



Rapport de synthèse

**Enjeux et perspectives pour l'évolution
de la pratique et de la formation d'infirmier de
bloc opératoire diplômé d'État, IBODE**

Expertise de soins au bloc opératoire

Juin 2010

SOMMAIRE

PREAMBULE	3
1 : Avertissement	3
2 : Contexte	3
I : HISTORIQUE	5
II : CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE ET CONSTAT	6
III : LES PERSPECTIVES.	13
Composition du groupe de travail	16

PREAMBULE

1 - Avertissement

Le présent travail ne vise en aucun cas l'exhaustivité dans l'analyse des différents rapports sur l'exercice au bloc opératoire parus ces dernières années. Ce travail fait suite à plusieurs demandes des associations professionnelles (AEEIBO¹ et UNAIBODE²) auprès de l'Ordre National des infirmiers (ONI) aux fins de pouvoir tracer les perspectives utiles à l'évolution des pratiques infirmières en bloc opératoire.

Les perspectives d'évolution de la formation et des compétences infirmières en bloc opératoire sont évoquées au travers des travaux réalisés par les associations professionnelles permettant d'en définir le contexte actuel afin de développer les demandes d'avenir.

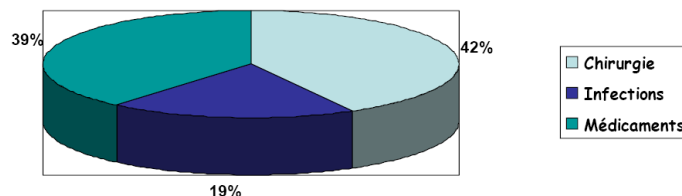
Enfin, ce document relève d'un consensus professionnel interne à l'Ordre National des Infirmiers, qui souhaite par cette initiative contribuer à la promotion de l'exercice infirmier en bloc opératoire.

2 - Contexte

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.

Le bloc opératoire est un secteur protégé à haut risque infectieux où la technologie est présente et en pleine évolution. Ce service, utilisateurs 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

¹ AEEIBO : Association des Ecoles et des Enseignants de Bloc Opératoire, www.aeeibo.fr

² UNAIBOE : Union Nationale des Associations Infirmières de Bloc Opératoire Diplômées d'Etat, www.unaibode.fr

« **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** »³.

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.

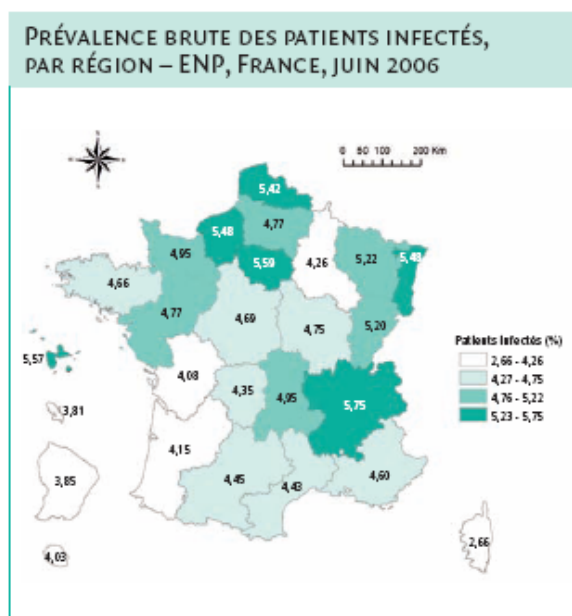
« **...La dernière enquête de prévalence des infections nosocomiales menée en 2006 montre que les infections les plus fréquentes touchent l'appareil urinaire (30 % des IN), les voies respiratoires (la pneumopathie représente 15 % des IN) et le site opératoire (intervention chirurgicale) 14%. Là aussi, on estime que les infections nosocomiales sont la cause directe de plus de 3500 décès par an en France (estimation extrapolée à partir de l'enquête menée par le CCLIN Paris Nord en 2001 / moins 12% 2001-2006)...** »⁴.

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** »⁵.

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 démontrent la

³ Journée Régionale Réseau Santé Qualité- Arras 26 novembre 2009.

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

⁵ IBID page 14

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 d'efficience des 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 finalisation, voire d'un référentiel de pratiques avancées.**

C'est pourquoi, l'ONI a décidé de constituer un groupe de travail animé par David Vasseur, conseiller national. L'objectif est de réaliser une synthèse des discussions du groupe et des travaux réalisés par les associations professionnelles.

Les objectifs sont de :

- décrire et analyser le contexte actuel, les missions, et les enjeux relatifs aux fonctions et champ de compétence des infirmiers de bloc opératoire ;
- décrire et analyser le contexte actuel, les enjeux, et situer les pratiques infirmières dans le champ élargi de l'exercice infirmier de bloc opératoire ;
- analyser la démographie infirmière en bloc opératoire ;
- répondre aux besoins des patients en matière d'expertise de soins au bloc opératoire.

I - HISTORIQUE

Cet historique permet de visualiser l'évolution législative du métier d'infirmier de bloc opératoire.

- 21 mai 1971: Certificat d'aptitudes aux fonctions d'infirmiers de salle d'opération
- 12 mai 1981 : article 5 du décret des actes professionnels infirmiers : techniques de bloc opératoire en qualité de panseur, d'aide ou d'instrumentiste
- 13 janvier 1992 : Création du Diplôme d'Etat d'Infirmier de Bloc Opératoire
- 15 mars 1993 : Évolution du décret des actes professionnels infirmiers (ABROGE). Art. 6 : activités au sein d'un bloc opératoire en tant que panseur, d'aide ou d'instrumentiste, ces activités sont exercées en priorité par un infirmier titulaire du DEIBO
- 4 octobre 2001 : Allongement de la formation à 18 mois
- 11 février 2002, Évolution du décret des actes professionnels infirmiers Retranscrit dans le code de la santé le 29 juillet 2004, Livre III: auxiliaires médicaux, Titre I^{er} : profession d'infirmier ou d'infirmière, Chapitre I^{er}: exercice de la profession, Section 1: actes professionnels

Article R4311-11 Code de la santé « *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. »

II - CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE ET CONSTAT

Au 1^{er} janvier 2010, 6 394 infirmiers de bloc opératoire diplômés d'États sont en exercice

Les derniers chiffres de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé) dénombrent 515 754⁶ professionnels infirmiers. Cette dernière enquête publie la répartition des infirmiers spécialisés qui sont au nombre de 44 520 soit 9,3 % de la population infirmière. Les infirmiers de bloc opératoire diplômés d'état sont au nombre de 6 394 soit 7 % des infirmiers spécialisés.

La population infirmière dans les blocs opératoires aujourd'hui est composée à la fois d'infirmiers diplômés d'état et d'infirmiers de bloc opératoire diplômé d'état. Ceci est lié au fait que « *l'infirmier de bloc opératoire diplômé d'état exerce en priorité* ». L'augmentation de la population des infirmiers de bloc opératoire diplômés d'état est liée directement au recrutement et à l'attractivité du métier d'infirmier de bloc opératoire. Depuis la création de la spécialisation en 1971, l'Association des Ecoles et des Enseignants de Bloc Opératoire (AEEIBO) recense le nombre de diplômes délivrés chaque année (Cf. graphique page suivante).

Un constat de déqualification et de perte de compétences d'infirmier de bloc opératoire diplômé d'État

En 1994 et en 1998, deux circulaires du ministère de la Santé⁷ incitent les directions des établissements de santé à former les infirmiers affectés au bloc opératoire. Le nombre de diplômes augmente et passe de 460 en 1995 à 561 en 1999.

En 2001, le décret 2001-928⁸ porte à 18 mois la durée totale d'enseignement et prévoit que : « *...Des dispenses d'enseignement peuvent être attribuées à des infirmiers diplômés d'Etat justifiant d'une expérience professionnelle en bloc opératoire, dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé* ».

L'annonce des dispenses d'enseignement du fait de l'accès au Diplôme d'Etat d'Infirmier de Bloc Opératoire par la voie de la Validation des Acquis de l'Expérience (V.A.E.), a eu pour conséquence la diminution des départs des infirmiers en formation IBODE, et une incitation

⁶ Enquête DREES, 1 janvier 2010, Répertoire ADELI.

⁷ Circulaire DH/DGS/PS3/FH3/94 n° 52 du 26 juillet 1994 relative à la situation des infirmiers de blocs opératoires et circulaire DGS/PS 3/DH/FH 3 n° 98-566 du 4 septembre 1998 relative aux infirmiers affectés dans les blocs opératoires)

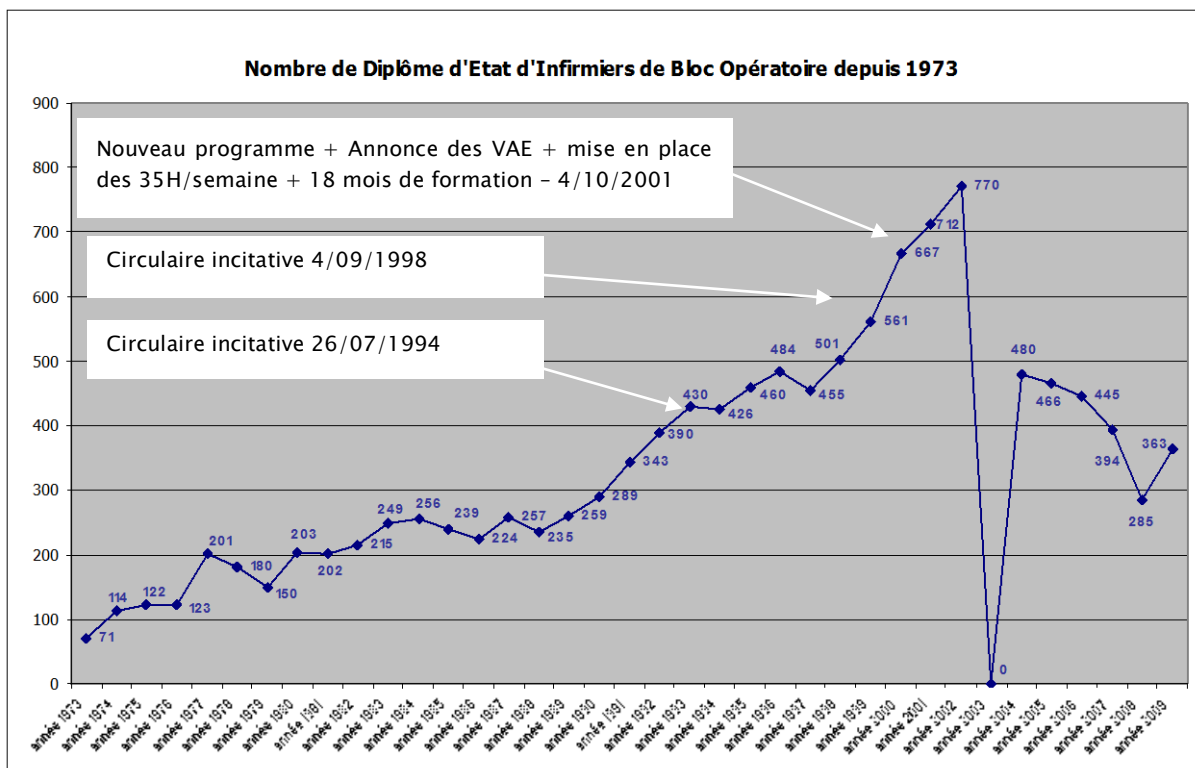
⁸ Décret n°2001-928 du 4 octobre 2001 modifiant le décret n° 71-388 du 21 mai 1971 portant création d'un diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire

des directeurs d'établissements à attendre la parution des textes légiférant l'accès au DEIBO⁹ par la voie de la VAE.

Au cours de la même année, le temps de travail passe de 39h à 35h par semaine. Ce facteur va également freiner les départs en formation. En conséquence, le nombre de Diplôme d'Etat chute et passe de 770 en 2002 à 363 en 2009.

Depuis 12 ans, les professionnels et les employeurs misent sur les « mesures transitoires » (1998), et la « validation des acquis d'expérience » (2001) en traduisant ces termes par la notion erronée d'« équivalence » et donc ne privilégient pas la formation pour les infirmiers diplômés d'États (IDE) faisant fonction d'IBODE.


Depuis 12 ans, il n'y a ni incitation, ni obligation ministérielle à recruter des IBODE dans les blocs opératoires. La désertification des écoles, à ce jour, aggrave le constat alarmant de déqualification et de perte de compétences IBODE



⁹ Diplôme d'état d'infirmier de bloc opératoire

Rapport synthèse, groupe de travail IBODE.
« Enjeux et perspectives pour l'évolution de la pratique IBODE »

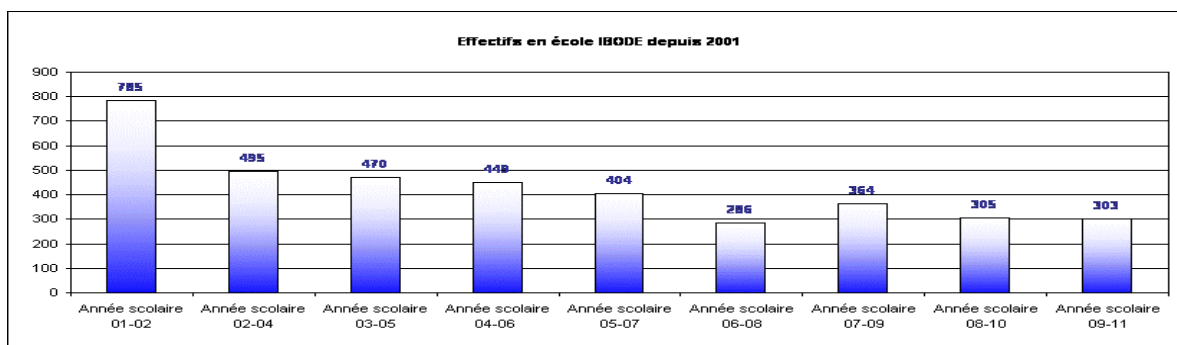
Les effectifs à la rentrée 2009 :



		Capacités d'accueil	Rentrée 2001-2002	Rentrée 2002-2004	Rentrée 2003-2005	Rentrée 2004-2006	Rentrée 2005-2007	Rentrée 2006-2008	Rentrée 2007-2009	Rentrée 2008-2010	Rentrée 2009-2011	TOTAL
AMIENS	CHU	15	13	15	9	13	10	0	10	8	10	88
AUBERVILLIERS	Privé Louise Couvé	35	24	14	11	8	7	5	9	7	7	92
BESANCON	CHU	25	26	26	15	12	7	13	10	12	8	129
BORDEAUX	CHU	30	28	25	22	30	30	24	19	16	15	209
BREST	CHU	30	18	13	14	9	11	12	13	9	0	99
CAEN	CHU	20	14	10	9	13	10	0	11	14	0	81
CLERMONT	CHU	20	22	16	20	17	13	10	11	6	7	122
COLMAR	CH	40	40	30	22	23	15	20	15	14	14	193
GRENOBLE	Privé St Martin	30	27	14	8	9	16	14	13	6	8	115
LAMENTIN	CHU	12	13	11	11	8	7	8	9	8	5	80
LE MANS	Croix rouge	15				4	0	0	0	0	0	4
LILLE	Privé	50	41	35	34	27	30	20	27	24	17	255
LIMOGES	CHU	10	11	10	6	6	7	0	10	0	10	60
LYON	CHU	50	50	18	23	20	20	18	19	16	10	194
MARSEILLE	CHU	50	50	34	36	26	30	18	23	23	16	256
MONTPELLIER	CHU	35	35	24	19	25	16	15	14	15	17	180
NANCY	CHU	30	30	18	18	19	12	13	17	14	9	150
NANTES	CHU	20	17	15	10	20	12	0	25	0	20	119
NICE	Croix rouge	25	23	18	15	0	13	14	0	10	0	93
ORLEANS	CHU	20				9	0	5	8	0	6	28
PARIS	AP HP	120	113	25	57	44	59	35	44	52	52	481
REIMS	CHU	20	16	13	9	10	8	11	15	9	8	99
RENNES	CHU	30	27	15	23	23	21	0	13	12	18	152
ROUEN	CHU	15	15	12	10	10	10	12	10	9	10	98
ST ETIENNE	Croix rouge		18	12	12	0	11	0	0			53
TOULOUSE	CHU	25	25	24	25	22	0	0	19	0	22	137
TOURS	CHU	25	25	12	13	13	13	19	0	21	14	130
TOTAL		797	721	459	451	420	388	286	364	305	303	3697

Parallèlement, le **nombre de reports de formation** est de 130 en moyenne depuis la rentrée 2002, date du décret annonçant les V.A.E. Ces reports sont essentiellement en lien avec la non prise en charge financière de la formation.

	Capacité d'accueil	Reports
Année scolaire 02-04	858	135
Année scolaire 03-05	858	163
Année scolaire 04-06	893	186
Année scolaire 05-07	908	201
Année scolaire 06-08	837	70
Année scolaire 07-09	802	100
Année scolaire 08-10	787	100
Année scolaire 08-11	797	100



L'autorisation d'exercice accordé à des personnels non infirmiers dans « les rôles d'aide opératoire et aide instrumentiste » aggrave la déqualification des professionnels dans les blocs opératoire.

Par la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle en son article 38, le parlement adopte un amendement officialisant la situation de personnes non infirmiers salariés en établissement de santé exerçant un rôle d'aide opératoire et aide instrumentiste. Cette autorisation d'exercice constitue un autre facteur aggravant la déqualification des professionnels de soins dans les blocs opératoires.

Article 38 : « Par dérogation à l'article L.474 du code de la santé publique, peuvent accomplir des actes d'assistance auprès d'un praticien au cours d'une intervention chirurgicale les personnels aides-opérateurs et aides-instrumentistes exerçant cette activité professionnelle depuis une durée au moins égale à six ans avant la publication de la présente loi, et ayant satisfait, avant le 31 décembre 2002, à des épreuves de vérification des connaissances dans des conditions déterminées par décret en conseil d'état. L'épreuve de vérification des connaissances est destinée à autoriser exclusivement l'exercice des activités professionnelles d'aides-opérateurs et aides-instrumentistes est tenu de proposer à ces personnels un plan de formation intégré dans le temps de travail, aboutissant à son maintien au sein de l'établissement, dans des conditions et des délais par décret. »

Dans la loi n°2002-1577 du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale un amendement permet un report des épreuves jusqu'au 31 décembre 2003. Le décret d'application ne paraît qu'en 2005 où en parallèle, on observe un allongement de la formation IBODE. Deux sessions « de vérification des connaissances » sont organisées en région pour ces personnels, le 4 décembre et le 20 décembre 2003 pour les candidats ayant échoué à la première session. Le niveau d'exigence des questions est excessivement bas, permettant ainsi un taux de réussite proche des 100%.

En 2004, un amendement ajouté à la loi de financement de la sécurité sociale du 20 décembre 2004, prolonge le dispositif de vérification des connaissances et l'étend aux « aides opératoires et aides instrumentistes bénévoles ».

Une formation qualifiante et obligatoire pas toujours suivie

Deux décrets et un arrêté¹⁰ d'application sont publiés au JO du 10 août 2005. Ces textes formalisent les modalités d'inscription dans ce dispositif qui s'ouvrent désormais aux

¹⁰ Décret n°2005-975 du 10 août 2005 relatif à l'organisation des épreuves de vérifications des connaissances des personnels aides opératoires et aides instrumentistes modifiant le décret n°2002-1152 du 10 octobre 2002.

bénévoles. Il est organisé deux sessions en inter régions les 13 et 28 octobre 2005 (52 % de réussite). Une lettre de la DHOS aux préfets de régions du 11 avril 2006 vient préciser que les personnes n'ayant pas réussi aux épreuves de vérification des connaissances ne peuvent plus exercer. Cette lettre insiste sur l'exercice illégal des personnes qui continueraient à exercer sans avoir réussi les épreuves de vérification des connaissances qui sont organisées par le décret n°2006-347 du 10 mars 2006 relatif au plan de formation et la circulaire du 9 juin 2006 à la mise en œuvre à la mise en place de la formation destinée aux personnels aide opératoire et aide instrumentiste ayant satisfait aux épreuves de vérifications des connaissances. Cette formation obligatoire est dispensée par les écoles d'infirmiers de bloc opératoire. Elle comprend¹¹ 91 heures, soit 13 journées de 7 heures sur une amplitude n'excédant pas 6 mois jusqu'en décembre 2007. Les écoles ont fourni la liste des personnes formées au ministère de la Santé.

L'AEIIBO a recensé 343 personnes en exercice illégal puisque n'ayant pas suivi la formation obligatoire. Au vue de la gravité de la situation, et de l'atteinte à l'exercice de la profession donc à la qualité des soins, il est indispensable d'obtenir la liste des personnes ayant passé les épreuves de vérification des connaissances en 2002 et 2005, et celles ayant suivies la formation obligatoire dans les écoles IBODE en 2007. Les personnes n'ayant pas obtenu l'autorisation d'exercer dispensée par les écoles d'infirmiers de bloc opératoire doivent être exclues des blocs opératoires.

L'état des lieux qui devait être réalisé par les DRASS à la suite des formations, n'a pas été fait. **Ce manque de lisibilité est en total inadéquation avec le droit des opérés à bénéficier de la qualité et de la sécurité des soins au bloc opératoire.**

L'exercice infirmier en bloc opératoire est règlementé par l'article R.4311-11 du code de la santé publique. De plus, plusieurs décrets¹² mettent en avant la nécessité du diplôme Infirmier de bloc opératoire sans pour autant lui donner une exclusivité d'exercice. Depuis 2008, un projet de décret tend à déqualifier les infirmiers spécialisés exerçant au bloc opératoire (3° de l'article D.6124-C3) :

« Art. D. 6124-C3. – L'équipe de chirurgie comprend :

1° Des chirurgiens qualifiés spécialistes ;

2° Des médecins anesthésistes-réanimateurs ;

3° Des infirmiers, dont au moins un infirmier de bloc opératoire ou un infirmier ayant une expérience attestée en bloc opératoire et éventuellement un infirmier anesthésiste ;

4° D'autres auxiliaires médicaux, dont la qualification est adaptée à l'activité chirurgicale concernée et aux besoins médicaux des patients et des aides-soignants.

En tant que de besoin, l'établissement peut faire appel notamment à un psychologue ou à un psychiatre et à un assistant social. »

Arrêté du 10 août 2005 relatif à l'organisation des épreuves de vérifications des connaissances des personnels aides opératoires et aides instrumentistes.

¹¹ Trois modules : hygiène 49h, Législation 14h, prévention des risques : 28h

¹² Décret n°2006-77et 78 du24 janvier 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de soins de chirurgie cardiaque.

Décret n°2007-364 et 365 du 19 mars 2007 relatifs aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités »s de soins de la neurochirurgie.

Décret n°2007 – 367 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie.

L'équipe opératoire se compose :

- du chirurgien, médecin qualifié en chirurgie dont l'objectif est de réussir l'intervention de son patient et de le guérir sans complications;
- de deux infirmiers (au minimum) :
- un infirmier circulant : il fait le lien entre « le stérile (personnel habillé stérilement et matériel stérile) et le non stérile (dispositifs médicaux non stériles et dispositifs médicaux stériles emballés) » et gère l'environnement opératoire ;
- un infirmier aide opératoire : en situation, il fait face au chirurgien et aide à la visualisation du puits opératoire et aux gestes techniques.

Selon la gravité de l'intervention, l'équipe peut se doter d'un infirmier instrumentiste. Habillé stérilement, il est l'interface entre l'infirmier circulant, le chirurgien et l'aide opératoire. Il va présenter les instruments au chirurgien ou à l'aide opératoire et gérer la table d'instrumentation.

Le rôle de ces infirmiers est de participer à l'acte chirurgical et de gérer les risques liés au patient, à l'acte chirurgical et à l'environnement opératoire.

Dans un bloc opératoire, ce sont les Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat (IBODE) qui exercent en priorité¹³. La réglementation autorise aussi les infirmiers (IDE) 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 mois¹⁴ centrée sur les actes opératoires et la gestion des risques au bloc opératoire en apportant des savoirs fondamentaux.
- Les infirmiers Diplômés d'Etat affectés au bloc opératoire sont formés « sur le tas », de façon empirique par mimétisme et par les IBODE, voire les IDE, qui acceptent de les former.

Il serait souhaitable que l'article R.4311-11 du code de la santé publique soit modifié ou plutôt différencié avec un article plus spécifique sur l'équipe opératoire telle qu'elle est préconisée dans le travail de réflexion mené par la DHOS et présidé par messieurs les professeurs Coriat et Guidicelli en 2005¹⁵.

La formation d'IBODE intègre la gestion des risques

Tous ces événements ne permettent pas de valoriser la formation alors que le rapport Berland en 2003 annonce une baisse de la démographie médicale et demande une valorisation des formations paramédicales. La formation devient une nécessité dans l'exercice au bloc opératoire du fait de l'évolution de la science et des technologies. La certification des établissements de santé démontre l'intérêt de gérer les risques dans la prise en charge du patient. Le manuel de certification V2010 consacre une référence complète à l'organisation des blocs opératoires. La gestion des risques fait partie intégrante de la

¹³ 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 ;

¹⁴ 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

¹⁵ Propositions des groupes de réflexion sur les équipes opératoires, présidés par Pr Coriat et Pr Guidicelli, octobre 2005, DHOS, Bureau E2, Qualité et sécurité des soins.

formation des infirmiers de bloc opératoire. Cette formation permet une prise en charge globale du patient dans la complexité organisationnelle qu'est le bloc opératoire.

Les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) n'intègrent pas de cours sur l'exercice infirmier en bloc opératoire. Plusieurs circulaires¹⁶ incitant à la formation d'infirmiers de bloc opératoire n'ont pas été appliquées, et ce dans les la plupart des établissements de santé.

Pour exemple, les Hospices Civils de Lyon se sont engagés dans une démarche de formation des infirmiers non IBODE travaillant au bloc opératoire, et ce, suite au constat suivant :

Le recrutement d'infirmiers spécialisés en bloc opératoire devenait de plus en plus difficile, (aux HCL, comme dans l'ensemble des établissements de santé en France) et l'encadrement des IDE nouvellement affectés en bloc opératoire est pratiquement impossible à réaliser, du fait de la pénurie d'IBODE. Ce constat est amplifié par les départs à la retraite. La direction générale des Hospices Civils de Lyon et le président de la Commission Médicale d'Etablissement ont mis en œuvre, dans le cadre d'une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences au bloc opératoire, une planification des formations IBODE pour les IDE nouvellement affectés en bloc opératoire, conformément aux différentes circulaires parues à ce sujet¹⁷.

*Ainsi, « l'arrivée de tout nouvel IDE sur un poste en bloc opératoire sera accompagnée d'un plan de formation, visant à leur permettre dans les trois ans, de préparer le concours d'entrée à l'école d'infirmier de bloc opératoire, si cette fonction leur convient. Dans le cas contraire, ces professionnels devront être affectés dans d'autres unités. Un contrat d'engagement à suivre la formation dans les trois ans sera signé »*¹⁸

Cette politique de formation a fait l'objet de communications du Coordonateur Général des Soins des HCL et de la directrice de l'école d'infirmiers de bloc opératoire des HCL, auprès des directeurs des groupements, des cadres supérieurs de santé et cadres de santé des blocs opératoires. Parallèlement, le Président de la Commission Médicale d'Etablissement a informé tous les chirurgiens chefs de service des groupements des HCL. Un dossier sur ce sujet (bilan, problématique et mise en œuvre du plan de formation) a été diffusé.

Un suivi de cette mise en œuvre est attendu : *« contrat d'engagement formalisé, accompagnement et engagement dans un dispositif préparatoire aux épreuves de sélection pour l'entrée en formation IBODE, calendrier de mise en œuvre... »*¹⁹.

Infirmier de bloc opératoire : une expertise à valoriser

Ces constats montrent que l'expertise des soins infirmiers en bloc opératoire est un élément essentiel dans la prise en charge des patients. L'infirmier de bloc opératoire est au centre de ce dispositif. Sa formation lui permet de garantir la qualité et la sécurité des soins aux patients qu'il prend en charge.

L'évaluation des pratiques professionnelles, la mise en place de la check-list « sécurité au bloc opératoire » publiée par la HAS renforcent encore la nécessité de gérer les risques inhérents à l'environnement opératoire. 6,5 millions d'interventions chirurgicales sont

¹⁶ Circulaire 2 août 1982, circulaire 7 décembre 1992, circulaire 26 juillet 1994, circulaire 4 septembre 1998

¹⁷ Circulaire du 2 août 1989, du 7 décembre 1992, du 26 juillet 1994, du 4 septembre 1998

¹⁸ Note de Monsieur le Directeur Général des HCL à l'attention de Mesdames et Messieurs les directeurs des Groupements hospitaliers Est, Edouard Herriot, Nord et Sud

¹⁹ Note de Monsieur le Directeur Général des HCL à l'attention de Mesdames et Messieurs les directeurs des Groupements hospitaliers Est, Edouard Herriot, Nord et Sud

réalisées chaque année en France. 60 000 à 95 000 événements indésirables graves (EIG) surviendraient dans la période péri-opératoire dont près de la moitié sont considérés comme évitables. La check-list, qui s'inscrit dans les évolutions organisationnelles et comportementales dans les projets d'établissement, vise à promouvoir la culture de sécurité au bloc opératoire. Le mode d'action repose sur le partage à voix haute des informations au sein de l'équipe et sur les vérifications croisées à chaque étape de l'intervention chirurgicale. La mise en place d'un comité de retour expérience permet de répertorier et de mémoriser certains événements présentant des enseignements afin qu'ils ne se reproduisent plus. Tout ceci place les infirmiers de bloc opératoire dans un rôle majeur d'organisation de ces mesures.

III - LES PERSPECTIVES

La réingénierie de la formation infirmière, la mise en place annoncée de l'accès au DEIBO par la validation des acquis de l'expérience a amené les professionnels infirmiers de bloc opératoire au travers de leurs associations à rédiger le référentiel métier de l'infirmier de bloc opératoire.

En 2009, les référentiels de compétences IDE et IBODE, écrits par le ministère de la Santé et des Sports avec les associations professionnelles et les syndicats, mettent en évidence la spécificité de l'exercice en bloc opératoire.

Compétences Infirmières Diplômé d'Etat (IDE)	Compétences de l'infirmier de bloc opératoire Diplômé d'Etat (IBODE)
1. Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier	1. Concevoir et mettre en œuvre des modes de prise en charge des personnes adaptés aux situations rencontrées en bloc opératoire
2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers	2. Analyser la qualité et la sécurité en bloc opératoire et en salle d'intervention et déterminer les mesures appropriées
3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens	3. Mettre en œuvre des techniques et des pratiques adaptées au processus opératoire
4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique	4. Mettre en œuvre des techniques et des pratiques adaptées à la chirurgie ostéo-articulaire
5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs	5. Mettre en œuvre des techniques et des pratiques adaptées à la chirurgie abdomino-pelvienne et vasculaire
6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins	6. Mettre en œuvre des techniques et des pratiques adaptées à la chirurgie vidéo-assistée et à la microchirurgie
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle	7. Organiser et coordonner les activités de soins liées au processus opératoire
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques	8. Rechercher traiter et produire des données professionnelles et scientifiques
9. Organiser et coordonner des interventions soignantes	
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation	

Au regard du référentiel de compétences infirmier, un IDE ne peut pas prendre en charge un opéré et exercer en bloc opératoire sans formation complémentaire.

Si les formations empiriques et académiques n'existent plus, pourra t'on encore parler de prise en charge de qualité du patient dans les blocs opératoires ? L'infirmier diplômé de bloc opératoire est un maillon indispensable dans la chaîne des soins, par sa formation, son exercice et ses recherches. Il est le seul professionnel en salle d'opération à posséder les connaissances théoriques et pratiques en hygiène, en technologie et en réglementation qui permettent de gérer les risques liés à ses activités.

Pour garantir la sécurité des opérés, les établissements de santé doivent continuer à se doter d'IBODE :

- formés avec des savoirs scientifiques et pratiques en lien avec les compétences recherchées, en préférence aux savoirs empiriques ;
- en quantité suffisante pour mener à bien la politique de qualité et de sécurité des soins prônée par le ministère de la Santé.

Les pratiques avancées en soins infirmiers intègrent la recherche, l'éducation, la pratique et l'organisation

Aujourd'hui, la définition de la « pratique avancée » n'est pas clarifiée. Des groupes travaillent actuellement sur ce sujet.

Pour le conseil international des infirmières, la pratique avancée²⁰, c'est :

« Une infirmière qui exerce en pratique avancée est une infirmière diplômée qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. »

La pratique avancée intègre la recherche, l'éducation, la pratique et l'organisation. Elle implique un haut degré d'autonomie professionnelle et repose sur le suivi individuel des patients. Elle fait aussi appel à des compétences élargies dans le domaine de l'évaluation clinique, de l'application du jugement clinique et du raisonnement diagnostique. Cela positionne le professionnel infirmier comme une ressource de première ligne pour les usagers.

Pour l'ONI, la pratique avancée est un partage de compétences, en aucun cas une délégation de tâches.

Avec le problème de la pénurie médicale, le rapport « Hôpital 2007 » introduit le concept de « compétences élargies », en France. « Libérer le médecin afin qu'il se centre sur le développement de son expertise ». « Infirmières à compétences élargies ». Le rapport d'étape du Pr Berland annonçait la création du métier d'infirmière clinicienne, le développement d'une filière universitaire avec un master de soins en deux parties, ainsi que des passerelles entre les spécialités cliniques.

²⁰ Réseau de pratique avancée, 2002

C'est pourquoi l'ONI a, dès sa création, annoncé son souhait de mettre en place une filière LMD, avec la reconnaissance d'un **diplôme** licence et master, et d'un **grade licence** et master.

Les professionnels infirmiers de bloc opératoire souhaitent tout d'abord un élargissement de leurs compétences au travers d'une évolution législative de l'article R4311-11²¹.

L'évolution de cet article permettrait une entrée dans le domaine de la pratique avancée au regard des référentiels activités, compétences et formation en cours de finalisation. Il relève d'un consensus professionnel de l'ensemble des organisations professionnelles. Il permet d'améliorer la qualité des soins tant sur le point de la prise en charge humaine et économique du patient. Il centre l'infirmier de bloc opératoire sur son cœur de métier.

De plus, le développement continu professionnel serait un moyen d'amener l'ensemble des infirmiers de bloc opératoire à un niveau égal.

Il reste la question de la coopération des professionnels de santé²² qui peut être un moyen de collaboration sachant qu'elle doit se faire sur le mode de la compétence partagée. La formation d'infirmier de bloc opératoire permet déjà une collaboration sur le mode de la compétence partagée. Il suffit aujourd'hui de mettre en place et de formaliser ce dispositif.

L'ONI souhaite, dans le cadre de cette réflexion, contribuer à :

- **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.
- **demander la suppression des 2 ans d'exercice obligatoire avant la formation,**
- **réactiver et formaliser la formation pour chaque professionnel** travaillant au bloc opératoire, comme le recommande la législation,
- **faire évoluer le Code de la santé publique,**
- **Contrôler l'exercice illégal²³ 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.

²¹ Proposition faite par les associations UNAIBODE ET AEEIBO

²² Communiqué presse ONI du 3 février 2010

²³ 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.

Composition du groupe de travail :

- Sylvain Carnel, IBODE CHU LILLE, CDOI59,
- Muriel Couturas, IBODE, Ch. Niort, CDOI 79,
- Aline Dequidt, Directeur EIBO Lille, Présidente de l'AEEIBO, CDOI59,
- Stéphanie Fournier, IBODE CH BOULOGNE, CDOI62,
- Dany Gaudalet, Cadre supérieure IBODE, Vice-présidente de l'UNAIBODE, CDOI
- Gwénola Gougeon, IBODE, CHU Nantes
- Marie-Pierre Guillaume, Directeur EIBO Lyon, CROI Rhône Alpes,
- Claudine Legray, IBODE, Polyclinique Val de Loire, Nevers,
- Marie-Christine Piedeloup, Formateur EIBO Salpêtrière, CDOI75,
- Christine Schons, Directeur EIBO Nancy,
- David Vasseur, Formateur EIBO Lille, Conseiller National, Rapporteur.