L'environnement humain du plateau technique d'endoscopie

En quelques années, les progrès de l'endoscopie ont été remarquables, l'avancée des techniques apportant des résultats de premier plan pour les patients. Ce mouvement est amené à s'accélérer, et il faut s'en féliciter, mais parce que la qualité des soins est en cause, ces évolutions ne sont envisageables que dans le respect des textes professionnels, condition de légalité des soins. L'un des points qui fait débat est que le textes de référence n'ont que peu évolué, et ils doivent être interprétés en fonction de ces techniques nouvelles. Une interprétation, oui,… mais sans dénaturation ! Il en va de la sécurité des patients et de la responsabilité des professionnels. Il existe des propositions d'aménagement des textes, vers une spécialisation, mais en l'état actuel, le droit écrit est la seule référence admissible.

Ce devoir de respecter les textes – qui ne devrait pas se discuter ! – est d'autant plus légitime que l'état du droit permet pleinement la pratique des actes d'endoscopie, en garantissant un vrai investissement professionnel pour les IBODE, les IDE et les aides-soignants… chacun exerçant dans son domaine de compétence… mais en équipe. Après une présentation du constat, qui est celui de l'avancée des techniques et des progrès médicaux(1), nous examinerons comment le droit articule la coopération des différents professionnels de santé (2).

1. Le constat : avancée des techniques et progrès médicaux

1.1. Progrès des techniques

Auparavant, l'endoscopie ne permettait de ne visualiser que la lumière de certains organes creux en passant par les voies naturelles. D'abord diagnostique, elle s'est ensuite considérablement développée pour devenir thérapeutique et interventionnelle.

Aujourd'hui, elle est reconnue comme méthode de traitement curative de nombreuses pathologies. Ainsi, il est possible actuellement, avec des endoscopes et des dispositifs très spécifiques, de disséquer, couper, coaguler, injecter…, de traiter des hémorragies, de faire des ponctions, des biopsies, d'extraire des calculs biliaires ou des corps étrangers, de poser des prothèses biliaires, œsophagiennes, coliques, duodénales, trachéo-bronchiques, etc…, en s'aidant de la scopie, de l'échographie…, et même, parfois, de traverser la paroi digestive pour opérer.

Un rêve médical ambitieux est né : celui de supplanter la chirurgie pour certaines pathologies, de faire mieux en terme de suites opératoires, voire d'esthétique, en évitant la cicatrice et l'atteinte à l'image corporelle. L'endoscopie est donc en évolution et en recherche pour éviter à certains patients le recours à des interventions chirurgicales aux conséquences lourdes et invasives.

Les médecins endoscopistes, responsables de l'acte et des dispositifs médicaux utilisés, se sont donc spécialisés, et ont contribué, avec l'aide des firmes et des laboratoires, à des innovations technologiques, entrainant avec eux des équipes paramédicales. Toutefois, ils se sont vite retrouvés limités dans leur gestuelle opératoire. Une de leurs mains, quand ce ne sont pas les deux, est monopolisée par le maniement de l'endoscope. La nécessité d'une aide technique s'est donc imposée. Le choix de cette aide s'est généralement, mais pas toujours, tourné vers l'infirmier, présent pour assister le médecin et manipuler tout un panel d'instruments qui passent par le canal opérateur de l'endoscope. La technique du « quatre mains », voire « six mains », de médecins et d'infirmiers, afin d'instrumenter, opérer, s'est avérée nécessaire.

1.2. Progrès des savoirs

1.2.1. Les pratiques

Cette instrumentation endoscopique peut être parfois simple quand il s'agit ne prélever quelques biopsies à l'aide d'une pince, mais elle peut être aussi plus délicate car elle peut exiger l'emploi de dispositifs médicaux divers et variés dont le maniement non approprié peut s'avérer délétère. Ainsi l'acte endoscopique impose une connaissance précise des matériels d'endothérapie.

L'endoscopie, c'est aussi la gestion de l'urgence vitale, relative, certes, mais qui demande une réponse en soins adaptée, rapide et efficace.

Outre cette aide opératoire et instrumentale, les personnels d'endoscopie participent à l'information, la programmation, l'accueil, l'installation, l'éducation, la prévention des complications, et plus globalement au confort et à la sécurité du patient. Ils accompagnent notamment les patients lors des examens endoscopiques éprouvants, réalisés en vigile. Ils se positionnent comme des « aidants », des personnes « ressource », s'intégrant dans un cercle où sont réunis le médecin, le patient, et sa maladie. Ils respectent autant que possible l'intimité du patient et luttent contre la douleur par le signalement des signes de son expression (grimaces, crispations, contractions, plaintes…), par la compression abdominale évitant les « boucles » coliques, par la recherche de positions antalgiques, l'administration d'antalgiques… etc…

Ils veillent également au respect des procédures d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales par l'application stricte d'une règlementation relative à la désinfection, stockage, prélèvements des endoscopes.

1.2.2. Les textes réglementaires

La compétence des personnels d'endoscopie impose, outre la connaissance des bases du droit, car l'acte de soin n'est légitime que s'il respecte le cadre légal, celui d'un ensemble de textes règlementaires spécifiques, rédigés pour correspondre au plus juste des pratiques :

- Circulaire n°591 du 17/12/2003 relative aux modalités de traitement manuel pour la désinfection des endoscopes non autoclavable dans les lieux de soins ;
- Instruction DGS/R13 n° 2011-449 du 1er décembre 2011 relative à l'actualisation des recommandations visant à réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels lors des actes invasifs ;
- Guide de bonnes pratiques pour l'utilisation des laveurs-désinfecteurs d'endoscopes de novembre 2003 ;
- Guide de bonnes pratiques pour l'entretien manuel des endoscopes digestifs de mars 2004 ;
- Eléments d'assurance qualité en hygiène relatifs au contrôle microbiologique des endoscopes et à la traçabilité en endoscopie, de mars 2007 ;
- Recommandations de bonnes pratiques d'utilisation de stockage des endoscopes thermosensibles (ESET), de mars 2011.

L'état du droit est donc fait de la complémentarité entre les textes généraux de la profession IDE et ceux spécifiques à l'endoscopie, le tout constituant un cadre cohérent et en lien avec la formation.

1.2.3. La formation

Une formation pratique et une bonne connaissance des dispositifs médicaux est également indispensable. En effet, il existe une grande diversité d'endoscopes. Certains disposent, ou non, de canaux opérateurs de différents diamètres, des canaux auxiliaires…

Quant aux laveurs désinfecteurs et paillasses automatisées, ils montrent une grande complexité d'emploi tant ils répondent par leurs alarmes, leurs mécanismes sécurisés, aux exigences qu'imposent le fameux principe de précaution.

Tous ces dispositifs, particulièrement coûteux et fragiles, demandent une manipulation entrainée. De plus, une désinfection de haut niveau, ou de niveau intermédiaire, peut être requise en fonction de l'utilisation de l'endoscope.

Le traitement d'un endoscope comporte un nettoyage et une désinfection avant et après utilisation, en méthode manuelle, ou semi-automatisée, ou automatisée, un stockage, une maintenance, et des prélèvements microbiologiques. Cette procédure ne peut être confiée qu'à des agents sensibilisés aux risques infectieux, rigoureux,

formés, et évalués dans leur pratique. Cette dernière doit être encadrée notamment par les Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales de chaque établissement de santé.

Un plateau technique s'est donc constitué, avec des personnels qui se sont adaptés, par une formation plus ou moins informelle, à une discipline en plein développement. Une acquisition de compétence, une expérience, des connaissances précises, de la part des personnels en endoscopie, sont donc requises. Il faut considérer généralement une période de six mois à un an pour un infirmier en endoscopie avant d'être performant, et une nécessité de mettre régulièrement à jour ses connaissances tant le développement et l'innovation dans cette discipline sont en constante évolution. Il y a notion de qualité, de réussite, dans l'acte d'endoscopie interventionnelle, lorsque la collaboration et la compétence des acteurs médicaux et paramédicaux s'applique.

1.3. Un constat pourtant non satisfaisant

Que ce soit en centre hospitalier, ou établissement privé ou public, l'activité d'aide opératoire ou instrumentiste en endoscopie est souvent assurée par des infirmiers en soins généraux, plus rarement par des Infirmiers de bloc opératoire, mais parfois aussi – plus grave car illégal - par des aides-soignants, voire même des secrétaires !

Au vu de la sécurité du patient due au patient, il est indispensable que les professionnels soient formés à cette discipline. C'est la condition pour réunir les critères de tout acte de soin : compétence, efficacité, sécurité. Comme toute formation, celle-ci doit conjuguer les apports théoriques, afin de toujours être en mesure de comprendre la situation, et l'apprentissage d'une gestuelle entrainée et maitrisée, qui devra être régulièrement entretenue.

Ceci posé les questions, nées de l'observation du terrain, sont nombreuses.

Quel professionnel peut être habilité à assurer cette tâche d'instrumentation et d'aide opératoire en endoscopie, en restant conforme à la règlementation ? Ce au regard du décret de compétence infirmier du 29 juillet 2004 (CSP. Art. R. 4311-1 s), et de l'arrêté du 25 janvier 2005 qui définit le métier d'aide-soignant ? Les IBODE, de par leur formation, ont une pleine compétence, mais elles restent trop rares sur les plateaux techniques d'endoscopie.

De même, dans cette aide technique et opératoire, jusqu'où des professionnels para-médicaux peuvent-ils légalement aller ? Le fait de pousser l'endoscope, de manipuler les instruments opératoires, en présence du médecin, certes, ne les expose-t-il pas à des dépassements de tâches manifestes ? Dès lors, à qui incombe la responsabilité de l'acte ? Qui est responsable en cas d'accident iatrogène ? Comment le professionnel paramédical en endoscopie pourrait-il imaginer dégager sa responsabilité d'un geste opératoire auquel il participe ? De même, quelles connaissances et quelles

responsabilités pour les professionnels dans l'utilisation et la désinfection des dispositifs médicaux ?

Il est aussi nécessaire de conduire une analyse tenant compte des évolutions, des modes de coopération entre personnels médicaux et paramédicaux, et applicable à la discipline si spécifique de l'endoscopie. Le but n'est pas d'interdire ou de freiner ces techniques, mais de définir un cadre juridique idoine, exposant clairement la situation de chacun face à ses responsabilités professionnelles.

2. Le droit, cadre de la coopération des différents professionnels de santé

2.1. Le décret de compétence infirmier du 29 juillet 2004

Ce texte fondateur a été inclu dans le Code de la Santé publique aux articles R. 4311-1 et suivants, pour ce qui est de notre sujet, la base la plus explicite est l'article R. 4311-11 du CSP, qui définit la fonction d'IBODE.

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

1° Gestion des risques liés à l'activité et l'environnement opératoire ;

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

3° Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ;

4° Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés ;

5° **Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés** ; En per opératoire, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'état de bloc opératoire ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme **exerce les activités de circulant, d'instrumentiste, et d'aide opératoire en présence de l'opérateur**. Il est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée diagnostique, thérapeutique, ou diagnostique et thérapeutique dans les secteurs de stérilisation du matériel médico-chirurgical et dans les services d'hygiène hospitalière. »

2.2. La pratique des actes : IBODE ou IDE ? Légalité et responsabilité

2.2.1. Une problématique de priorité

Les infirmiers exerçant en endoscopie se reconnaitront dans cet article R. 4311-11 du CSP, issu du décret de compétence infirmier de juillet 2004… car il correspond à leur activité professionnelle quotidienne.

Cela suppose-t-il que seuls les infirmiers de bloc opératoire diplômés d'état (IBODE) auraient compétence reconnue pour assister le médecin en endoscopie ? Devrait-on en conclure alors que les professionnels formés, entrainés depuis de nombreuses années, assistant le médecin dans sa pratique de l'endoscopie, travailleraient hors des compétences réglementaires, sans véritable identité professionnelle, et exposés à une responsabilité juridique aigüe ?

La réglementation infirmière est claire pour dire que l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'état (IADE) est seul habilité à appliquer des techniques qui lui sont propres, alors que l'IBODE, lui, n'a qu'un rôle prioritaire. Pour les IBODE, le droit n'a jamais passé le cap de l'exclusivité, pour ses activités de circulant, d'instrumentiste, et d'aide opératoire, en présence de l'opérateur, qui sont la base des pratiques en endoscopie.

Aussi, il n'y a juridiquement pas de doute sur la légalité : un IDE en soins généraux peut effectuer le travail des IBODE, en l'absence de ces derniers. Par contre, il ne peut en aucun cas remplacer un IADE, dont les compétences sont exercées à titre exclusif.

Un IDE en endoscopie, sans être prioritaire, peut donc légalement travailler dans le domaine si spécifique de l'endoscopie, à condition qu'un IBODE ne soit pas présent dans la salle. Mais ce critère de légalité n'est en pratique pas suffisant, car joue pleinement celui de la responsabilité.

2.2.2. Légalité et responsabilité

La différence entre légalité et responsabilité n'est pas évidente, mais elle est essentielle. Le diplôme d'IDE donne compétence légale pour effectuer tous les actes listés dans le décret de compétence, et on sait que cette liste n'est en fait qu'indicative, car du fait de l'évolution des techniques, un acte listé dans le décret correspond à des données pratiques nombreuses et différenciées. L'acte-référence étant une compétence réglementairement définie, la question de la légalité ne se pose pas. Mais la légalité ne suffit pas. Un professionnel de santé doit aux patients des soins des « consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science », faute de quoi il engage sa responsabilité. Les deux critères – légalité et responsabilité – sont donc cumulatifs : une IDE a le droit de pratiquer l'ensemble des actes réglementaires, mais il engage sa responsabilité si, par défaut de formation ou de maitrise, il ne délivre pas des soins correspondant aux données acquises de la science. On peut ainsi résumer la dualité de ces deux régimes :

Si le professionnel pratique des actes auxquels son diplôme ne l'autorise pas, il commet l'infraction d'exercice illégal de la profession, quel que soit la qualité des actes pratiqués. Pratiquer en dehors de sa compétence réglementaire est donc toujours une faute, à savoir l'exercice illégal pour celui qui agit, et la complicité d'exercice illégal pour celui qui organise ce travail irrégulier.

Le professionnel ne peut exercer que dans son domaine de compétence réglementaire, c'est-à-dire pour ce qui est des IDE et des aides-soignantes dans le respect strict du décret de compétence (CSP, art. R. 4311-1 et suivants). Mais dans ce cadre, l'IDE doit pratiquer des soins de qualité, et il engage donc sa responsabilité professionnelle si telle n'est pas le cas. Il doit toujours délivrer des soins « consciencieux, attentifs et conformes aux données acquise de la science ». Une autre pratique est constitutive d'une faute, engageant la responsabilité civile et pénale. La titularité du diplôme donne l'aptitude légale à pratiquer les actes, et l'assurance d'une maîtrise générale des techniques. Mais quel que soit le service, une formation et un temps sont toujours nécessaires pour atteindre le niveau des « bonnes pratiques ».

Or, l'expérience du terrain montre que ces règles certaines sont insuffisamment respectées… lorsqu'est privilégiée l'assistance par une IDE en soins généraux, alors qu'une IBODE pourrait être rendue disponible. Plus graves, ces règles sont ouvertement violées, lorsque des médecins opérateurs exigent, lors des interventions endoscopiques, la présence d'aides-soignants, au prétexte des habitudes de travail.

2.3. La désinfection

2.3.1. La part de l'infirmière

Quant à la désinfection, il est écrit dans ce même décret, dans l'article R.4311-7 : « L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les gestes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

« 38° Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ; »

L'IDE a donc une responsabilité, en respect des prescriptions ou des protocoles, dans la désinfection et stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables. Il pourrait être pénalisé si une procédure établie n'était pas respectée. Elle doit aussi organiser la collaboration avec l'aide-soignante, dans le domaine de compétence de celle-ci.

2.3.2. La part de l'aide-soignante

2.3.2.1. Le principe : le cadre juridique de la collaboration

Le rôle et missions des aides-soignants s'articulent autour du rôle propre de l'IDE défini dans le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (CSP, art. R. 4311-1 et suivants), texte d'une excellente rédaction : « L'infirmier peut, sous sa responsabilité, assurer les soins qui relèvent de son rôle propre, avec la collaboration d'aides –soignants qu'il encadre et dans la limite de la compétence reconnue à ces derniers du fait de leur formation.

Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre de protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative ».

Il résulte de la lecture de ce texte trois points essentiels :

- La collaboration n'est pas la délégation, et le travail IDE/Aide-Soignant est celui d'un travail en équipe, et toujours sous la responsabilité effective de l'IDE
- La collaboration ne peut porter que sur le rôle propre de l'infirmier.
- La collaboration a lieu dans les domaines où les aides soignants ont reçus un enseignement au cours de leur formation initiale.

De manière très claire, les aides-soignants ne peuvent exercer que dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, qui est à distinguer du rôle sur prescription ou sur protocole, et dans le domaine de leurs compétences, telles qu'elles ressortent du programme de formation.

2.3.2.2.Le contenu : le programme de formation

On dispose à cet égard de textes, qui s'imposent à tous :

- Circulaire n°96-31 du 19 janvier 1996, relative au rôle et aux missions des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitaliers –

-Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'aide-soignant. Référentiel de formation du diplôme professionnel d'aide-soignant.

-Annexe IV à l'arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant. Diplôme d'aide-soignant. Référentiel d'activité.

-Annexe V à l'arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant. Diplôme d'aide-soignant. Référentiel de compétence.

L'arrêté du 25 janvier 2005, dans ses annexes, donne une définition du métier de l'aide-soignant et précise dans huit modules, qui déterminent huit compétences, la liste des actes qu'un aide-soignant est autorisé à exercer dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité.

Ces huit compétences sont :

1. Accompagner une personne dans les actes de la vie quotidienne en tenant compte de ses besoins et de son degré d'autonomie.
2. Apprécier l'état clinique d'une personne.
3. Réaliser des soins adaptés à l'état clinique de la personne.

4. Utiliser les techniques préventives de manutention et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation des personnes.

5. Etablir une communication adaptée à la personne et à son entourage.

6. Utiliser les techniques d'entretien des locaux et du matériel spécifique aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

7. Rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins

8. Organiser son travail dans une équipe pluriprofessionnelle.

Voici également une **liste des actes réalisables par l'aide-soignant extraits du module n°3 du référentiel de formation du diplôme professionnel d'aide-soignant** :

- rechercher les informations sur les précautions particulières à respecter lors du soin ;

- identifier et appliquer les règles d'hygiène et de sécurité associées aux soins à la personne ;

- réaliser les soins dans le respect de la personne, de son autonomie, de son intimité et en tenant compte, des appareillages et matériels d'assistance médicale : soins liés à l'hygiène corporelle et au confort, à l'alimentation, à l'élimination, au sommeil et aide de l'infirmier à la réalisation de soins ;

Prise en charge d'un opéré :

- préparation du patient en préopératoire : préparation cutanée, vérification de la préparation générale du patient (respect du jeûne, prothèses ôtées, identité) et préparation du dossier ;

- préparation de la chambre pour le retour du patient ;

- observation du patient en post-opératoire ;

- observation des pansements.

Soins liés aux dispositifs médicaux ou d'appareillage :

- surveillance et renouvellement d'une vessie de glace et actions pour réchauffer le malade ;

- observation du patient en assistance respiratoire ;

- oxygénothérapie : montage et entretien du matériel, surveillance du patient ;

- montage et entretien du matériel d'aspiration endotrachéale ;

- administration d'un aérosol non médicamenteux ;

- sonde vésicale : surveillance du patient et vidange du sac collecteur ;

- soins d'hygiène aux patients porteurs d'entérostomies cicatrisées ;

- surveillance de l'alimentation par sonde.

Aide aux soins réalisés par l'infirmier :

- ouverture du matériel stérile ;

- observation et surveillance des patients sous perfusion ;

- observation des pansements ;

- lavage gastrique ;

- prise de médicaments sous forme non injectable ;

- réalisation de soins aseptiques ;

- alimentation par sonde gastrique.

Soins aux personnes dépendantes :

- réfection et change du lit occupé et inoccupé ;

- observation et surveillance des patients sous perfusion ;

- aide et assistance d'un patient en cas de diarrhée ;

- observation et transmission des signes de douleur ;

- aide au premier lever ;

- soins de bouche non médicamenteux ;

Différents textes de référence permettent de définir les limites de compétence de l'aide-soignante.

Pour qu'une action de soin soit dans la compétence de l'AS, elle doit tout d'abord faire partie du rôle propre infirmier et par conséquent, entrer dans le domaine de collaboration avec l'infirmière.

Les actions de soins des aides-soignants doivent ainsi être identifiées à partir des **trois référentiels de base de la profession cités plus haut**

- le référentiel de compétences des aides-soignants (arrêté du 25 janvier 2005 pour les AS – annexe V)

- **le référentiel de formation** (arrêté du 25 janvier 2005 pour les AS – annexe I)

- **le référentiel d'activités** (arrêté du 25 janvier 2005 pour les AS – annexe IV)

Les aides-soignants ne peuvent donc assurer ces tâches d'instrumentation, d'aide opératoire, requises en endoscopie. Ces activités ne relèvent pas de leur rôle.

Par contre, il est écrit dans la circulaire n°96-31 : « Les aides soignants et les auxiliaires de puériculture, dont il est indispensable d'assurer la présence dans les comités de lutte contre les infections nosocomiales jouent, en liaison avec les autres membres de l'équipe soignante, un rôle essentiel dans la prévention et la lutte contre ces infections. »

* * *

Conclusion

Ce que le GIFE (Groupement Infirmier pour la Formation en Endoscopie) préconise, au regard d'une réglementation peu reconnaissante de cette spécificité endoscopique, c'est de confier les tâches d'aide opératoire et d'instrumentation à des IBODES ou à des IDE formées et dont l'activité est consacrée exclusivement à l'endoscopie, ceci afin de maintenir un haut niveau de spécialisation professionnelle et une expérience de qualité. En revanche, il est clair que les aides-soignants ou tout autre personnel non titulaire d'un diplôme d'état d'infirmier, ne peuvent remplir ces tâches. Néanmoins, leur rôle peut être prépondérant dans le traitement et la désinfection des dispositifs médicaux tels que les endoscopes.

Chaque membre du plateau technique d'endoscopie, sans négliger les cadres, les agents de service, les administratifs…, chacun avec des rôles différents, mais tous avec le même objectif : la qualité du soin, s'efforce de promouvoir cette activité grandissante qu'est l'endoscopie diagnostique et thérapeutique. Mais il est évident que cela comporte un impératif incontournable ; la formation des personnels et le respect des cadres de compétence définis dans une réglementation peu claire.

Une compétence mérite d'être reconnues pour que les infirmiers en endoscopie puissent affirmer une véritable spécificité, entière et responsable, et trouvent une identité. Il s'agit là en fait, de reconnaître une grande implication de l'infirmier dans l'acte d'endoscopie interventionnelle ainsi qu'une compétence réelle.

Rédacteur : Olivier SYLVANT

Comité de lecture : Cécile BARRUE, Claire MICHEL, Agnès LICHERE

Annexe

Le GIFE (Groupement Infirmier pour la Formation en Endoscopie) est une association sans but lucratif, type loi 1901, qui s'évertue depuis plus de trente ans à faire reconnaître la spécificité et la compétence de l'infirmier en endoscopie, et propose des formations. Cette association regroupe environ plus de 500 adhérents en France, infirmiers et cadres travaillant en endoscopie digestive et bronchique. Elle propose plusieurs formations dans l'année, en marge de grands congrès médicaux en gastro-entérologie et pneumologie et une semaine de formation annuelle, à chaque fois dans un grand centre hospitalier Français, ainsi que des sessions théoriques et pratiques à Limoges en partenariat avec l'association IFRED (Institut de Formation et de Recherche en Endoscopie Digestive). Elle est en lien avec les sociétés savantes médicales avec lesquelles elle collabore, et est régulièrement sollicitée par les instances dirigeantes de la santé pour participer à l'élaboration des guides de bonnes pratiques.

Cette association est dotée d'un site internet : gife.fr, et travaille actuellement sur la rédaction d'un référentiel de compétence et d'activité, première étape à la mise en place d'un diplôme universitaire dans le domaine du soin infirmier en endoscopie.

Références bibliographiques

-Dr Rémi SYSTCHENKO. Quelles règlementations en salle d'endoscopie ? [en ligne] Disponible sur : http://www.sfed.org/documents_sfed/files/mediatheque/jr09_maitrisqinf_reglsalle.pdf (consulté le 03/09/2014)

-Nathalie LELIEVRE. Nouveau décret de compétence de la profession d'infirmier. Les différents intervenants en bloc opératoire [en ligne] Disponible sur : http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/nouveau-decret-competence-de-la-profession-dinfirmier.html (consulté le 03/09/2014)

-Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du CSP-Axillaires médicaux-Profession d'infirmier ou d'infirmière.

-Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'aide-soignant. Référentiel de formation du diplôme professionnel d'aide-soignant.

-Annexe IV à l'arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant. Diplôme d'aide-soignant. Référentiel d'activité.

-Annexe V à l'arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant. Diplôme d'aide-soignant. Référentiel de compétence.

-Ministère du travail et des affaires sociales et le Secrétariat d'état à la santé et à la sécurité sociale. Circulaire n°DGS/PS3/DH/FH1 n°96-31 du 19 janvier 1996, relative au rôle et aux missions des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitaliers. [en ligne] Disponible sur : http:// www.aide-soignant.com/documents/**circulaire**dgs**96-31**.doc (consulté le 31/05/2011)