

RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT

à l'interpellation Jacques-André Haury sur la responsabilité civile des infirmières et infirmiers engagés au triage des urgences au CHUV

Rappel de l'interpellation

On a donc appris que, le 5 janvier dernier, une patiente de 87 ans est décédée aux urgences du CHUV, après 5 heures d'attente et sans avoir été vue par un médecin. Ces éléments, rapportés par 24 Heures (7 février 2012), n'ayant été démentis ni par la direction du CHUV, ni par le Chef du département (RSR, Forum, 8 février 2012), on peut les considérer comme avérés.

Nous refusons d'entrer dans l'éternel débat de la surcharge, de l'insuffisance des moyens des procédures ou des structures mises en place. Il y a eu une erreur humaine : une patiente admise aux urgences du CHUV ne doit pas y décéder sans qu'on ait tenté de la sauver ou, tout au moins, décidé formellement que son décès était inéluctable.

Se pose alors la question de la responsabilité civile des intervenants. Dans l'esprit de chacun – et les propos des proches ne laissent aucun doute là-dessus – c'est un médecin qui doit examiner le patient et qui, dès lors en assume la responsabilité. Or les urgences du CHUV ont choisi de confier le triage des patients, c'est-à-dire la tâche la plus difficile qui soit en médecine, à un membre du personnel infirmier. Cet usage s'inscrit dans un long combat du personnel infirmier en vue d'obtenir la compétence de déterminer si un patient a besoin d'être examiné par un médecin, et le cas échéant lequel.

Mais qu'en est-il de la responsabilité civile de l'infirmière ou de l'infirmier à qui cette tâche de triage est confiée. Lorsqu'il y a erreur de triage, la responsabilité civile de l'infirmière ou infirmier concerné est-elle engagée, ou considère-t-on, juridiquement, que cette responsabilité civile ne peut être attribuée compte tenu du fait que lui ou elle, en effectuant ce travail de triage, se livre à une activité qui dépasse ses compétences.

Il nous paraît que cette question de responsabilité civile doit être réglée de façon claire : on ne peut pas laisser à des infirmières ou des infirmiers la compétence de décider si un patient doit ou ne doit pas voir un médecin, puis faire porter la responsabilité de ce choix à un membre du corps médical.

Dans cet esprit, je me permets de poser au Conseil d'Etat les questions qui suivent:

- 1. Dans l'événement du 5 janvier évoqué par cette interpellation, est-ce bien un infirmier ou une infirmière qui a décidé que la patiente décédée n'avait pas besoin d'être examinée par un médecin ?*
- 2. Si tel est le cas, qui assume la responsabilité civile de cette prise en charge inadéquate ?*
- 3. Le Conseil d'Etat délègue-t-il réellement la compétence du triage des patients à l'entrée des urgences du CHUV à un membre du personnel infirmier ? Et si oui, en a-t-il mesuré les*

Réponse du Conseil d'Etat

L'objet de l'interpellation porte principalement sur la pertinence de confier le tri des urgences au personnel infirmier et sur les implications de cette organisation sur la prise en charge des patients et sur les responsabilités du personnel infirmier. Le principe d'un tri infirmier tel qu'appliqué aux urgences du CHUV est le même que celui employé par la plupart des centres d'urgence en Suisse. Le Conseil d'Etat rappelle en outre que, la centrale des appels d'urgence du canton de Vaud ("le 144") n'est pas gérée par des médecins, mais par le corps infirmier.

Pour effectuer le tri des patients arrivant aux urgences, le Conseil d'Etat précise que le CHUV utilise "l'échelle suisse de tri" (EST) qui contient quatre degrés d'urgence. Il s'agit d'une série de critères spécifiques et objectifs sur la base desquels la qualité de l'urgence est évaluée et classée dans des niveaux de tri prédéfinis. Cette échelle n'est, à la connaissance du CHUV, pas utilisée au niveau international. A titre d'exemple, en France les urgences n'utilisent pas officiellement d'échelle de tri, mais fonctionnent avec une appréciation subjective d'une infirmière de tri et d'orientation. La Grande-Bretagne utilise la National Triage Scale dans tous ses services d'urgence, l'Australie l'Australasian Triage Scale (ATS), et le Canada la Canadian and Triage Acuity Scale (CTAS). Les Etats-Unis se sont, quant à eux, positionnés en faveur de l'utilisation d'une échelle de tri validée à cinq degrés d'urgence, laissant le choix aux services d'urgence entre l'Emergency Severity Index (ESI) et la CTAS. Selon les recommandations de la Commission scientifique de la Société suisse de médecine d'urgence et de sauvetage pour le triage dans les services d'urgences hospitaliers en Suisse, l'EST et l'ESI sont les deux échelles avec la meilleure validation scientifique, attestée par des publications internationales. L'EST, initialement introduite aux HUG, a été adoptée au CHUV et s'applique également dans le Canton de Vaud, à Neuchâtel, au Tessin et à l'Inselspital à Berne.

S'agissant plus particulièrement de l'application des délais de prise en charge internationalement reconnus aux urgences adultes au CHUV, on observe pour ce dernier une évolution positive importante du respect des délais entre 2008 et 2010. Les chiffres suivants l'illustrent :

- Urgence 1 (installation dans les 5 minutes) : de 76.1% à 88.9%
- Urgence 2 (installation dans les 20 minutes) : de 60.1% à 68.9%
- Urgence 3 (installation dans les 120 minutes) : de 78.3% à 90.4%
- Urgence 4 (pas de délai officiel, le CHUV a fixé néanmoins une limite à 300 minutes) : de 91.5% à 98.9%

A noter qu'un système d'alarmes visuelles permet d'identifier dans le logiciel de gestion du flux (Gyroflux) les patients dont les délais de prise en charge sont dépassés.

Les degrés d'urgence mentionnés ci-dessus assurent que le patient sera vu par un médecin, dans le délai d'urgence attribué, et donc selon la sévérité du patient et non pas dans l'ordre d'arrivée aux urgences. Quant au délai d'intervention du médecin, il dépend du niveau de tri attribué, mais également de l'évolution des symptômes du patient et de la charge de travail exigée par les besoins en soins des patients plus urgents présents au même moment. Cela étant, le processus de tri implique une évaluation rapide par l'infirmier-ière l'anamnèse des symptômes du patient et la prise des signes vitaux. Ce processus en tant que tel ne peut être parfait. Il reste néanmoins le seul instrument actuellement capable de gérer la priorisation des patients en cas d'engorgement et de garantir que le patient qui doit voir un médecin le voie rapidement.

En ce qui concerne la compétence des infirmiers-ières pour l'application de l'échelle suisse de tri, le

Conseil d'Etat rappelle les principes suivants. L'exercice de la profession d'infirmier-ère est réglementé de manière précise tant au niveau légal qu'au niveau déontologique. L'autonomie du personnel infirmier dans l'exercice des soins est précisée à l'article 124 de la loi vaudoise sur la santé publique qui précise que le personnel infirmier dispense des soins de manière autonome, à l'exception de certains soins qu'il donne sur délégation du médecin. L'Association suisse des infirmier-ères ajoute concernant la pratique professionnelle que "... l'infirmier(ère) n'est autorisé(e) à pratiquer que les actes pour lesquels il (elle) a été préparé(e) dans le cadre de sa formation professionnelle".

Selon la pratique professionnelle dans le domaine de l'urgence, le Conseil d'Etat précise que la compétence de triage est un acte délégué aux infirmiers-ères. Dans la hiérarchie des actes délégués, on distingue les interventions que le médecin peut laisser exécuter hors de sa présence et sans surveillance de sa part, mais conformément aux directives qu'il aura données préalablement. A titre d'exemple, font partie de ce type d'actes les injections routinières, l'administration de médicaments, les lavages, les pansements, etc. Le tri des patients fait également partie de cette catégorie d'actes délégués aux infirmiers-ères. Pour exécuter cet acte, seul(e)s les infirmiers-ères expérimentées et au bénéfice d'une expérience de 18 mois au moins au service des urgences peuvent être formé(e)s à la pratique de l'échelle suisse de tri (EST). Cette formation implique deux jours de formation théorique, ayant pour objectif de reconnaître les situations d'urgence vitale, maîtriser les degrés de gravité de l'EST et savoir les utiliser à bon escient, ainsi que de connaître les structures partenaires des Urgences et d'identifier les ressources de l'infirmier-ère responsable de l'accueil et de l'orientation (à savoir : le médecin chef des urgences, l'infirmier responsable de l'orientation, les mandataires de tri, le Chef de clinique de la Policlinique universitaire médicale). Cette formation est suivie de 12 heures de supervision pratique directe, afin de valider la compréhension du processus de tri et l'intégration des différentes notions relatives à l'EST, ses degrés de gravité et l'utilisation des motifs de recours. A relever encore que dans la pratique, une vérification quotidienne de chaque tri effectué est assurée par la supervision de l'infirmier-ères responsable de l'orientation (IRO), une fois le patient installé en zone de soins.

S'agissant de l'engagement de la responsabilité civile des collaborateurs-trices du CHUV, le second point soulevé par M. le Député J.-A. Haury, le Conseil d'Etat rappelle que, conformément à la Loi vaudoise sur la responsabilité de l'Etat, des communes et de leurs agents (LRECA, art. 4), la responsabilité civile de l'institution (l'Etat) est engagée si ses collaborateurs, agents de l'Etat de Vaud, causent un dommage à des tiers d'une manière illicite. La responsabilité civile est ainsi supportée par l'institution, en l'occurrence l'Etat de Vaud, et non pas par les collaborateurs du CHUV individuellement. Le CHUV, respectivement l'Etat de Vaud, répond des actes de ses collaborateurs. Le CHUV a un droit de recours contre l'agent qui a commis l'acte dommageable soit intentionnellement soit par négligence ou imprudence graves. En outre, comme pour tous les actes médico-soignants, tant les médecins que le personnel soignant peuvent être appelés à répondre de leurs actes individuellement, sur le plan pénal ou disciplinaire.

Pour les actes délégués, la responsabilité des médecins, respectivement du service et de l'institution, est examinée en relation avec la qualité de la délégation. Celle-ci est évaluée selon sa forme, son contenu qui précise les limites, la désignation des infirmier-ères délégué(e)s, la garantie des compétences et la qualité des infirmier-ères délégué(e)s, leur formation adéquate et les modalités de surveillance lors de l'accomplissement du travail. La responsabilité des infirmier-ères pour ces mêmes actes concerne l'accomplissement de la formation requise pour la délégation, l'application correcte des instructions données, l'accomplissement uniquement des actes pour lesquels l'infirmier-ère a été formé(e) et le recours au médecin ou à la hiérarchie en cas de doute. En conclusion, dans l'exécution d'un acte médico-délégué, la responsabilité peut être partagée entre les médecins et les infirmiers-ères. Alors que le respect des règles d'application relève de la responsabilité de l'infirmier-ère délégué(e), le médecin peut être tenu responsable dans le cas où un problème médical

survient, malgré la bonne exécution de la procédure.

Ces éléments étant précisés, le Conseil d'Etat revient sur le cas d'espèce mentionné par M. le Député J.-A. Haury. Le Conseil d'Etat confirme que les éléments rapportés dans la presse sont exacts. Il précise néanmoins que l'article publié dans le journal 24 Heures contenait une information erronée sur les symptômes de la patiente. Il y était indiqué qu'elle avait des douleurs intenses, mais tel n'était pas le cas. Si elle avait présenté de telles douleurs, le niveau de priorité aurait été le 2. Le CHUV avait rectifié en son temps cette information auprès du journaliste, auteur de l'article.

Suite à ces événements, qui ont particulièrement touchés les soignants du service des urgences, une analyse approfondie de l'accueil de la patiente a été réalisée incluant l'analyse de la qualité du tri effectué. Une réévaluation faite par le Chef du service des urgences basée sur les symptômes que présentait la patiente conclut que son état de santé correspondait au même niveau de priorité au tri que celui indiqué par l'infirmier de tri concerné (niveau 4). Le Conseil d'Etat indique encore que les informations sur les symptômes de la patiente ont été confirmées par sa famille après les faits.

Un avis supplémentaire rétrospectif sur l'application de l'échelle de tri uniquement a été demandé par la Direction générale du CHUV à un médecin cadre du service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève. Selon les informations dont il disposait et indépendamment du contexte, ce spécialiste genevois aurait, lui, plutôt évalué le degré d'urgence au niveau 3. Il existe ainsi, même au niveau des spécialistes une certaine marge d'appréciation dans l'application de l'échelle de tri, ce qui par conséquent exclut toute faute de l'infirmier qui a effectué le tri.

Cela étant pour réaliser une évaluation complète de la prise en charge, une analyse globale a été effectuée par l'équipe responsable, en collaboration avec la Direction générale du CHUV, suivant ainsi les règles institutionnelles de gestion des événements critiques au CHUV. Cette analyse globale tient ainsi compte non seulement de l'application de l'échelle de tri, mais également du contexte. En effet, à l'exception du degré d'urgence 1, l'installation du patient en zone de soins peut être sujette à des retards en fonction de la capacité du service des urgences à faire face à l'afflux de patients. Concrètement, les tris effectués par l'infirmier de tri concerné ont ainsi fait l'objet d'une analyse a posteriori sur la base de plusieurs dossiers qui a permis de constater que de manière générale les anamnèses produites par l'infirmier de tri sont pertinentes. Elles respectent les règles de l'art en la matière. De plus, les détails fournis par cet infirmier permettent à l'infirmier chef et au médecin de se faire une idée juste de la situation des patients et d'adapter au mieux les délais de prise en charge, en considération de la charge de travail du moment.

Dans une perspective d'amélioration continue des prestations, le service des urgences finalise, en collaboration avec les Hôpitaux universitaires genevois, un outil d'aide à la décision qui devrait être applicable fin 2012. En outre, le Conseil d'Etat relève que des plateformes de coordination sont en place au niveau intercantonal et national permettant de partager les expériences et améliorer l'outil de tri et son application. Ainsi, à titre d'exemple, des colloques Vaud-Genève entre les responsables de tri aux urgences sont tenus chaque mois. Une conférence au niveau suisse a lieu chaque année réunissant les spécialistes de la médecine des urgences.

Compte tenu de ce qui précède, le Conseil d'Etat apporte les réponses suivantes aux trois questions de l'interpellation :

1) Dans l'événement du 5 janvier évoqué par cette interpellation, est-ce bien un infirmier ou une infirmière qui a décidé que la patiente décédée n'avait pas besoin d'être examinée par un médecin ?

Comme indiqué précédemment, la catégorisation des patients selon l'échelle suisse de tri représente uniquement le degré d'urgence pour la prise en charge hospitalière. Cela signifie que tout patient est vu obligatoirement par un médecin. En l'occurrence, l'infirmier a effectué le tri impliquant que le

médecin voie la patiente dans un délai correspondant au degré 4, à savoir 300 minutes.

2) Si tel est le cas, qui assume la responsabilité civile de cette prise en charge inadéquate ?

Pour autant qu'elle soit engagée, la responsabilité civile des prises en charge inadéquates est assumée par le CHUV, respectivement l'Etat de Vaud. En effet, suivant l'article 3 alinéa 9 et selon l'article 4 de la loi sur la responsabilité de l'Etat, des communes et de leurs agents (LRECA), " l'Etat et les corporations communales répondent du dommage que leurs agents causent à des tiers d'une manière illicite ". Dans la pratique, cette procédure est gérée par la Direction générale du CHUV.

3) Le Conseil d'Etat délègue-t-il réellement la compétence du triage des patients à l'entrée des urgences du CHUV à un membre du personnel infirmier ? Et si oui, en a-t-il mesuré les conséquences en matière de responsabilité civile ?

Selon la loi sur les hospices cantonaux et son règlement d'application, le CHUV a la compétence d'organiser les soins qu'il dispense dans le cadre de ses missions. Ce faisant, il applique la législation cantonale et les règles déontologiques pour la délégation des compétences du corps médical au corps infirmier, ce qui inclut le tri des patients à l'entrée des urgences.

Le fait qu'un acte médical soit délégué aux infirmiers-ières ou réservé exclusivement aux médecins n'a pas de conséquence en matière de responsabilité civile. Cette dernière est assumée par le CHUV, respectivement l'Etat de Vaud, indépendamment des catégories professionnelles des collaborateurs-trices concerné(e)s.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 22 août 2012.

Le président :

P.-Y. Maillard

Le chancelier :

V. Grandjean