

Centre de Formation pour les Secteurs Infirmier et de  
Santé de l'A.C.N.  
Avenue Hippocrate 91,  
1200 Bruxelles

L'Arrêté Royal du 21 avril 2007 : une  
bouffée d'oxygène pour la profession  
infirmière ?

Travail de fin d'études  
présenté par Pascal  
Leloup en vue de  
l'obtention du diplôme de  
Cadre de Santé.

Année Académique 2008-2009.



Je tiens à remercier

Mme Delpierre pour ses conseils,

M Verduyn V. accompagnateur de ce travail, qui a su m'orienter et me conseiller afin que ce travail aboutisse. Je le remercie pour sa disponibilité,

Mme Carels E. et M Gadisseux P. respectivement directrice du département de soins et médecin réanimateur du Centre Hospitalier de Mouscron pour l'aide apportée,

Mes collègues pour leur investissement dans le projet,

M. Vantomme P. pour ses conseils « statistiques »,

Virginie, Christophe et François pour leur soutien au cours de ces 3 années de formation,

J'en profite également pour exprimer ma gratitude à toutes les personnes qui ont permis la réalisation de ce travail en m'offrant le temps nécessaire à sa conception. Je pense ici à mon épouse et à mes enfants.

## Table des matières

Liste des graphiques

Liste des tableaux

INTRODUCTION	p.1
CHAPITRE 1 : Le cadre contextuel	p.2
<b>1. Le contexte institutionnel</b>	p.2
1. 1. Présentation de l'institution	p.2
1. 2. Présentation du service	p.3
1. 2. 1. Sa mission	p.3
1. 2. 2. Ses valeurs	p.3
1. 3. Présentation de l'équipe de chirurgie	p.3
1. 3. 1. L'équipe infirmière	p.3
1. 3. 2. Le staff multidisciplinaire	p.4
<b>2. Le contexte personnel</b>	p.4
2. 1. Présentation personnelle	p.4
2. 2. La formation cadre de santé	p.5
2. 3. Ma fonction	p.5
CHAPITRE 2 : Le cadre conceptuel	p.7
<b>1. La législation infirmière</b>	p.7
1. 1. La loi sur l'art de guérir	p.7
1. 2. L'arrêté royal du 18 juin 1990	p.9
1. 3. L'arrêté royal du 21 avril 2007	p.10
1. 4. La circulaire ministérielle du 19 juillet 2007	p.11
1. 4. 1. Le droit d'exercer versus la capacité d'exercer	p.11
1. 4. 2. Plans de soins et procédures standards	p.12
1. 4. 3. Le diagnostic et l'appréciation clinique	p.12
1. 5. L'arrêté royal du 13 juillet 2006 sur la fonction d'infirmier en chef	p.13
1. 6. L'avis de la commission technique de l'art infirmier	p.14
1. 7. Synthèse de la législation étudiée	p.16
<b>2. Les problèmes relevant de la compétence infirmière</b>	p.17
2. 1. Le diagnostic infirmier	p.17
2. 2. Les complications possibles	p.18

CAHPITRE 3 : Le cadre problématique	p.21
<b>1. La situation problématique</b>	p.21
<b>2. Exploration subjective de la situation</b>	p.21
2. 1. Entretien exploratoire avec l'équipe de chirurgie	p.21
2. 2. Entretien avec la direction du département de soins	p.22
2. 3. Entretien avec une infirmière enseignante en soins infirmiers de l'unité de chirurgie	p.22
2. 4. Entretien avec le médecin réanimateur	p.23
2. 5. Expérience de stage	p.23
<b>3. Appréciation du problème, pertinence et faisabilité</b>	p.23
3. 1. La pertinence	p.23
3. 2. La faisabilité	p.24
<b>4. Identification du problème</b>	p.24
<b>5. Formulation de la question de recherche</b>	p.25
CHAPITRE 4 : Le projet	p.26
<b>1. La Méthodologie</b>	p.26
<b>2. Le programme qualité</b>	p.27
<b>2. 1. Première étape : décision d'implanter un programme qualité</b>	p.27
<b>2. 2. Deuxième étape : le diagnostic de faisabilité du programme qualité</b>	p.29
<b>2. 3. Troisième étape : stratégie globale du programme qualité</b>	p.31
2. 3. 1. La mesure et l'évaluation des connaissances	p.31
2. 3. 2. La préparation de la conduite du projet	p.33
<b>2. 4. La sensibilisation du personnel</b>	p.33
2. 4. 1. L'information	p.33
2. 4. 2. Travailler les valeurs, l'intérêt et le plaisir	p.34
<b>2. 5. Cinquième étape : mesure et évaluation de la qualité</b>	p.34
2. 5. 1. Choix de l'instrument de mesure	p.34
2. 5. 2. La construction du questionnaire	p.35
2. 5. 3. Les objectifs du questionnaire	p.36
2. 5. 4. Le pré-test de l'instrument de mesure	p.36
2. 5. 5. La description de l'instrument de mesure	p.37
2. 5. 6. Avantages et limites de l'instrument, degré de validité et de fiabilité	p.39
2. 5. 7. Application de l'instrument de mesure	p.39
2. 5. 8. Limites méthodologique	p.39
2. 5. 9. Présentation et analyse des données et interprétation des résultats	p.40
2. 5. 10. Points forts et faibles relevés par le comité de pilotage	p.61

2. 5. 11. Communication des résultats aux différents intervenants	p.62
2. 5. 12. Perspectives d'avenir	p.62
<b>2. 6. Sixième étape : maintien et amélioration de la qualité</b>	p.63
CONCLUSION GENERALE	p.67
BIBLIOGRAPHIE	p.67
ANNEXES	

## Index des graphiques

Graphique 1 : répartition des intentions en matière d'oxygénothérapie dans les unités de chirurgie.	p.42
Graphique 2 : répartition des connaissances sur la terminologie (Fi.O2)	p.45
Graphique 3 : répartition des connaissances sur la terminologie (Sp.O2)	p.45
Graphique 4 : répartition des performances obtenues sur les connaissances des complications respiratoires de l'anesthésie.	p46
Graphique 5 : répartition des performances obtenues sur la connaissance des complications respiratoires tardives.	p.47
Graphique 6 : répartition des comportements en matière d'administration d'oxygène chez le patient "BPCO".	p.48
Graphique 7 : répartition des performances sur les connaissances des signes de détresse respiratoire.	p.49
Graphique 8 : répartition des performances sur les connaissances des facteurs de risques respiratoires post-opératoires.	p.50
Graphique 9 : répartition des connaissances du matériel d'oxygénothérapie à utiliser.	p.51
Graphique 10 : répartition des connaissances de la concentration délivrée par un ventimasque avec réservoir.	p.52
Graphique 11 : répartition des connaissances sur le réglage du manodétendeur.	p.53
Graphique 12 : répartition des intentions en matière d'hygiène des mains.	p.53
Graphique 13 : répartition des connaissances du danger lié à la manipulation du matériel.	p.54
Graphique 14 : répartition de la prise de la Sp. O2 au retour de la salle de réveil.	p.55
Graphique 15 : répartition des connaissances du taux de Sp. O2 pour débuter une oxygénothérapie.	p.56
Graphique 16 : répartition des connaissances des paramètres surveillés.	p.56
Graphique 17 : répartition des connaissances du recours à l'humidification.	p.57
Graphique 18 : répartition des connaissances du rôle autonome pour l'administration d'oxygène.	p.58
Graphique 19 : répartition des attentes en matière d'oxygénothérapie.	p.58
Graphique 20 : répartition des performances obtenues à la série des 7 questions sélectionnées.	p.59

## Index des tableaux

Tableau 1 : diagnostic de faisabilité du programme qualité.	p.29
Tableau 2 : les étapes du projet : ligne du temps.	p.33
Tableau 3 : présentation des normes et critères.	p.38
Tableau 4 : répartition des infirmiers selon leurs années de travail.	p.40
Tableau 5 : répartition des infirmiers selon la discipline chirurgicale et selon la participation à l'enquête.	P40
Tableau 6 : répartition des expériences dans d'autres services.	p.41
Tableau 7 : répartition des services fréquentés avant de travailler dans une unité de chirurgie.	p.41
Tableau 8 : répartition des connaissances de la législation en oxygénothérapie en fonction du mode d'administration.	p.43
Tableau 9 : répartition des scores obtenus par rapport au mode d'administration de l'oxygène.	p.60
Tableau 10 : répartition des scores obtenus en fonction des connaissances pour administrer de l'oxygène.	P.60





# **INTRODUCTION**

## Introduction

Ces deux dernières décennies, plusieurs arrêtés royaux sont venus modifier la liste des prestations techniques de soins infirmiers et des actes médicaux confiés relatif à l'arrêté royal du 18 juin 1990. Ces modifications offrent une liste de plus en plus étoffée et valorisent l'autonomie de l'infirmier dans la pratique quotidienne de sa profession.

Si nous apprenons tous, en théorie, en quoi consistent toutes ces prestations et actes confiés, nous savons que la capacité à les exécuter dépend surtout d'un certain niveau de maîtrise lié à notre apprentissage, à notre connaissance des théories infirmières et médicales qui les concernent, à une pratique régulière et à une mise à jour de l'ensemble de ces savoirs.

L'arrêté royal du 21 avril 2007 a bouleversé les équipes de soins de par les innovations et la multitude des changements.

Sommes-nous, praticiens de l'art infirmier, prêts à assumer ces modifications apportées par le Ministère de la Santé Publique ?

A travers une prestation telle que l'administration d'oxygène, ce projet a pour objectif de mettre à jour les éventuelles connaissances qui manqueraient à notre profession pour assumer pleinement ces dernières modifications.

Le point de départ du travail décrira le contexte dans lequel il s'inscrit. Une présentation personnelle et institutionnelle forme ce chapitre.

Sur le plan théorique, la législation dont dépend le secteur infirmier est étudiée. Un parallèle est effectué avec les problèmes respiratoires selon la taxonomie des diagnostics infirmiers.

Ensuite, la problématique est établie à travers plusieurs entretiens réalisés avec différents professionnels de la santé.

Enfin, le projet, inspiré de la méthode d'Agnès Jacquerye, a pour ambition d'établir un état des lieux des connaissances infirmières nécessaires à l'administration d'oxygène dans un service de chirurgie.

Le travail sera conclu par quelques perspectives d'avenir.

# **LE CADRE CONTEXTUEL**

## Chapitre 1 – Le cadre contextuel

Avant de d'aborder la situation problématique, passons en revue le contexte institutionnel et personnel dans lequel celle-ci se déroule.

### 1. Le contexte institutionnel

#### 1. 1. Présentation de l'institution.

Nous travaillons dans un service de chirurgie générale dans un hôpital non universitaire en province du Hainaut. Cette institution comprenant 365 lits est née de la fusion de deux établissements, un hôpital appartenant au CPAS et une clinique privée, en 1994. La finalité est de regrouper les deux sites sur une seule implantation. Un projet vise l'agrandissement d'un des deux sites. Celui-ci permet des extensions architecturales et possède une situation géographique intéressante notamment près des grands axes routiers.

Les travaux de construction du « site unique » sont entrepris depuis début 2006. Ils ont débuté par la construction d'un parking pour les visiteurs et d'un parking à étages pour le personnel. La construction d'une annexe au bâtiment existant pour l'accueil des services basés actuellement sur l'autre site a débuté en janvier 2007 et devrait permettre un déménagement en mars 2010.

#### 1. 2. Présentation du service.

##### 1. 2. 1. Sa mission :

Le service de chirurgie générale dans lequel nous travaillons accueille en moyenne 1000 adultes par an.

Ce service composé de 28 lits regroupe différentes spécialités :

1. La chirurgie digestive, colorectale et bariâtrique orientée vers la coeliochirurgie.
2. La chirurgie générale.
3. La chirurgie plastique et esthétique.
4. L'urologie, spécialité à la fois chirurgicale, endoscopique et médicale.

### 1. 2. 2. Ses valeurs<sup>1</sup>

En regard de la philosophie de soins de l'institution, le service de chirurgie est attentif à

- La maîtrise d'une expertise spécifique (gestes adéquats, techniques de soins, ...) et une pratique réfléchie (raisonnement clinique comprenant le jugement diagnostique, thérapeutique et éthique)
- Un travail d'équipe harmonieux.
- Une collaboration dynamique (pluridisciplinarité).
- La transmission adéquate des données (diagnostics infirmiers, transmissions ciblées, ...).
- Une évaluation permanente.
- Une formation permanente (colloques organisés par le département infirmier et formations extérieures).
- Le développement de l'éducation à la santé.

### 1. 3. Présentation de l'équipe de chirurgie.

#### 1. 3. 1. L'équipe infirmière.

Le service de chirurgie dispose de 12,1 équivalents temps plein, composé de 12 infirmières (dont 3 de nuit), 2 assistantes en soins hospitaliers et de 2 aides soignantes bénéficiant de « l'article 54 bis ». Une infirmière stomathérapeute employée à quart temps vient compléter cet effectif.

Depuis 2004, ce service est le théâtre de changements incessants tant du point de vu infirmier que médical.

En 2005, l'infirmière en chef en fonction depuis 11 ans démissionne pour se consacrer à la stomathérapie. Son successeur ne restera qu'une année à la tête de l'unité pour accéder à la fonction de chef de service. A cette époque, 4 infirmières quittent également le groupe pour rejoindre d'autres spécialités ou l'enseignement.

Au niveau médical, le décès en 2004 d'un chirurgien très apprécié par l'équipe affecte profondément le personnel soignant. Les remplaçants se succèdent pendant 3 ans avant qu'une équipe chirurgicale se mette enfin en place en octobre 2007.

A cela, s'ajoute à la même époque une nouvelle spécialité, la chirurgie plastique et esthétique grâce à l'engagement d'un médecin compétent dans ce domaine.

---

<sup>1</sup> La philosophie de soins du Centre Hospitalier de Mouscron, actualisée en mars 2007.

### 1. 3. 2. Le staff multidisciplinaire.

L'équipe médicale est composée de :

- 3 chirurgiens digestifs,
- 2 chirurgiens urologues,
- 1 chirurgien plasticien.

A ceux-là viennent se greffer des médecins spécialisés dans divers domaines (internistes, anesthésistes, ...) qui formulent des avis ou effectuent des examens à la demande des chirurgiens.

D'autres disciplines apportent leurs compétences telles que les kinésithérapeutes, les diététiciennes, l'équipe mobile des soins palliatifs, la psychologue, le secrétariat médical, ...

## 2. **Le contexte personnel.**

### 2. 1. Présentation personnelle.

Etant infirmiers spécialisés en soins intensifs et aide médicale urgente de formation (SIAMU), nous débutons, en 1997, notre carrière dans un service de soins intensifs dans un hôpital universitaire de Bruxelles durant 2 années. L'année suivante, nous occupons une place au bloc opératoire en qualité de perfusionniste en chirurgie cardio-pulmonaire et thoracique. Nous travaillons ensuite 6 années dans un service d'urgences et SMUR<sup>2</sup> dans l'institution présentée précédemment.

En mars 2007, un changement important survient dans notre vie professionnelle. Nous quittons le service des urgences. Nous accédons alors au poste d'infirmier en chef du service de chirurgie générale de cette institution.

Parallèlement à notre profession hospitalière, nous devenons en 2004 sapeur pompier secouriste ambulancier volontaire dans le service régional d'incendie de la ville de Mouscron. Cette activité nous permet d'ailleurs de conserver notre titre d'infirmier SIAMU, ne travaillant plus dans un service d'urgences ou de soins intensifs à l'heure actuelle.

---

<sup>2</sup> Nous entendons par SMUR : service mobile d'urgences.

## 2. 2. La formation de cadre de santé.

En 2005, nous souhaitons rencontrer de nouveaux contextes professionnels et évoluer dans notre profession. Nous décidons donc d'entreprendre la formation « cadre de santé » en janvier 2006 au CPSI.

En ce qui nous concerne, cet enseignement a été bénéfique à plusieurs niveaux :

- La gestion des conflits interpersonnels au sein de l'unité.
- La conduite d'une réunion d'équipe.
- La mise en œuvre, le suivi et l'évaluation d'un projet.

## 2. 3. La fonction.

En mars 2007, nous reprenons la fonction d'infirmier en chef du service de chirurgie. Habitués aux unités dites « médico-techniques », nous débarquons dans un service de soins généraux, dans une spécialité que nous connaissions peu. Les premiers mois ont été consacrés à la prise de contact avec cette équipe de soins, mais aussi avec le travail spécifique lié à la chirurgie.

Pour définir la fonction de l'infirmier en chef, le département infirmier s'est basé sur l'arrêté royal du 13 juillet 2007. Nous choisissons de vous décrire cette fonction et les préoccupations professionnelles actuelles selon les 4 axes suivants :

### 1. Axe soins :

- En collaboration avec les médecins, la mise en œuvre de protocoles de surveillance post-opératoire pour les interventions telles que les thyroïdectomies, la chirurgie bariatrique et coelioscopique.
- La gestion et l'utilisation d'un appareil d'échographie pour la mesure du volume vésical.
- L'apprentissage de nouvelles techniques de soins grâce à la chirurgie plastique et esthétique.

### 2. Axe gestion des ressources humaines.

- L'entretien avec les patients et les familles.
- La gestion des problèmes interpersonnels.



3. Axe organisation :

- L'aménagement du nouveau service sur le site unique.
- La préparation du déménagement début 2010.
- La gestion des horaires d'équipe.

4. Axe recherche :

- La création d'un itinéraire clinique sur la hernie inguinale en partenariat avec les chirurgiens digestifs.
- Le développement du dossier infirmier informatisé et de schémas préférentiels par intervention chirurgicale.

Le parcours professionnel et l'environnement de travail étant présentés, nous souhaitons présenter, dans le chapitre suivant, les concepts sur lesquels est basé le travail.

# **LE CADRE CONCEPTUEL**

## Chapitre 2 – Le cadre conceptuel.

Nous découvrirons les dernières modifications de la législation en matière de soins infirmiers et notamment celles relatives à l'administration d'oxygène. Nous étudierons ensuite les diagnostics infirmiers et les problèmes traités en collaboration en rapport direct avec l'oxygénothérapie. Il s'agit d'inventorier les problèmes en relation avec la pathologie respiratoire.

### 1. La législation infirmière.

#### 1.1. La loi sur l'art de guérir

Le 10 novembre 1967 paraît l'arrêté royal n°78 relatif à l'exercice de l'art de guérir, aux professions paramédicales et aux commissions médicales provinciales. La profession infirmière est définie quelques années plus tard, lorsque la loi sur « l'art de soigner » du 20.12.1974 est signée. Cette loi est introduite en complément de l'arrêté royal précité.

Les soins infirmiers sont définis :

D'une part, l'observation et la constatation des symptômes et réactions, tant physiques et psychiques du patient, afin de rencontrer ses différents besoins et de collaborer à l'établissement du diagnostic par le médecin ou à l'exécution du traitement médical en vue des besoins que requiert son état ; d'autre part, la prise en charge d'une personne, saine ou malade, pour l'aider, par une assistance continue, à l'accomplissement des actes contribuant au maintien, à l'amélioration ou au rétablissement de la santé ou pour l'assister dans son agonie ; tous les actes étant accomplis en vue d'assumer la dispensation globale des soins infirmiers.

Cette première partie a été modifiée par l'arrêté royal du 10/08/2001 (Moniteur Belge le 1/09/2001).

Actuellement les activités infirmières sont réparties de la façon suivante.

#### **Actes A : Activités générales de l'infirmière.**

On entend par exercice de l'art infirmier, l'accomplissement des activités suivantes :

- observer, identifier et établir l'état de santé sur les plans psychique, physique et social ;
- définir les problèmes en matière de soins infirmiers;

- collaborer à l'établissement du diagnostic médical par le médecin et à l'exécution du traitement prescrit ;
- informer et conseiller le patient et sa famille;
- assurer une assistance continue, accomplir des actes ou aider à leur accomplissement en vue du maintien, de l'amélioration et du rétablissement de la santé de personnes et de groupes qu'ils soient sains ou malades;
- assurer l'accompagnement des mourants lors du processus de deuil.

**Actes B : Prestations techniques de soins infirmiers avec (B2) ou sans (B1) prescription médicale.**

Définition : L'accomplissement des prestations techniques de soins infirmiers, liées à l'établissement du diagnostic par le médecin, à l'exécution du traitement prescrit ou à des mesures relevant de la médecine préventive.

« **Les prestations B1** ne requièrent pas de prescription du médecin : le législateur a donc estimé que c'est l'infirmier le mieux qualifié pour déterminer si un patient a besoin de ces soins et le mieux qualifié pour les exécuter.

**Les prestations B2** requièrent la prescription du médecin : le législateur a donc estimé que c'est le médecin le mieux qualifié pour déterminer si un patient a besoin de ces soins, mais l'infirmier est le mieux qualifié pour les exécuter »<sup>3</sup>.

**Actes C : Actes médicaux confiés.**

Définition : l'accomplissement d'actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier.

« Le législateur a donc estimé que c'est le médecin le mieux qualifié pour déterminer si un patient a besoin de ces actes et le mieux qualifié pour les exécuter, mais que dans certaines circonstances on peut accepter qu'il le confie à un infirmier<sup>4</sup> ».

---

<sup>3</sup> LARDENNOIS M, Rôle et responsabilité de l'infirmier, Journée d'étude organisée par l'ACN: combattre les infections : en MR-MRS aussi !, 28 avril 2009.

<sup>4</sup> LARDENNOIS M, Rôle et responsabilité de l'infirmier, Journée d'étude organisée par l'ACN: combattre les infections : en MR-MRS aussi !, 28 avril 2009.

C'est en juin 1990 que paraît la première liste des prestations techniques de soins infirmiers et des actes médicaux confiés.

### 1. 2. **L'arrêté Royal du 18 juin 1990.**

La liste reprise dans l'arrêté royal du 18 juin 1990 porte sur la fixation de :

- la liste des prestations techniques de soins infirmiers,
- la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier,
- des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et sur les conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre.

Cet arrêté royal sera modifié par les arrêtés royaux du 04/09/1990, du 25/11/1991, du 27/12/1994, du 06/06/1997, du 02/07/1999, du 07/10/2002, du 13/07/2006 et enfin du 21/04/2007.

« En fonction de l'évolution de la pratique et des avis rendus par la Commission technique de l'art infirmier, cette liste fait objet au fur et à mesure d'adaptations et de modifications<sup>5</sup> ».

La dernière modification de l'arrêté royal du 18 juin 1990 suscite tout notre intérêt. En effet, l'arrêté royal du 21 avril 2007<sup>6</sup>, paru au Moniteur Belge le 14 mai 2007 propose des changements intéressants.

### 1. 3. **Arrêté royal du 21 avril 2007.**

L'annexe I de l'arrêté royal du 18 juin 1990 a subi les changements suivants :

Les prestations B1 sont complétées comme suit :

- Réanimation cardio-pulmonaire avec moyens non invasifs,
- Administration d'oxygène,

---

<sup>5</sup> CHAMPAGNE A.M., DELANNOY C, GILSON P, et al, Mémento de l'art infirmier, Kluwer, 2008-2009, p 62.

<sup>6</sup> Cf annexe 1.

- Placement d'un cathéter intraveineux dans une veine périphérique, prélèvement de sang et perfusion intraveineuse avec une solution saline isotonique, application éventuelle d'un régulateur du débit,
- Placement d'une perfusion intraveineuse avec une solution saline isotonique via un système porte sous cutané en connexion avec une veine, prélèvement de sang et application d'un régulateur du débit.

Les prestations B2 sont complétées comme suit :

- Application du traitement par contention physique pour toute lésion après manipulation éventuelle par le médecin telles que les applications de plâtres, de plâtres de synthèse et d'autres techniques de contention.

Dans les prestations B2, les mots « Réanimation cardio-pulmonaire avec moyens techniques » sont remplacés par les mots « Réanimation cardio-pulmonaire avec des moyens invasifs ». Les mots « Placement d'un cathéter dans une veine périphérique » sont supprimés.

L'annexe II de l'arrêté royal du 18 juin 1990 concernant les actes médicaux confiés subit les changements suivants :

- Le prélèvement de sang par ponction intra-artérielle est ajouté.
- Les mots « Application des plâtres, après réduction de la fracture éventuelle par le médecin » sont supprimés.

Plusieurs prestations techniques infirmières ou actes médicaux confiés changent de catégorie. La réanimation cardio-pulmonaire (sans moyens invasifs), l'administration d'oxygène et le placement d'un cathéter intraveineux périphérique deviennent des prestations de soins infirmiers autonomes. Celles-ci peuvent donc s'effectuer hors de toute prescription médicale. Nous constatons également que de nouvelles techniques infirmières ou actes médicaux confiés apparaissent dans cette liste.

Selon Stordeur S., ce nouveau partage des rôles entre infirmiers et médecins est induit par différents facteurs. Il s'agit en outre de l'amélioration de la qualité des soins, des innovations technologiques, la maîtrise des dépenses ou la pénurie des compétences. Cette évolution s'insère donc dans des contextes variés marqués par une tension

croissante en terme de démographie professionnelle et de rationalisation des ressources dévolues à la santé<sup>7</sup>.

Dans ce même arrêté royal apparaît l'annexe IV. Celle-ci concerne les prestations techniques de soins infirmiers et actes médicaux confiés aux infirmiers porteurs d'un titre professionnel particulier ou d'une qualification professionnelle particulière. Travaillant dans une unité de chirurgie avec des infirmiers ne disposant pas de ce titre ou de cette qualification, nous n'aborderons pas l'annexe IV de l'arrêté royal du 21 avril 2007.

Afin d'intégrer plus facilement les modifications apportées à la liste d'actes ainsi que les modalités d'application, la circulaire ministérielle du 19 juillet 2007<sup>8</sup> apporte quelques éléments pour une meilleure compréhension de l'arrêté royal du 21 avril 2007. Nous analyserons les impacts de cette circulaire sur une prestation tel que l'oxygénothérapie.

#### 1. 4. La circulaire ministérielle du 19 juillet 2007.

##### 1. 4. 1. Le droit d'exercer versus capacité d'exercer

Lorsqu'il est demandé à un infirmier d'effectuer des actes qu'il ne maîtrise pas suffisamment, celui-ci doit refuser. Cependant, on peut attendre d'un infirmier qu'il puisse effectuer correctement et en toute sécurité les prestations et les actes courants dans le cadre de sa fonction.

L'administration d'oxygène au patient est une prestation fréquemment réalisée dans un service de chirurgie. Un infirmier travaillant dans ce type de service doit donc être en mesure d'effectuer les actes courants relatif à cette spécialité.

##### 1. 4. 2. Plan des soins et procédures standards.

La circulaire précise que les prestations et les actes qui sont généralement effectués par des infirmiers dans le service ou la fonction, doivent être décrits au moyen de plans de soins et/ou de procédures standards. Ceux-ci donnent la direction à suivre quant aux soins et traitements à dispenser au patient. Ils doivent être adaptés par le praticien de l'art infirmier en fonction des besoins individuels du patient.

---

<sup>7</sup> STORDEUR S., Mémento de l'art infirmier, Kluwer, 2008-2009, p 32

<sup>8</sup> Annexe 2.

Pour réaliser cet objectif important, il est nécessaire d'avoir une concertation et une collaboration entre le corps médical et les infirmiers dans le respect mutuel de leurs compétences respectives.

Nous déduisons que l'administration d'oxygène dans les unités de chirurgie par le personnel infirmier peut être guidé par une procédure. Celle-ci doit être réalisée en partenariat avec les médecins.

#### 1. 4. 3. Le diagnostic et l'appréciation clinique.

Le dernier point de la circulaire ministérielle aborde l'établissement du diagnostic médical et l'appréciation clinique. Celle-ci stipule que le médecin recherche les causes des symptômes pour établir le diagnostic médical. Quant à l'infirmier, il observe la clinique, il évalue la nature et la gravité de l'affection et intervient efficacement de façon à faire disparaître l'éventuel danger vital ou relatif à un organe.

Un infirmier en service de chirurgie doit être en mesure de repérer tout problème respiratoire et agir en conséquence. Il peut, depuis l'arrêté royal du 21 avril 2007, exécuter une prestation autonome supplémentaire pour faire disparaître un éventuel danger respiratoire. Il s'agit de l'administration d'oxygène.

Étudions à présent les interactions entre l'arrêté royal du 13 juillet 2006<sup>9</sup> en lien avec la fonction d'infirmier en chef et la législation que nous venons de parcourir. Nous établirons ainsi le rôle de l'infirmier en chef en rapport avec l'administration autonome d'oxygène dans une unité de chirurgie.

#### 1. 5. **L'Arrêté Royal du 13 juillet 2006 sur la fonction d'infirmier en chef.**

Les éléments développés ci-dessous ont un intérêt tout particulier pour le sujet étudié.

##### Chapitre I<sup>er</sup> – Dispositions générales, article 2, §3 :

« L'infirmier en chef peut être responsable pour le contrôle et l'évaluation de son équipe ».

##### Chapitre II – Activités particulières en ce qui concerne la vision stratégique de l'hôpital, article 5, §2, points 4 et 5 :

---

<sup>9</sup> Annexe 3.



« L'infirmier en chef a en particulier la responsabilité

- de suivre et de veiller à ce que soit appliquée la législation pertinente et d'en informer son équipe. »

Chapitre IV – Activités particulières en ce qui concerne la politique en matière de personnel, article 7, §2, point 4 :

« L'infirmier en chef est chargé en particulier

- du suivi, du soutien, de la supervision et de l'évaluation des membres de son équipe ».

Chapitre VI: Activités particulières en ce qui concerne la politique et le développement, article 9, §1<sup>er</sup> :

« L'infirmier en chef veille à ce que les membres de son équipe puissent développer suffisamment leurs capacités par le biais du coaching et de la formation permanente, de sorte qu'ils disposent des connaissances, des capacités, ainsi que de la motivation nécessaire pour maintenir le niveau de qualité souhaité. »

Pour y parvenir, il prend les initiatives suivantes :

- inventorier les besoins en matière de formation des membres de son équipe.

L'analyse de cet arrêté royal d'établi un lien entre la problématique choisie et la fonction d'infirmier en chef. Ces différents points précités témoignent de l'importance du rôle de l'infirmier en chef dans l'évaluation de son équipe pour une prestation telle que l'administration d'oxygène. Ce dernier est également responsable de l'application de la législation en vigueur en matière de soins infirmiers.

Le rôle d'un infirmier en chef d'une unité de soins est aussi de s'assurer que les membres de l'équipe possèdent les connaissances pour réaliser une prestation et qu'ils soient capables de la réaliser de façon adéquate.

L'infirmier en chef peut donc évaluer les membres de son équipe dans un domaine tel que l'administration d'oxygène. Cela lui permettra également d'inventorier les besoins en formation et les attentes à ce sujet.

Pour mieux intégrer l'ensemble de ces modifications apportées par le législateur, la commission technique de l'art infirmier apporte les explications suivantes.

#### 1. 6. **L'avis de la commission technique de l'art infirmier<sup>10</sup> (CTAI).**

La Commission technique de l'art infirmier a publié un rapport technique reprenant pour chaque « prestation technique » et « acte confié » de la liste du 21 avril 2007, des commentaires pratiques destinés à clarifier l'application clinique des prestations, la déontologie et les responsabilités professionnelles de l'infirmier général et spécialisé. Tout infirmier devrait connaître et maîtriser parfaitement ce texte fondamental. Il démontre une extension des responsabilités et des prestations de la part du professionnel infirmier belge en collaboration avec le médecin. Il définit le cadre des compétences techniques attendues de l'infirmier et le cadre de transfert de certaines compétences médicales aux infirmiers. (Par exemple : l'administration d'oxygène)

Sur l'oxygénothérapie, la commission précise que :

« Il faut entendre par là, l'administration d'oxygène par sonde nasale, lunette à oxygène, masque, masque à réservoir, insufflateur. »

Aucun renseignement n'est prévu sur les conditions et les indications dans lesquelles l'administration doit avoir lieu.

Contrairement aux recommandations sur les soins de plaies, le changement de cathéter sus-pubien ou de sonde de gastrostomie, rien n'est établi concernant l'oxygénothérapie.

Ce « vide » laissé par la CTAI offre aux institutions de soins la possibilité de créer, en partenariat avec le corps médical, leur propre procédure comme le précise la circulaire ministérielle du 19 juillet 2007.

Les prestations techniques autonomes (B1) supposent, outre la maîtrise technique de l'acte proprement dit, la maîtrise d'un jugement clinique autonome conduisant à des décisions qui concernent directement les soins aux patients et à en assumer les conséquences. Ce jugement clinique est nécessairement lié à la maîtrise de

---

<sup>10</sup> Précisions apportées à la liste des prestations techniques de soins infirmiers et des actes médicaux confiés sur la base du courrier traité pas la commission technique de l'art infirmier, version du 27 septembre 2007.

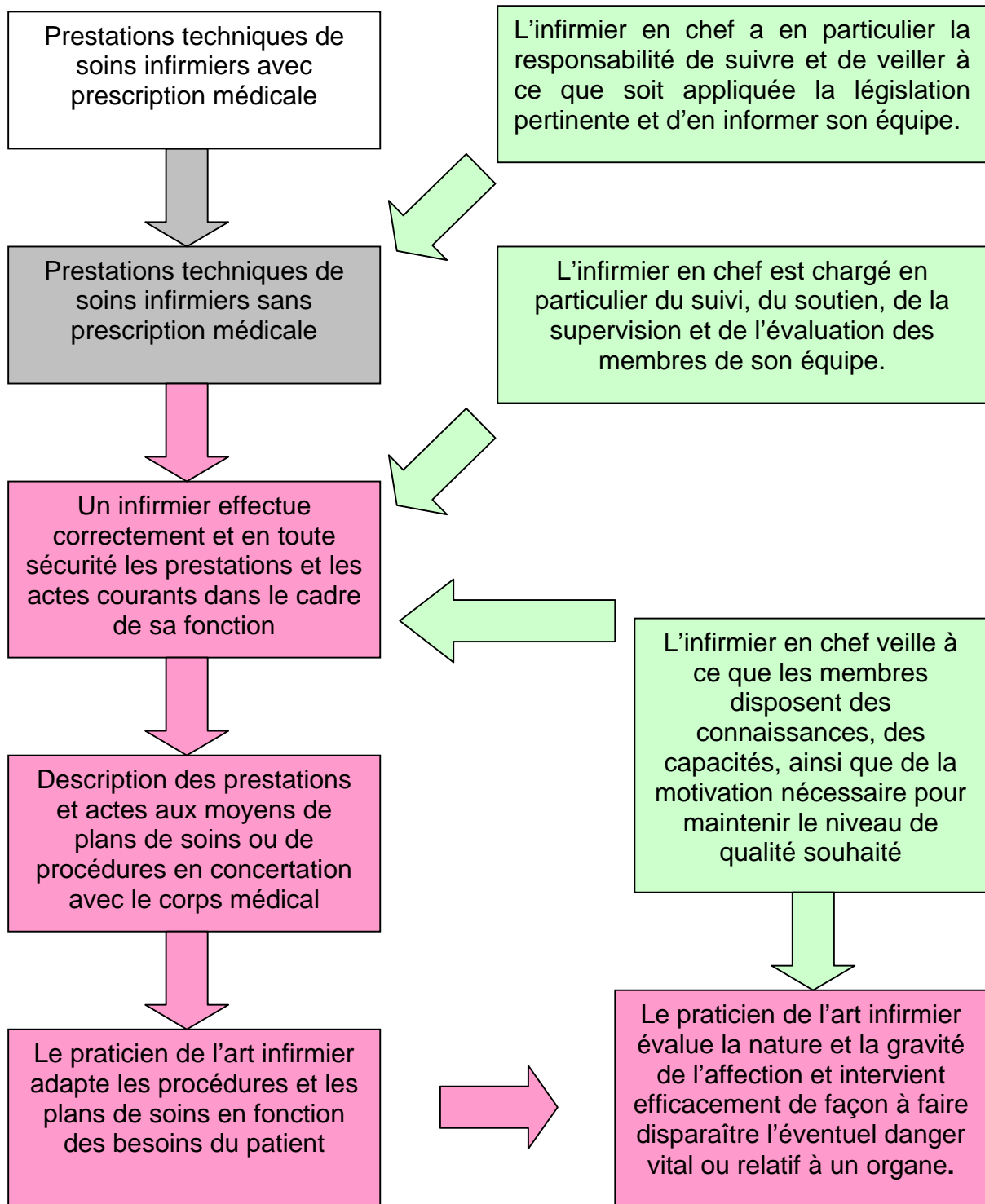
l'anamnèse infirmière et de l'observation clinique du patient, au jugement diagnostique des problèmes de soins (diagnostics infirmiers) et à la prise de décision clinique<sup>11</sup>.

En lien avec cette notion d'appréciation clinique, et après la synthèse schématique des législations étudiées, nous parcourons dans la partie suivante les diagnostics infirmiers et les problèmes traités en collaboration en relation avec les problèmes respiratoires.

---

<sup>11</sup> CHAMPAGNE A.M., DELANNOY C., GILSON P., et al.,op cit

## 1. 7. Synthèse de la législation étudiée



### Légende

	Arrêté royal du 21 avril 2007
	Circulaire ministérielle du 19 juillet 2007
	Arrêté royal du 13 juillet 2006 sur la fonction d'infirmier en chef

## **2. Les problèmes relevant de la compétence infirmière.**

Les écrits suivants permettent de comprendre l'impact des récentes parutions légales sur les diagnostics infirmiers et sur les problèmes traités en collaboration relatifs aux problèmes respiratoires.

### **2. 1. Le diagnostic infirmier.**

Un diagnostic infirmier est un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels, ou aux processus de vie, d'un individu, d'une famille ou d'une collectivité. Le diagnostic infirmier sert de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte des résultats dont l'infirmier est responsable<sup>12</sup>.

Dans une unité de chirurgie, les responsabilités de l'infirmier auprès des patients souffrant de problèmes respiratoires sont nombreuses. La prise en charge de ces problèmes comprend la prévention, la réduction ou l'élimination des facteurs de risque et des facteurs d'étiologie, l'évaluation régulière de la fonction respiratoire ainsi que l'exécution des soins relatifs aux problèmes aigus<sup>13</sup>.

En lien avec l'oxygénothérapie, établissons les diagnostics infirmiers et les problèmes traités en collaboration en relation avec les problèmes respiratoires.

En ce qui concerne les problèmes respiratoires, les diagnostics infirmiers approuvés par l'ANADI<sup>14</sup> pour l'usage clinique et la validation sont les suivants :

#### **Perturbation des échanges gazeux pouvant être lié à un**

- Dégagement inefficace des voies respiratoires.
- Mode de respiration inefficace.
- Incapacité de maintenir une respiration spontanée.
- Intolérance au sevrage de la ventilation assistée.

---

<sup>12</sup> N.A.N.D.A. International, Diagnosics infirmiers. Définitions et classifications 2007-2008, Editions Masson, p.372.

<sup>13</sup> CARPENITO L., Diagnosics Infirmiers, 1995, 5<sup>ème</sup> Edition, InterEditions, p. 487

<sup>14</sup> Association Nord Américaine du Diagnostic Infirmier

### Perturbation des échanges gazeux : définition.

Diminution ou risque de diminution du passage des gaz (oxygène et gaz carbonique) entre les alvéoles pulmonaires et le système vasculaire.

Pour permettre l'amélioration des échanges gazeux, l'infirmière doit agir sur les problèmes de dégagement inefficace des voies respiratoires, le mode de respiration inefficace, le risque élevé d'altération de la fonction respiratoire, l'intolérance au sevrage de la ventilation assistée et l'intolérance à l'activité. La résolution de ces problèmes devrait permettre d'améliorer les échanges gazeux. Depuis le 21 avril 2007, pour résoudre ces problèmes énoncés, l'infirmier peut ajouter à la liste des prestations autonomes l'oxygénothérapie.

Si les échanges gazeux ne s'améliorent pas, il s'agit d'un problème traité en collaboration comme développé dans la partie qui suit.

### **2. 2. Les complications possibles.**

Les complications possibles pouvant nécessiter l'administration d'oxygène sont tellement nombreuses qu'il serait fastidieux et sans intérêt de toutes les répertorier.

Nous avons cependant listé les troubles respiratoires les plus couramment rencontrés en service de chirurgie.

Il s'agit de :

- L'hypoxémie.
- L'atélectasie/pneumonie.
- La constriction trachéobronchique.
- Le pneumothorax.

Lorsqu'un de ces problèmes persiste malgré les interventions autonomes de l'infirmière, celle-ci a recours à des actions sur prescription médicale. Il s'agit donc bien d'un problème traité en collaboration.

L'atélectasie/pneumonie, la constriction trachéobronchique et le pneumothorax sont des problèmes traités en collaboration étant par définition associés directement à des diagnostics médicaux. L'intervention médicale restera indispensable pour traiter la complication.

Par contre, l'infirmier peut-il agir de façon autonome pour régler un problème d'hypoxémie ? Ceci en sachant qu'il bénéficie d'un champ d'actions autonomes élargi. En effet, l'arrêté royal du 21 avril 2007 lui permet d'administrer de l'oxygène sans prescription médicale.

Analysons maintenant la complication possible retenue, à savoir l'hypoxémie.

#### Hypoxémie : définition.

CP – Hypoxémie : Saturation insuffisante du sang en oxygène ou risque élevé de saturation insuffisante en oxygène, en raison d'une hypoventilation alvéolaire, d'une insuffisance respiratoire aigue, d'un état de choc ou d'un déséquilibre ventilation – perfusion<sup>15</sup>.

La détection d'une hypoxémie est réalisée par la surveillance des paramètres vitaux (Tension artérielle, rythme cardiaque, rythme respiratoire et saturation pulsée en oxygène) et physiques du patient.

Selon différents auteurs (Carpénito L.J., Brunner et Suddarth<sup>16</sup>), les facteurs de risques généraux de l'hypoxémie relevés sont les suivants :

- Le tabagisme.
- L'obésité.
- L'âge.
- La broncho-pneumopathie chronique obstructive.
- L'insuffisance cardiaque.
- Les apnées du sommeil.
- La dénutrition.
- L'antécédent d'asthme.

Dans ces mêmes sources, nous avons répertorié les facteurs de risque se présentant en post-opératoire immédiat et pouvant entraîner une hypoxémie, à savoir :

- La persistance de curares et/ou de morphiniques.
- L'obstruction des voies aériennes supérieures.
- L'inhalation bronchique.
- Le pneumothorax.

---

<sup>15</sup> Adapté de CARPENITO L., Diagnosics Infirmiers, 1995, 5<sup>ème</sup> Edition, InterEditions, p.974.

D'autres facteurs de risque peuvent provoquer une hypoxémie. Ceux-ci se déclarent plus tardivement en post-opératoire. Nous avons relevé les suivants :

- Le sepsis.
- L'embolie pulmonaire.
- La pneumonie.
- L'atélectasie.

La connaissance des facteurs de risque revêt également une importance capitale dans la prévention et le traitement de l'hypoxémie.

A la lumière des concepts étudiés, nous nous posons les questions suivantes :

- En fonction de l'arrêté royal du 21 avril 2007, l'hypoxémie est-elle dans tous les cas un problème à traiter en collaboration avec le médecin ?
- En service de chirurgie, des situations où l'infirmier administre de l'oxygène pour traiter une hypoxémie sans avoir recours à l'intervention du médecin peuvent-elle se présenter ?

Pour répondre à ces questions, nous envisageons une relation avec la circulaire ministérielle du 19 juillet 2007. En effet, lorsque l'infirmier détecte un problème d'hypoxémie, il en évalue donc la nature et la gravité. Il utilise toutes les interventions autonomes à sa disposition. Il peut également administrer de l'oxygène de sa propre initiative. Toutes ces interventions visent à faire disparaître un éventuel danger vital ou relatif à un organe. Néanmoins, l'établissement du diagnostic pour la recherche des causes de l'hypoxémie nécessitera l'intervention du médecin.

En résumé, lorsqu'un infirmier d'une unité de chirurgie pose l'indication d'une oxygénothérapie pour intervenir sur une hypoxémie, il ne pourra pas se contenter d'interventions autonomes. Même si son champ d'actions est étendu grâce à l'administration d'oxygène sans prescription médicale, l'intervention du médecin reste nécessaire. Celle-ci est indispensable pour établir le diagnostic (cause de l'hypoxémie) et apporter le traitement nécessaire.

Dans cas-ci, la collaboration entre l'infirmier et le médecin trouve aussi toute sa place. La théorie étant passée en revue, étudions dans la partie suivante la problématique rencontrée au sein du centre hospitalier concerné.

---

<sup>16</sup> BRUNNER L, SUDDARTH D., Soins infirmiers en médecine et en chirurgie, 4<sup>ème</sup> édition, Bruxelles, De Boeck Université, 2006, p.100



# **LE CADRE PROBLEMATIQUE**

## Chapitre 3 – Le cadre problématique

Nous évoquerons dans ce chapitre les entretiens réalisés avec différents professionnels de la santé. Ces entretiens ont permis de cerner la problématique et de poser les bases de notre question de recherche.

### 1. La situation problématique.

L'arrêté royal du 21 avril 2007 modifie l'arrêté royal du 18 juin 1990 concernant la liste des prestations techniques de soins infirmiers et des actes médicaux confiés. Nous choisissons d'axer notre travail sur cette « nouvelle » liste d'actes et les conséquences qu'elle peut engendrer sur un service de soins et son personnel. Nous nous posons cette première question :

*Le personnel infirmier d'un service de soins est-il capable d'assumer les changements proposés par le ministère de la santé publique ?* Pour ce travail et pour obtenir une idée de l'ampleur de la problématique, nous nous attardons sur la prestation technique passée de B2 en B1 : « Administration d'oxygène ».

L'oxygénothérapie, technique infirmière requérant la prescription médicale, devient une technique infirmière autonome.

### 2. Exploration subjective de la situation.

Celle-ci est obtenue grâce à différents entretiens réalisés durant le 2<sup>ème</sup> semestre 2008. Les différentes personnes interrogées sont les membres de l'équipe de chirurgie, la directrice du département de soins, une infirmière enseignante en soins infirmiers supervisant dans l'unité de chirurgie concernée ainsi que le médecin réanimateur du Centre Hospitalier.

#### 2.1. Entretien exploratoire avec l'équipe de chirurgie.

Lors d'une réunion d'équipe organisée en septembre 2008, nous expliquons le projet. Nous profitons de cette occasion pour présenter les modifications de la liste d'actes à l'ensemble du personnel de l'unité de chirurgie. Nous précisons que nous souhaitons obtenir un aperçu des connaissances des infirmiers en oxygénothérapie.

Cela a suscité beaucoup de questions et d'inquiétudes au sein de l'unité. Un brainstorming<sup>17</sup> est réalisé avec les membres de l'équipe de chirurgie.

Plusieurs éléments sont apparus :

- Le sentiment d'incompétence par rapport à certaines techniques de soins.
- La peur d'effectuer incorrectement certains actes.
- Le manque de formation par rapport à certaines techniques.
- La notion de responsabilité qui reste floue.
- Le sentiment d'insécurité de ne plus être couvert par la prescription médicale.

## 2. 2. Entretien avec la direction du département de soins.

En juillet 2008, nous obtenons un rendez-vous avec la directrice du département de soins. Celle-ci tempore l'application de l'arrêté royal relatif aux modifications de la liste d'actes au Centre Hospitalier. La direction souhaite apporter une aide au personnel infirmier de l'hôpital pour assumer les changements de l'arrêté royal du 21 avril 2007.

Une réunion de concertation organisée par la direction du département de soins avec les médecins a lieu en fin d'année 2007. Les médecins réanimateurs et urgentistes sont consultés sur le thème de la réanimation cardio-pulmonaire afin d'appliquer l'arrêté royal dans l'institution.

Concernant l'oxygénothérapie, les pneumologues ont été sollicités pour effectuer une formation. Ceux-ci refusent catégoriquement de dispenser une formation dans ce domaine. Les raisons avancées sont, d'une part le manque de temps, et d'autre part la volonté de garder le contrôle de l'oxygénothérapie dans l'unité de pneumologie.

## 2. 3. Entretien avec une infirmière enseignante en soins infirmiers de l'unité de chirurgie.

Cet entretien avait pour but d'éclaircir les changements apportés par l'arrêté royal du 21 avril 2007 dans l'enseignement des soins infirmiers. Cette infirmière enseignante m'informe que les programmes de cours en soins infirmiers n'ont pas subi de modifications pour l'instant.

---

<sup>17</sup> Brainstorming réalisé selon : FOURCADE A., RICOUR L., GARNERIN P., HERGON E., BOELLE P.Y.,

## 2. 4. Entretien avec le médecin réanimateur.

Ce médecin réanimateur est responsable des unités de chirurgie lorsqu'un problème de médecine interne se produit chez un patient chirurgical. Son avis sur l'arrêté royal du 21 avril 2007 est très clair. Il est impératif que l'autonomie de l'infirmier se développe et, en particulier, dans les unités de chirurgie. L'infirmier est souvent livré à lui-même pour l'administration d'oxygène dans ce type de service. Cependant, cette administration dépend de la sensibilité et de l'expérience de l'infirmier et chacun ne possède pas les mêmes connaissances sur ce traitement. Il faut, selon lui, profiter de cette parution légale pour uniformiser les pratiques et créer une politique commune de travail.

## 2. 5. Expérience de stage.

En janvier 2008, le stage pour la formation « cadre de santé » est effectué dans une clinique tournaisienne. Le sujet traité pour le stage est en lien avec les procédures de soins en urologie. Ayant à cette époque déjà un intérêt pour l'arrêté royal du 21 avril 2007, un chef de service est interrogé afin de connaître les éléments de cet arrêté royal qui sont déjà pratiqués dans l'institution.

Le constat est identique à celui de notre hôpital. Les éléments apportés par l'arrêté royal du 21 avril 2007 ne sont pas intégrés dans le travail quotidien de cette clinique.

Ces différents entretiens nous apportent plus de renseignements pour apprécier le problème en terme de pertinence et de faisabilité.

## 3. Appréciation du problème, pertinence et faisabilité<sup>18</sup>.

### 3. 1. La pertinence :

→ La gravité : Cette parution légale est en attente pour le moment. L'administration d'oxygène peut s'effectuer de façon autonome depuis l'arrêté royal du 21 avril 2007.

→ L'ampleur du problème : Toutes les unités de soins de l'institution sont concernées.

---

La démarche qualité dans un établissement de santé, Paris, Doin Editeurs, 1997, p. 62-63.

<sup>18</sup> LADURON, A., Développement de la qualité des soins, cours de formation Cadre de Santé, C.P.S.I., année académique 2007-2008.

→ L'attente des acteurs concernés : Le problème est énoncé de façon consciente par l'équipe de chirurgie lors d'un brainstorming. La direction du département souhaite solutionner le problème. Le médecin réanimateur désire uniformiser les pratiques.

→ L'évolution : L'autonomie de l'infirmier en oxygénothérapie restera en attente tant que la situation ne sera pas débloquée.

### 3. 2. La faisabilité :

→ Solutions : Elles seront proposées via le questionnaire (protocole, formation, ...) et seront étudiées en équipe à la suite de la présentation des résultats.

→ Le coût : Celui-ci est peu élevé. Il n'est pas nécessaire de disposer de matériel particulier ou de plus de personnel.

→ L'acceptabilité de cette solution au point de vue éthique et culturel ne devrait pas poser de problème. Du point de vue légal, l'administration d'oxygène autonome par l'infirmier est décrite dans l'arrêté royal du 21 avril 2007.

→ Les moyens mis en œuvre sont les suivants :

- Du temps pour sensibiliser les équipes.
- Du temps dégagé afin de mener la recherche.
- Du temps de réunion afin que l'équipe reçoive les résultats.

## 4. Identification du problème.

### Description du problème : La méthode Q.Q.O.Q.C.P.<sup>19</sup>.

**Quoi** : l'administration d'oxygène.

**Qui** : par les praticiens de l'art infirmier.

Nous les nommerons « infirmiers » pour cette étude.

**Où** : dans l'unité de chirurgie générale de l'institution choisie.

**Quand** : lorsqu'une indication d'oxygénothérapie est posée.

**Comment** : de façon autonome, sans avoir recours à la prescription médicale.

**Pourquoi** : assurer l'administration d'oxygène, de façon optimale en garantissant la sécurité du patient.

---

<sup>19</sup> LADURON, A., Démarche de résolution de problème, cours de formation Cadre de Santé, C.P.S.I., année académique 2006-07.

## 5. Formulation de la question de recherche.

La première question formulée est la suivante : *Les infirmiers du service de chirurgie du Centre Hospitalier possèdent-ils les connaissances pour administrer de l'oxygène à un patient ?*

Dorénavant, l'administration d'oxygène peut s'effectuer sans prescription médicale. L'évaluation du personnel infirmier consiste à formuler une appréciation sur les connaissances (indications, techniques, matériel, ...) en oxygénothérapie, ceci sur base de normes et critères établis et reconnus. L'interrogation est donc la suivante :

Question de recherche :

**« De quelles connaissances les infirmiers du service de chirurgie disposent-ils pour administrer de l'oxygène ? »**

La problématique et la question de départ étant posées, nous expliquerons dans la chapitre suivant la méthodologie utilisée pour réaliser ce travail.

# **LE PROJET**

# **CONCLUSION**



# **BIBLIOGRAPHIE**

## Bibliographie

### Articles :

MONTMORENCY A., « Oxygénothérapie », dans Infirmière libérale, juillet-août 2006, n°217, pp 29-30.

LETTRE DE LA SANTE, « A quoi sert l'oxygène et est-ce que le traitement comporte des risques ? », dans Parenthèse Santé, août 1998, n°69, pp 8.

MAYNAUD B., « Le rôle propre en oxygénothérapie », dans Soins, juillet-août 1999, n°637, pp 26-27.

SIMONIAN S., « La compétence, une notion de transfert entre la théorie et la pratique », dans Soins Cadre, mai 2004, n°50, pp 46-47.

### Cours :

DELIEGE D., Méthodologies de la recherche, cours de Licence en Sciences de la Santé Publique, U.C.L., année académique 1997-1998.

DELPIERRE, G., Méthodologie de la recherche, cours de formation Cadre de Santé, C.P.S.I., année académique 2008-2009.

DUBOIS, C., Cours de statistique, cours de formation Cadre de Santé, C.P.S.I., année académique 2006-2007.

LADURON, A., Démarche de résolution de problème, cours de formation Cadre de Santé, C.P.S.I., année académique 2006-2007.

LADURON, A., Développement de la qualité des soins, cours de formation Cadre de Santé, C.P.S.I., année académique 2007-2008.

LADURON, A., Processus de développement de la qualité des soins, cours de formation Cadre de Santé, C.P.S.I., année académique 2007-2008.

ROBIN, C., Méthodologie à la formation de l'adulte, cours de formation Cadre de Santé, C.P.S.I., année académique 2007-2008.

### Livres :

ALLIN – PFISTER A-C., Travail de fin d'études. Clés et repères, Rueil-Malmaison, Lamarre, 2004, 94 p.

BRUNNER L, SUDDARTH D., Soins infirmiers en médecine et en chirurgie, 4<sup>ème</sup> édition, Bruxelles, De Boeck Université, 2006, 594 p.

CARPENITO L., Diagnostics Infirmiers, 5<sup>ème</sup> édition, Paris, Inter Editions, 1995, 1177p.

CHAMPAGNE A.M., DELANNOY C, GILSON P, et al, Mémento de l'art infirmier, Kluwer, 2008-09, 231p.

CIBOIS, P., Les méthodes d'analyse d'enquêtes, Paris, Presses Universitaires de France, 2007, 127 p.

DE CHAMBINE S., HUCHET A., LAMY A., Comment élaborer un référentiel qualité ?, Paris, Lamarre, 2002, 88 p.

DELORY C., Guide pratique des recherches en sciences humaines, Namur, Erasme, 2003, 271 p.

DURIEUX P., Evaluation, qualité, sécurité dans le domaine de la santé, Paris, Flammarion, 1997, 138 p.

HUBINON M., Management des unités de soins, Bruxelles, De Boeck, 1998, 395 p.

JACQUERYE A. et al, La qualité des soins infirmiers. Implantation évaluation. accréditation., France, Maloine, 1999, 326 p.

LAURIN J., Qualité des soins infirmiers : concepts et évaluation, Montréal, Les presses de l'Université de Montréal, 1993, 267 p.

N.A.N.D.A. International, Diagnostics infirmiers, Définitions et classifications 2007-2008, 2007, Masson, p.372.

RAZER J., La maîtrise des risques à l'hôpital, Paris, Lamarre, 2000, 82 p.

VAN BEIRENDONCK, Tous compétents, Le management des compétences dans l'entreprise, Bruxelles, De Boeck, 2006, 170 p.

### **Sites Internet:**

NATIONAL GUIDELINE CLEARINGHOUSE, page consultée le 1<sup>er</sup> décembre 2008, [www.guideline.com](http://www.guideline.com)

SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT, Arrêté royal portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier en chef, mise à jour le 13 JUILLET 2006, sur le site du Moniteur Belge, page consultée le 12 décembre 2008.

<http://staatsbladclip.zita.be/moniteur/lois/2006/08/28/loi-2006022730.html>.

SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT, Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin 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, sur le site du Moniteur Belge, page consultée le 12 décembre 2008.

[http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech\\_f.htm](http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm)

### **Travaux de fin d'études:**

GOENEN S., L'évaluation des compétences au service de l'épanouissement professionnel, TFE pour obtenir le diplôme de Cadre de Santé, C.P.S.I., Bruxelles, année académique 2006-07, 56p.

LABOUILLAT M., De l'amélioration des compétences professionnelles par l'entretien d'évaluation, T.F.E. en vue de l'obtention du diplôme de cadre en soins de santé, Institut d'enseignement et de promotion sociale de la Communauté Française, Tournai, année académique 2004-05, 117p.

### **Autres sources d'informations:**

AIT MHAMAD M., LELOUP P., STEYNS S., TRAGNEE C., Les actes confiés, Travail pour le cours de Modèle de gestion de soins, Mme Célis, Bruxelles, C.P.S.I., 2006, 12p.

ANDRE N., L'HER E., LORILLON P., Mise en place et surveillance d'une oxygénothérapie à l'hôpital, C.H.U. Brest, 2003, 6 p.

CELLULE PEDAGOGIQUE INSTITUT PROVINCIAL DE FORMATION DU HAINAUT, Critères oxygénothérapie, Centre de Formation et de perfectionnement des Secouristes Ambulanciers, Jurbise, 2006, 9 p.

CELLULE PEDAGOGIQUE INSTITUT PROVINCIAL DE FORMATION DU HAINAUT, Matériel d'administration d'oxygène, Centre de Formation et de perfectionnement des Secouristes Ambulanciers, Jurbise, 2005, CD ROM.

DUMONT B., DUSART Y., MICHOT V., ZANGA GABA A., Le Protocole de soins, le plan de soins de référence, le plan de soins guide, Travail pour le cours de modèle de gestion de soins, Mme Célis, Bruxelles, C.P.S.I., 2003, 13 p.

FEDERATION DES INSTITUTIONS HOSPITALIERES, Lettre du 23 janvier 2008 adressée aux Hôpitaux sur la circulaire du 19 juillet 2007

SERVICE PUBLIQUE FEDERAL SANTE PUBLIQUE, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, Commission Technique de l'Art Infirmier (27 septembre 2007). Précisions apportés à la liste des prestations techniques de soins infirmiers et des actes médicaux confiés sur base du courrier traité par le C.T.A.I.

# **ANNEXES**