HAL
open science

Le décloisonnement professionnel bloc/secteur par la visite pré opératoire de l'IBODE

Céline Michelet

To cite this version:

Céline Michelet. Le décloisonnement professionnel bloc/secteur par la visite pré opératoire de l'IBODE. Médecine humaine et pathologie. 2011. hal-01882004

HAL Id: hal-01882004

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01882004v1

Submitted on 26 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Ecole
Régionale
Infirmiers
Bloc
Opératoire
Diplômé
Etat

Le décloisonnement professionnel bloc/secteur par la visite pré opératoire de l'IBODE

Mme MICHELET Céline
Promotion 2009-2011

TRAVAIL INDIVIDUEL D'INTERET PROFESSIONNEL PRESENTE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER(E) DE BLOC OPERATOIRE

Ecole
Régionale
Infirmiers
Bloc
Opératoire
Diplômé
Etat

Le décloisonnement professionnel bloc/secteur par la visite pré opératoire de l'IBODE

Mme MICHELET Céline
Promotion 2009-2011

TRAVAIL INDIVIDUEL D'INTERET PROFESSIONNEL PRESENTE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER(E) DE BLOC OPERATOIRE

Remerciements

Je tiens personnellement à remercier ma guidante, Mme KLEIN Véronique, Cadre Supérieur de Santé au CHRU de Nancy, qui m'a aidé, accompagné, conseillé et guidé tout au long de ce travail d'intérêt professionnel.

Je remercie les équipes des blocs opératoires et des services de soins des établissements de santé qui ont pris le temps de répondre à mes questionnaires.

Je tiens aussi à adresser un grand merci à mon époux Florian, mes parents et beaux-parents, mes proches et mes amies de promotion, Ludivine, Marie-Laure et Nathalie, pour leur aide précieuse et leur soutien pendant ces 18 mois de formation.

« Pour bien communiquer, ne cherchez pas à faire de « belles phrases », mais efforcez-vous d'écrire avec clarté et concision. »

Jacques BOJIN

Table des matières

Introduction **1**

Problématique **2**

Le problème spécifique 2

La question de recherche 3

Hypothèse de recherche 3

Modèle d'analyse **4**

1) Cadre théorique 4

Le décloisonnement 4

La communication 4

2) Cadre conceptuel 6

La communication interprofessionnelle 6

Le cloisonnement professionnel 7

Notion de continuité des soins 9

3) Cadre d'analyse 12

La visite pré opératoire (VPO) 12

L'évolution de la fonction de l'IBODE… 19

Méthodologie de la recherche **21**

1) Les participants 21

L'échantillonnage 21

L'éthique 21

L'échantillon 21

2) Le matériel 22

Enumération du matériel, choix de l'outil 22

Construction et description de l'outil de collecte 22

Validité de l'outil / Test de l'outil 23

3) Le déroulement de la collecte 23

Le moment et le lieu 23

La tâche 24

Les consignes 24

Le temps alloué 24

Premiers résultats et amélioration possible de la recherche **25**

Conclusion **26**

Bibliographie **27**

Glossaire des abréviations **29**

Annexes **30**

Introduction

Dès l'obtention de mon diplôme d'Etat d'infirmière en 2005, j'ai souhaité intégrer un secteur d'hospitalisation pour parfaire les apports théoriques et pratiques appris lors de mon cursus de formation. Ma première affectation fut un service de soins en chirurgie digestive et générale au sein du pôle Urologie-Néphrologie-Digestif du CHRU de Nancy (54) où j'ai exercé pendant 4 ans. Je souhaitais connaître les activités et compétences des infirmier(e)s de secteur de soins avec la prise en charge des patients en pré et post opératoire avant d'intégrer un bloc et être formée sur les soins per opératoires. Cette expérience m'a permis de développer le contact relationnel avec le patient dans la continuité, d'optimiser la prise en charge des familles et acquérir une certaine maîtrise et maturité professionnelle.

Pour élargir mon champ de compétences, je me suis orientée vers les activités per opératoires, afin de mieux appréhender les soins aux patients. Néanmoins, je n'ai pas eu la possibilité d'exercer en tant qu'infirmière faisant fonction d'infirmière de bloc opératoire avant d'intégrer l'école d'IBODE[1], bien que mon projet professionnel s'orientait en ce sens. Je voulais découvrir une prise en charge du patient différente de celle d'un service de soins et ainsi appréhender d'une manière plus globale le circuit chirurgical du patient, au sein d'un environnement qui m'était peu familier.

Pendant l'exercice de mes fonctions d'infirmière en service d'hospitalisation, j'ai constaté que les relations inter professionnelles avec le bloc opératoire étaient perfectibles et que cet univers clos m'était peu connu.

Depuis mon intégration à l'école d'IBODE en octobre 2009 et lors de mes différents stages, j'ai constaté la complexité du travail d'infirmier(e) de bloc opératoire et la multiplicité des tâches accomplies par ces dernier(e)s.

Forte de ces deux observations, l'objectif de cette étude explicative est de comprendre le cloisonnement, qui peut générer des incompréhensions entre le bloc opératoire et les services de soins et par quels moyens les réduire.

J'ai choisi délibérément de centrer ma réflexion en partant du point de vue de l'IBODE et formulé ma question de départ comme suit :

« La méconnaissance du travail de l'infirmier(e) de secteur de soins par l'IBODE entraîne-t-il une incompréhension des besoins d'informations nécessaires à la qualité de prise en charge du patient ? »

J'exposerai dans un premier temps la problématique de mon étude puis, dans une seconde partie, je développerai les apports théoriques m'ayant permis d'élaborer mon questionnaire qui répondra ou non à mon hypothèse de recherche.

Enfin, dans une dernière partie, j'expliquerai le choix de cet outil, les participants et le déroulement de la collecte.

[1] IBODE : lire infirmier(e) de bloc opératoire dans tout le travail

Problématique

Le problème spécifique

Au cours de mon expérience professionnelle, j'ai perçu un décalage entre le travail d'un(e) infirmier(e) de secteur et celui d'un(e) infirmier(e) de bloc. Pourtant, l'association de leurs compétences permet la continuité des soins et la prise en charge globale des patients. Chaque acteur, qu'il soit issu du service ou du bloc, a un rôle ponctuel s'inscrivant dans un processus de soins et répondant à une demande de qualité.

Au retour de bloc des patients, je consultais dès leur arrivée en service la fiche de transmission qui n'est autre que la fiche de suivi du patient en salle d'intervention. Elle était, certes remplie mais il manquait, selon moi, souvent des informations importantes qui m'auraient été très utiles pour ma prise en charge post opératoire, comme par exemple la localisation exacte de chaque drain de Redon, afin d'aiguiller le chirurgien lorsque cela saigne, et pouvoir lui répondre avec précision. Je me sentais en manque d'informations.

Je déduis donc de cette expérience que j'ignorais le rôle d'un(e) infirmier(e) de bloc opératoire et comment il ou elle prenait en charge les patients, je méconnaissais leurs pratiques et manquais d'informations sur le fonctionnement du bloc opératoire.

Le patient, de son arrivée à sa sortie, est pris en charge selon la démarche de continuité des soins, qui est le fil conducteur de son hospitalisation. A chaque étape de soins, il est pris en charge par différents personnels de santé qui s'inscrivent chacun dans une étape mais où la communication interprofessionnelle pour le maintien de la continuité des soins est souvent altérée, avec une perte d'informations.

Le bloc opératoire utilise une sémantique professionnelle différente de celle des services de soins et le fait de ne pas utiliser la même terminologie accentue les différences et les incompréhensions. On se retrouve face à deux univers de soins différents à essayer de rapprocher.

Ces situations montrent donc bien qu'il existe un cloisonnement professionnel entre le bloc opératoire et les services associés. L'objectif de ma démarche est d'explorer ce phénomène afin d'en analyser les mécanismes.

J'ai constaté qu'il existe peu d'écrits sur ce sujet ou seulement une documentation qui s'en rapproche. Après en avoir parlé dans mon entourage professionnel et parce que j'ai vécu ces situations, j'ai choisi de développer mon mémoire sur ce thème.

L'enjeu de ma recherche est de faire prendre conscience aux soignants la nécessité de communiquer entre eux et partager leurs connaissances afin d'assurer une qualité de soins optimale aux patients. La connaissance du travail de l'autre peut être simplement amenée au fil du temps par des échanges réguliers de qualité.

La question de recherche

Ce questionnement m'a amené à poser ma question de recherche :

« Quels sont les leviers du décloisonnement professionnel permettant l'ouverture et la continuité du travail de l'IBODE vers l'IDE de secteur de soins? »

Hypothèse de recherche

Malgré toutes les stratégies (fiches de transmissions, réunions du personnel…) observées lors de mes expériences professionnelles ou de l'ensemble de mes stages réalisés au cours de mon cursus infirmier, je n'ai pas constaté d'outil d'ouverture permettant une amélioration de la communication et du cloisonnement des services de soins sur le bloc opératoire.

A ma connaissance, certains établissements hospitaliers expérimentent la visite pré opératoire ce qui permet au personnel du bloc de venir à la rencontre des soignants dans les services de soins.

Cela me permet de faire ressortir une hypothèse générale sur laquelle portera ma recherche qui est : « la visite pré opératoire est un des leviers du décloisonnement professionnel entre les professionnels de santé travaillant au bloc et les services associés. »

Modèle d'analyse

1) Cadre théorique

Le décloisonnement et la communication étant deux notions importantes au centre de mon étude, il me parait indispensable de les définir.

Le décloisonnement

D'après l'encyclopédie Le Petit Larousse illustré de 1991, le décloisonnement est l'« Action de décloisonner ».

Décloisonner signifie :
« Débarrasser des cloisons, des séparations qui empêchent ou entravent la communication, la libre circulation des idées, des personnages, etc. Il donne pour exemple : « Décloisonner des services ». » Cette définition est toujours la même en 2011.

L'encyclopédie linternaute donne deux sens à ce mot :
Sens 1 : « *enlever la ou les cloisons* »
Sens 2 : « *supprimer ce qui empêche de communiquer*. »

Depuis la mise en place de l'accréditation et de la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire), les établissements de santé ont largement conscience de l'existence de cette notion et de l'importance qu'elle a au cœur de notre système de santé.

Le décloisonnement est un des enjeux de cette loi HPST car il permet une mutualisation des moyens humains, matériels et logistiques.

Selon le rapport de la HAS[2] du Centre Hospitalier de Denain, il y est mentionné que « *La V1 (première procédure de certification) a eu un impact sur le décloisonnement des services, permis l'émergence d'une nouvelle façon de travailler fondée sur la transversalité et contribué à l'installation d'une dynamique et d'une culture de la qualité.* ».

La communication

Elle est définie comme l'« *action, fait de communiquer, d'établir une relation avec autrui.*» par Le Petit Larousse Illustré de 1991. Définition inchangée en 2011.

C'est un concept complexe que de nombreuses personnes ont tenté d'expliquer.

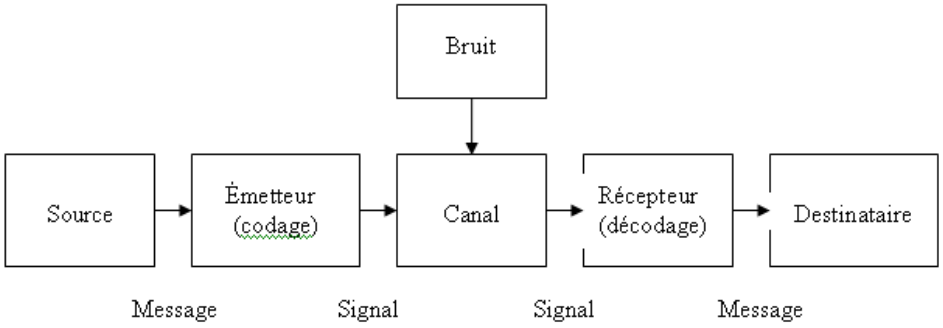
En 1949, Claude Elwood Shannon et Warren Weaver, respectivement ingénieur électricien mathématicien et psychologue scientifique tous deux américains ont défini un modèle linéaire simple de la communication.[3]

---

[2] HAS : Haute Autorité de Santé, www.has-sante.fr

[3] Claude Elwood Shannon, Warren Weaver, La Théorie mathématique de la communication, 1975

Afin d'exprimer un message, l'émetteur, grâce à un codage, envoie un message à un récepteur, qui lui effectue le décodage dans un contexte perturbé de bruit ou brouillage.



1) La source d'information énonce un message …
2) … que l'émetteur va décoder et transformer en signal,
3) lequel va être acheminé par le canal,
4) puis décodé par le récepteur, qui reconstitue un message à partir qui signal
5) et le transmet enfin au destinataire.

Théorie : le système général de la communication de Shannon et Weaver.

Dans son rapport de 2006, l'Académie Nationale de Médecine souligne l'importance de la communication dans la relation Soignant-Soigné.

La communication interprofessionnelle est celle que nous rencontrons tous les jours au sein des établissements de santé et repose sur le dialogue entre les différents professionnels de santé. Je la développerai plus en détail dans le cadre conceptuel.

2) Cadre conceptuel

Je vais maintenant développer quelques grands concepts nécessaires à la compréhension de mon étude.

La communication interprofessionnelle

Les moyens de communication sont aujourd'hui très nombreux et prennent un essor considérable. En passant par le téléphone fixe, le téléphone portable, internet haut débit, vidéo conférence, on peut aussi bien dialoguer avec une personne pouvant se trouver à l'autre bout de la Terre qu'avec son voisin.

Ces différents moyens de communication ne sont pas aussi développés dans les établissements de santé. En effet, toutes ces technologies représentent un coût et ne peuvent pas être utilisées par l'ensemble des établissements. Les moyens restent donc « basiques » et on retrouve toujours le téléphone, le dossier de soin du patient écrit ou informatisé, les fiches de transmissions entre les différents services de soins. Les établissements utilisent les moyens qui leur présentent un intérêt ; ainsi, le développement de ces évolutions reste encore aléatoire en fonction des établissements de santé.

La communication interprofessionnelle d'aujourd'hui se réalise dans la majorité des cas, soit par une fiche de liaison entre les différents secteurs de soins, soit par téléphone, permettant d'échanger des informations concernant le patient. Cette fiche reprend des informations du dossier médical et paramédical du patient mais cela suffit-il à la prise en charge des patients, ce type de communication est-t-il optimal ?

La communication interprofessionnelle s'inscrit dans la collaboration interprofessionnelle largement développée par les Canadiens dont une étude datant de 2007 de la faculté de l'université de Sherbrooke définit ce concept comme :

> « *le lieu de structuration d'une action collective qui réunit des membres d'au moins deux groupes professionnels autour d'un but commun, à travers un processus de communication, de décision, d'intervention et d'apprentissage, ce processus étant dynamique, évolutif et complexe. La justification de l'existence de la collaboration interprofessionnelle réside dans l'optimisation des résultats visés par rapport à un but commun, par exemple la prestation de services à l'individu (élève, patient, client, etc.) appréhendé dans sa globalité et son intégrité plutôt qu'en pièces détachées. On en retrouve des exemples surtout dans le domaine de la santé, mais aussi dans d'autres contextes de services professionnels, quoiqu'ils soient moins nombreux et moins documentés*[4]. ».

La collaboration interprofessionnelle nécessite donc une bonne communication entre les différents acteurs au service des patients.

[4] Ecole en chantier, *Cadre de référence : collaboration interprofessionnelle,* Université de Sherbrooke faculté d'éducation, document de travail, septembre 2007

Le cloisonnement professionnel

Définition :

Le bloc opératoire est souvent assimilé, par les personnes étrangères au service, à un milieu clos, isolé, fermé, réservé aux personnes initiées.

Le cloisonnement professionnel au sein d'un établissement de santé peut être défini comme le fait qu'il existe des cloisons imaginaires entre les différents services de soins, où chacun travaille de son côté, où peu d'informations sont échangées. En règle général, seules les informations importantes sont transmises entre les différents services de soins par l'intermédiaire d'une feuille de liaison impersonnelle, sans contact physique ni échanges verbaux.

Seul le personnel d'encadrement du bloc opératoire, de part les réunions inter-pôle, est en relation direct avec l'extérieur du bloc car il communique avec le personnel d'encadrement des autres services d'hospitalisation. Ce cloisonnement est principalement vécu par les professionnels de santé opérationnels, qui sont et restent sur le terrain. Cela fait naître des litiges entre les différents personnels. L'accumulation de ces incompréhensions, ajoutées à la charge de travail de chacun, engendrent un climat de tension au sein des équipes.

De ce fait, ils ont peu ou pas de connaissances du travail de l'autre.

> *« La technicité, de plus en plus sélective pour chaque catégorie professionnelle, est souvent assortie d'un cloisonnement inévitable qui devrait être compensé au mieux par un réseau relationnel et un espace favorisant des rencontres inter-catégorielles. »*[5]

L'IBODE exerce en priorité au sein du bloc opératoire. De ce fait, elle est méconnue des différents acteurs de santé extérieurs au bloc voire réduite à une métaphore simpliste : « Ah, oui, c'est celle qui donne les instruments au chirurgien ! ». Cela était mon cas avant d'intégrer la formation IBODE.

Du fait de cet isolement, il n'y a pas de contact physique avec les services associés, très peu de communication par téléphone et donc il existe un manque de communication interprofessionnelle. Le moyen de communication interservices le plus répandu est la fiche de transmissions ciblées.

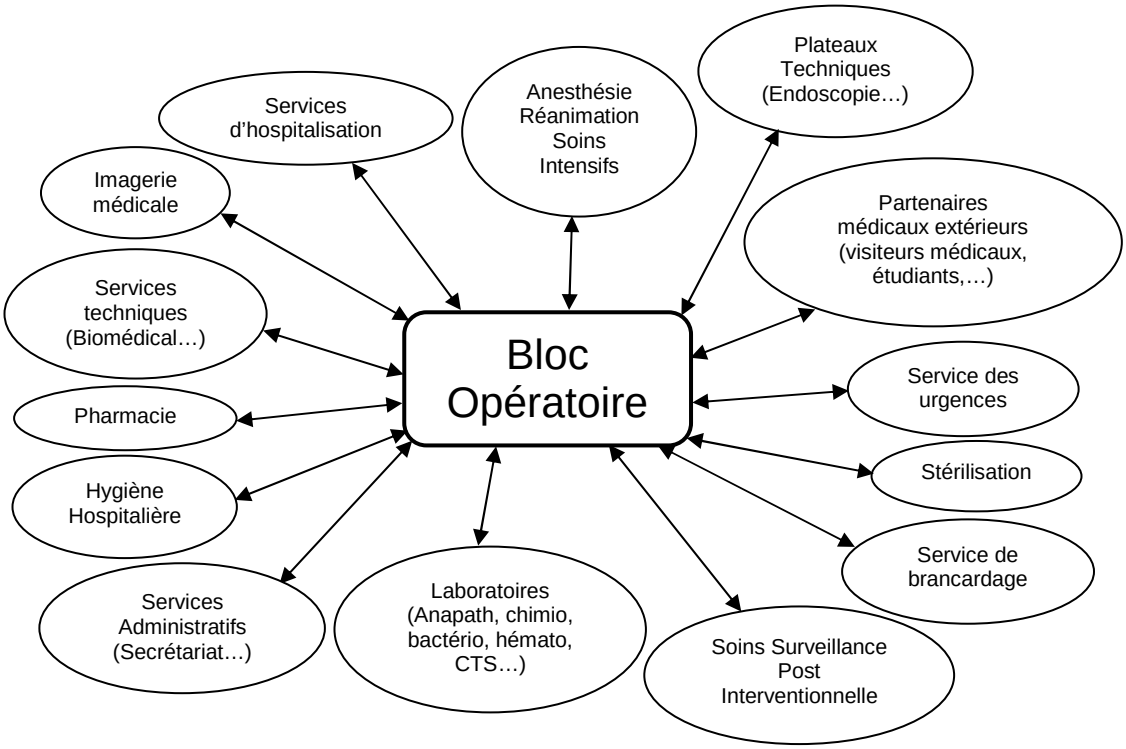
Exemples de facteurs aggravants :

Le cloisonnement professionnel est accentué à partir du moment où les locaux sont séparés, les salles de repos sont différentes, de même pour les vestiaires…C'est un environnement structurel où les conditions d'hygiène sont importantes avec un niveau d'asepsie surveillé. Les normes ISO imposent des systèmes de filtration de l'air avec un taux de particules et de micro-organismes contrôlés ; la filtration de l'eau, les circuits (patients, professionnels de santé, déchets, dispositifs médicaux stériles…), le bio-

[5] COSNIER J, GROSJEAN M, LACOSTE M, SOINS ET COMMUNICATION Approches interactionnistes des relations de soins, Presses universitaires de Lyon, Edition ARCI, collection Ethologie et Psychologie des communications, p 218

nettoyage sont des éléments surveillés au quotidien et rien n'est laissé au hasard.

Le bloc opératoire est un lieu central au sein d'un établissement de santé mais protégé, où les accès sont restreints, contrôlés et fléchés. C'est un service carrefour comme le montre ce schéma :



Le personnel revêt une tenue spécifique à l'exercice du bloc appelé pyjama de bloc, enfile des sabots, porte un masque et une cagoule.

C'est un milieu à haut risques infectieux, qui doit être protégé du monde extérieur avec un accès réservé. Des cartes à puces magnétiques, codes ou encore empreintes digitales permettent le non libre accès à l'enceinte du bloc opératoire.

La signalétique est explicite avec des logos compréhensibles de tous : souvent le sens interdit se trouve sur les portes de ce lieu.

Le cloisonnement professionnel est donc lié à la spécificité et aux conditions même du bloc opératoire.

La formation initiale infirmier(e) offre peu de possibilité de stage au sein des blocs. Seul le choix par l'étudiant d'effectuer son stage optionnel au sein d'un bloc lui permettra d'appréhender la fonction de l'IBODE.

Selon moi, la personne compétente la plus à même d'ouvrir le bloc aux services associés est l'IBODE, par l'intermédiaire de visites pré opératoires, en allant au contact des patients dans les services mais aussi au devant des personnels soignants méconnaissant le bloc opératoire.

Notion de continuité des soins

La continuité des soins nécessite une collaboration interprofessionnelle comme l'ont beaucoup montré les Canadiens.

Pour assurer une qualité et une continuité de soins optimale, Il faut un décloisonnement professionnel, c'est inévitable.

La HAS donne une définition de la continuité des soins, définition synthétique élaborée par la FCRSS Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé :

« *La continuité des soins, c'est la façon dont les soins sont vécus par un patient comme cohérents et reliés dans le temps ; cet aspect des soins est le résultat d'un bon transfert de l'information, de bonnes relations interpersonnelles et d'une coordination des soins*[6] ».

Pour les patients, c'est l'expérience des soins reliés entre eux et cohérents dans le temps, tandis que pour les soignants, c'est avoir assez d'informations et de connaissances sur un patient pour pouvoir appliquer au mieux leurs compétences professionnelles, et l'assurance que les soins qu'ils prodiguent sont reconnus et recherchés par d'autres intervenants.

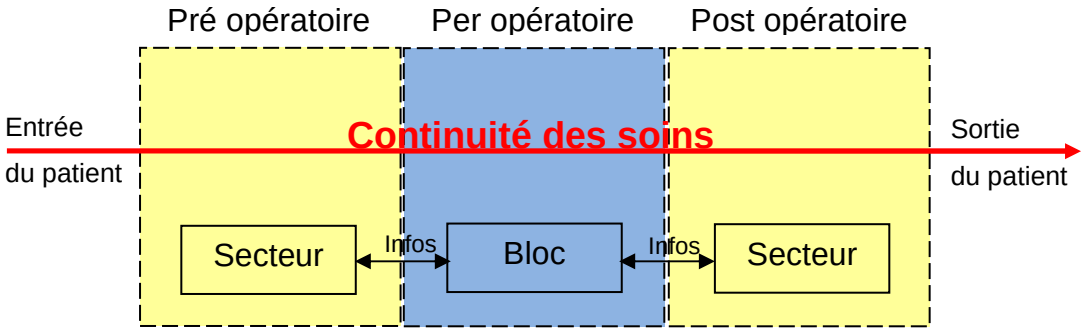
La FCRSS distinguent **trois types de continuité des soins** :

- ✓ La continuité informationnelle : les soignants utilisent les informations antérieures pour prodiguer des soins adaptés et personnalisés au patient. L'information est au cœur du soin car elle permet de relier les soins d'un soignant à l'autre.

- ✓ La continuité relationnelle : la relation avec le patient est primordiale pour bien le connaître, ce qui permet de relier les soins dans le temps et assurer une transition entre les événements. On peut parler ici de la relation soignant-soigné.

- ✓ La continuité d'approche : elle veille à ce que les soignants prodiguent des soins reliés de manière cohérente entre eux.

La continuité des soins, depuis l'accueil du patient jusqu'à sa sortie pourrait être schématisée sur l'axe du temps et s'appeler fil conducteur des soins :



[6] Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins. Rapport de la fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, mars 2002

C'est un enchaînement d'étapes autour de la prise en charge du patient qu'on appelle souvent chemin clinique du patient. Les professionnels de santé, qui sont les acteurs de cette prise en charge, gravitent autour du circuit du patient et constituent pour chacun d'entre eux un maillon de la chaîne des soins. Pour que l'ensemble soit cohérent, il faut instaurer une communication interprofessionnelle afin de maintenir l'équilibre et la continuité des soins.

Depuis 10 ans maintenant, la HAS, avec l'accréditation et la certification des établissements de santé, prend en compte la notion de qualité et de continuité des soins. La HAS a été créée en 2005 et fait suite à l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé).

En effet, en juin 2003, dans **le manuel de certification (ex-accréditation)[7] des établissements de santé, qui est la première procédure de certification (V1)[8]**, l'ANAES parle beaucoup de continuité des soins :

- ✓ Chapitre I : Le patient et sa prise en charge, sous chapitre 2 : Dossier du patient (DPA) :

> *« Les fonctions du dossier sont multiples : […] continuité des soins […] Il rassemble des informations de natures diverses : […] des informations relatives aux soins paramédicaux dispensés par les infirmiers et les autres professionnels de santé (kinésithérapeutes, diététiciennes, orthophonistes, etc.) constituant le dossier de soins (observations et actions de soins permettant la continuité des soins et l'évaluation de leur qualité). »*

La référence 1 (L'établissement définit et met en œuvre une politique du dossier du patient dans l'ensemble des secteurs d'activité) reprend ces éléments :

> *« DPA.1.a. Pour chaque patient, un recueil d'informations permet d'assurer la continuité des soins. »*

- ✓ Chapitre 3 : Organisation de la prise en charge des patients (OPC), la référence 7 : « *La continuité des soins est assurée* ».

Dans **le manuel d'accréditation des établissements de santé, deuxième procédure (V2)[9]** de septembre 2004, l'ANAES consacre une référence à cette notion : la référence 33 « la continuité des soins est assurée » qui se trouve dans le chapitre prise en charge du patient.

En 2007, dans le chapitre 3 prise en charge du patient du **manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation V2007**[10],

---

[7] Depuis la loi du 13 août 2004, le terme « accréditation » a été remplacé par celui de certification

[8] ANAES, *Manuel d'accréditation des établissements de santé, actualisation, première procédure de certification (V1)*, juin 2003, ANAES, Direction de l'accréditation, 136 pages

[9] ANAES, *Manuel d'accréditation des établissements de santé, Deuxième procédure d'accréditation (V2),* septembre 2004, ANAES, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, 131 pages

[10] HAS, *Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation*, Edition 2007, ANAES, Direction de l'accréditation, 180 pages

la référence 27 parle de continuité des soins. Cette version simplifiée regroupe davantage les références.

Enfin, en 2010[11], la HAS refond les critères pour simplifier la procédure et la faire rentrer dans la qualité de l'établissement. Le critère 18 parle de « *la continuité et la coordination des soins* ». Il englobe plusieurs critères de l'ancienne version de 2007.

L'ensemble des travaux accomplit par la HAS montre bien que c'est un concept complexe en cours d'évolution constante, évoluant en fonction des attentes de notre société par rapport au système de santé.

[11] HAS, *Manuel de certification des établissements de santé, V2010*, Juin 2009, HAS, Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins, 100 pages

3) Cadre d'analyse

Parmi les solutions possibles, telles que les communications téléphoniques, les réunions inter sectorielles périodiques, il y a sûrement d'autres outils permettant un décloisonnement professionnel.

J'ai choisi de développer plus en détail une solution qui, à mon sens, serait un levier du décloisonnement du bloc opératoire. C'est la visite pré opératoire.

La visite pré opératoire (VPO[12])

Définition[13]

Visite : « *Dans certaines professions (médicales, paramédicales, sociales), action de se rendre auprès du patient, du client.* »

Pré opératoire : *« Qui précède une intervention chirurgicale. »*

La visite pré opératoire peut donc être définie comme l'action de se rendre auprès du patient avant une intervention chirurgicale. Elle est réalisée la veille de l'intervention ou bien le jour même dans le cas d'une hospitalisation en ambulatoire, en se rendant auprès du patient, avant que les brancardiers ne le conduise au bloc opératoire. Elle permet d'avoir une bonne connaissance du dossier, d'établir des relations harmonieuses entre les personnels du bloc et les infirmier(e)s des unités de soins. C'est une rencontre entre deux univers différents pour se présenter et se faire connaître.

L'IBODE réalise un entretien avec le patient permettant de démystifier le bloc, de l'informer des différentes étapes de la période per opératoire, de répondre aux questions avec simplicité. Chacun sait que l'on appréhende l'inconnu. De plus, plusieurs études ont démontré que, bien informé, le patient consomme moins de drogues anesthésiques et se réveille plus calmement.

Il est préférable que l'IBODE ayant réalisé la visite soit présente le lendemain lors de l'accueil du patient et de sa prise en charge. Cela permet au patient d'être rassuré, de se sentir en confiance et en sécurité du fait d'un visage connu.

L'AFISO, Association Francophone des Infirmiers de Salle d'Opération de Belgique en donne une définition :

> *« La visite pré opératoire consiste en une rencontre entre le bénéficiaire, sa famille immédiate, l'infirmière soignante et l'infirmière en salle d'opération afin d'établir une relation de confiance, de répondre aux questions concernant le déroulement du séjour à la salle d'opération, d'atténuer les craintes et le stress reliés à l'intervention future, de constater l'état physique et psychologique du bénéficiaire pour être en mesure d'établir un plan de soins optimal. »*[14]

---

[12] VPO : lire visite préopératoire dans tout le document
[13] Le Petit Larousse Illustré de 1991
[14] Revue AFISO, n°19, 1993, p7, www.afiso.be/

La notion de visite pré opératoire existe depuis longtemps mais très peu d'établissements de santé la pratique, en ce qui concerne les IBODE.

L'UNAIBODE a établit une procédure pour la visite pré opératoire et décrit le contenu de l'entretien avec le futur opéré.[15]

Les objectifs de la VPO

Selon l'UNAIBODE, Union Nationale des Associations des Infirmières de Bloc Opératoire Diplômées d'Etat, la VPO permet et assure :

Pour l'IBODE :

« - une approche de la personne soignée dans toute sa dimension humaine (physique, psychique, sociale,…), afin de prodiguer des soins infirmiers personnalisés et de qualité. »

« - le recueil des informations nécessaires à une meilleure prise en charge du futur opéré pour la préparation du matériel, l'accueil, l'installation (morphologie, poids, attitude) au niveau du malade, du personnel du service, du dossier de soin. »

Pour la personne soignée, la VPO permet de :

« Apporter les informations adaptées nécessaires. »
« Limiter le stress pré opératoire. »
« Prodiguer une relation d'aide si nécessaire. »
« Etablir une communication privilégiée IBODE/futur opéré. »

Pour le service : bloc/UF (unité fonctionnelle) :

« Etablir, maintenir, améliorer les relations interpersonnel et la communication de l'information. »[16]

La VPO est donc un outil permettant de faire le relais entre les infirmier(e)s des services de soins et les IBODE qui accueillent le patient pour son intervention chirurgicale.

Les modalités[17]

La veille de l'intervention, lorsque l'IBODE prépare les interventions pour le lendemain, elle contacte le service pour savoir si les patients devant être opérés sont disponibles et si le service peut l'accueillir pour une visite pré opératoire.

A l'arrivée dans le service, l'IBODE demande à consulter le dossier du patient (administratif, médical, chirurgical, anesthésique et paramédical), afin de préparer l'entretien pré opératoire avec lui. Elle recueille les éléments nécessaires à sa prise en charge : contexte, situation familiale, professionnelle, motif d'hospitalisation, histoire de la maladie, antécédents, allergies, prise de médicaments spécifiques comme les anticoagulants, taille, poids,…afin de préparer son entretien avec le patient.

---

[15] UNAIBODE 2ème édition, *Le métier d'infirmier(e) de bloc opératoire*, - Ed. Masson - p 16 à 19, cf. annexe 1

[16] UNAIBODE 2ème édition, *Le métier d'infirmier(e) de bloc opératoire*, - Ed. Masson - Pages 16 à 19

[17] UNAIBODE 2ème édition, *Le métier d'infirmier(e) de bloc opératoire*, - Ed. Masson - Pages 16 à 19

Si l'infirmier(e) du service est disponible, l'IBODE peut lui expliquer le déroulement de l'intervention (les installations, procédures de préparation cutanée,…), lui donner l'horaire approximatif, et répondre à ses questions. L'IDE peut aussi à son tour informer l'IBODE sur certains détails concernant le patient, qu'il/elle juge important pour la prise en charge conjointe.

Ce contact permet de relater les problèmes que chaque équipe peut rencontrer lors de leur prise en charge et les améliorer.

L'IBODE peut mieux connaître le travail d'un(e) infirmier(e) de service, et tous deux sont capables de décrire le circuit de prise en charge du patient.

Les deux parties peuvent ainsi échanger leurs connaissances, leur ressenti, leur savoir-faire, les informations pratiques sur le retour du patient et ainsi mettre un visage sur les personnes avec lesquelles ils/elles travaillent.

L'entretien pré opératoire avec le patient dure environ 20 minutes au cours duquel l'IBODE *« se consacre exclusivement à la relation avec le futur opéré, elle évalue ses inquiétudes, son angoisse et ses besoins. Elle le sécurise. Elle prévoit et adapte ses actions. »*

Cette visite a pour but de compléter la visite pré opératoire du chirurgien. Certes il explique l'intervention chirurgicale en détail au patient mais ce dernier a toujours des questions en suspend, comme l'horaire du bloc que l'infirmier(e) de secteur ne connaît pas forcément, les modes de transfert, les personnes présentes dans le bloc, habillées en tenue particulière, les appareils qui l'entoureront et qu'il apercevra comme le scialytique, le respirateur, la table d'opération avec les éléments que l'on greffe dessus…

Le bloc est un univers angoissant pour le patient, mais que peut aisément expliquer l'IBODE afin de diminuer l'anxiété du patient.

Cadre législatif

Le droit à l'information du patient [18]:

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé JO 5 mars 2002 précise à l'article L1111-2 que :

> *« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. […] Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. »*

La loi légifère quant aux droits des patients d'être informés sur leur état de santé mais aussi sur ce qu'on peut leur prodiguer comme soins. A l'heure actuelle, les patients sont avides de savoir et bon nombre d'entre eux vont se renseigner sur internet. Ils arrivent parfois à l'hôpital après s'être

[18] Cf. annexe 2

renseigné sur internet et lu des documents sur des sites ou des forums inadaptés. Notre rôle est donc bien de les informer de la réalité qu'ils vont vivre et de leur expliquer concrètement les différentes étapes de leur prise en charge. Le besoin d'apprendre, qui est le 14ème besoin fondamental très bien définit par Virginia Henderson dit que c'est la *« capacité d'une personne à apprendre d'autrui ou d'un événement et d'être en mesure d'évoluer. Également à s'adapter à un changement, à entrer en résilience et à pouvoir transmettre un savoir »*. C'est ce besoin là qui est ici important pour le patient et qui peut être perturbé s'il est mal ou insuffisamment renseigné.

Les devoirs des soignants [19]:

Selon l'article R. 4311-2 alinéa 2 du décret du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, l'infirmier concourt *« à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels… »*

Dans le même texte, à l'article 4311-3, il y est aussi mentionné que l'infirmier(e) « Identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. ».

> *« Il accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage […] recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance […], préparation du patient en vue d'une intervention… »*[20]

L'article R4311-11 est la partie du décret relative aux IBODE.

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

2° Elaboration et mise en œuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés ; »

Malgré tous ces textes législatifs, il n'existe pas encore de textes réglementaires imposant la visite pré opératoire de l'IBODE dans les secteurs d'hospitalisation. La VPO s'inscrit dans la démarche de soins de l'IBODE mais n'est pas rendue obligatoire ni définit explicitement par un texte législatif.

Cependant, en 2003, le référentiel métier de l'infirmier(e) de bloc opératoire élaboré par un groupe de travail composé d'adhérents des deux associations AEEIBO[21] et UNAIBODE[22] a permis d'éclaircir et de préciser les différentes compétences et activités réalisées par les IBODE.

---

[19] Cf. annexe 3

[20] CODE DE LA SANTE PUBLIQUE - décret n°2002-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code - Livre III : auxiliaires médicaux - Titre I : Profession d'infirmier ou d'infirmière - Chapitre I : Exercice de la profession - Section 1 : Actes professionnels - Article R4311-2- Article R4311-3 - Article R4311-5 - Article R4311-11

[21] AEEIBO : Association des enseignants des écoles d'infirmiers de bloc opératoire, www.aeeibo.fr

[22] UNAIBODE : Union nationale des associations d'infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat, www.unaibode.fr

Dans la partie description de l'emploi type, il y est précisé que :

« Dans le cadre de sa prise en charge du patient au bloc opératoire et/ou services associés, l'infirmier de bloc opératoire élabore et met en œuvre une démarche de soins individualisée qui s'inscrit dans le respect de la continuité des soins. Cette démarche débute à la programmation opératoire par un recueil de données (réunion de programmation, dossier du patient, entretien pré opératoire, outils de transmission). Elle est poursuivie et réajustée à l'accueil du patient, tout au long de sa présence en secteur interventionnel et à sa sortie. »

La DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins) et la DGS (Direction générale de l'offre de soins), en janvier 2009, ont repris ces travaux déjà réalisés pour les refondre dans un référentiel d'activités et de compétences de l'IBODE publié officiellement par le ministère.

La compétence 7[23] : « Organiser et coordonner les activités de soins liées au processus opératoire » précise au point 4 qu'il faut « Etablir et maintenir des liaisons avec les services partenaires ». Cette compétence est donc bien du rôle de l'IBODE dans le cadre de ses fonctions.

Au niveau du référentiel d'activités[24], la définition du métier précise que « les infirmiers de bloc opératoire interviennent au sein d'une équipe pluri professionnelle dans toutes les disciplines chirurgicales en secteur opératoire … ».

L'activité 2 est la « réalisation de soins auprès d'une personne bénéficiaire d'une intervention ». Dans le paragraphe des principales opérations constitutives de l'activité, il y est mentionné l'entretien pré opératoire, l'écoute de la personne avant l'intervention mais aussi l'entretien d'aide au patient et soutien avant l'intervention. Ces différentes activités font bien parties de la visite pré opératoire.

Les échanges d'information avec les services d'hospitalisation sont inscrits dans l'activité 6 intitulée « transmission d'information, organisation, planification en bloc opératoire ».

La visite pré opératoire s'inscrit dans la démarche de soins

La VPO est mentionnée dans l'annexe n°1 de l'arrêté du 22 octobre 2001 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire[25] et est intitulé « *Présentation du programme de formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire* ». La VPO est enseignée dans le module 4 (L'infirmier de bloc opératoire dans la maîtrise de sa fonction), paragraphe II : Définition et analyse de la fonction de l'infirmier de bloc opératoire : « *Application de la démarche de soins infirmiers et de la démarche éducative aux différents secteurs d'activité de l'infirmier de bloc opératoire. Connaissance des outils. Conduite d'entretien lors des visites ou consultations pré opératoires.* ». Dans les fiches d'évaluations de fin de stage ou dans les mises en situations professionnelles, il y a un item sur la visite pré opératoire qui doit être acquis.

[23] DHOS, *Référentiel de compétences IBODE,* document de travail Version 23, janvier 2009

[24] DHOS/DGS, *Référentiel d'activités IBODE*, document de travail Version 23, janvier 2009

[25] Cf. annexe 4

La démarche de soins permet à l'IBODE de garantir la sécurité dans les soins qu'il/elle organise. Pendant chaque stage, l'école demande aux élèves de réaliser au moins un entretien pré opératoire, qui fait parti des objectifs pédagogiques. Très souvent une opposition des équipes soignantes de bloc opératoire et médicales se fait sentir.

> *« Pourtant, le lien entre les équipes soignantes des secteurs d'hospitalisation et du bloc nécessite des échanges permanents pour une meilleure collaboration ainsi que pour la connaissance des patients et leur prise en charge efficiente. »*[26]

J'ai pour habitude de pratiquer la visite pré opératoire. C'est pour moi une étape nécessaire à ma prise en charge future au bloc opératoire dans la mesure où je vois le patient la veille de l'intervention. Il est stressé, certes mais pas autant que le jour « J ». De mes expériences en stage, je m'aperçois que le patient est rassuré dès qu'il me voit le lendemain. Il ne me reconnaît pas d'emblée mais le fait d'aller vers lui et de me présenter, cela le rassure. En service, je me renseigne toujours auprès des infirmier(e)s à savoir comment est le patient sur le plan psychologique et s'il y a des informations importantes à ne pas négliger.

La VPO au-delà de nos frontières…[27]

Pour de nombreux pays, il n'existe aucune législation mais malgré tout, c'est un sujet qui reste d'actualité et qui est encore au stade de projet à réaliser quand celle-ci n'est pas effectuée. En Allemagne, au Portugal, sur l'île de chypre, en Finlande ou bien encore en Belgique, la visite pré opératoire est le plus souvent réalisée la veille de l'intervention, quand le programme opératoire est terminé.

Les études qui ont été menées dans ces différents pays ont démontré des résultats très satisfaisants dans la plupart des cas. Les causes des échecs des projets sont souvent dues à un manque de temps du personnel.

Ailleurs, en Australie et aux Etats Unis, la visite pré opératoire est moins répandue dans la mesure où les patients n'arrivent que peu de temps avant l'intervention chirurgicale (très souvent le matin même).

On peut donc conclure sur le fait que la VPO occupe les esprits de bon nombre de pays et que nous ne sommes pas seuls. Elle n'est pas encore très développée mais elle tend à le devenir…

La VPO : présentation d'un exemple en France

En 2006, Le Centre Paul-Strauss de Strasbourg, centre de lutte contre le cancer est un des premiers établissements en France à mettre en place la VPO. L'ensemble de l'équipe du bloc opératoire, en accord avec les chirurgiens ont réfléchi à la mise en place du projet. Avant sa mise en place, il a été présenté aux unités de chirurgie.

---

[26] KOEHLER Marc, SCHONS Christine, La démarche de soins Ibode au bloc opératoire, *Inter bloc,* volume 29, N°4, octobre-décembre 2010, pages 281 à 283

[27] TIP, *La visite préopératoire de l'IBODE*, Melle CROCQSEL Céline, Promotion 2003/2005, EIBO, Amiens

Ce projet tourne autour de 4 axes :

- Ouverture du bloc vers les autres unités de soins et plateaux techniques et donc un décloisonnement du bloc
- Humanisation du bloc
- Qualité de la prise en charge
- Prévention des risques

L'objectif principal est de créer une dynamique d'équipe.

Un support photos des salles d'interventions permet de présenter le bloc opératoire aux patients afin de les rassurer et de démystifier le bloc, ainsi qu'aux soignants.

La VPO est effectuée par deux personnes du bloc opératoire dont obligatoirement une sera là le lendemain matin pour accueillir le futur opéré. Elle permet de créer un lien avec le patient par le fait qu'elle confère une identité sociale au patient. Il ne se sent donc plus identifié à un acte chirurgical.

C'est un moyen de communication interprofessionnelle. Les soignants des unités de soins qui s'inquiètent des suites opératoires se sentent valorisés du fait de l'implication dans les soins.

L'entretien pré opératoire, d'une moyenne de 15 minutes par patient, est précédé d'une consultation du dossier du patient pour y recueillir les informations nécessaires à la rencontre, une trame écrite formalisant l'entretien. Il porte sur :

- La préparation pré opératoire
- Le déroulement de l'intervention
- Le postopératoire immédiat

Les objectifs de la VPO :

- Diminuer le stress du patient
- Agir sur la prise en charge
- Diminuer les risques auxquels sont exposées les personnes opérées

Cette étude a montré une entière satisfaction de la part des usagers mais aussi des professionnels de santé.

D'autres établissements comme le Centre Hospitalier de Saint Brieuc ou le Centre Hospitalier Régional de Strasbourg ont le projet de mettre en place une visite pré opératoire.[28]

Dans certaines situations, il serait assez facile de mettre en place la VPO dans la mesure où les équipes du bloc opératoire se déplacent dans les services d'hospitalisation pour recueillir des informations type étiquettes,…la veille des interventions.

[28] www.abcd-chirurgie.fr/index.php?rub=88&textes=13207&view=afficherarticlecomplet
http://www.creer-hopitaux.fr/fr/home/les-reformes/tous-les-articles/?articles_id=387

L'évolution de la fonction de l'IBODE…

L'IBODE est la personne la plus compétente pour faire découvrir l'univers du bloc opératoire qui est le sien. Il/elle coordonne, organise, assure la discipline et la cohésion de l'équipe. Il/elle exerce au cours d'une intervention chirurgicale en tant que circulante, instrumentiste ou aide-opératoire.

L'avenir, les perspectives d'évolution : l'UNAIBODE parle d'« un soignant pour un malade ». Les IBODE se verraient confier les visites pré et postopératoires. En chirurgie ambulatoire, l'IBODE accueillera le patient, le préparera et participera à son intervention. En postopératoire, Il/elle organisera son retour à domicile et le reverra quelques jours plus tard pour un suivi postopératoire.[29]

Le 15 juin 2010, lors du Conseil national de l'Ordre des infirmiers, l'ONI[30] a établit une promotion de l'expertise de l'INFIRMIER DE BLOC OPERATOIRE DIPLOME D'ETAT afin de permettre l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient. L'Ordre propose de :

- « *Faire valoir les compétences partagées de l'infirmier de bloc opératoire au regard de la collaboration interprofessionnelle sans pour autant modifier sa formation actuelle.* »
- *« Définir les pratiques avancées en bloc opératoire afin de les faire reconnaître à travers un cursus LMD sur un socle commun licence de compétence infirmière puis spécifique de l'infirmier de bloc opératoire en master à partir des référentiels existants. »*[31]

Les pratiques avancées :

> *« 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 »*[32]

Les pratiques avancées IBODE :

Le Ministère de la Santé, lors de 3 réunions de travail pour les travaux portant sur le DEIBO (Diplôme d'Etat d'Infirmier de Bloc Opératoire), a identifié 9 activités (techniques et autres) dans lesquelles l'infirmier(e) spécialisé(e) peut entrer en pratiques nouvelles et mobiliser des compétences plus approfondies. L'activité 1 parle notamment de consultation pré opératoire avant l'intervention, après consultation du chirurgien.[33]

---

[29] UNAIBODE 2ème édition, *Le métier d'infirmier(e) de bloc opératoire*, Masson, Abrégés de l'infirmière, janvier 2004, Pages 129 et 130

[30] ONI : Ordre National des Infirmiers, www.ordre-infirmiers.fr

[31] Rapport de synthèse CNOI, *Enjeux et perspectives pour l'évolution de la pratique et de la formation d'infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat, IBODE*, Expertise de soins au bloc opératoire, juin 2010

[32] *La pratique avancée en soins infirmiers: définition du CII (Conseil International des Infirmières), réseau de pratique avancée (2002)*

[33] 16ème Journée Régionale d'étude et de perfectionnement de l'ALIBODE (Association Lorraine des IBODES), Communication Les news de la profession, M. M KOEHLER, cadre enseignant ERIBO Nancy, 6 novembre 2010, Metz

La profession IBODE est donc en attente de textes législatifs nouveaux afin de définir le cadre d'activité propre aux IBODE et posséder ainsi l'exclusivité d'actes.

En conclusion de cette analyse, la VPO s'inscrit dans la démarche de soins individualisée. Certes la VPO est essentiellement orientée sur le contact avec le patient et son information, mais elle permet tout de même une bonne ouverture du bloc opératoire par une prise de contact avec le personnel soignant prenant en charge le patient en pré et postopératoire. C'est véritablement un des outils de communication permettant la collaboration interprofessionnelle.

La mise en place future des pratiques avancées va davantage ouvrir le bloc puisque l'IBODE sera acteur au sein des unités de soins.

Méthodologie de la recherche

1) Les participants

L'échantillonnage

Les participants à cette étude sont des IBODE ou IBO travaillant au bloc et des IDE[34] de secteur de soins. Ils sont représentés par des hommes et des femmes avec un âge moyen de 35 ans. J'ai choisi de ne pas distinguer IBO ou IBODE car ils ont encore les mêmes fonctions à l'heure actuelle au bloc opératoire et nous n'avons pas l'exclusivité d'actes IBODE.

J'ai décidé de distribuer mon questionnaire dans 4 établissements de santé de statut juridique différent (Public, Privé, PSPH (Participant au Service Public Hospitalier)). Mon mémoire vise à faire une enquête sur la pratique de la visite pré opératoire dans ces établissements et de voir si cela permet une ouverture du bloc sur les secteurs de soins.

Le lieu d'exercice, l'ancienneté, la nature privé, publique ou mixte sont les variables étudiées au cours de mon étude.

L'éthique

Les questionnaires sont tous anonymes. Avant d'être diffusés, ils ont tous reçu l'autorisation du Directeur des soins de l'Etablissement concerné par cette recherche. J'ai ensuite contacté les cadres des différents services afin de définir avec eux les modalités de diffusion et de recueil des questionnaires.

Les données recueillies à l'issue de la collecte ne sont exploitées aux seules fins de cette recherche. Ceci permet aux soignants de s'exprimer librement, sans influence de l'enquêteur sur l'enquêté.

L'échantillon

J'ai distribué 90 questionnaires au cours du mois de novembre 2010 répartis sur les blocs et les services en nombre égal (x10). J'ai récupéré tous les questionnaires au 31 décembre 2010.

Le nombre total de participants est de cinquante-huit avec huit hommes et cinquante femmes.

Voici le nombre de questionnaires récupérés :

- Bloc opératoire 1, Meurthe-et-Moselle, public, 6 questionnaires ;
- Service 1 (Soins Intensifs), Meurthe-et-Moselle, public, 9 questionnaires ;
- Service 1 (Hospitalisation), Meurthe-et-Moselle, public, 5 questionnaires ;
- Bloc opératoire 2, Vosges, privé, 9 questionnaires ;
- Service 2, Vosges, privé, 5 questionnaires ;
- Bloc opératoire 3, Meurthe-et-Moselle, public, 7 questionnaires ;
- Service 3, Meurthe-et-Moselle, public, 7 questionnaires ;
- Bloc opératoire 4, Meurthe-et-Moselle, PSPH, 6 questionnaires
- Service 4, Meurthe-et-Moselle, PSPH, 4 questionnaires.

[34] Lire Infirmier(e) diplômé d'Etat dans tout le texte

J'ai exploité l'ensemble des questionnaires mais en écartant des réponses car certains n'ont pas été remplis convenablement et auraient faussé l'analyse des réponses (Exemple : partie IBODE remplie par une IDE de service et inversement).

2) Le matériel[35]

Enumération du matériel, choix de l'outil

Utilisation du questionnaire auto administré (le répondant inscrit lui-même ses réponses) : outil de collecte de données qui sert à recueillir le témoignage écrit de personnes. Les questions permettent de mesurer des comportements (faits) ou des attitudes (opinions) sans influencer les réponses données. Le même questionnaire s'adresse au IDE de service et au IBO/IBODE. Il y a une partie commune et une partie propre à chacun.

Ma recherche s'étendant sur 4 établissements différents avec à chaque fois deux unités fonctionnelles (Bloc et service de soins), le questionnaire m'a semblé être le plus adapté à mon étude, qui est qualitative et exploratoire.

Construction et description de l'outil de collecte

Le questionnaire contient des :

- Questions ouvertes : item d'un questionnaire pour lequel la personne doit formuler sa réponse dans ses propres mots.
- Questions fermées : item d'un questionnaire où le répondant doit faire un choix parmi les réponses proposées.

Il est composé de dix neuf questions. Les sept premières sont communes au bloc et au secteur. De la question huit à treize, elles sont destinées aux IDE de secteur de soins ; de la question quatorze à dix-neuf, aux IBO et IBODE. Ce sont majoritairement des questions fermées. Seule la dernière est une question ouverte, ce qui permet aux personnes auditées de s'exprimer librement s'il souhaite ajouter un élément ou une suggestion à mon travail. L'usage de questions ouvertes offre une grande diversité des réponses mais a été limité car celles-ci sont souvent laissées sans réponses par manque de temps des audités.

Partie commune :

Les questions une à quatre me renseignent sur la catégorie socioprofessionnelle : le sexe, l'âge, l'ancienneté dans la fonction, le lieu d'exercice. Questions peu importantes pour mon étude, hormis l'ancienneté et le lieu, mais qui introduisent en douceur le questionnaire.

Les questions cinq et six font un état des lieux (constat) des différents moyens de communication intersectorielle au sein de leur établissement.

La question sept est une question d'opinion qui m'informe de ce que pense les professionnels de santé en ce qui concerne le moyen de communication le plus efficient à la prise en charge d'un patient.

[35] Cf. annexe 5

Partie secteur de soins :

Les questions neuf et douze sont deux questions fermées à choix multiples portant sur leur connaissance de la fonction IBODE et la définition du décloisonnement professionnel.

Deux autres questions portent sur la qualité relationnelle que les IDE de secteur ont avec le bloc opératoire (question huit et dix) et s'ils ont déjà eu l'occasion de passer en ce lieu.

Le cœur du sujet se trouve dans la question onze qui est de savoir si la visite pré opératoire de l'IBODE dans les services pré opératoires permettrait une meilleure prise en charge des patients et de répondre à certaines questions des soignants.

Enfin, la question treize laisse libre expression quant aux autres solutions permettant d'améliorer les relations et communication intersectorielles.

Partie bloc opératoire :

De même que précédemment, on retrouve des questions portant sur les connaissances des soignants (questions dix-huit), sur les relations interprofessionnelles qu'ils entretiennent avec les secteurs d'hospitalisation (questions quinze), sur la visite pré opératoire (question seize) et une question (dix-neuf) d'ouverture sur les solutions à apporter.

Validité de l'outil / Test de l'outil

L'outil de recherche a été testé sur deux collègues de promotion et une ancienne collègue de travail. Ainsi, j'ai pu apporter les modifications nécessaires à la compréhension des personnes interrogées.

Après validation par ma guidante de mémoire, Mme Klein Véronique et après obtention des autorisations par les quatre établissements de santé, j'ai pu alors diffuser mes questionnaires.

3) Le déroulement de la collecte

Cette collecte consiste à recueillir des faits susceptibles de vérifier mon hypothèse de recherche, qui est : « la visite pré opératoire est un des leviers du décloisonnement professionnel entre les professionnels de santé travaillant au bloc et les services associés. ».

Le moment et le lieu

Dès les autorisations reçues, j'ai immédiatement commencé la diffusion de mon outil par l'intermédiaire des différents cadres de service que je remercie pour leur aide. J'ai moi-même distribué et récupéré les questionnaires dans deux établissements. Pour les deux autres, j'ai eu l'appui de deux personnes ressources, qui m'ont aidé à le diffuser.

La date limite de récupération des questionnaires était le 31 décembre 2010. Au-delà de cette date, aucun questionnaire n'est inclus dans mon étude.

La tâche

Le questionnaire est composé de cinq feuilles comprenant la page de présentation du thème. Il est rempli de manière individuelle.

Les consignes

Il n'y a pas de consignes particulières. Seules la sincérité et la qualité des réponses sont attendues.

Le temps alloué

Le temps nécessaire afin de répondre aux questions est laissé au discernement de chaque professionnel de santé.

Premiers résultats et amélioration possible de la recherche[36]

Mon questionnaire a été réalisé sur une population non représentative : l'étude est limitée à moins de cent personnes auditées sur une localisation géographique courte (Région Nancéenne et un établissement dans les Vosges). Ainsi, les résultats ne peuvent pas être significatifs. Ils donnent simplement une tendance.

Cependant, les résultats du questionnaire me confirment mon hypothèse de départ.

Aux questions : « Pensez-vous que la visite pré opératoire de l'IBODE dans les services associés au bloc vous permettrait une meilleure prise en charge des patients et répondre à certaines de vos questions? » et « Pensez-vous que la visite pré opératoire de l'IBODE dans les services associés au bloc permettrait une meilleure prise en charge des patients et répondre à certaines des questions que se pose l'infirmier(e) de secteur? », trente-huit soignants sur cinquante-sept ont répondu « oui » soit un pourcentage de 67%.

Les quelques questionnaires recueillis seraient à compléter sur une population plus importante.

Le décloisonnement professionnel ne peut pas être réalisé par la visite pré opératoire de l'IBODE au sein des soins intensifs car les soignants ne voient pas le patient avant qu'il soit opéré. La VPO n'est donc pas un levier au cloisonnement pour les soins intensifs.

Dans le cadre de l'amélioration continue (roue de Deming PDCA), il serait judicieux lors d'une prochaine étude sur ce sujet et au vue des réponses apportées dans les questionnaires, d'y apporter les modifications suivantes :

- Un questionnaire pour le bloc et un questionnaire pour les secteurs d'hospitalisation car bon nombre de personne auditée ont rempli l'ensemble du questionnaire et non leur partie allouée.
- Auditer les chirurgiens et les cadres de services pour connaître leurs positions sur le sujet.
- Après avoir eu les cours sur la qualité à l'école d'IBODE au mois de décembre 2010, je me suis aperçue qu'il aurait été bien de créer un groupe de travail comprenant différents membres du bloc opératoire et des secteurs d'hospitalisation afin de répertorier sous la forme d'un brainstorming les différentes causes du cloisonnement professionnel pour les intégrer par la suite à mon questionnaire et cibler davantage mon étude. Ce pourrait être fait au sein de mon futur établissement pour la mise en place d'une VPO dans le cadre des pratiques avancées.
- Effectuer un questionnaire auprès de services ayant déjà mis en place la visite pré opératoire au sein de leur établissement.

[36] Cf. annexe 6

Conclusion

Au vu du questionnaire de recherche, il apparait que la visite pré opératoire permet une prise en charge individuelle du patient. C'est un bon moyen d'ouverture du bloc opératoire vers les services de soins associés dans la mesure où l'IBODE véhicule ses compétences et les fait partager. Les élèves IBODE pratiquent cette technique de prise en charge depuis quelques années, ce qui tend à se généraliser aux soignants. Pourtant elle ne traite que ponctuellement le problème de fond et les problèmes récurrents entre le bloc et les services. Un bilan périodique permettrait de traiter les problèmes de fonctionnement et d'organisation.

Les besoins des patients et des professionnels de santé évoluent d'autant plus aujourd'hui, où l'on parle de qualité des soins et d'accréditation.

Pour que le décloisonnement entre le bloc opératoire et les services associés puisse avoir lieu, le planning et les disponibilités de chacun doivent coïncider et les questions suivantes se poser : ont-t-ils le temps, leur laisse-t-on le temps ? La visite pré opératoire est-elle réalisable au sein de leur établissement de santé ?

L'organisation du bloc doit permettre de détacher l'IBODE pour effectuer les visites, qui s'inscriront dans une politique de service voire institutionnelle et l'adhésion doit remonter la pyramide hiérarchique. En fixant des objectifs qui seront inscrits dans le projet de bloc opératoire, le cadre doit initier ce projet. Il accompagne, soutient, réajuste et créer une dynamique d'équipe. Il est porteur du projet pour fédérer les acteurs. L'appui de la direction est primordial afin de repenser et redéployer l'organisation du travail en déclinant les activités. Ainsi, l'appui du cadre et la motivation des personnels seront les facteurs de réussite à la mise en place d'un tel travail, où la résistance au changement est souvent palpable.

L'IBODE a un rôle technique mais elle a aussi des missions transverses qui font parties intégrantes de sa fonction. Elle peut proposer des pistes d'amélioration en collaboration avec les équipes d'encadrement des services concernés.

Ce thème de mémoire reste un sujet difficile à aborder et à explorer car peu développé dans les études existantes.

A l'heure actuelle, la visite pré opératoire n'ayant pas de caractère obligatoire, reste souvent à l'état de projet. Les pratiques avancées de l'IBODE convergeront-elles vers cette démarche?

Bibliographie

Recommandations françaises / textes législatifs / Référentiels/Rapports

- ANAES, *Manuel d'accréditation des établissements de santé, actualisation*, *première procédure de certification (V1)*, juin 2003, ANAES, Direction de l'accréditation, 136 pages
- ANAES, *Manuel d'accréditation des établissements de santé, Deuxième procédure d'accréditation (V2),* septembre 2004, ANAES, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, 131 pages
- HAS, *Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation*, Edition 2007, HAS, Direction de l'accréditation, 180 pages
- HAS, *Manuel de certification des établissements de santé, V2010*, Juin 2009, HAS, Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins, 100 pages
- DHOS, *Référentiel de compétences IBODE,* document de travail Version 23, janvier 2009
- DHOS/DGS, *Référentiel d'activités IBODE*, document de travail Version 23, janvier 2009
- Rapport de synthèse CNOI, *Enjeux et perspectives pour l'évolution de la pratique et de la formation d'infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat, IBODE*, Expertise de soins au bloc opératoire, juin 2010

Ouvrages

- UNAIBODE 2ème édition, *Le métier d'infirmier(e) de bloc opératoire*, Masson, Abrégés de l'infirmière, janvier 2004, 209 Pages
- Shannon, C. & Weaver, W. *La Théorie mathématique de la communication*, Paris, Retz - CEPL, 1975
- COSNIER J, GROSJEAN M, LACOSTE M, *SOINS ET COMMUNICATION Approches interactionnistes des relations de soins*, Presses universitaires de Lyon, Edition ARCI, collection Ethologie et Psychologie des communications, p 218
- Henderson, V., *La nature des soins infirmiers* (traduction de l'édition américaine *The Principles and Practice of Nursing* de 1994), InterEditions, Paris, France, 1994 (ISBN 9782729605032)

Cours

- Ecole Régionale d'Infirmier(e) de Bloc Opératoire CHU Nancy, Promotion 2009/2011, *La démarche de soins au bloc opératoire recueil des informations*, M. M KOEHLER

Web graphie

- http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/decloisonner/
- https://www.sidiief.org/Accueil/12_0_CongresMondial/12_3_PresentationsCongres/12_3_3_SeancesParalleles/~/media/B8CF3E7D7C7C4693AAE782A70B3418FC.ashx

- http://www.professionssanteontario.ca/WhatIsHFO/FAQs/IPCProject.aspx
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins. Mars 2002. http://www.fcrss.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_f.pdf
- http://www.usherbrooke.ca/ecole-en-chantier/fileadmin/sites/ecole-en-chantier/documents/cadre-reference-collaboration.pdf
- http://www.legifrance.gouv.fr

Travaux d'Intérêt Professionnels

- TIP, *La visite pré opératoire de l'IBODE*, Melle CROCQSEL Céline, Promotion 2003/2005, EIBO, Amiens
- TIP, *IBODE, ouvre-toi !*, Melle MASSET Séverine, Promotion 2004/2006, EIBO, Nancy
- TIP, *La visite pré opératoire : une nouvelle approche du patient cancéreux par l'IBODE*, Melle JAGER Perrine, Promotion 2007 / 2009, EIBO, Nancy

Articles

- KOEHLER Marc, SCHONS Christine, La démarche de soins Ibode au bloc opératoire, Masson, *Inter bloc*, volume 29, N°4, octobre-décembre 2010, pages 281 à 283
- Revue AFISO, n°19, 1993, p7

Glossaire des abréviations

- **AEEIBO** : **A**ssociation des **E**nseignants des **E**coles d'**I**nfirmiers de **B**loc **O**pératoire
- **AFISO** : **A**ssociation **F**rancophone des **I**nfirmières de **S**alle d'**O**pération de **B**elgique
- **ALIBODE** : **A**ssociation **L**orraine d'**I**nfirmier(e)s de **B**loc **O**pératoire **D**iplômé(e)s d'**E**tat
- **ANAES** : **A**gence **N**ationale d'**A**ccréditation et d'**E**valuation en **S**anté
- **CHRU** : **C**entre **H**ospitalier **R**égional **U**niversitaire
- **CNOI** : **C**onseil **N**ational de l'**O**rdre **I**nfirmier
- **DEIBO** : **D**iplôme d'**E**tat d'**I**nfirmier de **B**loc **O**pératoire
- **DGS** : **D**irection **G**énérale de l'offre de **S**oins
- **DHOS** : **D**irection de l'**H**ospitalisation et de l'**O**rganisation des **S**oins
- **EIBO** : **E**cole d'**I**nfirmiers de **B**loc **O**pératoire
- **ERIBO** : **E**cole **R**égionale d'**I**nfirmiers de **B**loc **O**pératoire
- **FCRSS** : **F**ondation **C**anadienne de la **R**echerche sur les **S**ervices de **S**anté
- **HAS** : **H**aute **A**utorité de **S**anté
- **HPST** : **H**ôpital **P**atient **S**anté **T**erritoire
- **IBODE** : **I**nfirmier(e) de **B**loc **O**pératoire **D**iplômé(e) d'**E**tat
- **IDE** : **I**nfirmier(e) **D**iplômé(e) d'**E**tat
- **JO** : **J**ournal **O**fficiel
- **LMD** : **L**icence **M**aster **D**octorat
- **ONI** : **O**rdre **N**ational **I**nfirmier
- **PDCA** : **P**lan **D**o **C**heck **A**ct
- **PSPH** : **P**articipant au **S**ervice **P**ublic **H**ospitalier
- **SIDIIEF** : **S**ecrétariat **I**nternational des **I**nfirmières et **I**nfirmiers de l'**E**space **F**rancophone
- **TIP** : **T**ravail d'**I**ntérêt **P**rofessionnel
- **UF** : **U**nité **F**onctionnelle
- **UNAIBODE** : **U**nion **N**ationale des **A**ssociations d'**I**nfirmier(e)s de **B**loc **O**pératoire **D**iplômé(e)s d'**E**tat
- **VPO** : **V**isite **P**ré opératoire

Ecole Régionale d'Infirmier(e)s de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat

Bâtiment des Ecoles
3ème Etage
C.H.U. BRABOIS
Rue du Morvan
54511 VANDOEUVRE

MICHELET Céline
Promotion 2009/2011

Titre de l'ouvrage : Le décloisonnement professionnel bloc/secteur par la visite pré opératoire de l'IBODE

Mots clés : Cloisonnement professionnel - Communication interprofessionnelle - Bloc opératoire - Secteurs d'hospitalisation - Visite pré-opératoire - IBODE

Résumé court :

Au cours de mon expérience professionnelle et lors de mes stages à l'école d'IBODE, je me suis rendu compte du cloisonnement professionnel existant entre les infirmier(e) des services de soins et les IBODES, qui ne communiquent que très rarement entre eux ou lors de dysfonctionnements.

J'ai choisi de développer le sujet en essayant de répondre à une question de recherche : « Quels sont les leviers du décloisonnement professionnel permettant l'ouverture et la continuité du travail de l'IBODE vers l'IDE de secteur de soins? »

La visite pré opératoire semble être une activité qui s'inscrit dans les compétences de l'IBODE. En utilisant le questionnaire de recherche pour tenter de confirmer une hypothèse spécifique qui est : « la visite pré opératoire est un des leviers du décloisonnement professionnel entre les professionnels de santé travaillant au bloc et les services associés », ce mémoire essaie de montrer l'enjeu de la VPO sur les relations interservices.

Autorisation de diffusion :

Je soussignée MICHELET Céline, autorise :

- ✓ La parution de cette quatrième de couverture sur le site de l'école
- ✓ La diffusion de mon travail

Fait à Nancy, le 28 janvier 2011