

Position adoptée lors de la session

du Conseil national de l'Ordre des infirmiers du 15 Juin 2010

## Promotion de l'expertise de l'INFIRMIER DE BLOC OPERATOIRE DIPLOME D'ETAT

afin de permettre l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient

### Contribution du Conseil National de l'Ordre des Infirmiers

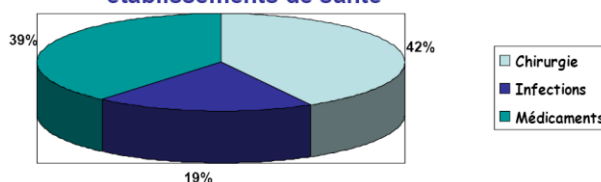
Institué par la loi en décembre 2006, l'Ordre National des Infirmiers doit « contribuer à promouvoir la santé publique et la qualité des soins » et « assurer la promotion de la profession ». C'est dans ce cadre que l'ONI souhaite apporter sa contribution à l'évolution des pratiques infirmières en bloc opératoire, et plus globalement à l'amélioration des soins et des services en bloc opératoire.

Cela vise autant à promouvoir ce champ de l'exercice infirmier qu'à anticiper les évolutions possibles et attendues.

Dans un bloc opératoire, ce sont les **Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat (IBODE) qui exercent en priorité**<sup>1</sup>. Cependant la réglementation autorise aussi les infirmiers DE à prendre un poste. Pour autant, la formation est très différente : Les IBODE sont formés après 2 ans d'expérience professionnelle, par une formation réglementée de 18 mois<sup>2</sup> centrée sur les actes opératoires et la gestion des risques au bloc opératoire en s'appuyant sur des savoirs fondamentaux.

Le bloc opératoire est un secteur protégé à hauts risques infectieux où la technologie est présente et en pleine évolution. Ce service, bien qu'utilisateur d'outils technologiques, doit garder comme seul objectif de soigner des personnes en toute sécurité. Selon l'étude ENEIS (2004), la chirurgie est le secteur le plus à risque (42%) dans les établissements.

#### La chirurgie le secteur le plus à risque des établissements de santé



#### Les événements indésirables graves, étude ENEIS 2004

Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale. Ministère des solidarités, de la Santé et de la Famille, mai 2005

Journée régionale Réseau Santé Qualité Arras 26 novembre 2009  
Prévention et gestion des risques au bloc opératoire

Réseau  
santéqualité  
ORGANISME AGRÉÉ EPP

<sup>1</sup> CODE DE LA SANTE PUBLIQUE - Livre III : auxiliaires médicaux –Titre I : Profession d'infirmier ou d'infirmière - Chapitre I : Exercice de la profession - Section 1 : Actes professionnels – Article R 4311-11 ;

<sup>2</sup> Arrêté du 22 octobre 2001 relatif à la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'infirmiers de bloc opératoire (J.O. du 18 novembre 2001) - Annexes au B.O. 2001 n° 47

« 36.5 millions d'interventions chirurgicales sont réalisées chaque année et on estime que 60 000 à 95 000 complications graves surviennent pendant ou au cours de l'intervention »<sup>3</sup>.

Parmi les risques, il y a les risques liés à la chirurgie (42%) mais on note également que le risque infectieux compte pour 19%.

Le bloc opératoire est un lieu propice aux infections nosocomiales (IN) puisque l'intervention chirurgicale est caractérisée par l'effraction des tissus.

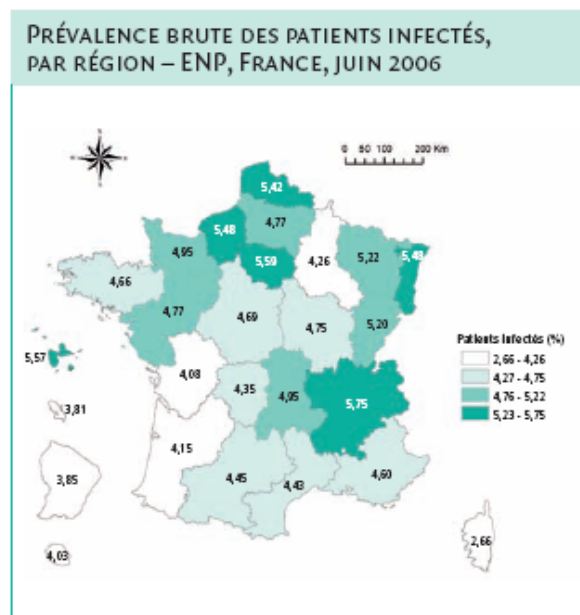
« ... La dernière enquête de prévalence des infections nosocomiales menée en 2006 montre que les infections les plus fréquentes touchent l'appareil urinaire (30 % des IN), les voies respiratoires (la pneumopathie représente 15 % des IN) et le site opératoire (intervention chirurgicale) 14%. Là aussi, on estime que les infections nosocomiales sont la cause directe de plus de 3 500 décès par an en France (estimation extrapolée à partir de l'enquête menée par le CCLIN Paris Nord en 2001 / moins 12% 2001-2006)... »<sup>4</sup>.

L'enquête de prévalence effectuée en 2006 montre que les résultats sont perfectibles sur l'ensemble du territoire.

### UNE PRÉVALENCE DES PATIENTS INFECTÉS VARIABLE SELON LES RÉGIONS

Des variations régionales de la prévalence étaient aussi constatées. En métropole, la PPI était minimale (2,66 %) en Corse et maximale en Rhône-Alpes (5,75 %). Dans les Départements d'outre-mer (DOM), la PPI variait de 3,81 % en Martinique à 5,57 % en Guadeloupe.

Note : les données présentées sur cette carte peuvent illustrer des particularités régionales, mais leur interprétation doit rester prudente car elles sont liées aux types d'ES ou de patients présents dans chaque région. De plus, en raison du faible nombre de patients enquêtés, la prévalence de la Guyane doit être interprétée avec précaution.



Le programme de prévention des infections nosocomiales 2009-2010 a comme objectif en lien direct avec le bloc opératoire, « l'incidence des infections du site opératoire pour 100 actes, pour les patients à faible risque en chirurgie programmée doit diminuer de 30%. Les interventions ciblées sont la hernie de paroi, la cholécystectomie, la chirurgie orthopédique prothétique, la césarienne, la chirurgie du sein, des veines périphériques et le pontage coronaire »<sup>5</sup>.

Les enjeux de santé publique face à ces demandes de sécurité au regard du haut risque infectieux représenté par la prise en charge du patient au bloc opératoire démontre la nécessité d'une expertise dans cette spécialité. Cette expertise est aujourd'hui reconnue par une formation de 18 mois pour les professionnels infirmiers, formation sanctionnée par un diplôme d'état d'infirmier de bloc opératoire. Néanmoins, ce diplôme ne donne qu'une priorité d'exercice à ces derniers et non une exclusivité de fonction. Il ne peut y avoir efficacité des

<sup>3</sup> Journée Régionale Réseau Santé Qualité – Arras 26 novembre 2009.

<sup>4</sup> Dossier de presse du Ministère de la Santé et des Sports – mercredi 21 janvier 2009 – page 4

<sup>5</sup> IBID page 14

soins en bloc opératoire sans une expertise clinique infirmière garantissant l'observance, la continuité, la globalité et la qualité des soins aux patients. Cette spécialisation relève aujourd'hui d'un référentiel en cours de réactualisation.

Pour l'Ordre, il est impératif d'anticiper les évolutions nécessaires attendues par les usagers et les acteurs de terrain. Les infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État font partie des acteurs essentiels de ce secteur, tant pour la prévention que l'évaluation, les soins dans la prise en charge de l'opéré. Ils interviennent en pré, per post opératoire ainsi qu'en secteurs associés.

De nombreuses réflexions ont été menées, des travaux ont été réalisés avec le concours des associations professionnelles représentatives (UNAIBODE et AEEIBO) de cet exercice. Pour autant, à ce jour, les réelles compétences des professionnels infirmiers de bloc opératoire ne sont pas reconnues.

C'est en 2002, lors de la modification du décret sur l'exercice infirmier qu'apparaît l'article spécifique à l'exercice infirmier en bloc opératoire, l'article 12 ; jusqu'alors fondu dans l'article 6 du décret du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels infirmiers. Cet article confère aux infirmiers une première reconnaissance concernant leur expertise dans les soins au bloc opératoire et secteurs associés. Il est admis que l'exercice infirmier en bloc opératoire relève d'une spécialisation mais ne procure pas aux infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État une exclusivité de fonction, seulement une priorité d'exercice.

La formation<sup>6</sup> d'infirmier de bloc opératoire passe de 12 mois à 18 mois, cette même année avec un contenu théorique<sup>7</sup> de 930 heures.

Depuis 2004, les décrets sur l'exercice infirmier sont inscrits dans le code de la santé publique au Livre 3 auxiliaire médicaux, titre premier profession infirmier sans modification à ce jour de l'exercice.

Article R4311-11<sup>8</sup> :

*« L'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire ou en cours de formation préparant à ce diplôme, exerce en priorité les activités suivantes :*

- 1° Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire ;*
- 2° Elaboration et mise en œuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés ;*
- 3° Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ;*
- 4° Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés ;*
- 5° Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés.*

*En per-opératoire, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire ou l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme exerce les activités de circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire en présence de l'opérateur.*

*Il est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée diagnostique, thérapeutique, ou diagnostique et thérapeutique dans les secteurs de stérilisation du matériel médico-chirurgical et dans les services d'hygiène hospitalière. »\**

---

<sup>6</sup> Code de la santé publique, livre III auxiliaire médicaux, Titre premier : profession infirmier ou d'infirmière, chapitre 1 exercice de la profession, section 3 : Diplômes de spécialités, paragraphe 1 : DEIBO, art D4311-43, D4311-43, D4311-44 ;

<sup>7</sup> Arrêté du 22 octobre 2001 conduisant à la formation d'infirmier de bloc opératoire.

<sup>8</sup> Code de la santé publique, livre III auxiliaire médicaux, Titre premier : profession infirmier ou d'infirmière, chapitre 1 exercice de la profession, section 1 : Actes professionnels infirmiers.

Plusieurs rapports successifs, sur la démographie des professions de santé<sup>9</sup> ainsi qu'un rapport<sup>10</sup> sur « le transfert de compétences » conduisent les associations professionnelles à plusieurs travaux de réflexion, sans aboutissement à ce jour.

Les pratiques professionnelles sont en pleines mutations liées aux évolutions technologiques dans les blocs opératoires. La Haute Autorité de Santé dans son référentiel<sup>11</sup> de certification consacre une référence à l'organisation du bloc opératoire. Cette dernière affirme « *la complexité organisationnelle, un secteur à risque pour le patient, justifiant la mise en place d'une gestion des risques garantissant la sécurité des actes.* »

C'est pour cela que l'infirmier de bloc opératoire est un acteur central dans la mise en place de la gestion des risques puisque l'article 4311-11 lui confère la responsabilité de celle-ci.

Les infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat se sont impliqués dans la gestion des risques au bloc opératoire et veulent aujourd'hui une reconnaissance de leur compétence.

L'Ordre souhaite travailler sans plus attendre avec les pouvoirs publics et les organisations professionnelles compétentes, pour faire reconnaître et promouvoir de manière effective l'expertise clinique et professionnelle des infirmiers de bloc opératoire.

### **Ce que l'ordre propose :**

- Parvenir à une reconnaissance des compétences spécifiques et donc une exclusivité d'exercice,
- Faire valoir les compétences partagées de l'infirmier de bloc opératoire au regard de la collaboration inter professionnelle sans pour autant modifier sa formation actuelle.
- Définir la pratique avancée en bloc opératoire afin de la faire reconnaître à travers un cursus LMD sur un socle commun licence de compétence infirmière puis spécifique de l'infirmier de bloc opératoire en master à partir des référentiels existants.
- Contribuer à l'émergence d'une dynamique de recherche en science infirmière incluant la problématique des soins au bloc opératoire.
- la demande de suppression des 2 ans d'exercice obligatoire avant la formation,
- La réactivation et la formalisation pour chaque professionnel travaillant au bloc opératoire de se former comme le recommande la législation,
- Une évolution du Code de la santé publique,
- Contrôler l'exercice illégal<sup>12</sup> de la profession, et demander au ministère de la santé de faire appliquer les dispositions prises pour la vérification des personnels aide opératoires et aides instrumentistes non infirmiers n'ayant pas participé au dispositif de vérifications des connaissances.

---

<sup>9</sup> Mission « démographie des professions de santé » rapport n°2002135 Novembre 2002 »

<sup>10</sup> Mission « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »

<sup>11</sup> Manuel de certification : V2010 page 64 : Référence 26, critère 26a

<sup>12</sup> Circulaire DHOS/P 2 n° 2005-225 du 12 mai 2005 relative aux conditions d'exercice des professions de santé et aux sanctions pénales applicables pour l'exercice illégal et l'usurpation de titre.