sont caractéristiques de la démarche intellectuelle infirmière qui débute par une analyse de la situation, ensuite envisage les actions à entreprendre, apporte un soutien à la réalisation des actions, contrôle les actions entreprises puis s'attache à diffuser l'information des résultats. L'ensemble des actions à entreprendre doit avoir pour toile de fond une conception de soins infirmiers.

Les autres propositions avancées sont beaucoup plus ciblées, elles présentent les différents moyens à disposition pour la prise en compte du droit des malades.

Intriguée par la méconnaissance des textes de la part des infirmières nous avons voulu connaître le ressenti des infirmières générales sur ce point et voir quelle pouvait en être la raison. Toutes s'accordent à dire que les textes sont méconnus et parfois totalement ignorés des agents. Un audit interne a confirmé cette réalité au CHU de Nice.

Selon les infirmières générales, différents éléments expliquent ce phénomène :

- la complexification et l'intensification du travail (sollicitations multiples pour des études, des travaux, augmentation du travail administratif au dépend des soins directs, diminution de la durée de séjour des malades qui densifie la production de soins) ;
- la multitude de documents, notes d'informations de service et autres prospectus de toute sorte adressés dans les services, n'incite pas les agents à la lecture de textes officiels ;
- le manque d'intérêt des personnels pour ce type de documents et une certaine difficulté ressentie par les cadres pour diffuser une information correcte aux agents.

4.2. *Synthèse*

Les résultats de l'enquête montrent que l'avancée du droit sur le terrain de l'institution soignante est effective, mais il lui reste à s'affirmer pleinement.

Au niveau des établissements le droit des patients est perçu surtout comme une obligation légale. Il ne fait pas l'objet d'axe de travail particulier, à l'exception du CHG de Valence qui en fait un objectif institutionnel inscrit dans le projet d'établissement.

L'ensemble des personnes interviewées confirme le fait que le respect du droit à l'intimité du patient n'est pas toujours respecté. Ils s'accordent pour dénoncer des causes architecturales et organisationnelles, facteurs de non respect. Ces causes sont complétées par les observations des cadres et infirmières générales sur le comportement et les attitudes des personnels. Elles l'expliquent par les notions de culture hospitalière, par un aspect protecteur du statut du fonctionnaire hospitalier et par une certaine déresponsabilisation.

Les infirmières générales et les cadres attestent que la méconnaissance des textes peut induire chez le personnel le non respect de l'intimité.

Les entretiens font ressortir la place centrale des cadres pour le respect de l'intimité dans les unités de soins.

Le dernier point qui ressort des entretiens auprès des infirmières générales concerne la notion d'exemplarité, de modèle. Le cadre par ses attitudes et son mode de relation a un effet structurant sur le comportement du personnel.

Les propositions des infirmières générales insistent sur l'évaluation des personnels et des pratiques soignantes pour rendre compte du respect de l'intimité et engager des actions correctrices.

Au terme de cette phase d'enquête, nous avons donc retrouvé certains éléments de la problématique décrits dans la première partie. Les propositions d'action des infirmières générales nous ont aidé à ébaucher un projet professionnel que nous vous présentons dans les pages suivantes.

5. Réflexions - Propositions

5.1. *Réflexion personnelle*

Avant de formuler des propositions, une réflexion personnelle s'impose sur nos attitudes et comportements dans l'exercice de notre fonction future. En effet, il est de la responsabilité de l'infirmière générale de s'assurer du respect de l'intimité des personnes soignées par les personnels. Mais, comment demander aux agents de respecter le droit des personnes hospitalisées si nous n'avons pas nous même une attitude respectueuse envers ceux ci ?

En ce qui concerne le respect de l'intimité, l'infirmière générale, du fait de ses missions et de ses responsabilités, entre en contact avec de multiples personnes dans le cadre d'échanges formels ou informels. Elle doit toujours avoir à l'esprit de préserver le caractère confidentiel ou privé des informations qui sont portées à sa connaissance et de discerner celles qu'elle doit transmettre.

Respecter le caractère intime lors d'entretiens, respecter la confidentialité des propos tenus, respecter les informations concernant la vie privée des agents est une attitude personnelle de l'infirmière générale indispensable dans son mode de relation aux autres.

Les propositions que nous formulerons s'appuient sur les différentes missions de l'infirmière générale et sur nos valeurs personnelles qui sont :

- Respecter et prendre en compte la dignité de la personne humaine qu'il soit en situation d'utilisateur ou de soignant .
- maintenir et développer sa compétence professionnelle et individuelle ;
- assumer ses responsabilités envers les usagers et les personnels.
- privilégier la confiance dans les relations humaines

Les propositions que nous avançons s'appuient sur les fonctions et attributions de l'infirmière générale dans son rôle institutionnel. Elles sont établies en cohérence avec le contexte actuel d'accréditation.

5.2. *Le droit des malades, fondement de notre politique de soins infirmiers*

La politique des soins infirmiers est définie comme *l'art d'élaborer les orientations des soins infirmiers, de fixer les objectifs, d'adapter les stratégies et de mettre en œuvre les actions qui en découlent*²².

Cette politique de soins repose sur une conception de soins définie par le service infirmier.

Notre politique de soins infirmiers se fondera sur les trois concepts que sont l'homme, la santé, les soins infirmiers définis par les textes professionnels.²³

De ces concepts se dégageront des valeurs fondamentales dont l'axe prioritaire sera le respect des droits de l'utilisateur, avec une approche spécifique pour le droit à l'intimité dans la pratique soignante.

Intégrer le droit comme composante essentielle de notre politique de soins s'appuie sur notre conviction que le droit est un élément structurant dans l'amélioration de la qualité des soins ainsi que le suggère Gilles Devers²⁴: *le droit peut participer à l'amélioration des pratiques soignantes*.

Pour nous c'est dans le but d'assurer le respect du patient que le droit est partie intégrante du soin. Gilles Devers dit encore : *Ignorer l'existence du tiers judiciaire c'est être dans la toute puissance du risque de violence et de l'arbitraire*.

Le droit défend avec plus de rigueur la personne humaine dans son intégrité physique et psychique. c'est seulement dans ce sens que le droit peut s'intégrer dans la relation de soins et non dans un but réglementaire.

De plus le manuel d'accréditation précise à la référence n° 1 du référentiel " droit et information du patient " : l'établissement inscrit les droits et l'information du patient dans ses priorités.

A cette référence le critère DIP 1b indique :

²² " Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers " guide du service infirmiers n°12

²³ Ibid. p15

La Direction, la Commission Médicale d'Établissement et la DSSI ou le responsable du service de soins infirmiers développent une politique reposant sur les principes de la charte du patient hospitalisé.

Les orientations de la politique de soins se concrétiseront dans le projet de soins infirmier dont les lignes directrices seront le respect et la reconnaissance de l'autre dans la différence, la tolérance et dont l'axe respect du droit à l'intimité sera dominant. Le projet sera décliné sous forme d'objectifs, définira les moyens d'atteinte de ces objectifs qu'ils soient humains, matériels ou organisationnels et couvrira les besoins en formation (juridiques, éthiques, relationnels). Chaque action comprendra une évaluation.

Ce projet dont la finalité est l'amélioration de la qualité des soins aux usagers sera menée avec tous les acteurs du service de soins infirmier, en lien avec le projet médical et s'inscrira dans la politique institutionnelle. Cette démarche projet s'appuiera sur un management participatif, mobilisant l'encadrement afin de rendre les personnels véritablement acteurs de ce projet.

Après avoir énoncé notre politique de soins infirmiers, il nous semble intéressant pour la réalisation de notre projet, de faire du droit à l'intimité du malade un axe majeur de nos orientations, d'envisager sa mise en œuvre sur le terrain à partir d'un site pilote.

5.3. Choix d'un site expérimental

Nous pensons à un service de moyen ou de long séjour dont l'objectif unique pour l'année serait de faire du droit à l'intimité une réalité.

Pour ce faire, avec l'aval du chef d'établissement et la collaboration des responsables médicaux, nous envisageons la mise en place d'une formation action sur le site choisi. Celle-ci comprendrait trois volets le premier : connaissance de la charte du patient hospitalisé des textes législatifs professionnels. Le second aurait pour objectif d'amener les participants à une prise de conscience des situations de non respect de l'intimité du patient. Le dernier volet concernerait les actions à mettre en place pour favoriser le respect du droit. Une de ces actions serait la construction d'une grille d'évaluation, inspirée du manuel d'accréditation et complétée par des critères adaptés à la spécificité du site, en veillant à leur pertinence. Cette

²⁴ DEVERS (Gilles) avocat à la cour de Lyon CLEMENT (Marie Noëlle) Psychiatre " l'hôpital terrain hors la loi. " Revue Objectif Soins n°74 p 16-17

grille constituerait un véritable tableau de bord, à l'usage de l'infirmière générale et de l'encadrement, pour mesurer de façon périodique le respect du droit à l'intimité.

Au terme de cette formation action, une évaluation portera sur les connaissances acquises mais aussi sur les changements induits au travers des actions réalisées.

Les résultats de l'évaluation finale de la formation action et les améliorations engendrées seront portés à la connaissance du Directeur Général et de l'équipe de Direction puis exposés à la Commission Médicale d'Établissement par l'infirmière générale. Une présentation par les professionnels du service sera effectuée lors d'une session de la Commission de Soins Infirmiers. L'ensemble des personnels de l'institution sera informé par la publication d'un article dans le journal d'établissement de la réalisation de l'action.

Nous préférons dans un premier temps privilégier ce type d'action ciblée pour garder la maîtrise totale de l'action entreprise. Une action de plus grande envergure pourrait rencontrer des difficultés de réalisation et se solder par un échec. L'élargissement de cette démarche aux autres unités sera envisagé au vu des résultats de son évaluation.

5.4. Saisir l'opportunité du contexte de l'accréditation

L'accréditation d'un établissement n'est pas une finalité, mais la dynamique qu'elle induit est propice à la prise en compte du droit à l'intimité des usagers dans les services hospitaliers.

En effet, l'autoévaluation préalable à la visite d'accréditation est une étape essentielle pour l'institution mais aussi pour chaque acteur hospitalier par le fait des remises en question qu'elle peut susciter et les changements qu'elle engendre à terme, dans l'organisation, les comportements.

.Notre opinion s'appuie sur l'expérience que nous avons vécue en stage au CHU de Nice

En effet, depuis des années, la démarche qualité est mise en œuvre sur le CHU, des référentiels qualité ont été élaborés, testés puis confrontés au manuel d'accréditation de l'ANAES.

Au niveau du service infirmier, la DSSI, en vue de l'échéance de la procédure d'accréditation, a conçu avec l'encadrement et des professionnels un référentiel²⁵, d'évaluation des pratiques professionnelles infirmières en s'appuyant sur les références du manuel officiel.

²⁵ cf Annexe V Expérimentation de la procédure d'accréditation -Autoévaluation. DIP Référence 6/ CHU NICE

Nous avons pu assister à plusieurs séances d'autoévaluation dans des unités fonctionnelles. Cette expérience a été riche d'enseignement. Le cadre infirmier animait la séance et énumérait les critères du thème en cours. Chaque agent présent s'exprimait, s'expliquait sur certaines de ses pratiques ou remettait en cause l'organisation qui entravait le bon exercice de sa fonction.

La confrontation de la réalité à la référence ont permis d'envisager immédiatement certains points d'amélioration et d'entamer un travail de réflexion pour le futur.

Cette action s'est déroulée sur l'ensemble du CHU, un premier traitement et analyse des résultats ont été effectués par les cadres supérieurs puis une synthèse finale effectuée au niveau de la Direction du Service de Soins Infirmiers. A partir de cette synthèse La DSSI pourra définir les axes prioritaires de son projet de soins infirmiers

Nous n'avons pu obtenir le document final de ce travail, mais après renseignements pris auprès de la DSSI, nous pouvons dire que la charte du patient hospitalisé est méconnue. Les résultats globaux de l'évaluation devaient être présentés à la Direction ainsi qu'à la commission médicale.

C'est sur ce niveau d'évaluation collective et individuelle que nous souhaitons engager les personnels dont nous aurons la charge afin d'améliorer la qualité des soins due au malades et induire des changements de comportements des personnels dans l'optique d'une plus grande professionnalisation.

Après avoir défini une politique de soins, envisager une action concrète sur un site expérimental, nous poursuivons par des propositions concernant l'organisation de soins citée comme facteur renforçant les causes de non respect. Celles ci abordent la gestion du personnel, le rôle de l'encadrement, l'évaluation des personnels

5.5. Une organisation des soins favorisant le respect du droit à l'intimité

La finalité de cet axe est de réduire les causes de non respect du droit à l'intimité des usagers liées à des éléments organisationnels : manque d'effectifs, non remplacement du personnel absent, inadaptation de l'effectif à la charge de travail. Il s'agit donc de créer des conditions de travail favorisant le respect de ce droit et à terme d'améliorer les conditions de vie au travail des personnels.

5.5.1. La gestion du personnel

La gestion du personnel doit être envisagée sous deux angles : le court terme et le long terme.

A court terme, la gestion au quotidien intègre les notions de charge de travail et d'absence de personnel. L'infirmière générale doit mettre en place ou utiliser une méthode d'évaluation de la charge de travail lui permettant d'adapter les effectifs. Elle doit également organiser la gestion, voire la création, d'un service infirmier de compensation et de suppléance afin de pallier les absences de personnel au plus vite.

A long terme, l'infirmière générale, en collaboration avec la Direction des Ressources Humaines, développera une politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. D'autre part, l'habitude et la routine, citées par les infirmières et l'encadrement lors des entretiens, nous conduit à envisager une politique de mobilité des agents au sein de l'établissement.

5.5.2. Le rôle de l'encadrement

Lors des entretiens réalisés avec au cours de ce travail, les infirmières générales ont souligné le rôle prépondérant des cadres infirmiers, en particulier ceux de proximité, dans le respect de l'intimité du patient. Nous partageons cet avis. En effet, les cadres, par leur présence au plus proche des professionnels des unités, donnent l'impulsion, animent et font vivre les textes sur le terrain.

L'infirmière générale doit donc s'appuyer sur l'encadrement pour mettre en œuvre la politique de soins et réaliser le projet du service de soins infirmiers. Elle doit insister sur le rôle des cadres dans la transmission, le commentaire des informations professionnelles et législatives. En effet la fonction cadre suppose une maîtrise du droit dans ces principes fondamentaux. Pour ce faire, l'infirmière générale doit apporter un soutien, évaluer les besoins de formation des cadres et engager les actions nécessaires.

5.5.3. L'évaluation des personnels

La connaissance des textes et le comportement des agents face au respect des droits du malade doivent faire partie intégrante des normes et critères d'évaluation du personnel. L'élaboration de ceux-ci sera réalisé par un travail avec l'encadrement.

L'infirmière générale doit mettre en place une procédure d'alerte pour la survenue d'incident impliquant des personnels, en particulier en cas de non respect des droits du malade. Les cadres auront ici un rôle décisif dans la gestion de l'incident. Le degré de gravité déterminera si cet incident doit être géré au sein de l'unité avec une information à l'infirmière générale, ou s'il doit faire l'objet d'une intervention de cette dernière. Cette intervention pourra prendre la forme d'un entretien individuel avec l'agent en cause. Le contenu des entretiens rappellera les exigences et les valeurs professionnelles et un contrat avec l'agent sera établi, avec des objectifs de changement. Une évaluation et des entretiens de suivi seront programmés avec le cadre de proximité et le cadre de secteur. L'analyse des incidents, quel que soit leur degré de gravité, fera l'objet d'un travail avec l'encadrement, à visée formative et dans le but de repérer d'éventuels dysfonctionnements.

Au carrefour de multiples logiques administrative, médicale, technique, l'infirmière générale fera valoir la logique infirmière, celles des soins de qualité. Pour parvenir à un niveau de qualité élevé, elle doit engager un travail de collaboration avec d'autres acteurs institutionnels.

5.6. Un travail de collaboration avec les différentes directions fonctionnelles et l'institut de formation en soins infirmiers

5.6.1. La Direction des Ressources Humaines

Il nous semble opportun d'effectuer un travail de partenariat avec les responsables de la Direction des Ressources Humaines associant des professionnels infirmiers pour construire ensemble un livret d'accueil du nouveau recruté dans l'institution où figureraient les droits des patients et les droits et les devoirs du fonctionnaire hospitalisés.

Lors des entretiens d'accueil d'un nouvel agent, il devrait lui être annoncé que sa façon de servir, ses connaissances professionnelles seront évaluée périodiquement tout comme la connaissance et le respect des textes législatifs incluant ceux se rapportant aux malades.

Une autre action conjointe pourrait être envisagée. Elle concerne la diffusion de documents légaux dans les services et leur archivage afin d'améliorer la circulation et la gestion de l'information dans les unités de soins. Nous pensons qu'une réflexion commune doit être menée dans ce domaine. Il serait souhaitable de distinguer les textes réglementaire des autres

documents adressés aux responsables d'unités fonctionnelles. Une procédure d'envoi, de classement, d'archivage pourrait être élaborée pour l'ensemble des documents émanants de la Direction.

Un autre moyen de diffusion de l'information pourrait être l'utilisation de l'informatique. Un programme attractif pourrait être élaboré en partenariat avec les services informatiques administratifs et soignants. Une concertation pourrait être envisagée pour définir les besoins, le contenu, la présentation des textes législatifs indispensables à connaître pour l'exercice professionnel.

5.6.2. La Direction des plans et travaux

Une des missions de l'infirmière générale est de participer et de contribuer à l'évolution des services hospitaliers. Sensibilisée au respect de l'intimité des patients, elle veillera à ce que cet aspect soit pris en compte dans les travaux de rénovation ou projets futurs, en étant attentive à la disposition architecturale des chambres et des sanitaires, à l'insonorisation, aux couleurs... Elle pourra éventuellement proposer la création d'un espace intime où le malade pourra s'entretenir soit avec le personnel soignant, soit avec sa famille ou autre professionnel.

5.6.3. Un travail en pluridisciplinarité

L'arrêté du 7 janvier 1997 a rendu obligatoire l'adjonction du questionnaire d'appréciation du séjour hospitalier au livret d'accueil du malade.

Dans ces questionnaires les critères d'évaluation sont le plus souvent larges et ne prennent en compte que certains domaines du séjour (qualité de l'hébergement, attitude du personnel médical et paramédical, alimentation). Le droit des malades n'y figure pas et il se réduit le plus fréquemment au droit à l'information.

Nous pensons que des améliorations doivent être apportées dans la formalisation de ces questionnaires. Outre l'appréciation des conditions d'hébergement, il nous semble important que soit également intégré l'évaluation du respect des droits.

Un travail en pluridisciplinarité pourrait être initié en ayant pour base de réflexion le respect du droit. Il associerait différents représentants des services administratifs, logistiques et soignant ainsi que des représentants des patients avec pour objectif la recherche de critères pertinents révélateurs de la qualité de soins perçue.

5.6.4. L'institut de formation en soins infirmiers

En raison du travail de collaboration avec l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, il nous semble important que la politique et le projet de soins infirmiers soient portés à la connaissance des responsables de formation et présentés aux étudiants.

Cette présentation a pour objectif de diffuser le projet de soins infirmiers et d'initier une réflexion commune avec les personnels enseignants et les futures professionnelles. Celle-ci permettra de donner une cohérence au projet infirmier et au projet pédagogique.

En parallèle avec les démarches décrites précédemment, il est essentiel pour l'infirmière générale de développer un axe transversal centré sur la communication externe et interne.

5.7. *Une communication pour le respect de l'intimité*

5.7.1. Prendre en compte la parole des usagers

La loi du 31 juillet 1991 et les ordonnances du 26 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée précisent dans leurs titres premiers, relatifs aux droits des malades, l'obligation pour les établissements de soins de réaliser des évaluations régulières auprès des patients sur la qualité de leur accueil, de leur séjour et de leur prise en charge.

Ces outils d'évaluation de la qualité de la prestation de soins sont sans doute des moyens pour améliorer la communication avec les usagers et les familles mais ils sont pour l'infirmière générale des révélateurs de la qualité des soins donnés, des signaux d'alarmes qu'elle doit savoir utiliser. Ainsi les questionnaires de sortie, les lettres des patients et des familles, adressés au chef d'établissement sont des indicateurs importants de qualité ou de non qualité souvent révélateurs de dysfonctionnements que l'infirmière générale doit prendre en considération.

L'infirmière générale veillera au recueil des questionnaires de sortie par l'intermédiaire des cadres, en fera une analyse périodique. Elle transmettra aux cadres soignants et aux responsables médicaux le résultat de cette analyse qu'ils soient positifs ou négatifs, non pas dans le but de sanctionner une équipe mais plutôt dans le sens d'un requestionnement sur les pratiques professionnelles.

Par ailleurs, les lettres des malades adressées au chef d'établissement ou à l'infirmière générale seront communiquées au chef de service et au cadre. Elles seront commentées en équipe pluridisciplinaire en présence de l'infirmière générale

Après analyse de la situation, l'infirmière générale pourra recevoir les familles, les malades à leur demande pour toute explication complémentaire.

De plus l'article L. 710.1-2 de l'ordonnance du 24 avril 1996 crée la commission de conciliation chargée d'assister et orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement.

L'infirmière générale devra se tenir informée des affaires contentieuses en cours et notamment celle en rapport avec l'activité des équipes soignantes. Elle devra également se soucier des représentants infirmiers siégeant dans cette commission, tant dans le choix du profil des personnes que dans leur formation complémentaire éventuelle.

5.7.2. Créer un Groupe de réflexion éthique institutionnel

Comme nous l'avons vu le stress, l'habitude, la routine sont autant de facteurs aggravant le respect du droit à l'intimité, engendrant des attitudes d'indifférence, de mépris, une déshumanisation des soins. De telles attitudes sont aussi les témoins d'une souffrance des soignants, souffrance qu'ils ne peuvent pas toujours exprimer dans leur quotidien.

Constituer un lieu de parole et de réflexion où les professionnels de l'hôpital pourront parler de ce qu'il vivent, sera pour nous un objectif professionnel, dans le but d'améliorer les conditions de vie au travail et par là même la qualité des soins dispensés.

Au préalable, un apport de connaissance et une discussion sur les principaux textes réglementaires aura été effectuée afin de rappeler la dimension éthique de notre métier.

Nous pensons initier avec l'aval du directeur général et la collaboration du corps médical, un groupe de réflexion éthique institutionnel. Ce groupe éthique aurait pour objectifs :

- d'apporter aide, soutien, conseil à tout soignant confronté à un problème éthique dans son exercice professionnel ;
- d'aborder les questions fondamentales concernant des situations de soins telles que l'acharnement thérapeutique, la douleur, les soins palliatifs, l'euthanasie...
- D'intervenir ponctuellement dans les unités lorsqu'une équipe est en difficulté ;

- d'animer des conférences ouvertes aux professionnels hospitaliers et extra-hospitalier, ainsi qu'au grand public ;
- d'intervenir dans le cadre de la formation continue lorsqu'un thème éthique serait abordé.

Les modalités de fonctionnement et d'organisation seront à définir lors de la constitution de ce groupe. Il serait composé d'agents hospitaliers représentant les secteurs d'activité de l'hôpital sans distinction de catégorie ou de grade, des ministres du culte, d'usagers, d'un juriste, d'un psychologue.

Cet espace de parole, d'écoute, d'échanges ne peut que favoriser la qualité de la prise en charge des malades et alléger la charge psychique des soignants.

5.7.3. Utiliser des modes de communication

L'organisation de journées infirmières, de séminaires professionnels ou le droit des malades serait discuté sur un plan général et de manière plus ciblées sur un thème (droit à l'intimité, à l'information, à la dignité) nous semble nécessaires pour que les personnel prennent conscience de la place capitale que vont prendre le droit des malades dans les années à venir

Mais pour nous aussi, privilégier des moments de rencontre et d'échange entre professionnels, présenter et mettre en discussion les pratiques professionnelles sont un moyen de reconnaître et de valoriser le savoir faire et le savoir être des agents.

De plus dans certains hôpitaux existe un journal d'établissement. Ce moyen de communication qui touche l'ensemble du personnel peut se révéler intéressant, des articles centrés sur le droit des patients ou faisant le récit d'une expérience, d'un travail effectué par le personnel pour respecter le droit des patient pourraient y être publiés

Ces différents projets, expériences, réalisation pourront aussi faire l'objet de publication dans les revues professionnelles.

Les propositions que nous venons d'énoncer constituent les grandes orientations que nous souhaitons développer dans notre futur exercice professionnel. Leur concrétisation tiendra

compte du contexte institutionnel et de l'environnement. Elles seront enrichies par la rencontre avec nos collaborateurs cadres et soignants ainsi que des autres acteurs hospitaliers.

CONCLUSION

A l'issue de ce travail, nous avons réalisé combien le concept du droit à l'intimité du patient présentait de difficultés d'applications mais aussi d'opportunités d'actions en tant qu'élément fédérateur.

Les principales causes de non respect du droit à l'intimité : organisationnelles (charge de travail, organisation des soins et l'habitude),structurelles (locaux inadaptés entraînant des promiscuité gênantes) ont été à nouveau affirmées dans ce second mémoire par les médecins, personnel d'encadrement, infirmières générales que nous avons interrogé.

Elles ont été enrichies par des éléments comportementaux, héritage d'une culture hospitalière qui appréhende le malade en tant qu'objet de soins et non comme sujet de soins. Un Facteur de risque nouveau, dans l'attitude du personnel, a été souligné par une infirmière générale : la notion de déresponsabilisation du personnel dans son exercice professionnel. Cette cause peut être interprétée comme le signe d'un manque d'intérêt, d'une insatisfaction au travail, le signe d'épuisement professionnel. Nous avons pu également vérifier auprès des responsables infirmiers que les connaissances du personnel sur les droits des patients restaient faibles.

Tous ces éléments nous interroge. Le respect du droit à l'intimité sur le terrain n'est ni pensé, ni organisé comme faisant partie intégrante du soin au malade et. la remarque de Christine Parneix semble encore d'actualité : " l'intimité ne fait pas partie du système de valeurs qui évoque l'acte technique comme priorité absolue ”.

Alors comment amener les professionnels infirmiers à considérer le besoin d'intimité comme un besoin vital rattaché à une obligation légale ? Quelles stratégies développer pour améliorer les conditions de vie au travail du personnel. Tel a été l'objet de notre recherche.

Le contexte de l'accréditation et son obligation d'évaluation des pratiques professionnelles nous semble une période favorable pour initier des changements allant dans le sens d'un plus grand respect des personnes soignées. C'est sur la base de cette hypothèse que nous avons conduit notre travail. Hypothèse que nous ne pouvons confirmer entièrement l'expérience du CHU de Nice étant trop récente pour en tirer des conclusions. Une évaluation après les actions de formation, de discussion sur les pratiques professionnelles serait plus parlante.

Les propositions que nous avons formulées s'appuient sur l'expérience vécue en stage, sur l'analyse et les pistes d'action apportées par les entretiens. Mais surtout sur la conviction que la connaissance et l'application du droit par les personnels concourent à une meilleure qualité de soins aux patients hospitalisés., objectif de notre exercice professionnel.

Le patient a le droit d'être soigné dans le cadre de la loi, l'infirmière générale doit veiller à son application par les personnels.

Le droit peut être l'amorce de relations nouvelles établies avec les usagers gommant les travers de la relation affective encore très prégnante dans nos hôpitaux.

Pour terminer ce travail nous citerons cette phrase entendue lors du dernier salon infirmier :

“ l'homme couché oblige l'homme debout ”

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

- BOLOGNE (Jean Claude), *Histoire de la pudeur*, Edition Pluriel, 1986, 461p
- BOUCAND (Hélène), *Intimité secret professionnel et handicap*. Ed Chronique sociale, 1998
- CARLSON (Ardyn) - BLACKWEL (Betty), *les comportements humains, Infirmières d'aujourd'hui*, Le Centurion, 1992, 470p
- CLÉMENT (Jean Marie), *droit des malades et bioéthique*, Edition Berger Levrault, 1996, 182p
- DUBERNARD (Jean - Michel), *l'hôpital a oublié l'homme*, Plon, 1997, 232p
- FAYNN (Marie-Georges), *Humaniser les soins*, Edition ESF, 1995
- HALLS (Edward), *La dimension cachée*
- PASINI (Willy), *Eloge de l'intimité*, Payot, 1992, 287p
- *soigner l'autre, l'éthique, l'hôpital les exclus* Edition Belfond 151p

Articles - revues

- AMOUROUS (Charles), “ *Soignants patients institution et culture*”, Revue Objectif Soins n°52, avril 1997, P23-26ir

- *“L’hôpital vu par ses usagers ”* Revue Gestions Hospitalières n° 342. Jan 95
- *“ Synthèse des réunions usagers-experts ”*. ARH Rhône Alpes Oct - Nov 98
- BAUDRILLARD (Jean), *“ L’intime ”* revue Autrement n° 81- 1986 page 13
- ¹ Clément René “. ”in revue de l’ARSI
- ¹ Lin Daubesch juriste intervenant à l’ENSP
- DEVERS (Gilles) - CLEMENT *“ l’hôpital terrain hors la loi. ”* Revue Objectif Soins n°74 p 16-17
- LE BOURSICAUD (Patricia), *“ le respect de la pudeur des malades hospitalisés ”* Revue Objectif Soins), novembre 1992, p 49-53

Autres documents et textes législatifs :

- Manuel d’accréditation des établissements de santé février 1999
- Déclaration universelle des droits de l’homme
- Guide du service infirmiers n°12 *“ Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers ”*
- *“ Déclaration universelle des droits de l’homme ”* article 12 Encyclopedia Universalis p 3413

Travaux de recherche :

- *PARNEIX Marie Christine, “L’infirmière et l’intimité du malade hospitalisé ”, juin 1997.*

LISTE DES ABREVIATIONS

- **ANAES** : AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE
- **ARH** : AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION
- **CHG** : CENTRE HOSPITALIER GENERAL
- **CHU** : CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
- **CNIL** : COMMISSION NATIONALE INFORMATIQUE ET LIBERTE
- **CSSI** : COMMISSION DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS
- **DSI** : DIRECTION DU SERVICE INFIRMIER
- **DSSI** : DIRECTEUR DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS

ANNEXES

- **ANNEXE I** : GUIDE D'ENTRETIEN MEDECINS, CADRE, INFIRMIERE GENERALE

- **ANNEXE II** : TABLEAU RECAPITULATIF DES ENTRETIENS

- **ANNEXE III** : CHARTE DU PATIENT HOSPITALISE. Annexée à la circulaire Ministérielle n°95-22 du 6 mai 1995. Chapitre VII : “ Du respect de la personne et de son intimité ”

- **ANNEXE VI** : ORDONNANCE N°96-346 DU 24 AVRIL 1996 ,TITRE II

- **ANNEXE V** : EXPERIMENTATION DE LA PROCEDURE D'ACCREDITATION -
AUTOEVALUATION. DIP REFERENCE 6