



service public fédéral

SANTÉ PUBLIQUE, SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT

COMMISSION TECHNIQUE DE L'ART INFIRMIER

Questions et Réponses 2015-2019

Direction générale Soins de Santé

Professions des soins de santé et pratique professionnelle

Commission Technique de l'Art Infirmier

Place Victor Horta 40, bte 10 – 1060 Bruxelles

www.health.fgov.be

Contents

1.	Lavage des voies biliaires	4
2.	Administration de 'platelet-rich plasma'	4
3.	Gestion de la médication par le patient	4
4.	Traitement du système lymphatique	5
5.	Application du garrot	5
6.	La pose du tube naso-pharyngé	6
7.	Administration de médicaments par voie intranasale	7
8.	Administration d'oxygène par les plongeurs.....	7
9.	La notion des 'cas urgents' pour la prescription médicale	8
10.	Manipulation d'appareils de dialyse par les aides-soignants.....	9
11.	Pose d'implants dans la chirurgie esthétique	10
12.	Proposition de l'élargissement des compétences des aides-soignants.....	10
13.	Manipulation de médicaments par les aides-logistiques	11
14.	Campagnes de vaccination collective	11
15.	Mise en route de vidéos capsules par les aides-soignants	13
16.	La mise en place de bottes de compressothérapie peut-elle être considérée comme l'application de bandages ?	13
17.	Utilisation de la pince de Magill dans la RCP.....	13
18.	La pose de la ceinture pelvienne par les secouristes-ambulanciers	14
19.	Eclaircissement de l'article « Triage et orientation des patients » de l'Annexe 4 de l'A.R. du 18 juin 1990.	15
20.	Le retrait d'une sonde de Bakri est-il un acte médical confié ? L'infirmier est-il autorisé à l'ôter ?.....	17

21.	Question sur le traitement des plaies au sucre	18
22.	Tâches des aides-soignants au quartier opératoire	19
23.	Perfusion de solution saline isotonique	20

1. Lavage des voies biliaires

Question

Un infirmier est-il autorisé à effectuer le lavage des voies biliaires par drain ?

Réponse

Par analogie aux autres lavages (gastrique, vessie) il s'agit d'une prestation technique de l'art infirmier du type B2, nécessitant une prescription médicale. Les obligations normales (dossier infirmier, procédure en concertation avec les médecins, compétence adéquate) restent de vigueur.

2. Administration de 'platelet-rich plasma'

Question

La législation belge permet-elle aux infirmiers d'administrer du 'plasma riche en plaquettes', cet acte fait-il partie de l'acte B2 "administration de médicaments"?
Qu'en est-il de la voie intra-articulaire ?

Réponse

Actuellement le concentrat de thrombocytes est déjà disponible en Belgique et il est administré fréquemment dans les hôpitaux belges.

L'administration de sang et de ses dérivés est définie dans l'A.R. du 18 juin 1990 comme "Préparation, administration et surveillance de perfusions et de transfusions intraveineuses éventuellement moyennant l'emploi d'appareils particuliers".

Comme il s'agit d'un acte B2, il faut une prescription médicale, une procédure rédigée en concertation avec le(s) médecin(s), le dossier infirmier, la compétence adéquate.

L'administration de ce produit est une application directe de cet article.

Par contre, les infirmiers ne sont pas autorisés à l'administrer par la voie intra-articulaire, comme ceci n'est pas prévu par l'AR du 18 juin 1990.

3. Gestion de la médication par le patient

Question

Le patient a le droit de décider et de gérer lui-même son traitement. L'empowerment' du patient et de sa famille prend une place de plus en plus importante. L'infirmier peut-il laisser le patient gérer son traitement habituel du domicile et laisser les médicaments à la portée du patient, pourvu que le médecin estime de ne pas devoir apporter de changements ? Ou est-ce l'infirmier qui doit se charger de l'administration des médicaments ?

Réponse

La loi relative aux droits du patient (22 août 2002) confirme l'autonomie de la personne et le droit de tout citoyen de décider de sa santé et de son traitement. Le patient, après

avoir eu l'information adéquate, a la liberté de décider de sa thérapie, y compris de la médication, Il peut donc garder sa médication et prendre ou s'administrer cette médication de façon tout à fait autonome.

L'administration par un tiers fait partie de l'art infirmier (A.R. du 18 juin 1990) et est réservée au médecin ou à l'infirmier ; l'infirmier peut autoriser un aidant proche à le faire après une formation et une attestation, et un aide-soignant est autorisé à aider lors de la prise de médicaments par voie orale (ou à administrer cf A.R. du 27 février 2019).

Au cas où l'infirmier constate que le patient n'est plus capable de prendre des décisions adéquates et de s'administrer la médication de façon correcte et sûre (par trouble de mémoire, démence, troubles de coordination...) il en avertit le médecin qui peut décider que l'administration soit dès lors faite par l'infirmier, ou par un aidant proche sous la responsabilité de l'infirmier.

Suivant la loi relative aux droits du patient, le médecin et l'infirmier contacteront alors le représentant du patient (famille/entourage) pour réaliser la conservation sûre de la médication.

4. Traitement du système lymphatique

Question

La question porte sur des d'indurations et du drainage de liquide suite à une thérapie oncologique.

L'infirmier peut-il masser le bras du patient à qui on a enlevé un sein ?

Est-ce que l'infirmier est autorisé à effectuer les actions suivantes après une opération mammaire (mastectomie) : effectuer un drainage lymphatique et effectuer la ponction d'un sérum mammaire (pouvant être localisé et fixé manuellement) ?

Est-ce qu'il lui faut une prescription médicale et si oui, sous quelle forme ?

Réponse

Le drainage lymphatique reste de la compétence du kinésithérapeute.

La ponction d'un serum mammaire fait partie des "Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions". Il s'agit d'un acte B2 sous prescription médicale et suivant une procédure rédigée en concertation avec le(s) médecin(s). Il faut donc prendre toutes les précautions nécessaires.

La prescription médicale est définie en détail dans l'art.7quater de l'A.R. du 18 juin 1990.

5. Application du garrot

Question

Quelles sont les conditions légales pour la pose du garrot (tourniquet) pour arrêter une hémorragie massive en situation d'agression/terrorisme ?

Réponse

L'avis CTAI 2011-1 a confirmé qu'arrêter les hémorragies fait partie des premiers soins, et pas des actes médicaux ou infirmiers, sans spécification des techniques : pression manuelle, bandage compressif... donc y compris le garrot.

Ces actes ... “font partie des premiers soins en général, peuvent être exécutés par tout le monde ... et ne sont pas des actes médicaux réservés à une profession”.
Il n’y a donc aucune objection légale pour l’application du garrot. Cependant, cet acte, comme toute technique, requiert une formation et une pratique adéquate pour permettre une application sûre.

6. La pose du tube naso-pharyngé

Question

Plusieurs personnes ont posé la question de savoir si la pose d’un tube naso-pharyngé doit être considérée comme un acte de réanimation invasif ou non-invasif.

Réponse

La Circulaire ministérielle du 19 juillet 2007, basée sur l’avis de la CTAI, définit les moyens invasifs et non-invasifs pour la réanimation cardio-pulmonaire.

Les moyens non invasifs comprennent “entre autres” :

- Respiration avec masque
- Respiration avec masque et ballon (type self inflating bag)
- Placement de canule de Guedel/canule de Mayo

Les moyens invasifs comprennent “entre autres” :

- Intubation endotrachéale.
- Placement du masque laryngé.
- Défibrillation manuelle externe.
- Application de techniques respiratoires mécaniques non invasives.
- Ponction pleurale d’un pneumothorax sous tension.

L’A.R. du 18 juin 1990 autorise tous les infirmiers à effectuer de façon autonome “la réanimation cardio-pulmonaire avec des moyens non-invasifs”. La “réanimation cardio-pulmonaire avec des moyens invasifs” est un acte B2 nécessitant une prescription médicale (sous forme verbale, écrite ou ordre permanent fixé d’avance). Les infirmiers porteurs du titre professionnel particulier en SISU ou en pédiatrie-néonatalogie sont autorisés d’effectuer ces actes de façon autonome au sein de leurs services respectifs.

La notion “entre autres” autorise la CTAI de façon explicite à ajouter des nouvelles techniques à une des deux catégories.

Le tube naso-pharyngé est inséré par le nez du patient et est avancé jusque dans la gorge, ou il permet d’éviter l’obstruction des voies aériennes par la langue. Il est moins invasif (il ne passe pas par les cordes vocales) mais ne prévient pas l’aspiration du sang, des vomissements... dans la trachée, à l’opposé de l’intubation endotrachéale, qui reste la “référence”.

Par son caractère moins invasif il est considéré dans un nombre de pays comme alternative de l’intubation pour les ambulanciers/paramedics ou pour le personnel médical moins spécialisé.

L'introduction d'un tube de 5 à 9 mm par le nez peut causer des traumatismes et doit être effectuée avec précaution.

En Belgique la classification de moyen invasif ou non-invasif ne concerne pas que les infirmiers (n'étant pas porteur du TPP), mais aussi les secouristes-ambulanciers (réseau 112, AMU) qui sont autorisés à effectuer les actes non-invasifs. Pour l'application des moyens invasifs, leur intervention se limite au support des équipes SMUR.

Cette technique doit être considérée comme un moyen invasif de réanimation, ce qui signifie qu'elle est un acte B2 pour les infirmiers non porteurs d'un titre professionnel particulier et un acte B1 pour les infirmiers porteurs du TPP en soins intensifs et d'urgence et ceux porteurs du TPP en pédiatrie et néonatalogie.

7. Administration de médicaments par voie intranasale

Question

L'administration des médicaments par voie intranasale fait-elle partie des actes infirmiers B2 relatifs à l'administration de médicaments ?

Réponse

La liste de l'A.R. du 18 juin 1990 fait bien preuve de l'intention que l'administration des médicaments par toutes les voies fait partie des actes infirmiers B2, à effectuer avec prescription médicale et suivant une procédure qui a été rédigée en concertation entre les infirmiers et le(s) médecin(s).

La CTAI a toujours considéré l'administration des médicaments par voie intra muqueuse comme faisant partie des actes infirmiers B2, si besoin sous la définition de voie 'percutanée'.

8. Administration d'oxygène par les plongeurs

Question

Les plongeurs sont-ils autorisés à administrer de l'oxygène sans être médecin/infirmier/secouriste-ambulancier ?

L'association des sports sous-marin garde l'obligation d'avoir une bouteille d'oxygène à disposition lors des plongées en plein air, et la technique fait toujours partie des formations des plongeurs sportifs. L'association fait mention du fait que l'administration d'oxygène soit permise "en cas d'urgence médicale".

Réponse

En Belgique l'administration d'oxygène fait partie des actes infirmiers (A.R. du 18 juin 1990). Cet acte reste donc réservé aux médecins, aux infirmiers et aux secouristes-ambulanciers (réseau 112) selon les prescriptions de leurs professions respectives ; pour les infirmiers : procédure, compétences requises, dossier ; pour les secouristes-ambulanciers : idem plus ordre permanent.

Les personnes non-compétentes qui exécutent cette technique risquent des poursuites pénales (Loi concernant l'exécution des professions des soins de santé du 10 mai 2015). La seule exception est pour les aidants proches qui soignent leur membre de famille après une formation adéquate et après avoir obtenu une attestation qui leur permet d'exécuter les soins chez le patient bien défini (LEPS, art. 124).

Apparemment cette technique fait encore partie de la formation des plongeurs, ce qui donne régulièrement lieu à des questions et des confusions.

La loi est pourtant bien claire : l'administration d'oxygène par les plongeurs, les sauveteurs ou les autres personnes non-professionnelles en Belgique est légalement interdite. Les contrevenants risquent des sanctions pénales mais pourraient aussi être condamnés à payer des indemnités graves sur base de leur responsabilité civile pour une suite défavorable de l'administration.

Il est donc fortement conseillé de faire mention de façon explicite de cette interdiction dans les formations concernées.

Au cours des dernières années, les études «évidence-based médecine» ont démontré des effets secondaires, voir des contre-indications fortes pour l'administration d'oxygène, même en cas d'urgence.

La directive la plus répandue et reconnue pour les premiers soins et l'aide vitale (ERC Guidelines for Resuscitation, 2015, p. 279) définit sans aucune restriction "Oxygen administration for first aid : There are no direct indications for the use of supplemental oxygen by first aid providers".

En plus, la Belgique connaît des délais d'intervention très courts pour les services professionnels (le temps d'intervention moyen est de 8 min. pour l'ambulance 112 et les équipes médicalisées du SMUR sont largement disponibles). Ces possibilités confirment les arguments médicaux qui sont à la base de la législation.

Il est possible que l'administration d'oxygène se justifie en cas d'un accident de décompression à l'étranger, dans des localités assez éloignées et peu accessibles. Il convient que les associations décident de la nécessité de l'exécution et de la formation. En tout cas les cours doivent clairement exprimer l'interdiction de l'administration d'oxygène en Belgique.

Nous tenons à insister que cet avis n'a pas l'intention de vouloir délimiter un champ professionnel ni de menacer de poursuites judiciaires. Nous espérons pouvoir éviter toute confusion, encourager une aide justifiée aux victimes tout en évitant des complications juridiques pour les secouristes.

9. La notion des 'cas urgents' pour la prescription médicale

Question

La définition de la prescription médicale fait notion du "cas d'urgence" (A.R. du 18 juin 1990, art. 7quater, §§ 4 et 5).

L'INAMI a demandé le point de vue de la CTAI pour ce qui doit être compris comme "cas d'urgence", afin d'éviter la confusion et des interprétations différentes du champ d'application de cette modification de la nomenclature qui est de la compétence de la CTAI.

Réponse

Le terme "cas d'urgence" n'est défini nulle part de façon précise dans la législation mais est interprété par la jurisprudence selon le contexte de la situation (abstention coupable, véhicules prioritaires dans le code routier, déclaration de délit...). La législation professionnelle infirmière en fait notion en cas de prescription communiquée oralement en l'absence du médecin (par téléphone ou webcam) et dans l'application de l'ordre permanent sans précision nominative préalable du patient.

La CTAI confirme qu'un cas est urgent si le délai de la prescription ou du traitement peut causer des dommages pour le patient.

10. Manipulation d'appareils de dialyse par les aides-soignants

Question

La CTAI a déjà répondu par l'affirmative à la question d'une institution sur le montage/démontage d'un appareil de dialyse par les aides-soignants en décembre 2006. Cette manipulation ne constitue pas d'exercice illégal de l'art infirmier.

Le service demande maintenant une confirmation car la réponse n'a été ni publiée ni répétée dans les communications officielles vers les hôpitaux.

Réponse

Sans modification de la législation, sans émergence de techniques nouvelles ou sans modification fondamentale de la pratique, il n'y a pas de motivation pour modifier les avis et réponses existants.

Pour garder l'uniformité et pour éviter des confusions, une interprétation constante des avis s'impose.

La réponse est basée sur l'A.R. du 18 juin 1990 qui ne définit que "manipulation et surveillance" des appareils (médicaux) comme faisant partie de l'art infirmier. Pour ce qui est de la dialyse, l'A.R. fait notion de "Préparation, réalisation et surveillance d'une hémodialyse; hémoperfusion; plasmaphérèse; dialyse péritonéale." La manipulation et l'entretien de l'appareillage en soi, sans application chez le patient, ne fait pas partie des actes techniques de l'art infirmier et n'est donc pas un acte réservé. D'ailleurs, dans un certain nombre d'hôpitaux cette manipulation est faite par des techniciens ou du personnel du service biotechnique qui n'appartiennent pas à une profession des soins de santé.

11. Pose d'implants dans la chirurgie esthétique

Question

Une infirmière travaillant dans la clinique privée d'un chirurgien plasticien demande si, après une formation et sous supervision de son médecin, elle peut placer des implants d'acide hyaluronique ("fillers") dans les lèvres du patient, au niveau naso-labial...

Réponse

Pour les interventions purement esthétiques, sans but thérapeutique ni reconstructif, la loi relative à l'exercice des professions de soins de santé n'est pas d'application, mais bien la loi du 23 mai 2013 relative à la médecine esthétique.

Cette loi définit clairement que seuls les médecins compétents peuvent effectuer des interventions esthétiques, à l'exclusion des infirmiers, des esthéticiennes et d'autres.

12. Proposition de l'élargissement des compétences des aides-soignants

Question

Est-ce que les compétences des aides-soignants peuvent être élargies par les actes suivants :

- Vider le réservoir de la sonde vésicale
- RCP avec des moyens non-invasifs
- Toilette du nez, des oreilles et des yeux
- Participation à la stérilisation du matériel

Réponse

La Ministre de la Santé publique Mme. De Block vient de demander récemment à la CTAI un avis sur l'élargissement des actes des aides-soignants. Les actes proposés ne font pas partie de cette priorité.

Il faut noter que les aides-soignants ont déjà dans leurs compétences les "Soins d'hygiène chez les patients/résidents souffrant de dysfonction de l'A.V.Q., conformément au plan de soins" (A.R. du 16 janvier 2006), ce qui inclut la toilette du nez, des yeux et des oreilles.

Le lavage du nez, des oreilles et des yeux, et l'application de médicaments (gouttes auriculaires, collyres) font partie des actes définis par l'A.R. du 27 février 2019 qui peuvent être délégués par l'infirmier aux aides-soignants ayant suivi la formation supplémentaire adéquate.

L'A.R. du 18 Juin 1990 définit comme acte infirmier la "Surveillance de la préparation du matériel à stériliser et de la procédure de stérilisation". Les techniques de stérilisation comme telles ne sont pas des actes réservés aux infirmiers et peuvent être exécutées

par d'autres membres du personnel. Il va de soi que toutes les autres prescriptions légales et précautions de sécurité doivent être respectées.

13. Manipulation de médicaments par les aides-logistiques

Question

Un hôpital demande si les infirmiers peuvent déléguer à un aide logistique le désempilage et l'enregistrement des médicaments délivrés aux services. Il ne s'agit pas de la commande, de la préparation de l'administration ou de l'administration aux patients mais purement de la réception et le rangement des médicaments, qui prennent à l'heure actuelle un temps considérable aux infirmiers, temps qu'ils préféreraient consacrer aux soins.

Réponse

La commande et le rangement des médicaments ne font pas partie du contenu de l'A.R. du 18 juin 1990. Il ne s'agit donc pas d'un acte infirmier et il ne convient pas aux infirmiers de déléguer cet acte aux autres membres du personnel.

Cette matière est de la compétence du pharmacien hospitalier. La CTAI a transféré la demande à l'AFMPS.

14. Campagnes de vaccination collective

Question

Tant les services de médecine du travail, que les services à l'enfance et les MRS entament régulièrement des campagnes de vaccination collective, qui ont pour but de vacciner un grand nombre de personnes dans un délai assez court. La plus connue est sans doute la vaccination contre la grippe.

Lors de ces campagnes, le médecin n'est pas toujours présent sur les lieux et il ne peut pas signer une prescription individuelle pour chaque employé/résident/bénéficiaire. D'autre part la Loi n'a pas prévu la possibilité d'une "prescription collective".

Réponse

Législation

Après les avis de l'Académie royale de Médecine (entre autres), les infirmiers ont été autorisés en 2016 à effectuer la vaccination sans la présence obligatoire du médecin (A.R. du 18 juin 1990).

La vaccination fait dès lors partie des prestations techniques de l'art infirmier nécessitant une prescription du médecin (acte B2).

Le médecin doit donc signer une prescription qui permet à l'infirmier d'effectuer la vaccination. Cette prescription peut être donnée sous forme verbale, sous forme écrite (ou dans des conditions spécifiques sous forme d'un ordre permanent).

Clarification : il s'agit donc d'une prescription différente de celle requise pour la livraison pharmaceutique du vaccin.

L'infirmier doit disposer pour chaque acte d'une procédure, qui décrit la mode d'exécution de la technique afin de réaliser une exécution correcte et sûre par tous les infirmiers d'un service/d'une institution/d'une pratique...

La procédure pour un acte sous prescription doit être rédigée en concertation avec le(s) médecin(s) concerné(s).

Les infirmiers qui exécutent leurs actes sans tenir compte de ces règles risquent d'être punissables (sur base de l'art. 124 de la Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé, l'ex-A.R. no. 78).

Mais il en est de même pour les médecins qui permettraient aux infirmiers d'effectuer des soins sans respecter cette législation (art.122 de la LEPS) :

Art. 122 § 1er. "2° sont punis d'un emprisonnement de huit jours à trois mois et d'une amende de vingt-six euros à deux mille euros ou de l'une de ces peines seulement : ...

b) les praticiens visés à l'article 3, 1er, et 6 à 21, qui confient habituellement à des praticiens de l'art infirmier ou praticiens des professions paramédicales un ou des actes qui relèvent de l'art médical ou de l'art pharmaceutique sans se conformer aux règles déterminées en exécution de l'article 23, § 1er et § 2, alinéa 3, ou de l'article 24".

En général, sur le plan juridique le médecin sera tenu responsable pour le contenu de sa prescription, l'infirmier pour les fautes d'exécution.

Réalisation pratique

L'exécution de la vaccination nécessite toujours une prescription mentionnant le nom du patient. Cette prescription peut être rédigée et signée à l'avance.

La Loi n'exclut pas que le médecin signe une prescription qui porte les noms de plusieurs bénéficiaires, par ex. tous les employés d'une entreprise ou tous les résidents d'une MRS ; le médecin en exclut les personnes dont il connaît l'hypersensibilité ou d'autres contre-indications.

La procédure rédigée en concertation commune doit indiquer les indications et les contre-indications de l'acte infirmier.

La procédure pour une campagne de vaccination peut définir que l'infirmier pose certaines questions à chaque patient/bénéficiaire : est-ce que la personne a de la fièvre ou présente des signes d'infection aigue, est-elle au courant d'hypersensibilités... Selon les directives qui ont été fixées à l'avance par le médecin, l'infirmier peut alors décider de ne pas administrer le vaccin.

Dans tous les cas l'infirmier note dans le dossier que les questions 'standard' ont été posées, ainsi que leur réponse.

Afin d'être exhaustif : la loi relative aux droits du patient permet à chacun d'accepter ou de refuser un traitement médical, donc tout bénéficiaire a le droit de refuser de sa propre initiative toute intervention, après avoir reçu l'information adéquate.

La procédure doit également définir l'observation et les précautions à suivre après l'exécution de la technique, ce qui peut être fait en toute acceptabilité. La complication la

plus fréquente après l'administration du vaccin est la syncope, à laquelle on peut remédier par les premiers soins classiques.

Les commentaires de l'Académie royale n'exigent point la disponibilité d'un antidote comme l'adrénaline (Epipen^o) qu'elles classifient clairement de superflu en cas de vaccination de routine. Au cas où un patient développerait une pathologie sévère, à cause de la vaccination ou pas, on fait appel immédiatement aux services compétents (112 - SMUR) en appliquant entretemps les mesures de premiers soins usuels (libération des voies respiratoires, position latérale de sécurité, suivi des paramètres vitaux...).

15. Mise en route de vidéos capsules par les aides-soignants

Question

Un aide-soignant demande si le fait de la mise en route d'une capsule vidéo est un acte infirmier. En tant qu'aide-soignant à son hôpital de jour il est responsable de l'initiation/ la mise en route de la recherche. Cela signifie qu'ils font faire avaler la capsule au patient et ils démarrent le dispositif vidéo. L'aide-soignant ne se sent pas à l'aise avec cela, et se demande ce qui se passerait si quelque chose ne va pas ou si l'appareil n'est pas connecté correctement.

Réponse

La réponse est négative, la mise en route n'est pas de la compétence de l'aide-soignant. La seule chose que l'aide-soignant peut faire est aider à administrer des médicaments par voie orale (A.R. du 12 janvier 2006). De plus les techniques évoluent bien vite. On parle ici d'une capsule endoscopique. Le gastro-entérologue peut se faire assister (par un infirmier), mais l'aide-soignant n'est pas autorisé à le faire.

16. La mise en place de bottes de compressothérapie peut-elle être considérée comme l'application de bandages ?

Cela reste en effet un acte B2, avec prescription médicale et procédure obligatoire.

Le démarrage de cette technique peut créer un problème hémodynamique, causé par un shift de liquide important en peu de temps. Il faut être attentif à ce risque qui doit être prévu dans la procédure.

17. Utilisation de la pince de Magill dans la RCP

On pose la question de savoir si une infirmière peut utiliser une pince de Magill durant une RCP s'il y a une obstruction visible des voies respiratoires.

La réponse est oui, aux mêmes conditions que l'intubation.

18. La pose de la ceinture pelvienne par les secouristes-ambulanciers

La pose d'une ceinture pelvienne/contention bassin peut-elle être envisagée comme étant activité afférente à la fonction de secouriste-ambulancier. Le cas échéant, est-elle soumise à certaines conditions particulières ou modalités d'exécution ?

1. La mise en place des attelles pour immobiliser une fracture (éventuelle) et l'usage de moyens essentiels comme le collier cervical, la civière scoop, le matelas sous vide ou la planche d'extraction font partie des premiers soins et ne sont pas des actes médicaux réservés à une profession.

Les personnes qui exécutent ces actes sont évidemment supposées avoir la formation et l'expérience nécessaire, sinon elles peuvent être tenues responsables en cas de dommage.

(Pour information : la Circulaire Ministérielle du 15 octobre 2015 contenant ces recommandations a été supprimée après pour d'autres raisons, mais l'Avis 2014.01 de la CTAI reste de vigueur comme source clarificatrice).

2. Concernant la ceinture pelvienne (de type Sam Pelvic Sling II° ou autre): ce moyen (d'origine militaire) fait partie des moyens spécialisés de la traumatologie avancée préhospitalière.

Pour répondre à la question la CTAI a revu la littérature et pris contact avec des médecins et infirmiers d'urgence (Besedim, VVVS, AFIU).

Il est clair que la victime d'une fracture du bassin instable est dans une situation critique et a besoin d'une intervention médicalisée spécialisée.

En attendant le SMUR, les deux ambulanciers pourraient mettre en place une contention pelvienne, bien entendu après l'évaluation et la stabilisation des fonctions vitales du patient. Pourtant, la mise en place de ce moyen demande une manipulation du patient qui risque d'aggraver les lésions, d'autant plus que cette technique n'est pas pratiquée chaque jour par les ambulanciers belges. En plus, dans la plupart des cas il serait mieux d'attendre quelques minutes pour réaliser des mesures protectrices (mise en place d'une perfusion, voire une voie centrale ou intra-osseuse, analgésie) et avoir plus de personnel et d'expertise pour l'immobilisation nécessaire.

Pour ces raisons, la CTAI juge que les secouristes-ambulanciers feraient mieux de ne pas appliquer la ceinture pelvienne de façon autonome, mais qu'ils doivent attendre l'arrivée du SMUR pour la mettre dans des conditions plus contrôlées.

Dès cet instant, la technique peut être effectuée par les secouristes-ambulanciers sous la supervision du SMUR.

(Voir aussi CTAI Questions et réponses 2010-2015, no. 104).

3. "La sécurité physique", y compris les moyens de contention, d'isolement et de surveillance, est plutôt axée sur la protection des patients confus ou psychotiques : moyens de contention pour éviter qu'ils tombent de la civière, qu'ils s'échappent, qu'ils se blessent eux-mêmes ou blessent d'autres personnes (inclus les ambulanciers).

19. Eclaircissement de l'article « Triage et orientation des patients » de l'Annexe 4 de l'A.R. du 18 juin 1990.

1. Service de soins d'urgence spécialisés

Chaque infirmier doit, dans ses compétences, être capable d'effectuer la planification des soins et décider de la priorité des soins aux patients.

Dans les services de soins urgents spécialisés, le triage systématique des patients (fréquemment à l'aide d'une échelle du type Manchester triage, ESI etc.) est réservé aux infirmiers porteur du titre professionnel particulier d'infirmier en soins intensifs et d'urgence, ou du titre professionnel particulier d'infirmier en pédiatrie-néonatalogie.

A.R. du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de l'art infirmier et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin ou un dentiste à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre

Art. 7bis. §1. Les infirmiers titulaires du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en soins intensifs et d'urgence visé à l'arrêté royal du 27 septembre 2006 établissant la liste des titres professionnels particuliers et des qualifications professionnelles particulières pour les praticiens de l'art infirmier, peuvent, pour les fonctions soins intensifs, soins urgents spécialisés, service mobile d'urgence et dans l'aide médicale urgente, réaliser les prestations techniques de l'art infirmier et les actes médicaux confiés mentionnés à l'annexe IV du présent arrêté. Ceux-ci englobent la détermination (éventuellement par le médecin), la planification, l'exécution et l'évaluation des soins, y compris l'éducation à la santé du patient et de son entourage. Un dossier infirmier, qui ne peut être constitué et tenu à jour que par des praticiens de l'art infirmier, doit attester qu'il a été satisfait aux prescriptions du présent article.

Les praticiens de l'art infirmier excipant d'au moins 5 ans d'expérience au 1er juillet 1998 dans les fonctions soins intensifs et/ou soins urgents spécialisés et/ou au 1er octobre 1998 dans la fonction service mobile d'urgence, peuvent également poser ces prestations et actes.

§ 2. Les infirmiers titulaires du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatalogie visé à l'arrêté royal du 27 septembre 2006 établissant la liste des titres professionnels particuliers et des qualifications professionnelles particulières pour les praticiens de l'art infirmier, peuvent, dans les services et fonctions de soins intensifs pédiatriques et/ou néonataux, soins urgents spécialisés, et dans l'aide médicale urgente, réaliser les prestations techniques de l'art infirmier et les actes médicaux confiés mentionnés à l'annexe IV du présent arrêté. Un dossier infirmier, qui ne peut être constitué et tenu à jour que par ces praticiens de l'art infirmier, doit attester qu'il a été satisfait aux prescriptions du présent article.

Annexe IV

Liste des prestations techniques de l'art infirmier (...) réservées aux infirmiers titulaire du titre professionnel particulier prévu à l'article 7bis du présent arrêté.

B1 (...) Accueil, évaluation, triage et orientation des patients.

Si un triage systématique est prévu au sein du service de soins urgents spécialisés, la direction de l'hôpital doit assurer la permanence d'un infirmier TPP pour cette fonction, sans préjudice des compétences requises pour les autres soins infirmiers au sein du

service ; ce qui signifiera en pratique la permanence d'au moins deux infirmiers porteurs du TPP.

Une formation supplémentaire ne peut pas se substituer au TPP ni autoriser les infirmiers non-porteurs du TPP d'effectuer le triage.

Chaque infirmier doit avoir pour tout acte qu'il effectue la compétence requise pour réaliser les soins de façon correcte et sûre. Un infirmier débutant doit avoir une supervision adéquate et/ou doit pouvoir faire appel à un collègue expérimenté si besoin en était.

Si l'infirmier juge ne pas avoir les compétences requises, il peut et doit refuser l'exécution.

A.R. du 18 juin 1990

« Art. 4bis. Il est seulement autorisé au praticien de l'art infirmier de réaliser les prestations techniques de l'art infirmier et les actes pouvant être confiés par un médecin lorsqu'il dispose de la compétence, de la formation et/ou de l'expérience qui est nécessaire pour les exécuter correctement et en toute sécurité. »

“Lorsqu'il est demandé à un infirmier d'effectuer des actes qu'il ne maîtrise pas suffisamment ou qu'il n'est pas en mesure d'effectuer en toute sécurité, celui-ci doit refuser et en informer immédiatement son supérieur hiérarchique ainsi que le médecin qui l'a chargé de cette tâche, de sorte qu'ils peuvent trouver une solution pour l'exécution et garantir la continuité des soins.” (Cfr. Note explicative CTAI 01.07.2007)

2. Postes de secours

Lors de manifestations ou d'événements sportifs, des organisations volontaires telles que la Croix-Rouge ou des organisations privées installent des postes de secours préventifs. Les postes de secours ne sont ni des hôpitaux ni des institutions de soins. Il n'y a donc aucune obligation légale d'y imposer des normes de personnel ou de fonctionnement. Ils seront gérés par les principes généraux de précaution et d'action responsable au niveau du service de prévention.

Lors de grands dispositifs certains de ces postes sont médicalisés et équipés d'infirmiers et/ou de médecins, avec ou sans spécialisation en soins d'urgence. Il convient alors que les groupes professionnels se mettent d'accord entre eux et fassent en sorte que chacun effectue la fonction qui correspond le mieux à ses compétences et à son expérience, laissant la flexibilité d'adapter et de s'entraider quand les conditions changent au cours de l'action.

Il est possible qu'un poste médicalisé soit reconnu par la Commission provinciale d'aide médicale urgente pour l'accueil de patients, c'est à dire que les ambulances 112 puissent y être dirigées pour l'évaluation et la stabilisation des patients. A cet instant-là, les postes médicalisés font partie du système de l'aide médicale urgente et les obligations légales de qualité de soins y seront implémentées.

L'accueil et le triage seront alors effectués par un infirmier porteur du TPP SISU (ou pédiatrie-néonatalogie) ou par un médecin. Au sein du poste médicalisé, un ou plusieurs

médecin(s) agréé(s) SUS et infirmiers TPP SISU doivent être présents, sans préjudice de service ou de l'organisation dont il font partie (hôpital, Croix-Rouge, organisation privée...).

Il est évident que, là aussi, chaque professionnel contribue aux soins dans la mesure de ses compétences, en bonne intelligence mutuelle et en bonne collaboration avec le personnel volontaire dont l'expérience et l'habileté contribuent au bon fonctionnement du poste et aux bons soins des patients.

Etant donné qu'à cet instant le poste médical prend en charge aussi bien les participants, les spectateurs que le public en général, ces directives seront de vigueur tant pour les équipes hospitalières et les équipes des organisations volontaires que pour tout autre service/organisation auquel l'organisateur de l'événement aurait fait appel.

20. Le retrait d'une sonde de Bakri est-il un acte médical confié ? L'infirmier est-il autorisé à l'ôter ?

La sonde de Bakri est une sonde pour le traitement des hémorragies du post-partum.

« Tout acte ayant pour objet ou présenté comme ayant pour objet la surveillance de la grossesse, de l'accouchement ou du post-partum, ainsi que de toute intervention qui s'y rattache » est réservé aux médecins et aux sages-femmes (LEPS, art 3 §2). L'infirmier n'est donc pas autorisé de mettre ni d'ôter cette sonde.

Si d'autre part il s'agissait d'enlever une sonde vésicale chez une femme accouchée qui est revenue dans un service de gynécologie par exemple, le retrait pourrait faire partie de l'acte confié suivant :

« Exécution des actes visés à l'article 21quinquies § 1er, a), b), et c) de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 durant la grossesse, l'accouchement et les soins post-partum, dans la mesure où ils portent sur la pathologie ou les anomalies résultant ou non de la grossesse et dans le cadre de la collaboration pluridisciplinaire au sein des services spécialisés dans la pathologie concernée »
(A.R. du 18 juin 1990).

En sachant que :

Toutes les conditions d'exécutions reprises dans l'AR doivent être respectées, et notamment :

Article 4bis : *Il est seulement autorisé au praticien de l'art infirmier de réaliser les prestations techniques de l'art infirmier et les actes pouvant être confiés par un médecin lorsqu'il dispose de la compétence, de la formation et/ou de l'expérience qui est nécessaire pour les exécuter correctement et en toute sécurité.*

Article 7ter : *Les actes confiés par un médecin ou par un dentiste, tels que repris à l'annexe II et à l'annexe IV, sont réalisés sur base de procédures.*

21. Question sur le traitement des plaies au sucre

Question

Dans le cadre d'une recherche sur la base de l'evidence-based practice pour les soins de plaie, une étude de la littérature vient d'être réalisée concernant l'application d'une pâte sucrée composée d'une mixtion d'Isobetadine gel ® et de sucre impalpable.

Certains infirmiers, aussi bien à l'hôpital qu'en soins à domicile, se posent la question si le sucre peut être appliqué dans les soins de plaie, vu qu'il n'a pas de réglementation en produit de santé et qu'il n'y a pas d'agrément « CE ».

- 1) Y a-t'il une réglementation qui définit les ressources que les infirmiers peuvent appliquer lors de l'exécution des soins de plaie (plus spécifique en ce qui concerne les produits commerciaux vendu en produit alimentaire) ?
- 2) Les infirmiers sont-ils autorisés de préparer de telles mixtions au lit du patient, juste avant l'exécution des soins de plaie ?

Réponse

La législation professionnelle ne limite à aucun endroit les moyens/ressources utilisés lors de l'exercice des actes infirmiers (LEPS, A.R. du 18 juin 1990). Le principe de la CTAI est d'ailleurs que la catégorisation d'un acte se fasse sans préjudice des moyens appliqués.

Comme l'A.R. du 18 juin 1990 définit en acte B1 "Préparation, réalisation et surveillance de: soins de plaies", il est clair que la préparation éventuelle du produit/du moyen fait partie de la préparation des soins et donc de l'art infirmier.

Il n'est pas de la compétence de la CTAI de décider qu'un produit peut être considéré en étant produit de santé ou non, et de fixer les précautions éventuelles qui s'imposent pour la préparation. La CTAI a transféré cette question à l'AFMPS.

22. Tâches des aides-soignants au quartier opératoire

Question

Des aides-soignants travaillent dans un quartier opératoire. Sont-ils habilités à préparer (avec ou sans supervision d'une infirmière) :

- a. les tables d'interventions pour l'installation des patients
- b. les tables chirurgicales (disposer stérilement le matériel sur la table) ?

Réponse

La liste d'actes qui peuvent être délégués par les infirmiers aux aides-soignants figure dans l'A.R. du 12 janvier 2006 (actualisé par l'A.R. du 27 février 2019). La gestion de l'équipement chirurgical est un acte infirmier B1 qui ne figure pas dans la liste d'actes déléguables aux aides-soignants. Cet acte est défendu à toute personne qui n'est pas médecin ou infirmier, sauf pour les professionnels d'une profession paramédicale qui auraient cet acte sur leur propre liste. Ce n'est pas le cas pour l'aide-soignant.

Dans l'AR du 12 janvier 2006 il est noté que «L'infirmier veille à ce que les soins, l'éducation à la santé et les activités logistiques qu'il a déléguées aux aides-soignants de l'équipe structurée, sont effectués d'une manière correcte ». Les deux activités mentionnées sont liées à la gestion de l'équipement chirurgical plutôt qu'à une simple activité logistique (car elles nécessitent des connaissances en asepsie et une connaissance du matériel chirurgical à placer correctement). Les activités logistiques sont entre autres le transport des patients qui ne nécessitent pas d'une surveillance constante, le rangement et le remplissage du matériel dans les armoires et les endroits logistiques.

En effet, « l'installation du patient dans une position fonctionnelle avec support technique » fait partie des actes pouvant être confiés à l'aide-soignant par l'infirmier. Peut-être pourrait-on considérer que préparer la table d'intervention en vue d'y installer le patient correspond à l'activité de l'aide-soignant s'il suffisait d'y mettre un oreiller ou d'apporter les pièces chirurgicales.

S'il s'agit d'y placer le matériel chirurgical adéquat stérile à la bonne place, on est clairement dans les activités infirmières « gestion de l'équipement chirurgical » et « préparation ... lors d'une intervention chirurgicale ». Positionner le patient sur la table d'opération, y compris la préparation immédiate de la table, est également un acte réservé, correspondant aux actes « Préparation du patient à l'anesthésie et à une intervention chirurgicale » et «Préparation, assistance et instrumentation lors d'une intervention chirurgicale ». En effet, « La position du patient sur la table d'opération » est prescrite par le chirurgien chargé de l'opération. En général, le médecin-anesthésiste et l'infirmière installent le patient. Dans le cas où une mauvaise position du patient durant l'opération aurait occasionné une lésion prouvée, le juge peut, selon le cas, les rendre pénalement et civilement responsables.

Pour les actes qui sont autorisés à l'aide-soignant celui-ci doit agir sous la supervision de l'infirmière au sein d'une équipe structurée, en respectant toutes les conditions

légal (voir A.R. du 12 janvier 2006, art.3), sans que l'infirmier doive pourtant être présent sur le lieu de l'exécution des actes.

23. Perfusion de solution saline isotonique

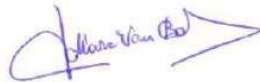
Question

Le placement d'un cathéter intraveineux dans une veine périphérique et la perfusion intraveineuse avec une solution saline isotonique font partie des actes infirmiers B1 (A.R. du 18 juin 1990).

La solution saline isotonique est-elle limitée à la solution du Chlorure de sodium 0,9 % ou est-ce que des solutions isotoniques d'autres électrolytes peuvent être administrées ?

Réponse

D'un point de vue chimique et pharmaceutique, la définition de solution saline est plus large que le chlorure de sodium. En effet, toutes les solutions d'électrolytes isotoniques font partie de cette définition, comme par ex. les solutions de Hartmann, Ringer etc. Il s'agit donc des solutions 'cristalloïdes' isotoniques sans glucose ni substituts de plasma ni autres substances actives.



Marc Van Bouwelen
Président

Commission technique de l'Art infirmier