



actuibode

N°13
Mars 2026

Revue
des régions

**EN ROUTE
POUR BREST,
LES INSCRIPTIONS SONT OUVERTES
POUR LES JNEP 2026**

www.unaibode.fr





SOMMAIRE

LE MOT DE

3

LA PRÉSIDENTE

LES NOUVELLES

04

DE LA PROFESSION

14

SNIBO

16

SOFERIBO

L'UNAIBODE

20

PARTICIPERA À

LA VIE

22

EN RÉGIONS

40

INFOS RÉGIONS



UNAIBODE

16, rue Daguerre - 75014 Paris

Tél. : 01 40 47 66 30

E-mail : presidence@unaibode.fr

Site : www.unaibode.fr

Présidente : Magali DELHOSTE

Comité de rédaction :

Danièle ALIN (AIBOB)

Sylvain CARNEL (AIDBORN)

N° organisme formateur :

117 569 183 75

Association Loi 1901 n° 83739

Siret n° 402 880 785 00017

Éditeur et régie publicitaire :

Réseau Pro Santé - M. Tabtab, Directeur

14, Rue Commines - 75003 Paris

Tél. : 01 53 09 90 05

E-mail : contact@reseauprosante.fr

Web : www.reseauprosante.fr

Crédit photos : 123RF, Unaibode

ISSN : 3000-0335

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

Chères adhérentes, chers adhérents,



Magali DELHOSTE
Présidente UNAIBODE

L'année qui s'ouvre marque un tournant décisif pour notre profession. Après des mois d'attente, de concertation et d'engagement collectif, la nouvelle loi infirmière redéfinit enfin les contours de l'exercice infirmier en France. Cette réforme, que nous avons soutenu avec constance et détermination, reconnaît davantage la technicité, la responsabilité et l'expertise des infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État.

Parmi les avancées majeures, l'ouverture vers la **pratique avancée pour les IBODE** constitue une étape historique. Elle confirme ce que nous défendons depuis longtemps : notre rôle ne se limite pas à l'exécution technique, il s'inscrit pleinement dans un parcours de soins complexe, exigeant et hautement spécialisé. Cette reconnaissance ouvre la voie à de nouvelles responsabilités, à une autonomie renforcée et à une valorisation accrue de nos compétences.

Ces évolutions sont aussi le fruit de votre mobilisation. La **Grande Consultation** lancée à l'automne en collaboration avec l'AEEIBO et le SNIBO a permis de recueillir près de mille contributions, toutes précieuses, toutes éclairantes. Vos retours ont nourri nos positions, affiné nos priorités et renforcé notre légitimité auprès des décideurs. Cette dynamique participative est l'une des forces de notre association : une profession qui s'exprime, qui s'écoute et qui avance ensemble.

L'année 2026 sera rythmée par plusieurs rendez-vous majeurs.

Nous aurons surtout le plaisir de nous retrouver à **Brest les 4 et 5 juin 2026** pour les prochaines **Journées Nationales d'Étude et de Perfectionnement (JNEP)**.

Un moment fort, attendu, où se croisent savoirs, innovations, retours d'expérience et convivialité. Un événement à noter dès maintenant dans vos agendas !!!

Les **inscriptions** sont ouvertes depuis le **15 février 2026**.

Vous pourrez retrouver le programme complet sur notre site UNAIBODE <https://www.unaibode.fr>

Nous espérons que la programmation 2026, tout comme la destination, vous donnera l'envie de nous rejoindre pour partager des temps d'échanges et de formation, guidés par l'appel du large. Entre les embruns qui éveillent l'esprit, la présence rassurante d'un phare qui éclaire l'horizon et l'énergie de l'océan tout proche, ce cadre breton saura, nous en sommes convaincus, inspirer vos réflexions et vos projets.

Plus que jamais, l'UNAIBODE reste engagée à vos côtés pour défendre, promouvoir et faire évoluer notre métier. Les défis sont nombreux, mais notre profession a démontré sa capacité à se transformer, à innover et à tenir son rang dans un environnement en constante mutation.

Continuons à avancer ensemble, avec exigence, fierté et ambition.



Une lumière pour avancer, un cap pour réussir

Jeudi 4 juin

7h30 - 8h30 - Accueil des congressistes

8h30 - 9h45 - Cérémonie d'Ouverture

9h45 - 10h05 - La chirurgie mini invasive de l'endométriose

Marie Morvan, IBODE - Dr Christie Rebahi, Chirurgien - CHU Brest

10h05 - 10h25 - Naviguer au cœur de la colonne : la scoliose sous haute précision

Dr Alexandre Simon, Chirurgien - CHU Brest

10h25 - 10h35 - Questions diverses et échanges avec l'auditoire

10h35 - 11h20 - Pause et visite des partenaires exposants

11h20 - 11h40 - L'endoprothèse thoracique à l'ère de la salle hybride

Nathalie Arnaud, IBODE - Pr Bahaa Nasr, Chirurgien - CHU Brest

11h40 - 12h00 - Chirurgie robotique thoracique et protocole de dedocking en urgence

Sophie Perrot, IBODE - Dr Kevin Pluchon Rivière, Chirurgien - CHU Brest

12h00 - 12h20 - Du bloc à la pharmacie : Le numérique comme accélérateur de flux et d'information

Dr Venceslas Roebroek, Pharmacien - Sandrine Pare, directrice parcours patient et qualité groupe HGO, Clinique Mutualiste de Bretagne Occidentale

12h20 - 12h30 - Questions diverses et échanges avec l'auditoire

12h30 - 14h00 - Pause et cocktail déjeunatoire parmi nos exposants

14h00 - 15h30 - Conférences débats

15h30 - 16h15 - Pause et visite des partenaires exposants

16h15 - 17h45 - Conférences débats

Programme



Vendredi 5 juin

7h30 - 8h30 - Accueil des congressistes

8h30 - 8h50 - Planifier la chirurgie prothétique de l'épaule

Dr Hoel Letissier, Chirurgien - CHU Brest - Hélène Banquetel - Stryker,

8h50 - 9h10 - Programme de formation et d'accompagnement au bloc opératoire

Cécile Legain, IBODE - Hôpital Universitaire de Genève

9h10 - 9h20 - Questions diverses et échanges avec l'auditoire

9h20 - 10h20 - "Prix SoFERIBO" Présentation des 3 prix SoFERIBO : Junior, Sénior et Poster

May Karam, Présidente de la SoFERIBO - Dany Gaudalet, vice-présidente, Dominique Pengam

Pdte du jury du prix SoFERIBO

10h20 - 11h05 - Pause et visite des partenaires exposants

11h05 - 11h25 - Traitement chirurgical du prolapsus antérieur

Fanny Le Couillard, IBODE - Dr Kevin Saout, Chirurgien - CH Quimper

11h25 - 11h45 - Prothèse du genou : apport du robot dans la précision et la sécurité chirurgical

Dr Ludovic Tristan, Chirurgien Clinique - Du TER Ploemeur

11h45 - 12h05 - La certification périodique IBODE

Christophe Verrier, président du CNP IBODE

12h05 - 12h15 - Questions diverses et échanges avec l'auditoire

12h30 - 14h - Pause et cocktail déjeunatoire parmi nos exposants

14h00 - 15h30 - Forum des actualités

Magali Delhoste, Pdte UNAIBODE, Evelyne Cames, Pdte AEEIBO, Olivier Wacrenier, Pdt SNIBO,

Christophe Verrier, Pdt CNP IBODE, Jean-Christophe Boyer, Avocat, conseiller de l'UNAIBODE

15h30 - 15h50 - IBODE militaire, de l'HIA à l'OPEX

Dany Grataloup, IBODE - Emmanuel Audirac, IBODE - Hôpital Inter Armées Brest

15h50 - 16h10 - Quand le médico-légal s'invite au bloc opératoire

Dr Claire Saccardy, UML CHU de Brest

16h10 - 16h20 - Questions diverses et échange avec l'auditoire

16h20 - 16h35 - Présentation des 42èmes JNEP UNAIBODE de Montpellier par

Stéphane Guignard, président de l'AIBOOM

16h35 - 17h00 - Cérémonie de clôture

Programme

2026
Le Quart
BREST



Conférences - débats

La pratique avancée, l'IBODE 3.0 ?

Maître Boyer, avocat

Quand #MeToo s'invite au bloc opératoire

Clément Turpin, IBODE, Arnaud Espinet, cadre IADE, formateur

L'intelligence artificielle au bloc opératoire : équilibre entre avancée technologique et impératifs éthiques.

Raphael Touchet manager de bloc opératoire, expert ANAP chef de projet IA santé

Prévention des risques et événements indésirables évitables au bloc opératoire

Bruno Frattini, cadre supérieur de santé IADE, ingénieur en prévention des risques, Prévention médicale

Troubles musculo-squelettiques : de la théorie à la pratique

Céline Savagnac, IBODE, formatrice Service Information Formation Actives aux Manutentions (SIFAM)

Astreintes & pratiques IBODE : enjeux, limites et responsabilités

Sylvie Caoduro, IBODE, Stéphane Guignard, IBODE, SNIBO

« KSMOR-MYORCO » : les nouveaux outils de l'UNAIBODE pour intégrer les circulantes et instrumentistes dans les blocs opératoires

David Pasteau, coordinateur du projet européen ORN-KSM, Grégory Née, IBODE

Mise en place de la nouvelle VAE à l'université

Evelyne Cames, responsable pédagogique à l'École d'IBODE de Toulouse, présidente de l'AEEIBO

Recommandations SPFD/ Europharmat en matière d'écoresponsabilité

Benoit Le Hasif, président de l'ASIBONOR, Anne-Françoise Germe, Pharmacienne, Abir Petit, Pharmacienne

Conférences - Débats



CAP sur – 48°23'27" nord- 4°29'08" ouest

SAVE THE DATE

Prochainement à découvrir
le programme des

**Conférences
&
débats**

Ateliers organisés par nos
partenaires laboratoires

Forum d'actualités

Ouverture des inscriptions Dimanche 15 février 2026

TARIFS POUR LES DEUX JOURNÉES DE FORMATION



Tarifs JNEP 2026
Adhérent : 499€
Non adhérent : 721€
Junior ou retraité adhérents : 223€

04
- C
05
-
2026

UNAIBODE : 16 Rue Daguerre, 75014 Paris
Organisme de formation enregistré sous le numéro de
déclaration d'activité 117 523 599 75 auprès du préfet
de région Ile de France-cet enregistrement ne vaut
pas agrément de l'état.
Numéro de SIRET : 402 880 785 000 17
Code APE : 8559 A



Après la mythique soirée blanche des JNEP 2025
À MANDELIEU-LA-NAPOULE...

Préparez-vous à changer d'ambiance...

L'UNAIBODE vous embarque pour une

**SOIRÉE MOUSSE
exceptionnelle !**

 *Au cœur
du mythique
Stade Brestois 29.*

 *À l'Atelier SB29.*

 *Jeudi 4 juin 2026.*

 *À partir de 19h30.*



Ambiance festive Mousses, musique et surprises

Après une journée riche en échanges et en partage aux JNEP, **place au lâcher-prise !**

Parce que les JNEP, ce sont aussi des moments forts, des souvenirs inoubliables et une énergie collective unique.

Les places risquent de partir plus vite qu'un mousse sur le pont quand la houle se lève...



**Inscrivez-vous dès maintenant et venez faire vibrer Brest
version mousse !**

Tous les participants recevront le lien pour s'inscrire à cette soirée par mail.

Surveillez bien votre boîte (et vos spams également).

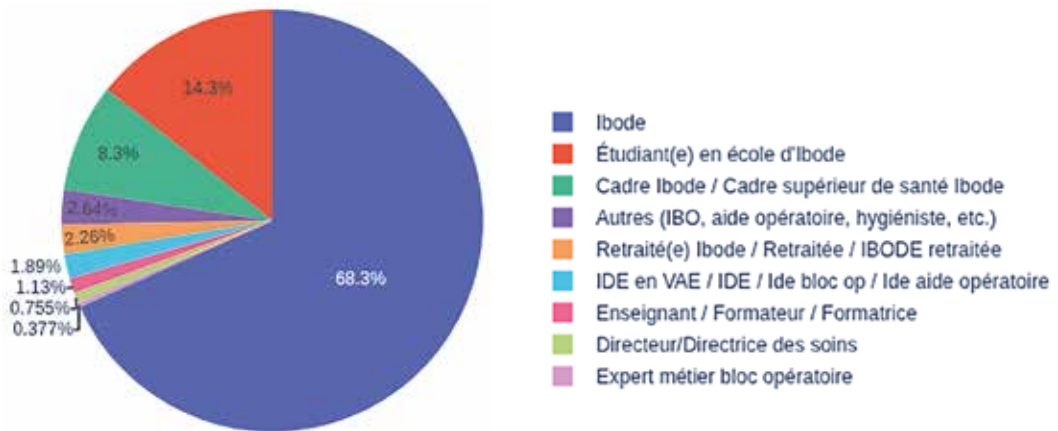
#JNEP2026 #UNAIBODE #SB29 #SoiréeMousse #IBODEEnFête

Synthèse concernant la Consultation IBODE sur l'exercice en pratique avancée IBODE

OCTOBRE/NOVEMBRE 2025

À la suite de la grande consultation menée auprès des professionnels concernés, ce document présente uniquement les principaux résultats issus des différentes réponses recueillies. Il convient de préciser qu'il ne s'agit pas de l'intégralité des propositions, mais d'une synthèse représentative des axes majeurs évoqués. L'ensemble des contributions sera analysé plus en détail et certaines propositions complémentaires seront par la suite soumises à l'examen du ministère.

Répartition des professionnels sondés



Quelles missions pour l'IBODE en pratique avancée

Résumé des missions de l'IBODE en pratique avancée

L'analyse des contributions sur le rôle des IBODE exerçant en pratique avancée met en évidence six domaines d'intervention majeurs :

Consultations préopératoires et postopératoires : L'IBODE assure l'accompagnement du patient avant et après l'intervention, avec explication du parcours, gestion de l'anxiété, prescriptions, contrôle de la cicatrisation, renouvellement d'ordonnances et coordination des soins.

- Actes chirurgicaux simples en autonomie encadrée :** Réalisation de gestes techniques tels que sutures, ablation de matériel, exérèses cutanées bénignes, pose/retrait de dispositifs d'accès veineux, sous réserve de protocoles et d'une formation spécifique.
- Assistant de chirurgie :** L'IBODE intervient de façon autonome au bloc (installation, exposition, hémostase, assistance robotique, sutures profondes, premiers temps chirurgicaux).

- **Coordination du parcours patient** : Gestion du parcours chirurgical, amélioration des transmissions entre services, validation des sorties, gestion du risque infectieux, programmation opératoire et conseils techniques.
- **Hygiène, sécurité, qualité et gestion des risques** : Élaboration de protocoles, analyse d'événements indésirables, audits qualité, rôle de référent hygiène, participation à la stérilisation et à la sécurité du patient.
- **Formation, enseignement, recherche et innovation** : Implication dans la formation des professionnels (IBODE, IDE, internes), encadrement, tutorat, participation à la recherche clinique et au développement de dispositifs médicaux innovants.

En conclusion, les axes majeurs identifiés sont : la spécialisation des consultations IBODE, la réalisation d'actes chirurgicaux simples, l'aide

opératoire avancée et un rôle clé dans la coordination, la qualité, la sécurité et l'innovation au bloc opératoire.



Synthèse des bénéfices pour les patients

Réduction des délais et amélioration de l'accès aux soins

La mise en place de cette organisation permet aux patients de bénéficier d'un accès plus rapide aux soins. Les temps d'attente pour obtenir une consultation sont significativement réduits, tout comme les délais opératoires. Ce fonctionnement contribue également à désengorger les services d'urgences, facilitant ainsi une prise en charge plus fluide. Les patients peuvent bénéficier plus rapidement de certains actes simples, tels que des sutures, l'ablation de drains ou des petites interventions chirurgicales sous anesthésie locale. De plus, l'accès aux soins est facilité dans les zones sous-dotées en professionnels de santé ou lors des périodes de forte activité.

Meilleure continuité du parcours pré-per-post opératoire

Tout au long de leur parcours, les patients bénéficient d'un interlocuteur identifié, ce qui limite les ruptures d'information entre les différentes étapes de la prise en charge. Le suivi est plus régulier et personnalisé, permettant une détection plus précoce des complications ou des infections. Cette continuité favorise également la réduction du coût des réhospitalisations et des reports d'intervention, améliorant ainsi la sécurité et la qualité du parcours patient.

Qualité et sécurité renforcées

L'expertise technique de l'IBODE garantit l'asepsie, la qualité des gestes réalisés et une gestion optimale des risques. Les pratiques chirurgicales sont standardisées et optimisées, permettant une meilleure anticipation des besoins en matériel, des risques potentiels et des spécificités de chaque patient. Cette approche contribue à diminuer les infections du site opératoire (ISO), les erreurs techniques et la survenue d'événements indésirables.

Préparation préopératoire plus complète et rassurante

Les patients pourraient bénéficier d'un temps d'écoute important. Les explications fournies pourraient être plus adaptées et compréhensibles, ce qui favoriserait une meilleure préparation et pourrait réduire l'anxiété préopératoire. La présence d'un visage connu rassure les patients et leur permet de mieux comprendre le déroulement de leur prise en charge au bloc opératoire, tant au niveau des étapes que de l'équipe et du matériel utilisé.

Relation soignant-patient plus humaine et accessible

Cette relation permettrait une meilleure prise en compte des dimensions psychologiques et sociales du patient, tout en valorisant le rôle d'ac-

compagnement et d'éducation thérapeutique du soignant avec une communication moins technique et plus pédagogique.

Meilleure prise en charge des risques et des complications

La surveillance des plaies, des drains et des éventuels signes d'infection ou de complications est plus attentive. En cas de problème, la réaction est plus rapide, ce qui améliore la sécurité du patient. La coordination entre la ville et l'hôpital est optimisée, et la prise en charge contribue à la récupération améliorée après chirurgie (RAAC), avec une récupération plus rapide et une meilleure qualité de vie.

Fluidité et efficacité du système de soins

Ce mode d'organisation libère du temps pour les chirurgiens, qui pourraient ainsi se consacrer davantage aux cas complexes. Les programmes

opératoires pourraient être optimisés. Cela permettrait également de diminuer les coûts liés aux complications ou aux retards.



Principales attentes des IBODE concernant la pratique avancée

Valorisation salariale

La valorisation salariale apparaît comme la revendication la plus forte et la plus largement partagée parmi les IBODE. En premier lieu, les professionnels réclament une revalorisation de leur salaire afin qu'il soit équivalent à celui des IADE et des IPA, reflétant ainsi leur niveau d'expertise et de responsabilité. Beaucoup souhaitent également la mise en place d'une grille indiciaire spécifique pour les IBODE et IBODE-PA, permettant une reconnaissance statutaire claire et adaptée à leur spécialité.

La reconnaissance financière du grade Master constitue aussi une attente majeure, les IBODE estimant que ce niveau de diplôme doit entraîner une évolution de leur rémunération. Enfin, ils souhaitent la suppression des primes symboliques au profit d'un rehaussement significatif du salaire de base.

Message central : « Plus de responsabilités = plus de salaire ».

Reconnaissance de l'expertise IBODE

Les IBODE expriment le besoin d'une reconnaissance officielle de leur expertise, à différents niveaux. Ils souhaitent être reconnus par les chirurgiens, mais aussi par les managers, directions, institutions, l'ARS et la HAS. Cette reconnaissance doit aussi s'étendre au grand public

et aux patients, qui connaissent souvent mal la spécialité IBODE. Enfin, ils demandent une inscription claire de leur statut et de leur titre dans les textes réglementaires.

Message central : « Nous avons un savoir-faire et un savoir clinique unique : qu'il soit officiellement reconnu ».

Exclusivité et protection du métier

La protection réelle des actes exclusifs, trop souvent non respectée, est une priorité des professionnels sondés. Ils demandent à redonner une identité claire au métier, afin de renforcer son attractivité et sa spécificité.

Message central : « Sans exclusivité, il n'y a pas d'attractivité ».

Plus grande autonomie et élargissement du champ d'actes

Les IBODE expriment une forte demande d'ouverture de leur champ d'action. Ils souhaitent pouvoir réaliser certains actes chirurgicaux non complexes tels que l'incision ou la ponction. L'accès aux consultations pré et post-opératoires leur paraît essentiel, tout comme l'obtention d'un droit de prescription limité pour des pansements, antalgiques de niveau 1 ou 2, ou des examens simples.

Message central : « Nous sommes capables, formés, et souvent déjà sollicités : faisons-le dans un cadre légal ».

Participation renforcée au parcours patient

Les IBODE souhaitent être davantage intégrés dans la prise en charge globale du patient. Leur participation devrait être reconnue dans les phases préopératoires, postopératoires et dans l'éducation thérapeutique. Ils aspirent également à une représentation au sein des instances, comités et projets qualité, ainsi qu'à une collaboration transversale avec les autres services, la stérilisation et la logistique.

Message central : « Notre expertise dépasse largement la table d'opération ».

Développement professionnel, académique et recherche

De nombreux IBODE souhaitent avoir accès à la recherche clinique et technique, afin de déve-

lopper et valoriser leur expertise. La possibilité d'enseigner, de former ou de publier est aussi très demandée, tout comme la création d'une véritable filière IBODE-IPA. Cette évolution académique permettrait de renforcer la dimension scientifique du métier.

Message central : « IBODE = expertise + science. Il faut l'inscrire dans l'université ».

Attractivité et avenir de la profession

La majorité des professionnels exprime une forte inquiétude quant à la perte d'attractivité du métier d'IBODE. Cette situation se traduit par un manque de reconnaissance et une stagnation salariale. Beaucoup estiment que la pratique avancée pourrait être un levier majeur pour redonner envie de devenir IBODE et garantir la pérennité de la profession.

Message central : « Si rien ne change, la profession s'éteindra ».

Synthèse finale

Les IBODE attendent de la pratique avancée une reconnaissance officielle, financière, statutaire et exclusive de leur expertise, avec plus d'autonomie, des actes dédiés, une visibilité

accrue et une grille salariale alignée sur les autres professions de niveau Master, afin de protéger et revaloriser un métier essentiel mais aujourd'hui fragilisé.



Magali DELHOSTE
Présidente UNAIODE



LES HÔPITAUX DU PAYS DU MONT-BLANC RECRUTENT IBODE, INFIRMIER(E) DE BLOC OPÉATOIRE

Un hôpital dynamique au pied du Mont-Blanc, entre lacs et montagnes, à 20 minutes de Chamonix et des stations de ski, à 40 minutes de Genève.

POSTE : Nous recherchons actuellement des IBODE et des IDE de blocs avec expérience et engagement dans la formation IBODE. Un CDI est proposé d'entrée, avec possibilité de titularisation dans la fonction publique hospitalière et accès à la formation IBODE.

PROFIL : Vous cherchez une activité variée, dans un bloc de chirurgie orthopédie-traumatologie (activité en forte augmentation en saison hivernale), digestif, urologie, gynécologie, obstétrique, ORL et OPH. Les locaux sont récents, spacieux, offrant un confort de travail certain. Certaines de nos salles de blocs offrent une vue dégagée sur le Mont Blanc !

Vous serez amenés à exercer les rôles de circulant, instrumentiste et aide opératoire dans toutes les spécialités.

Le temps de travail est en horaires de 8 heures, 10 heures ou 12 heures et vous serez en poste un week-end par mois, selon la saisonnalité.

Des facilités de recrutement sont proposées

- Reprise de l'autofinancement formation IBODE.
- Rachat des contrats d'engagement de servir.
- Aide à l'accès au logement.
- Reprise d'ancienneté au niveau de la rémunération.

Vous pourrez prendre contact auprès de
M. CHANAL Laurent, Cadre supérieur de santé du pôle de chirurgie ☎ 04 50 47 30 79 ou
par ✉ l.chanal@ch-sallanches-chamonix.fr



LE CHU DE LA RÉUNION RECRUTE INFIRMIERS(ES) DE BLOC OPÉATOIRE TITULAIRE DU DIPLÔME D'ÉTAT



Postes à pourvoir dans les meilleurs délais au Site Sud (St Pierre) et Site Nord (St Denis).

- 26 salles réparties sur 2 sites.
- Bloc polyvalent avec chirurgie robotique.
- Neurochirurgie.
- Chirurgie cardiaque.
- Chirurgie cardiaque congénitale.

- Mutation, Reprise d'engagement de servir.

Ou

- Proposition contrat initial d'un an, puis renouvellement sous forme de CDI dans l'attente du concours sur titre.
- Reprise d'ancienneté selon les conditions de la nomination en qualité de stagiaire.
- Prise en charge du billet d'avion sous conditions.



CHU St Pierre

CHU St Denis

MODALITÉS POUR DÉPOSER SA CANDIDATURE :

Adresser par mail une lettre de motivation, CV détaillé et copie diplômes.
Site CHU de la Réunion : <https://chu-reunion.mstaff.co/establishments>

POUR LE SITE SUD (ST-PIERRE), RENSEIGNEMENT AUPRÈS :

Contact : Gianni SERMONT,
Coordonnateur Général des Soins
Mail : gianni.sermont@chu-reunion.fr
Contact : Laetitia ELLAYA
Mail : laetitia.ellaya@chu-reunion.fr
Direction des Ressources Humaines :
anaïs.breyse@chu-reunion.fr

POUR LE SITE NORD (ST-DENIS), RENSEIGNEMENT AUPRÈS :

Contact : Gianni SERMONT,
Coordonnateur Général des Soins
Mail : gianni.sermont@chu-reunion.fr
Contact : Marie MANESSE
Mail : marie.manesse@chu-reunion.fr
Direction des Ressources Humaines :
sandrine.blin@chu-reunion.fr



CENTRE HOSPITALIER
OUEST REUNION

LE CENTRE HOSPITALIER OUEST DE LA RÉUNION

RECHERCHE INFIRMIER.E-S DE BLOC OPÉATOIRE DIPLOMÉ.E-S D'ÉTAT (IBODE)

Mutation ou proposition de contrat avec reprise d'ancienneté, majoration Outre-Mer (54 %).



CONTACT
DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

02 62 74 00 40
recrutementchorepsmr@pso.re
www.chor.re

Établissement à taille humaine, environnement de travail moderne, 6 salles de bloc, chirurgie digestive, bariatrique, orthopédique et traumatologique, 6500 interventions.



SNIBO



Thème contrat d'engagement

Un contrat pour donner un cadre à une période de transition

Le contrat d'engagement signé entre l'État, les employeurs, les organisations professionnelles IBODE, les écoles et les représentants des chirurgiens s'inscrit dans une dynamique attendue : celle de rendre plus lisible la période transitoire ouverte par le décret d'octobre 2024. Les blocs opératoires évoluent depuis des années dans un contexte où les pratiques se diversifient et où les responsabilités s'entrecroisent.

L'enquête nationale menée en 2023 a rappelé l'ampleur du phénomène : une large part des actes IBODE est assurée par des infirmiers qui ne sont pas titulaires du diplôme. Le contrat cherche à encadrer cette situation en donnant aux équipes un horizon et des repères.

Le SNIBO : Signer pour agir, mais rester vigilant

La signature du SNIBO ne signifie pas que l'ensemble du dispositif réglementaire le satisfait.

Le syndicat reconnaît la nécessité d'un cadre pour que les mesures transitoires puissent être mises en œuvre, mais il demeure attentif à plusieurs points qui, à ce stade, restent en suspens.

Parmi eux, la question de la **coercition** et du **contrôle** : le décret ne prévoit pas de mécanismes suffisamment dissuasifs pour garantir que les règles seront effectivement appliquées. Le SNIBO estime qu'un texte, pour être pleinement utile, doit s'accompagner d'outils de vérification et de sanctions adaptées.

Cette vigilance n'empêche pas le syndicat d'agir. La politique de la chaise vide n'a jamais été sa ligne de conduite : il choisit d'être présent pour peser, proposer, et maintenir un dialogue réel – parfois contradictoire – avec les fédérations, les établissements et les autres représentants professionnels.

C'est dans cet esprit que le SNIBO participera activement au **comité de suivi**, lieu où s'observeront les effets du contrat et où se décideront, le cas échéant, des ajustements. Seuls les signataires y siégeront, d'où l'importance d'être partie prenante pour ne pas laisser d'autres décider seuls de l'avenir du métier.



Une transition encadrée, pensée sur plusieurs années

Le dispositif transitoire prévoit que les IDE ayant un an d'expérience au bloc puissent obtenir une autorisation temporaire pour réaliser l'ensemble des actes IBODE.

Cette autorisation devra être consolidée par la formation de 21 heures, ouvrant ensuite vers une autorisation définitive. L'échéance du 31 décembre 2031 marque la fin d'une période où coexistent plusieurs niveaux d'autorisation.

Ce calendrier s'accompagne d'engagements concrets de la part des employeurs : informer leurs équipes, soutenir les départs en formation, faciliter les démarches VAE et organiser les services pour que les IDE concernés puissent suivre le parcours prévu. Les volumes de formation fixés année par année montrent une montée progressive, ajustable en fonction des besoins.

Les écoles et les moyens : accompagner les flux entrants

Les écoles IBODE devront adapter leurs capacités : multiplier les sessions « 21 h », ouvrir suffisamment de places selon les besoins régionaux et accompagner les professionnels sur les aspects techniques et réglementaires des actes concernés.

Le contrat prévoit également la possibilité d'une prolongation d'un an de l'autorisation temporaire si

un IDE est inscrit à une session qu'il n'a pu suivre à temps, afin de tenir compte des réalités de terrain.

Les ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur soutiendront ces évolutions par des financements dédiés, distribués via les ARS. Ces crédits visent aussi bien la formation liée aux mesures transitoires que le développement de la filière IBODE.

Faire connaître la spécialité IBODE

Le contrat prévoit un effort de communication auprès des étudiants en IFSI, des jeunes diplômés et des professionnels en exercice.

Il s'agit d'expliquer la spécialité, d'en rendre visibles les compétences, et de rappeler son rôle dans la qualité des soins en bloc opératoire.

Un contrat appelé à évoluer

Le comité de suivi, qui se réunira deux fois par an, suivra les indicateurs liés aux effectifs, aux formations, aux autorisations et aux besoins territoriaux.

Son rôle sera d'observer, d'anticiper et – lorsque ce sera nécessaire – de proposer des évolutions du contrat. Un bilan plus poussé est prévu en 2029.

Le SNIBO considère que cet espace de discussion est essentiel : c'est là que se construira progressivement l'équilibre entre continuité des soins, montée en compétences et respect du périmètre IBODE.

Pour être acteur de ces ajustements, il faut être présent, participer, confronter les points de vue. C'est ce choix que fait le syndicat à travers sa signature.

Un cadre de travail, pas un point final

Ce contrat n'apporte pas toutes les réponses, et le SNIBO l'assume.

Il offre un cadre légal permettant la mise en place des mesures transitoires, mais il laisse ouvertes plusieurs questions importantes.

C'est précisément pour les adresser que la présence du syndicat dans le suivi du texte est indispensable.

Ce contrat est un point de départ, non un aboutissement.

Son évolution dépendra de ce que les indicateurs révéleront et de ce que le comité de suivi portera.

Le SNIBO y prendra toute sa place, avec la volonté d'agir, d'alerter lorsque c'est nécessaire, et de défendre, au fil des années, l'exigence qui fonde la spécialité IBODE.

Olivier WACRENIER
Président du SNIBO

Prix SOFERIBO 2026

Le lancement du Prix scientifique Soferibo 2026 marque une nouvelle étape dans la reconnaissance du rôle essentiel des infirmiers de bloc opératoire (IBODE) dans l'amélioration continue des pratiques de soins. Ce prix scientifique, désormais bien identifié dans le paysage professionnel, vise à encourager et valoriser la production de connaissances issues du terrain opératoire.

Dans un contexte où les exigences de qualité, de sécurité et d'innovation au bloc opératoire ne cessent de croître, la recherche infirmière apparaît comme un levier stratégique. Le Prix Soferibo s'inscrit pleinement dans cette dynamique en offrant aux IBODE un espace de reconnaissance et de diffusion de leurs travaux scientifiques.

À travers cette initiative, la Soferibo réaffirme sa volonté de soutenir l'expertise infirmière et de promouvoir la recherche comme levier essentiel de l'évolution des pratiques au bloc opératoire.

En valorisant ces travaux, le prix contribue à renforcer la place de la recherche infirmière dans le champ des sciences de la santé et à promouvoir l'expertise spécifique des IBODE.

Le Prix Soferibo 2026 récompense des travaux originaux s'appuyant sur une démarche scientifique rigoureuse, qu'il s'agisse de recherches cliniques, organisationnelles ou pédagogiques.

Ce prix est ouvert aux infirmiers de bloc opératoire diplômés en 2025 pour le prix junior et aux infirmiers de bloc opératoire « expérimentés » pour le prix senior exerçant en établissement public ou privé.

Les candidats sont invités à soumettre leurs dossiers avant le **28 février 2026**.

Les dossiers soumis seront examinés par un jury composé de professionnels de santé, d'experts du bloc opératoire, de personnes qualifiées dans le domaine de la recherche infirmière et d'universitaires. Les critères d'évaluation porteront notamment sur la rigueur méthodologique, la pertinence clinique, l'impact potentiel sur les pratiques et la transférabilité des résultats.

La remise officielle du Prix Soferibo 2026 se tiendra lors des Journées Nationales d'Etude et de perfectionnement de l'UNAIBODE qui se dérouleront les 4 et 5 juin 2026 à Brest au Centre des congrès « Le Quartz », offrant aux lauréats une reconnaissance nationale et une visibilité accrue de leurs travaux.

À travers cette initiative, la Soferibo réaffirme sa volonté de soutenir l'expertise infirmière et de promouvoir la recherche comme levier essentiel de l'évolution des pratiques au bloc opératoire.

Dany GAUDELET

Vice-présidente SOFERIBO



Compte-rendu des États Généraux DU COLLÈGE INFIRMIER FRANÇAIS (CIF)

Les États Généraux du Collège Infirmier Français (CIF) se sont tenus le 2 décembre 2025 à Paris, autour du thème « *Pour que la loi infirmière devienne soin* ».

L'événement a rassemblé infirmières, cadres, formateurs, infirmiers de pratique avancée (IPA), infirmiers spécialisés, représentants syndicaux et organisations professionnelles autour de la nouvelle loi sur la profession infirmière (loi n°2025-581 du 27 juin 2025) et de sa mise en application concrète.

Une dimension internationale a également été soulignée, avec la présence de partenaires étrangers, renforçant l'échange de perspectives sur l'évolution de la profession infirmière.

La journée s'est articulée en 4 tables rondes et débats thématiques

Aspects juridiques de la loi infirmière

- 🚩 Identifier les **freins juridiques** à l'application effective du texte.
- 🚩 Clarifier les zones d'ombre (responsabilités, prescription, autonomie) avec des experts et juristes.

Formation et reconnaissance des compétences

- 🚩 Réflexion sur la **reconnaissance des compétences élargies** (notamment dans les spécialités) et leur intégration dans les cursus.
- 🚩 Débat sur l'adaptation des formations initiales et continues pour répondre aux besoins actuels et futurs.

Éthique et responsabilité sociale

- 🚩 Mettre en avant la **dimension éthique du soin** au-delà des cadres réglementaires.
- 🚩 Questionner la responsabilité sociale des infirmiers dans le système de santé.

Leadership et influence de la profession

- 🚩 Encourager un **leadership infirmier affirmé** dans les structures de santé et dans les politiques publiques.
- 🚩 Réfléchir à l'impact de la profession sur les décisions de santé à l'échelle **nationale et internationale**.

Enjeux clés ressortis

Autonomie professionnelle

Les débats ont souligné la nécessité d'assurer **une véritable autonomie clinique** pour les infirmiers, avec des responsabilités claires et reconnues dans l'exercice quotidien.

Formation et compétences

La profession doit pouvoir s'appuyer sur des **formations adaptées** qui reconnaissent et valorisent les compétences élargies prévues par la loi, notamment dans les soins spécialisés, la santé mentale, et la prévention.

Le débat et échanges sur l'universitarisation ont souligné que la montée en compétences (IPA, spécialités, IADE, IBODE, Puériculture, Santé scolaire) doit s'accompagner d'une solide culture générale, que l'universitarisation doit être considérée comme une garantie de sécurité sanitaire.

Intégration dans les politiques de santé

L'événement a réaffirmé le rôle stratégique des infirmiers dans les **politiques de santé publique**, notamment face aux défis démographiques, aux pénuries de soignants et aux évolutions des besoins de la population.

Conclusion

Les États généraux ont confirmé que la loi infirmière constitue une avancée structurante pour la profession. Toutefois, son impact dépendra directement de sa traduction opérationnelle : cadre réglementaire clair, formation adaptée, évolution des organisations et reconnaissance effective des compétences infirmières.

La mise en œuvre de la loi représente ainsi un enjeu stratégique pour la qualité et la sécurité des soins, mais également pour l'attractivité et la pérennité de la profession infirmière.

Le message fort des États Généraux a été : **une loi ne vaut que si elle est traduite en action et vécue dans les soins quotidiens**. Cela nécessite une mobilisation collective, une clarification juridique, une formation repensée et un leadership infirmier affirmé dans tous les espaces de décision.

Vous pouvez retrouver l'intégralité des comptes rendus des États Généraux sur :

<https://www.college-infirmier-francais.fr>

Dany GAUDELET
Secrétaire CIF



ANNONCE PRIX CONCOURS SOFERIBO 2026

IBODE vos travaux intéressent le métier

Afin de **favoriser la recherche infirmière en bloc opératoire et la diffusion des travaux**, l'association de la Soferibo (Société Française d'Évaluation et de Recherche Infirmière en Bloc Opératoire) a créé un concours en lien avec ses objectifs :

- 🚩 Publier les travaux issus de la discipline des sciences infirmières de bloc opératoire.
- 🚩 Développer l'esprit scientifique et la culture de recherche en bloc opératoire et secteurs associés.

1. Soit vous êtes Ibode diplômés en 2025, vous postulez au prix Soferibo « JUNIOR ».
2. Soit vous êtes Ibode « expérimentés » et vous avez réalisé un travail de recherche dans le cadre d'un diplôme universitaire, vous postulez au prix Soferibo « SENIOR ».
3. Poster : minimum en A3 (42 x 29,7 cm), maximum en A0 (118 x 84,4 cm ou 120 x 80 cm).

Le lauréat des prix Junior et Senior remporteront :

- 🚩 Une inscription aux Journées Nationales d'Études et de Perfectionnement (JNEP) de l'Union Nationale des Associations d'Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'État (Unaibode) de Brest en juin 2026.
- 🚩 Un chèque d'une valeur de 500€ et un abonnement d'un an à la revue Interbloc.

Le lauréat du prix Poster remportera :

- 🚩 Un chèque de 500€ et un abonnement d'un an à la revue Interbloc.

Pour postuler

<p align="center">Au prix Soferibo « JUNIOR » être à jour de son adhésion à une association régionale, membre de l'Unaibode</p>	<p align="center">Au prix Soferibo « SENIOR » être à jour de son adhésion à une association régionale, membre de l'Unaibode et être titulaire d'un Master ou un Doctorat</p>
<p align="center">Envoyez PAR MAIL avant le 28 février 2026. À la présidente du jury du prix Soferibo : Madame Dominique Pengam secretariat.soferibo@gmail.com !/ \ Seul le format numérique sera accepté</p>	
<p>Soit un article de recherche individuelle ou collective en sciences infirmières de bloc opératoire, en un seul document et au format WORD.</p> <p>(Une attestation de l'équipe pédagogique de l'école lbo sera exigée).</p> <p>Soit un mémoire en un seul format WORD rédigé selon un des 4 axes proposés par l'arrêté du 27 avril 2022 :</p> <ul style="list-style-type: none"> 🚩 Un mémoire bibliographique fondé sur une analyse critique de la littérature ; 🚩 Une analyse de pratiques professionnelles ; 🚩 Un mémoire consistant en une analyse critique, s'appuyant sur l'expérience clinique et s'inscrivant dans le champ théorique déterminé ; 🚩 Un mémoire de recherche. 	<p>Soit un mémoire de recherche universitaire, en un seul document au format WORD de recherche en sciences infirmières de bloc opératoire, en un seul document et au format WORD.</p> <p>Soit un mémoire de recherche universitaire, en un seul document au format WORD.</p>
<p align="center">L'abstract de votre travail, rédigé selon la méthode IMRAD (Introduction, Méthode, Résultat, Analyse et Discussion) au format WORD.</p>	



Pour se préparer aux JNEP

Les lauréats devront entre mars et avril réaliser une présentation du travail (Powerpoint) selon la méthode IMRAD. Ils seront accompagnés à distance par des coachs.

Lors des JNEP de BREST (4 et 5 juin 2026)

Dès leurs arrivées aux JNEP, les lauréats bénéficieront d'une séance de travail avec des coachs pour se préparer à la présentation orale de leur travail en séance plénière.

Les prix seront remis aux lauréats par la présidente de la SOFERIBO en séance plénière.

Après les JNEP

Pour les prix « Junior » et « Senior », les lauréats, s'ils le désirent, pourront proposer leur article scientifique dans la revue Interbloc.

Le travail ne devra pas avoir été récompensé lors d'un autre concours, ni publié dans une revue indexée, y compris les revues numériques.

Le règlement et le guide méthodologique du prix Soferibo seront consultables sur le site de l'Unaibode : <https://www.unaibode.fr/soferibo/>

May KARAM
Présidente de la SOFERIBO

L'UNAIBODE
PARTICIPERA
À

39^{ème} CONGRÈS AFISO

27 & 28 mars 2026

SUARLÉE (NAMUR - BELGIQUE)



afiso
Association Francophone Infirmières
Salle Opération

Mölnlycke®

INTUITIVE

40 ANS DE PASSIONS

39^{ème} CONGRÈS AFISO
27 & 28 MARS 2026

ECOLYS, AVENUE D'ECOLYS 2
5020 SUARLÉE (NAMUR)





17^{ème} CONGRÈS SIGOP-SIDOPS

29 mai 2026

ZURICH (SUISSE)

ZURICH 29 MAI 2026
17^{ÈME} CONGRÈS SIGOP-SIDOPS
HÔPITAL ZOLLIKERBERG

**TISSER DES PONTS, COUDRE DES LIENS
L'ART DU SOIN AU BLOC OPÉRATOIRE**

INFORMATIONS/INSCRIPTIONS

 Soins Infirmiers
Domaine Opératoire
Suisse
SIGOPS

Schweizerische
Interessengruppe für
Operationspflege
SIGOP





ACVLIBO

L'IMPLANTATION COCHLÉAIRE DE L'ENFANT

Je m'appelle Edwige Jannau. Je suis IBODE en poste dans un bloc opératoire pédiatrique du CHRU de Tours depuis 20 ans environ. En parallèle, je suis secrétaire de l'association ACVLIBO et depuis 2 ans je participe aux conseils d'administrations (CA) de l'UNAIBODE.



C'est au cours de l'un de ces CA que l'on m'a proposé d'écrire un article pour la revue *Interbloc* sur la chirurgie pédiatrique et ses spécificités.

Dans un premier temps j'étais un peu réticente. Je n'avais jamais écrit pour une revue professionnelle. J'avais juste réalisé deux travaux de fin d'étude (IDE et IBODE), pour lesquels je n'en garde pas un bon souvenir. Déjà à l'école, le français n'était pas ma matière de prédilection. J'oscillais entre envie et peur de l'inconnu. Pour moi, une personne discrète, écrire et me mettre en avant était devenu un défi de surmonter mes préjugés et de montrer mes connaissances et mes compétences professionnelles.

Après avoir défini le sujet que j'allais traiter « **l'implantation cochléaire de l'enfant** », j'ai commencé à construire un plan. Cela a été assez simple puisque je travaille régulièrement comme IBODE circulante ou instrumentiste pour ce type de chirurgie. J'ai voulu aborder ce sujet avec une approche globale de la pose d'un implant cochléaire en pédiatrie (de l'annonce du handicap à la vie à domicile de l'enfant). Vous pouvez retrouver cet article dans la revue *Interbloc* tome XLIV – n°2 -avril – juin 2025.

J'ai commencé par contacter le professeur référent avec qui je travaille, puis j'ai pris contact avec d'autres chirurgiens ORL pédiatriques, les secrétaires d'ORL, les électrophysiologistes, la pharmacienne référente des implants cochléaires, les médecins réanimateurs anesthésistes, mes collègues IBODE et les services de soins (ambulatoire et hospitalisation complète) pour étoffer mon travail.

Je me suis mise à écrire. Cela partait dans tous les sens. Il y a tellement de chose à dire sur ce sujet qui, de plus, est peu traité. C'est un travail chronophage. Il faut faire attention au plagiat, aux termes scientifiques, au droit à l'image et penser à sa bibliographie. J'effectuais mes recherches et mes écrits dès que je pouvais. Ma vie personnelle a été perturbée. J'ai eu des moments d'inquiétude de ne pas arriver à fournir un écrit de qualité et dans le temps qu'il m'était imparti (2 / 3 mois). J'ai eu beaucoup de guidance et de soutien physique, émotionnel et praticopraticque. L'anglais non plus n'est pas aisé pour moi. Je remercie toutes les personnes qui m'ont permis de fournir ce travail de qualité.



Au fur et à mesure j'y ai pris goût. J'avais envie de tout exploiter. Mais j'étais restreinte par des quotas d'écriture. Je voulais montrer aux professionnels de mon service et d'ailleurs que la chirurgie de l'otologie et de l'oreille interne est une belle activité, tant pour le chirurgien que pour l'IBODE. Nous avons un poste central et indispensable à la prise en charge personnalisée et de qualité d'un enfant sourd, qui est opéré de plus en plus jeune pour un meilleur apprentissage du langage oral.

Un implant cochléaire, c'est un dispositif médical implantable et actif qui nécessite une traçabilité minutieuse. Il est composé d'une partie interne et d'une partie externe, afin de capter des sons extérieurs, de les traiter et de les convertir en signaux numériques compréhensibles par le cerveau. L'implantation cochléaire se pratique sous anesthésie générale et sous microscope, chez des patients ayant une surdité de perception sévère à profonde. Notre rôle d'IBODE est essentiel avant, pendant et après la chirurgie notamment :

- ❏ La vérification de la salle d'intervention et du matériel avant la chirurgie (DMI et accessoires, ancillaire spécifique, ...) : l'intégrité, la date de péremption, concordance avec la commande (implant nominatif) ;
- ❏ La gestion des risques en peropératoire (identivigilance avec l'autorisation d'opérer, notion de handicap, côté, points d'appuis, chute, hypothermie, infectieux, hémorragie, microchirurgie, nerf facial, mouvements involontaires) ;
- ❏ Après la chirurgie (traçabilité DMI, le suivi du matériel nécessaire au 1^{er} réglage de l'implant avec l'enfant).

Cet article publié a été très apprécié par mon service pluridisciplinaire et chacune des personnes qui a eu l'occasion de le lire. De plus, le professeur qui m'a supervisé l'a envoyé à toute la direction de l'hôpital. J'ai ressenti du soulagement d'avoir réussi à écrire un article professionnel. Puis j'ai reçu des félicitations et de la reconnaissance pour le travail effectué. Je me suis senti valorisée et un peu surprise de l'ampleur de cette reconnaissance.

L'écriture d'un article professionnel m'a demandé du temps, de sortir de ma zone de confort, de dépasser mes peurs. Mais ce travail m'a aussi apporté de la gratification et une envie de partager mon travail d'IBODE de tous les jours.

Mots clés

Implant cochléaire (IC), enfant, parcours de soins, surdité, qualité de vie, rôle de l'infirmier de bloc opératoire diplômé d'État (IBODE).

Résumé

L'implantation cochléaire permet de traiter la surdité sévère à profonde chez l'enfant, en stimulant le nerf auditif via un porte-électrodes implanté dans l'oreille interne. La procédure requiert une évaluation pré-implantation approfondie, audiométrique, orthophonique et psychologique. Un suivi pluridisciplinaire post-opératoire est essentiel, avec une rééducation orthophonique pour favoriser l'acquisition du langage oral. Une intervention précoce est recommandée pour des résultats optimaux.

Déclaration de lien d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts.

Remerciements

Les auteurs remercient le Professeur Emmanuel Lescanne et la société MED-EL pour leurs apports photographiques.

Auteurs

E. Jannau ^[1], E. Caillaud ^[2,3,4], E. Lescanne ^[2,3,4]

^[1] Infirmière de bloc opératoire diplômée d'État, Bloc opératoire pédiatrique, CHRU de Tours, 49 Boulevard Béranger, 37000 Tours, France.

^[2] Service d'ORL et Chirurgie Cervico-faciale, CHRU de Tours, 2 boulevard Tonnellé, 37044 Tours, France.

^[3] Service d'ORL et Chirurgie Cervico-faciale pédiatrique, CHRU de Tours, 49 Boulevard Béranger, 37000 Tours, France.

^[4] Faculté de médecine, Université de Tours, 10 Boulevard Tonnellé, 37044 Tours, France.

Introduction

L'implantation cochléaire est une intervention chirurgicale standardisée et réalisée en routine dans les centres de références de l'audition et habilités à l'implant cochléaire (IC). Elle permet la réhabilitation d'un handicap sensoriel par une stimulation électrique du nerf auditif via un porte-électrodes (PE) implanté au sein de l'oreille interne.

Principe de l'implant cochléaire

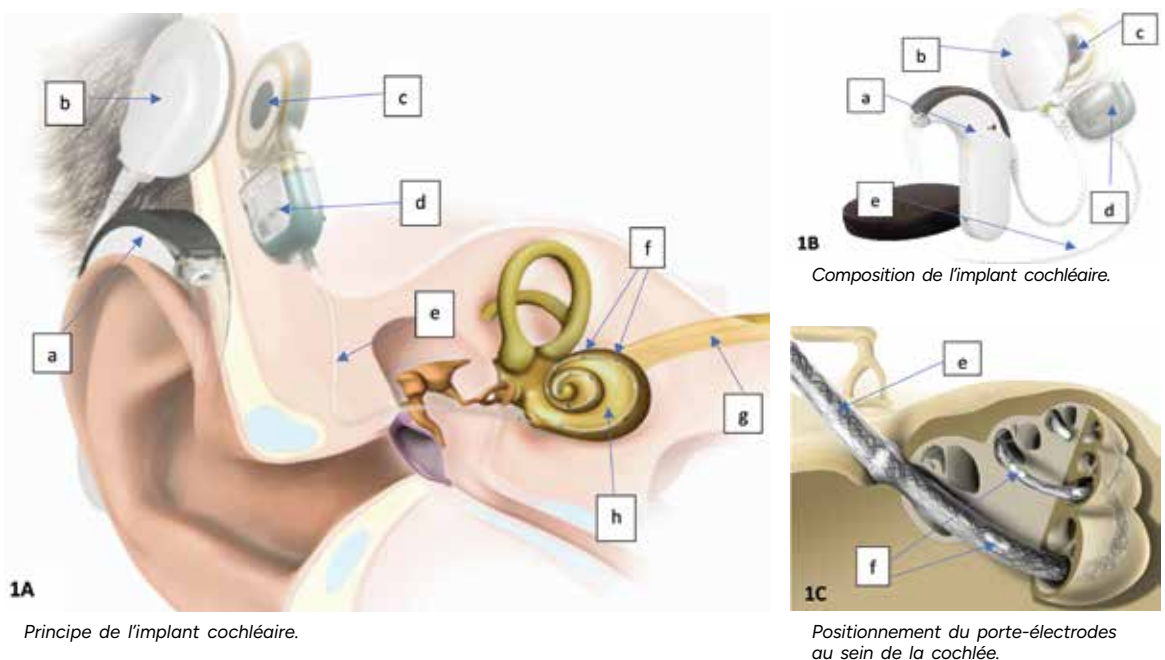
Un implant cochléaire se compose d'une partie interne, implantée au décours de l'intervention chirurgicale, et d'une partie externe qui permettra de capter l'environnement sonore. Ces différents éléments sont représentés dans la *Figure 1*.

La partie externe est constituée de quatre éléments : un microphone, un processeur de son, une antenne et un récepteur et, une batterie. Le microphone capte les sons environnants. Le processeur de son traite les sons captés par le microphone et les convertit en signaux numériques. Ce processeur est généralement porté derrière l'oreille. L'antenne capte les signaux numériques envoyés par le processeur et les transmet à la partie interne de l'implant. La batterie alimente le processeur de son.

Cependant, l'annonce et la prise en charge d'un handicap auditif, notamment chez les enfants, demeure une démarche délicate, qui s'intègre dans une prise en charge pluridisciplinaire, notamment orthophonique et psychologique.

La partie interne (implant) est organisée en trois éléments : un récepteur-stimulateur, une gaine d'électrodes et un aimant. Le récepteur-stimulateur qui est implanté sous la peau, généralement derrière l'oreille, reçoit les signaux numériques du processeur externe et les convertit en signaux électriques. La gaine d'électrodes est élaborée à partir de fils très fins avec plusieurs électrodes (généralement entre 12 et 22) qui sont insérés dans la cochlée. Ces électrodes stimulent directement les fibres du nerf auditif avec des signaux électriques. L'aimant permet la fixation de la partie externe (processeur) à la partie interne, en utilisant un champ magnétique. Cela permet de maintenir le processeur en place sans nécessiter de fixation physique.

Figure 1 : Composition de l'implant cochléaire (source : société MED-EL)



a. Processeur externe ; b. Antenne et Aimant externes ; c. Antenne et Aimant internes ; d. Récepteur-stimulateur ; e. Porte-électrodes ; f. Electrodes ; g. Nerf auditif ; h. Cochlée

Le microphone capte les sons extérieurs et les convertit en signaux numériques traités par le processeur. Ces signaux sont ensuite transmis à la partie interne, où ils sont convertis en impulsions électriques et envoyés à la cochlée via les électrodes. Les impulsions électriques stimulent le nerf auditif, envoyant des signaux au cerveau, qui les interprète comme des sons. L'implant cochléaire contourne les cellules ciliées internes non fonctionnelles de la cochlée et permet à la personne de percevoir des sons, permettant ainsi la communication orale.

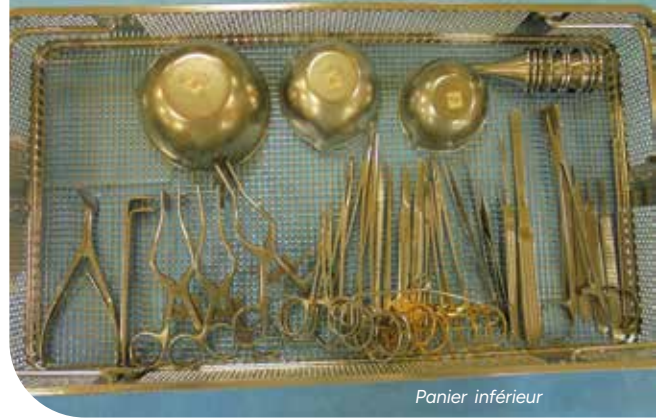
Ces dispositifs font ensuite l'objet de nombreux réglages en fonction des besoins individuels du patient, en particulier pour les enfants, afin d'optimiser l'audition et le développement du langage.

Le règlement européen 2017/745 donne une définition des dispositifs médicaux et les classent en 4 catégories en fonction de la destination des dispositifs et leur degré de risque. L'implant cochléaire étant destiné à être introduit intégralement dans le corps humain et à demeurer en place pendant au moins 30 jours, il est considéré comme un dispositif médical implantable (DMI). Cet implant est également un dispositif actif qui interagit avec le nerf auditif par la voie trans-cochléaire. Compte tenu qu'il s'agit d'un DMI actif, il entre dans la catégorie des dispositifs médicaux les plus à risque, la classe III. Ce dispositif

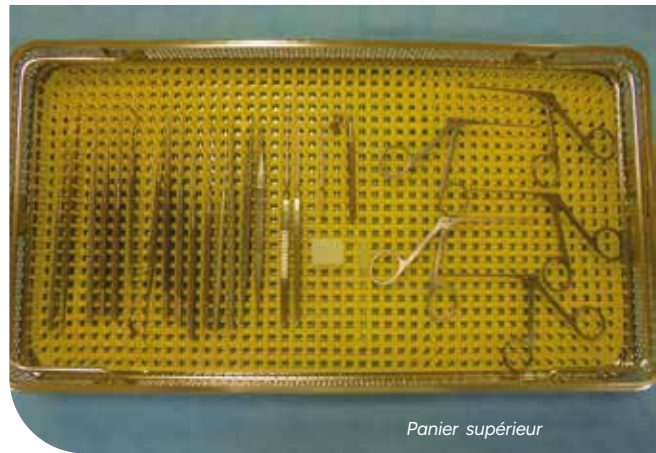
Indication

L'implantation cochléaire s'envisage chez l'enfant présentant une surdité sévère à profonde, prouvée par un examen audiométrique, et lorsque les aides auditives conventionnelles ne permettent pas de développer la communication orale, ou quand les performances auditives ne sont plus suffisantes malgré des audioprothèses.

Chez l'enfant, l'audiométrie conventionnelle, dite subjective, peut être difficile à interpréter en raison du manque de coopération. Dans de pareils cas, il peut être nécessaire d'avoir recours, sous une simple sédation ou sous anesthésie générale, à des examens d'audiométrie objective se passant de toute participation du patient. C'est le cas des Potentiels Évoqués Auditifs (PEA) ou des Auditory Steady State Response (ASSR) qui s'avèrent utiles pour déterminer le seuil auditif chez les nourrissons et les jeunes enfants qui ne peuvent



Panier inférieur



Panier supérieur

TYMpanoplastie 1 - 2 - 3 - 4

requiert par conséquent une surveillance accrue des professionnels qui l'utilisent et implique une traçabilité minutieuse à l'aide de son identifiant unique ^[1].

pas réaliser un audiogramme conventionnel en recueillant l'activité électrique des voies auditives en réponse à un stimulus auditif ^[2].

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit les indications de l'implantation cochléaire ^[3] :

- ❏ Dans le cadre d'une surdité profonde bilatérale ne permettant pas le développement du langage malgré une réhabilitation audioprothétique.
- ❏ Pour des surdités sévères bilatérales, lorsque la capacité de discrimination vocale en champs libre avec audioprothèses est inférieure ou égale à 50 % à 60 dB.

Il est conseillé d'implanter les enfants le plus tôt possible afin de favoriser l'apprentissage de la langue orale, au stade pré-lingual. La Société Française d'OtoRhinoLaryngologie (SFORL) recom-

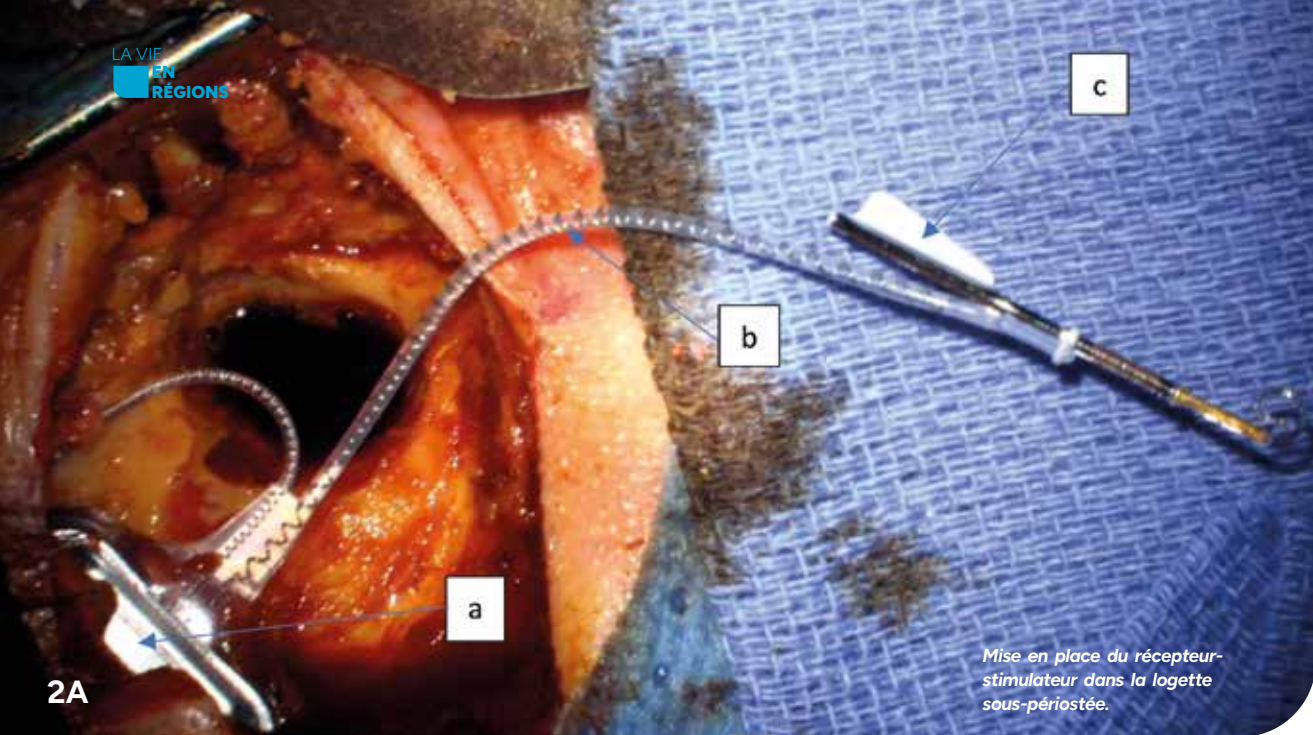


Figure 2 : Vue per-opératoire (source : Professeur Emmanuel Lescanne)

mande de proposer une implantation avant l'âge de 12 mois et de réaliser l'implantation bilatérale dans un délai de 18 mois pour optimiser les résultats sur la perception auditive et le langage oral [4]. Une implantation tardive, au stade post-lingual, ne permettra cependant pas l'acquisition du langage, en cas d'absence de stimulation auditive préalable, du fait des phénomènes de maturation des voies auditives centrales et aires corticales nécessaires au développement du langage.

Bilan pré-implantation

Une indication audiométrique d'implantation cochléaire nécessitera une évaluation pluridisciplinaire préalable à la validation de cette indication. Tout d'abord, une imagerie cérébrale et de l'oreille interne sera nécessaire, avec notamment la visualisation à l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) du nerf cochléaire, excluant une agénésie du nerf, ainsi qu'un scanner des rochers recherchant une malformation de l'oreille interne.

Un bilan vestibulaire est recommandé afin d'évaluer la fonction de l'équilibre de chaque oreille interne [4]. L'implantation cochléaire peut altérer la

fonction vestibulaire, le choix du côté implanté se portera sur l'oreille interne la moins fonctionnelle. Le cas particulier des complications de méningites bactériennes, par des phénomènes de fibrose endocochléaire, quand elles sont confirmées par l'imagerie, impose une implantation cochléaire en urgence avant ossification complète de l'oreille interne, qui ne permettrait plus une réhabilitation de l'audition. De rares cas de fractures du rocher bilatérales peuvent faire l'objet de pareille indication.

fonction vestibulaire, le choix du côté implanté se portera sur l'oreille interne la moins fonctionnelle.

Une évaluation orthophonique et psychologique complètera ce bilan, permettant d'évaluer la capacité de communication, les compétences cognitives et l'adaptation de la famille au handicap de l'enfant. Ces évaluations contribuent à écarter des troubles du comportement ou des troubles du spectre autistique. Ils permettent également d'évaluer la motivation du patient et de la famille dans la prise en charge, puisqu'une rééducation et un suivi prolongés seront nécessaires.

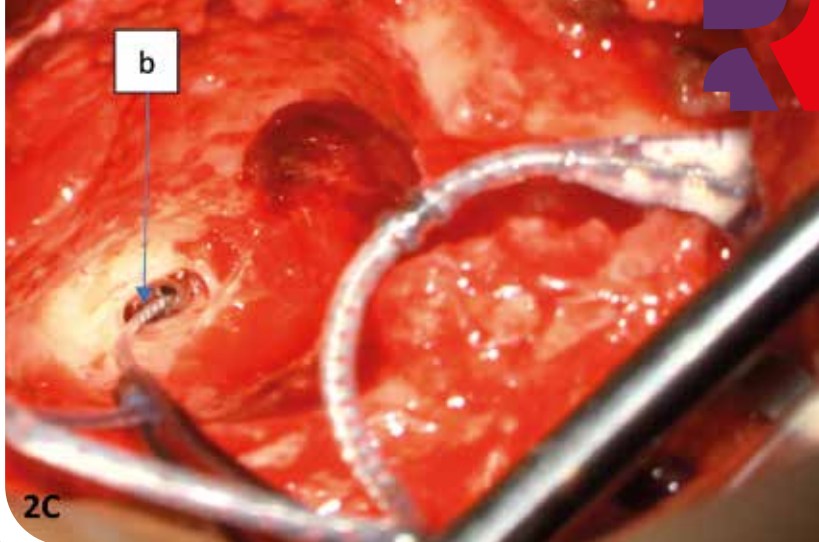
Aspects chirurgicaux et traçabilité

La vue opératoire de la mise en place du récepteur/stimulateur et de l'insertion du porte-électrodes dans la cochlée sont représentées dans la [Figure 2](#).

L'implantation cochléaire nécessite une intervention chirurgicale sous anesthésie générale, au décours d'une prise en charge ambulatoire ou en hospitalisation de courte durée. L'incision est pratiquée



2B



2C

Préparation du porte-électrodes avant insertion

Insertion du porte-électrodes dans la cochlée au travers de la fenêtre ronde

a. Récepteur-stimulateur ; b. Porte-électrodes ; c. Outil d'insertion du porte-électrodes

en arrière du pavillon d'oreille, avec une exposition de la mastoïde qui sera fraisée sous microscope opératoire pour accéder à l'oreille moyenne afin d'insérer le porte-électrodes dans la fenêtre ronde, qui viendra s'enrouler dans la cochlée.

Cette procédure, réalisée de manière la moins traumatique possible, minimise les risques de lésions vestibulaires et peut parfois préserver les fréquences acoustiques fonctionnelles résiduelles [5]. L'intervention peut se faire également

avec l'aide d'un bras robotique permettant de rendre l'insertion du porte-électrodes la plus atraumatique possible [6].

Selon la réglementation en vigueur [7,8], tous les dispositifs médicaux implantés (DMI) doivent faire l'objet d'une traçabilité rigoureuse, allant de la commande à l'utilisation, avec un numéro de lot spécifique. Chaque implantation doit être enregistrée dans le système d'information (SI) de l'établissement de santé et dans le dossier médical du patient.

Le rôle de l'infirmier de bloc opératoire diplômé d'État (IBODE)

L'IBODE en pédiatrie doit, sans cesse, être capable de s'adapter aux spécificités liées à l'âge et à la nature de l'acte chirurgical. Pour assurer la sécurité de l'enfant au bloc opératoire des points clés ont été répertoriés par la HAS sous la forme d'une checklist en 3 temps et adaptée à la pédiatrie. Cela contribue au bon déroulement de la prise en charge d'un enfant au bloc opératoire [9].

L'implantation cochléaire de l'enfant se pratique sous anesthésie générale et sous monitoring du nerf facial à l'aide du Nerve Integrity Monitoring (NIM). C'est une chirurgie propre, de classe Altmeier 1, sans atteinte de la sphère oropharyngée.

L'IBODE appelle et réalise un accueil personnalisé de l'enfant avec ses représentants légaux, en collaboration avec le médecin anesthésiste réanimateur et l'infirmier anesthésiste diplômé d'État. Les vérifications du 1^{er} temps de la checklist sont ainsi réalisées, notamment l'autorisation d'opérer dûment complétée [9].

L'enfant est installé sur une table d'opération, dans une salle d'intervention, opérationnelle

et conforme, avec les générateurs (NIM, moteur et bipolaire), le microscope et les appuis nécessaires. Les DMI nominatifs ainsi que les accessoires sont en conformité.

L'anesthésie générale est établie avec une intubation oro-trachéale. Du fait du neuro-monitoring du nerf facial, l'utilisation de curares en est proscrite.

L'installation est sécurisée en décubitus dorsal : tête au pied, avec un léger proclive permettant de modérer le saignement, hauteur de table d'opération au minimum, bonnet et rond de tête en jersey, tête tournée sur le côté, bras protégés et calés avec protection des points d'appuis, couverture à air pulsée, tablette pour l'instrumentiste au-dessus du patient pour la pose de matériel (à distance du bras du chirurgien). Un mouvement de roulis de la table opératoire peut être nécessaire pendant la chirurgie, qui reste limité face au risque de chute. On veillera à ne pas positionner de brassard à tension sur le bras du côté à opérer, la prise de tension pouvant entraver le geste chirurgical sous microscope.



Figure 3 : Instruments de microchirurgie
(source IBODE Hôpital Clocheville)

La mise en place du NIM et la vérification de son fonctionnement sont effectuées par l'opérateur s'assurant de la surveillance per-opératoire de l'intégrité nerveuse du nerf facial.

L'antisepsie, à large spectre, bétadinée et l'infiltration de la voie d'abord à la xylocaïne adrénalinée sont réalisées avant l'habillage chirurgical pour optimiser leur efficacité.

Le microscope, équilibré et latéralisé, est positionné à la tête du patient, avec l'écran tourné face à l'instrumentiste. Son housage se fait en binôme, avec changement de gants. On prêtera une attention particulière aux mouvements involontaires du microscope ou de la table opératoire pendant la chirurgie, du fait d'un risque de lésions traumatiques lors du travail sous microscope. On réalisera ensuite le branchement de la pince bipolaire, de l'aspiration et du moteur.

Le geste chirurgical débute par le repérage de la pose de l'implant en rétro-auriculaire puis est réalisée une incision rétro-auriculaire après le 2^{ème} temps de la checklist [9]. Un lambeau musculo-périosté centré sur le muscle rétro-auriculaire à charnière postérieur est créé. On vient réaliser un prélèvement de greffons musculaires (à garder avec un peu de sérum physiologique) pour venir sceller ultérieurement le porte-électrodes. Une mastoïdectomie à la fraise coupante (5 à 6 mm) puis ultra-diamantée (3 mm) droites puis une tympanotomie postérieure à la fraise courbe

de petit diamètre (1 à 2 mm) sous irrigation continue jusqu'à visualiser convenablement la niche de la fenêtre ronde. Le cintre de cette fenêtre est fraisé pour exposer la membrane de la fenêtre ronde (à l'aide de fraises droites). Le fraisage doit être minutieux du fait de la promiscuité avec le nerf facial et la dure-mère, exposant à un risque de paralysie faciale et de brèche ostéoméningée.

On vient ensuite réaliser une dissection sous périostée d'une logette pour recevoir le corps de l'implant. L'implant factice en silicone permet d'adapter la taille de la logette périostée et la logette osseuse du récepteur.

Après un badigeon du site opératoire, avec changement de gants et de champs, on vient réaliser une ouverture aseptique de l'implant cochléaire et vérifier sa traçabilité après validation du chirurgien. L'implant est stabilisé dans sa logette périostée. On vient ouvrir la fenêtre ronde aux micro-instruments puis insérer de manière lente et la moins traumatique possible le porte-électrodes dans la cochlée. En parallèle, on administre un bolus de corticoïde par voie intraveineuse. Le greffon musculaire vient ensuite assurer l'étanchéité cochléaire et sceller le porte-électrodes dans la fenêtre ronde.

La fermeture concerne le plan musculaire rétro-auriculaire puis de la voie d'abord en 2 plans sous-cutané et cutané. Le pansement sec est solidement fixé (compresses et bande) et le nettoyage est rigoureux.

L'électrophysiologiste est présent en fin de l'intervention pour tester la fonctionnalité de l'implant. Il vient réaliser une série de mesures électrophysiologiques qui confirment la bonne position des électrodes au sein de la cochlée et permettent d'enregistrer les potentiels électriques utiles aux réglages (en wifi ou en filaire, avec une housse de protection).

On s'assure enfin de la traçabilité de l'implant cochléaire [7,8] et du 3^{ème} temps de la check-list [9].

Le rôle de l'IBODE est avant tout d'assurer le confort et la sécurité de l'enfant en pré, per, et post-opératoire. Pour optimiser le geste chirurgical, il est indispensable pour l'IBODE d'avoir une connaissance approfondie et maîtrisée du matériel et des techniques opératoires dans le but de limiter la durée de l'anesthésie et d'éviter le risque infectieux.



Suivi post-opératoire

Après l'intervention, il sera nécessaire de réaliser l'activation de l'implant cochléaire. Celle-ci pourra être précoce, parfois même quelques heures après l'intervention. Le suivi médical est essentiel pour assurer la bonne adaptation à l'implant et de son port constant, mais aussi de sa tolérance. Des réglages du processeur seront réalisés régulièrement avec l'audioprothésiste pour s'adapter à l'amélioration des performances auditives.

La prise en charge orthophonique sera l'élément clé de la réussite fonctionnelle d'une implantation

cochléaire. En effet, cette rééducation sera intense à la phase initiale et prolongée, permettant un travail de reconnaissance des syllabes, phonèmes et mots, ainsi qu'apporter un support de lecture labiale.

Une approche pluridisciplinaire est donc essentielle pour accompagner l'enfant et sa famille tout au long du parcours de soins, à laquelle les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) sont souvent un relai pour fournir une aide adaptée et personnalisée, en garantissant une prise en charge optimale.

Conclusion

L'implantation cochléaire constitue une option thérapeutique reconnue pour les enfants présentant une surdité sévère à profonde bilatérale. Son succès dépend de critères cliniques rigoureux, d'une évaluation pré-implantation complète et d'une prise en charge pluridisciplinaire, dont fait partie l'IBODE. Son rôle est un maillon essentiel pour assurer une prise en soins de qualité et personnalisée de l'enfant au bloc opératoire.

Les recommandations de la HAS (2012) et les autres directives professionnelles soulignent l'importance de la détection précoce et de l'intervention rapide, notamment avant 12 mois, pour maximiser les bénéfices auditifs et langagiers à long terme.

Des perspectives d'évolution dans la prise en charge de l'implant cochléaire sont actuellement à l'étude comme l'implantation robot-assistée pour une pose atraumatique du porte-électrodes, les réglages à distance permettant de diminuer les coûts, ainsi que les dispositifs tout implantables.

Table des sigles

ASSR	Auditory Steady State Response
CAMSP	Centre d'Action Médico-Social Précoce
DMI	Dispositif Médical Implantable
HAS	Haute Autorité de Santé
IBODE	Infirmier de Bloc Opératoire diplômé d'État
IC	Implant Cochléaire
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
NIM	Nerve Integrity Monitoring
PE	Porte-Electrodes
PEA	Potentiels Evoqués Auditifs
SFORL	Société Française d'OtoRhinoLaryngologie
SI	Système d'Information
SSPI	Salle de Surveillance Post-Interventionnelle

Edwige JANNAU

IBODE CHRU de Tours (37)

Bibliographie

- [1] Règlement (UE) 2017/745 du parlement européen et du conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux - mai 2021.
- [2] Korczak P, Smart J, Delgado R, Strobel TM, Bradford C. Auditory steady-state responses. *J Am Acad Audiol.* 2012;23(3):146-170. doi:10.3766/jaaa.23.3.3.
- [3] Haute Autorité de Santé (HAS) : Bon usage des technologies médicales. Le traitement de la surdité par implants cochléaires ou du tronc cérébral – janvier 2012.
- [4] Simon F, Roman S, Truy E, et al. Guidelines (short version) of the French Society of Otorhinolaryngology (SFORL) on pediatric cochlear implant indications. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2019;136(5):385-391. doi:10.1016/j.anorl.2019.05.018.
- [5] Naples JG, Ruckenstein MJ. Cochlear Implant. *Otolaryngol Clin North Am.* 2020;53(1):87-102. doi:10.1016/j.otc.2019.09.004
- [6] Daoudi H, Lahlou G, Torres R, et al. Robot-assisted Cochlear Implant Electrode Array Insertion in Adults: A Comparative Study With Manual Insertion. *Otol Neurotol.* 2021;42(4):e438-e444. doi:10.1097/MAO.0000000000003002.
- [7] Haute Autorité de Santé (HAS) : Flash sécurité patient. Les dispositifs médicaux implantables (DMI). Planter sans se planter – décembre 2023.
- [8] Légifrance, Code de la santé publique, Article R.5211-17 : Régime juridique des dispositifs médicaux - avril 2015.
- [9] Haute Autorité de Santé (HAS) : Check-List sécurité du patient au bloc opératoire en chirurgie infantile. Points clés et solutions pour la sécurité du patient. Outil d'amélioration des pratiques professionnelles - novembre 2018.

AIBOOM

RETOUR SUR LA PREMIÈRE JOURNÉE RÉGIONALE D'ÉTUDE ET DE PERFECTIONNEMENT IBODE

CLINIQUE SAINT-JEAN SUD DE FRANCE

JREP 2025 : Une journée au bloc... et au soleil !

Samedi 11 octobre 2025, à la Clinique Saint-Jean Sud de France, le ciel était aussi dégagé que les idées des 65 participants venus assister à la Première Journée Régionale d'Étude et de Perfectionnement, organisée par l'AIBOOM. Une journée studieuse, mais aussi conviviale, gourmande et pleine de bonne humeur.



Le bloc en direct : Chirurgie du rachis et pédagogie en action

Dès le matin, les congressistes ont été plongés dans le vif du sujet avec une chirurgie du rachis retransmise en direct depuis le bloc opératoire. Une intervention technique, précise, commentée en temps réel par l'équipe chirurgicale et les IBODE présents, qui ont su captiver leur public.

On a entendu des « Tiens, je n'avais jamais vu ça comme ça ! » – preuve que même les plus expérimentés ont trouvé matière à réflexion. Et oui, quelqu'un a même demandé si on pouvait ralentir le chirurgien pour mieux suivre... on a essayé, mais il était trop concentré !

Pause déjeuner : Soleil, repas froid et dessert au menu

À midi, le soleil était toujours là, et il a permis une pause déjeuner sur le parvis de la clinique, orchestrée par le talentueux Chef Jean. Un repas froid accompagné d'un dessert a été servi, simple mais savoureux, parfaitement adapté à une pause rapide et agréable.

de rire. Certains ont même tenté de négocier une deuxième part de dessert avec le chef – avec le sourire.

Le retour des participants sur ce moment a été très positif : une pause gourmande, ensoleillée, et idéale pour recharger les batteries et échanger avec les partenaires exposants avant de retourner aux ateliers.

Des échanges riches et variés : Actualité, simulation, spécialités chirurgicales

L'après-midi a été rythmé par des interventions sur l'actualité de la profession IBODE, les évolutions réglementaires, les enjeux de reconnaissance et de formation. Des formateurs de l'école IBODE étaient présents pour échanger avec les participants, répondre aux questions sur le tutorat et partager leur vision de l'avenir du métier.

courageux s'est prêté au jeu. Entre stress simulé et rires bien réels, l'exercice a permis de réfléchir aux réflexes, à la coordination et à la communication au bloc.

Et ce n'est pas tout : on a aussi parlé ORL, chirurgie urologique robot-assistée, chirurgie carcinologique, et bien d'autres spécialités, avec des présentations claires, concrètes et toujours orientées vers la pratique IBODE.

Un moment fort de la journée : une séance de simulation in situ, où un groupe de congressistes



Des exposants au rendez-vous : Échanges, découvertes et sourires

Tout au long de la journée, les congressistes ont pu profiter de la présence d'une dizaine de partenaires exposants, installés dans les espaces dédiés. Lors des deux pauses, les échanges ont été nombreux : découverte de nouveaux dispositifs, discussions techniques, retours d'expérience... et même quelques goodies bien choisis.

Ces moments ont permis de créer des liens entre terrain et innovation, dans une ambiance détendue et curieuse.



Des retrouvailles entre collègues venus de toute la région

Les participants sont venus de Carcassonne, Arles, Alès, Sète, Montpellier, Nîmes et même Toulouse... et tous étaient ravis de pouvoir se retrouver entre professionnels du bloc opératoire. Certains avaient déjà participé aux JREP organisées par l'ancienne association régionale, et ont retrouvé avec plaisir l'esprit de ces rencontres : du sérieux, du partage, et une bonne dose de convivialité.



L'AIBOOM : jeune, motivée, et déjà incontournable

Créée en 2024, l'AIBOOM a su organiser une journée à son image : dynamique, bienveillante, et utile. Pas de blabla inutile, mais du concret, du partage, et une vraie volonté de faire avancer la profession.

Et entre nous, qui aurait cru qu'une journée d'étude pouvait être aussi agréable ?

Pour garder un souvenir de cette belle journée, les congressistes ont pu profiter d'une box photo pour capturer des moments de complicité et de bonne humeur entre collègues. Et pour prolonger l'expérience une fois rentrés chez eux, chacun est reparti avec une écocup aux couleurs de l'association – un petit clin d'œil à leur engagement et à l'ambiance chaleureuse de l'événement.



À la prochaine ?

Si vous étiez là, vous savez que cette JREP avait quelque chose de spécial. Si vous l'avez manquée... on vous garde une place pour la prochaine. Parce qu'être IBODE, c'est bien plus qu'un métier : c'est une passion, une équipe, et parfois, une pause ensoleillée entre deux interventions.

Sandra
Secrétaire



AIDBORN

COMPTE RENDU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU VENDREDI 6 FÉVRIER 2026



L'assemblée générale de l'AIDBORN, l'association des Ibode de la région Hauts de France s'est déroulée ce vendredi 6 février 2026 à l'école d'Ibode de Lille.

Une vingtaine de personnes était présente pour ce rendez-vous annuel et grâce aux pouvoirs en notre possession, nous avons le quorum afin de pouvoir entériner les décisions et votes de ce soir.

J'ai présenté le bilan pédagogique de l'année écoulée : je suis tout d'abord revenu sur les travaux de l'Unaibode, vu que l'objectif premier de notre association est de participer aux objectifs de la fédération, il était nécessaire de faire le point sur les avancées des différents projets : les mesures transitoires et le contrat d'engagement qui s'y attache, ainsi que la pratique avancée Ibode sont les principaux dossiers en cours.

Épaulé par Charlène Ledoux, vice-présidente et Emilie Pierrart, secrétaire, nous avons ensuite présenté les résultats du questionnaire de satisfaction des 2 JREP organisées en 2025 : celle du 21 mars à Lille et du 19 septembre à Amiens.

Clément Turpin, responsable des réseaux sociaux, a quant à lui, fait un retour sur le SREP organisée à Dunkerque.

Après validation à l'unanimité de l'assemblée, notre trésorière Christine Decossin nous adresse le bilan financier (positif) et a proposé un bilan prévisionnel pour l'année à venir. Les 2 bilans ont également été approuvés à l'unanimité.

J'ai ensuite proposé les objectifs pour 2026 notamment organiser 2 nouvelles JREP : le 20 mars



à Lille (cf. plaquette page 46) et le 18 septembre à Amiens ; ainsi que 2 SREP délocalisées. Tous les objectifs proposés ont été retenus.

Il a fallu pour conclure les votes, procéder au renouvellement de certains membres du conseil d'administration ; je remercie l'assemblée pour sa confiance en renouvelant mon poste de président, Charlène, en qualité de vice-présidente et Emilie secrétaire.

Pour conclure, nous avons offert après tirage au sort, 2 adhésions pour 2027 : félicitations à Isabelle et Charlotte pour leur prix.

Avant de nous séparer, nous avons trinqué à cette nouvelle année, aux projets qui nous attendent et nous nous sommes donnés rendez-vous à la JREP de Lille.

Sylvain CARNEL
Président de l'AIDBORN



AIFIBODE

L'HISTOIRE ET L'ÉVOLUTION DE LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE

Cet article, rédigé par Mme I. VANDENKERKHOF en collaboration avec le Pr M. C. BAUDOUIN, propose une rétrospective sur l'évolution de la chirurgie de la cataracte.

Il met en avant le cheminement historique de cette intervention, depuis les techniques rudimentaires de l'Antiquité jusqu'aux méthodes modernes, en soulignant les avancées majeures en matière de techniques opératoires, d'anesthésie et d'asepsie.

L'histoire de la chirurgie [1] de la cataracte est marquée par une succession de découvertes et d'innovations qui ont transformé la prise en charge de cette pathologie oculaire fréquente.

Au fil des siècles, l'histoire de la chirurgie de la cataracte se distingue par l'évolution progressive **DES TECHNIQUES CHIRURGICALES, DE L'ANESTHÉSIE et DE L'ASEPSIE.**

Des techniques antiques utilisant des instruments rudimentaires aux méthodes modernes ultraprécises, la chirurgie de la cataracte illustre l'évolution remarquable des connaissances médicales et des progrès technologiques dans le domaine de l'ophtalmologie.

Cette progression, guidée par la recherche et l'expérimentation, a permis d'améliorer considérablement la sécurité, l'efficacité et le confort des patients, faisant de la chirurgie de la cataracte une spécialité en évolution.

La première tentative de chirurgie de la cataracte remonterait à environ **2000 ans avant J.-C.**, dans l'**Égypte ancienne** et le monde sumérien en **Mésopotamie** [2].

Néanmoins, les premières traces écrites de traitement chirurgical de la cataracte datent de **800 avant J.-C. en Inde**, où **MAHARSHI SUSHRUTA** [3], figure majeure de la chirurgie ancienne, a décrit la technique dite « de l'abaissement » du cristallin dans le **SUSHRUTA SAMHITA.**

Cette méthode rudimentaire utilisait une aiguille pour pousser le cristallin en arrière et le faire tomber dans la cavité vitréenne.

Les interventions étaient réalisées à vif, provoquant des douleurs extrêmes et exposant les patients à de graves risques infectieux en raison de l'absence totale de stérilisation.

Les conséquences de cette méthode étaient souvent dramatiques : la perte du pouvoir réfractif et d'accommodation du cristallin entraînait une forte diminution de l'acuité visuelle, et l'absence d'anesthésie provoquait une douleur intense.

De plus, le manque de stérilité favorisait les infections, parfois responsables de la perte définitive de l'œil.

Malgré tout, cette technique s'est répandue en Égypte, en Chine, dans la Rome antique et en Europe.

L'OPHTALMOLOGIE A PROGRESSÉ AU COURS DU XVIII^{ème} SIÈCLE SOUS L'IMPULSION DE L'ÉCOLE FRANÇAISE AVEC [4] :

🔱 **MICHEL BRISSEAU (1676 – 1743)** qui a différencié le glaucome de la cataracte dont il a affirmé qu'elle siégeait dans le cristallin.

🔱 **FRANÇOIS FOUFOUR PETIT (1664 – 1741)**, à Montpellier, fondateur de la biométrie oculaire.

🔱 **JACQUES DAVIEL (1693 – 1762)** qui a mis au point l'extraction « extra capsulaire » du cristallin en **1745.**

Cette approche marque le début de la chirurgie moderne, bien que les incisions restent larges et que l'absence de cristallin rende les patients fortement hypermétropes.

À cette époque, les opérations étaient généralement réalisées dans des environnements peu contrôlés, où le risque d'infection postopératoire était élevé.

L'absence de protocoles d'asepsie rigoureux et de solutions anesthésiques efficaces exposait les patients à des douleurs intenses et à des complications graves, pouvant aller jusqu'à la perte de l'œil.

PARALLÈLEMENT, L'HISTOIRE DE L'ANESTHÉSIE OPHTALMIQUE [5] S'INSCRIT AINSI AU CROISEMENT DES AVANCÉES MÉDICALES ET DE LA QUÊTE D'UN PLUS GRAND CONFORT POUR LA CLIENTÈLE.

Dès l'Antiquité, des substances naturelles comme la mandragore, l'opium ou le vin étaient utilisées pour atténuer la douleur lors d'interventions sur les yeux, bien que leur efficacité et leur sécurité restaient limitées.

C'est cependant au XIX^{ème} siècle, avec la découverte des agents anesthésiques modernes, que l'ophtalmologie franchit un cap décisif.

En 1847, avec l'introduction de l'anesthésie générale (chloroforme, puis éther) et le développement des premières mesures d'asepsie, que la chirurgie de la cataracte devient significativement plus sûre et moins douloureuse.

En 1884, l'introduction de la cocaïne comme premier anesthésique local marque une révolution : le médecin autrichien **CARL KOLLER** démontre que la cocaïne, appliquée sur la cornée, permet d'endormir localement l'œil et de réaliser des opérations avec une douleur fortement réduite.





Cette avancée ouvre la voie à de nombreuses recherches sur les anesthésiques locaux et à leur application en chirurgie oculaire.

Rapidement, d'autres molécules viennent remplacer la cocaïne, telles que la **procaïne en 1905**, puis la **lidocaïne en 1940**, offrant une meilleure sécurité et des effets plus prévisibles.

L'anesthésie régionale ophtalmique se développe alors, avec des techniques comme l'anesthésie **rétrobulbaire** et **péri-bulbaire**, permettant d'agir sur des structures plus profondes de l'orbite tout

en maintenant le confort du patient et la stabilité de l'œil durant l'intervention.

Aujourd'hui, les progrès technologiques et pharmacologiques ont permis de diversifier les techniques :

-  collyres anesthésiques ;
-  gels ;
-  injections ciblées ;
-  voire anesthésie générale pour les cas complexes ou les jeunes enfants.

L'INTRODUCTION DE LA STÉRILISATION DES INSTRUMENTS ET DU LAVAGE DES MAINS DANS LA PRATIQUE CHIRURGICALE [6], fondée sur les travaux pionniers de **IGNAZ SEMMELWEIS** et **JOSEPH LISTER**, a marqué un tournant décisif dans la diminution des infections postopératoires.

IGNAZ SEMMELWEIS (1818-1865), en démontrant l'importance de l'hygiène des mains dans la prévention de la fièvre puerpérale.

JOSEPH LISTER (1827-1912), en appliquant les principes de l'asepsie à la chirurgie, ont permis de poser les bases d'une médecine plus sûre et plus efficace.

LOUIS PASTEUR (1822-1912), par ses découvertes sur les germes et la théorie microbienne, a renforcé la nécessité de ces mesures, contribuant à une véritable révolution dans le contrôle des infections médicales.

Ces avancées fondamentales ont transformé la chirurgie oculaire, rendant les interventions plus sûres et diminuant considérablement les risques de complications infectieuses.

Cette évolution s'accompagne d'une prise de conscience collective de l'importance des mesures d'asepsie, favorisant un environnement opératoire plus sûr et une meilleure survie des patients.

Par ailleurs, la formation du personnel soignant aux bonnes pratiques d'hygiène devient progressivement une norme incontournable dans les blocs opératoires.

Les progrès techniques et scientifiques, notamment l'introduction des antibiotiques et l'amélioration des outils chirurgicaux, transforment peu à peu la pratique.



Le premier antibiotique [7] – la pénicilline G – fut découvert en **1928** par le biologiste écossais **ALEXANDER FLEMING (1881-1955)** mais ne fut utilisé qu'à partir de **1941**.

L'apparition des premiers antibiotiques permet de mieux contrôler les infections bactériennes, réduisant la mortalité et les complications liées aux interventions.

EN PARALLÈLE, LE PERFECTIONNEMENT DU MATÉRIEL CHIRURGICAL offre une précision accrue et une moindre agressivité des gestes opératoires, contribuant à la réussite croissante des interventions oculaires.

Après la Seconde Guerre Mondiale, la microchirurgie fit son entrée dans les chirurgies oculaires.

En 1967, CHARLES DAVID KELMAN (23 mai 1930 – 1^{er} juin 2004) [8] révolutionne la chirurgie de la cataracte en inventant la phaco-émulsification, cette technique, utilise les ultrasons pour fragmenter le cristallin, permet de réduire la taille des incisions à 1-2 mm et de préserver la capsule postérieure, qui sert de support à l'implant oculaire tout en limitant les risques infectieux.

Cette avancée a permis de rendre l'intervention moins invasive, de réduire significativement les complications postopératoires et d'accélérer la récupération visuelle des patients.

Son innovation marque le début d'une nouvelle ère dans le traitement chirurgical de la cataracte, posant les bases des méthodes modernes utilisées aujourd'hui.

Les avantages de la phaco-émulsification sont nombreux :

- 🔧 Réduction des risques opératoires ;
- 🔧 Amélioration du temps de récupération ;
- 🔧 Possibilité d'implanter des lentilles adaptées à chaque patient.

Au début des années 2000, la chirurgie oculaire au laser fait son apparition dans la pratique de l'ophtalmologie.

Les lasers Femtoseconde [9], représentaient une évolution majeure en offrant une automatisation et une précision accrues lors des étapes clés de l'intervention, telles que les incisions cornéennes et la fragmentation du cristallin.

Cette technologie visait à diminuer les complications et à accélérer la récupération visuelle.

Toutefois, en raison de la complexité et de la lourdeur de la technique, son utilisation s'est progressivement raréfiée, laissant place à l'attente de nouvelles générations de lasers plus adaptées à la pratique clinique moderne.

Aujourd'hui, la chirurgie de la cataracte bénéficie d'un environnement stérile, d'une anesthésie adaptée et de techniques précises, garantissant au patient confort, sécurité et récupération rapide.

L'évolution constante de ces trois piliers :

- 🔧 technique chirurgicale ;
- 🔧 anesthésie ;
- 🔧 asepsie ;

a permis de transformer cette intervention en une procédure de routine à haut taux de succès.

Les générateurs de phaco-émulsification [10] occupent une place centrale dans la chirurgie moderne de la cataracte.

Initialement mécaniques et peu sophistiqués, ils ont évolué vers des systèmes électroniques intégrant des technologies avancées, offrant des réglages précis et personnalisables adaptés à chaque patient.

Cette évolution, a permis d'optimiser la sécurité, l'efficacité et le confort opératoire, faisant de ces équipements des standards dans les blocs spécialisés.

Les progrès majeurs résident dans l'intégration de commandes numériques, de capteurs pour la surveillance en temps réel et de systèmes intelligents capables de communiquer avec d'autres dispositifs opératoires.

Ainsi, la synchronisation des différentes étapes de la chirurgie est assurée, la rapidité et la précision des interventions sont accrues, tout en minimisant les risques de complications.

Ces avancées témoignent du rôle déterminant des générateurs dans l'amélioration continue des résultats en chirurgie de la cataracte.

Un autre progrès significatif est l'utilisation du microscope opératoire associé au système Calisto.

Ce dernier permet d'intégrer en temps réel des données et des repères chirurgicaux directement dans le champ de vision du chirurgien grâce à une interface numérique intuitive.

Le système Calisto offre une assistance précieuse lors du positionnement des implants toriques, du guidage des incisions et du centrage capsulaire, contribuant ainsi à améliorer la précision et la sécurité des interventions.

Cette technologie optimise la planification et l'exécution des gestes opératoires, tout en facilitant la traçabilité et la documentation des procédures.

En complément, l'intégration de la visualisation en 3D dans les microscopes opératoires modernes offre au chirurgien une perception spatiale améliorée et une immersion accrue pendant l'intervention [11].

Cette avancée favorise non seulement la sécurité et la performance du geste chirurgical, mais facilite également la formation des équipes grâce à une meilleure compréhension des plans anatomiques en temps réel.

L'avenir de la chirurgie de la cataracte s'annonce particulièrement dynamique, porté par l'intégration croissante de technologies de pointe.

Les microscopes opératoires de dernière génération intègrent des modules d'intelligence artificielle et d'apprentissage profond (Deep Learning, ou « D ») [12], capables d'analyser rapidement les images recueillies et d'assister le chirurgien dans la prise de décision.

Ces technologies combinées contribuent à personnaliser davantage l'intervention, à optimiser les résultats visuels et à renforcer la sécurité du patient.

Parallèlement, la recherche sur les implants intraoculaires progresse rapidement, avec le développement de lentilles « intelligentes » capables de corriger plusieurs troubles visuels (presbytie, astigmatisme) ou encore de s'adapter à la lumière ambiante.

L'essor de la chirurgie assistée par robot, bien qu'encore en phase expérimentale, pourrait également transformer la précision et la reproductibilité des gestes chirurgicaux.

Enfin, l'intelligence artificielle commence à jouer un rôle dans l'analyse préopératoire et le suivi des patients, permettant de personnaliser davantage les interventions et d'anticiper les complications.

Ainsi, les prochaines décennies devraient voir la généralisation de procédures encore moins invasives, plus sûres et adaptées aux besoins spécifiques de chaque patient, consacrant la chirurgie de la cataracte comme une discipline en perpétuelle évolution.

Isabelle VANDENKERKHOF

IBODE

CHNO DES QUINZE VINGT PARIS

ASIBONOR

COMPTE RENDU DE LA JREP DU SAMEDI 11 OCTOBRE 2025

La JREP Normande s'était revêtue de rose en ce 11 octobre 2025 pour illustrer son thème : l'IBODE acteur de la santé des femmes. Plus de 75 congressistes se sont réunis au Casino de Cabourg pour une journée, riche en échanges et en apprentissages qui ont permis d'aborder plusieurs thématiques d'actualité autour de la chirurgie, de l'innovation et du rôle de l'infirmier de bloc opératoire.

La matinée a débuté par une présentation sur la chirurgie de féminisation, chirurgie confidentielle mais en développement dans la prise en charge des patientes souffrant de dysphorie de genre.

Docteur GARMI, chirurgien maxillo-facial, a détaillé les techniques chirurgicales en particulier sur le visage (arcades orbitaires, les mandibules, le menton, le nez et la pomme d'Adam) mais aussi sur la poitrine et les organes génitaux. Aline Gouin (IBODE, CHU Caen) a complété ces propos en évoquant les enjeux éthiques et relationnels et en soulignant le rôle primordial de l'IBODE dans la prise en soin spécifique de ces patients tant dans l'accueil que dans la prise en charge psychologique. Mme Gouin a su mettre l'humain au centre de la prise en soin et transmettre à son auditoire les qualités à mobiliser par l'IBODE. L'accent a été mis sur l'importance du respect, de la bienveillance et de la coordination pluridisciplinaire.

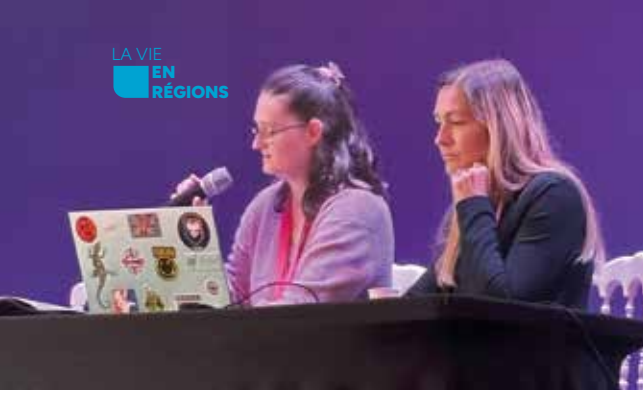


Ensuite, L'équipe du Centre de Lutte Contre le Cancer de Caen a présenté une des techniques de reconstruction mammaire après mastectomie : La reconstruction mammaire par lambeau de DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator).

Cette technique utilisant la peau et la graisse abdominale sans sacrifier de muscle, a été illustrée par des cas cliniques et les photos avant et après chirurgie du Dr Monnerie. Les IBODE Anaïs Vincent et David Kadri ont mis en valeur le rôle de l'IBODE dans ce type d'intervention en double équipe, notamment sur l'installation opératoire, l'assistance opératoire, la gestion des Dispositifs Médicaux spécifiques de microchirurgie et le temps de fermeture. Les intervenants ont insisté sur la complexité technique, la surveillance post-opératoire et la collaboration étroite entre IBODE et chirurgiens plasticiens.

Les professionnels du Centre François Baclesse, arborant leur ruban rose, ont profité du thème de la JREP pour souligner l'importance du dépistage du cancer du sein.





80 à 85 % des IBODE sont des femmes, aussi il nous paraissait indispensable de donner la parole à l'association : « Donner des Elles à la santé » pour expliquer les difficultés passées et présentes des professionnelles femmes à évoluer dans le monde médical et paramédical. Le Dr Lae (CLCC Henri Becquerel, Rouen) a fait part des actions en Normandie pour soutenir les femmes victimes de discrimination, de harcèlement moral et/ou physique.

Déjeuner au restaurant du Casino.



Amélie Lecoutour et Sandrine Melinou Vatel (IBODE – CHU Caen Normandie) nous ont présenté la prise en charge chirurgicale d'une maladie invalidante touchant 1 femme sur 10 : l'endométriome.

Après avoir expliqué la maladie et sa symptomatologie, elles ont exposé la prise en charge péri-opératoire adaptée à ces patientes souvent douloureuses et anxieuses. La chirurgie peut être longue et complexe, aussi le rôle de l'IBODE est clé dans la préparation du matériel spécifique et l'accompagnement global. Elles ont particulièrement développé la résection discoïde et l'utilisation du Plasmajet®.



Après le déjeuner, Charlène Burillon (IBODE, CHU Caen) nous a partagé son travail de fin d'étude sur la photographie opératoire. Cette présentation originale a exploré les aspects techniques, éthiques et juridiques de la prise de clichés opératoires. Charlène a su informer les collègues sur les thèmes comme le droit à l'image, l'usage des photographies pour le Dossier Médical Partagé, le respect des droits du patient, la traçabilité du soin dans le dossier patient et les rapports circulant/opérateur dans l'usage du téléphone portable en salle. Son intervention a suscité des interrogations, des questions de législation et d'éthique.



L'équipe du Groupe Hospitalier du Havre a exposé son travail sur l'optimisation de la prise en charge des césariennes dans leur bloc. Le Docteur Lecourt a expliqué la Classification des césariennes selon le degré de l'urgence avec le code couleur : rouge-orange-vert et les différents stades de l'urgence selon Lucas, al (2000). Noémie Geslot, IBODE, a démontré l'importance d'une organisation codifiée pour gagner toujours plus de minutes précieuses et l'importance du déploiement de la Check-List Césarienne pour sécuriser les soins même dans l'urgence.

Objectif : Optimiser la réactivité et la sécurité materno-fœtale.



Pour finir, M. Le Hasif Benoit, président de l'Asibonor a conclu la journée avec les actualités de la profession et les actions prévues en 2026 par l'ASIBONOR comme la présentation du métier d'IBODE au salon régional de l'orientation et des métiers au parc des expositions de Caen en février et de la SREP du 2 avril 2026.

Pour cette journée, nous avons invité nos collègues Tourangelles, Mme Lehoux et Mme Moreira Rocha de l'Association ACVLIBO. Tout au long de la journée, nous avons pu partager et comparer nos expériences sur les pratiques de chirurgies gynécologiques et obstétricales.

Cette journée s'est conclue par un verre au bord de mer : une journée inspirante, rythmée par des présentations techniques et humaines, qui a mis en avant la diversité des champs d'action des IBODE et la richesse de leur expertise dans la prise en charge du patient.

L'ASIBONOR remercie les bénévoles, les intervenants pour la qualité de leur présentation et pour leur investissement sur cette thématique, les exposants pour leur participation et l'ensemble des congressistes pour leur présence à cette journée. Cette JREP a confirmé le dynamisme de la communauté IBODE normande et l'importance du partage d'expériences pour renforcer les compétences et la cohésion au sein du bloc opératoire.

Céline HAMONOU

IBODE, Community manager

Stéphanie LECLER

IBODE Secrétaire

ACVLIBO

AG* • Le 30 janvier 2026 Skybowl
(Notre dame d'Oé 37)

JREP • 28 mars 2026 Domaine de la
commanderie à Ballan Miré 37

Contact : acvlibo@gmail.com

AIBOB

JNEP UNAIBODE • 4 et 5 juin 2026 à Brest

Contact : aibob@laposte.net

AIBODEE

AG* • 7 janvier 2026

JREP • 7 novembre 2026 CH
de Chalon-sur-Saône

Contact : aibodee21@gmail.com

AIBOMP

AG* soirée débat MACQSF • 28 février 2026
Toulouse

JREP • Le 3 octobre 2026 à Auch

Thème : Gestion des risques

Contact : aibomp@gmail.com
Natacha.bouchet@gmail.com

AIBOOM

AG* • Le 23 janvier 2026 à Montpellier

JREP • 2026 le 10 octobre à Montpellier

Contact : presidence@aiboom.fr
secretariat@aiboom.fr

AIBORRA

AG • Le 23 février 2026 Hôpital Saint-Joseph
à Saint-Luc LYON

SREP • Le 26 mars lieu à définir

Contact : association.aiborra@gmail.com

AIDBORN

Programme de la JREP • Lille de mars

Contact : asso.aidborn@gmail.com

Voir programme page 42

AIFIBODE

JREP et AG* • 28 mars 2026 au Mas à Paris
11 rue des terres au curé 75013

SREP • 19 Juin 2026 à Paris 14^{ème}

Contact Courriel aifibode@orange.fr

AISOIF

SREP • Le 17 avril 2026 à 18h

JREP • (date à venir)

AG* de l'Aisoif • Le vendredi 13 mars
à Logelheim

Contact : aisoif@hotmail.fr

Voir affiche ci-contre

ALIBODE

AG* • Le vendredi 6 février 2026

au CHR de Mercy

SREP de printemps • Le 13 mars 2026 au Best
Western de Metz

JREP • Le samedi 10 octobre 2026

au CHR de Mercy Metz

Contact : Martine MORSCHEIDT

Présidente ALIBODE

06 65 03 76 96

alibode.mm@outlook.fr

ASIBONOR

AG* • Le 5 février 2026 à Caen

Parc des Expositions

SREP • Le 2 avril 2026 au CHU de Caen

JREP • Le 10 octobre 2026 au Havre,

« le bloc XXL »

Contact : asso-asibonor@hotmail.fr

CAPIBO

JREP • Le 30 mai 2026 à Cannes

Contact : associationcapibo@gmail.com

IBORAL

AG* • Le 26 février 2026 à Clermont-Ferrand

Contact : secretaire.iboral@gmail.com

**L'annonce de l'assemblée générale ne vaut pas convocation,
celle-ci est adressée personnellement à l'adhérent.*

SREP

Soirée Régionale d'Etudes et de Perfectionnement



Actualité juridique de la profession :

- la nouvelle loi infirmière,
- les mesures transitoires,
- la pratique avancée

Maître J.-C. BOYER
avocat conseil de l'UNAIBODE



TARIFS :

- Adhérent AISOIF* GRATUIT
- Non adhérent 25€ avec repas, 10€ sans repas
- ATTENTION évènement limité à 30 places

*Possibilité d'adhérer à l' AISOIF le soir-même
Tarif adhésion : IBODE 45€, Junior / retraité : 20€

AISOIF[®]



VENDREDI 17 AVRIL 2026

A partir de 18h



HOTEL AU PARC DES CIGOGNES

100 Route de Sélestat, 67600 KINTZHEIM

Inscription : aisoif.inscription@outlook.fr
Date limite 10 Avril 2026

A.I.D.B.O.R.N.

Association des Infirmiers Diplômés
de Bloc Opératoire de la Région Nord

PUBLIC VISE

Cadre de santé, IBODE, IADE, PUER, IDE,
Etudiant IBODE, Etudiant IDE.

PREREQUIS

Exercer une activité dans le secteur médical/
paramédical ou exercer une activité en lien
avec le bloc opératoire.

Participation aux frais

Formation Continue Individuelle

Adhérents AIDBORN	45€	15€
Non adhérents	95€	50€
EIBO Adhérents	-	gratuit
EIBO non adhérents	-	25€
Etudiants IDE	-	15€

Pouvant être pris en charge au titre de la
formation continue, attestation fournie à
chaque participant.

Les droits d'inscription comprennent l'accès
aux conférences, les pauses, les visites des
stands, le déjeuner.

Chaque bulletin d'inscription doit être accom-
pagné :

- ✓ Du chèque correspondant au Règlement
libellé à l'ordre de l'**AIDBORN**.
- ✓ Ou de l'attestation de prise en charge
financière.

Inscription sur place possible, dans la mesure
des places disponibles, avec une **majoration
de 10€**.

Objectifs de la formation

- ACQUERIR ou ACTUALISER des connais-
sances sur les nouvelles techniques et tech-
nologues interventionnelles.
- ANALYSER et EVALUER leurs pratiques
professionnelles pour les actualiser et
améliorer la qualité des soins.
- CERNER l'exercice actuel et futur de
l'infirmier de bloc opératoire.
- PARTAGER et ECHANGER des expériences
professionnelles avec des pairs et des
professionnels de l'industrie biomédicale.

Méthodes utilisées

Conférences, table ronde.

INTERVENANTS

IBODE EXPERT, CHIRURGIENS, FORMATEURS

Lieu

Le Novotel Lille Aéroport à Lesquin.
55, Rue de Douai à LESQUIN
Tél. : 03.20.62.53.53



La formation est accessible aux personnes en
situation de handicap.

En cas de besoins spécifiques pédagogiques ou
d'accessibilité merci de nous contacter :

aidborn@unaibode.fr

Modalités d'évaluation

Un questionnaire est à remplir en fin de journée.



Au Novotel Lille Aéroport de Lesquin
A partir de 8h30

DEROULEMENT DE LA JOURNEE

8h30 Accueil des participants

9h00 « La prothèse de genou robot assistée »

Angélique MAISNIL, IBODE, Hôpital Salengro
Pr PUTMAN, chirurgien, CHU de Lille.

09h45 « la greffe hépatique robot assistée »

Charlotte DEMON & Caroline PETIT, IBODE,
Hôpital Huriez
Dr EL AMRANI, Chirurgien, CHU Lille

10h30 Pause et visite des stands

11h15 « Recommandations SPFD/PHARMAT en matière d'écoresponsabilité »

Benoit LE HASIF, IBODE, président de
l'ASIBONOR
Dr GERME, pharmacienne, CHU de Lille
Dr PETIT, pharmacienne, CHU d'Amiens

12h30 Visite des stands et Déjeuner

14h00 « Le Conseil National Professionnel IBODE & la certification périodique »

Christophe VERRIER, IBODE, cadre
formateur école d'IBODE de Clermont
Ferrand, président national du CNP IBODE.

15h00 « VAE et apprentissage »

Emilie PIERRART, IBODE, formatrice école
d'IBODE de Lille.

15h45 « Carrière IBODE, une profession longue durée ? »

Nathalie PAUL, IBODE, CH de Valenciennes

16h30 « Les news de la profession - Actualités »

Charlène LEDOUX, IBODE, ICP, CHU de Lille,
vice-présidente AIDBORN

17h00 Fin des conférences

Partenaires Exposants



DEROULEMENT DE LA JOURNEE

Nom :

Prénom :

Etablissement :

Fonction :

Courriel :

Prise en charge:

- Individuelle
- Etablissement
- Autre :

A retourner à :

Avant le 13 mars 2026

**Sylvain CARNEL
AIDBORN
37 rue des fleurs
59120 LOOS**

Enregistré sous le numéro de déclaration d'activité
31 59 0409659

Auprès du préfet de région Hauts De France
Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat

En vous inscrivant à cette journée de formation,
avez-vous des attentes particulières ? Merci de
nous en faire part à l'aide du QR code



Le CHU de REIMS RECRUTE des IBODE-IDE



- **Établissement de recours sur son territoire**, le CHU et la ville de Reims avec leur taille humaine disposent d'une qualité de vie agréable.
- **Accès à un nouveau site de bloc opératoire dernière génération** avec 30 salles de bloc opératoire et interventionnelles : ouverture automne 2024.
- **Plateau technique de pointe** : Robot Da Vinci et Symani, deux salles hybrides (chirurgie cardiaque et vasculaire)...
- **Sectorisation** des équipes IBODE/IDE : Abdomen, Orthopédie/traumatologie/Plastique, Thoracique/Cardiaque/Vasculaire, Tête et Cou, Gynécologie/Pédiatrie.
- Prime mobilité douce, prise en charge des transports en commun, plateforme de covoiturage, crèche institutionnelle, séances de massage...



Mise en stage dès le recrutement (IBODE)



Majoration des heures supplémentaires



École d'IBODE sur site



Professionnels recrutés sur leur cœur de métier
(présence de brancardiers et de logisticiens de bloc)



Accès facilité à la formation continue

Retrouvez toutes
nos offres d'emplois sur

www.chu-reims.fr



NOUVEL HOPITAL
DE REIMS

CONTACT
emucci@chu-reims.fr



DEVENIR ATM DE CHIRURGIE AU CHL

Retrouvez
plus d'infos
en ligne via
ce QR-code :



CHL

Centre Hospitalier
de Luxembourg



unaibode

Union Nationale des Associations d'Infirmier(ères) de Bloc Opératoire Diplômé(e)s d'État

Journées Nationales d'Étude
41^e
& de Perfectionnement

«Une lumière pour avancer,
un cap pour réussir»

4 & 5 Juin 2026

Le Quartz
BREST
JNEP



unaibode
Union Nationale des Associations d'Infirmier(ères) de Bloc Opératoire Diplômé(e)s d'État