

CONTRIBUTION POUR LA PROFESSION IBODE



CIB

09/07/2020

Table des matières

1	LE BLOC OPERATOIRE	1
2	LE MÉTIER D'INFIRMIER DE BLOC OPÉRATOIRE	1
	2.1 En France	1
	2.2 L'infirmier de bloc opératoire dans le monde	2
3	STATUT DE L'INFIRMIER DE BLOC OPÉRATOIRE	4
	Rappel législatif	4
4	FORMATION PROFESSIONNELLE	6
	4.1 Rappel législatif	8
	4.2 Formation continue IBODE	9
	4.3 Formation IBODE en alternance (cf. ANNEXE I)	10
5	RÉMUNERATIONS	12
	5.1 Fonction Publique Hospitalière (FPH)	12
	5.2 Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)	14
6	PENIBILITE (Cf. ANNEXES II)	15
	6.1 Rappel législatif	15
	6.2 Rythme de travail	17
	6.3 Environnement physique agressif	17
7	IBODE : de la spécialisation à la Pratique Avancée	18
	7.1 Rôle propre en péri opératoire	21
	7.2 Rôle sur prescriptions	21
	7.3 Prescription médicale limitée	22
8	CONCLUSION	22
	ANNEXES	24
	ANNEXE 1 : Tableau références et activités IBODE	25
	ANNEXE 2 : Formation IBODE alternance	26
	ANNEXE 3 : La pénibilité au travail de l'IBODE et de l'IDE en bloc	29



1 LE BLOC OPERATOIRE

La haute autorité de santé donne cette définition : « *Le bloc opératoire est un secteur complexe, impliquant de nombreux intervenants, à risque pour la sécurité du patient*¹ ».

Le professeur Iradj GANDJBAKHCH, dans son rapport au nom de la Commission IX (Chirurgie – Anesthésiologie – Réanimation – Urgences) sur le bloc opératoire, parle du bloc opératoire comme d' « ... *une enceinte dédiée à des actes invasifs réalisés quelles qu'en soient la modalité et la finalité, en ayant recours aux équipements adéquats et regroupant toutes les compétences médicales et paramédicales requises pour assurer la sécurité des patients*² ».

2 LE MÉTIER D'INFIRMIER DE BLOC OPÉRATOIRE

2.1 En France

L'Infirmier.ère de Bloc Opératoire Diplômé.e d'Etat (IBODE) « *prend soin des personnes devant bénéficier d'interventions chirurgicales, endoscopiques et autres actes à visée diagnostique et/ou thérapeutique ;* » il/elle « *organise et réalise des soins et des activités en lien avec le geste opératoire, en pré, per et post interventionnel ;* » il/elle « *met en œuvre des mesures d'hygiène et de sécurité en tenant compte des risques inhérents à la nature des interventions et à la spécificité des patients, au travail en zone protégée, et à l'utilisation des dispositifs médicaux spécifiques* ».

Ils/elles « *interviennent au sein d'équipes pluridisciplinaires et dans toutes les disciplines chirurgicales en secteur opératoire, en endoscopie, en service de stérilisation et d'hygiène* »³.

L'infirmier de bloc opératoire est donc un infirmier spécialisé garant du respect des règles d'hygiène et de sécurité en salle d'intervention et dans tous les secteurs associés.

Assurer ce rôle et cette fonction nécessite des connaissances pointues dans des domaines aussi variés que l'anatomie, la physiopathologie, l'hygiène et la législation.

Travailler dans cet environnement aseptisé de haute sécurité et manipuler au quotidien des technologies et techniques médicochirurgicales de pointe requiert une grande rigueur, un

¹ https://www.has-sante.fr/jcms/c_2019468/en/prise-en-charge-au-bloc-operatoire

² <http://www.cclin-arlin.fr/nosopdf/doc09/0024616.pdf>

³ Fiche métier de la fonction publique hospitalière

sens aigu de l'organisation, un sang-froid et une capacité d'adaptation pour anticiper la survenue de situations critiques au court d'un acte chirurgical.

Le diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire s'obtient par une formation en école d'Infirmier de Bloc Opératoire ou par la Validation des Acquis de l'Expérience.

2.2 L'infirmier de bloc opératoire dans le monde

Au Canada⁴

La première assistance en chirurgie est définie par l'ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec (OIIQ) comme étant « *un ensemble d'actes médicaux invasifs ou à risques de préjudice réservés au médecin. Ils sont réservés à l'infirmière ou l'infirmier qui répond aux exigences et aux conditions énoncées dans le règlement sur certaines activités de première assistance chirurgicale pouvant être exercées par une infirmière* ».

L'Infirmière Première Assistante en Chirurgie(IPAC) peut exécuter sur ordonnance et en présence du chirurgien responsable de l'intervention :

- L'utilisation et l'installation de divers instruments et appareils chirurgicaux complexes et spécialisés à l'intérieur du site opératoire
- L'incision, la manipulation, la dissection et le prélèvement de tissus
- L'exécution de certaines étapes de la procédure chirurgicale à l'intérieur du site opératoire
- Le choix et l'utilisation des diverses méthodes d'hémostase en profondeur
- La suture des plans profonds de la plaie opératoire et les ligatures en profondeur.

L'ouverture et la fermeture cutanée peuvent être réalisées en autonomie à condition que le chirurgien soit présent dans l'établissement et disponible. Elle ne peut exercer qu'au bloc opératoire. C'est un diplôme de grade Master.

⁴ <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/premiere-assistance-en-chirurgie>

En Suisse⁵

L'Association Suisse des Infirmiers et Infirmières (ASI) définit l'Infirmière Diplômée dans le Domaine Opératoire (IDDO) comme « *une infirmière ayant achevé une formation post diplôme en cours d'emploi* ».

Au sein de l'équipe pluri professionnelle travaillant au bloc opératoire, elle est coresponsable des soins et de l'accompagnement individuel des patients, des mesures thérapeutiques et de l'infrastructure. Elle peut exercer dans différents secteurs : services opératoires, endoscopiques, d'urgences, salle de réveil, salle des plâtres, chirurgie ambulatoire, clinique de jour. La formation post-diplôme s'effectue sur 2 ans (4 semestres).

En Angleterre⁶

Le National Health Care (NHC) définit les praticiens en soins chirurgicaux (surgical care practitioner) comme des membres de l'équipe chirurgicale ayant pour principales responsabilités le soutien des chirurgiens et autres professionnels avant, pendant et après les interventions chirurgicales.

Ce sont des infirmiers en pratique avancée fournissant des soins chirurgicaux et cliniques tout au long du parcours patient. Ils interviennent en service de consultations externes, au bloc opératoire et en salle de surveillance post-interventionnelle.

Leur formation de niveau Master est supervisée par un chirurgien spécialiste et les autorise à réaliser des actes tels que :

- Participation aux conseils de bloc ;
- Évaluation clinique pré opératoire des patients ;
- Préparation des patients à la chirurgie (ponction veineuse, cathétérisme veineux...) ;
- Interventions sous la supervision directe d'un chirurgien : fermeture de plaie, prélèvement de veines, chirurgie du canal carpien ;
- 1^{er} ou 2^e assistant de chirurgie ;
- Visites quotidiennes en service, évaluation et élaboration de protocoles de soins post opératoire ;

⁵ https://www.sbk.ch/files/sbk/bildung/weiterbildungen/OP_fr/Profil_professionnel_OP.pdf

⁶ <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/medical-associate-professions/roles-medical-associate-professions/surgical-care-practitioner>

- Soins post chirurgicaux : évaluation des plaies, traitement et identification des problèmes et complications chirurgicales ;
- Évaluation de l'état d'un patient avant la sortie d'hospitalisation
- Formation des externes en chirurgie ;
- Prescription médicamenteuse...

3 STATUT DE L'INFIRMIER DE BLOC OPÉRATOIRE

Les prémices de la formation apparaissent dans la fin des années 40 avec la création d'écoles de panseuses à Paris, puis de panseuses - instrumentistes à Marseille.

Rappel législatif

Décret n°21 Mai 1971

Portant création du Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmière en Salle d'opération (CAFISO).

Circulaire du 02 Août 1989

Relative à la planification des besoins en formation, encourage les chefs d'établissement publics et privés à faciliter la formation, et à employer dans les blocs opératoires et les services de stérilisation des infirmiers.ères spécialisés.es.

Circulaire du 27 Juillet 1994

Précise la nécessité d'attribution des postes d'encadrement au bloc opératoire et en stérilisation à des IBODE.

Décret du 13 Janvier 1992

Création de la nomenclature « infirmier de bloc opératoire ».

Décret n°2015-74 du 27 janvier 2015

Relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers.ères de bloc opératoire :

Art. R. 4311-11-1. – L'infirmier ou l'infirmière de bloc opératoire, titulaire du diplôme d'État de bloc opératoire, est seul.e habilité.e à accomplir les actes et activités figurant aux 1 et 2 :

- I. Dans les conditions fixées par un protocole préétabli, écrit, daté et signé par le ou les chirurgiens :
 - a) Sous réserve que le chirurgien puisse intervenir à tout moment :

- L'installation chirurgicale du patient ;
 - La mise en place et la fixation des drains sus aponévrotiques ;
 - La fermeture sous-cutanée et cutanée ;
- b) Au cours d'une intervention chirurgicale, en présence du chirurgien, apporter une aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration ;
2. Au cours d'une intervention chirurgicale, en présence et sur demande expresse du chirurgien, une fonction d'assistance pour des actes d'une particulière technicité déterminée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Référentiel du 1er janvier 2017

Relatif aux compétences de l'infirmier.ère de bloc opératoire diplômé.ee d'état⁷ :

- Réalisation de soins et d'activités liés à l'intervention et au geste opératoire ;
- Réalisation de soins auprès d'une personne bénéficiaire d'une intervention
- Mise en œuvre et contrôle de mesures d'hygiène en bloc opératoire et secteurs associés
- Mise en œuvre de mesures de qualité et de sécurité au bloc opératoire et dans les secteurs associés
- Gestion des équipements, de dispositifs médicaux et de produits au bloc opératoire et secteurs associés ;
- Transmission d'information, organisation, planification en bloc opératoire ;
- Formation et information des équipes pluridisciplinaires et des stagiaires au bloc opératoire et dans les secteurs associés ;
- Réalisation de travaux de veille professionnelle et de recherche, formation personnelle spécifique aux activités péri-opératoire.

Décret n°2019-678 du 28 juin 2019

Relatif aux conditions de réalisation de certains actes professionnels en bloc opératoire par les infirmiers.ères et portant report d'entrée en vigueur de dispositions transitoires sur les infirmiers.ères de bloc opératoire, les IDE exerçant au bloc opératoire, par la délivrance d'une autorisation temporaire, peuvent continuer à exercer les 3 actes mentionnés au point 1 – b) de l'article R. 4311-11-1.

⁷ <https://metiers.anfh.fr/metiersanfh/genpdf/563/fiche-Infirmier%28%C3%A8re%29%20de%20bloc%20op%C3%A9ratoire%20%28IBODE%29.pdf>

L'iniquité de ce décret représente un réel préjudice pour la spécialisation IBODE et pour toutes les infirmières et tous les infirmiers qui n'étaient pas éligibles à ce moment et dont l'expérience les rendait plus légitimes que des infirmiers avec à peine 1 an d'exercice en bloc opératoire.

En l'état actuel des choses, le dispositif des mesures dites transitoires, qui serait assujéti à une formation complémentaire de 56h autorisant les infirmiers.ères. en bloc opératoire à exercer une partie des actes exclusifs IBODE, dissuadera les employeurs déjà réfractaires à envoyer les infirmiers.ères. en demande de formation.

C'est pour cela que le CIB demande **que les mesures transitoires soient supprimées, et remplacées** par une formation en alternance pour toutes les infirmières et tous les infirmiers avec plus de 5 ans d'ancienneté, le temps de permettre d'atteindre le quota nécessaire d'IBODE pour aboutir à l'exclusivité de fonction.

4 FORMATION PROFESSIONNELLE

La formation professionnelle est « *le processus d'apprentissage qui permet à une personne d'acquérir le savoir et les savoir-faire (compétences et expériences) nécessaires à l'exercice d'un métier ou d'une activité professionnelle.* »

La formation professionnelle est accessible par :

- Le plan de formation de l'entreprise qui permet à l'employeur de remplir son obligation de formation à l'égard des employés ;
- Le congé pour formation à l'initiative du salarié ou des agents publics qui permet de s'absenter de son poste de travail pour suivre une formation, mettre en œuvre une validation des acquis de l'expérience...

Au 1^{er} Janvier 2019, la DRESS évalue à environ 9899 le nombre d'IBODE en exercice. Il est difficile de trouver des chiffres précis car les outils de recensement ne sont malheureusement ni probants, ni efficaces.

Depuis une quinzaine d'années, la dégradation des conditions de travail, la dévaluation des rémunérations et l'impossibilité d'évoluer professionnellement découragent les professionnels infirmiers tous secteurs confondus.

Avec une forte charge de travail, un environnement stressant, des rythmes de travail intenses et soutenus, d'énormes responsabilités et des salaires peu attractifs, le bloc opératoire ne déroge pas à la règle et souffre d'un turn-over important.

Cette situation met en péril le maintien des compétences, le respect des bonnes pratiques professionnelles, des obligations légales et des exigences de sécurité que requiert ce service.

Les personnes ressources, infirmiers de bloc opératoire diplômés et infirmiers de soins généraux avec expérience ne peuvent plus former et encadrer les nouveaux arrivants selon les règles régies par le bloc, face à l'intensification des activités, au manque de temps pour la prise en charge de leur collègue et une profonde démotivation face à la non-reconnaissance de la profession qui est complètement dévaluée.

Le développement des technologies et la technicité de cet environnement en perpétuelle mutation nécessite un long apprentissage sur plusieurs années. Or, propulser les jeunes recrues en salle d'intervention trop rapidement les met en grandes difficultés et est un facteur non négligeable de stress au travail.

Les infirmiers.ères. en bloc ne souhaitent pas seulement être compétents, **ils ont aussi le droit d'accéder à des formations spécifiques** pour développer la réflexivité et l'expertise qui leur permettront d'appréhender n'importe quelle situation.

Afin d'assurer un équilibre entre polyvalence et spécialisation des ressources humaines, il est important de mettre en place une formation en alternance diplômante pour résorber les Infirmiers ayant acquis expérience et compétences.

Le CIB, après consultation et concertation auprès des professionnels de terrain, propose une alternative transitoire et ponctuelle à la formation en école pour augmenter rapidement et de manière significative le nombre de professionnels infirmiers spécialisés en bloc opératoire⁸.

L'objectif est de faciliter plus encore la qualification de l'ensemble des infirmiers qui seront désormais affectés en bloc opératoire.

⁸ CF. Annexe pg. 29

La réingénierie de la formation est amorcée et traîne depuis 2008 et les professionnels IBODE espèrent qu'elle rentrera enfin en vigueur pour la rentrée 2021.

4.1 Rappel législatif

Circulaire DGS/PS 3/DH/FH 3 n° 98-566 du 4 septembre 1998

Relative aux infirmiers affectés dans les blocs opératoires en rapport avec les dispositions de **l'article 6 du décret n° 93-345 du 15 mars 1993** qui prévoit que les activités au sein d'un bloc opératoire en tant que panseur, aide opératoire ou instrumentiste, sont exercées en priorité par un infirmier titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire.

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 fixe la durée de la formation à 18 mois.

décret n° 2004-802

Réglementant la profession infirmière au travers de **l'article R. 4312-10** : «... *l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles...* ».

La formation est donc un droit mais surtout une obligation pour tous les infirmiers.ères.

Arrêté du 24 février 2014

Relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire

Article L. 6321-1 du Code du travail,

Dans le secteur privé, **obligation pour l'employeur d'organiser la formation de ses salariés dans les cas suivants :**

- **Tout au long de l'exécution des contrats de travail :** l'employeur a le devoir d'assurer l'adaptation des salariés à leur poste de travail. Il veille également au maintien de leur capacité à occuper un emploi, au regard notamment de l'évolution des emplois, des technologies et des organisations.

À l'occasion de son embauche, **le salarié est informé qu'il bénéficie tous les deux ans d'un entretien professionnel avec son employeur consacré à ses perspectives d'évolution professionnelle.**

Cet entretien ne porte pas sur l'évaluation du travail du salarié mais est consacré aux perspectives d'évolution professionnelle du salarié, notamment en termes de qualifications et d'emploi.

Article L. 6315-1 du Code du travail.

Tous les six ans (l'ancienneté du salarié dans l'entreprise), **entretien professionnel faisant un état des lieux récapitulatif du parcours professionnel du salarié** dans le secteur privé.

4.2 Formation continue IBODE

« *La formation continue désigne la formation suivie par des personnes ayant terminé leurs études initiales*⁹. » Institut nationale de la statistique et des études économiques.

Elle permet par exemple à un infirmier de soins généraux de développer ses compétences en se formant à de nouvelles méthodes et en actualisant ses connaissances pour devenir infirmier de bloc opératoire diplômé car, les compétences acquises au fil des ans par les infirmiers.ères expérimentés.es au bloc opératoire nécessitent d'être approfondies par des connaissances formelles et académiques.

L'apprentissage théorique est une dimension indispensable pour compléter la formation de terrain. La dénégation de cette réalité freine et empêche la pleine et entière reconnaissance de la spécialité d'infirmier de bloc opératoire et de son expertise.

Le roulement des effectifs infirmiers au sein des blocs opératoires publics et privés dénotent un profond malaise et mal-être au travail qui ne permet plus d'avoir du personnel formé correctement car le besoin de rendement ne favorise pas une formation empirique de qualité. Les savoirs sont dilués et parfois sources d'erreurs.

Le Collectif Inter-Blocs demande :

- **L'universitarisation de la formation d'infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat pour 2021** avec un passage en 24 mois de la dite formation et une reconnaissance au grade master 2 repoussée régulièrement depuis 2008 dans le cadre du projet de réingénierie.
- **L'obligation pour les infirmiers de soins généraux** après 1 année d'exercice au bloc opératoire de **s'engager dans le cursus universitaire** et celle des **employeurs publics et privés de former son personnel;**

⁹ <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1101>

- La **mise en place** et le **suivi d'une enquête annuelle** adressée aux établissements pour suivre et superviser un **cahier de charge de formation** et de qualification des infirmiers de soins généraux travaillant au bloc opératoire.

Cette vérification de l'engagement des employeurs pourra être effectuée par l'Ordre National des Infirmiers, l'Agence Régionale de Santé ou la Direction Générale de l'Offre de Soins ;

- Que la présence d'IBODE soit un critère de qualité lors de la certification des blocs opératoires ;
- De requalifier la Validation des Acquis de l'Expérience en **Validation des Acquis Professionnels** dans le cadre de l'universitarisation, et de mettre en application des principes tels que l'andragogie, l'accompagnement et la démarche réflexive pour guider les professionnels engagés dans cette démarche ;
- La **reconnaissance du bloc opératoire comme lieu de stage obligatoire** (4 semaines) du cursus des étudiants en soins infirmiers.

Nous envisageons la **formation en alternance** comme une **alternative complémentaire** à la **formation continue** en école d'IBODE, pilier fondamental de ce dispositif, qui reste l'idéal pour tous les infirmiers.ères. avec très peu d'expérience.

Cet aménagement ponctuel vise à résorber les effectifs d'infirmiers de soins généraux afin qu'à terme il n'y ait que des infirmiers spécialisés en exercice au sein des blocs opératoires.

4.3 Formation IBODE en alternance (cf. ANNEXE I)

L'infirmier.ère. compétent.e. maîtrise certains domaines, mais c'est l'enseignement qui lui permet de gagner en efficacité et organisation. Les connaissances acquises pour ne parler qu'en matière d'hygiène hospitalière et de gestion des risques infectieux, lui garantissent d'appréhender n'importe quelle situation de crise avec sérénité et efficacité, et cela devient incontournable avec le covid-19 et les années à venir.

Il est donc indispensable d'instaurer, pour les professionnels déjà en poste, une dynamique constante où l'apprentissage serait uniformisé avec un plan de formation contractuel engageant l'employeur et le professionnel. La formation étant à charge de l'employeur.

Le Collectif Inter-Blocs a élaboré plusieurs plans de formation qui pourraient permettre de former un maximum d'infirmiers en bloc sur les dix prochaines années.

Ces propositions permettront aux employeurs d'envoyer un.e infirmier.ère. différent.e. se former sur de courtes périodes (1 mois par an maximum) réduisant ainsi la problématique de l'absentéisme et le coût de la formation. Le personnel ainsi formé ferait bénéficier à ses collègues de la plus-value acquise créant une dynamique qui renforcerait la cohésion d'équipe en optimisant et en rentabilisant de fait la prise en charge du patient.

Les infirmiers.ères. de soins généraux officiant dans les blocs sont en demande d'une formation adaptée, il est donc temps de trouver les moyens d'accéder à ce souhait, car in fine les bénéfices de la formation permettent :

- aux professionnels une reconnaissance de leur implication et de leur expertise,
- aux établissements des économies de matériels et de moyens,
- aux praticiens d'avoir une vraie collaboration avec du personnel pluridisciplinaire formé.

L'objectif final de tout ce processus étant le profit des patients qui sont au cœur de nos préoccupations à tous. La formation est donc un droit mais surtout une obligation pour tous les infirmiers.ères.

Cette formation sera adaptée aux infirmiers en bloc en fonction de leur expérience au bloc opératoire et personnalisée afin qu'ils/elles puissent tous bénéficier à terme d'une formation complète et diplômante portant au moins sur les chirurgies socles telles que : ostéoarticulaire, viscéral (urologie – gynécologie – digestif), vasculaire, maxillo-facial, OPH et/ou ORL, endoscopie chirurgicale.

La formation théorique de 904h (26 semaines ou 6 mois 1/2) et la formation pratique de 24 semaines de stage (6 mois) nécessiteront une actualisation avec l'avènement de **l'universitarisation**.

Le parcours VAP IBODE sera complémentaire aux divers modes de formation proposés pour accélérer le processus d'obtention du diplôme.

Ces propositions de formations ne sont qu'une esquisse de la faisabilité pour l'obtention du DE. Elles sont assorties de formations pratiques et de savoirs (être, faire...) théoriques indispensables pour prétendre à l'obtention du diplôme. Les modalités restent à déterminer avec les formateurs d'école IBODE pour une mise en place pérenne.

Les années d'expérience effectuées sont calculées sur la base d'un temps-plein soit 1607H / an à justifier. Par expérience il est entendu que les infirmiers exercent sur des blocs pluridisciplinaires avec au minimum 5 spécialités socles. Après avoir suivi la théorie de chaque compétence l'infirmier retourne sur son lieu d'exercice et des stages pourront être demandés pour compléter la formation manquante.

Ces propositions rentreraient dans le cadre de la formation continue avec possibilité d'utiliser le CPF (Congé Professionnel de Formation) conformément à la **Loi du 5 septembre 2018** pour la liberté de choisir son avenir professionnel.

5 RÉMUNERATIONS

La Haute Autorité de Santé définit le bloc opératoire comme «un secteur complexe, impliquant de nombreux intervenants, à risque pour la sécurité du patient¹⁰.»

C'est un service de haute technologie et de haute technicité qui nécessite de mobiliser des compétences communes à toutes les infirmières et tous les infirmiers mais également spécifiques aux infirmiers et infirmières y travaillant.

Le Collectif Inter-Blocs milite pour une reconnaissance de la spécialisation d'infirmier de bloc opératoire et demande que soit créée une grille salariale linéaire avec un bornage indiciaire en adéquation avec le diplôme Bac +5.

5.1 Fonction Publique Hospitalière (FPH)

Dans la fonction publique, nous demandons la création d'une grille unique spécifique IBODE en grade 3 dans la continuité des grilles de grades 1 et 2 des ISGS.

¹⁰ https://www.has-sante.fr/jcms/c_2019468/en/prise-en-charge-au-bloc-operatoire

La rémunération des IBODE doit être fixée en fonction de leur niveau d'études, de leurs compétences, de leurs responsabilités, de leurs expertises, des contraintes et des pénibilités rencontrés lors de leur exercice professionnel :

- Une Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) de 30 points
- Une augmentation de 23 points de l'indice majoré tous les 2 ans pour atteindre 1115 points en fin de carrière.
- La reconnaissance de la pénibilité par le biais d'un départ à la retraite à 57 ans sans décote avec abrogation des termes actifs et sédentaires
- La catégorie des IBODE dites en voie d'extinction doivent bénéficier de la même grille que celle proposée ci-dessous avec bascule échelon pour échelon et ce sans attendre.

<i>Échelon</i>	Année d'ancienneté de diplôme	Indice majoré	Brut mensuel hors NBI et prime
<i>1</i>	1 – 2	655	3069.35
<i>2</i>	3 – 4	678	3177.12
<i>3</i>	5 – 6	701	3284.90
<i>4</i>	7 – 8	724	3392.68
<i>5</i>	9 – 10	747	3500.46
<i>6</i>	11 – 12	770	3608.24
<i>7</i>	13 – 14	793	3716.02
<i>8</i>	15 – 16	816	3823.80
<i>9</i>	17 – 18	839	3931.57
<i>10</i>	19 – 20	862	4039.35
<i>11</i>	21 – 22	885	4147.13
<i>12</i>	23 – 24	908	4254.91
<i>13</i>	25 – 26	931	4362.69
<i>14</i>	27 – 28	954	4470.47
<i>15</i>	29 – 30	977	4578.25
<i>16</i>	30 - 31	1000	4686.02
<i>17</i>	32 – 33	1023	4793.79
<i>18</i>	34 – 35	1046	4901.57
<i>19</i>	36 – 37	1069	5009.35
<i>20</i>	38 – 39	1092	5117.13
<i>21</i>	40 – 41	1115	5224.90

5.2 Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)

Dans un souci d'équité, les salaires des infirmiers en bloc et des infirmiers de bloc salariés.ées du secteur privé seront alignés à ceux proposés dans la fonction publique hospitalière (grade 2 ISG pour les IDE en bloc et le grade 3 IBODE pour les IBODE) à savoir :

- La classification au grade de Technicien Hautement Qualifié grade b (THQ-b) pour les IBODE .

Proposition de grille THQ – b (Le point d'indice utilisé comme base est fixé à 7.05).

<i>Coefficient</i>	Année d'ancienneté de diplôme	Brut mensuel hors RAG et prime
429	1 – 2	3024.45
444	3 – 4	3130.20
459	5 – 6	3235.95
474	7 – 8	3341.70
489	9 – 10	3447.45
504	11 – 12	3553.20
519	13 – 14	3658.95
534	15 – 16	3764.70
549	17 – 18	3870.45
564	19 – 20	3976.20
579	21 – 22	4081.95
594	23 – 24	4187.70
609	25 – 26	4293.45
624	27 – 28	4399.20
639	29 – 30	4504.95
654	30 - 31	4610.70
669	32 – 33	4716.45
684	34 – 35	4822.20
699	36 – 37	4927.95
714	38 – 39	5033.70
729	40 – 41	5139.45

- Pour les infirmiers inscrit en parcours VAE et ayant réussi 1 ou plusieurs compétences, le CIB propose un salaire basé sur la ligne Technicien Hautement Qualifié grade a (THQ-a).

Proposition de grille THQ – a (Le point d'indice utilisé comme base est fixé à 7.05).

<i>Coefficient</i>	Année d'ancienneté de diplôme	Brut mensuel hors RAG et prime
309	1 – 2	2178.45
324	3 – 4	2284.20
339	5 – 6	2389.95
354	7 – 8	2495.70
369	9 – 10	2601.45
384	11 – 12	2707.20
399	13 – 14	2812.95
414	15 – 16	2918.70
429	17 – 18	3024.45
444	19 – 20	3130.20
459	21 – 22	3235.95
474	23 – 24	3341.70
489	25 – 26	3447.45
504	27 – 28	3553.20
519	29 – 30	3658.95
535	30 - 31	3771.75
550	32 – 33	3877.50
565	34 – 35	3983.25
580	36 – 37	4089
595	38 – 39	4194.75
610	40 – 41	4300.50

Enfin, le Collectif Inter-Blocs demande également :

- Une hausse immédiate de 300 € nets mensuels pour les Infirmiers.ères de Soins Généraux notamment ceux (ISG) exerçant dans les blocs opératoire publics et privés ;
- La valorisation des Diplômes Universitaires (DU) à raison de 120 € nets par DU
- Que la Rémunération Annuelle Garantie (RAG) et autres primes spécifiques à chaque établissement privé continuent à être versées aux infirmiers.ères en bloc et aux IBODE salariés.es.

6 PENIBILITE (Cf. ANNEXES II)

6.1 Rappel législatif

« Toute entreprise doit prévenir la pénibilité au travail. Lorsqu'un salarié est exposé à des facteurs de risques professionnels au-delà de certains seuils, l'employeur doit établir une

déclaration. Le salarié bénéficie alors d'un compte professionnel de prévention (C2P) sur lequel il peut accumuler des points. »¹¹

« le Code du travail prévoit une obligation générale de sécurité qui incombe à tout employeur. À ce titre, il doit évaluer et prévenir l'ensemble des risques professionnels auxquels sont exposés les salariés. Lorsque les mesures de prévention se révèlent insuffisantes, certains risques sont facteurs de pénibilité. Au-delà de certains seuils d'exposition, la loi prévoit la mise en place d'actions spécifiques et instaure des mécanismes de compensation au bénéfice des salariés concernés. »¹²

Le bénéfice du compte pénibilité tel que prévu par l'[article L. 4162-1 du Code du travail](#) est donc réservé :

- Aux salariés des employeurs de droit privé ;
- Au personnel de la fonction publique employé dans les conditions du droit privé (contractuels de la FHF)

Le 10 Février 2019, le Syndicat National des Professionnels Infirmiers publiait dans un article : « **L'abandon prématuré de la profession est lié à :**

- **la faible attractivité salariale** : début de carrière à 1450 euros net, pour une profession à bac+3 (depuis 1979) avec un grade Licence (depuis 2009)
- **la non-reconnaissance des contraintes** (prime de nuit à 1,07 brut de l'heure, WE à 45 euros brut, ...)
- **la charge de travail doublée en 10 ans** (réduction de la durée moyenne de séjour, alternatives à l'hospitalisation, font que des malades de plus en plus lourds restent un minimum de temps)
- **des contraintes horaires** ou des difficultés du logement
- **le manque de remplacement** des collègues absentes (congés, maladie, formation) avec des **rappels sur repos**, le fractionnement des congés,...

Mais si les infirmières renoncent à cette profession qu'elles ont choisie, c'est, in fine, parce qu'elles ne retrouvent pas les possibilités d'exercer en accord avec leur formation...¹³ »

¹¹ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F15504>

¹² <http://www.inrs.fr/demarche/penibilite/ce-qu-il-faut-retenir.html>

¹³ <https://www.syndicat-infirmier.com/Infirmiers-30-des-nouveaux-diplomes-abandonnent-dans-les-5-ans.html>

Plusieurs items évoqués peuvent être pris en compte dans la pratique infirmière au bloc opératoire : les risques biologiques, chimiques, liés aux agents physiques, les horaires atypiques, les Risques Psycho-Sociaux, et les Troubles Musculo Squelettiques.

6.2 Rythme de travail

Exemples au bloc :

- Horaires postés : travail de jour mixé au travail de nuit (astreintes),
- Repos compensatoires non systématiques après une astreinte,
- Travail le week-end et les jours fériés,
- Travail en équipe pluri disciplinaires,
- Urgences médico-chirurgicales, contraintes de temps interrompant le programme chirurgical
- Polyvalence...

6.3 Environnement physique agressif

Exemples au bloc :

- Mobilisation importante des patients lors des transferts sur les tables opératoires (lit – brancard – table opératoire -brancard - lit) et installations chirurgicales spécifiques
- Manutentions importantes lors de la préparation du matériel de chirurgie, des ancillaires, des containers...
- Installation et agencement de la salle opératoire en pré opératoire (amplificateur de brillance entre 235 et 255 kg, écran d'amplificateur de brillance 97 kg, colonne de cœlioscopie environ 50 kg, microscope, phacoémulsificateur environ 107 kg...); déplacement en per opératoire si besoin.
- Montage et démontage des tables opératoires et de leurs équipements lors d'enchaînements de plusieurs chirurgies avec des postures différentes
- Maintien de postures physiques contraignantes et utilisation de force mécanique adaptée au geste chirurgical sur de longues durées.
- Port du matériel de protection lourd et contraignant (tablier de plomb) ...

a) Exposition à des agents chimiques et biologiques

- **Les fumées chirurgicales¹⁴ :**

L'utilisation de sources de chaleur ou d'ultrasons (appareils électro chirurgicaux, laser) expose les opérateurs aux produits de pyrolyse.

Concernant les fumées chirurgicales, le risque sanitaire englobe des caractéristiques telles que la toxicité, la nocivité, et l'exposition dans le temps.

¹⁴ IRNS, DMT, Fumées chirurgicales, TC 137.

- **Les agents chimiques dangereux (ACD)**

- Acide per acétique utilisé lors de la désinfection à froid dans des conditions souvent non réglementaires (absences de hotte...);
- Exposition aux gaz anesthésiants, aux traitements médicamenteux toxiques administrés dans le champ opératoire ;
- Utilisation quotidienne de produits détergents-désinfectants ;
- Manipulation du formol pour la fixation de pièces opératoires ;
- Exposition aux différents liquides biologiques contaminés par des charges virales, bactériennes, parasitaires, fongiques lors de contacts avec des patients porteurs de maladies particulièrement dangereuses (SARS-CoV-2, tuberculoses, HIV, HC, HB...);
- AES lors de l'utilisation d'objets coupants, piquants et tranchants...

b) Les risques environnementaux :

- Exposition aux rayons ionisants lors de certaines chirurgies,
- Exposition aux lumières opératoires et utilisation prolongées d'écrans...
- Travail à la lumière artificielle et en pièces aveugles...

c) Le bruit :

Exemples au bloc¹⁵ :

- Ouverture d'un sachet papier 70 dB (A)
- Bruits d'instruments chirurgicaux 75-85 dB (A)
- Aspiration 75-80 dB (A)
- Brassard automatique de tensiomètre 45-50 dB (A)
- Alarme de fréquence cardiaque 75 dB (A)
- Alarme d'oxymétrie de pouls 60-70 dB (A)
- Bruits de conversation 66-72 dB (A)
- La chute d'un récipient en acier inoxydable peut générer un bruit de 108 dB (A)
- Le débranchement des gaz muraux 98 dB (A)
- Le déplacement des chariots 75 dB (A)

7 IBODE : de la spécialisation à la Pratique Avancée

L'infirmier de bloc opératoire est un infirmier avec spécialisation qui lui permet d'être redéployé sur divers services techniques en fonction de la demande d'urgence.

¹⁵ Journées d'Enseignement Post Universitaire, Paris, C.R.I., 2000, Le confort de l'opéré. p127-141.

Ainsi lors du SAR-COV-2, les infirmiers de bloc opératoire ont apporté leur aide en réanimation (maîtrise des postures décubitus et procubitus avec manutention des patients dans le respect des règles de sécurité, maîtrise des techniques d'assistance extracorporelle (pose et retrait d'ECMO), maîtrise des techniques d'habillage et de déshabillage en vue de protéger le personnel d'auto contaminations), aide à l'intubation et extubation des patients... Tout en poursuivant les prises en charge chirurgicales urgentes des patients dont bon nombre d'ailleurs étaient positifs au COVID-19.

L'infirmier de bloc opératoire analyse et évalue toutes les situations afin de garantir la qualité des soins et la sécurité des patients.

Ainsi lors d'attentats, de catastrophes naturelles ou provoquées, les infirmiers de bloc opératoire ont pu apporter leur expertise dans les services d'urgences en participant au tri des patients grâce à ses notions d'urgences relatives, absolues ou différées et de procéder aux orientations nécessaires à la prise en charge du patient.

L'infirmier de bloc est en capacité d'effectuer sur protocoles des sutures de plaies, et sa formation en gypsothérapie, lui permet la mise en place des traitements orthopédiques prescrits pour immobiliser un membre fracturé (attelles, plâtres circulaires parfois très complexes).

Le **décret N° 2019-836 du 12 août 2019** encore appelé loi de modernisation du système de santé pose le cadre juridique de « la pratique avancée » pour les auxiliaires médicaux notamment infirmiers.

Le Conseil International des Infirmiers (CII) indique que « *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* ».

Ce décret propose trois axes englobant cette pratique avancée :

- Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage
- Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique
- Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.

Un infirmier de bloc opératoire est un professionnel infirmier, jouissant de toutes les prérogatives inhérentes à cette profession, qui se spécialise afin d'exercer dans un environnement spécifique : le bloc opératoire ou « un secteur associé » (radiologie interventionnelle, stérilisation, EOH...).

Avec la pratique avancée, les professionnels infirmiers de bloc peuvent élargir leurs compétences aussi bien dans le champ clinique que pratique.

La fonction de l'infirmier spécialisé au bloc opératoire exige déjà de réaliser des activités et de mobiliser des compétences techniques, technologiques, organisationnelles et relationnelles simultanément de façon efficiente. Elle nécessite des connaissances approfondies en :

- Anatomie (processus pathologique, obstructif, traumatique...);
- Techniques chirurgicales ;
- Environnement technologique des blocs opératoires,
- Matériels et matériaux utilisés lors des actes invasifs et des interventions chirurgicales ;
- Hygiène en bloc opératoire et secteurs associés.

Au regard de toutes les compétences et connaissances inhérentes au métier d'IBODE, le Collectif Inter-Blocs milite pour la reconnaissance plénière de leur expertise.

Une fois formés.ées, les infirmiers.ères de bloc opératoire pourront renouveler, adapter voire prescrire des traitements antalgiques de pallier I et des examens à visées diagnostiques ; assurer une surveillance clinique des patients en péri opératoire, mener des actions de santé publique en collaboration avec d'autres collègues infirmiers en pratique avancée et réaliser des actes de chirurgie.

Le Collectif Inter-Blocs milite pour l'élargissement des compétences et l'accès à la pratique avancée IBODE avec une attribution de missions et de gestes spécifiques.

7.1 Rôle propre en péri opératoire

Les infirmiers.ères de bloc opératoire sont l'interface entre les services, le bloc et les différents intervenants.

C'est pour cela que le Collectif Inter-Blocs demande :

- La reconnaissance de leur participation aux diverses activités dans le processus de prise en charge du patient : démarche de soins infirmiers du patient opéré comme cela s'effectue à l'étranger (Canada, Suisse, États-Unis...) et dans certains établissements en France ;
- La mise en place de consultations IBODE préopératoires pour anticiper et rectifier d'éventuels dysfonctionnements : vérification de la complétude du dossier, des bilans et des examens préopératoires ; information au patient sur les conditions de sa prise en charge, éducation thérapeutique préopératoire du patient opéré ;
- La mise en place de consultation IBODE post-opératoire pour assurer un suivi personnalisé avec délivrance des recommandations sur les conditions de sortie, consignes au patient et à l'entourage, éducation thérapeutique post-opératoire du patient opéré;
- Pour la chirurgie ambulatoire : validation des critères de mise à la rue et score de Chung pour la sortie des patients, préconisation et prise en charge spécifique avec suivi post-opératoire et délivrance de consignes.

7.2 Rôle sur prescriptions

L'IBODE apporte d'ores et déjà une aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration au cours d'une intervention chirurgicale ; réalise sur prescription ou protocole médical des soins encadrés par le décret du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire :

- L'installation chirurgicale du patient ;

- La mise en place et la fixation des drains sus-aponévrotique ;
- La fermeture sous-cutanée et cutanée ;

Il peut également exercer la fonction d'assistant de chirurgie pour des actes d'une haute technicité.

En sus de ces compétences, les IBODE revendiquent l'accès à des missions complémentaires à réaliser sur prescriptions médicales à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment.

Ces gestes chirurgicaux seront délégués sous couvert de protocoles en collaboration directe avec les opérateurs :

- Injection d'analgésique locaux lors de certains actes qui seront préalablement définis (infiltration de cicatrices, exérèse cutanée, pose de chambre implantable...)
- Réfection de pansements simples de type VAC et changement de pansement sous sédation
- Ablation simple de matériel d'ostéosynthèse
- Pose de traction orthopédique
- Prélèvement de saphènes
- Pose de chambre implantable
- Évacuation et drainage d'abcès et d'hématomes simples avec prélèvements
- Biopsies et exérèses simples

7.3 Prescription médicale limitée

Le Collectif Inter-Blocs demande que les infirmiers de bloc soient autorisés à prescrire des dispositifs médicaux utilisés couramment pour prévenir et lutter contre les risques thromboemboliques, les œdèmes et la douleur (bas de compression, les masques réfrigérants, les vessies de glace, le vêtement compressif...).

8 CONCLUSION

Pour résumer plutôt que conclure, nous, IDE en bloc opératoire et IBODE, demandons expressément que nos requêtes légitimes soient enfin écoutées et ce dans le but de pérenniser et améliorer notre collaboration avec tous les acteurs du bloc opératoire.

Une prise en charge optimale et sécuritaire des patients étant la clé de voute de notre cœur de métier.

Depuis des décennies la spécialisation d'infirmier de bloc opératoire peine à être reconnue statutairement, il est donc devenu primordial de réviser pour certains et faire appliquer pour d'autres les décrets et arrêtés qui mettent à mal notre profession.

L'accès à la spécialisation doit être une obligation et doit donc être facilité pour satisfaire au haut niveau de compétence qu'exige notre fonction et sa future évolution liée entre autre à la chirurgie robotique par exemple, qui fait de l'IBODE le seul présent au plus près du patient.

Nous aspirons à évoluer rapidement vers la pratique avancée dont nous remplissons par ailleurs tous les critères.

L'intérêt de notre spécialité dans un parcours de soin opératoire n'est plus à démontrer. Cette crise récente a mis en exergue toutes les qualités, les compétences et la solidarité de notre profession.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Tableau des compétences s et des activités du référentiel
IBODE

	Compétences	Activités
1.	Concevoir et mettre en œuvre des modes de prise en charge des personnes adaptés aux situations rencontrées en bloc opératoire	Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire
2.	Analyser la qualité et la sécurité en bloc opératoire et en salle d'intervention et déterminer les mesures appropriées	Elaboration et mise en œuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés
3.	Mettre en œuvre des techniques et des pratiques adaptées au processus opératoire	Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention
4.	Mettre en œuvre des techniques et des pratiques adaptées à la chirurgie ostéo-articulaire	Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés
5.	Mettre en œuvre des techniques et des pratiques adaptées à la chirurgie abdomino-pelvienne et vasculaire	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.
6.	Mettre en œuvre des techniques et des pratiques adaptées à la chirurgie vidéo-assistée et à la microchirurgie	
7.	Organiser et coordonner les activités de soins liées au processus opératoire	
8.	Rechercher traiter et produire des données professionnelles et scientifiques	

ANNEXE 2 : Formation IBODE alternance

La formation en alternance sera adaptée aux infirmiers.ères. en bloc en fonction de leurs expériences. au bloc opératoire et personnalisée afin qu'ils/elles puissent tous.tes. bénéficier à terme d'une formation complète portant au moins sur les chirurgies basiques telles que : ostéoarticulaire, viscéral (urologie-gynécologie-digestif), vasculaire, maxillo-facial, endoscopie chirurgicale, OPH et/ou ORL.

Nous rappelons que les compétences validées le sont à vie ; que la formation théorique est de 904h soit 26 semaines ou 6 mois ½ et la formation pratique de 24 semaines de stage ou 6 mois.

Compétences	Heures théoriques	Semaines	Heures de stages	Semaines	Tarifs indicatifs ¹⁶
1	70 h	2 semaines	140 h	4 semaines	800€
2	105 h	3 semaines	70 h	2 semaines	1200€
3	120 h	3 semaines 2 j	70 h	2 semaines	1400€
4	105 h	3 semaines	210 h	6 semaines	1300€
5	280 h	8 semaines	350 h ¹⁷	10 semaines	3400€
6	49 h	1 semaine 2 j			1050€
7	35 h	1 semaine			420€
8	70 h	2 semaines			840€
9	70 h	2 semaines			840€
TOTAL	904 h	26 semaines	840h	24 semaines	11 310 €

Les propositions de formations ne sont qu'une esquisse de la faisabilité pour l'obtention du DE. Elles sont assorties de formations pratiques et de savoirs (être, faire...) théoriques indispensables pour prétendre à l'obtention du diplôme. Les modalités restent à déterminer avec les formateurs.ices. d'écoles d'IBODE pour une mise en place pérenne.

Ces propositions rentreraient dans le cadre de la formation continue avec possibilité d'utiliser le CPF conformément à la *Loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel*.

¹⁶ Chaque école a ses propres tarifs ceux-ci sont ceux de l'école de Nantes pour 2019

¹⁷ Au regard du candidat et à l'appréciation de l'équipe pédagogique, au minimum 4 semaines consécutives (selon le texte du journal officiel arrêté du 19 décembre 2016 modifiant l'arrêté du 24 février 2014 relatif aux modalités de la VAE pour obtention du DE)

Elles s'appuient sur la pratique et l'expérience justifiées par les professionnels.les. concernés.es. Cela permettra de tenir compte des acquis et dispensera certains d'effectuer les stages professionnels.

1. Formation pratique et théorique en alternance menant à la spécialisation pour les infirmiers ayant moins de 5 ans d'expérience professionnelle :

Par expérience il est entendu que les infirmiers.ères. exercent sur des blocs pluridisciplinaires avec au minimum 5 spécialités dont Orthopédie-viscérale-vasculaire-gynécologie. Des stages pourront être demandés pour compléter la formation manquante.

Les stages pourraient être effectués sur des structures privées ou publiques, le seul impératif étant la présence obligatoire d'un tuteur IBODE pour encadrer l'infirmier.ère.

1.a) Formation sur 1 an :

L'infirmier suit la théorie pour chaque compétences enseignée (écoles /université), et retourne sur son lieu d'exercice le restant du temps. Absence de 6 mois $\frac{1}{2}$ au total.

1.b) Formation sur 2 ans :

L'infirmier.ère suit un ensemble de plusieurs compétences chaque année correspondant à un total d'environ 3 mois ou 3 mois $\frac{1}{2}$ de formation selon l'option choisie :

Exemple : 1er année compétences 1 – 2 – 3 – 4 – 7 = 12 semaines 2 j ou 435 h ou 3 mois 2 j
2° année compétences 5 – 6 – 8 – 9 = 13 semaines 2 j ou 469 h ou 3 mois 1 semaine 2 j.

1.c) Formation sur 3 ans :

L'infirmier.ère effectue 2 mois de formation/an.

Exemple : 1er année compétences 1 – 2 – 3 = 8 semaines 2 j ou 295 h ou 2 mois
2° année compétences 4 – 7 – 8 – 9 = 8 semaines ou 280 h ou 2 mois
3° année compétences 5 – 6 = 9 semaines 2 j ou 329 h ou 2 mois 1 semaine 2j

1.d) Formation sur 5 ans :

L'infirmier.ère réalise 2 compétences/an soit environ 1 mois $\frac{1}{2}$ /an.

Exemple : 1er année compétences 1 – 4 = 5 semaines ou 175 h ou 1 mois 1 semaine
2° année compétences 2 – 3 = 6 semaines 2 j ou 225 h ou 1 mois 2 semaines 2 j
3° année compétence 5 = 8 semaines ou 280 h ou 2 mois
4° année compétences 8 – 9 = 4 semaines ou 140 h ou 1 mois

5^e année compétences 6 – 7 = 2 semaines 2 j ou 119 h

*2. Formation **théorique** en alternance menant à la spécialisation pour les infirmiers ayant **entre 5 ans et 15 ans d'expérience professionnelle***

Pour les infirmiers exerçant sur des blocs pluridisciplinaires passage immédiat de certaines compétences et obligation de finaliser leur parcours théorique sur les 7 prochaines années avec un minimum d'une compétence/an :

Exemple 1 :

Passage des compétences C2 - C3 - C6 = 1 mois 3 semaines 2 j.

Il resterait 6 compétences à réaliser avec obligation d'au moins 1 chaque année.

En 7 ans maximum l'infirmier sera diplômé.

Exemple 2 :

Passage des compétences C5 - C6 = 2 mois 1 semaine 2 j.

Il resterait 7 compétences à valider.

En 8 ans maximum l'infirmier serait diplômé.

*3. Formation **théorique** pour les infirmiers en bloc avec une expérience professionnelle en bloc pluri disciplinaires **≥ 15 ans** :*

Le nombre de compétence indispensables à valider variant diminuant selon les années d'exercice, la flexibilité se situerait autour de la possibilité de ne pas avoir à passer la totalité des compétences du référentiel IBODE.

Exemple :

- 15 ans d'expérience → compétence 1 – 2 – 3 – 4 – 6 = 3 mois 4 j
- 20 ans d'expérience → compétence 2 – 3 – 4 – 6 = 2 mois 2 semaines 4 j
- À partir de 25 ans d'expérience → compétence 2 – 3 – 6 = 1 mois 3 semaines 4 j

*4. Formation **théorique et pratique** pour les infirmiers avec peu d'expérience professionnelle et/ou ne pratiquant qu'une ou deux disciplines chirurgicales (aide-opérateur de chirurgien) :*

Les infirmières, aides-opérateurs de chirurgien, n'exerçant qu'**1 ou 2 spécialités** et n'ayant jamais exercés sur des blocs pluridisciplinaires devront passer la compétence dans son intégralité soit la théorie et la pratique avec au moins 1 compétence/an.

Ils/elles seront diplômés.es après un maximum de 9 années.

ANNEXE 3 : La pénibilité au travail de l'IBODE et de l'IDE en bloc

Depuis octobre 2018, un projet de réforme des retraites à points qui selon le gouvernement « ... *vise à créer un système universel de retraite sur la base d'un dispositif de participation citoyenne.* » est en cours de négociation avec les partenaires sociaux.

Nous ne nous appesantirons pas sur les différentes contestations qui ont suffisamment fait les unes de presses en 2019.

Le Ségur de la santé en cours depuis le 25 Mai 2020 en est un magnifique exemple de la difficulté des paramédicaux à se faire entendre car comment expliquer que la part du lion soit taillée aux corporations médicales en laissant sur le trottoir les différentes corporations paramédicales quand on sait qu'en France on dénombre environ 226.000 médecins en activité, pour plus de 720.000 infirmiers et plus de 240.000 aides-soignants ?

Cela fait un bon moment que **nombre de professionnels paramédicaux publics et privés sont mobilisés** pour faire **évoluer leurs conditions de travail**. Ce que nous voulons pointer aujourd'hui c'est **l'arbre qui cache la forêt**.

Tandis que leurs confrères salariés du privé se voyaient attribuer le C2P c'est-à-dire rien du tout, le passage en catégorie « A » fût brutal pour bon nombre d'infirmiers fonctionnaires.

OR quelle que soit notre catégorie ou notre mode d'exercice les conditions et la charge de travail sont les mêmes.

En mai 2019 l'Observatoire de la Souffrance au Travail infirmier (OSAT) préconisait un **raisonnement en termes de pénibilité lié au métier et non au statut** avec une majoration de durée d'assurance attribuée à toutes les infirmières et tous les infirmiers. »

Pour rappel, la loi dit que « *Toute entreprise doit prévenir la pénibilité au travail. Lorsqu'un salarié est exposé à des facteurs de risques professionnels au-delà de certains seuils, l'employeur doit établir une déclaration. Le salarié bénéficie alors d'un compte professionnel de prévention (C2P) sur lequel il peut accumuler des points.* »¹⁸

Le bénéfice du compte pénibilité tel que prévu par l'**article L. 4162-1 du Code du travail** est donc réservé :

- Aux salariés des employeurs de droit privé ;
- Au personnel de la fonction publique employé dans les conditions du droit privé (contractuels de la FHF)

Dans le **régime universel par répartition et par points**, qui doit voir le jour avec la réforme, **les fonctionnaires pourraient bénéficier de ce fameux C2P.**

¹⁸ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F15504>

Monsieur Jean-Paul Delevoye expliquait en 2019 que « *si le Parlement adopte le principe de la mise en œuvre du compte professionnel de prévention dans la fonction publique, les employeurs publics devront faire "un effort important" pour "définir la typologie" des bénéficiaires et mettre en place des mesures de "traçabilité" »*

Chaque IBODE ou IDE en bloc sait que travailler au bloc opératoire génère plusieurs facteurs de pénibilité!!! In fine, un IBODE ou un IDE en bloc qu'il soit fonctionnaire ou salarié du privé, à quelques éléments près, a les mêmes contraintes et responsabilités professionnelles au quotidien.

Chacun de nous est aussi conscient que la suppression pour les fonctionnaires de la catégorie « B » dite « active » a occulté la prise en compte de cette pénibilité et que le C2P est un dispositif plus que complexe auquel peu d'IBODE ou IDE en bloc du privé font appel faute de se le voir expliquer .

Or, « *le Code du travail prévoit une obligation générale de sécurité qui incombe à tout employeur. À ce titre, il doit évaluer et prévenir l'ensemble des risques professionnels auxquels sont exposés les salariés. Lorsque les mesures de prévention se révèlent insuffisantes, certains risques sont facteurs de pénibilité. Au-delà de certains seuils d'exposition, la loi prévoit la mise en place d'actions spécifiques et instaure des mécanismes de compensation au bénéfice des salariés concernés.* »¹⁹

L'INRS définit la pénibilité comme : « *... une exposition du travailleur à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels liés à des contraintes physiques marquées, un environnement physique agressif ou à certains rythmes de travail.* »

Il explique également que : « *Les professionnels travaillant en établissement de soins (hôpital ou clinique) sont potentiellement exposés à des risques infectieux, à des produits chimiques, aux risques physiques, aux risques psychosociaux (RPS), aux troubles musculosquelettiques (TMS)... Une démarche de prévention globale doit permettre de repérer les facteurs de risques propres à chaque activité et de mettre en place des moyens de prévention adaptés.* »

¹⁹ <http://www.inrs.fr/demarche/penibilite/ce-qu-il-faut-retenir.html>

Plusieurs items évoqués peuvent être pris en compte dans la pratique infirmière au bloc opératoire: les risques biologiques, chimiques, liés aux agents physiques, les horaires atypiques, les RPS et les TMS.

Ces facteurs de sont ceux :

1. Liés au rythme de travail :

- a) le travail de nuit sous certaines conditions ;
- b) le travail en équipes successives alternantes (exemple : travail posté en 5x8, 3x8) ;
- c) le travail répétitif caractérisé par la répétition d'un même geste, à une fréquence élevée et sous cadence contrainte ;
- d) la tension au travail (forte demande psychologique et faible latitude décisionnelle);
- e) les contraintes organisationnelles ;
- f) l'exposition à des risques psychosociaux.

Exemples au bloc:

- Horaires postés : travail de jour mixé au travail de nuit (astreintes),
- Repos compensatoires non systématiques après une astreinte,
- Travail le week-end et les jours fériés ,
- Travail en équipes pluri disciplinaires,
- Urgences médico-chirurgicales contrainte de temps interrompant le programme chirurgical
- Glissement de tâches
- Polyvalence...

2. Liés à un environnement physique agressif :

- a) **Les manutentions manuelles de charges** définies à l'article R. 4541-2 ont été supprimées en 2019 sous prétexte d'inévaluabilité...

On y distinguait 3 rythmes de manutention manuelle :

- Le port de charge isolé (1 seule fois dans la journée),
- Le port occasionnel (activité répétée 1 fois au plus par période de 5 minutes),
- Le port répétitif (activité régulière, répétée plus d'1 fois toutes les 5 mn pendant plusieurs heures)

Le port de charges étant considéré comme le déplacement d'une charge d'un point à un autre, quelles que soient les hauteurs de prise et de dépose. Il peut comporter à la fois le soulèvement et le transport.²⁰

²⁰ **RAPPEL** Port de charges pour les femmes limite à ne pas dépasser 25 kg ; Port de charges pour les hommes limite à ne pas dépasser 55 kg.

b) Les postures pénibles définies comme positions forcées des articulations (position debout prolongée, piétinement, posture à genoux et/ou accroupie...)

Exemples au bloc:

- Mobilisation importante des patients lors des transferts sur les tables opératoires (lit – brancard – table opératoire -brancard - lit) et installations chirurgicales spécifiques
- Manutentions importantes lors de la préparation du matériel de chirurgie, des ancillaires, des containers...
- Installation et agencement de la salle opératoire en pré opératoire (amplificateur de brillance entre 235 et 255 kg, écran d’amplificateur de brillance 97 kg, colonne de coelioscopie environ 50 kg, microscope, phaco émulsificateur environ 107 kg...); déplacement en per opératoire si besoin.
- Montage et démontage des tables opératoires et de leurs équipements lors d’enchaînements de plusieurs chirurgies avec des postures différentes
- Maintien de postures physiques contraignantes et utilisation de force mécanique adaptée au geste chirurgical sur de longues durées.
- Port du matériel de protection lourd et contraignant (tablier de plomb)...

c) L’exposition à des agents chimiques et biologiques

❖ **Les fumées chirurgicales²¹ :**

L’utilisation de sources de chaleur ou d’ultrasons (appareils électro chirurgicaux, laser) exposent les opérateurs aux produits de pyrolyse.

La pollution olfactive peut contenir des éléments biologiques actifs (cellules, bactérie, virus...) et/ou des substances cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques.

La nuisance olfactive, indépendamment des composés toxiques émis lors de l’hémostase, peut avoir des incidences physiologiques auprès des soignants exposés.

Les signes d’intoxication aiguë tels que céphalées, asthénie, nausées, irritations oculaires et des voies respiratoires, anosmie, hypoxies tissulaires peuvent apparaître.

Nous savons que la perception des odeurs diffère selon ses caractéristiques (volatiles, solubles, catégories...) mais aussi selon la structure de la molécule odorante ainsi que de sa concentration.

Concernant les fumées chirurgicales, le risque sanitaire englobe des caractéristiques telles que la toxicité, la nocivité, et l’exposition dans le temps.

Composition particulière : entre > 200 micromètres et < 10 nanomètres.

Polluants organiques : hydrocarbures aromatiques (benzène, toluène, éthylbenzène, xylènes...) acide cyanhydrique, aldéhyde formique, hydrocarbures polycycliques aromatiques, nitriles, acide gras et phénols...

²¹ IRNS, DMT, Fumées chirurgicales, TC 137.

Polluants inorganiques : oxydes de carbones, oxydes de soufre et d'azote, ammoniac...

Polluants biologiques : cellules intactes, cellules sanguines, fragments d'ADN viral (HIV, HPV, HVB, staphylococcus aureus, Mycobacterium tuberculosis...)

❖ **Les agents chimiques dangereux (ACD)**

- Acide per acétique utilisé lors de la désinfection à froid dans des conditions souvent non réglementaires (absences de hotte...)
- Exposition aux gaz anesthésiants, aux traitements médicamenteux toxiques administrés dans le champ opératoire (**ex**-CHIP).
- Utilisation quotidienne de produits détergents-désinfectants
- Manipulation du formol pour la fixation de pièces opératoires volumineuses
- Exposition aux différents liquides biologiques contaminés par des charges virales, bactériennes, parasitaires, fongiques lors de contacts avec des patients porteurs de maladies particulièrement dangereuses (tuberculoses, HIV, HC, HB...)
- AES lors de l'utilisation d'objets coupants, piquants et tranchants...

d) Les risques environnementaux :

- Exposition aux rayons ionisants lors de certaines chirurgies,
- Exposition aux lumières opératoires et utilisation prolongées d'écrans...
- Travail à la lumière artificielle et en pièces aveugles...

e) Le bruit :

L'OMS préconise que le jour et les soirées, le LAeq ne devrait pas excéder 30 dB(A) et les LAmix pendant la nuit devraient être inférieurs ou égaux à 40 dB(A).

Selon l'INRS²², « *Le bruit constitue une nuisance majeure dans le milieu professionnel. Il peut provoquer des surdités mais aussi stress et fatigue qui, à la longue, ont des conséquences sur la santé du salarié et la qualité de son travail.* »

« *On considère que l'ouïe est en danger à partir d'un niveau de 80 décibels durant une journée de travail de 8 heures Si le niveau est extrêmement élevé (supérieur à 130 décibels), toute exposition, même de très courte durée, est dangereuse.*

Elle peut conduire à une surdité, phénomène irréversible. Les surdités peuvent être reconnues comme maladie professionnelles.

Le bruit est cause de fatigue et de stress et agit sur les systèmes nerveux, cardiovasculaire et digestif. Mais, il n'affecte pas seulement la santé. En empêchant de se concentrer, il nuit également à la qualité du travail et peut même être à l'origine d'accidents. »²³

²² <http://www.inrs.fr/risques/bruit/ce-qu-il-faut-retenir.html>

²³ <http://www.inrs.fr/risques/bruit/ce-qu-il-faut-retenir.html>

SENSATION MOYENNE	NIVEAU SONORE	TYPE D'AMBIANCE EXTERIEURE	CONVERSATION
Très bruyant	80 dB(A)	Autoroute, Périphérique, chantier,...	Difficile
Bruyant	70 dB(A)	Rue animée, Grand boulevard,...	En parlant fort
Bruit urbain modéré	60 dB(A)	Centre ville, Rue de distribution,...	
Relativement calme	50 dB(A)	Secteur résidentiel, Rue de desserte,...	A voix normale
Bruit de fond calme	40 dB(A)	Intérieur cour, campagne	
Très calme	30 dB(A)	Ambiance nocturne en milieu rural	A voix basse
Silence	20 dB(A)	Désert	

La pollution sonore générée par le niveau de bruit présent dans une salle d'intervention constitue donc un risque futur probant pour la santé des IBODE et des IDE en bloc et impacte négativement leur travail au quotidien.

Exemples au bloc²⁴ :

- Ouverture d'un sachet papier 70 dB (A)
- Bruits d'instruments chirurgicaux 75-85 dB (A)
- Aspiration 75-80 dB (A)
- Brassard automatique de tensiomètre 45-50 dB (A)
- Alarme de fréquence cardiaque 75 dB (A)
- Alarme d'oxymétrie de pouls 60-70 dB (A)
- Bruits de conversation 66-72 dB (A)
- La chute d'un récipient en acier inoxydable peut générer un bruit de 108 dB (A)
- Le débranchement des gaz muraux 98 dB (A)
- Le déplacement des chariots 75 dB (A)

²⁴ Journées d'Enseignement Post Universitaire, Paris, C.R.I., 2000, Le confort de l'opéré. p127-141.