



LE MOT DE LA PRÉSIDENTE

Le Sommaire n°114

LE MOT DE LA PRÉSIDENTE	p. 1
LES NOUVELLES DE LA PROFESSION	p. 2
L'UNAIBODE A PARTICIPÉ À	p. 4
ZOOM SUR LES BONNES PRATIQUES	p. 5
L'UNAIBODE PARTICIPERA À	p. 12
LA VIE EN RÉGIONS	p. 18
INFOS RÉGIONS	p. 20
TEXTES LÉGISLATIFS	p. 21
LES ANNONCES DE RECRUTEMENT	p. 23

Le 24 janvier, les Ibode ont rejoint d'autres organisations infirmières pour crier au gouvernement leur déception, leurs attentes et les difficultés du quotidien. Ces dernières sont difficiles à partager avec les décideurs, éloignés de nos réalités. Pourtant, même si nous avons des revendications statutaires et salariales, les infirmiers et notamment les Ibode ont affirmé qu'ils veulent soigner et travailler en respectant les bonnes pratiques et en défendant la qualité des soins ! Un nouveau mouvement est lancé pour le 7 mars !

Suite à ces manifestations, des rendez vous de travail ont eu lieu avec le directeur-adjoint du Cabinet de la Ministre et la Direction Générale de l'Offre de Soins. Lors de ces rencontres, la reconnaissance de la formation en Master et la demande d'évolution des grilles salariales ont été rappelées avec insistance.

Nous avons eu confirmation de la reprise des travaux de réingénierie de la formation avant la fin du 1^{er} trimestre, mais nous demandons un calendrier de travail et une finalité concrète qui sera déterminée par la mission de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) et de l'IGAENR (Inspection Générale de l'Administration de l'Education nationale et de la Recherche). Les conclusions de cette mission seraient favorables à un niveau de Master. Mais, restons vigilants car les travaux doivent aboutir et ne pas, une fois encore, s'arrêter en chemin !

L'évolution du statut et des grilles salariales, bien qu'ayant eu une écoute attentive, ne sont pas encore acceptés par le Ministère. En effet, notre exercice a évolué grâce aux actes exclusifs et permet un gain de temps médical, mais notre formation n'est pas encore reconnue au niveau Master. Ce dernier point devra être atteint pour obtenir l'évolution des grilles salariales pour tous les infirmiers spécialisés. Nous ne lâcherons pas !

En ce début d'année, nous saluons également la parution du Code de déontologie des infirmiers. Ce Code nous donne les moyens d'une profession indépendante et responsable et fixe les relations entre infirmiers. Nous avons déjà rencontré le président de l'Ordre National des Infirmiers afin de poursuivre les actions engagées pour le respect de l'exercice infirmier dans les blocs opératoires, mais aussi l'application des actes exclusifs des Ibode.

Le mois de janvier a également vu la première réunion sur l'introduction de la pratique avancée infirmière en France. Il s'agit tout d'abord de clarifier le concept puis d'envisager les décrets d'application pour un exercice des infirmiers en pratique avancée. L'avenir de notre profession est en jeu. A ce jour, les infirmiers spécialisés n'ont pas été intégrés aux travaux et nous avons dénoncé cela en argumentant notre vision du métier afin que ses évolutions pour les années à venir soient entendues. En effet, il nous faut déjà envisager le métier d'après-demain car les évolutions sont lentes, demandent beaucoup de concertation et se concrétisent pas à pas. Mais, la ténacité est devenue notre seconde nature !

Enfin, nous poursuivons le développement de notre offre de formation et je vous invite à participer à la journée pour les managers des blocs organisée le 15 mars ou alors, et c'est une nouveauté, pour ceux et celles qui n'auront pas pu se déplacer, à en retrouver une partie en différé en ligne via le site de l'Unaibode. Les aspects techniques sont à l'étude et nous vous informerons des modalités dès que possible. Vous pouvez également retrouver le programme des Journées Nationales d'Etudes et de Perfectionnement à Strasbourg, dont les inscriptions sont ouvertes !

Les projets sont nombreux et l'implication du conseil d'administration de l'Unaibode toujours forte. Soyez certains que votre plus value Ibode est un gage de la qualité des soins au quotidien et que nous la défendons.

Brigitte LUDWIG
Présidente UNAIBODE

UNAIBODE

16, rue Daguerre - 75014 Paris
Tél. : 01 43 27 50 49

E-mail : presidence.unaibode@gmail.com

Site : www.unaibode.fr

Présidente : Brigitte LUDWIG

Comité de rédaction :

Anne-Pascale MERLET (ATIBODE)
Sylvain CARNEL (AIDBORN)

N° organisme formateur :

117 523 599 75
Association Loi 1901 n° 83739
Siret n° 402 880 785 00017
Tirage 1 250 exemplaires

Editeur et régie publicitaire :

Macéo éditions - M. Tabtab, Directeur
06, Av. de Choisy - 75013 Paris
Tél. : 01 53 09 90 05
E-mail : maceoeditions@gmail.com
web : www.reseauprosante.fr

Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

LES NOUVELLES DE LA PROFESSION

Actes exclusifs Ibode : Analyse de l'Arrêté du Conseil d'Etat

Dans une décision en date du 7 décembre 2016, le Conseil d'Etat vient de valider définitivement le nouveau décret des IBODE et de préciser les conditions de son entrée en vigueur.

Par une requête en date du 27 mars 2015, l'Union des chirurgiens de France avait en effet demandé au Conseil d'Etat d'annuler pour excès de pouvoir le décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire.

Rappelons au préalable que le décret du 27 janvier 2015, rentré en vigueur le 30 janvier 2015, réserve aux seuls IBODE la pratique des actes et activités suivantes :

- Sur protocole et 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-aponévrotique, la fermeture sous-cutanée et cutanée ;
- Sur protocole et au cours d'une intervention chirurgicale, en présence du chirurgien, apporter une aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration ;
- 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 déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé.

L'Union des chirurgiens de France avait donc attaqué ce texte sur la base de trois principaux arguments. Ils reprochaient au décret IBODE de :

- Porter atteinte à la loi ayant instauré une dérogation d'exercice aux aides-opératoires et aides-instrumentistes non infirmiers ;
- Porter atteinte au principe d'égalité entre tous les infirmiers ;
- L'impossibilité matérielle de sa mise en œuvre dès son entrée en vigueur le 30 janvier 2015.

- ➲ Le Conseil d'Etat a rejeté l'argument fondé sur la législation applicable aux aides-opératoires et aux aides-instrumentistes au motif qu'en permettant à ces derniers d'accomplir des actes d'assistance auprès d'un chirurgien, le législateur ne leur a pas attribué la qualification d'infirmier. La loi CMU a en réalité instauré une dérogation afin de permettre le maintien dans leur emploi du personnel aides-opératoires et aides-instrumentistes justifiant d'au moins six années d'exercice.

Ainsi la compétence exclusive IDE n'a pas pour objet ou pour effet de retirer aux aides-opératoires et aux aides-instrumentistes non infirmiers toute possibilité d'assister le chirurgien au cours des interventions chirurgicale.

En d'autres termes, les aides-opératoires et aides-instrumentistes non infirmiers ne sont pas concernés par le décret IBODE, et peuvent finir leur carrière sur les postes pour lesquels ils ont obtenu une dérogation d'exercer la fonction d'aide-opératoire et instrumentiste.

Rappelons en effet que dans quelques années, il n'y aura plus d'aides-instrumentistes non infirmiers en exercice.

- ➲ Le Conseil d'Etat a également rejeté l'argument sur l'atteinte au principe d'égalité.

Le Conseil d'Etat a rappelé que les IBODE sont des infirmiers spécialisés, mieux formés et plus diplômés que les IDE.

En outre, les IBODE déjà diplômés doivent compléter leur formation par un module complémentaire avant le 31 décembre 2020, pour être habilités à exercer les compétences exclusives IBODE.

Ainsi, seuls les IBODE ayant effectué cette mise à jour de leur diplôme sont habilités à pratiquer les actes et fonctions exclusives IBODE.

Le Conseil d'Etat considère donc que les IBODE sont dans une situation différente de celle des IDE ou aides-opératoires non infirmiers, justifiant alors un traitement différent.

Enfin, le Conseil d'Etat précise que la compétence exclusive des IBODE est motivée par la nécessité de garantir la sécurité et la santé des patients, de sorte que la différence de traitement des IBODE est justifiée et proportionnée avec le motif d'intérêt général poursuivi.

En d'autres termes, le Conseil d'Etat juge que l'exclusivité IBODE est nécessaire pour garantir, au cours d'une intervention chirurgicale, la sécurité et la santé des patients.

- ⦿ Le Conseil d'Etat a différé l'entrée en vigueur de l'exclusivité sur la mission d'aide-opératoire.

Sur la fonction d'aide-opératoire

Pour le Conseil d'Etat, la fonction d'aide opératoire, prévue à l'article R. 4311-11 al. 2 comprend les trois actes que sont l'aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration.

Ainsi, en réservant aux seuls IBODE dès le 30 janvier 2015, les actes d'aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration au cours d'une intervention chirurgicale, alors qu'ils pouvaient auparavant, être accomplis par les IDE, le décret fait peser la réalisation de ces actes, à la date du 30 janvier 2015, sur les seuls chirurgiens et sur un trop petit nombre d'IBODE ayant reçu la formation complémentaire.

Le Conseil d'Etat considère alors que cette situation n'est pas réaliste. Le Conseil d'Etat a alors étudié à quel moment il est possible de résERVER la fonction d'aide opératoire aux seuls IBODE.

Sur la base de son analyse, le Conseil d'Etat a alors annulé « *en tant seulement que, en l'état du dispositif applicable, il ne diffère pas au 31 décembre 2017 l'entrée en vigueur des dispositions du b) du 1^{er} de l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique* ».

Le Conseil d'Etat a donc annulé **provisoirement** l'application de la partie du décret IBODE concernant la fonction d'aide opératoire. Cette partie du décret IBODE rentrera en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

Concrètement, cela signifie qu'après le 31 décembre 2017, les IDE ne pourront plus réaliser la fonction d'aide opératoire décrite à l'article R. 4311-11 al. 2 du code de santé publique qui sera réservée aux seuls IBODE en application de l'article R. 4311-11-1 1^o b).

Sur la fonction d'assistant et les actes réalisables par les IBODE sans présence de chirurgien

Le Conseil d'Etat a précisé que la fonction d'aide-opératoire est distincte de la nouvelle fonction d'assistance du chirurgien pour des actes d'une particulière technicité, dont la liste est dans le référentiel d'activité des IBODE.

La fonction d'assistance du chirurgien étant entièrement nouvelle, elle n'a jamais pu être réalisée par un IDE ou un aide opératoire non-infirmier, de sorte que depuis le 30 janvier 2015, seuls les IBODE sont autorisés à assister le chirurgien.

Il en est de même pour les actes réalisables par les IBODE sans présence de chirurgien, de sorte que le 30 janvier 2015, les IBODE sont les seuls à pouvoir réaliser, hors présence du chirurgien, l'installation chirurgicale, la mise en place et la fixation des drains sus-aponévrotique, la fermeture sous-cutanée et cutanée.

Les IBODE se voient donc dès à présent confier la mission de terminer seuls les opérations chirurgicales à condition que le chirurgien puissent intervenir à tout moment.

En définitive, grâce au recours de l'Union des chirurgiens de France, l'exclusivité des IBODE se trouve renforcée par une clarification sans précédent.

Pour garantir la sécurité et la santé des patients, l'IBODE se voit ainsi confier la mission d'être le collaborateur exclusif du chirurgien :

- L'IBODE est seul habilité à se voir confier des actes et activités de chirurgie hors présence de l'opérateur. Article R. 4311-11-1 1^o a).
- L'IBODE sera seul habilité à occuper la fonction d'aide opératoire à partir 2018 Article R. 4311-11-1 1^o b).
- L'IBODE est seul habilité à occuper la fonction d'assistance du chirurgien à ses gestes de chirurgie. Article R 4311-11-1 2^o.

L'UNAIBODE A PARTICIPÉ À

Jab 2017 6^{ème} journée de chirurgie Ambulatoire

Après un congrès international en 2016, la Jab, cette année a repris une dimension nationale et c'est à la Maison de la Chimie à Paris que nous a accueilli le Pr Corinne VONS, présidente de l'AFCA (Association française de Chirurgie Ambulatoire) pour cette nouvelle journée de formation et d'information sur la chirurgie ambulatoire qui a regroupé près de 500 congressistes.

Cette année encore, nous avions un stand mis à notre disposition parmi les laboratoires exposants, ce qui nous a permis entre les conférences, également d'échanger et d'informer nos collègues et autres participants. Brigitte Ludwig, notre Présidente, était avec 2 parisiennes Laurence Leclerc et moi-même pour assurer la tenue du stand de l'UNAIBODE.

La matinée, a débuté par les actualités en chirurgie ambulatoire, le taux de progression, très disparate d'une région à une autre, mais aussi d'un établissement à l'autre avec toujours une avance dans le secteur privé. La question a été également posée du décalage qu'il existe en France entre les indicateurs et la réalité. Les indicateurs sont indispensables dans une structure ambulatoire, mais ce n'est pas eux qui vont faire levier pour la mise en place de celle-ci. Des freins parfois très importants empêchent le virage ambulatoire dans certains établissements.

La certification de la HAS pourtant, fait une grande place cette fois-ci à l'ambulatoire avec le parcours patient et ses différents indicateurs.

Puis furent abordés différents sujets de chirurgie gynécologique en ambulatoire, comme l'incontinence urinaire avec réparation par bandelette urétérale, le curage lombo-aortique rétropéritonéal à but diagnostique chez des patientes déjà opérées et suivies en oncologie ou la chirurgie reconstructive du sein.

Un nouveau type d'hospitalisation fût également présenté, l'hospitalisation hôtelière : un hôtel avec un personnel soignant, qui doit être une alternative pour augmenter le taux de chirurgie ambula-



toire (éloignement du domicile dans certaines régions, pas d'accompagnant pour la première nuit), mais qui ne doit pas se substituer à la chirurgie ambulatoire. C'est une économie par rapport à une hospitalisation traditionnelle. L'hospitalisation hôtelière pourrait également être intéressante pour la maternité où il y a peu de soins en suite de couches mais besoin surtout de conseils.

Après une pause conviviale le midi, l'après midi a repris avec d'autres sujets tout aussi intéressants, comme le suivi en pré et post opératoire du patient par SMS avec un système d'alerte et de rappels si le patients ne répond pas aux consignes ou aux questions.

D'autres sujets un peu novateurs ont été présentés comme la chirurgie des fentes labiales faite en ambulatoire au CHU de Rennes depuis 2009. Elle requiert 2 nécessités : les passer en première position car il faut que les parents soient convaincus que l'enfant puisse se réalimenter, ce qui demande un peu de temps et également après une évaluation à J+6, un retour au bloc ambulatoire pour l'ablation des fils sous AG. En 2016, 50 % des fentes ont été faites en ambulatoire. Autre sujet, l'appendicite en ambulatoire. En France sur 80 000 appendicites, seulement 1,3 % sont faites en ambulatoire. Au CHU de Saint-Antoine à Paris, 59 % des appendicites sont faites en ambulatoire.

Le protocole établit 5 critères d'exclusion : douleur, infection, perforation, éloignement, organisationnelle.

Il n'y a pas de différence sensible entre la prise en charge en ambulatoire et l'hospitalisation, mais par contre il est nécessaire que le patient ait une information complète sur les risques de complications pour pouvoir les prévenir.

Dernier sujet de chirurgie, présenté par un chirurgien de Lyon, l'anévrisme de l'aorte abdominale par endoprothèse par voie endoluminale. La sé-

lection des patients est rigoureuse : l'anévrisme doit être asymptomatique, le patient doit avoir des conditions anatomiques normales, avec un accès iliaque correct et une bonne perméabilité, et habiter à moins d'une heure de l'hôpital. Après l'intervention, le patient sortira après une promenade pendant 40mn, pour voir si tout va bien, une écho doppler, et il aura une surveillance à domicile pendant 72h.

Une présentation de la chirurgie ambulatoire en Afrique du Nord et en Afrique Subsaharienne a été aussi présenté. La chirurgie ambulatoire n'a plus de frontière et elle gagne tous les pays, ce qui est aussi parfois pour d'autres raisons que celle économiques une façon de soigner autrement.

Et pour clôturer la journée, a été présenté la coopération professionnelle, intégrant de nouveaux métiers avec des délégations de tâches qui développe de nouvelles compétences lors de l'hospitalisation ou à domicile.

Dominique Lanquetin

AIFIBODE

Vice-Présidente UNAIBODE

5

ZOOM SUR LES BONNES PRATIQUES

Electrochirurgie et dispositifs implantables (pacemaker, défibrillateur)

Comprendre et agir

La prise en charge au bloc opératoire d'un patient porteur d'un dispositif implantable (pacemaker ou défibrillateur) est une préoccupation récurrente. L'utilisation de l'électrochirurgie pose le problème d'interactions électromagnétiques (IEM) potentielles avec le dispositif implantable, qui peuvent entraîner un dysfonctionnement plus ou moins grave. La sécurité du patient ne peut dès lors être garantie que par une connaissance suffisante du fonctionnement de ces appareils, de leurs grandes indications, des effets produits par les IEM, et des mesures de précaution à observer lors de l'utilisation de l'électrochirurgie.

Fonctionnement et indications des dispositifs implantables

Les dispositifs implantables sont composés :

- D'un **boîtier** inséré sous la peau, généralement en région pectorale ; il contient le logiciel qui analyse le signal détecté et programme la stimulation spécifique à chaque indication.
- De **sondes** reliant le boîtier aux parois du cœur, via les cavités cardiaques droites.

Ces sondes ont une double fonction :

- De **détection** : elles agissent comme des électrodes à ECG « internes » et enregistrent l'activité électrique propre du cœur, qui est ensuite analysée dans le boîtier.
- De **stimulation** : elles permettent d'appliquer un courant d'intensité variable à l'extrémité de la sonde ; ce courant se propage ensuite dans le tissu nerveux cardiaque pour stimuler son activité.

Il existe 2 catégories de dispositifs implantables : pacemakers et défibrillateurs.

Les **pacemakers** sont implantés chez des patients ayant présenté des **troubles de conduction cardiaque graves**. La conduction de l'influx nerveux dans le tissu cardiaque sain est normalement assurée par un « câblage » électrique de cellules spécialisées, qui stimule et synchronise l'activité musculaire cardiaque (Figure 1). S'il existe une lésion sur ce câblage, l'influx nerveux est ralenti ou interrompu, aboutissant à une bradycardie ou des « pauses » cardiaques. Le pacemaker rétablit le contact perdu en stimulant le tissu de conduction en aval de la coupure. Cette stimulation peut être modulée par le pacemaker en fonction de l'activité électrique propre du cœur. Si le trouble de conduction est permanent, la stimulation est continue et les patients sont dits dépendants de leur pacemaker. Pour les autres, le pacemaker agit en sentinelle : tant que la conduction cardiaque détectée est normale, il ne fait rien ; s'il détecte une anomalie, la fonction de stimulation est déclenchée.

Cette **notion de dépendance** conditionne la gravité d'un dysfonctionnement du pacemaker. La dépendance est parfois évidente lorsque le patient a un ECG de base montrant un électro-entraînement continu (présence de spikes avant chaque onde P ou QRS). Par précaution, elle doit être supposée de principe lorsque l'on ne connaît pas précisément l'indication du pacemaker.

Les **défibrillateurs** sont implantés chez des patients ayant présenté ou risquant fortement de présenter des **troubles du rythme ventriculaire graves** (TV, FV), c'est-à-dire présentant un risque d'arrêt cardiaque. La détection et l'analyse d'un trouble du rythme aboutit à une stimulation in-

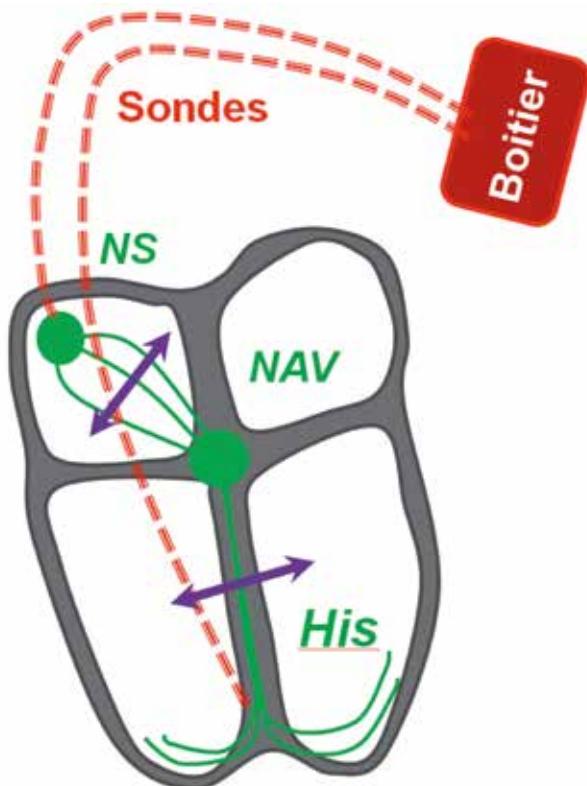


Figure 1 - Principe de fonctionnement d'un pacemaker

tense délivrée à l'extrémité de la sonde ventriculaire : stimulation « anti-tachycardie » pour une TV soutenue, choc électrique pour une FV. Les défibrillateurs ont également une fonction « anti-bradycardie » qui agit comme un pacemaker.

Les patients porteurs d'un dispositif implantable sont **suivis régulièrement par un centre de référence** pour vérifier le bon fonctionnement du dispositif, la charge de la pile, les seuils électriques de détection-stimulation, faire le point sur les arythmies enregistrées. Chaque patient est **porteur d'une carte** regroupant les données techniques et de suivi de son dispositif.

Electrochirurgie et IEM

L'électrochirurgie consiste à appliquer un **courant de haute fréquence** sur des tissus biologiques afin d'obtenir un **effet thermique**. Si ce courant est délivré de façon **monopolaire**, le patient sert de conducteur entre l'électrode située sur le bistouri électrique (BE) et l'électrode neutre constituée par la plaque de retour collée sur la peau. En mode **bipolaire**, le courant circule localement entre les deux électrodes situées sur les mors de la pince. On comprend facilement que le trajet du courant

est moins prévisible et plus susceptible de s'éloigner du site d'utilisation du BE en mode monopolaire (Figure 2).

Cette **propagation du courant à distance du site d'utilisation du BE** peut théoriquement :

- Produire des **signaux électriques parasites** enregistrés par les sondes de détection et interprétés à tort comme des signaux « cardiaques », entraînant des réponses inappropriées du dispositif implantable (défaut de stimulation, chocs inappropriés).

- Provoquer des **dommages directs** sur le **dispositif** (circuit électrique, reprogrammation...) ou sur le **myocarde** par arc électrique (modification des seuils de détection/stimulation).

L'enjeu de la prise en charge de ces patients réside alors dans une **utilisation raisonnée de l'électrochirurgie**, limitant au maximum le risque d'IEM, sans compromettre la qualité du geste chirurgical envisagé.

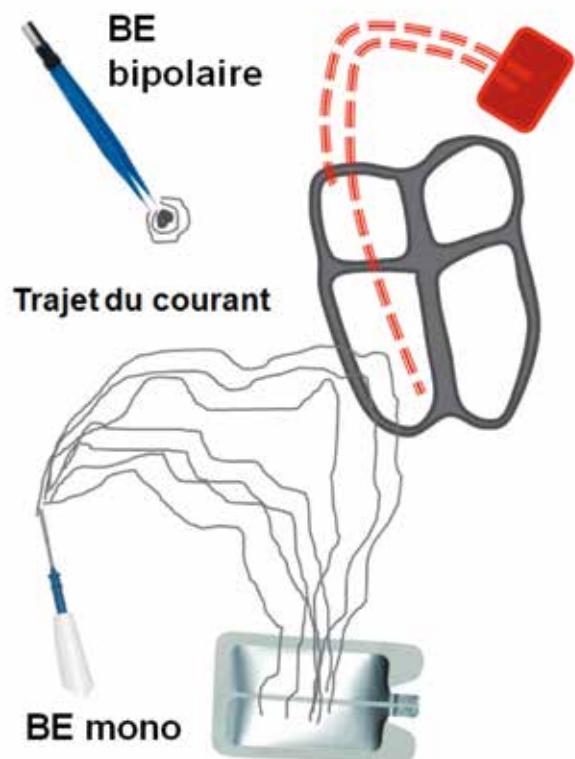


Figure 2 - Electrochirurgie et IEM

Protection des dispositifs implantables contre les IEM

Les dispositifs implantables ont des caractéristiques techniques qui permettent, dans une certaine mesure, de les protéger des IEM.

1. Amélioration des performances techniques

Les sondes de détection/stimulation utilisées actuellement sont généralement des **sondes bipolaires**. L'anode et la cathode étant très rapprochées à l'extrémité de la sonde, elles ne détectent que des courants électriques se propageant à proximité de cette extrémité. Le risque de détecter un courant parasite appliqué à distance des sondes est réduit, contrairement aux sondes monopolaires qui détectent tous les courants se propageant entre la sonde (cathode) et le boîtier (anode).

Les sondes et boîtiers modernes bénéficient d'une meilleure **isolation** qu'auparavant, ce qui les rend très « étanches » aux IEM (comme une cage de Faraday).

Enfin, les **algorithmes** de détection se sont aussi perfectionnés et permettent de bien **discriminer** les artefacts liés aux IEM des authentiques troubles du rythme ou de conduction.

2. Utilisation d'un aimant

L'utilisation d'un aimant placé en regard du boîtier (Figure 3) peut permettre de **désactiver certaines fonctions du logiciel**, permettant d'éviter un dysfonctionnement lié aux IEM. Mais il faut être prudent, car **l'aimant n'agit pas de la même façon sur tous les dispositifs !**

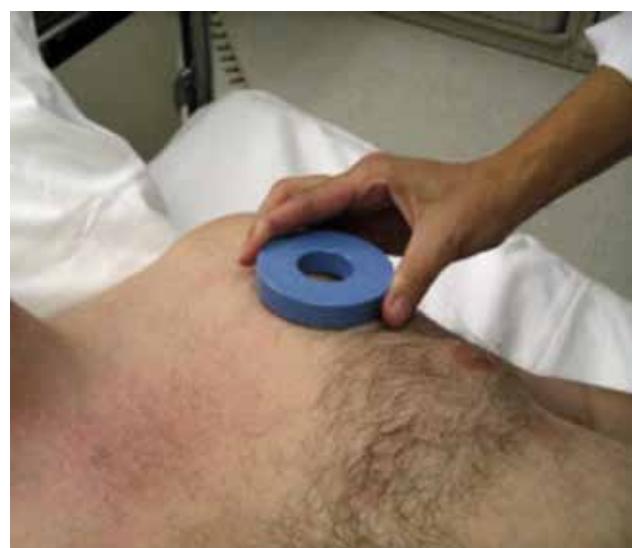


Figure 3 - Positionnement de l'aimant en regard du boîtier

Sur un **stimulateur cardiaque**, l'apposition de l'aimant fait passer le stimulateur en mode « asynchrone ». La **stimulation électrique devient permanente** et ne tient plus compte du rythme propre du patient. Ceci peut être utile lorsque le « bruit » produit par les IEM est analysé à tort comme une activité électrique propre du cœur, aboutissant à un défaut de stimulation par le pacemaker. L'aimant permet alors de supprimer l'analyse de ce bruit parasite et de rétablir une stimulation.

Sur un **défibrillateur implantable**, en revanche, l'utilisation de l'aimant entraîne une **désactivation des fonctions « anti-tachycardie » et défibrillation**. Ceci peut être utile pour éviter des chocs « inappropriés » si le logiciel d'analyse interprète à tort des IEM comme une TV ou une FV. Il faut aussi savoir que certains défibrillateurs sont programmés pour rester fonctionnels malgré l'apposition de l'aimant. Dans ce cas, le risque de choc inapproprié persiste. En cas de survenue d'un trouble du rythme grave chez un patient porteur d'un défibrillateur, si un aimant a été placé, il est impératif de le retirer rapidement pour rétablir la fonction de choc électrique. Enfin, la fonction « anti-bradycardie » n'est pas affectée par l'utilisation de l'aimant.

8

Prise en charge au bloc opératoire

1. Disponibilité et maîtrise des moyens de réanimation en cas de défaillance du dispositif

Si le risque d'évènement grave apparaît faible, la prise en charge d'un patient porteur d'un dispositif implantable rend néanmoins indispensable la maîtrise de thérapeutiques de « sauvetage » et leur disponibilité immédiate pour parer à toute éventualité. En effet, même si le patient n'est pas dépendant de son dispositif et que le BE est utilisé à distance du boîtier, la gravité potentielle d'un quelconque dysfonctionnement doit inciter à la prudence.

a) Utilisation d'un aimant

Un **aimant** devrait être mis à disposition en salle pour pouvoir être utilisé sans délai en cas d'IEM entraînant un dysfonctionnement. En général, cet aimant est conservé avec l'appareil de défibrillation en SSPI ou dans un couloir du bloc.

Dans tous les cas **l'ensemble des fonctions du dispositif est rétabli immédiatement au retrait de l'aimant**. Il n'y a pas de risque de déprogrammation du boîtier avec l'utilisation d'un aimant.

3. Reprogrammation péri-opératoire

Le **cardiologue du centre de référence** a la possibilité de modifier le programme d'analyse et de stimulation pour **activer ou désactiver certaines fonctions**. Avant une intervention à fort risque d'IEM (utilisation d'un BE très proche du boîtier par exemple), on peut ainsi être amené à reprogrammer un pacemaker en mode asynchrone ou à désactiver la fonction de choc d'un défibrillateur. Une fois le risque d'IEM écarté, le cardiologue devra de nouveau intervenir pour rétablir le programme antérieur du patient. Il est désormais assez rare d'avoir recours à une reprogrammation préopératoire. Celle-ci ne fait pas l'objet d'un consensus en France (SFAR 2009). Dans l'idéal, pour tout patient de chirurgie programmée, il faudrait avoir l'avis du cardiologue référent pour s'assurer du bon fonctionnement du dispositif et évaluer la nécessité d'une reprogrammation ou d'un contrôle post-opératoire précoce.

Il faut distinguer deux situations, selon que l'on utilise l'aimant de façon préventive ou curative.

La décision de l'utiliser de manière **préventive** est une décision médicale et peut rentrer dans le cadre d'un protocole (voir plus loin). Dans la plupart des cas où l'intervention du patient requiert la présence d'un anesthésiste, la gestion du dispositif est laissée à l'équipe d'anesthésie. Il arrive parfois que l'IBODE travaille seul(e) avec le chirurgien, qui est alors responsable de cette décision.

En cas d'urgence (arrêt cardiaque sur défaut de stimulation d'un pacemaker, choc inapproprié d'un défibrillateur), l'aimant peut avoir une fonction **curative**. L'IBODE peut utiliser l'aimant pour tenter de rétablir la situation si le médecin n'est pas immédiatement disponible.

b) Défibrillateur / Stimulateur externe

Tout bloc opératoire doit être équipé d'un **appareil de défibrillation et électro-entraînement externe**,

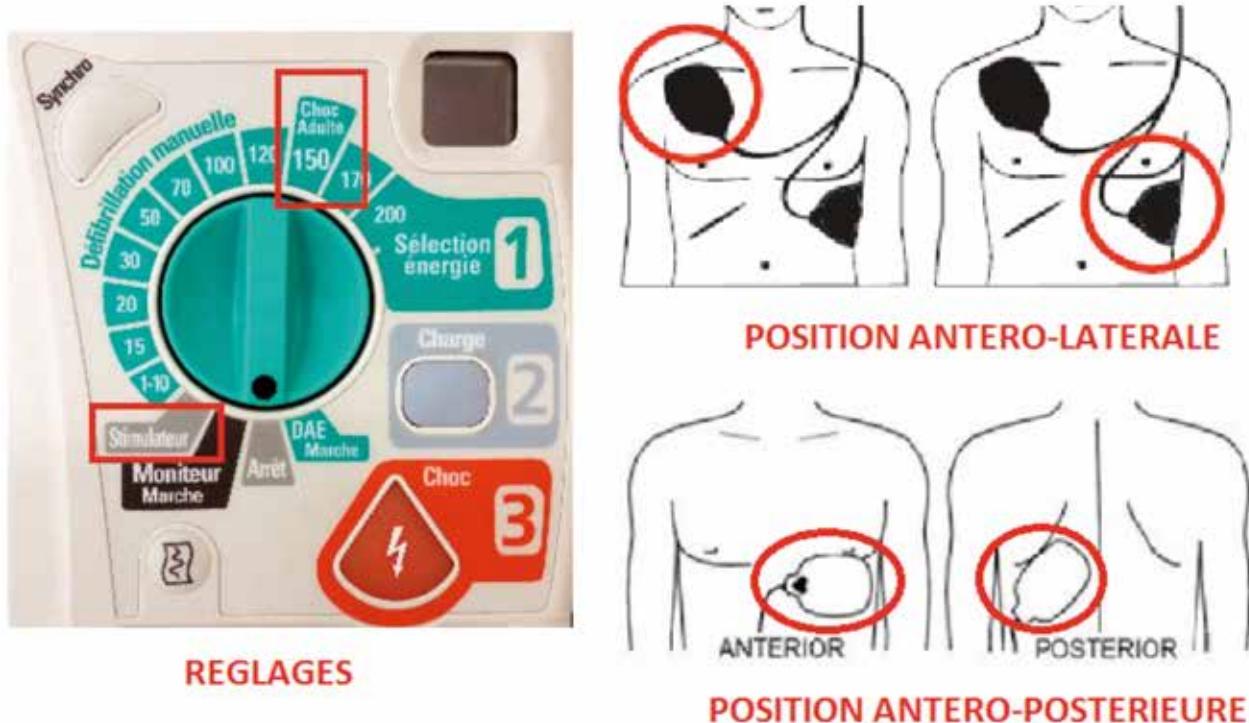


Figure 4 - Utilisation d'un défibrillateur / stimulateur externe

afin de pouvoir avoir un recours rapide à une thérapeutique de suppléance en cas de défaillance du dispositif implantable. Le courant de stimulation/défibrillation est délivré par des électrodes cutanées autocollantes.

Pour la stimulation externe, la position antéro-latérale « classique » des électrodes est préconisée (Figure 4). En cas de bradycardie extrême ou d'asystolie, il suffit de positionner la mollette sur « Stimulation » (Figure 4), puis de régler la fréquence et l'intensité de la stimulation. Cette stimulation peut être douloureuse chez un patient éveillé. Il faut donc veiller à baisser l'intensité jusqu'à une stimulation minimale efficace.

Pour le choc électrique, la position antéro-postérieure des électrodes est préférée. Elle permet de diminuer la quantité d'énergie passant par le boîtier, avec théoriquement moins de risque d'endommager celui-ci. Dans l'urgence, il faudra toujours privilégier la technique la plus rapide à mettre en œuvre. Il est souhaitable d'utiliser le défibrillateur d'emblée à pleine énergie (150 J en biphasique) afin de ne pas avoir à répéter des chocs inutiles (Figure 4).

Il n'y a pas de consensus sur la nécessité de brancher l'appareil de défibrillation/stimulation externe avant l'intervention. Si le thorax du patient risque d'être difficile d'accès ou si l'utilisation du BE est très proche du boîtier (voir plus bas), il peut être plus sécurisant de coller les électrodes avant le champage.

2. Monitorage du patient et contrôle postopératoire
Le patient porteur d'un dispositif implantable doit impérativement **être monitoré en continu** jusqu'à ce qu'on ait la certitude que le risque de dysfonctionnement du dispositif est écarté (dysfonctionnement immédiat causé par les IEM, dysfonctionnement ultérieur par dommage sur le dispositif ou reprogrammation).

Le **scope ECG** permet de surveiller le rythme du patient : rythme propre ou électro-entraîné, fréquence cardiaque.

Mais l'enregistrement de l'ECG n'est pas suffisant. En effet, l'ECG du scope enregistre des courants passant entre des électrodes de surface relativement éloignées entre elles, contrairement aux sondes qui enregistrent des courants « locaux » (voir plus haut). Par conséquent, un tracé ECG

parasité ne permet pas de préjuger de la présence d'IEM au niveau des sondes du dispositif. Un courant parasite visible sur le scope peut tout à fait être ignoré par les sondes du dispositif implantable. De plus, en présence d'IEM, le tracé parasité ne nous permettra pas d'analyser le rythme du patient et/ou de savoir si la stimulation est opérationnelle. La finalité de la stimulation cardiaque étant une contraction cardiaque efficace, il est donc nécessaire de **vérifier la présence d'un pouls sur un signal pulsatile (SpO₂ au minimum)** en plus du scope ECG.

Si le patient a présenté un évènement indésirable en peropératoire (défaut de stimulation, choc inapproprié), ou s'il est prévu que le dispositif soit contrôlé par un cardiologue après la fin de la chirurgie, le **monitrage doit être maintenu** pour détecter un éventuel dysfonctionnement, **jusqu'au contrôle du dispositif**.

Le **contrôle systématique du dispositif par un cardiologue** ne fait pas consensus. Comme le montrent certaines études, il est la plupart du temps non indispensable. Beaucoup se contentent d'un contrôle à distance dans le mois suivant. De plus, le contrôle systématique préconisé par les recommandations se heurte à des contraintes organisationnelles et à la disponibilité d'un cardiologue spécialisé. Certains protocoles proposent de guider ce contrôle selon le risque estimé de reprogrammation du dispositif par les IEM (voir paragraphe suivant). L'utilisation préventive d'un aimant n'entraîne pas de reprogrammation et ne nécessite pas un contrôle immédiat par un cardiologue.

3. Précautions lors de l'utilisation de l'électrochirurgie

C'est sur ce dernier point que la conduite à tenir pose souvent problème. Il existe des recommandations pour guider la prise en charge péri-opératoire des patients porteurs de dispositifs implantables : AFSSAPS 2005 (1), SFAR 2009 (2), ASA 2011 (3).

Mais certaines de ces recommandations semblent aujourd'hui trop restrictives et ne peuvent s'appliquer sans tenir compte des évolutions techniques des dispositifs implantables actuels.

En l'absence de données scientifiques solides, les recommandations et protocoles proposés, y compris les plus récents, sont la plupart du temps

basés sur un principe de précaution. Paradoxalement, ce principe de précaution peut conduire à des décisions mettant le patient dans une situation de risque accru (désactivation préopératoire de la fonction défibrillateur par exemple) sans qu'il y ait un réel bénéfice attendu.

Quel que soit le type d'électrochirurgie envisagée, les précautions suivantes restent valables :

- **Arrêt immédiat du BE en cas d'IEM ou de suspicion d'IEM** (modifications hémodynamiques).
- **Utilisation en coagulation plutôt qu'en section** (courant moins intense), avec intensité « la plus faible possible ».
- **Utilisation brève et intermittente** (petits « bursts » < 2 secondes) plutôt que continue : les dispositifs implantables sont programmés pour ignorer les IEM de moins de 2-3 secondes, ce qui leur permet de différencier certains artefacts d'authentiques troubles du rythme.
- **Electrode de retour positionnée « loin du thorax » et proche du site d'utilisation du BE**, de manière à ce que le trajet du courant ne passe pas à proximité du dispositif.

Les **restrictions sur l'utilisation du BE monopolaire** sont assez controversées.

Certains appliquent encore un principe de précaution très restrictif en imposant l'utilisation d'un BE bipolaire. Cependant, cela peut inutilement compliquer le geste chirurgical, tout en exposant des patients fragiles à une durée opératoire plus longue.

Les données existantes montrent logiquement que **le risque d'IEM est inversement proportionnel à la distance entre le dispositif et le site opératoire**. Dans une étude récente (4), on relevait la fréquence de survenue des IEM enregistrées par les dispositifs selon le site opératoire : 45 % au thorax, 35 % tête et cou, 15 % au membre supérieur, 3 % en abdominal sus-ombilical, 0 % en sous-ombilical, pelvis et membres inférieurs. Il faut aussi noter que les IEM enregistrées par le dispositif ne sont pas forcément à l'origine de dysfonctionnements, qui sont encore plus rares. Ces données suggèrent que l'utilisation d'un BE monopolaire ne présente pas de risque majeur à distance du dispositif, notamment en chirurgie abdominale et sous-ombilicale.

Les experts s'accordent plus ou moins sur les distances de sécurité à observer et les précautions à prendre. Dans l'étude précédente, les auteurs proposaient un **protocole de prise en charge** (voir Tableau) impliquant le minimum d'interventions sur les dispositifs, les reprogrammations préopératoires étant réservées aux patients dépendants ou lorsque le BE est utilisé à moins de 15 cm du dispositif.

Il existe des protocoles similaires proposés dans diverses études (5) ou dans les guides de pratiques (ASA 2011 par exemple) (6), avec des nuances sur les distances de sécurité, les indications de

reprogrammation ou d'utilisation d'un aimant, la prise en charge péri-opératoire par le cardiologue référent... L'idée générale reste de proposer des règles de bonnes pratiques sans alourdir inutilement la prise en charge des patients.

Il semble donc nécessaire qu'une réflexion soit conduite dans chaque établissement afin d'établir un protocole réaliste, adapté aux conditions et moyens locaux (accès au plateau technique de cardiologie, spécificités chirurgicales, équipe d'anesthésie...), tout en garantissant la sécurité des patients.

BE monopolaire		BE bipolaire
Chirurgie sus-ombilicale	Chirurgie sous-ombilicale	
<ul style="list-style-type: none"> • Défibrillateur < 15 cm : reprogrammation avec arrêt des thérapies antiarythmiques • Pacemaker < 15 cm : mode asynchrone si dépendant • Défibrillateur > 15 cm : utilisation préventive de l'aimant • Pacemaker > 15 cm : pas d'intervention préventive 	Aucune intervention préventive	Aucune intervention préventive

Références

1. AFSSAPS 2005. Interaction entre les dispositifs médicaux implantables actifs et dispositifs médicaux.
2. RFE SFAR 2009. Gestion périopératoire des traitements chroniques et dispositifs médicaux.
3. ASA. Practice Advisory for the preoperative management of patients with CIED. Anesthesiology 2011; 114: 247-261.
4. Gifford et al. ICD-ON Registry for perioperative management of CIEDs: Most require no change. PACE 2017 (Accepted manuscript, DOI: 10.1111/pac.12990).
5. Malhow et al. A perioperative management algorithm for cardiac rhythm management devices. The PACED-OP Protocol. PACE 2013; 36:238-248.
6. Stone et al. Perioperative management of patients with cardiac implantable electronic devices. British Journal of Anaesthesia 107 (S1): i16-i26 (2011).

Dr Christophe Jacob
Praticien Hospitalier
Médecin anesthésiste
CHRU Brest/Carhaix

L'UNAIBODE PARTICIPERA À

JNEP de Strasbourg



- Congrès CEFH les 29 et 30 Mars 2017 à Lyon
- Salon Infirmier du 16 au 18 Mai 2017 à Paris, Porte de Versailles, Pavillon 1.



9th Annual SERGS MEETING

6th Annual CRG Meeting

Robot assisted, conventional, single port and fast track laparoscopy

PROGRAMME IBODE

14th - 16th
JUNE
2017

Lille, France

SERGS

Society of European Robotic
Gynaecological Surgery

Under the auspices of:

CRG Groupe Francophone de Chirurgie
Robotique en Gynécologie



Traduction simultanée

JEUDI 15 JUIN

09h00  Discours d'accueil. *Christina Etén Bergqvist* (IBODE, Hôpital universitaire de Lund, Suède)
Présentation de la journée et discussion. *Christina Etén Bergqvist* & *Patricia Vanrumbeke* (IBODE, Centre Oscar Lambret, Lille)

09h15 LA CHIRURGIE ROBOTIQUE ET FAST-TRACK, LA RÉHABILITATION PRÉCOCE ET LE SINGLE PORT EN CŒLIOSCOPIE

Intervenantes : Magali Hoarau, Carine Santarelli (IBODE, Institut Paoli-Calmettes, Marseille) & *Rebecca Dumortier* (IBODE, Centre Oscar Lambret, Lille)

09h15 • Programmation

- Service spécifique dédié à l'appel des patients la veille et le lendemain de l'intervention par les infirmières, éducation et information, hospitalisation selon le lieu de vie, l'entourage, consultation d'anesthésie avec des instructions pré-opératoire

09h30 • Protocole pré-opératoire

- Douche à la maison, démarche administrative simplifiée

09h40 • Protocole per-opératoire

- Choix de la technique chirurgicale / single port, ablation du sondage urinaire, protocole anti-douleur, colle chirurgicale, diminution des douleurs interscapulaires

09h50 • Protocole post-opératoire

- *Consignes pour le retour, appel à la maison à J+1*

10h15 • La technique chirurgicale du single port étape par étape et ses avantages

10h15 PAUSE CAFÉ

10h45 CHIRURGIE ROBOTIQUE ET ANESTHÉSIE

Intervenantes : Sandra Vannin & Francoise Depriester (IBODE, Centre Oscar Lambret, Lille)

10h45 • Impact et risques liés à l'installation spécifique de la chirurgie robotique

10h50 • Vérifications et précautions avant le drapage avec du matériel adapté

10h55 • Patient debout (photos et vidéos)

11h00 • Discussion

11h05 LE ROBOT NOUVELLE GÉNÉRATION

Intervenante : Mélanie Flament (IBODE, Centre Oscar Lambret, Lille)

11h05 • Histoire de l'évolution des robots chirurgicaux

- Da Vinci XI : 4 bras identiques, évolution « tout en 1 » (optique), placement des bras simplifié et facilité grâce au ciblage
- Connexion de la table opératoire avec le robot (chariot patient), colonne et générateur du bistouri électrique

11h20 • Discussion

11h25 HYSTÉRECTOMIE SIMPLE ROBOT ASSISTÉE ÉTAPE PAR ÉTAPE

Intervenantes : Kristina Dahlqvist & Karin Burman

(IBODE, Hôpital universitaire Karolinska, Solna, Suède)

11h25 • Présentation de l'intervention

- Salle d'intervention, les tests, installation du patient, drapage des bras du robot, instruments, étape chirurgicale (rôle infirmier avec le manipulateur utérin, extraction vaginal, test vésical)
- Photographie et vidéos

11h40 • Discussion

11h50 NOUS ACHETONS UN ROBOT POUR LE BLOC !

Intervenante : à venir

- 11h50 • À quoi faut-il penser pour l'installation d'un robot dans votre centre ?

- Stockage et gestion des commandes, gestion des stocks, circulation du matériel propre et sale)
- Organisation des boîtes d'instruments robotiques (standardisation ou selon la spécialité / nombre de vie)

12h10 LE VOYAGE DES INSTRUMENTS

Intervenante : *Fanny Quiret (IBODE, Centre Oscar Lambret, Lille)*

- 12h10 • Gestion du matériel de la fin de la chirurgie au retour des boîtes stériles : la stérilisation externalisée ?

- 12h35 • Vidéo

- 12h40 • Discussion : comment cela se passe-t-il chez vous ?

12h45 DÉJEUNER & VISITE DES POSTERS

14h00 GESTION DES URGENCES ET DES DYSFONCTIONNEMENTS DANS LA CHIRURGIE ROBOTISÉE

Intervenante : *Christina Etén Bergqvist*

- 14h00 • Laparoconversion, instruments bloqués, protocoles, standardisation des pratiques, simulation
- 14h20 • Discussion

14h30 AUTRES SPÉCIALITÉS EN CHIRURGIE ROBOTIQUE

(procédures chirurgicales, installation des patients, organisation de la salle d'intervention)

- 14h30 • Chirurgie digestive, *Martine Lehaniy (IBODE, Institut du Cancer, Montpellier)*

- 14h50 • Chirurgie de l'oreille, du nez et de la gorge, *Eva-Lena Isaksson (IBODE, Hôpital universitaire de Lund, Suède)*

- 15h10 • Chirurgie pédiatrique, *David Le Bris & Stéphanie Cado (IBODE, APHP Hôpital Necker, Paris)*

- 15h30 • Chirurgie thoracique, à venir

- 15h50 • Chirurgie urologique, à venir

16h00 DÉJEUNER & VISITE DES POSTERS

16h30 « PROJET CONNECTÉ » (nouvelles au sujet de notre profession)

- 16h30 • Infirmière de bloc en Europe : quelles différences ? *May Karam, Présidente de l'EORNA*

- 16h45 • Qu'en est-il d'un groupe ou d'une page Facebook ?

Support pour partager des informations et des expériences, des nouvelles...
ou un autre type de plate-forme, l'ère numérique, à venir

17h00 Fin de la journée.

20h00 DÎNER DE GALA



ACCÈS POSSIBLE À LA CHIRURGIE EN DIRECT ET DISCUSSION
DURANT LA JOURNÉE (Amphithéâtre Teilhard de Chardin)

VENDREDI 16 JUIN

FORMATION D'ÉQUIPE MÉDICALE AVEC STAN INSTITUTE

08h30



PRÉSENTATION COMMUNE DYNAMIQUE



(sujets au choix, nombre de groupes selon le nombre de participants)

“Serious games”, animation : Stan Institute

- Un duo sur Mimics
- Un autre duo sur « désactiver la bombe »
- Équipe multidisciplinaire
- Salle opératoire : situation de difficulté et analyse commune
- Formation en équipe

Le robot Da Vinci XI et table connectée en pratique

Intervenantes : *Patricia Vanrumbke & Mélanie Flament* (IBODE, Centre Oscar Lambret, Lille)

- Installation dans la salle d'opération, branchements, mise en service
- Menu (chariot patient) : choix de la région anatomique selon la chirurgie
- Différents mouvements des bras, drapage des bras, mobilisation du robot, placement pour le ciblage, l'amarrage, connexion à la table d'intervention

10h00



PAUSE CAFÉ

10h30



Reprise formation médicale (“Serious games” / Le robot Da Vinci XI)

12h30



DÉJEUNER

14h00



Reprise formation médicale (“Serious games” / Le robot Da Vinci XI)

16h00



Discours de clôture et remerciements.

Christina Etén Bergqvist (IBODE, Hôpital universitaire de Lund, Suède)
& *Patricia Vanrumbke* (IBODE, Centre Oscar Lambret, Lille)



ACCÈS POSSIBLE À LA SESSION VIDÉO DE LA MATINÉE

(Amphithéâtre Teilhard de Chardin)

DPC

« SESSIONS DPC » N° ODPC : 1061 Institut de Formation Oscar Lambret

JEUDI 15 JUIN : Le voyage des instruments (12h10)

VENDREDI 16 JUIN : Formation d'équipe médicale (journée)

Informations DPC : Corinne Verrier, Institut de Formation Oscar Lambret

BULLETIN D'INSCRIPTION

DPC

Mme M. Prénom :

Nom :

Chirurgien IBODE Autre (précisez) :

Adresse :

Tél. :

E-mail* :

Adresse de facturation si différente :

* Obligatoire car confirmation d'inscription uniquement par mail.

DROITS D'INSCRIPTION	AVANT LE 30 AVRIL	APRÈS LE 30 AVRIL
PRISE EN CHARGE INSTITUTIONNELLE DPC		
<input type="checkbox"/> CHIRURGIEN	530 €	580 €
<input type="checkbox"/> IBODE	330 €	380 €
PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE DPC		
<input type="checkbox"/> CHIRURGIEN	500 €	650 €
<input type="checkbox"/> IBODE	300 €	350 €

PAIEMENT

PAR CHÈQUE, libellé à l'ordre du Centre Oscar Lambret

PAR VIREMENT BANCAIRE (joindre une copie du virement bancaire)

Compte n° 04191720000 clé 29 – Banque : Natixis Banques Populaires à Paris

National / Code banque : 30007 – Code guichet : 99999

International / Int nation. Bk Acc.

IBAN : FR7 3000 7999 9904 1917 2000 029 – BIC : NATXFRPPXXX

BULLETIN D'INSCRIPTION À RETOURNER À :

Institut de formation Oscar Lambret

3, rue Frédéric Combemale

BP 307 – 59020 Lille Cedex

E-mail : institut-formation@o-lambret.fr

LA VIE EN RÉGIONS

ALIBODE

Assemblée Générale de l'ALIBODE

L'ALIBODE s'est réunie le 3 février 2017 pour son assemblée générale dans les locaux de l'hôpital Sainte Blandine au centre de Metz.

Le bilan de l'année est très positif dans son ensemble.

Le rapport moral a été présenté par la Présidente, Anne Kaub, aux 12 membres du bureau et aux 6 adhérents présents.

Il a été approuvé à l'unanimité.

Le bilan financier, présenté par les trésorières Florence et Patricia, reste positif pour 2016.

Elles ont eu l'approbation et les félicitations des commissaires aux comptes pour la bonne gestion et tenue des finances.

Le bilan financier a été approuvé à l'unanimité.

En 2016, l'ALIBODE est fière de ses 58 adhérents.

L'ALIBODE tisse des liens et fédère ses adhérents à travers le site internet, les informations qu'elle diffuse via les adresses mails et les actions entreprises :

- Journée de l'IBODE en février 2016.
- JREP en novembre 2016.
- Abonnement Interbloc offert à l'occasion de l'adhésion.
- Cadeau remis aux nouveaux diplômés.
- Interface avec l'UNAIBODE.

Pour 2017, les rendez-vous sont déjà notés dans les agendas :

- Participation au Salon Infirmier en mai à Paris.
- SREP du 10 mars à Metz.
- SREP du 22 septembre à Nancy.
- JREP à l'automne (date à confirmer).

Le comité renforce ses rangs en accueillant 2 IBODE, Myriam et Valérie, à qui nous souhaitons la bienvenue !

L'ensemble du bureau directeur a été reconduit dans ses fonctions.

...il ne nous reste plus qu'à continuer.

A l'issue de l'assemblée, la Présidente a convié toutes les personnes présentes à partager le verre de l'amitié.

A très bientôt.

Marie-France Houpert
Vice-présidente ALIBODE

APOLIBO

NOUS AVONS BESOIN DE VOUS EN POLYNESIE

Chers collègues IBODE,

Le centre hospitalier de Polynésie Française est à la recherche d'IBODE pour rejoindre son équipe.

Nous avons un bloc opératoire pluridisciplinaire de 11 salles d'intervention, doté de toutes les technologies nécessaires pour un travail de qualité. Le bloc fonctionne 24h/24h car nous sommes la structure hospitalière principale de Polynésie.

Nous avons un double système de planning, un système de garde en 12h et un système de roulement continu sur la semaine en 8h sans week-end, jour férié et nuit (7h30 15h30 du lundi au vendredi 14h30).

À ce jour, il vous sera sans doute proposé le roulement continu car le roulement de garde est pourvu, l'intégration à celui-ci se fait en principe par ordre d'arrivée selon les désidératas.

Actuellement, le bloc compte plus d'IDE que d'IBODE et le turn-over est régulier dans les îles du fait souvent des mutations pour un temps donné des conjoints (profs, militaires, ...) mais aussi par l'envie de découvrir différentes contrées du monde.



Le recrutement se fera sous forme d'un contrat à durée déterminée mais à savoir que des postes sont mis au concours fin 2017 pour être titulaire de la fonction territoriale polynésienne (différente de la fonction publique hospitalière française).

Actuellement, 2 postes d'IBODE sont vacants, 1 sera vacant fin mars 2017 et 1 autre courant novembre 2017. Cependant, comme nous savons que la décision de s'expatrier demande du temps et de l'organisation, l'organisation du service est faite avec des IDE, en fonction de l'arrivée des candidats.

La vie en Polynésie est très agréable mais il faut savoir que nous sommes régis par la Fonction Publique de Polynésie Française, différente de la Fonction publique Hospitalière sur certains points comme le temps de travail, les grilles salariales, la reprise d'ancienneté, etc.

Si l'aventure vous tente, l'envie de découvrir un autre hémisphère, la vie sur une île ou autre encore, rejoignez-nous pour agrandir notre potentiel IBODE.

Avant tout, l'APOLIBO se tient à votre disposition pour tous renseignements pour ne pas se lancer dans une aventure sans savoir. Nous vous dirons tout et vous donnerons les coordonnées des personnes à contacter. N'hésitez pas, on attend vos questions et partagerons avec vous notre expérience de la vie professionnelle polynésienne. Nos coordonnées sont présentes sur la page régionale du site UNAIBODE.

ARIBOLR**L'Assemblée générale de l'ARIBOLR s'est tenue le samedi 28 janvier 2017**

Après une arrivée arrosée et un café d'accueil chaleureux, la matinée fut consacrée à la présentation des bilans moral et financier de l'ARIBOLR et du bilan de l'UNAIBODE.

Je remercie les adhérents téméraires venus soutenir les membres du conseil d'administration et permettre d'atteindre le quorum nécessaire aux votes.

L'ARIBOLR poursuit son travail dans la défense et la promotion de notre profession, dans la formation des adhérents et le regroupement des IBODE du Languedoc-Roussillon, notre belle région, et d'ailleurs...

Cordialement,

Corine Heraut
Présidente ARIBOLR

INFOS RÉGIONS

Retrouvez vos associations en Régions via le site « www.unaibode.fr »

20**AIBOB****JREP**

Avril 2017 à Ploemeur

Contact : Lionel Cann

AIDBORN**Actes exclusifs, entre légalité et réalité**

Le 16 juin 2017 au Novotel de Lille Aéroport

Contact : Sylvain Carnel

AIFIBODE**JREP**

Le 25 mars 2017 à Paris Jussieu

AISOPCA**congrès de chirurgie gynécologique, le choix des armes**

Le 11 mars 2017 à Marseille

ALIBODE**2 dates de SREP**

Le 10 mars 2017 à Metz et le 22 Septembre à Nancy

ARIBONE**SREP**

Le 28 avril 2017 à Reims, les actes exclusifs

JREP

Le 7 Octobre 2017

ASIBONOR**15^{ème} JREP**

Le 20 mai 2017 à Caen

ATIBODE**JREP**

Le samedi 1^{er} Avril 2017 à L'Hotel Mercure de Tours Nord, autour de sujets de chirurgie orthopédiques (conférences et ateliers), le traitement d'air au bloc...

TEXTES LÉGISLATIFS

- Décret n° 2016-1897 du 27 décembre 2016 relatif au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière et supprimant l'Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière.
- Décret n° 2016-1901 du 28 décembre 2016 relatif aux bourses accordées aux étudiants inscrits dans les instituts et écoles de formation de certaines professions de santé.
- LOI n° 2016-1828 du 23 décembre 2016 portant adaptation du deuxième cycle de l'enseignement supérieur français au système Licence-Master-Doctorat.
- Arrêté du 19 décembre 2016 modifiant l'arrêté du 24 février 2014 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire.
- Arrêté du 21 décembre 2016 fixant la subvention financant les actions de formation de base des associations d'usagers du système de santé pour 2016.
- Décret n° 2016-1768 du 19 décembre 2016 relatif au financement de la formation de base des représentants des usagers du système de santé.
- Décret n° 2016-1745 du 15 décembre 2016 modifiant le décret n° 2016-636 du 19 mai 2016 relatif à l'organisation des carrières des fonctionnaires de la catégorie C de la fonction publique hospitalière et divers décrets portant statuts particuliers de personnels de la catégorie C de la fonction publique hospitalière.
- Arrêté du 30 novembre 2016 portant agrément et renouvellement d'agrément national des associations et unions d'associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique.
- Décret n° 2016-1645 du 1er décembre 2016 relatif à la permanence des soins et à diverses modifications de dispositions réglementaires applicables au service public hospitalier.
- Décret n° 2016-1621 du 28 novembre 2016 relatif à la stratégie nationale de santé.
- Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers.
- Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.
- **Décret n° 2016-1590 du 24 novembre 2016 modifiant le code de la santé publique et relatif aux déchets assimilés à des déchets d'activités de soins à risques infectieux et aux appareils de prétraitement par désinfection.**
- Arrêté du 18 novembre 2016 portant agrément et renouvellement d'agrément national des associations et unions d'associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique.
- Décret n° 2016-1545 du 16 novembre 2016 autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé « dossier médical partagé ».



LES ANNONCES DE RECRUTEMENT



HÔPITAL SAINT CAMILLE Etablissement hospitalier privé de 273 lits

Urgences • Chirurgie viscérale et urologie • Traumatologie et Orthopédie • Pédiatrie • Réanimation • Radiologie
 • Scanner • Ophtalmologie • ORL
 1000 salariés

IBODE(s)

La Direction des soins recherche des :

- Bloc de 6 salles
- Chirurgie adulte et enfant : Orthopédie - Traumatologie - Viscérale - Urologie - ORL

Convention FEHAP • Poste à pourvoir immédiatement

Merci d'envoyer votre candidature (lettre de motivation et CV)
 à l'attention de Madame SEILLE.

Hôpital Saint Camille, 2 rue des Pères Camilliens 94366 Bry sur Marne Cedex,
 v.seille@ch-bry.org



LE GROUPE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE ROBERT DEBRE



Hôpital de la mère, de l'enfant et de l'adolescent

RECRUTE (H / F)

- **IBODE, IDE ayant une expérience au bloc (horaires attractifs)**

**Prime mensuelle et semestrielle et avantages liés à la fonction (actes exclusifs),
 vacations possibles.**

Venez le rejoindre pour réaliser votre projet professionnel.

Nous vous proposons des formations qualifiantes (actes exclusifs) et d'intégration, des formations par E-learning.
 Le personnel bénéficie de structures sociales (crèches, médiathèques).



Contact recrutement : Direction des Soins et des Activités Paramédicales

01 40 03 24 83 - recrutement.soins@rdb.aphp.fr



Hôpital-universitaire-Robert-Debré

ASSISTANCE
PUBLIQUE

HÔPITAUX
DE PARIS

Hôpital universitaire
 Robert-Debré
 48, boulevard Séurier
 75019 Paris
 01 40 03 24 83
recrutement.soins@rdb.aphp.fr

L'Institut Mutualiste Montsouris, Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC), situé dans le 14^e arrondissement de Paris, convention FEHAP de 1951, recrute :

IBODE ou Infirmier de Bloc H/F

Poste en CDI à temps plein - Horaires en 10h et 12h (au choix) + Garde et astreinte

Vous travaillez dans un environnement technique de pointe (plateau technique moderne et performant, vidéo chirurgie et chirurgie robot assistée, etc.). Le bloc opératoire dispose de 8 spécialités médico-chirurgicales et de 17 salles d'opération. Polyvalence sur les différentes spécialités.

Le sens du travail en équipe pluridisciplinaire et un bon relationnel sont indispensables.

Parcours d'intégration personnalisé.

Rémunération supérieure à la convention collective.

Possibilité de prise en charge de la formation d'IBODE.



Merci d'adresser votre candidature par mail à : sophie.coeuret@imm.fr
 ou par courrier à la Direction des Ressources Humaines de l'Institut Mutualiste Montsouris
 42, Boulevard Jourdan 75674 PARIS CEDEX 14

L'INSTITUT
 MUTUALISTE
 MONTSOURIS



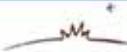
Les blocs opératoires du groupe hospitalier Est Parisien recrutent :

- Pour le site de Tenon : Des IBODE
Des IDE ayant pour projet professionnel Bloc Opératoire
1 cadre de santé IBODE
Contact : Claudine LE CORRE - Cadre supérieur coordinatrice Blocs - 01 56 01 81 09 - claudine.duport@aphp.fr
- Pour le site pédiatrique de Trousseau : 1 cadre de santé IBODE
Contact : Brigitte PLAGES - Directrice des soins site Trousseau - 01 40 19 30 66 - brigitte.plages@aphp.fr
- Pour le site de Saint-Antoine : 1 cadre de santé IBODE
Des IBODE
Des IDE ayant pour projet professionnel Bloc Opératoire
Contact : Caroline PICHON - Coordinatrice générale des soins site Saint-Antoine
01 71 97 00 53 caroline.pichon@aphp.fr



ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS




FONDATION SAINT JEAN DE DIEU
Clinique Oudinot

La Clinique Oudinot, établissement de la Fondation Saint Jean de Dieu, est une clinique médico-chirurgicale, située à Paris (7^{ème} arrondissement), comptant 58 lits d'hospitalisation, 38 places de chirurgie ambulatoire et 7 postes de chimiothérapie (www.clinique-stjeandedieu.com).

De taille humaine, elle privilégie, avec la qualité et la sécurité des soins, l'accueil et l'écoute personnalisés. Depuis ces dix dernières années, l'établissement est engagé dans un projet médical résolument axé sur la prise en charge en cancérologie. Le bloc opératoire de la Clinique comporte, à ce jour : 9 salles d'opération, 16 postes en salle de réveil et 1 service de stérilisation centralisée.

Dans le cadre de la mise en œuvre de son projet médical et de la création de nouvelles salles d'intervention, la clinique recherche :

Des Infirmiers/ères de Bloc Opératoire

Leur mission : Réaliser des soins infirmiers et organiser les activités en salle d'intervention en lien avec l'examen et/ou le geste opératoire en pré, per et post interventionnel visant au bon déroulement de l'acte opératoire et/ou de l'examen et à l'accompagnement du patient.

Selon leur expérience, ils/elles pourront être en charge de certaines missions liées à une spécialité.

Profil : Infirmier/ère bloc opératoire (IBO), Infirmier/ère bloc opératoire diplômé d'état (IBODE). Une expérience du métier est exigée. Une expérience en orthopédie est souhaitable.

Qualités professionnelles : Rigueur, concentration et attention, esprit d'équipe, esprit d'organisation, implication, polyvalence, réactivité, capacité à gérer l'urgence.



Pour postuler, merci de poster votre candidature sur notre site internet : www.clinique-stjeandedieu.com, rubrique Nous rejoindre/Recrutement (<http://www.clinique-stjeandedieu.com/?page=recrutement>)

Le GHI est un établissement public de santé. Au-delà de sa vocation d'hôpital de proximité en charge des activités de médecine adulte et pédiatrique, de chirurgie (viscérale, orthopédique, vasculaire, urologique, ORL, OPH, odontologique) et périnatalité ; d'accueil et de prise en charge des urgences adultes et pédiatriques, le GHI a développé des spécialités dominantes telles que la cardiologie, la pneumologie, l'hépato-gastro-entérologie, la gériatrie, une activité médico-chirurgicale de cancérologie. Il dispose d'unités de diabétologie, rhumatologie, d'hématologie, d'addictions, d'hospitalisation à domicile.

Son activité de court séjour s'appuie sur un plateau technique adapté (bloc central, ambulatoire, 2 scanners, 1 IRM, 2 accélérateurs de particules avec scanner dédié), un service de réanimation médico-chirurgicale et une unité de surveillance continue, ainsi qu'en aval un service de suite et réadaptation.

Le GHI en chiffres, au niveau des ressources, c'est 655 lits, 1 650 ETP non médicaux, 250 ETP médicaux dont 60 internes. Concernant son activité, c'est 32 000 entrées directes, 100 000 consultations externes, 50 000 passages aux urgences adultes et pédiatriques, 6 800 interventions chirurgicales dont 2 500 en ambulatoire.

Le GHI Le Raincy-Monfermeil recrute un :

CADRE REGULATEUR DE BLOC

Compétences requises :

Diplôme d'Etat infirmier, IADE ou Diplôme d'Etat Infirmier, IBODE ou Diplôme de Cadre de Santé. Formation de logisticien de bloc opératoire.

Conditions de recrutement : Tous statuts.

Pour tout renseignement, merci de contacter la Direction des Soins au 01 41 70 83 30/80 20

Lettre de motivation et CV à adresser à l'attention de M. le Directeur - Soit par courriel : ghi-1815@candidatus.com





Adresser candidature (lettre et CV) au :
 Centre Hospitalier de l'Agglomération de Nevers (CHAN)
 Direction des Ressources Humaines
 à l'attention de Mme THIBAULT
 1, Avenue Patrick Guillot - BP 649 - 58033 NEVERS cedex
 ou à l'adresse suivante : recrutement.drh@ch-nevers.fr
www.ch-nevers.fr

Le centre Hospitalier de l'agglomération de Nevers (CHAN), établissement support du territoire de la Nièvre recherche :

Au bloc opératoire (8 salles) :

Cadre de Santé IBODE/IADE/IDE expérience bloc H/F

Pour la chirurgie ambulatoire et Anesthésie (SSPI) :

Cadre de Santé IADE H/F

Organisation générale, gestion des équipes, des matériels et des locaux, coordination, politique qualité et gestion des risques du service...

(Formation de cadre de santé requise)

Renseignements et fiche de poste sur demande à :
direction.sols@ch-nevers.fr



LES HÔPITAUX DE CHARTRES (28)

3^{ème} établissement de la Région Centre - 45 mn de PARIS

RECRUTENT DES IBODE

Pour tout renseignement contacter :

Madame le Cadre Supérieur de Santé - 02 37 30 30 30 - DECT 77266

Adresser lettre de motivation et CV aux :

Hôpitaux de Chartres - A l'attention de Monsieur le Coordonnateur Général des Soins
 Direction des Soins - B.P. 30407 - 28018 CHARTRES CEDEX



Établissement hospitalier privé (MCO), implanté dans le Sud-Ouest, occupant une position sanitaire de premier plan. Établissement d'une capacité de plus de 300 lits.



Recherche Infirmier (ère) de Bloc Opératoire

Temps complet - 35 heures • CDD et CDI



Le Poste

- Surveillance du déroulement de l'intervention et assistance technique auprès du chirurgien lors des actes opératoires.
- Recueil des données cliniques, des besoins et des attentes de la personne.
- Accueil, accompagnement et soutien de l'opéré.
- Transfert de la personne opérée et transmissions des données.
- Réalisation, organisation et contrôle des signalements d'événements indésirables et des activités de bloc opératoire.
- Contrôle, préparation, présentation et utilisation des dispositifs médicaux stériles.
- Gestion des stocks et réalisation de commandes.

Profil

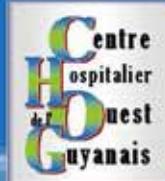
- Diplôme d'Etat d'infirmier(ère) ou IBODE.
- Une première expérience en bloc opératoire exigée.
- Esprit d'initiative, maîtrise de soi, gestion des priorités, capacités d'adaptation aux situations, esprit d'équipe.

Veuillez postuler par mail via d.lacourt@cesh.fr

Le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais Franck JOLY

B.P 97393 - 245 Saint-Laurent du Maroni Cedex

Tél. : 88 34 94 05 - Fax : 42 87 34 94 05 - E-Mail : secdirection@ch-ouestguyane.fr



Recrute

■ Un Cadre de bloc de formation IBODE



Poste à pourvoir dans l'immédiat

Des renseignements sur le poste peuvent être obtenus auprès de :

- Madame Ena Hilaire - Directrice des Soins
Mail : e.hilairecss@ch-ouestguyane.fr

Contacter - envoyer CV et lettre de motivation à monsieur le directeur à l'adresse stipulée en entête - E-mail : secdirection@ch-ouestguyane.fr

Bloc opératoire polyvalent - 5 salles d'opération

1 600 interventions par an - Spécialités chirurgicales : chir viscérale - traumato-orthopédiqe - gynéco-obstétrique urologique - proctologique - générale - ophtalmologie. Chirurgie ambulatoire - endoscopie digestive.

1 SSPI de 6 places.

1 unité d'accueil ambulatoire.

Unité de stérilisation centrale attenante.

Vous êtes dynamique, organisé, volontaire

Vous avez le sens du travail en commun

Rejoignez-nous !



Le Centre Hospitalier de la Dracénie (Draguignan)

Situé à mi-chemin entre les Gorges du Verdon et le Golfe de Saint-Tropez.

Ville de 40 000 habitants et bassin de vie de 100 000 habitants. Territoire Var Est - Côte d'Azur.

Recrute Infirmier(e)s de Bloc Opératoire

Titulaire du Diplôme de bloc opératoire ou ayant une expérience de 2 ans dans la spécialité.

- Recrutement sur emplois pérennes.
- Par voie de mutation ou en CDI avec mise en stage rapide après période d'essai limitée.
- Etablissement à fort potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire.
- Politique institutionnelle d'accompagnement des projets individuels de carrière et de formation.

Pour tous renseignements :

Contacter Monsieur Ramon CARRERIC - Directeur des Soins - ramon.carreric@ch-draguignan.fr - secrétariat : 04 94 60 50 10

Merci d'adresser votre candidature Lettre de motivation et CV par courrier ou par mail à :

Monsieur le Directeur des Ressources Humaines - Centre hospitalier de la Dracénie - BP 249 - 83007 DRAGUIGNAN Cedex
martin.celli@ch-draguignan.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE GRASSE RECRUTE DES IBODE (H/F)

Le Centre Hospitalier de Grasse, situé au sein de la capitale mondiale des parfums, rayonne et s'étend sur tout le pays grassois et son arrière-pays : facile d'accès, desservi par un axe routier développé à 20 minutes de Nice. Il possède un parking gratuit pour le personnel.

Le Centre Hospitalier de Grasse a été certifié A en février 2016. Dynamique, novateur, en pleine restructuration, développement de la chirurgie ambulatoire, classé depuis plusieurs années sur le magazine « Le Point » pour différentes PEC en ambulatoire d'urologie. Il dispose d'équipements médicaux et techniques mettant le meilleur de la technologie au service du patient : laser vert, lithotrite, plateau d'imagerie ...

Venez rejoindre notre équipe au sein d'un bloc central pluridisciplinaire composé de 6 salles et d'un bloc obstétrical de 2 salles, ouvert 24h/24. La formation aux actes exclusifs IBODE et à la spécialisation pour les IDE en place est une priorité.

Pour tout renseignement :
Merci de bien vouloir contacter la direction des Soins au 04 93 09 51 40
recrutement.drh@ch-grasse.fr

Candidatures à adresser à :

Mme MAURER - Cadre supérieur de pôle
Service DRH Centre Hospitalier de Grasse
Chemin de Clavary - 06130 GRASSE



Rejoignez la communauté des IBODE

Réseau
PRO+
Santé



Sur
ReseauProsante.fr



www.reseauProsante.fr est un site Internet certifié HONcode



Pour tous renseignements, 01 53 09 90 05 - contact@reseauProsante.fr