



FACULTÉ
DE SANTÉ



**Master 2^{ème} année
Management Sectoriel, Parcours « Management
des Organisations Soignantes »**

LA COOPÉRATION DES PROFESSIONNELS
PAR LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES
Un outil managérial au service du collectif

ECUE 7.2 : Projet Managérial
Patrick FARNAULT

Caroline GÉRARD
Année 2023/2024

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne



Note aux lecteurs

Les travaux des étudiants du Master Management des Organisations Soignantes de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'ESM – Formation & Recherche en Soins.

REMERCIEMENTS

En premier lieu, un immense merci à ma famille, mes amis et en particulier mon fiancé Thomas. Merci à Estelle et Dany pour leurs relectures, encouragements et leur soutien sans faille tout au long de cette année.

Merci à mes collègues et mes équipes, avec une mention particulière pour Annick, pour sa confiance et m'avoir permis de grandir et me positionner comme cadre supérieure de santé à ses côtés dans le pilotage de ce projet.

Et enfin, merci à Sabrina qui a assuré au sein de mon unité durant mes nombreuses absences lors de ce Master mais également pour sa curiosité professionnelle, la richesse de nos échanges et son intérêt pour ce travail qui ont renforcé ma motivation et permis de surmonter les obstacles.

*« Un pessimiste voit la difficulté dans chaque opportunité,
un optimiste voit l'opportunité dans chaque difficulté. »*

Winston CHURCHILL

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	3
INTRODUCTION	4
1 LES IBODE, CONTEXTE D'EMERGENCE D'UN METIER EN TENSION	6
1.1 Définition du métier d'IBODE	6
1.2 Histoire de la profession et de sa formation	9
1.3 Émergence du projet pour un métier en tension dont le cadre d'exercice est de plus en plus flou	11
2 DEVELOPPEMENT DU PROJET DANS UN CONTEXTE INSTITUTIONNEL	13
2.1 L'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris	13
2.1.1 Présentation générale	13
2.1.2 Le groupement Hospitalo-Universitaire Sorbonne Université	14
2.1.3 L'Hôpital Armand-Trousseau	16
2.2 Les blocs opératoires de Trousseau	19
2.2.1 Présentation des blocs opératoires de Trousseau	19
2.2.2 Organisation PNM des blocs opératoires de Trousseau	19
2.2.3 L'équipe d'encadrement	20
2.2.4 Le bloc de gynécologie-obstétrique	20
2.2.5 Le bloc pédiatrique conventionnel	22
2.2.6 Le bloc de chirurgie ambulatoire pédiatrique	23
2.3 Projet de coopération et mutualisation entre les Ibode des blocs opératoires de Trousseau	25
2.3.1 Conseil commun des blocs opératoires et indicateurs de performance	25
2.3.2 L'organisation pour pallier le manque d'effectif	27
2.3.3 L'émergence du projet et ses enjeux	29
3 FAIRE EVOLUER LES COMPETENCES INDIVIDUELLES VERS UN COLLECTIF COMPETENT	31
3.1 Autour des compétences Ibode	31
3.1.1 Définitions de la notion de compétence	31
3.1.2 Les composantes de la compétence	33
3.1.3 De la gestion des compétences au management des compétences	36
3.1.4 Pistes d'actions dans le projet managérial pour développer les compétences collectives	39
3.2 Stratégie managériale pour la conduite du changement	45
3.2.1 Les enjeux organisationnels aux blocs opératoires	45
3.2.2 La conduite du changement dans l'organisation	49
3.2.3 L'importance du management du changement	51
3.2.4 Le management du changement	52
3.2.5 Pistes d'actions pour travailler sur la coopération et mutualisation des compétences	53

4	MISE EN ŒUVRE DU PROJET DE MANAGEMENT DES COMPETENCES	57
4.1	Phase de diagnostic du projet managérial	57
4.1.1	Le périmètre du projet	57
4.1.2	L'analyse du projet	58
4.1.3	Les acteurs du projet et l'étude d'impact	59
4.2	Phase d'accompagnement du changement	61
4.2.1	Stratégie de communication autour du projet managérial	61
4.2.2	Plan d'actions et de formations dans le cadre du projet	62
4.3	Phase de pilotage du projet	64
4.3.1	Les étapes clés du projet	64
4.3.2	Les outils de suivi et d'évaluation du projet managérial	65
4.3.3	Les perspectives et les limites	66
	CONCLUSION	67
	BIBLIOGRAPHIE	68
	TABLE DES ANNEXES	

Liste des abréviations

AP-HP <i>Assistance Publique des Hôpitaux de Paris</i>	IFIBODE <i>Institut de Formation des IBODE</i>
AS <i>Aide-Soignant</i>	IFSI <i>Institut de Formation en Soins Infirmiers</i>
CADMU <i>Cadre Administratif de DMU</i>	IHU <i>Institut Hospitalo Universitaire</i>
CAFISO <i>Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier(e) de salle d'opération</i>	JO <i>Jeux Olympiques</i>
CCBO <i>Conseil Commun des Blocs Opérateurs</i>	LRG <i>Hôpital la Roche-Guyon, Hôpital la Roche-Guyon</i>
CEL <i>Comité Exécutif Local</i>	MAR <i>Médecin Anesthésiste Réanimateur</i>
CFX <i>Hôpital Charles Foix, Hôpital Charles Foix</i>	MT <i>Mesures Transitoires</i>
CHU <i>Centre Hospitalo-Universitaire</i>	PH <i>Praticien Hospitalier</i>
CME <i>Commission Médicale d'Etablissement</i>	PHU <i>Praticien Hospitalo-Universitaire</i>
CNRTL <i>Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales</i>	PLC <i>Bloc Paul Louis Chigot</i>
COMEX <i>Comité Exécutif</i>	PM <i>Personnel Médical</i>
COPIL <i>Comité de Pilotage</i>	PNM <i>Personnel Non Médical, Personnel Non Médical</i>
CPDMU <i>Cadre Paramédicale de DMU</i>	PSL <i>Hôpital Pitié-Salpêtrière, Hôpital Pitié-Salpêtrière</i>
CSS <i>Cadre Supérieur de Santé</i>	RTH <i>Hôpital Rothschild, Hôpital Rothschild</i>
DMU <i>Département Médico-Universitaires</i>	SAT <i>Hôpital Saint Antoine, Hôpital Saint Antoine</i>
DREES <i>Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques</i>	SB <i>Bloc Salat Baroux</i>
DRH <i>Direction des Ressources Humaines</i>	SNIBO <i>Syndicat National des Infirmiers de Bloc Opérateur</i>
ETP <i>Equivalent Temps Plein</i>	SWOT <i>Forces - Faiblesses - Opportunités - Menaces</i>
GEPP <i>Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels</i>	TNN <i>Hôpital Tenon, Hôpital Tenon</i>
GHU <i>Groupement Hospitalo-Universitaire</i>	TROS <i>Taux réel d'occupation de salle</i>
GRH <i>Gestion des Ressources Humaines</i>	TRS <i>Hôpital Armand Trousseau, Hôpital Armand Trousseau</i>
IADE <i>Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat</i>	TVO <i>Taux de Vacation Offerte</i>
IBO ou IDE de Bloc <i>Infirmier de Bloc Opérateur</i>	UCA <i>Unité de Chirurgie Ambulatoire</i>
IBODE <i>Infirmier de Bloc Opérateur Diplômé d'Etat</i>	UF <i>Unité Fonctionnelle</i>
	UQAM <i>Université du Québec à Montréal</i>

INTRODUCTION

Au cœur de l'hôpital, les blocs opératoires sont un monde à part, un milieu en vase clos, un peu caché. C'est un lieu où les patients sont endormis, y règnent la discipline, la concentration, l'asepsie et la précision. Dans ce théâtre à huit-clos, les « blocs » fonctionnent comme une pièce à l'organisation millimétrée, où le rôle de chacun est identifié et orchestré. Chacun y joue son propre rôle mettant l'ensemble en harmonie afin de permettre la qualité et la sécurité de la prise en soin du patient. Ce théâtre réunit différents métiers, dont certains rôles sont plus ou moins connus et reconnus : les chirurgiens, les anesthésistes en premiers rôles, mais également les infirmiers, les aides-soignants, autour desquels gravitent de nombreux services support (service de bionettoyage, biomédical, pharmacie, stérilisation, équipe opérationnelle d'hygiène, blanchisserie, transports pédestres, services techniques). Parmi les infirmiers, on retrouve les Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'État (IADE), les Infirmiers de Bloc opératoire Diplômé d'État (IBODE) mais également des Infirmiers Diplômés d'État exerçant des missions d'Ibode (IDE de bloc ou IBO).

En 2021, sur les 637.644 IDE recensés au répertoire ADELI¹ (système d'information national de recensement des professionnels de santé), on ne compte environ que 8.000 IBODE², soit 1% des effectifs comptabilisés. Cette profession discrète et mal connue du public est pourtant reconnue comme indispensable par les instances hospitalières et gouvernementales pour le bon fonctionnement des blocs opératoires. Force est de constater qu'aujourd'hui, le déficit de personnel au bloc opératoire a un impact sur l'activité et l'offre de soin. Dans tous les hôpitaux, publics comme privés, on constate des fermetures de salles d'opération par manque d'Ibode. Cette spécialisation peine à recruter, et le niveau de compétence à obtenir pour les IDE choisissant d'exercer en bloc opératoire réclame un temps assez long de formation et d'adaptation.

Exerçant en bloc opératoire depuis plus de 25 ans et Cadre de Santé IBODE depuis 4 ans à l'Assistance-Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), j'ai depuis toujours été confrontée à la problématique du manque d'effectif, mais également de la disparité constatée dans le niveau de compétence selon l'expérience et la formation antérieure lors de la prise de poste des IDE de Bloc ou IBODE. Cette difficulté semble s'être majorée au fil des années, de manière parallèle aux difficultés de recrutement constatées chez les IDE dans les services de soins, avec une accélération depuis les crises COVID.

L'hôpital Trousseau n'échappe évidemment pas à ses difficultés et au sein de ses blocs, on constate également un sous-effectif en personnel, du turn-over et des difficultés à fidéliser en particulier les professionnels qui n'ont pas la spécialisation IBODE. Ainsi, on note que sur chacun des trois blocs de l'hôpital Trousseau il y a régulièrement 1 à 2 salles d'opération qui ne sont pas en fonction faute de personnel. On remarque par ailleurs que la situation des effectifs et des compétences est disparate d'un bloc opératoire à l'autre, mais également au quotidien. D'un point de vue strict des effectifs, on pourrait penser qu'il suffirait de lisser les organisations pour permettre d'augmenter le nombre de salles d'opération ouvertes, cependant cette perspective se heurte au refus des équipes d'être mobilisées.

Au regard de cette situation, il m'a paru important de m'interroger sur plusieurs points :

- ✚ Pour quelle raison le processus d'intégration des infirmiers de bloc opératoire est-il si long et de quelle manière pourrait-il être amélioré ?
- ✚ Pourquoi certains professionnels même les plus chevronnés, sont-ils à ce point réfractaires à être mobilisés dans un autre secteur ?
- ✚ Comment favoriser un meilleur parcours d'intégration pour les nouveaux professionnels ?
- ✚ Comment l'équipe d'encadrement va-t-elle favoriser la coopération entre les différents blocs opératoires ?

¹ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). [Consulté le 30 octobre 2023]. Disponible : <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

² DARGENT G. Protocoles et mise en pratique des actes exclusifs au bloc opératoire. INTERBLOC. 2023 07-09. Tome 42 n°3. pp. 125-130

Dans un contexte de restructuration du schéma d'encadrement sur les blocs opératoires de Trousseau, l'année 2024 verra le départ à la retraite du cadre supérieur de santé et l'arrivée de faisant-fonction cadres sur chacun des trois blocs opératoires de Trousseau. J'ai été missionnée en tant que future cadre supérieure de santé IBODE des blocs opératoires de Trousseau par la Direction des Soins et la présidente du Conseil des Blocs sur ce projet managérial. Ce dernier vise à permettre la coopération et la mutualisation des Ibode des blocs opératoires de l'hôpital Trousseau par le développement des compétences.

Dans un premier temps, je décrypterai l'historique du métier d'Ibode afin de mieux cerner la multiplicité des accès à la formation et la complexité des conditions d'exercice. Cela permettra de mettre en évidence à quel point l'accès à cette profession engendre une population d'infirmiers exerçant en bloc opératoire avec un niveau très hétérogène de compétence.

Puis dans un second temps, je poserai le cadre de cette problématique au sein de l'institution de l'APHP, et plus particulièrement sur l'hôpital Trousseau où va se déployer mon projet managérial. Je décrypterai l'activité et la cartographie des professionnels des trois blocs opératoires de l'hôpital Trousseau afin de montrer les problématiques et les objectifs qui lui sont propres et qui ont favorisé l'émergence de ce projet managérial, à savoir un besoin de coopération et de mutualisation entre les blocs opératoires par le développement des compétences.

Dans une troisième partie, je montrerai, en tant que cadre supérieur pilote du projet, à partir d'apports théoriques sur le management des compétences et l'accompagnement au changement, comment je vais pouvoir mettre en pratique par un management stratégique auprès de l'encadrement des blocs opératoires de Trousseau un projet de conduite du changement par le développement des compétences.

La quatrième partie développera la partie pilotage de ce projet, en nous projetant davantage dans son aspect de mise en œuvre par l'équipe projet, en présentant sa phase de diagnostic, l'analyse des risques, le plan de communication et de formation, le planning prévisionnel, et comment évaluer ce projet managérial pour en mesurer la portée et les limites.

1 Les IBODE, contexte d'émergence d'un métier en tension

1.1 Définition du métier d'IBODE

Le métier d'infirmier de bloc opératoire est une spécialisation du métier d'Infirmier Diplômé d'État.

Dans le cadre de ce secteur spécifique, l'infirmier de bloc opératoire ou IBODE, organise, réalise des soins et des activités en lien avec le geste opératoire dans un centre hospitalier.³

Ses missions principales sont :

- ✚ Organiser, réaliser des soins et des activités en lien avec le geste opératoire, en pré, per et post interventionnel auprès des personnes bénéficiant d'interventions chirurgicales, endoscopiques et autres actes techniques invasifs à visée diagnostique et/ou thérapeutique.
- ✚ Mettre en œuvre des mesures d'hygiène et de sécurité en tenant compte des risques inhérents à la nature des interventions et à la spécificité des patients, au travail en zone protégée et à l'utilisation de dispositifs médicaux spécifiques.

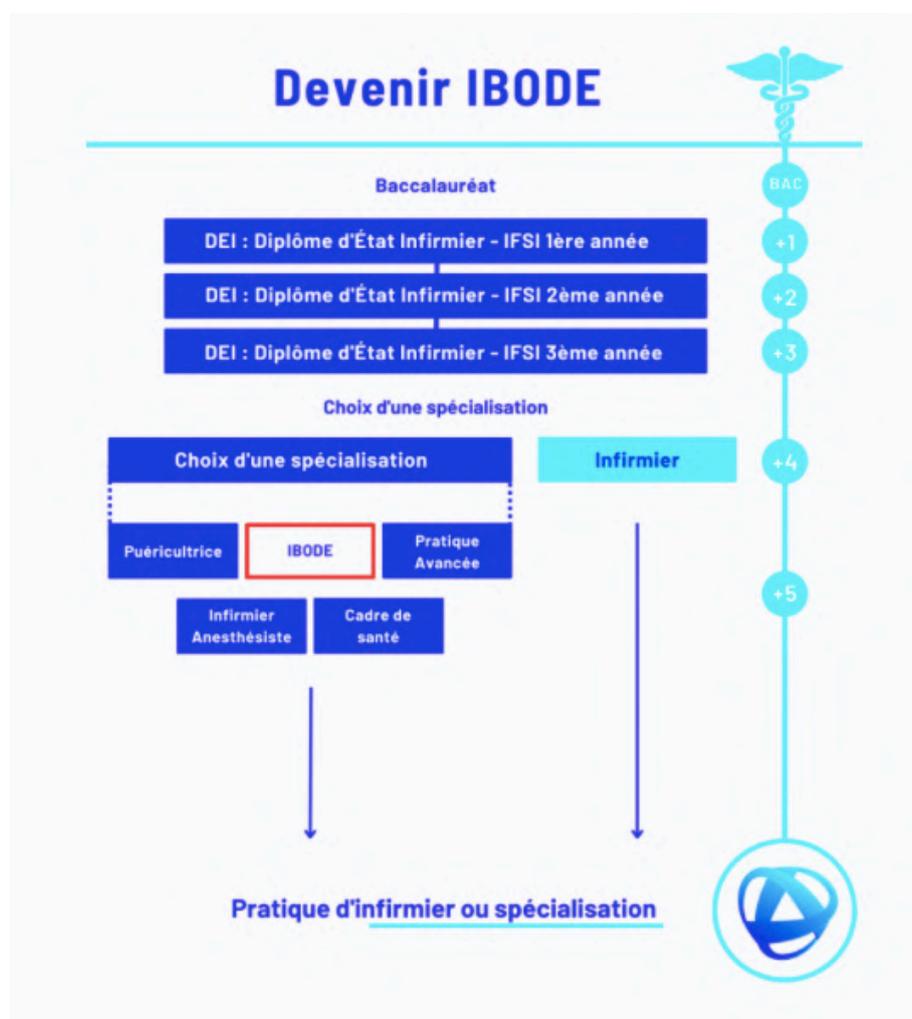


Figure 1 : Modalité d'accès au métier d'Ibode

³ Infos.emploipublic.fr. Infirmier de bloc opératoire (Ibode) – Fiche. [Consulté le 02 décembre 2023]. Disponible : [Infirmier de bloc opératoire \(Ibode\) - Fiche métier - Emploipublic](#)

Au sein des blocs opératoire, l'IBODE peut exercer **4 rôles différents**⁴ :

Circulant(e)	<ul style="list-style-type: none">•Premier rôle de l'Ibode.•Préparer, contrôler, ordonner et distribuer le matériel; faire le lien entre la zone stérile et non stérile.•Accueillir le patient, participer à son installation et veiller à sa sécurité tout au long de l'intervention.•Veiller au bon déroulement de l'intervention en anticipant chaque temps opératoire et en subvenant aux besoins de l'équipe chirurgicale.•Etre le garant en respectant et faisant respecter les règles d'hygiène et d'asepsie des bonnes pratiques.
Instrumentiste	<ul style="list-style-type: none">•En zone stérile, participer à l'acte chirurgical.•Préparer et distribuer le matériel à l'opérateur en respectant le temps opératoire en cours. Les instruments sont donnés dans le sens d'utilisation, en préservant la partie noble.• Conserver une table propre, faire respecter les temps sales/propres et être garant des bonnes pratiques des règles d'hygiène et de la préservation de l'asepsie tout au long de l'intervention.
Aide opératoire	<ul style="list-style-type: none">•Rôle souvent combiné avec celui d'instrumentiste.•Collaborer étroitement avec l'opérateur dans le déroulé de l'acte chirurgical afin que celui-ci se passe au mieux. Ce rôle regroupe trois actes principaux :<ul style="list-style-type: none">- l'aide à l'exposition- l'aide à l'aspiration- l'aide à l'hémostase
Assistante de chirurgie	<ul style="list-style-type: none">•Rôle qui permet à l'IBODE de pratiquer certains actes, encadré par un protocole. Ces actes sont :<ul style="list-style-type: none">- L'installation du patient en position chirurgicale- La pose et la fixation du drain en sus aponévrotique- La fermeture sous cutanée et cutanée•Assister le chirurgien sur certains gestes qui résultent d'une haute technicité comme l'aide ou la pratique de suture de vaisseaux profonds ou organes.



Figure 2 : Rôle de circulant et instrumentiste au bloc opératoire

⁴ Site : Monblocopératoire.com. Rôles de l'IBODE. [Consulté le 02 décembre 2023].

Disponible : [Rôles de l'Ibode * Mon Bloc Opératoire \(monblocoperatoire.com\)](https://monblocoperatoire.com)

Cette profession est régie par un cadre législatif inscrit dans le code de la santé publique : **Décret n°2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire.**⁵

Article R4311-11

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

- 1° Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire ;
- 2° Élaboration et mise en œuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés ;
- 3° Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ;
- 4° Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés ;
- 5° Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés.

En per-opératoire, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'État de bloc opératoire ou l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme exerce les activités de circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire en présence de l'opérateur.

Il est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée diagnostique, thérapeutique, ou diagnostique et thérapeutique dans les secteurs de stérilisation du matériel médico-chirurgical et dans les services d'hygiène hospitalière.

Article R4311-11-1

• **Décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire.**
L'infirmier ou l'infirmière de bloc opératoire, titulaire du diplôme d'État de bloc opératoire, est seul habilité à accomplir les actes et activités figurant aux 1° et 2° :

- 1° Dans les conditions fixées par un protocole préétabli, écrit, daté et signé par le ou les chirurgiens :
 - a) Sous réserve que le chirurgien puisse intervenir à tout moment :
 - l'installation chirurgicale du patient ;
 - la mise en place et la fixation des drains sus-aponévrotiques ;
 - la fermeture sous-cutanée et cutanée ;
 - b) Au cours d'une intervention chirurgicale, en présence du chirurgien, apporter une aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration ;
- 2° Au cours d'une intervention chirurgicale, en présence et sur demande expresse du chirurgien, une fonction d'assistance pour des actes d'une particulière technicité déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Art. R. 4311-11-2

• **L'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant au diplôme d'État de bloc opératoire peut participer aux actes et activités mentionnés à l'article R. 4311-11-1 dans les conditions qui y sont définies, en présence d'un infirmier ou d'une infirmière titulaire du diplôme d'État de bloc opératoire.**

⁵ Legifrance.gouv.fr. Décret relatif aux actes exclusifs des infirmiers de bloc opératoire. [Consulté le 27 janvier 2024]. Disponible : [Décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

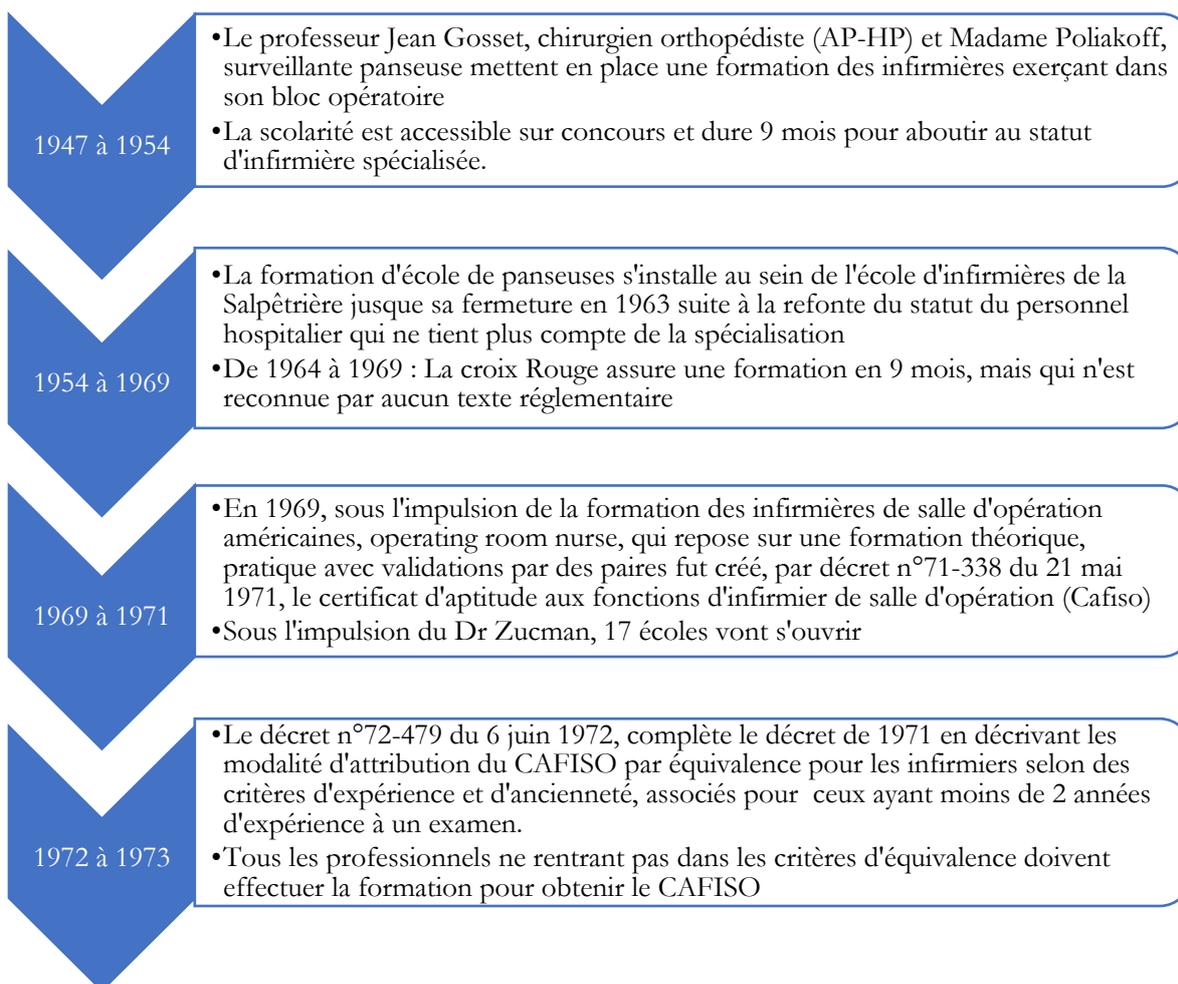
1.2 Histoire de la profession et de sa formation

L'histoire de la formation et de l'exercice des infirmières en salle d'opération remonte à la fin du XIX^{ème} siècle. Elle se trouve étroitement liée à la structuration de la profession infirmière. La découverte de l'anesthésie et l'avènement des principes d'antisepsie et d'asepsie opératoires par Louis Pasteur en 1867 a engagé les évolutions majeures de la chirurgie et la construction du métier infirmier.

Un enseignement structuré s'est mis en place dès les années 1870, sous la responsabilité et l'autorité des médecins. « *Les qualités fondamentales de l'infirmière requises par les médecins sont la soumission, la compétence ménagère et le dévouement de la femme d'intérieur* »⁶. Les compétences à développer relayées dans les ouvrages sont celles de l'hygiène et l'asepsie. « *La salle de chirurgie (salle d'opération) est une sorte de « sanctuaire » : la « désinfection » des mains y tient lieu de rite sacré. Les mains de l'infirmière sont l'équivalent d'un outil, les instruments étant réservés à l'usage exclusif des médecins. Ceux-ci ne concèdent aux infirmières que les bandages, la saignée et les injections.* »⁷. Ainsi, l'infirmière de salle de chirurgie est, à ces débuts, davantage cantonnée à un rôle de nettoyage et stérilisation du matériel, et à celui des pansements, qui lui donnera un nom encore très répandu aujourd'hui dans les blocs : celui de « panseuse ».

La Première Guerre mondiale favorise l'émergence de la profession et professionnalisation du métier d'infirmiers. Ces derniers se montrent rapidement indispensables pour accompagner les bénévoles dévoués aux soldats blessés, tuberculeux ou contagieux. L'Assistance publique, réquisitionnée pour accueillir des blessés de guerre prévoit pour la première fois un personnel spécifique pour les blocs opératoires. De ce fait, « *à chaque sortie d'école d'infirmières, elle affecte obligatoirement au bloc opératoire les 25 premières des promotions, parmi les « Bleues de la Salpêtrière ».* Ces dernières bénéficient d'un titre d'infirmière spécialisée avec un statut et une grille indiciaire spécifique »⁸.

Ce n'est qu'après la Seconde Guerre mondiale, et la loi n°46-857 du 30 avril 1946 de structuration des professions médicales, que la formation des infirmières de blocs opératoires s'organise spécifiquement. Cette dernière va évoluer au gré de la construction identitaire de la profession.



⁶ BLANCHART A. Histoire de la formation et de l'exercice des infirmières de salle d'opération (1870-1972). INTERBLOC, 2010 octobre-décembre. Tome 29 n°4. p. 248

⁷ Ibid.

⁸ Ibid., p. 249

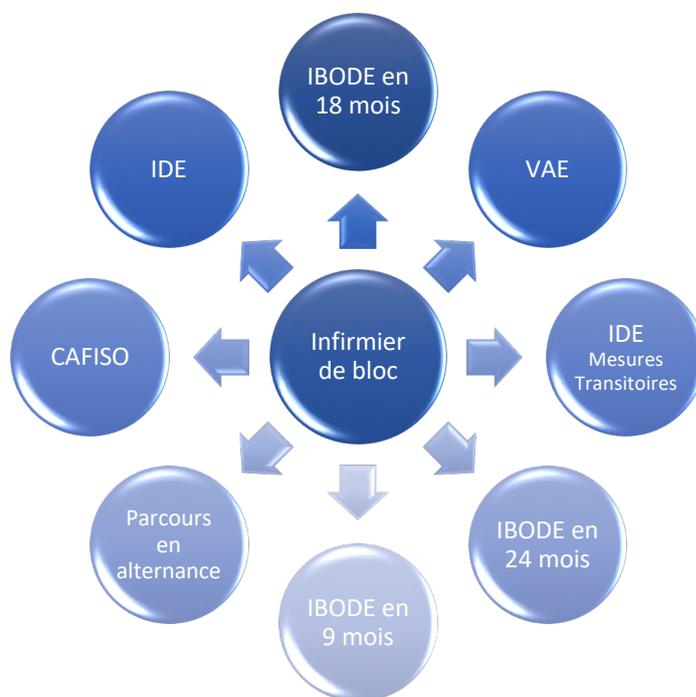
Dès 1972, on constate dans les blocs opératoires, des infirmières avec différents niveaux de compétences et de diplômes. Selon Andrée Blanchart, directrice de l'école d'IBODE d'Argenteuil, ce sont, d'une part les infirmières qui sont les premières à résister à cette formation supplémentaire parce qu'elles sont attachées à leur formation initiale qui leur confère davantage de mobilité et de polyvalence et parce qu'elles craignent de s'enfermer dans les salles d'opération. D'autre part, ce sont les directions des hôpitaux et les directeurs de soins qui semblent préférer un personnel polyvalent et mobile, qui ne s'absente pas pour une formation dont le décret ministériel n'impose aucune obligation réglementaire à embaucher une infirmière certifiée⁹. Depuis 1973, la profession a évolué sur le plan juridique et sur l'organisation de la formation, afin de répondre aux exigences de qualité et sécurité des soins et à la progression des techniques chirurgicales, créant une cartographie des professionnels infirmiers exerçant au bloc opératoire très éclectique.



⁹ BLANCHART A. Histoire de la formation et de l'exercice des infirmières de salle d'opération (1870-1972). INTERBLOC, 2010 octobre-décembre. Tome 29 n°4. p. 251

1.3 Émergence du projet pour un métier en tension dont le cadre d'exercice est de plus en plus flou

CAFISO, diplôme d'IBODE acquis en 9 mois, 18 mois, 24 mois ou par le biais de la VAE ou d'une formation en parcours d'alternance, IDE ou IDE MT, voici donc l'éventail des IDE exerçant dans les blocs opératoires depuis la reconnaissance de cette spécialité à part entière. Par mesure de compréhension dans l'exposé de ce projet, nous utiliserons l'acronyme IBODE en majuscule pour référer à un infirmier disposant du diplôme d'IBODE, IBO ou Ibo, pour un infirmier non spécialisé et Ibode en minuscule pour parler d'un infirmier exerçant en bloc opératoire (spécialisé ou non).



En 2021, on dénombre au sein des blocs opératoires, 7.891 IBODE diplômés en exercice pour 21.604 IDE sans spécialisation, alors qu'il en faudrait environ 30.000.¹⁰ La proportion d'IBODE parmi les IDE dans les blocs opératoires a même reculé de près de 5% entre 2013 et fin 2017. Depuis plusieurs années, le gouvernement a tenté de définir et d'imposer les compétences exclusives IBODE mais il doit également composer avec le nombre insuffisant d'Ibode formés chaque année. La Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) et les syndicats médicaux « rappellent en effet que les établissements de santé sont confrontés à une importante pénurie de professionnels et que la formation de nouveaux Ibode demeure à un niveau totalement insuffisant (710 par an) pour répondre aux besoins annuels estimés (3000) ». ¹¹

Alors que la formation (4 semestres, grade master) est théoriquement obligatoire depuis 2015 pour exercer au bloc, les mesures transitoires imaginées en 2021 permettent aux IDE qui n'ont pas suivi la formation IBODE de réaliser certains des actes exclusifs réservés aux IBODE, tant que suffisamment d'Ibode n'auront pas été formés. Des décrets ont été publiés pour prolonger les mesures transitoires, mais depuis avril 2022, on se retrouve dans un flou où les infirmiers non diplômés IBO sont amenés à effectuer des « dépassements de tâches » et se trouvent par conséquent en insécurité juridique. On estime que 80% des IDE présents dans les blocs opératoires réalisent des actes normalement réservés aux IBODE. Si les IDE refusaient de travailler dans l'illégalité et appliquaient à la lettre le décret de compétence, de nombreux blocs seraient fermés.

Dans les faits, avec ou sans diplôme d'IBODE ou MT, les blocs opératoires manquent aujourd'hui cruellement de personnel. **Le métier d'Ibode fait partie des professions dites en tension**, c'est-à-dire en nombre insuffisant au sein de l'hôpital. Le métier et la formation ne sont pas assez attractifs et dans une enquête menée en 2018 (avant la crise COVID) par le Syndicat National des Infirmiers de Bloc Opératoire (SNIBO), il apparaît que plus de 15 % des Ibode souhaitent changer de métier.¹²

¹⁰ BLANCHART A. Histoire de la formation et de l'exercice des infirmières de salle d'opération (1870-1972). INTERBLOC, 2010 octobre-décembre. Tome 29 n°4. pp. 227-292

¹¹ Sofia. IADE vs IBODE : dissection et autopsie. [Consulté le 27 janvier 2024].

Disponible : <https://sofia.medicalistes.fr/spip/spip.php?article386>

¹² SNIBO. Enquête réalisée auprès des Ibode. Mise à jour le 29/09/2018. [Consulté le 27 janvier 2024].

En septembre 2022, Nicolas Revel, le directeur général de l'AP-HP a rédigé un document développant « 30 leviers pour agir ensemble »¹³ pour proposer des axes de travail afin de faire face aux difficultés rencontrées à l'hôpital. Le levier n°22 est consacré à : « Retrouver le plus vite possible un meilleur fonctionnement de nos blocs opératoires » dans lequel il explique que **le taux de fermeture des blocs opératoires de l'AP-HP est d'environ 20%**, et très largement corrélé aux manques d'effectifs Ibode. Il souhaite rendre le métier plus attractif, promouvoir la formation et même proposer aux étudiants infirmiers un « parcours blocs opératoires » pour les accompagner à devenir Ibo puis IBODE diplômé dès l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI).

Il est probable que la formation IBODE n'est effectivement pas suffisamment attrayante pour les IDE : le diplôme d'IBODE n'est que peu valorisé en IFSI, la formation de 24 mois est contraignante, et la grille salariale assez similaire. Elle est également peu portée par les établissements pour qui elle représente un coût financier et en effectif, surtout qu'elle n'est obligatoire que pour pratiquer certains actes exclusifs.

Pour autant, tous les IDE exerçant au bloc opératoire sans le diplôme sont-ils sans compétences ou peu compétents ? C'est peu probable et la réalité prouve que les blocs opératoires sont peuplés de professionnels faisant fonction d'Ibode, et que ces derniers ne sont pas forcément distingués des « vrais » IBODE diplômés par les chirurgiens. D'ailleurs, la VAE IBODE est une alternative à la formation initiale et constitue une réelle opportunité pour les infirmiers de faire reconnaître les compétences qu'ils ont acquises à travers leurs expériences professionnelles au bloc opératoire.

Aujourd'hui, les Ibode sont reconnus indispensables au bon fonctionnement des blocs opératoires et à la sécurité des patients tant par les chirurgiens que par le gouvernement. Ils jouent un rôle crucial au sein des blocs opératoires, collaborant étroitement avec l'équipe chirurgicale pour assurer des soins de haute qualité. Les nouvelles technologies et techniques chirurgicales rendent essentielle la formation aux actes exclusifs pour une prise en soin optimale des patients. D'ailleurs certaines disciplines chirurgicales comme la chirurgie cardiaque ou neurochirurgie requièrent déjà un IBODE diplômé impérativement pour chaque intervention. L'émergence de la neuro-navigation, des robots chirurgicaux ainsi que l'évolution du matériel, demandent aux Ibode de développer constamment de nouvelles compétences.

C'est dans ce contexte qu'il appartient aux cadres des blocs opératoires d'avoir une réelle expertise diagnostique des professionnels présents dans les blocs opératoires en termes de compétences et de formation. En effet chaque profil individuel doit être accompagné dans son parcours singulier et sa construction identitaire, que ce soit :

- ✚ Un IDE novice qui devra appréhender ses nouvelles missions dans un environnement pas ou peu rencontré dans sa formation initiale.
- ✚ Un IDE très chevronné dont on aura détecté le potentiel pour l'accompagner dans l'acquisition du diplôme par le biais de la VAE ou en passant le concours en Institut de Formation d'IBODE (IFIBODE).
- ✚ Un IBODE diplômé qui pourra faire valoir et développer ses compétences exclusives par le biais de protocole.

Les enjeux de la gestion des compétences au bloc opératoire concernent avant tout la prise en charge des patients, car ils permettent une augmentation de la qualité des soins, une diminution des événements indésirables et une satisfaction globale. Sur le plan de l'institution, harmoniser les parcours professionnels et la polyvalence du personnel permettra d'améliorer les organisations de travail et l'offre de soin. Sur le plan des ressources humaines, la gestion des compétences permettra le développement des compétences individuelles et collectives, en transformant les situations de travail en situations de formation et d'apprentissage.

Disponible : <https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/106877/le-syndicat-national-des-infirmiers-de-bloc-operatoire-snibo-devoile-les-resultats-dune-enquete-realisee-aupres-des-iode-communique/>

¹³ APHP. REVEL N. 30 leviers pour agir ensemble. [Consulté le 27 janvier 2024].

Disponible : <https://www.calameo.com/read/004021827b2c9bc2c2b29?authid=B2dPJeDiAvtH>

2 Développement du projet dans un contexte institutionnel

2.1 L'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

2.1.1 Présentation générale

L'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), avec les 38 hôpitaux qui le composent, est l'un des acteurs les plus importants de l'offre de soins en France, et il est le premier Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) d'Europe. Il accueille chaque année près de 8 millions de malades et il est le premier employeur d'Île de France. En effet, environ 100 000 professionnels médicaux, chercheurs, paramédicaux, personnels administratifs et ouvriers y travaillent sur plus de 210 métiers et près de 13 500 étudiants médicaux et paramédicaux s'y forment chaque année.¹⁴

L'AP-HP assure un service de santé pour tous au sein de ses 773 services regroupés dans 80 Départements Médico-Universitaires (DMU). Il possède 16673 lits, 53 blocs chirurgicaux (soit 314 salles d'opération), de nombreux centres de recherches ou de références maladies rares, 4 instituts hospitalo-universitaires (IHU). Cette grande institution est également porteuse de multiples projets de recherche, de brevets et d'études. Son budget de fonctionnement en 2022 était de 9 milliards d'euros dont 59 % sur la masse salariale et 5,7% relatifs aux investissements.

Depuis le 3 juillet 2019, l'AP-HP a mis en place une nouvelle organisation fédérative en s'organisant autour de 6 Groupements Hospitalo-Universitaires (GHU), dans un but de reconfiguration pour que les décisions soient plus proches des équipes et des services.¹⁵ La liste de ces GHU est la suivante :

-  AP-HP. Centre – Université Paris Cité
-  AP-HP. Sorbonne Université
-  AP-HP. Nord – Université Paris Cité
-  AP-HP. Université Paris Saclay
-  AP-HP. Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis
-  AP-HP. Hôpitaux Universitaires Henri Mondor



Figure 3 : Plan des 6 GHU de l'APHP

¹⁴ APHP. Rapport annuel 2022. [Consulté le 30 octobre 2023].

Disponible : <https://www.aphp.fr/connaitre-lap-hp/nous-connaitre/rapports-annuels-de-lap-hp>

¹⁵ APHP. Les GHU de l'APHP. [Consulté le 30 octobre 2023].

Disponible : <https://www.aphp.fr/groupe-hospitaliers-de-lap-hp>

Cette nouvelle gouvernance permet également aux groupes hospitalo-universitaires nouvellement créés de mettre en place un véritable partenariat géographique par des liens avec les universités, les territoires et leurs partenaires et ainsi de renforcer la qualité des soins et de la recherche pour tous les patients.

2.1.2 Le groupement Hospitalo-Universitaire Sorbonne Université

Parmi les six GHU, l'Hôpital Armand Trousseau se trouve au sein du GHU Sorbonne-Université qui est également composé de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière, l'Hôpital Tenon, l'Hôpital Saint-Antoine, l'Hôpital Rothschild, l'Hôpital La Roche-Guyon et l'Hôpital Charles-Foix.



Figure 4 : Les 7 hôpitaux du GH Sorbonne Université

-  Hôpital Armand Trousseau (TRS)
-  Hôpital Pitié-Salpêtrière (PSL)
-  Hôpital Tenon (TNN)
-  Hôpital Saint-Antoine (SAT)
-  Hôpital Rothschild (RTH)
-  Hôpital La Roche-Guyon (LRG)
-  Hôpital Charles-Foix (CFX)

En même temps que les GHU ont été mis en place, des départements médico-universitaires (DMU) ont vu le jour en remplacement des pôles. Les DMU sont davantage organisés selon des filières de soins inscrits dans le territoire, avec un Directeur Médical qui s'appuie sur une équipe intégrant des responsables « recherche » et « enseignements », des professionnels paramédicaux et médicaux, des représentants des patients et des partenaires extérieurs. Le but étant de favoriser des projets cohérents et novateurs inscrits dans une dynamique autour du parcours patient dans son territoire. Les DMU auront aussi à cœur de contribuer à améliorer la qualité des prises en soins et la qualité de vie des équipes.

Le GHU Sorbonne Université est donc passé de 24 pôles à 13 DMU multi sites qui sont transversaux sur les 7 établissements¹⁶ :

- ✚ **DMU Origyne** : Spécialités Femmes – Mères - Enfants
- ✚ **DMU Sapere** : Spécialités Abdomino-Pelviennes et Rénales de l'Adulte et de l'Enfant
- ✚ **DMU Demiurge** : Département Médecine Intensive, Urgences, Gériatrie
- ✚ **DMU Neurosciences**
- ✚ **DMU Biogem** : Biologie et Génomique Médicales
- ✚ **DMU Chir** : Chirurgie Innovation et Recherche
- ✚ **DMU Dream** : Département Réanimation, Anesthésie, Médecine Péri-Opératoire
- ✚ **DMU Archimède** : Alliance Réanimation, Cardiologie, Chirurgie cardiotoracique et vasculaire, médecine interne, Métabolisme, Endocrinologie, Diabétologie Et nutrition
- ✚ **DMU Orphé** : Oncologie, Radiothérapie, Soins Palliatifs, Hématologie Clinique
- ✚ **DMU 3ID** : Immuno, Infection, Inflammation, Dermatologie
- ✚ **DMU Diamant** : Département d'Imagerie, Anatomopathologie, Médecine Nucléaire et Thérapie
- ✚ **DMU Esprit** : Épidémiologie et biostatistique, Santé publique, Pharmacie, Pharmacologie, Recherche, Information médicale, Thérapeutique et Médicaments
- ✚ **DMU Approches** : Assistance respiratoire, addictologie, tabacologie, Pneumologie, Physiologie, Réhabilitation, Réanimation Oncologie, Chirurgie thoracique, Handicap, Endoscopie Sommeil.

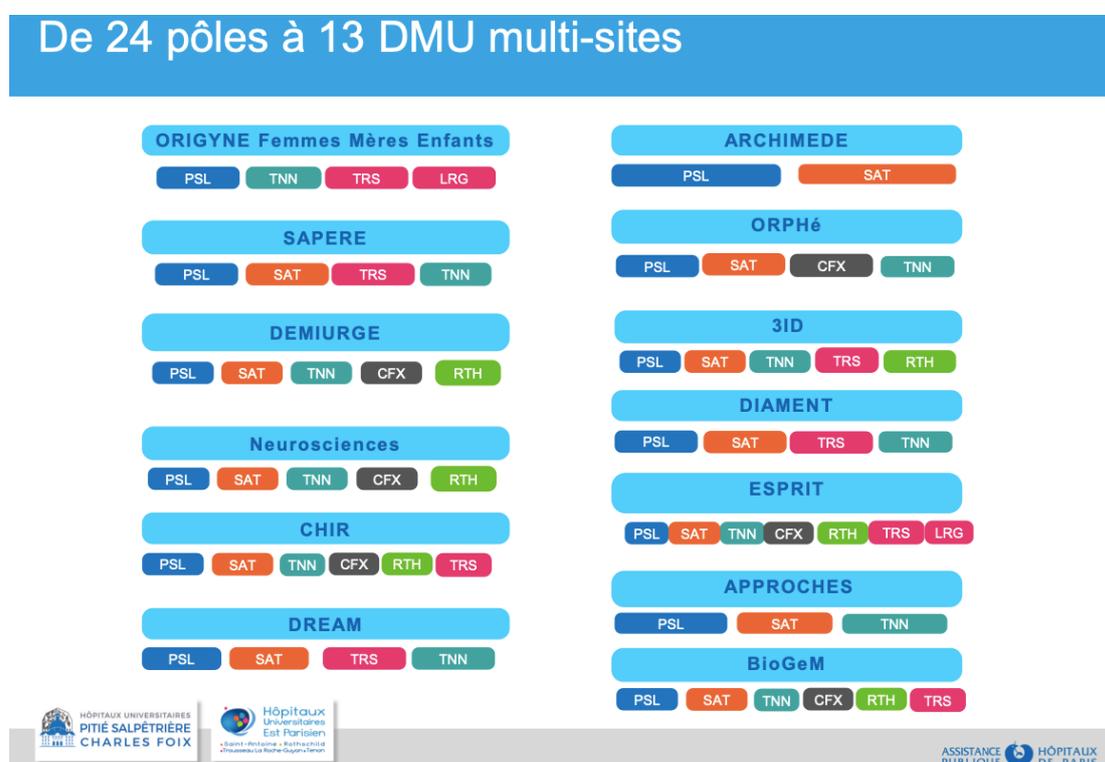


Figure 5 : Représentation des DMU dans les hôpitaux

Gouvernance des DMU :

Le directeur du DMU est un praticien nommé pour une période de 4 ans par le Directeur Général sur proposition conjointe du président de la Commission Médicale d'Établissement (CME) et du doyen de l'université rattachée au GH. Il exerce une autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, paramédicales, administratives et d'encadrement du DMU. Il est accompagné d'un comité exécutif de DMU (COMEX DMU) qui comprend des praticiens hospitaliers (PH), hospitalo-universitaires (PHU), des paramédicaux, un ou des directeurs référents, le Cadre Paramédical (CPDMU) et le Cadre Administratif de DMU (CADMU).

¹⁶ APHP. Présentation des DMU de l'APHP. CME du 11 juin 2019. [Consulté le 24 février 2024].
 Disponible : https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/202188/4233/cme11juin2018_dmu.pdf?1560342753ps://www.calameo.com/read/0040218279c6c8c72e03c

Le CPDMU, CADMU et directeur de DMU forment un trio collaboratif dans le but d'élaborer et suivre le projet et contrat de DMU. Une fois par mois à minima, le bureau de DMU doit être organisé avec le ou les directeurs référents, les chefs de services, les responsables d'unités fonctionnelles (UF), le trio de DMU, les cadres supérieurs (CSS) de santé du DMU afin de dynamiser et mettre en œuvre le contrat de DMU¹⁷.

Les blocs opératoires sont présents sur les hôpitaux de la Pitié-Salpêtrière, Tenon, Saint-Antoine et Armand-Trousseau. Ils n'appartiennent sur le GHU Sorbonne Université à aucun DMU. Plateaux techniques ayant une dimension transversale sur les DMU d'anesthésie, chirurgie, pharmacie, stérilisation... ils sont, pour plus de cohésion, placés directement sous la gouvernance de la direction, du Comité Exécutif Local (CEL).

En décembre 2023, comme sur l'ensemble du territoire, on constate une grande tension sur les effectifs Ibo et IBODE sur les blocs opératoires du GHU. Dans le compte-rendu du Comité de Pilotage des blocs opératoires (COPIL) du GH, il est indiqué que sur un effectif cible de 260 postes ETP (Équivalent Temps Plein), on observe **34,2 % de postes vacants et un taux d'absentéisme de 7 %**. Les moyens mis en place pour remplacer et renforcer l'activité reposent pour 87 % sur l'intérim et 13 % sur les heures supplémentaires. 40% des effectifs ont le Diplôme d'État d'IBODE mais ce pourcentage tend à diminuer. On constate que le GH propose chaque année 10 prises en charge de formation en promotion professionnelle en IFIBODE et en 2023, seuls 4 professionnels ont postulé¹⁸.

2.1.3 L'Hôpital Armand-Trousseau

L'AP-HP dispose en son sein de 3 hôpitaux dédiés à la pédiatrie : l'Hôpital Robert Debré pour le Nord, l'Hôpital Necker pour l'Ouest et donc l'Hôpital Armand-Trousseau qui est le centre de référence pédiatrique et périnatal de l'Est-Parisien avec une prise en charge dès les premières heures de la vie jusqu'à l'âge adulte. Il propose des activités de pédiatrie générale et spécialisée, de cancérologie, de chirurgie, d'urgence et un centre de périnatalité avec un service de gynécologie-obstétrique et une maternité de niveau III. L'hôpital Trousseau est également le centre de référence Nord Val de Loire de la brûlure. Il accueille près de 200 000 usagers chaque année¹⁹.



Figure 6 : Hôpital Armand-Trousseau

¹⁷ APHP. Principes essentiels du fonctionnement des structures médicales de l'AP-HP. [Consulté le 24 février 2024]. Disponible : https://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/cme5fevrier2019_dmu_modifri_annexe_17.pdf

¹⁸ Données issues du compte rendu du COPIL des Blocs Opératoires APHP Sorbonne Université (21 décembre 2023)

¹⁹ APHP. Nous-connaître. La plaquette « chiffres clés 2021 » de l'APHP. [Consulté le 30 octobre 2023]. Disponible : <https://www.calameo.com/read/0040218279c6c8c72e03c>

L'hôpital Trousseau a ouvert ses portes le 15 mars 1901. Il s'agit d'un hôpital pavillonnaire afin de répondre dès son ouverture aux exigences d'isolement dans le combat contre les maladies infectieuses. C'est pourquoi, chaque pavillon était dédié aux principales maladies infectieuses infantiles (rougeole, diphtérie, coqueluche) et aux cas « douteux » était dédié un autre bâtiment (figure 6)²⁰. De par sa situation, il joue un rôle majeur, comme les autres établissements pédiatriques, d'établissement de proximité avec un service de consultations externes très développé. La structure se révèle rapidement sous-dimensionnée au regard de la progression des sciences médicales, et de nouveaux bâtiments seront ajoutés pour répondre aux besoins, comme le bâtiment de chirurgie, Paul Louis Chigot en 1965. Hôpital à dimension humaine, il a gardé son organisation avec différents bâtiments répartis selon les secteurs d'activité (Plan de l'établissement en Annexe A) et les parcours de soins. Il dispose à ce jour de 317 lits d'hospitalisation dont 33 places de jour. En 2021, 2 052 professionnels y travaillent, dont 1650 personnels non médicaux (PNM) et 402 personnels médicaux (PM).

Parmi les treize DMU du GH Sorbonne-Université, huit sont représentés à l'Hôpital Trousseau :

- ✚ Quatre DMU (Diament, Esprit, 3ID, Biogem) pour des activités transversales (pharmacie, laboratoire, radiologie, Département d'Informatique Médicale, ...)
- ✚ Le DMU Origyne, le plus important sur le site de Trousseau regroupant toutes les activités « mère-enfant » avec les services de médecine, maternité, urgences, gynécologie, néonatalogie et réanimation polyvalente pédiatrique.
- ✚ Les trois derniers DMU (Chir, Sapere, Dream) regroupent les activités de chirurgie (orthopédie, viscérale, plastie reconstructrice et brûlés) et d'anesthésie (Unité de chirurgie ambulatoire, unité de soins continus, réanimation des brûlés).

Il y a en tout 48 services coordonnés par la Direction Générale des soins du GHU Sorbonne Université qui délègue en local sur l'hôpital Trousseau la direction des soins au Cadre Paramédical du DMU Origyne (Organigramme en Annexe B).

L'hôpital Armand-Trousseau APHP en chiffres :²¹

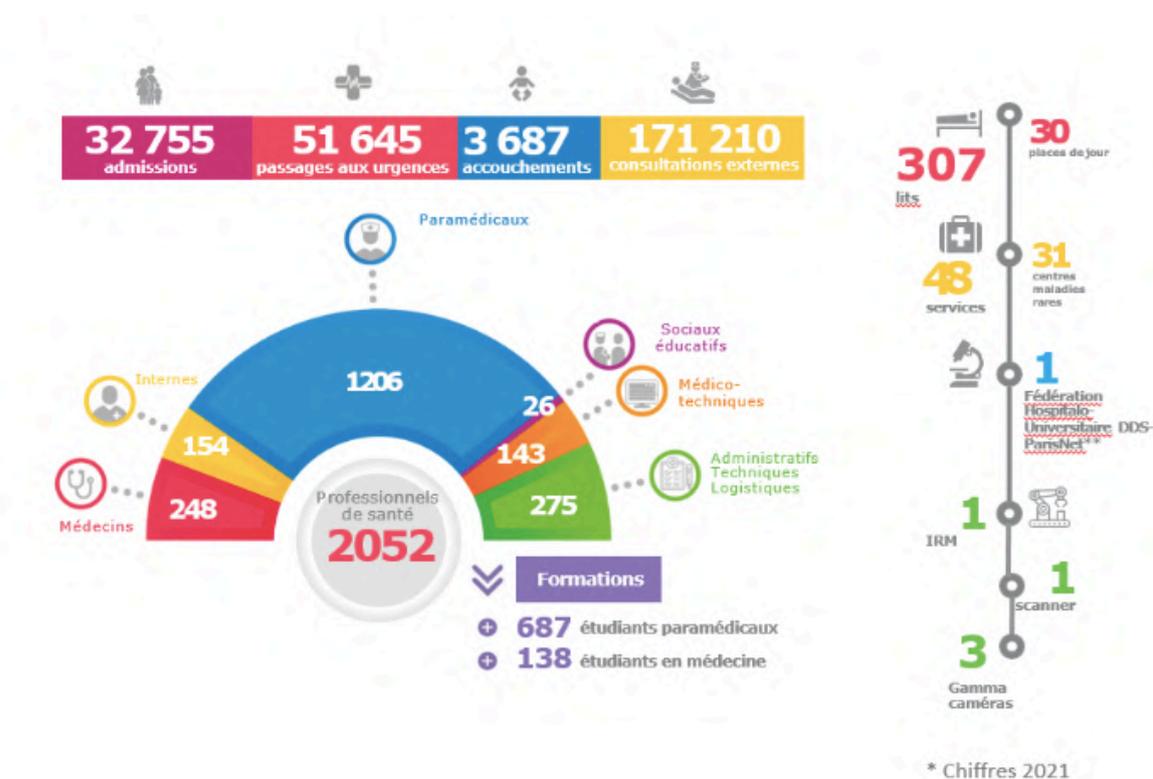


Figure 7 : L'hôpital Armand-Trousseau en chiffres (2021)

²⁰ APHP. L'hôpital Armand Trousseau. L'historique. [Consulté le 25 février 2024].

Disponible : <https://trousseau.aphp.fr/lhistorique/>

²¹ APHP. AP-HP en chiffres : L'hôpital Armand Trousseau [Consulté le 30 octobre 2023].

Disponible : <https://www.aphp.fr/contenu/hopital-armand-trousseau-ap-hp-inauguration-de-la-nouvelle-unite-de-chirurgie-ambulatoire>

Jusqu'en 2011, il existait 4 hôpitaux accueillant de la pédiatrie sur l'APHP (Necker, Robert-Debré, Saint Vincent de Paul et Armand-Trousseau). En 2010, dans un contexte de restructuration, modernisation et nécessité d'efficacité, l'hôpital Saint Vincent de Paul fermait ses portes avec un transfert d'activité vers les hôpitaux Necker, Port-Royal et Robert Debré. En 2013, l'avenir de l'hôpital Trousseau semblait devoir subir le même sort lorsque les activités d'ORL et de Maxillo-Faciale ont été transférées vers l'hôpital Necker.

Cependant, l'arrivée des GHU et des DMU a remis une vraie dynamique d'offre de soins territoriale qui a permis à l'hôpital Trousseau, seul hôpital pédiatrique du GHU Sorbonne Université, de développer son offre de soins et rénover de nombreux services.

En 2022, une nouvelle unité de chirurgie ambulatoire a vu le jour avec le retour sur site des équipes d'ORL parties depuis 2013, et un projet de création de l'Institut des pathologies du Développement de l'Enfant et de l'Adolescent (IDEAL) qui permettra de réunir en un même lieu, à l'hôpital Trousseau : consultations, hôpital de jour, hospitalisation complète, labo de recherche, espaces dédiés pour les familles, activités scolaires adaptées ou encore clinique de l'autonomie pour des patients ayant des besoins pédopsychiatriques, souffrant de troubles anxio-dépressifs ou du développement²². En 2024, il devrait également être le premier hôpital pédiatrique dont le bloc opératoire sera doté d'un équipement permettant des imageries scanner réalisées en per opératoire.

L'hôpital Trousseau est aujourd'hui centre de référence dans de nombreux domaines où il a d'ailleurs été labellisé au titre des maladies rares.



²² APHP. Projet IDEAL. [Consulté le 30 octobre 2023].
Disponible : <https://ideal.aphp.fr/ideal>

2.2 Les blocs opératoires de Trousseau

2.2.1 Présentation des blocs opératoires de Trousseau

Les blocs opératoires de l'hôpital Trousseau sont organisés en trois blocs opératoires différents sur trois bâtiments distincts :

-  Bloc polyvalent conventionnel pédiatrique
-  Bloc polyvalent ambulatoire pédiatrique
-  Bloc gynécologique-obstétrique

Ils ne dépendent d'aucun DMU et sont directement en liaison hiérarchique avec la Direction des Soins et le Comité Exécutif Local (CEL). Ils travaillent par contre, en liaison fonctionnelle permanente avec les DMU de chirurgie (CHIR et SAPERE) et d'anesthésie (DREAM). Chaque bloc opératoire dispose d'une Salle de Soins Post Interventionnels (SSPI). Les IADE et les IDE de SSPI sont mutualisées et tournent sur l'ensemble des trois blocs.

Cette organisation ne pose pas de souci en soit, mais il est important d'observer qu'il n'existe pas de concordance des organisations de travail entre les équipes paramédicales d'anesthésie et celles de chirurgie. De plus, les équipes IADE, qui sont mutualisées et peuvent changer de lieu d'exercice tous les jours, semblent être un modèle d'organisation qui n'est pas du tout envisageable par les équipes de chirurgie (médicales et paramédicales) pour la principale raison qui est que si la prise en charge d'un point de vue anesthésique est globalement similaire d'un bloc à l'autre (même matériel, même organisation spatiale, mêmes médicaments), la prise en charge chirurgicale est beaucoup plus variée et réclame une plus forte capacité d'adaptation selon chaque spécialité.

2.2.2 Organisation PNM des blocs opératoires de Trousseau

Les équipes dédiées aux blocs opératoires de Trousseau sont :

-  Un cadre supérieur de santé
-  Un cadre pour chacun des trois blocs opératoires
-  Une équipe d'Infirmiers de bloc opératoire (Ibo ou IBODE)
-  Une équipe d'Aide-Soignant ou Auxiliaires de Puériculture (AS ou AP) de bloc opératoire
-  Brancardiers et logisticiens

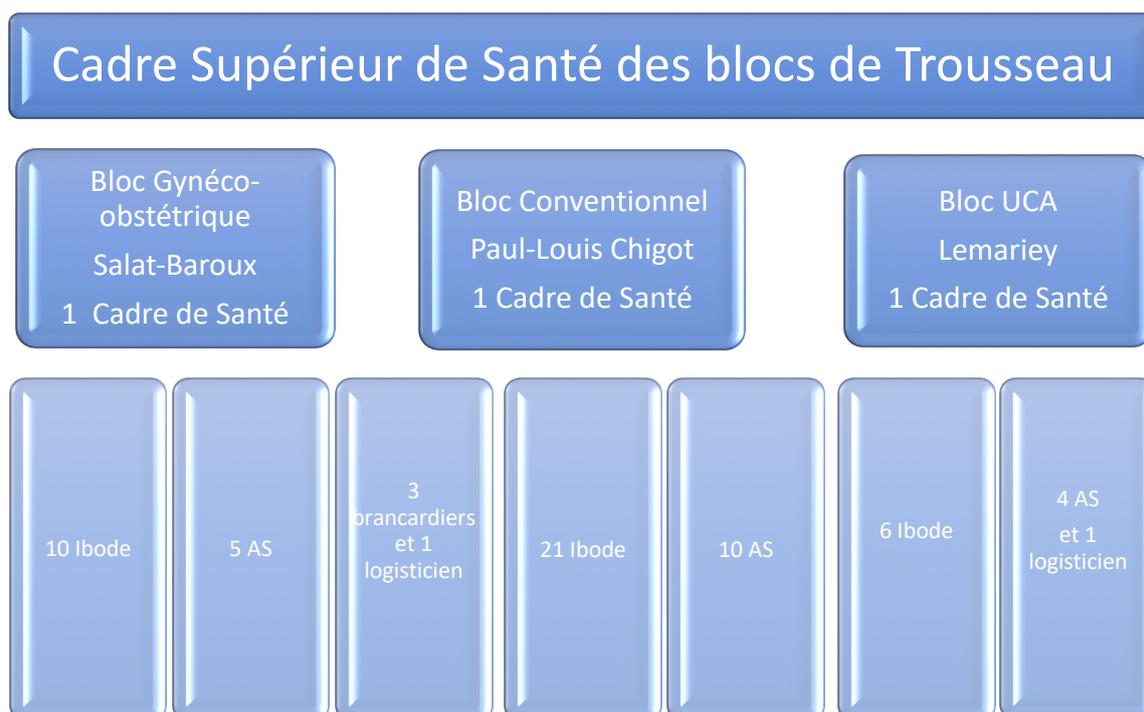


Figure 8 : Tableau des effectifs des blocs opératoires de Trousseau

Sur le plan des organisations de travail, les équipes travaillent sur des rythmes différents selon les sites et les métiers dans un but d'être le plus attractif possible lors des recrutements. C'est pourquoi, au sein d'une même équipe, certains travaillent pour des durées de 7h30, 8h, 9h, 10h ou 12 heures.

Les équipes des blocs pédiatriques conventionnels et obstétricaux doivent assurer la continuité des soins (nuit et weekend) avec des organisations à horaires et rythmes variables et participer à l'activité de nuit pour remplacer les collègues fixes de nuit lors d'absences inopinées ou programmées.

Les équipes de chirurgie ambulatoire ne travaillent jamais les week-end (sauf quelques-uns sur la base du volontariat en heures supplémentaires pour aider sur un autre secteur), par contre elles ont les congés imposés selon un calendrier établi.

Les urgences pédiatriques et obstétricales sont regroupées sur un même bloc opératoire la nuit et le weekend afin de mutualiser les effectifs et de sécuriser les soins (notamment avec une Salle de Soins Post Interventionnels unique). La nuit, il y a donc pour la permanence des soins 2 binômes Ibode / AS qui sont présents, 1 pour la pédiatrie et 1 pour la gynécologie-obstétrique. Ces derniers sont des équipes fixes mais qui sont remplacées et renforcées par les équipes de jour.

Si ces équipes travaillent sur le même lieu, il semble qu'il n'existe pas toujours de collaboration entre les équipes de gynécologie et celles de pédiatrie, l'argumentation étant que la première doit rester disponible en cas de code rouge, et que l'autre n'a pas les compétences ou à une charge de travail trop conséquente. Le week-end, on constate que souvent les équipes, même lorsqu'elles en ont la possibilité, ne déjeunent pas ensemble.

2.2.3 L'équipe d'encadrement

L'équipe d'encadrement connaît une grande fluctuation d'organisation. L'année 2023 aura vu le départ en province de l'Ibode Référente sur le bloc gynécologique et celui à la retraite de la Cadre IBODE sur le bloc conventionnel pédiatrique. Par ailleurs, la Cadre Supérieure de Santé des blocs (issu de la filière manipulateur-radiologie) partira à son tour à la retraite à l'été 2024, et c'est la cadre de santé IBODE de l'UCA (moi-même) arrivée en 2020 à l'hôpital Trousseau qui évolue vers les fonctions de cadre supérieure de santé sur tous les blocs opératoires. Ce sont des Ibode issues des différentes équipes qui évoluent vers des fonctions managériales comme faisant fonction cadre de santé IBODE sur chacun des trois sites. Ainsi, **c'est l'ensemble de l'équipe d'encadrement qui se retrouve modifiée et renouvelée en moins d'un an.**

2.2.4 Le bloc de gynécologie-obstétrique

Le bloc opératoire de gynécologie-obstétrique est situé dans le bâtiment Salat Baroux (SB). Il est composé de 3 salles d'opération dont une dédiée exclusivement aux urgences obstétricales et une deuxième pour la programmation d'interventions courtes ou semi-urgentes.

En effet, la maternité de Trousseau est une maternité de niveau III (avec un service de réanimation néonatale associé) qui assure près de 3.674 accouchements par an dont 28,5 % par césarienne (chiffres 2023). Il est impératif et réglementaire d'avoir en permanence une salle disponible pour les « codes rouge ». Le code rouge correspond à une extrême urgence en raison d'une menace vitale immédiate pour la mère ou le fœtus avec nécessité de la réalisation d'une césarienne en urgence. En France, un délai inférieur à 15 minutes est préconisé.



Figure 9 : Bâtiment Salat Baroux

L'hôpital Trousseau ne possède qu'un seul service accueillant des adultes, à savoir celui de gynécologie composé de 9 lits dont les activités sont principalement liées à la maternité. L'activité chirurgicale adulte y est donc relativement limitée. Par conséquent, les principales chirurgies rencontrées au bloc opératoire de gynécologie obstétriques sont liées à la périnatalité²³ :

- ✚ Chirurgie obstétricale : Césariennes, accouchement de grossesses gémellaires, ...
- ✚ Prise en charge des grossesses extra-utérines
- ✚ Chirurgie du prolapsus
- ✚ Chirurgie de l'utérus et des annexes
- ✚ Chirurgie de l'endométriose, traitement de l'infertilité
- ✚ Chirurgie anténatale et fœtale : Transfusion in utéro et chirurgie du Prium : fermeture in utéro d'un spina bifida diagnostiqué en anténatal.

Indicateurs 2023 TROUSSEAU bloc SALAT-BAROUX (Jours ouverts sur horaires d'ouverture)		Cliquez ici retour sommaire	
		Cumulé 2023	Cumulé 2022
Nombre de jours ouverts		251	253
[I.A.1] Taux d'ouverture saisonnalisé des salles	▼	91%	94%
[I.A.2] Nombre d'interventions réalisées sur horaires d'ouverture		1952	1800
[I.A.3] Nombre d'interventions réalisées hors horaires d'ouverture	▼	1976	2166
[I.A.4] Taux d'interventions en urgence		21%	26%
[I.A.5] Taux d'interventions ambulatoires		53%	55%
[I.P.1] Taux d'utilisation	▼	73%	60%
[I.O.1] Taux de démarrage tardif (Cible <5%)	▼	🚩 10%	🚩 11%
[I.O.2] Taux de fin précoce (Cible <5%)	▼	🚩 14%	🚩 24%
[I.O.3] Taux de débordement (Cible <5%)	▼	🚩 3%	🚩 1%
[I.O.4] Taux inter-interventions (Cible <5%)	▼	🚩 12%	🚩 11%
[I.O.5] Taux de feuilles de salle non clôturées (Cible 0%)	▼	🚩 0%	🚩 0%

Figure 10 : Indicateurs de performance du bloc Salat Baroux (2023)

L'offre de vacation opératoire est du lundi au vendredi de 8h à 17h sur les 2 salles d'opérations principales pour les patients programmés et 24h/24 pour les urgences. Il est très fréquent, durant les vacances scolaires ou en cas d'absence d'Ibode, de fermer une des deux salles d'opération. Un infirmier de bloc opératoire et une salle d'opération doivent toujours être disponibles en cas de césarienne à opérer en urgence. C'est pourquoi, il est régulièrement nécessaire d'interrompre le programme opératoire lors d'une césarienne, pour pouvoir être disponible, en cas de besoin, pour un code rouge.

Cette organisation pour la sécurité des patientes requiert un « sureffectif » artificiel d'Ibode avec paradoxalement régulièrement des perturbations dans le déroulement de la journée opératoire rendant la programmation des interventions assez ardue.

L'effectif Ibode est composé de **10 ETP** (Équivalent Temps Plein) dont 2 postes de nuit. En janvier 2024, l'effectif réel en poste est de 8,4 avec **1 poste vacant** et 2 agents en temps partiel. 30% des effectifs sont IBODE diplômés. **On observe l'an dernier un turn-over d'environ 20% essentiellement sur des Ibo non spécialisés.**

²³ APHP. Service de Gynécologie-Obstétrique-Maternité Hôpital Armand-Trousseau. [Consulté le 30 octobre 2023]. Disponible : <https://www.aphp.fr/service/service-37-088>

2.2.5 Le bloc pédiatrique conventionnel

Le bloc pédiatrique conventionnel est situé au 6^{ème} étage dans le bâtiment Paul Louis Chigot (PLC). Les locaux ont été intégralement remis à neuf en 2016. Ils possèdent une capacité de six salles d'opération et accueillent des patients des premières heures de la vie jusqu'à 18 ans pour des chirurgies nécessitant une hospitalisation en service de chirurgie ou en unité de soins continus (USC). On constate qu'environ 80 % des interventions imposent d'être instrumentées et rendent nécessaire la présence de 2 Ibode.



Le bloc pédiatrique est polyvalent et accueille les spécialités :

- ✚ Chirurgie orthopédique : Chirurgie du rachis, chirurgie de la main, pathologie de la hanche, chirurgie articulaires et ligamentaires, chirurgie de malformation des membres, traumatologie, ...
- ✚ Chirurgie viscérale et néonatale : chirurgie digestive, thoracique, urologique et génitale, chirurgie de malformation anténatale
- ✚ Chirurgie plastique, reconstructrice et brûlés : les brûlures, séquelles de traumatismes, malformations du visage, lésions de la peau, oreilles décollées, ...
- ✚ Chirurgie péri - carcinologique : biopsie, pose et retrait de chambre implantable ou cathéter central, cryoconservation.
- ✚ L'activité d'endoscopie gastrique et bronchique

Indicateurs 2023 TROUSSEAU bloc PL.CHIGOT (Jours ouverts sur horaires d'ouverture)		Cliquez ici retour sommaire	
		Cumulé 2023	Cumulé 2022
Nombre de jours ouverts		251	253
[I.A.1] Taux d'ouverture saisonnalisé des salles	▼	85%	97%
[I.A.2] Nombre d'interventions réalisées sur horaires d'ouverture		2929	4587
[I.A.3] Nombre d'interventions réalisées hors horaires d'ouverture	▼	159	177
[I.A.4] Taux d'interventions en urgence		21%	18%
[I.A.5] Taux d'interventions ambulatoires		6%	36%
[I.P.1] Taux d'utilisation	▼	93%	89%
[I.O.1] Taux de démarrage tardif (Cible <5%)	▼	5%	4%
[I.O.2] Taux de fin précoce (Cible <5%)	▼	6%	6%
[I.O.3] Taux de débordement (Cible <5%)	▼	7%	6%
[I.O.4] Taux inter-interventions (Cible <5%)	▼	5%	4%
[I.O.5] Taux de feuilles de salle non clôturées (Cible 0%)	▼	0%	0%

Figure 11 : Indicateurs de performance du bloc Paul Louis Chigot (2023)

L'offre de vacation opératoire de la chirurgie programmée est, du lundi au vendredi, de 8h à 18h. Les urgences sont accueillies jusqu'à 21h sur le bloc PLC. Le week-end et la nuit, par contre, l'activité d'urgence chirurgicale pédiatrique se déroule sur le bloc SB, regroupé avec la gynécologie-obstétrique. Il est relativement aisé de circuler du bloc PLC vers le bloc SB.

Chaque jour, il y a 1 à 2 Ibo par salle d'opération pour assurer les instrumentations, 2 Ibo décalés d'après-midi jusque l'arrivée de l'Ibo de nuit. Lorsque les effectifs et l'activité le permettent, il y a également, en transversal, 1 Ibo détaché sur des missions de stérilisation.

Depuis le mois de novembre 2022, suite à l'ouverture de l'unité de chirurgie ambulatoire et au regard des difficultés d'effectifs à la fois des IADE et Ibode, seules 4 à 5 salles d'opération sont ouvertes chaque jour avec une nouvelle répartition des vacations.

L'effectif Ibode au bloc pédiatrique est théoriquement de **21 ETP** (Équivalent Temps Plein), dont 2 postes de nuit. Mais lors de l'ouverture du bloc ambulatoire, il a été convenu une fermeture d'une salle d'opération, « gelant » ainsi 1 poste ETP. En janvier 2024, l'effectif réel en poste est de 15,4 avec **5 postes vacants**, 1 agent en longue maladie et 2 agents en temps partiel. 43% des effectifs sont IBODE diplômés. **50 % de l'équipe présente est arrivée depuis moins de 15 mois**. Les perspectives sont le retour d'une IBODE en disponibilité au mois d'avril, le recrutement de 2 nouvelles IBODE diplômées au mois de juillet (dont 1 de retour de formation à l'école d'IBODE) et le départ d'une des deux Ibode de nuit, qui a émis le souhait en septembre de repasser de jour et sur l'équipe d'UCA. Il restera **3 postes vacants dont 1 de nuit à la rentrée de septembre**.

2.2.6 Le bloc de chirurgie ambulatoire pédiatrique

L'unité de chirurgie ambulatoire pédiatrique (UCA) a ouvert ses portes en novembre 2022. Il est situé dans le bâtiment indépendant LEMAREY. Ce service complètement neuf est constitué de 4 salles d'opération pouvant accueillir les différentes disciplines chirurgicales. La structure a été conçue comme une plateforme entièrement dédiée à l'ambulatoire où le personnel d'hospitalisation de jour et celui du bloc peuvent circuler comme une seule et même équipe. Ce fonctionnement rend optimal la prise en charge des patients avec une facilité de circulation des équipes. De ce fait, des métiers y sont prévus en transversal comme les aides-soignants de parcours qui suivent le patient à chaque étape dans l'UCA (accueil, salle préopératoire, bloc opératoire, SSPI, et salle de préparation à la sortie).



La contrepartie est que le bâtiment étant relativement isolé et éloigné des 2 autres blocs de Trousseau, le bloc UCA se trouve par son fonctionnement et son positionnement en relative autarcie alors que ce sont les mêmes équipes chirurgicales, anesthésiques, IADE et SSPI que celles travaillant sur le bloc conventionnel.

L'UCA accueille pour une hospitalisation de moins de 12 heures, des patients de 3 mois à 18 ans, pour des chirurgies programmées ou des urgences reconvoquées ne nécessitant pas de passer la nuit à l'hôpital. On y retrouve les spécialités suivantes :

- ✚ Chirurgie orthopédique : Chirurgie d'ablation de matériel, chirurgie de la main, chirurgie ligamentaire, urgences ambulatoires
- ✚ ORL : Amygdalectomie, adénectomie, pose d'aérateur trans-tympanique, chirurgie endonasale, tympanoplastie, ...
- ✚ Ophtalmologie : Chirurgie du strabisme, blépharoplastie, chirurgie des voies lacrymales, ...
- ✚ Chirurgie viscérale : Ectopie testiculaire, hernie, posthécotomie, injections intra vésicales, appendicectomie, cholécystectomie, ...
- ✚ Chirurgie plastique et brûlés : Otoplastie, reprise de cicatrice, greffe de peau, ...



Figure 12 : Indicateurs de performance du bloc UCA Lemarié (2023)

La chirurgie ORL et la chirurgie Ophtalmologique ne disposent pas, dans l'hôpital Trousseau, d'un service de d'hospitalisation complète, mais uniquement de consultations. En ce début d'année 2024, une demande émise par l'ARS et le GHU Sorbonne Université d'accueillir l'activité d'odontologie pédiatrique au sein de l'UCA impose une réflexion sur l'ouverture de la 4^{ème} salle fin 2024.

En effet, à l'ouverture de l'UCA, seules 3 salles d'opération sont en activité. L'offre de vacation opératoire est du lundi au vendredi, de 8h à 16h, 44 semaines par an avec un personnel dédié. L'UCA est totalement fermée lors de la deuxième semaine des vacances scolaires et au mois d'août. Chaque jour, un des Ibo exerce la mission de régulation, c'est-à-dire qu'il est posté hors de la salle d'opération comme chef d'orchestre du jour pour coordonner l'activité, faire le lien avec les services de stérilisation, préparer la journée du lendemain, assurer les pauses déjeuner des collègues en salle d'opération, se rendre aux staffs chirurgicaux pour anticiper la semaine suivante.

L'effectif **ETP est de 6 Ibo**, avec initialement le plein emploi à l'ouverture en novembre 2022, dont 2 professionnels issus du bloc PLC et 4 recrutements. 1 IBODE a donc basculé sur un poste de faisant fonction cadre du bloc gynécologie-obstétrique en septembre 2023, et une autre IBODE commence à prendre des missions managériales en prévision de son évolution vers un poste de faisant fonction cadre IBODE à l'été 2024. Il y a donc **2 postes vacants** avec la perspective du recrutement en septembre de l'IBODE de PLC de nuit lorsqu'elle repassera de jour.

L'équipe est composée de 2/3 d'Ibo diplômés, et 1 seule professionnelle n'avait pas d'expérience de bloc opératoire au moment de l'ouverture.

2.3 Projet de coopération et mutualisation entre les Ibode des blocs opératoires de Trousseau

2.3.1 Conseil commun des blocs opératoires et indicateurs de performance

Selon la circulaire DH/FH n° 2000-264 du 19 mai 2000²⁴, les conseils de bloc opératoire sont une instance obligatoire au sein des établissements publics de santé. Le Conseil Commun des Blocs Opératoires de Trousseau (CCBO) est composé à minima d'un chirurgien, d'un médecin anesthésiste réanimateur (MAR) et du cadre de santé Ibode.

L'Hôpital Trousseau a la particularité d'avoir une présidence double, avec à la fois un chirurgien pédiatrique, mais également un MAR qui est co-président. Sont présents à chaque CCBO qui se réunit 4 fois par an, le directeur de l'hôpital, un représentant de la Direction des Soins et du Groupement Hospitalier, l'encadrement des blocs et d'anesthésie, des chefs de services et chirurgiens de chaque discipline, un représentant de l'équipe opérationnelle d'hygiène et de l'équipe du service de stérilisation.

Les missions du conseil des blocs sont :

- ✚ La programmation et l'optimisation des vacations des blocs opératoires
- ✚ **L'analyse des tableaux d'activité et des indicateurs de performance des blocs opératoires**
- ✚ La rédaction de la charte des blocs opératoires
- ✚ La mise en place et le suivi des protocoles d'hygiène et thérapeutiques
- ✚ **La proposition d'actions de formation continue médicale et paramédicale en lien avec l'évolution des techniques, l'adaptation des compétences et des objectifs de développement**

Le rôle du conseil de bloc opératoire est de favoriser la mise en place d'une organisation efficiente du travail en tenant compte des moyens humains et matériels, des contraintes réglementaires relatives au temps de travail, à l'exercice professionnel et aux règles de sécurité sanitaire et anesthésique.

Le déficit d'effectif, notamment sur les effectifs d'infirmiers de bloc opératoire, a un impact sur l'activité puisqu'il est responsable de fermeture de salles d'opération. Ainsi, sur les 13 salles de blocs que comporte l'hôpital Trousseau, seules 10 sont actuellement en fonction.

Cependant malgré cette situation, on constate une très bonne activité d'offre de soin, avec en 2023 environ :

- ✚ 4000 chirurgies sur les blocs de gynécologie obstétrique dont 21 % d'urgences avec un taux d'occupation de salle (TROS) de 73%
- ✚ 2700 chirurgies sur les blocs de l'unité de chirurgie ambulatoire dont 18 % d'urgences (petite traumatologie) avec un TROS de 82 %
- ✚ Près de 3100 chirurgies sur les blocs conventionnels pédiatriques dont 21 % d'urgences avec un TROS de 93 %.

²⁴ APHP. Direction des affaires juridiques. Mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé. [Consulté le 30 octobre 2023].

Disponible : <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhfh-n-2000-264-du-19-mai-2000-relative-a-la-mise-en-place-des-conseils-de-bloc-operatoire-dans-les-etablissements-publics-de-sante/>

	Blocs GHU	TRS PLC	TRS UCA	TRS SB
Nbre de jours ouvrés	253	253	39	253
Nbre d'interventions réalisées sur horaires d'ouverture	46933	4587	438	1800
Nbre d'interventions réalisées hors horaires d'ouverture	6576	177	0	2166
Taux d'utilisation	84%	89%	79%	60%

Figure 13 : Indicateurs de suivi des blocs opératoires TRS / GHU - Année 2022

	Blocs GHU	TRS PLC	TRS UCA	TRS SB
Nbre de jours ouvrés	251	251	251	251
Nbre d'interventions réalisées sur horaires d'ouverture	48262	2929	2719	1952
Nbre d'interventions réalisées hors horaires d'ouverture	6985	159	6	1976
Taux d'utilisation	87%	93%	82%	73%

Figure 14 : Indicateurs de suivi des blocs opératoires TRS / GHU - Année 2023

Les attendus institutionnels pour une bonne performance d'activité sont un TROS de 80 %. Au-delà, on considère que l'activité programmée est trop importante au regard du taux de vacation offert (TVO), et on peut présumer qu'il y a une file active de patients ne pouvant être accueillis à cause du manque d'offre de vacation opératoire. Le chiffre de 93% sur le bloc conventionnel indique clairement que le nombre de salles d'opération ouvertes est trop faible au regard de l'offre de soin nécessaire. Il en découle également que les équipes font des heures supplémentaires en fin de programme, ce qui génère beaucoup d'insatisfaction.

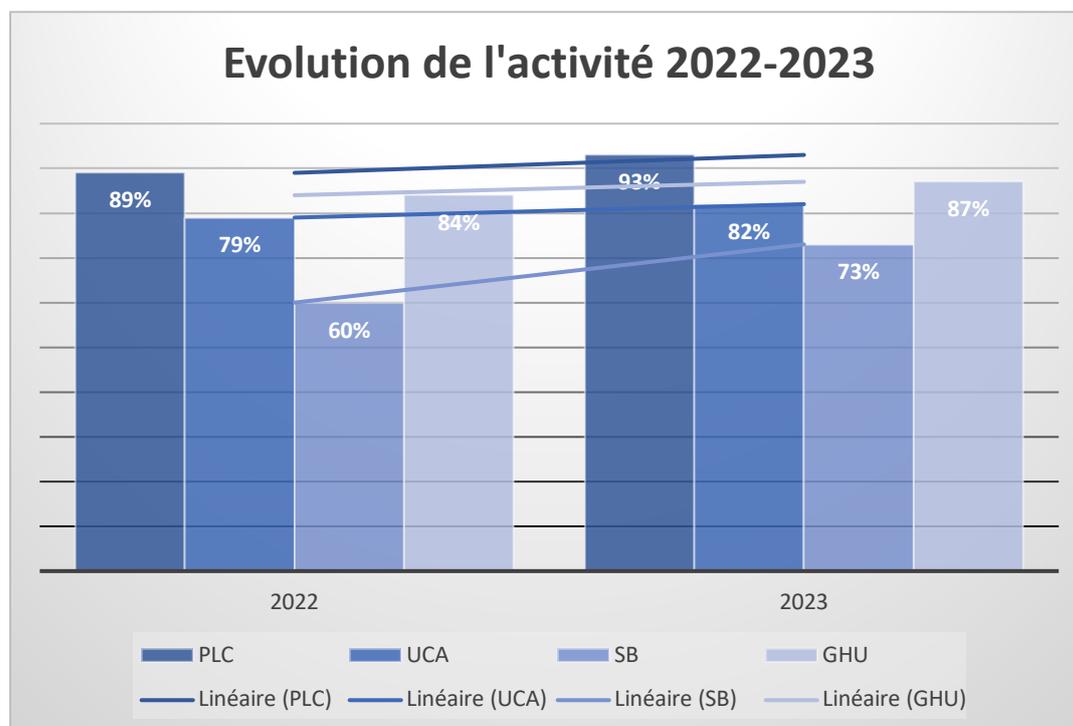


Figure 15 : Évolution du taux d'utilisations des blocs opératoires (2022-2023)

Ainsi, au cours des différents CCBO des dernières années, les décisions d'ouverture et de fermeture de salles ont été majoritairement guidées par les effectifs IBODE, notamment lors de l'ouverture de l'UCA. En effet, l'organisation planifiée envisageait initialement le schéma organisationnel suivant pour l'année 2023 :

- ✚ Étape 1 : Fermeture de 1 salle sur les 6 à PLC et ouverture de 3 salles à l'UCA
- ✚ Étape 2 : Réouverture d'1 salle à PLC
- ✚ Étape 3 : Ouverture de la 4^{ème} salle à l'UCA

Finalement, face à la pénurie d'effectif Ibode, nous sommes plutôt sur Trousseau sur le schéma suivant :

- ✚ Étape 1 : Fermeture de 2 salles sur les 6 à PLC et ouverture de 3 salles à l'UCA
- ✚ **Étape 2 : Réouverture d'1 salle à PLC en cours**
- ✚ Étape 3 : Projet d'ouverture de la 4^{ème} salle à l'UCA (pour l'odontologie)
- ✚ Étape 4 : Projet de réouverture de la 6^{ème} salle à PLC

En janvier 2024, nous sommes en cours de l'étape 2, avec une ouverture de la 5^{ème} salle de PLC 3 jours par semaine. La fermeture de 2 salles sur le bloc PLC n'a pas été sans impact sur l'organisation des vacations chirurgicales. En effet, même en extrayant l'activité ambulatoire qui était auparavant assurée sur le bloc polyvalent, il a été nécessaire de compacter sur 4 salles d'opération ce qui était auparavant réparti sur 6 salles. L'offre de vacation étant polyvalente sur plusieurs spécialités, on constate des difficultés organisationnelles pour la programmation des patients et pour la coordination entre les plages de consultations et de vacation opératoire des chirurgiens.

Les blocs ont donc perdu en efficacité et fluidité. Par exemple, un même chirurgien, dans la même journée, peut aller sur 2 sites opératoires ou mixer une activité opératoire et de consultation. Ou alors, une programmation sur une salle d'opération sera partagée entre 2 disciplines chirurgicales et un retard dans la vacation du matin impactera fortement l'activité de l'après-midi. On constate une file active de patients sur certaines activités majorée de plusieurs mois.

En conséquence, au regard des indicateurs, il est systématiquement demandé à chaque CCBO d'augmenter l'offre de vacation opératoire ou d'élargir les plages de vacation en termes d'horaire afin de pouvoir continuer à garantir une offre de soin suffisante. A cette demande interne, vient s'ajouter une demande émergeant de l'ARS et du GH avec le souhait d'accueillir sur l'ambulatoire de Trousseau une activité d'odontologie pédiatrique.

L'ouverture de nouvelles salles d'opération sur l'hôpital Trousseau ne sera possible que par :

- ✚ Une **stabilisation de l'effectif** Ibode
- ✚ Un recrutement sur les postes vacants (un poste vacant met en moyenne 9 à 18 mois pour être remplacé)
- ✚ Un **recrutement** sur les postes ouverts en même temps que l'augmentation d'offre de vacation

2.3.2 L'organisation pour pallier le manque d'effectif

Pour faire face aux difficultés d'effectifs d'infirmiers en bloc opératoire, il existe un fort **recours aux intérimaires**. Cependant, la spécialité Ibode est déjà une niche dans l'exercice du métier infirmier, et la pédiatrie et la gynécologie sont elles-mêmes des spécialités dans la spécialité qui peuvent effrayer ou ne pas attirer. Les trois blocs ont la chance de disposer d'intérimaires « fidélisées » qui viennent très régulièrement en mission et qui sont d'anciens professionnels ayant déjà exercé en bloc opératoire pédiatrique et/ou gynécologique. D'ailleurs, on constate que des professionnels issus du bloc de Trousseau et partis à la retraite, viennent régulièrement faire des vacations, apportant leurs compétences spécifiques développées sur Trousseau. Cependant, devant la spécificité des blocs pédiatriques et gynécologiques, les intérimaires ne sont pas en capacité d'exercer sur toutes les spécialités chirurgicales ou d'être polyvalents d'un bloc à l'autre.

L'autre levier pour surmonter les difficultés d'organisation et maintenir l'offre de soin est **l'utilisation des heures supplémentaires au sein de l'équipe**. Il est utilisé en priorité pour pallier les absences des professionnels de nuit (pour congés maladie, temps partiel et congés annuels des Ibode fixes). Les heures supplémentaires ont pour bénéficiaires d'avoir du personnel compétent et de pouvoir valoriser financièrement l'équipe Ibode qui s'investit au-delà de son temps prescrit. Un dispositif « Ségur » est d'ailleurs proposé dans le GH, consistant à contractualiser jusqu'à 20 heures supplémentaires par mois qui seront rémunérées 30 heures supplémentaires. Plusieurs professionnelles IBODE ont souscrit à ce dispositif et il est à noter que toutes, en complétant le formulaire de demande, ont coché la case indiquant qu'elles souhaitaient effectuer leurs heures supplémentaires dans leur propre service, cherchant à se protéger d'une demande d'aller vers un autre bloc opératoire de l'hôpital Trousseau.

Si ces deux dispositifs intérimaires et heures supplémentaires permettent de faire face aux besoins d'activité et de pallier l'absentéisme et les vacances de postes, on ne peut que constater qu'ils représentent :

- ✚ Un surplus de **fatigue** non négligeable pouvant engendrer également de **l'absentéisme**
- ✚ Des facteurs de **majoration des risques psychosociaux**
- ✚ Et bien sûr **un coût très important**.

2023	PLC	UCA	SB	TOTAL
Coût (€) Heures Supplémentaires (HS)	126 534	3 631	80 469	210 634
Nombre de missions (HS)	421	13	268	702
Coût (€) Intérimaires	162 550	21 348	261 299	445 197
Nombre de missions	211	20	257	488

Figure 16 : Dépenses intérimaires et heures supplémentaires sur les blocs opératoires de Trousseau (année 2023)

Au total en 2023, 1190 missions ont été réalisées en heures supplémentaires et intérimaires, soit la compensation d'environ 4,75 postes pour un coût de 655 831 euros²⁵.

Le responsable des ressources humaines m'a indiqué que le salaire annuel moyen (chargé) d'une Ibode est de 72 829 euros. On constate donc que la dépense en heures supplémentaires et Ibode en 2023 a représenté l'équivalent de 9 postes Ibo.

Au-delà de ce constat, il a été mis en évidence qu'il existait très peu de mutualisation entre les différents blocs opératoires. Il est régulièrement demandé, lors des conseils de blocs, **pour quelle raison les Ibode de pédiatrie ne descendent pas en gynécologie pour permettre le maintien de l'activité lorsqu'il y a un arrêt Ibo**. A cette question, il est souvent argumenté que la mobilisation des Ibode en compétence de changer de site mettrait en difficulté leur propre service puisque les Ibo restantes ne sont pas encore assez formées sur toutes les spécialités.

Il s'en suit, en général, une remarque indiquant que la **montée en compétence des nouveaux semble interminable**, d'autant plus qu'il est souvent difficile de la part de l'encadrement de donner une date précise à laquelle un professionnel sera considéré comme suffisamment compétent pour être autonome.

Face à des absences inopinées, l'encadrement sollicite des professionnels, en essayant de cibler au mieux, et l'on constate que cela n'est pas du tout inscrit dans la culture, et que ce ne sont pas forcément les plus compétents qui acceptent d'être mobilisés. On remarque également que l'objection en disant : « je ne suis pas capable d'aller ailleurs » des nouveaux arrivés, ou « il n'est pas capable de rester seul donc moi je ne peux pas aller ailleurs » des plus anciens, est un argument qui permet de refuser la mobilité, et l'absence de fin à la formation des nouveaux permet de pérenniser cette absence de collaboration entre les différents blocs.

²⁵ Données extraites des indicateurs de la direction des ressources humaines (DRH) du GH Sorbonne Université

Il sera indispensable pour permettre la réussite de ce projet managérial, **d'investiguer les causes réelles des freins à la coopération entre les Ibode des différents blocs.**

J'ai eu l'occasion, dans le cadre de ce projet, d'interroger plusieurs chirurgiens, en particulier ceux qui travaillent sur plusieurs blocs de l'hôpital Trousseau, pour leur demander leurs attentes en regard des compétences Ibode. Même s'ils ont l'honnêteté de répondre que ce qui leur tient à cœur est d'avoir surtout la possibilité d'opérer quand ça les arrange, quel que soit le lieu, ils admettent que la présence d'une Ibode compétente, ayant une bonne connaissance du lieu où elle exerce, de la spécialité, et enfin des habitudes du chirurgien, changent considérablement la sérénité et le confort de l'intervention chirurgicale. Pouvoir se reposer sur une Ibode compétente permet au chirurgien d'être plus efficace et de garantir une meilleure prise en soin.

2.3.3 L'émergence du projet et ses enjeux

C'est de la mise en évidence de la problématique d'effectifs dans les blocs opératoires et de la présence de professionnels disposant d'un niveau très hétérogène de compétences qu'est né le projet de coopération et mutualisation entre les Ibode de l'hôpital Trousseau par le développement des compétences.

Définition du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) de la coopération²⁶ :

(n.f) Action de participer (avec une ou plusieurs personnes) à une œuvre ou à une action commune. Aide, entente entre les membres d'un groupe en vue d'un but commun.
→ Synonyme : collaboration – aide – appui – contribution – concours - participation

Définition du dictionnaire « Petit Robert » de la mutualisation :

(n.f) Action de mutualiser, répartir solidairement parmi les membres d'un groupe ou mettre en commun.
→ La mutualisation des ressources.

En s'appuyant sur le levier 22 du plan institutionnel de 30 leviers de l'APHP « *retrouver le plus vite possible un meilleur fonctionnement de nos blocs opératoires* », nous avons réfléchi autour de son objectif de rendre plus attractif la spécialité IBODE et de mettre en place un plan d'action ciblée pour répondre à nos problématiques spécifiques sur les blocs opératoires de Trousseau.

En concertation avec la présidente du conseil des blocs, nous avons décidé de ce projet de développement des compétences comme outil pour renforcer la coopération et la mutualisation entre les Ibode.

Ce projet repose sur des actions visant à une **montée en compétence plus efficace** de chaque professionnel **sur son site d'affectation** initial, avec une **coopération dans les apprentissages** pour **permettre une mutualisation des compétences et des ressources** afin de pouvoir, à terme, envisager **une mobilité des professionnels.**

²⁶ CNRTL. [Consulté le 10 février 2024].

Disponible : <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/cooperation>

Les principaux acteurs autour du projet de coopération des Ibode de Trousseau par le développement des compétences sont :



Le choix de ce projet a pour enjeux de **garantir aux patients la qualité et la sécurité des soins** dont le cadre de bloc doit être le garant. Il doit tout mettre en œuvre pour monter en compétence son équipe afin de « *fournir le bon soin, au bon moment, au bon endroit et par le bon professionnel* ». (Sophie LEVRESSE-TOUSSAINT, p110)²⁷

Pour **les professionnels**, il s'agit d'améliorer **l'attractivité et la fidélisation**, par une meilleure offre d'intégration et de formation, tant pour les étudiants que pour les nouveaux professionnels. Nous avons pour enjeu de proposer **un parcours professionnalisant** et valorisant qui permettrait d'aller au-delà de l'adaptation au poste de son propre service.

En parallèle, par un travail plus transversal autour **des valeurs partagées** et **des richesses spécifiques** de chacun des blocs opératoires de l'hôpital Trousseau, ce projet vise à améliorer la **qualité de vie au travail** des professionnels et à renforcer leur sentiment d'appartenance pour **développer une culture commune** et **valoriser les coopérations**.

D'un point de vue institutionnel, ce projet en répondant à l'objectif du levier 22²⁸, permettra un meilleur fonctionnement des blocs opératoires, une augmentation de l'offre de soin et une amélioration de la performance par une bonne gestion des emplois et des parcours professionnels (GEPP).

A partir de cette problématique, j'ai dans un premier temps choisi d'analyser le concept de développement des compétences (partie 3) afin d'identifier les actions à mettre en œuvre auprès des Ibode, puis j'étudierai la méthodologie d'accompagnement du changement (partie 4) aussi bien dans l'analyse spécifique des blocs opératoires de Trousseau que dans le cadre du déploiement de ce projet en lui-même.

²⁷ LEVRESSE-TOUSSAINT S. Bloc opératoire : leadership au service de la performance. PROJECTIQUE, 2020, Hors-Série. pp. 85-113 [Consulté le 04 mars 2024]

Disponible : <https://www.cairn.info/revue-projectique-2020-HS-page-85.html>

²⁸ REVEL N. 30 leviers pour agir ensemble. [Consulté le 27 janvier 2024].

Disponible : <https://www.calameo.com/read/004021827b2c9bc2c2b29?authid=B2dPJeDiAvtH>

3 Faire évoluer les compétences individuelles vers un collectif compétent

3.1 Autour des compétences Ibode

Comme nous avons pu le voir en première partie, le métier d'infirmier au bloc est défini autour de différents rôles (circulant, instrumentiste, aide opératoire et assistant de chirurgie) dont certains ne sont accessibles que si l'on dispose du diplôme d'Ibode.

La reconnaissance du métier d'Ibode et de la formation en école d'IBODE est bâtie autour d'un référentiel d'activités et de compétences (annexe C). Il me semble important, puisque des professionnels non diplômés IBO exercent dans l'enceinte des blocs opératoires, d'explorer le **concept de compétences** pour accompagner les professionnels dans le développement de ces dernières.

3.1.1 Définitions de la notion de compétence

Le dictionnaire CNRTL²⁹ définit la compétence comme :

(n.f) Capacité, fondée sur un savoir ou une expérience, que l'on reconnaît à une personne.
XV^e siècle. Emprunté du bas latin *competentia* « proportion, rapport exact ».
→ capacité, qualité. *S'occuper d'une affaire avec compétence. Cela n'entre pas dans mes compétences*

Il convient de compléter cette définition très générale par celles d'autres auteurs ayant développé un champ d'expertise dans le domaine de la compétence professionnelle.

Dans leur article « Compétences, un folk concept en difficulté »³⁰, Christian BATAL (Docteur en Gestion des Ressources Humaines (GRH) et Docteur en psychologie du travail) et Solveig FERNADU OUDET (Directrice de recherche en sciences de l'éducation et de la formation) nous expliquent que la compétence est un « folk concept », un champ conceptuel exploré par de nombreuses disciplines (sociologie, économie, ergonomie, psychologie du travail, psychologie cognitive, didactique professionnelle, pédagogie) sans établir de consensus sur ce qu'est ou n'est pas une compétence.

« La notion reste pour l'heure relativement polysémique et non stabilisée. Cette polysémie a offert l'avantage de l'imprécis, qui conduit les acteurs à problématiser différemment et à envisager des questionnements nouveaux relevant de l'action, de l'usage, de l'évaluation... » (BATAL – FERNADU OUDET, 2013)

Il semble admis aujourd'hui par tous que **c'est dans l'environnement de travail, en situation, que se forment et s'expriment les compétences**. Elles sont le résultat de la combinaison des ressources internes à un individu (connaissances, savoir, motivation, expérience) et des ressources externes à ce dernier (organisation de travail, équipe, information). Le processus qui permet l'avènement d'une compétence, c'est à dire la combinaison d'un savoir acquis en une capacité à agir en situation professionnelle est le fruit d'un parcours d'apprentissage qu'il convient d'adapter selon les individus.

Henri BOUDREAUULT, Vice Doyen aux études à la faculté des sciences de l'éducation de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) nous propose une représentation conceptuelle de la compétence professionnelle qui se situerait à la conjonction des savoirs, savoir-faire et savoir-être des individus.³¹

²⁹ CNRTL. [Consulté le 10 février 2024].

Disponible : <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/competence>

³⁰ BATAL C, FERNAGU OUDET S. Compétences, un folk concept en difficulté ? SAVOIRS, 2013 mars. N° 33. pp. 39-60. [Consulté le 06 février 2024].

Disponible : <https://www.cairn.info/revue-savoirs-2013-3-page-39.html>

³¹ BOUDREAUULT H. Interpréter et représenter les savoir-être professionnels pour pouvoir concevoir des environnements didactiques pour les faire développer. Colloque international Didactique Professionnelle. 2017 7-8 juin. [Consulté le 06 février 2024].

Disponible : https://rpd2017.sciencesconf.org/data/3106_BOUDREAUULTHenri.pdf

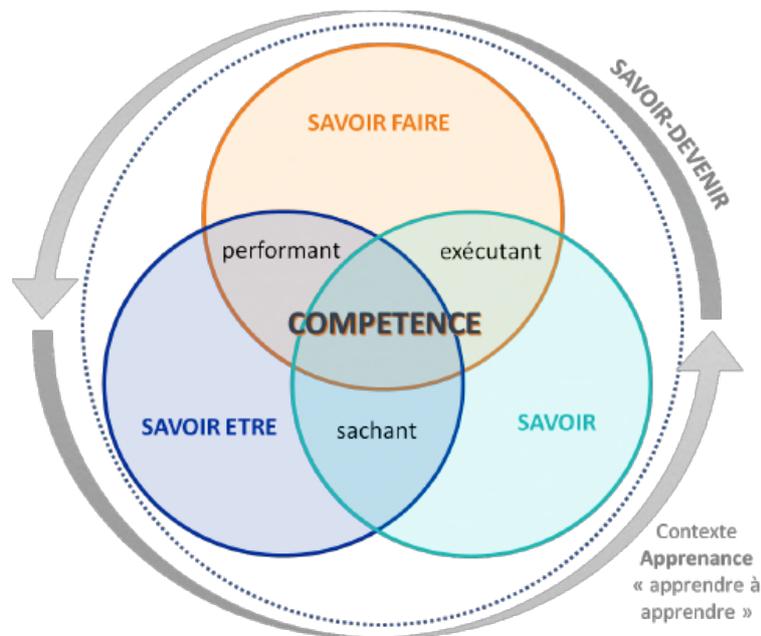


Figure 17 : Représentation du concept de compétence professionnelle
Henri BOUDREAULT (2002)

Ainsi, selon l'approche des intersections des savoirs de la compétence professionnelle, Henri BOUDREAULT indique qu'une compétence sans savoir-être produirait uniquement de la performance, une compétence sans savoir-faire, produirait de la connaissance et une compétence sans savoir, produirait de l'exécution. Cette modélisation fait écho dans l'environnement des blocs opératoires. Il est fréquent d'entendre les professionnels revendiquer leur souhait de formation et de reconnaissance de leur compétence en exprimant qu'ils ne sont pas des « ouvre-boîtes », de simples exécutants de tâches qui leur sont prescrites de manières stéréotypées et dénuées de réflexion. Henri BOUDREAULT souligne également l'importance de ne pas oublier de concevoir un environnement propice au développement du savoir être, composante essentielle et indispensable du développement de la compétence professionnelle³² :

« L'expression « tout le monde veut aller au ciel, mais personne ne veut mourir » est un bel exemple du phénomène que j'ai constaté à travers mes années d'expérimentation. L'aspect périlleux est la conséquence de la mise en place des conditions pour susciter le développement, chez vos apprenants, des savoir-être cohérents à l'identité professionnelle d'une fonction de travail. Vous devrez nécessairement changer la façon d'aborder l'apprentissage, et par conséquent l'enseignement, de ces savoir-être. C'est Einstein qui écrivait que « La folie, c'est de faire toujours la même chose et de s'attendre à un résultat différent. » » (BOUDREAULT)

Les savoirs-être sont par conséquent considérés également comme des compétences à acquérir et cela ne peut se dérouler qu'à partir des situations de travail qui mettent en lien tâches à réaliser, comportement à exprimer, et contexte de la tâche³³.

« Nous définissons le savoir-être comme étant une connaissance qui permet à une personne de se représenter les comportements professionnels qu'elle doit manifester, lors de la réalisation de ses tâches, dans des situations particulières. D'où notre idée de connaissances comportementales. » (BOUDREAULT)

³² BOUDREAULT H. Attitude, savoir-être et conduit au cœur du développement de « La » compétence professionnelle. DIDAPRO. 2024 Février. [Consulté le 06 février 2024]. Disponible : <https://didapro.me/author/didapro/>

³³ BOUDREAULT H. Interpréter et représenter les savoir-être professionnels pour pouvoir concevoir des environnements didactiques pour les faire développer. Colloque international Didactique Professionnelle. 7-8 juin 2017. [Consulté le 06 février 2024]. Disponible : https://rpd2017.sciencesconf.org/data/3106_BOUDREAULTHenri.pdf

Guy LE BOTERF (Directeur de LE BOTERF CONSEIL et Docteur en sciences humaines et en sociologie) dans son livre « Construire les compétences individuelles et collectives »³⁴, complète cette approche du concept de compétence professionnelle en affirmant qu'il ne faut plus : « *penser la compétence seulement en termes de listes d'attributs (savoir, savoir-faire, savoir être), mais en référence au processus qu'un professionnel met en œuvre lorsqu'il agit avec pertinence et compétence en situation* ».

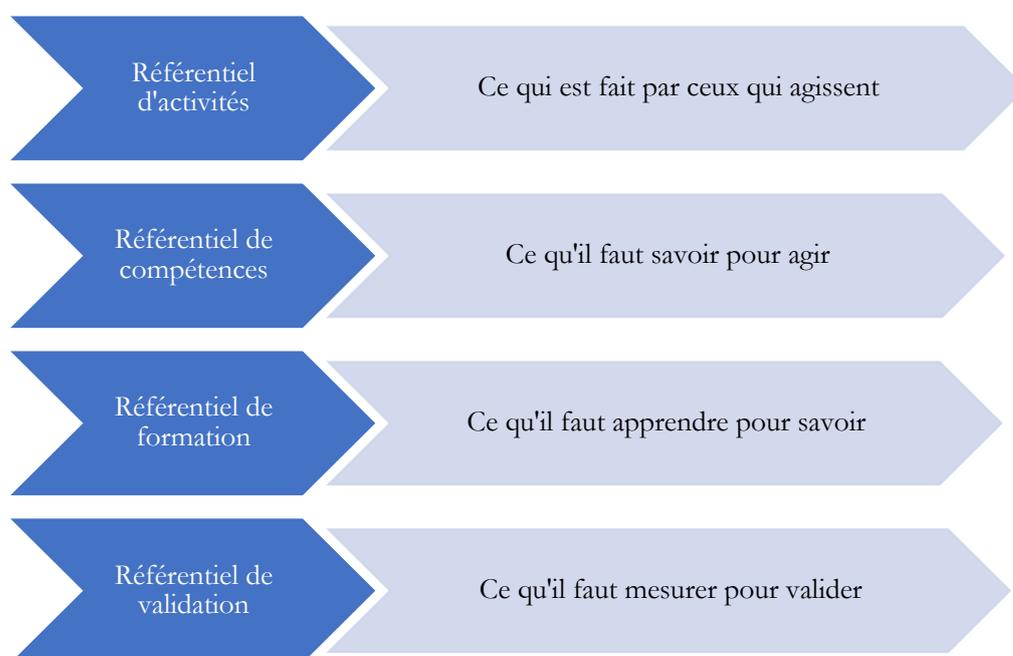
Être compétent, c'est savoir agir en situation et un professionnel est considéré comme compétent s'il sait créer des combinaisons de ressources qui lui permettront de gérer des situations professionnelles. Ainsi, la notion de compétence se différencie de celle plus ancienne qui parlait de qualification. La compétence est le degré de professionnalité avec lequel on exerce un emploi. Deux personnes peuvent avoir la même qualification et exercer l'emploi avec plus ou moins de compétence.

C'est de cette manière que l'on peut trouver, dans les blocs opératoires, des IDE qui n'ont pas été en école d'IBODE mais qui semblent plus compétentes que des IBODE diplômées car celles-ci n'ont pas su ou pu développer certaines compétences complémentaires aux savoirs acquis lors de la formation et qui ne se révèlent qu'en situation de travail.

3.1.2 Les composantes de la compétence

Le métier d'Ibode repose sur un référentiel d'activités et de compétences décrit dans le décret R.4311-1 à 48 du Code de la Santé Publique.

Francis MINET (Professeur associé au CNAM et conseil pour de nombreuses organisations publiques et privées en management, conduite du changement et gestion des ressources humaines) nous donne un éclairage sur la notion de référentiel et sur celle de compétence³⁵ :



Il cite dans son article « *Former aux compétences* »³⁶ plusieurs experts :

- ✚ Maurice de MONTMOLLIN, ergonomiste et psychologue pour qui les compétences sont des « ensembles stabilisés de savoirs et de savoir-faire, de conduites-types, de procédures-standards, de types de raisonnement, que l'on peut mettre en œuvre sans apprentissage nouveau ». Ces ensembles, pour s'exprimer et devenir des compétences, doivent être mis en œuvre en situation de travail.

³⁴ LE BOTERF G. Construire les compétences individuelles et collectives. Paris : Edition d'Organisation. 2004.

³⁵ MINET F. Des compétences à la validation. Conférence Alfa Centre. 2 juin 2004. [Consulté le 10 février 2024]. Disponible : [Microsoft PowerPoint - 2004-06-02 Conference Competences \(alfacentre.org\)](#)

³⁶ MINET F. Former aux compétences. Didaction : Communication aux Journées AFDS 2009. [Consulté le 09 février 2024]

Disponible : <https://www.didaction.com/fichiers/Article%20Former%20aux%20compétences.pdf>

- Philippe ZARIFIAN (sociologue), pour sa part, nous explique que la compétence repose sur une « *intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforme, avec d'autant plus de force que la diversité des situations augmente* ».
- Gérard MALGLAIVE, docteur en sciences de l'éducation, présente la compétence comme des « *savoirs en actes* », où la compétence et l'action sont indissociables l'une de l'autre. Les compétences ne sont pas innées, elles s'acquièrent tout au long de la vie et des situations rencontrées, de manière plus ou moins aisée, approfondie et pérenne selon les individus.

La compétence serait la résultante de la fusion de deux grandes familles de savoir :

- Les savoirs savants et formalisés
- Les savoirs de l'action qui sont la combinaison de plusieurs composantes.

C'est la prise en compte de ces dernières qui permet la mise en œuvre des compétences en situation de travail. C'est également pour cette raison que la formation des médicaux et des paramédicaux repose sur un grand nombre d'heures de stage pour démultiplier les occasions d'apprentissages en situation de travail.

Les composantes de la compétence³⁷ :

Les connaissances

- **Savoirs théoriques**, savants ou formalisés
- Ce sont toutes les notions et concepts appris lors de la formation initiale, mais également lors des formations académiques complémentaires que nous pouvons avoir au cours de notre carrière professionnelle.
- Ce type de savoir nécessite d'être entretenu et renforcé pour ne pas diminuer

Les automatismes

- Manière de faire sans y penser
- **Le savoir-faire automatique** permet au cerveau, au système cognitif de réduire la charge mentale de l'action automatique pour se concentrer sur autre chose.
- Lors d'une prise de poste : il y a très forte charge mentale pendant les 3 premières années qui va ensuite diminuer au fur et à mesure que des automatismes vont se mettre en place.
- Lorsque l'on change de contexte, les automatismes chutent : on met plus de temps pour réaliser la même tâche, et on va devoir faire plus attention pour ne pas réaliser des erreurs ce qui est plus fatigant
- A l'inverse il existe un plus fort risque d'accident en mode automatique car la vigilance diminue

L'expérience

- Nombre de situations différentes vécues (du point de vue ergonomie)
- **Savoir pratique** qui se met en place au décours des situations de travail
- Il est difficile à transmettre, car il est individuel et résulte de la fusion des savoirs théoriques adaptés aux situations.
- Ne pas confondre ancienneté et expérience car on peut être ancien et peu compétent si on se conforte dans la routine

Les procédures, techniques, méthodes

- Mode opératoire qui permet à la théorie d'agir
- **Savoir procédural** qui permet au professionnel d'aller vite et bien
- Une procédure fonctionne en "Si ... Alors ... ", et est indispensable à la mise en place des automatismes.

³⁷ MARCHAND X. Place de la notion de compétence dans l'organisation du travail. Cours Master 2 Management des Organisations Soignantes. ESM-UPEC. Décembre 2023.

Au final, les connaissances représentent une faible part de l'ensemble des savoirs acquis au cours de sa carrière mais il est important de prendre en compte les savoirs théoriques de chacun, notamment dans un bloc opératoire où l'ensemble des infirmières présentes ne possède pas le même socle commun de connaissances de par les différents parcours ayant amené à la prise de poste. Les savoirs de l'action que l'on acquiert en vivant de l'expérience, en partageant avec autrui sont les savoirs les plus importants dans l'acquisition de la compétence.

Cette approche par les composantes de la compétence est à prendre en compte dans le projet managérial de coopération et mutualisation des compétences des Ibo de différents blocs de l'hôpital Trousseau. Il nous apporte un éclairage sur la nécessité de ce projet et les résistances qui peuvent être rencontrées.

En effet, plus on laisse les professionnels positionnés dans un environnement fixe, plus on limite leur plasticité cognitive. Au regard de la cartographie des métiers et des compétences, il semblerait que certains « anciens » aient commencé à tout automatiser, à ne plus lire, apprendre et se limitent à ce qu'ils savent faire... Ils sont devenus réticents au changement, hermétiques aux nouveaux savoirs car ils les font sortir de leurs automatismes.

La compétence est la mobilisation de savoirs dans une situation donnée, aussi, lorsque l'on change l'environnement de travail, on constate que la compétence diminue car elle n'est pas naturellement transférable d'une situation à une autre.³⁸ Il faudra ainsi être vigilant dans le développement des compétences à bien répondre aux besoins individuels. C'est-à-dire qu'il faudra cibler les professionnels qui ont un socle de connaissances suffisamment robuste pour pouvoir être ensuite mobilisés vers un autre bloc opératoire, là où d'autres professionnels ont besoin d'acquérir de l'expérience et d'être accompagnés dans le renforcement des savoirs dans leur propre poste afin d'acquérir les savoir-faire automatiques, procéduraux ou même théoriques.

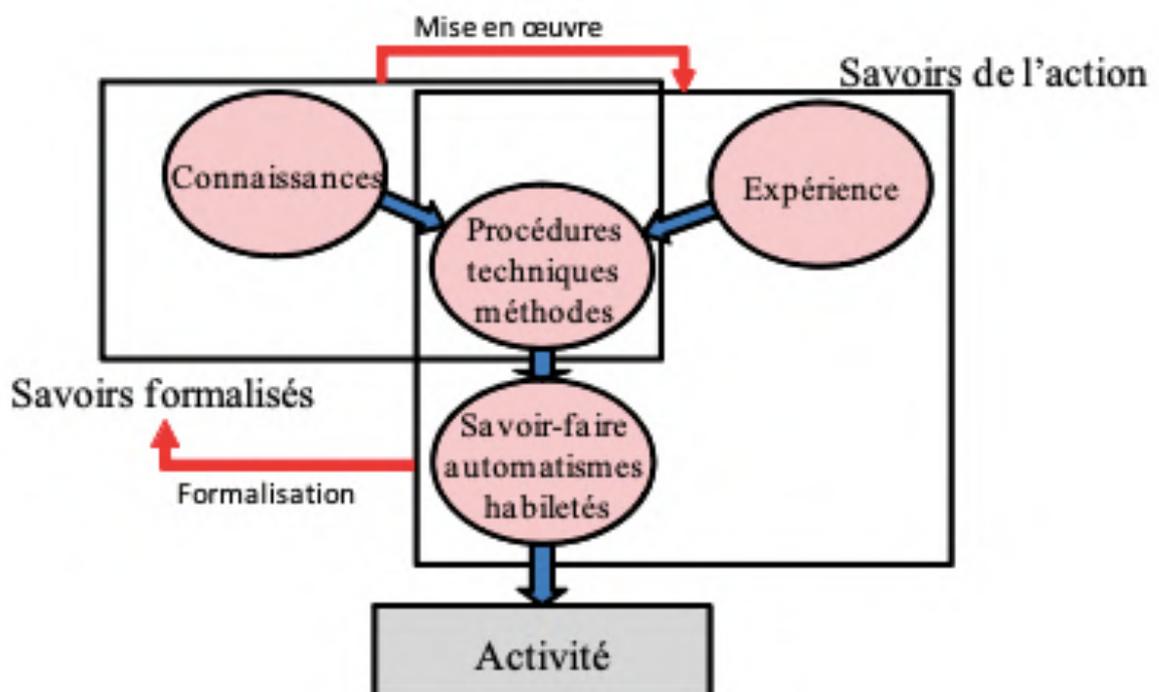


Figure 18 : Les composantes de la compétence
MALGLAIVE / MINET (2009)

³⁸ MINET F. Des compétences à la validation. Conférence Alfa Centre. 2 juin 2004. [Consulté le 10 février 2024]. Disponible : [Microsoft PowerPoint - 2004-06-02 Conference Competences \(alfacentre.org\)](https://www.alfacentre.org/2004-06-02-Conference-Competences)

En résumé, les connaissances théoriques sont des savoirs aisés à formaliser, facilement transmissibles et partageables. À contrario, il paraît indispensable de réaliser des analyses de travail en situation et d'accompagner les professionnels dans la mise en mots et la formalisation de leurs savoirs de l'action pour développer et acquérir les savoirs de l'expérience, des procédures et des automatismes.

S'intéresser à la notion de compétence est essentiel pour permettre l'amélioration des pratiques et optimiser les organisations de travail. Il s'agit également, à travers l'évaluation des compétences, d'un préalable indispensable avant de mettre en œuvre une coopération et une mutualisation entre les différents blocs opératoires. Il est primordial d'évaluer les compétences individuelles pour pouvoir, dans un deuxième temps, les exploiter et les manager.

3.1.3 De la gestion des compétences au management des compétences

Anne DIETRICH, Enseignant chercheur en GRH à l'université de Lille, dans son ouvrage « Management des compétences »³⁹ définit le **management des compétences** comme une technique managériale qui vise à développer les compétences de chaque professionnel d'une institution pour atteindre les objectifs collectifs. Contrairement à la **gestion des compétences**, qui se concentre sur la concordance entre les compétences disponibles présentes dans l'institution et celles dont elle a besoin, le **management des compétences** travaille sur l'intelligence collective. Il favorise des comportements au travail qui contribuent à la raison d'être, au projet d'établissement tout en valorisant le capital humain. Cette approche équitable permet de maintenir l'employabilité, l'efficacité et la motivation de tous les professionnels. Le rôle des cadres supérieurs de santé est essentiel dans la mise en œuvre de cette stratégie, car ils doivent accompagner les cadres de proximité et leurs équipes pour améliorer la performance du collectif.

Le management des compétences est une démarche « descendante ».⁴⁰ Dans ce projet managérial de coopération et mutualisation des compétences, la participation de la direction des soins et de la présidence du conseil des blocs (Niveau 1) est indispensable à l'initiative du projet de « coopération et mutualisation des équipes Ibode par le développement des compétences ». Le pilotage de la démarche appartient au cadre supérieur de santé (Niveau 2). J'aurai pour rôle de rationaliser et organiser les ressources afin de permettre une gestion des compétences dans les situations de travail et au cœur des pratiques professionnelles. L'implication des cadres de proximité, mais également de tous les professionnels (Niveau 3) sera indispensable, puisque ce sont eux qui vont devenir ou redevenir acteurs de leur développement de compétences professionnelles.

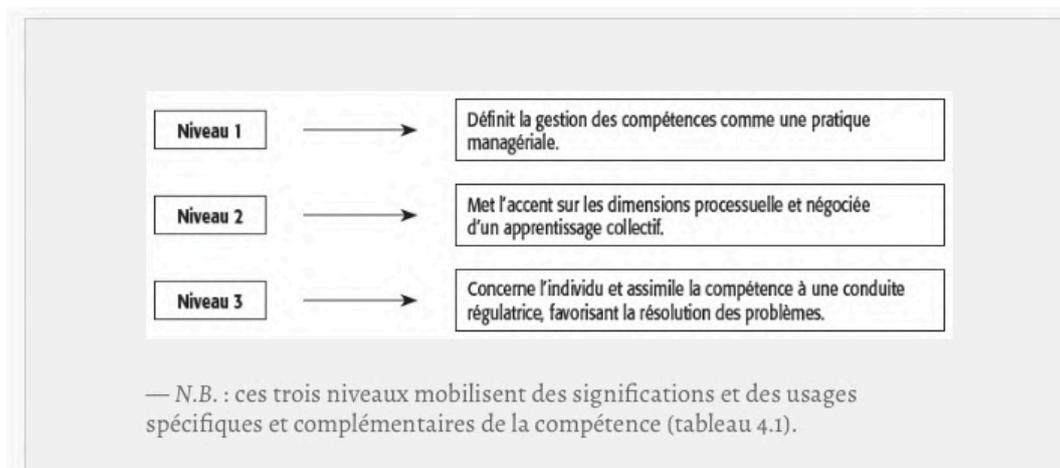


Figure 19 : Management des compétences. DIETRICH (2018)

³⁹ DIETRICH A. Chapitre 4 : Une activité partagée « In » Management des compétences. Paris : MAGNARD-VUIBERT. 2018. Page 65 à 85

⁴⁰ Ibid

Tableau 4.1 : **LES TROIS NIVEAUX DE LA GESTION DES COMPÉTENCES**

	Acteurs	Processus	Finalité	Production
Premier niveau	- Direction - DRH	Rationalisation	Formalisation de l'action organisée	- Argumentaire managérial - Outils de gestion RH - Règles salariales, classifications
Deuxième niveau	Management intermédiaire	- Apprentissage collectif - Négociation	- Coordination - Coopération	- Dispositifs et règles d'action - Appréciation des salariés
Troisième niveau	- Individus - Équipes de travail	- Expérimentation - Heuristique	Professionnalisme	Savoir-faire, construction de solutions à partir de l'expérience

Figure 20 : Management des compétences. DIETRICH (2018)

C'est dans cet optique de management des compétences que l'on peut générer une dynamique collective qui va au-delà de la gestion des compétences individuelles car il permet d'évoluer vers la **compétence collective, de partage et de mutualisation**.

Anne DIETRICH définit la **compétence collective**⁴¹ :

« Elle est issue de la synergie des compétences individuelles. Elle se développe dans une organisation repensée, favorisant des représentations partagées, l'échange d'informations et le partage des savoir-faire Elle s'exprime au sein d'un atelier, d'une équipe de travail, d'un projet et résulte à la fois d'une bonne coordination des acteurs et de leur volonté de coopérer.

Elle est néanmoins supérieure à la somme des compétences individuelles, elle contribue à enrichir : travailler en collectif permet d'apprendre au contact des autres, stimule les compétences de chacun et développe des capacités d'apprentissage, individuelles et collectives, valorisée aujourd'hui... »

Ce projet managérial, pour être une réussite, repose sur l'engagement du cadre supérieur, pilote du projet et l'encadrement de proximité comme relais de la logique compétence auprès des équipes. L'encadrement aura pour mission d'informer, mais aussi de convaincre du bien-fondé du projet. Nous l'avons vu à l'hôpital Trousseau, les cadres de proximité sont actuellement, pour les trois blocs opératoires, en position de référent ou faisant-fonction Cadre de Santé. Toutes les trois sont IBODE diplômées et disposent de l'expertise du métier Ibode. Par contre, elles sont, au moment de la mise en place du projet, en pleine démarche d'acquisition des compétences en encadrement et en management.

Ce projet managérial devra en tenir compte et demandera un accompagnement tout particulier du développement des compétences comportementales du manager. Anne DIETRICH décrit dans son ouvrage les aptitudes les plus citées dans les référentiels⁴² :

- ✚ Les capacités liées à la maîtrise de soi : résistance au stress, contrôle de soi, confiance en soi
- ✚ Les capacités liées aux exigences de performances : capacité d'organisation, capacité d'expertise, sens du résultat, capacité d'analyse diagnostique
- ✚ Les capacités liées à l'encadrement de subordonnées : écoute, disponibilité, capacité à développer les autres, courage managérial, persuasion.

⁴¹ DIETRICH, Anne. Chapitre 6 : Un défi : placer les compétences au cœur du management « In » Management des compétences. Paris : MAGNARD-VUIBERT. 2018. pp. 103 à 118

⁴² DIETRICH, Anne. Chapitre 4 : Une activité partagée « In » Management des compétences. Paris : MAGNARD-VUIBERT. 2018. pp. 65 à 85

Ainsi l'encadrement se retrouvera dans le cadre de ce projet managérial à la fois en position d'acteur et d'objet. Acteur, car il va en assurer au quotidien, le déploiement, depuis ses prémices jusqu'à sa pérennisation ; mais également objet dans la mesure où cette logique de développement des compétences va transformer et fonder son rôle de manager. Il sera l'occasion d'une montée en compétence. « *Son engagement dans la démarche et ces compétences deviennent des cibles de la démarche* » (DIETRICH. p.75)

Tableau 6.1 : **ATTRIBUTS DE LA COMPÉTENCE COLLECTIVE**

Référentiel commun	Un patrimoine partagé de représentations du travail, de la qualité, de la demande du client, des moyens d'y répondre, résultant d'un accord
Langage opératif partagé	Un « dialecte » propre au groupe, formé de raccourcis, de métaphores favorisant une compréhension rapide et précise et l'économie des échanges
Mémoire collective	Résulte de la confrontation des savoir-faire de l'action et d'un accord sur les solutions possibles
Engagement subjectif	Participation volontaire à la recherche commune de solutions, esprit d'initiative, responsabilité

— Source : d'après D. Retour et C. Krohmer, 2006.

Figure 21 : Management des compétences. DIETRICH (2018)

Le milieu hospitalier est caractérisé par la rotation systématique d'une partie des professionnels. En effet, les chefs de clinique, les internes et les externes, les étudiants se succèdent en permanence pour une plus ou moins longue durée. Il est primordial dans les blocs opératoires, par la mise en place de procédures, de protocoles, de formalisation, d'ancrer la compétence collective. Ceci afin de permettre, même lors des changements des acteurs, de toujours pouvoir répondre aux exigences des situations de travail, de mettre en œuvre des savoirs acquis d'autres situations formatives ou d'acquérir de nouvelles compétences.

Développer le tutorat, le parrainage, le compagnonnage, l'apprentissage, pour permettre ensuite de valoriser l'expérience acquise permettra donc la construction de la compétence collective. Cette dernière est essentielle et favorise par la suite l'émergence de **compétences organisationnelles**⁴³.

« *Les compétences organisationnelles désignent le capital de savoir-faire d'une entreprise. Elles relèvent d'un niveau macro par rapport aux compétences collectives (niveau méso) ou individuelles (niveau micro).* » (DIETRICH)

Ce but ultime pour les blocs opératoires de Trousseau suppose déjà une réelle stratégie mise en place de déclinaison des compétences individuelles et collectives dans chacun des trois blocs opératoires. Il faudra également avoir capitalisé et accumulé de nombreux savoir-faire collectif afin de permettre un apprentissage collectif. Enfin, il sera alors possible de combiner les ressources et les compétences pour augmenter le capital compétence de l'ensemble de l'institution.

En tant que cadre supérieure de santé, mon rôle sera prépondérant dans la mise en œuvre et la réussite de ce projet. Il me faudra, avec du leadership, des interactions informelles et une culture partagée, favoriser l'émergence de la compétence collective de manière pérenne. La construction d'un collectif compétent prend du temps et demande une certaine stabilité, mais une fois mis en place, il engendre une vraie « mémoire collective » et permet à toute l'organisation de devenir plus efficiente.

⁴³ DIETRICH, Anne. Chapitre 6 : Un défi : placer les compétences au cœur du management « In » Management des compétences. Paris : MAGNARD-VUIBERT. 2018. pp. 103 à 118

3.1.4 Pistes d'actions dans le projet managérial pour développer les compétences collectives

Afin de pouvoir établir une gestion des emplois et des parcours professionnels plus efficiente au sein des blocs opératoires de Trousseau, un certain nombre d'actions et d'idées ont émergé et pourront être développées dans le cadre du projet. Le choix, la mise en œuvre et l'accompagnement de ces actions s'inscriront dans le temps selon un planning formalisé par l'équipe projet (l'équipe d'encadrement). Il est détaillé en partie 4.3 dans la partie pilotage du projet et en annexe F avec un diagramme de Gantt.

Ci-dessous sont décrits les principaux axes d'actions qui me paraissent indispensables pour permettre à ce projet de répondre réellement aux besoins et améliorer l'organisation existante, et qui ont été validées en comité de pilotage :

Cartographie des compétences Ibode

- Mise en place d'une cartographie commune des compétences sur les blocs de Trousseau
- Elle est complétée de manière individuelle afin de mesurer les compétences à améliorer, en pratique courante ou en expertise selon chaque spécialité, ou selon des domaines spécifiques ou transversaux.
- Elle donne une visibilité sur les champs de compétences à développer sur le plan individuel, et pourra servir de support lors de l'entretien professionnel d'évaluation et de formation pour que chacun puisse se prendre en main, se positionner dans son propre parcours et objectiver ce qu'il peut apporter et dans quel domaine il peut progresser
- La cartographie mettra également en évidence des domaines qui ne sont pas assez maîtrisés sur le bloc opératoire et aidera à définir les axes de formations prioritaires et obligatoires.

Toute **cartographie** possède deux dimensions : une variable collective qui permet d'identifier non seulement les emplois mais également les compétences qui constituent ces derniers et une variable individuelle qui permet de positionner chaque professionnel par rapport aux compétences acquises et à acquérir. Cette cartographie (disponible en Annexe D et en figure 22) conçue par mes soins dès le début du projet et partagée avec l'encadrement a été un élément très aisé à mettre en place. Cet outil dynamique mis en commun sur un répertoire numérique donne une excellente visibilité sur les compétences individuelles et collectives au sein des trois blocs opératoires.

Pour l'élaborer je me suis appuyée sur une analyse documentaire exhaustive dans la profession, mon expertise de 25 ans en bloc opératoire, et mon expérience de mise en place de livret d'intégration et de compétences dans mes postes successifs. J'ai croisé l'ensemble avec l'expérience et l'expertise de l'encadrement des trois blocs pour compléter et l'adapter à nos propres unités. Ceci m'a permis d'éviter le biais de confirmation.⁴⁴

Ma cartographie est construite en « double entrée » avec en colonnes les compétences et en lignes les professionnels (par bloc opératoire). La première colonne est l'évaluation des compétences socles de l'exercice du métier d'infirmier en bloc opératoire (maîtrise des équipements biomédicaux, capacité à évoluer dans une salle d'opération, ...).

L'essentiel pour rendre cette cartographie exploitable est d'avoir un étalonnage partagé parmi les membres de l'encadrement mais également avec les Ibode qui ont la possibilité de s'auto évaluer. C'est pourquoi, nous avons décidé ensemble l'échelle suivante :

⁴⁴ Le biais de confirmation est un processus cognitif qui consiste à privilégier les informations relatives à son hypothèse de départ, et à occulter les autres informations.

Nous avons également depuis sa mise en place, réalisé qu'il existe également **des compétences non techniques**, plus transversales qui sont à évaluer et à mettre en place, comme par exemple les compétences pédagogiques et les aptitudes au tutorat. En effet, on peut discerner un professionnel expert dans une spécialité mais ne pas disposer de compétences en matière de transmission.

Si l'encadrement, de par son expertise IBODE est en capacité de déterminer le degré de compétence des professionnels qu'il manage, il est encore plus intéressant, au décours de l'entretien professionnel et de formation qui ont lieu en ce début d'année 2024, d'inviter les Ibode à **s'autoévaluer** dans la grille. Cela permet d'une part de les aider à objectiver les connaissances qui sont déjà acquises en confrontant les points de vue pour des professionnels qui se sous estiment, mais également de les orienter à choisir vers quelles compétences ils souhaitent poursuivre leur progression. Cette démarche facilitera la mise en place des objectifs et les demandes de formation complémentaires. Pour les IBODE qui auront déjà atteint un fort niveau de compétence, ils pourront être aiguillés sur des missions plus transversales comme des missions pédagogiques ou de développement des actes exclusifs.

Cette cartographie donnera, même si ce n'est pas le cas sur l'hôpital Trousseau pour le moment, la possibilité de repérer également « **des pratiques à risque** », à savoir si certaines compétences venaient à ne plus être maîtrisées par aucun professionnel d'une unité suite au turn-over ou simplement lors de période de congés engendrant un risque de perte total de la mémoire de cette compétence.

Dans tous les cas, cette cartographie est le point de départ, en tant que feuille de route, des **parcours de montée en compétence** pour faire évoluer l'ensemble des professionnels. Il permettra à l'encadrement de créer les binômes entre les blocs avec un binôme expert et un binôme novice. Nous avons également pu déceler des compétences « cachées » chez des professionnels discrets qui dans leur passé professionnel ont vécus des situations de travail qui leur ont permis de développer des compétences profondément ancrées, mais inexploitées.

Planifications hebdomadaires des missions Ibode

- Mise en place sur chacun des 3 blocs d'une planification permettant d'indiquer des besoins journaliers
- Elle sert de support à l'actualisation de la fiche de poste Ibode sur chacun des blocs
- Elle devra tenir compte des missions spécifiques (instrumentation, stérilisation, régulation, gestion des urgences, tutorat, ...)
- Elle permet l'élaboration d'une répartition hebdomadaire des professionnels

Cette planification est davantage un planning de répartition journalier des professionnels. Il s'agit d'une action menée dans un premier temps par l'encadrement, dans chacun des trois blocs opératoires. L'enjeu est d'évaluer les besoins au plus proche de l'activité. Elle pourra être associée à la mission de régulation du programme opératoire en permettant parfois de réorganiser les interventions selon les besoins ou de décaler les ressources pour permettre l'organisation la plus optimale. L'enjeu, et le rôle du cadre étant de **placer le bon professionnel compétent, au bon endroit, au bon moment.**

Le principe est de mettre de manière optimale en adéquation les ressources et les besoins journaliers en anticipant les programmes opératoires. Il ne s'agit pas de juste regarder le nombre de salles d'opération et les disciplines chirurgicales, mais d'aller plus en profondeur dans les activités pour répondre au plus juste des besoins d'instrumentations, **du développement des compétences en toute sécurité**, de l'accueil de nouveaux étudiants, ou de la gestion d'un nouveau matériel.

La répartition hebdomadaire des professionnels existait déjà avant la mise en œuvre du projet managérial. Mais elle était réalisée par les plus anciens de l'équipe selon des critères qui n'étaient pas forcément guidé par le développement des compétences mais plutôt avec certains professionnels de l'équipe qui faisaient la loi en choisissant leur discipline chirurgicale (voir leur chirurgien) ou avec quel collègue ils souhaitaient passer la journée. Les novices se retrouvaient ainsi parfois isolés et mis en difficulté sur certaines chirurgies, avec un manque de logique et de coordination dans leur planning et schéma d'apprentissage.

PLANIFICATION DES IBODES DU 22 AU 26 AVRIL 2024					
	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
7 H (ouverture)	IBODE 1	IBODE 1	IBODE 2	IBODE 1	IBODE 1
SALLE 1	FERME	FERME	FERME	FERME	FERME
SALLE 2	FERME	BRULES /GASTRO	FERME	BRULES	FERME
		IBODE 4		INTERIMAIRES 2 18h	
SALLE 3	ORL / KT	VISCERAL	BRULES /KT	VISCERAL	GASTRO / KT
	IBODE 3	INTERIMAIRES 1 18H IBODE 6 IBODE 7	IBODE 5	INTERIMAIRES 1 18H IBODE 2 IBODE 6	IBODE 4
SALLE 4	VISCERAL	NEURO - ORTHO	VISCERAL	ORTHO / VISC	VISCERAL
	INTERIMAIRES 1 18H IBODE 6 IBODE 7	IBODE 2 IBODE 6 IBODE 8	IBODE 3 IBODE 4 IBODE 7	IBODE 6 IBODE 12 18 H	INTERIMAIRES 1 18H IBODE 6 IBODE 7
SALLE 5	ORTHO	ORTHO	VISCERAL	ORTHO	ORTHO
	IBODE 8 IBODE 5	IBODE 10 IBODE 5	INTERIMAIRES 2 18h IBODE 6	IBODE 3 IBODE 5	IBODE 3 IBODE 8 IBODE 5
SALLE 6	ORTHO	ORTHO	ORTHO	ORTHO	ORTHO
	IBODE 10 IBODE 11 IBODE 13	IBODE 12 18 H INTERIMAIRES 2 18h IBODE 13	IBODE 12 18 H IBODE 10 IBODE 13	IBODE 8 IBODE 11 17H IBODE 13	IBODE 10 IBODE 6 IBODE 13
12 H - 20h	IBODE 9	IBODE 3	IBODE 9	IBODE 10	IBODE 2
13 H - 21h	IBODE 4	IBODE 10	IBODE 1	IBODE 4	IBODE 12
HORS SALLE			IBODE 6 (TUTORAT ESI)		IBODE 4 STAFF (matin)
Mission de stérilisation	IBODE 1	IBODE 1	IBODE 2	IBODE 1	IBODE 1

Figure 23 : Exemple de répartition des Ibode de PLC

Il n'est volontairement pas fait de différence entre IBODE et Ibo pour promouvoir une organisation homogène sans corporation. Cette planification réalisée de manière anticipée et selon le programme opératoire précis repose sur le principe de plusieurs couleurs :

-  **En rouge** : les Ibode maîtrisant ou expert de la discipline
-  **En vert** : les Ibode intérimaires (qui sont fidélisés sur le bloc de Trousseau et experts en chirurgie orthopédique et chirurgie viscérale)
-  **En bleu** : les Ibode novices

Cette organisation permet de visualiser les professionnels en cours d'apprentissage, de ne pas les changer plusieurs fois de la semaine de spécialité chirurgicale pour multiplier les situations apprenantes ciblées, et également au maximum possible de les mettre avec le même professionnel en maîtrise ou expert sur le secteur pour permettre **une progression et un suivi plus efficaces** tout en valorisant la sécurité et la qualité des prises en charge.

On peut remarquer qu'un professionnel peut être « en rouge », c'est-à-dire autonome sur un secteur, mais être « en bleu » sur un autre où il n'a pas encore achevé son parcours d'apprentissage. Cette méthodologie est un peu contraignante à mettre en œuvre, mais offre une meilleure qualité de suivi des nouveaux professionnels, et permet d'évaluer plus facilement la progression. On peut également observer que l'on profite du recours aux intérimaires pour libérer autant que possible du temps à des professionnels experts pour leur mission de tutorat, ou également pour se rendre aux staffs chirurgicaux.

Cette planification rend également chaque Ibode davantage acteur de son plan de développement des compétences en s'appuyant sur son expérience déjà acquise et reconnue pour choisir dans quelle direction elle peut progresser. Par exemple, une Ibode pourra demander à retourner sur une chirurgie spécifique qu'elle n'a pas pratiquée depuis longtemps pour remettre à jour ses compétences.

Cette répartition est faite de manière hebdomadaire par l'encadrement lors de la mise en place de l'action dans le cadre du projet. Puis après une période d'adaptation et d'accompagnement, on pourra déléguer à un ou deux professionnels référents dans l'équipe. **Ce principe de subsidiarité**, où les équipes ont la possibilité de prendre les décisions qui les concernent aura encore plus d'efficacité pour ajuster au mieux les effectifs dans la semaine. En effet, il est souvent constaté qu'il est plus facile d'accepter de décaler un repos lorsque la demande émerge de l'équipe en elle-même, et qu'elle a du sens.

Développer les compétences spécifiques

- Création de binome transversaux sur chaque bloc pour réaliser les supports de formation qui permettent d'organiser et d'accueillir un Ibode d'un autre bloc opératoire
- Identification de prises en charge emblématiques et situations apprenantes sur chacun des trois blocs opératoires afin d'accompagner les professionnels à se former en situation de travail
- Formation réalisée par les chirurgiens sur des prises en charge complexes ouvertes aux Ibodes des 3 blocs opératoires
- Mise en place d'un parcours permettant d'accompagner une VAE
- Mise en place d'un parcours de développement des compétences exclusives IBODE

Cette dimension de l'acquisition des compétences qui dépasse le cadre de la simple adaptation à l'emploi possède des enjeux bien plus larges que celui du développement des compétences professionnelles au niveau individuel. Cette action ne pourra pas se dérouler dans la première partie du projet, puisque cette dernière est d'abord consacrée au développement des compétences des agents dans leur propre unité. Cependant, nous avons pu le voir dans la cartographie des compétences, qu'une bonne partie des professionnels est en maîtrise ou expertise de beaucoup de spécialités et en capacité d'assurer toutes les missions de garde et week-end. C'est par ces dernières qu'il conviendra de leur proposer d'évoluer et de coopérer vers une autre unité.

Afin de garantir davantage de **transversalité** entre les Ibode des différents blocs opératoires, nous pourrons organiser des binômes composés d'Ibode de chaque bloc qui pourront travailler sur l'analyse des situations de travail et sur les préalables indispensables pour accueillir une collègue dans les meilleures conditions possibles. En partant du principe que chaque Ibode qui sera mobilisé, possède un socle de base de connaissance qui lui permet de s'adapter au changement, il conviendra que chaque bloc et chaque spécialité identifie des interventions « emblématiques » qui sont à la fois les plus fréquentes, mais également les plus riches en apprentissages spécifiques. Ceci afin de favoriser le plus efficacement possible les apprentissages en situation de travail.

Dans ce processus de développement des compétences, les chirurgiens auront un rôle majeur à jouer par leur capacité pédagogique, mais également dans leur acceptation d'avoir parfois un niveau disparate de compétences. Ainsi, il sera important de les impliquer et de les informer des enjeux de ce projet qui leur permettra, à terme, d'avoir une équipe d'Ibode « polycompétente » quel que soit son lieu d'exercice sur l'hôpital.

Il sera important de mettre en place des binômes transversaux sur chaque bloc, composé par l'encadrement, d'un expert du bloc qui accueille un professionnel en situation de maîtrise d'un des deux autres blocs opératoires. Ils pourront travailler ensemble de manière planifiée (et non seulement pour pallier un manque d'effectif). Le projet est d'organiser en fonction du bloc opératoire 1 journée toutes les trois semaines, en tournant chaque semaine sur les trois blocs opératoires.

On pourra imaginer, pour les professionnels qui souhaitent acquérir le diplôme IBODE par la voie de la VAE, un parcours structurant allant de situation apprenantes à une autre pour valider toutes les compétences du livret de la VAE. Puis lorsque le projet sera plus avancé, on travaillera au développement des missions relevant des actes exclusifs IBODE, comme protocolisation des mises en posture chirurgicale.

Mise en place de supports pour formaliser le parcours des apprentissages fondamentaux

- Création d'un groupe de travail afin de formaliser les supports
- Création d'un livret d'accueil et d'intégration commun aux trois blocs opératoires
- Mise en place d'un parcours apprenant d'intégration avec des points d'étapes et un suivi jusqu'à l'autonomie dans le poste
- Rédaction de supports et de protocoles communs en co-construction

Un **groupe de travail** composé de 1 à 2 professionnels de chacun des trois blocs pourra se réunir tous les 15 jours, 2 heures le jeudi en fin de programme. En effet, le créneau de 14 à 16h est un temps où les équipes d'après-midi sont arrivées et celles du matin ne sont pas encore parties. Ce léger créneau de sureffectif est commun sur les trois blocs opératoires et le jeudi n'est pas une journée avec des Staff chirurgicaux, ni trop de personnels absents (comme les lundi, mercredi et vendredi).

Ce groupe de travail ne serait pas toujours composé des mêmes professionnels, mais pourrait évoluer en fonction des thématiques. Les objectifs de ce groupe de travail sont de développer et de mettre en place des outils communs qui permettent de faciliter les apprentissages, les mobilités entre les blocs en mettant de la transversalité et de la communication. Ainsi on développera **une compétence collective** avec un référentiel commun et un langage partagé.

La première thématique choisie est la rédaction d'un livret d'accueil des étudiants IDE commun sur les trois blocs opératoires. Cette année 2024, une des IDE MT les plus expérimentées du bloc de Trousseau (appartenant à l'équipe du bloc conventionnel pédiatrique) a été inscrite en formation tutorat dans le but de pouvoir mieux accompagner les étudiants IDE venant en stage dans le bloc opératoire. Dans le cadre de ce projet, je lui ai proposé de participer au groupe de travail avec des IDE des 2 autres blocs afin d'élaborer ensemble un livret d'accueil à l'attention des étudiants, et voir comment chacun des trois blocs pourrait apporter, par sa diversité, un enrichissement dans la formation de l'étudiant. La richesse de leur travail leur permet de mettre en place un livret très étoffé pour les étudiants infirmiers accueillis. Au final, ces derniers seront en mesure de valider bien plus de compétences en réalisant un parcours sur les 3 blocs plutôt que s'ils s'étaient limités à un seul. Il est très intéressant, en écoutant échanger ce groupe de travail, de voir chacun réfléchir à ses spécificités et celles des autres blocs et se rendre compte de la richesse de ce qui est proposé par le bloc voisin.

Le livret suivant sera la mise en commun des 3 livrets d'accueil des nouveaux professionnels ou des étudiants IBODE, avec un souci de cultiver à la fois le singulier et la complémentarité des trois blocs. Grâce à la mise en place d'un réseau informatique partagé, des outils communs vont être développés, et c'est par la communication dans ces groupes de travail qu'émergeront les idées et les pistes qui permettront de mieux coopérer et se sentir sécurisés lorsqu'il y aura des mobilités professionnelles d'un bloc à l'autre.

La présence d'un encadrement composé de 4 Ibode expertes avec une riche expérience est un véritable atout dans le cadre de ce projet managérial et l'accompagnement de la montée en compétence des Ibo de manière sécurisée et dans des bonnes conditions. Des outils déjà existants devront, dans le cadre de ce projet, être réactualisés, mutualisés afin d'être utilisés au mieux.

Après avoir investigué les champs du référentiel compétence, socle fondamental de la démarche, j'ai pu établir que la meilleure manière de développer ces dernières, passe par les apprentissages en situation de travail. Il est maintenant indispensable d'élaborer une stratégie managériale liée à toutes les facettes de l'accompagnement du changement pour déployer ce projet sur l'ensemble des blocs de Trousseau.

3.2 Stratégie managériale pour la conduite du changement

3.2.1 Les enjeux organisationnels aux blocs opératoires

La stratégie managériale pour la conduite du changement va consister à accompagner le **management des ressources humaines**. En tant que pilote de ce projet managérial, mon rôle de cadre supérieur de santé est d'accompagner le collectif d'encadrement des blocs opératoires dans la conduite du changement au sein des trois blocs opératoires de l'hôpital Trousseau.

Pour mettre en œuvre ce projet, j'ai dû, au préalable, réaliser et comprendre les enjeux liés à **un changement organisationnel** dans les blocs opératoires. Selon Jean-Paul DUMOND⁴⁵, une organisation est composée de **trois dimensions : politique, fonctionnelle et culturelle**⁴⁶ dont les dynamiques sont propres à chacune. Cette étape de compréhension des trois dimensions des blocs opératoires de l'hôpital Trousseau est indispensable avant la mise en œuvre opérationnelle du projet. Ceci afin de bien comprendre les enjeux des acteurs et adapter la meilleure stratégie à mettre en place.

La dimension politique :

« La dynamique politique d'une organisation est celle qui affronte les rapports de force et tente de les faire évoluer principalement par des passages en force ou des négociations, souvent implicites. » (DUMOND, p115)

La dimension politique repose avant tout sur l'analyse des acteurs et de leurs interactions. Dans un bloc opératoire, chaque protagoniste, quelle que soit sa catégorie professionnelle construit une « coloration » politique qui lui est propre. Cette dernière est la combinaison des différents conflits de valeurs, de visions, d'allocation des ressources, de reconnaissance des liaisons hiérarchiques ou fonctionnelles. Les rapports de pouvoirs ne sont pas nécessairement les rapports hiérarchiques, de même que l'organisation formelle définie par les chartes ou par les organigrammes n'est pas le reflet du fonctionnement effectif.

On constate sur les blocs opératoires de Trousseau plusieurs acteurs possédant un pouvoir implicite qu'il est primordial de prendre en considération :

- ✚ Le pouvoir médical, et tout particulièrement le pouvoir chirurgical
- ✚ Le pouvoir « des anciens » qui ont façonné l'identité des différents blocs opératoires et qui ont vu défiler organisations et cadres de santé différents au fil des années

La compréhension des interactions entre les acteurs appartenant à l'organisation nous aide à expliquer les jeux de pouvoir qui s'y exercent. Selon Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG⁴⁷, les organisations possèdent des « zones d'incertitude(s) », et les acteurs qui sont en capacité de les contrôler ou de les combler sont ceux qui possèdent un pouvoir. Par exemple dans les blocs opératoires de Trousseau, il peut s'agir d'un ancien qui est seul à posséder des compétences ou des connaissances indispensables, un chef de service qui use de ses attributions pour faire imposer par la direction ses décisions, un professionnel syndiqué qui transmet à ses collègues selon son propre prisme d'analyse, le refus de reconnaître l'autorité du cadre supérieur de santé parce qu'il n'est pas de la filière Ibode (l'ancien cadre supérieur des blocs opératoires de Trousseau est de la filière Manipulateur-Radio).

Afin de pouvoir agir sur les relations de pouvoir, il sera primordial de définir une stratégie d'action et d'user de « ruses tactiques » qui permettront de déterminer quels seront les alliés et adversaires du projet, de préparer les conflits et choisir les combats prioritaires pour surmonter les résistances. L'équipe d'encadrement et encore plus le cadre supérieur de santé, devront faire preuve, dans ce cadre, de leadership. En effet, l'autorité de l'encadrement au bloc opératoire n'est pas forcément toujours évidente et légitime. Régine BERCOT (sociologue)⁴⁸ nous explique qu'un groupe est sous l'influence du jugement de ses pairs. Ainsi l'équipe managériale ne pourra mettre en œuvre ce projet managérial ou même ses missions managériales au quotidien sans le soutien et la reconnaissance par les professionnels ou par les chirurgiens. La reconnaissance par les équipes de l'expertise métier de l'encadrement en plus du soutien de la présidente des conseils de bloc donnera la légitimité nécessaire pour la mise en œuvre du projet managérial.

⁴⁵ DUMOND JP : Professeur des universités – enseignant de l'IAE Créteil – Paris Est.

⁴⁶ DUMOND JP. Transformer les organisations de santé. Master 2 Management des Organisations Soignantes. Février 2024

⁴⁷ CROZIER M, FRIEDBERG E. L'acteur et le système. St Amand Montrond : SEUIL. 1977

⁴⁸ BERCOT R : Sociologue et professeur émérite à l'université Paris 8

La dimension fonctionnelle :

D'après Henri MINTZBERG⁴⁹ les hôpitaux sont définis comme **des bureaucraties professionnelles**. On y observe, et de manière encore plus prégnante au bloc opératoire, des organisations dont l'activité requiert des **professionnels hautement qualifiés** qui travaillent de façon autonome. Chaque acteur sait, de par ses compétences acquises, ce qu'il a à faire. La coordination, l'organisation des ressources et des compétences sont nécessaires au bon fonctionnement. Ce dernier dépend de la standardisation des compétences et des qualifications grâce à la formation et socialisation des professionnels en son sein. Cependant, il n'existe pas une seule manière d'organiser les ressources, les caractéristiques organisationnelles peuvent et vont évoluer en même temps que l'organisation au gré des contraintes, des changements...⁵⁰

« L'analyse de l'organisation peut donc être présentée comme celle du lien entre des « **facteurs de contingence** » et la configuration des organisations. L'efficacité de l'organisation résulte de la cohérence entre les uns et les autres. » (DUMOND, pp. 35-36)

L'analyse de la façon dont sont agencées les ressources (compétences, équipements, moyens financiers) permet de déterminer les paramètres de conception qui peuvent être différents d'un bloc opératoire à l'autre. Selon Jean-Paul DUMOND, on peut regrouper les facteurs de conceptions en quatre paramètres de conceptions :

- ✚ **Les frontières de l'organisation :** Les ressources se situent-elles dans ou hors des blocs opératoires, comme par exemple le recours aux intérimaires sur certaines journées de la semaine (le mercredi) ou la délégation de l'instrumentation des interventions aux internes de chirurgie. Cela peut engendrer que certaines spécialités se retrouvent moins investies par les professionnels Ibode avec le risque de retard dans l'acquisition de certaines compétences.
- ✚ **La division horizontale :** Les ressources sont-elles organisées vers la spécialisation ou la polyvalence. Sur l'hôpital Trousseau, on constate, qu'au sein de chaque bloc opératoire, il y a une organisation polyvalente, les Ibode sont formées à toutes les disciplines rencontrées ce qui permet une organisation plus souple et une meilleure allocation des ressources. Cependant, l'acquisition de la polyvalence demande un investissement très conséquent (en termes de durée d'apprentissage) et l'on constate que cela peut se faire au détriment de la qualité des compétences développées. Ce sentiment de formation pas assez approfondie dans chaque spécialité chirurgicale peut générer, pour les nouvelles professionnelles, un sentiment d'insécurité et expliquer les difficultés rencontrées lorsqu'il est demandé d'être mobilisé dans un autre bloc opératoire, même pour exercer dans une discipline déjà connue. C'est pourquoi, l'organisation est spécialisée pour chaque bloc opératoire et tend vers la polyvalence en intra bloc opératoire.
- ✚ **La division verticale :** Analyser de quelle manière est structurée la hiérarchie, quelle est la part de délégation, d'autonomie. L'équipe d'encadrement doit être garante, par son positionnement, de fournir les meilleures compétences, au bon moment, au bon endroit, par le meilleur professionnel. Ce rôle d'allocation et de répartition des ressources lui revient par son positionnement hiérarchique. Sur les blocs opératoires de Trousseau, c'est le cas sans ambiguïté sur les blocs opératoires de gynécologie obstétrique et le bloc ambulatoire. Concernant le bloc polyvalent pédiatrique, on a pu constater, jusqu'au départ à la retraite de l'ancienne cadre de santé, qu'il existait une forme de hiérarchie descendante où la plupart des plus anciens pouvaient parfois prendre des décisions sur l'organisation de l'allocation des ressources. Cette situation est en cours de modification de par l'arrivée de la nouvelle faisant fonction cadre, mais également grâce à la mise en œuvre de ce projet managérial.

⁴⁹ MINTZBERG H : Professeur à la faculté de management de l'université McGill (Montréal). Spécialisé dans le management et la sociologie des organisations

⁵⁰ DUMOND JP. Transformer les organisations de santé. Master 2 Management des Organisations Soignantes. Février 2024

- ✚ **Le mode de contrôle :** Le choix entre deux formes de contrôle : celui de la contractualisation (respect de la règle) et la socialisation (respect des normes). Les blocs opératoires sont un lieu où la culture de la rigueur, la qualité, la sécurité et la gestion des risques sont tout particulièrement prégnants. On y constate une combinaison de règles formelles comme la check-list, la mise en place d'indicateurs de performance, le tableau de répartition des Ibode et de normes professionnelles qui sont un contrôle plus tacite et qui reposent avant tout sur l'expertise et l'exemplarité de l'encadrement qui est en capacité de juger du respect des normes exigées dans les blocs opératoires.

La dimension culturelle :

La culture d'une organisation ne se résume pas à objectiver ses traits caractéristiques, mais dans une approche plus **holistique**, la culture est le fruit des actions de ceux qui la composent et qui vont en forger l'identité. Selon Geert HOFSTEDE⁵¹, les traits culturels d'une organisation ont directement un impact sur les paramètres de conception, notamment par l'attitude envers la hiérarchie (division verticale) ou l'esprit collaboratif (division horizontale).

Il est intéressant, dans le cadre de ce projet managérial, de comprendre les spécificités culturelles rencontrées dans les blocs opératoires de Trousseau. Dans son article « *'On est plus dans le cocooning'. Au bloc opératoire pédiatrique, une 'détotalisation' par petits touches* », Nicolas El Haïk-Wagner⁵² explique que la chirurgie pédiatrique est une discipline « à part » qui combine la rencontre entre deux cultures du soin :

- ✚ Celle du « **cure** » chirurgical, qui est associée à la performance, la rigueur, le traitement aigu des maladies et associée à des valeurs viriles et militaires (ZOLEZIO)⁵³
- ✚ Celle du « **care** » pédiatrique, beaucoup plus féminisée, humanisée et orientée sur une prise en soin globale (LOMBART)⁵⁴

Ces deux champs relationnels et techniques participent à la construction identitaire des professionnels et impactent la culture professionnelle. Ils influent sur les relations interprofessionnelles et l'on constate à Trousseau un travail plus collaboratif entre l'Ibode et l'IADE, de même qu'entre chirurgien et anesthésiste.

« La culture du travail est décrite par les équipes comme « plus confortable », reposant sur des temporalités plus longues et moins cadencées (...) cette spécialité (chirurgie pédiatrique) augure d'une culture professionnelle alternative, marquée par (...) les valeurs du care » (EL HAÏK-WAGNER, p. 16)

Tout ce qui est mis en œuvre pour humaniser la prise en charge de l'enfant au bloc opératoire, faire preuve d'empathie, de chaleur, rejaillit dans les relations de travail au bloc opératoire et pose des valeurs partagées singulières entre les professionnels. Cette culture particulière, plus familiale, plus philanthropique renforce peut-être l'attachement des professionnels à leur propre bloc opératoire et pourrait, en partie, expliquer la résistance au changement lorsqu'il s'agit de solliciter un soignant pour changer de service.

⁵¹ HOFSTEDE G. : Professeur d'anthropologie et de gestion à l'université de Maastricht. Spécialisé en psychologie sociale.

⁵² EL HAÏK-WAGNER N. : Docteur en sociologie. CNAM. Exerçant à la chaire de philosophie de l'AP-HP.

⁵³ ZOLEZIO E. « Des modalités d'apprentissage brutes et brutales en chirurgie ». TRAVAIL ET EMPLOI, 2015 Janv. Mars. N°141. pp 25 à 35 . [Consulté le 13 mars 2024]

Disponible : <https://journals.openedition.org/travailemploi/6553>

⁵⁴ LOMBART B. Le care en pédiatrie. RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS, n°122. pp 67 à 76. [Consulté le 13 mars 2024]

Disponible : <https://www.cairn.info/revue-recherche-cn-soins-infirmiers-2015-3-page-67.htm?contenu=article>

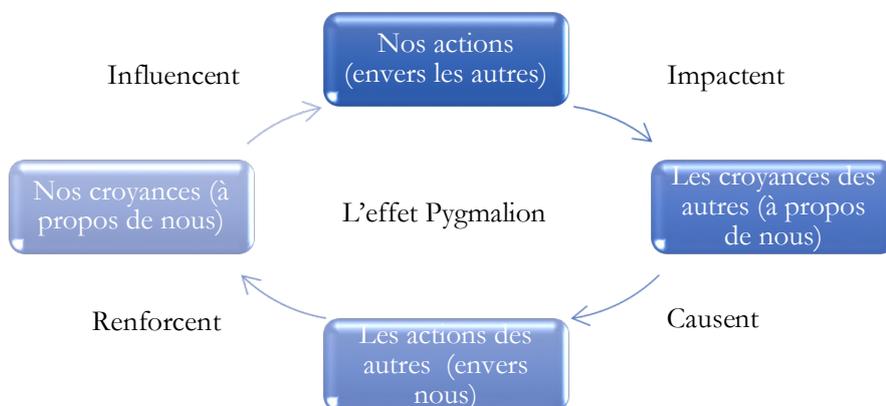
Kurt LEWIN (pionnier de la psychologie sociale)⁵⁵, lorsqu'il parle de la dynamique des groupes, nous explique que la résistance au changement provient le plus souvent de l'attachement des acteurs aux normes de leur groupe plutôt que sur des facteurs individuels et rationnels. De ce fait, chacun des trois blocs opératoires, même si certains de leurs membres ont déjà travaillé dans l'un ou l'autre, possède sa propre dynamique avec son empreinte spécifique qui dépasse les individualités. Chacun des membres de chaque groupe, de chaque équipe de bloc **se conformerait** même à son insu à **ses normes**, ses valeurs, son standard de fonctionnement et **ses stéréotypes** (représentation qui résume les sentiments d'un groupe sur un autre, sous forme d'opinion subjective et parfois réductrice) pour développer et exprimer son appartenance à ce même groupe.

Ainsi, pour favoriser le changement et accompagner la collaboration entre les différents blocs opératoires, il sera primordial de comprendre l'influence de chaque bloc sur le changement, prendre le temps d'identifier les valeurs communes pour servir de pilier à une future collaboration, comme par exemple :

- ✚ Une **construction identitaire commune** pour les Ibode : Tous les professionnels ont débuté en tant qu'IDE exerçant au bloc opératoire et ont commencé sans expérience. Cette expérience a été acquise au fil du temps par compagnonnage avant d'éventuellement évoluer vers le choix d'une diplomation.
- ✚ Des **valeurs pédiatriques et familiales du care partagées** sur les trois blocs opératoires : L'empathie et l'approche plus maternelle des soignants se retrouvent également entre les professionnels des blocs opératoires qui décrivent régulièrement leur cadre de travail comme étant « une ambiance familiale ».

Il faudra rester vigilant cependant **aux préjugés ou stéréotypes** qui peuvent exister de la part des équipes d'un bloc conventionnel à l'égard du bloc UCA, liés aux organisations de travail ne comportant pas de contraintes horaires, et des prises en charge qui peuvent leur sembler plus légères. Gordon Willard ALLPORT⁵⁶ définit les préjugés comme une attitude négative ou une prédisposition à adopter un comportement négatif envers un groupe, ou les membres de ce groupe, qui reposent sur une exagération erronée et rigide. Au cours des échanges que j'ai pu avoir avec les professionnels des différents blocs, il est apparu que qu'il existait des à priori, voire des préjugés qui pouvaient représenter un frein à la coopération entre les différents blocs opératoires. Que ce soit lors de prêt de matériel chirurgical ou lorsque des Ibode de l'ambulatorio sont venus pour renforcer en chirurgie conventionnelle, ceux-ci ont relaté avoir entendu des remarques péjoratives, avoir volontairement été positionnés sur des spécialités plus complexes ou oubliés pour la pause déjeuner, se retrouvant non seulement mis **volontairement en difficulté**, mais surtout **rejetés ou exclus** alors même qu'ils venaient pour rendre service.

La dimension culturelle et le sentiment d'appartenance à son service seront des éléments majeurs à prendre en considération dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet de collaboration par un travail sur les représentations et sur la cohésion d'équipe. Ceci afin de permettre d'évoluer vers une culture identitaire partagée entre les 3 blocs opératoires et « un effet pygmalion » positif, c'est-à-dire que le jugement porté par une équipe sur l'autre entraîne une dynamique d'actions positives et constructives.



⁵⁵ AUTISSIER D. VANDANGEON-DERUMEZ I. VAS A. « Chapitre 15. Kurt Lewin », dans : Conduite du changement : concepts clés. 60 ans de pratiques héritées des auteurs fondateurs, sous la direction de AUTISSIER David, VANDANGEON-DERUMEZ Isabelle, VAS Alain. Paris, DUNOD, collection « Stratégie d'entreprise ». 2018. pp. 147-155.

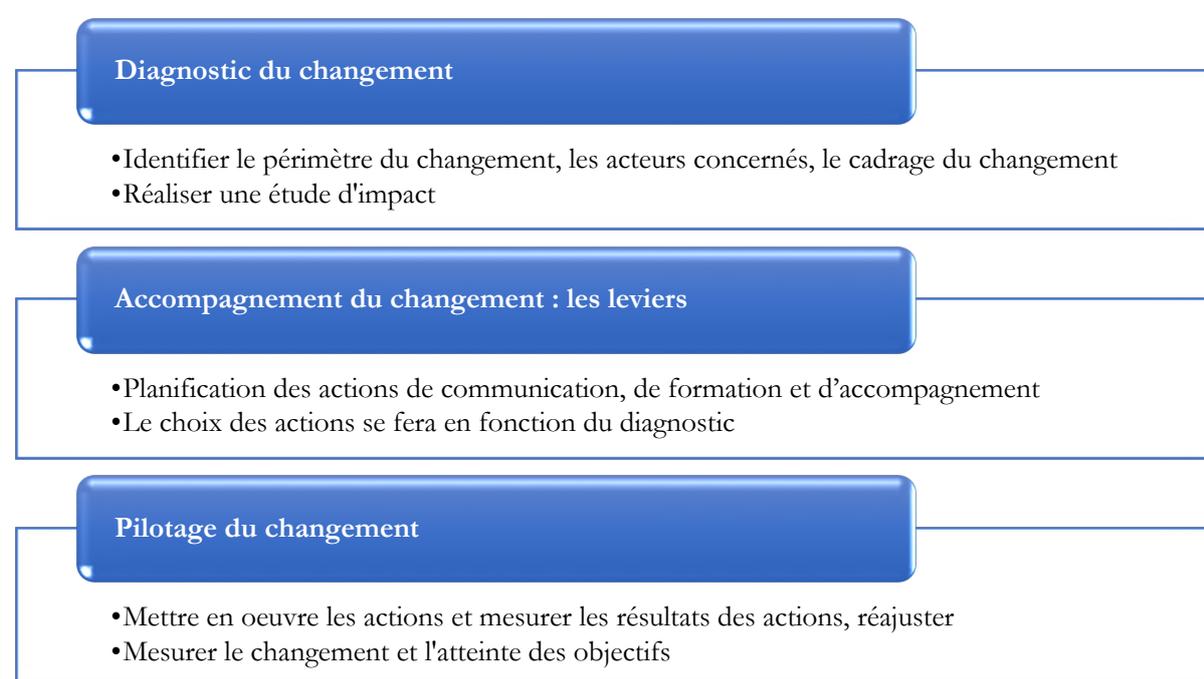
⁵⁶ ALLPORT GW. Psychologue américain, spécialisé dans les stéréotypes, préjugés, rumeurs.

3.2.2 La conduite du changement dans l'organisation

Dans la partie précédente, l'analyse organisationnelle des blocs opératoires nous a permis de mettre en évidence qu'il sera primordial, pour la réussite du projet managérial, de s'appuyer sur les apports théoriques du management du changement afin de bien pouvoir accompagner ce dernier. Ceci nous permettra de mieux comprendre les enjeux et les freins potentiels au projet.

La conduite ou l'accompagnement du changement a pour objet de faciliter les changements induits par la mise en place d'un nouveau projet et à en limiter les facteurs de rejets. Elle consiste donc à anticiper les risques et à favoriser les conditions optimales pour la mise en œuvre du plan d'action. David AUTISSIER⁵⁷ dans son ouvrage « Méthode de conduite du changement »⁵⁸ nous explique qu'on peut considérer qu'il y a changement à partir du moment où il y a une rupture qui nécessite un effort d'apprentissage. Selon lui, un projet sur deux échoue faute d'accompagnement.

Dans sa méthodologie que nous avons décidé de suivre dans le cadre de ce projet managérial, la conduite du changement est un dispositif composé de **3 phases** :

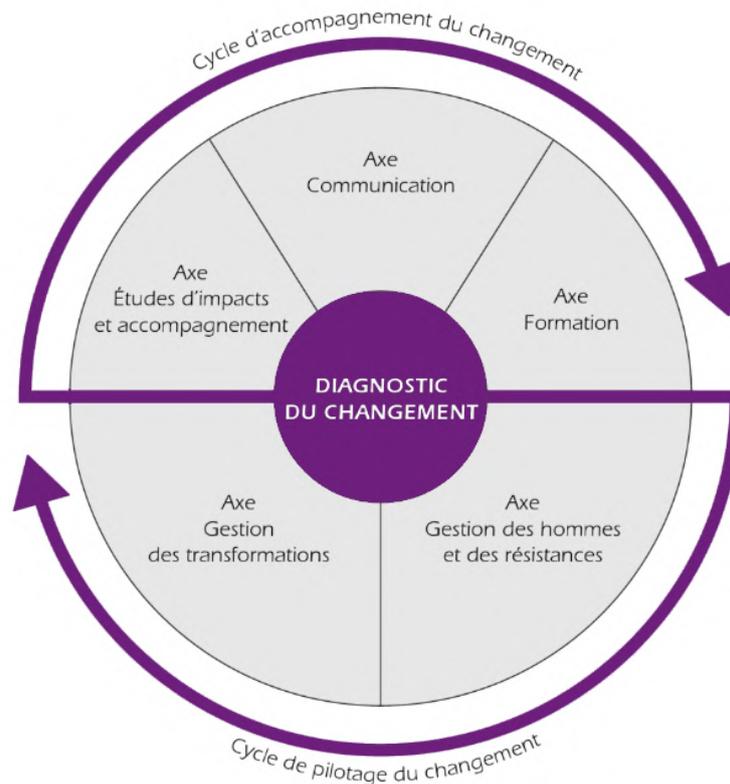


Ces trois étapes se retrouvent dans le présent projet avec :

- ✚ L'étape de diagnostic qui a permis par l'analyse du contexte des problématiques d'effectifs Ibode de voir émerger la thématique du projet et la mise en place d'un groupe projet. Elle a favorisé la construction des différents leviers et le choix des actions pour conduire le changement.
- ✚ L'étape d'accompagnement du changement qui repose sur le déploiement du plan d'action auprès des Ibode sur les trois différents blocs opératoires par le développement des compétences sur le plan individuel et collectif.
- ✚ Le cycle de pilotage du changement qui va me permettre, en tant que pilote, d'enrichir le projet d'outils méthodologiques, d'analyse afin d'assurer la réalisation du changement et l'atteinte des objectifs.

⁵⁷ AUTISSIER D : maître de conférences en management à l'IAE Gustave Eiffel, spécialisé dans la conduite du changement

⁵⁸ AUTISSIER D, MOUTOT JM. Méthode de conduite du changement : Diagnostic – Accompagnement – Performance. Malakoff : DUNOD. 2016



Source : Autissier et Moutot (2007, p. 139).

Figure 24 : Le cycle de la conduite du changement (Autissier, Johnson, Moutot⁵⁹)

La conduite du changement est donc un ensemble d'outils ayant pour but de faire adhérer les acteurs aux objectifs du projet, de transformer l'organisation pour qu'elle évolue sur le moyen et à long terme.

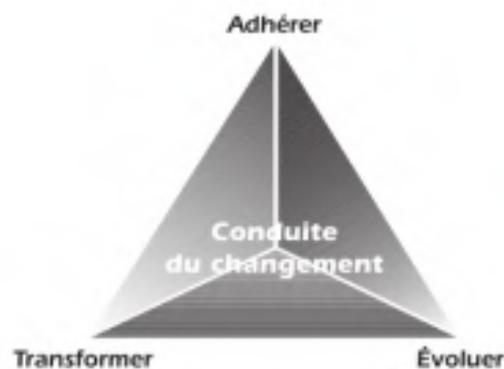


Figure 25 : Les trois objectifs du changement. AUTISSIER (p24)

Le premier objectif de la conduite du changement est celui de l'**adhésion** des professionnels **au projet**. Il nécessite de comprendre les attentes des acteurs du projet et de mettre en place des stratégies de communication, de formation et d'accompagnement. Il est important de travailler à l'adhésion en identifiant les besoins, les envies, mais également les peurs et les obstacles.

⁵⁹ AUTISSIER D., MOUTOT JM. De la conduite du changement instrumentalisée au changement agile. QUESTION(S) DE MANAGEMENT 2015/2. n°10. pp 37 à 44. [Consulté le 23 mars 2024]
 Disponible : <https://www.cairn.info/revue-questions-de-management-2015-2-page-37.html>

Le deuxième objectif, qui découle du premier, est celui de la transformation. Les professionnels qui auront adhéré au projet se mettront en marche afin de le mettre en œuvre et conduire les actions du projet. C'est la phase d'opérationnalité qui, par l'investissement des acteurs, permet de ne pas rester au stade des bonnes intentions.

Le troisième objectif est celui de l'évolution. Il se déroule dans une autre temporalité, comme conséquence des deux premiers objectifs atteints dans la durée. Il est le reflet d'une évolution et d'un changement de culture et, selon le modèle proposé par Jean-Paul DUMOND, d'une transformation de l'organisation.

Il paraît intéressant à ce stade, de faire le parallèle entre le management des compétences et l'accompagnement du changement par le fait qu'ils se situent chacun à trois niveaux d'analyse :

- ✚ L'adhésion et le développement des compétences au **niveau individuel** (premier objectif).
- ✚ Les transformations et le développement des compétences collectives au **niveau du groupe** ou de chaque bloc opératoire (second objectif).
- ✚ Le troisième objectif d'évolution et de mise en place de compétences organisationnelles se situe au niveau plus large de **l'ensemble des blocs opératoires** (troisième objectif).⁶⁰

« Dans un projet de changement, on commence par faire adhérer les individus puis par faire des transformations et enfin de compte, on apprécie l'évolution culturelle. » (AUTISSIER, MOUTOT ; p 25)

L'enjeu, par une conduite de changement réussie dans le cadre de ce projet, est de limiter la période de perturbation et d'adaptation que va nécessairement impliquer le changement en prenant le temps de préparer au mieux l'ensemble des acteurs pour qu'ils soient le moins troublés possible :

- ✚ Accompagner lorsque les difficultés vont apparaître pour les surmonter le plus rapidement possible
- ✚ Donner de la visibilité sur les réussites tout en restant ouvert à la communication pour réajuster et corriger selon les problèmes qui pourraient émerger.

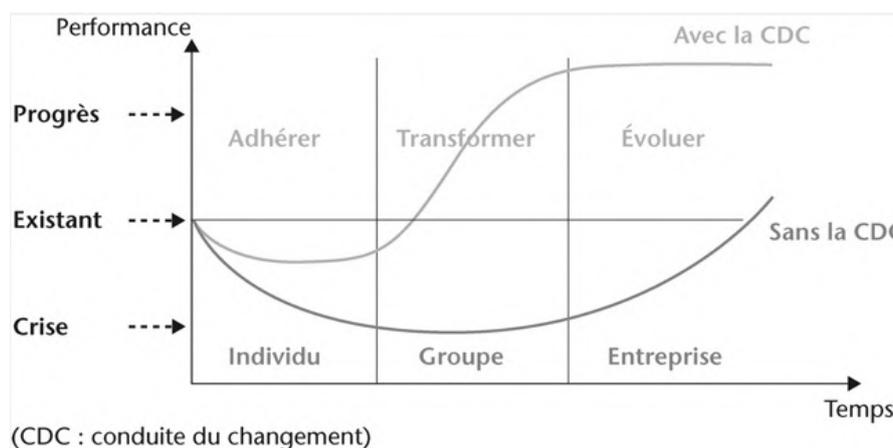


Figure 26 : La Courbe de la conduite du changement (Autissier - Moutot p 26)

La figure si dessus illustre que, quoi qu'il arrive, le changement entraîne une perte de performance liée aux résistances et à la traversée à un moment donné de la « vallée de la peur »⁶¹ mais cette dernière peut être d'un bien plus faible impact et avec une bien meilleure efficacité par un accompagnement réussi.

⁶⁰ AUTISSIER D, MOUTOT JM. Méthode de conduite du changement : Diagnostic – Accompagnement – Performance. Malakoff : DUNOD. 2016

⁶¹ La vallée de la peur est une des étapes de la courbe du deuil dans un changement. Elle se situe entre la phase descendante où s'exprime le déni et la dépression, le souhait de rester ancré dans le passé et la phase montante qui nous amène à évoluer dans notre vision, accepter le changement et se projeter dans le futur.

3.2.4 Le management du changement

Les travaux de John KOTTER⁶² indiquent que les managers sont des acteurs indispensables dans les projets de changement. Il mit en évidence que beaucoup d'échecs de conduites de changement s'expliquent par l'absence de méthodologie, mais également par la posture managériale et le manque de leadership des managers au quotidien⁶³. Ses travaux et son expérience lui ont permis d'élaborer un modèle de déploiement du changement en 8 étapes qui m'ont servi de guide méthodologie dans mon projet :

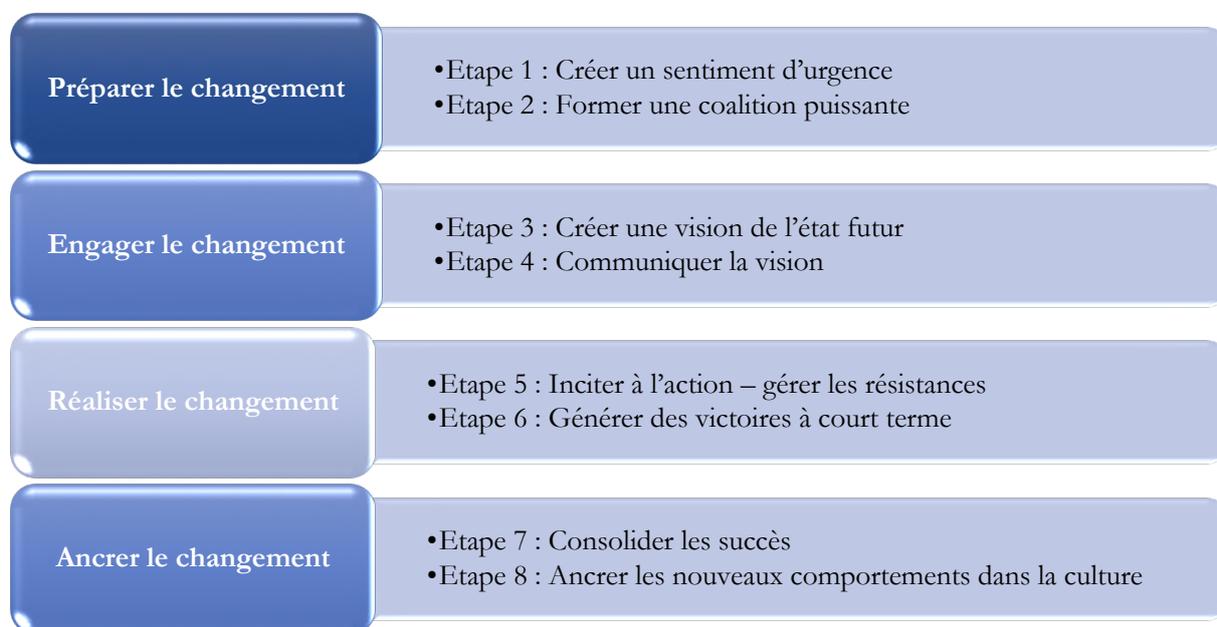


Figure 27 : Modèle de J. KOTTER en 8 étapes

Ainsi, en tant que cadre supérieur de santé en charge du pilotage, il me paraît indispensable, afin de garantir la mise en œuvre et le succès du projet, **d'accompagner et de former l'équipe de cadres de santé** de proximité à la conduite du changement et ses différentes étapes. L'engagement de ces derniers, leur compréhension des enjeux et leur adhésion permettront de traduire le projet en actes et la réussite de ce dernier.

L'une des étapes préalables à ce projet et qui a besoin du soutien de la Direction des Soins repose sur la légitimité du schéma d'encadrement des blocs opératoires. En effet, avant le début de ce projet, il n'existait pas de cadre de santé sur le bloc gynécologie-obstétrique et, dans un contexte du départ à la retraite de la cadre supérieure de santé des blocs, et de la cadre de santé IBODE de pédiatrie, il se profilait qu'il n'y aurait plus qu'un seul cadre de santé (moi-même) pour le management des blocs opératoires de Trousseau. Dans ce contexte, ce projet managérial aurait été impossible à mettre en œuvre.

Dans le cadre de mon évolution vers les fonctions d'encadrement supérieur des blocs opératoires de Trousseau, j'ai eu l'occasion d'exprimer le besoin indispensable d'un manager sur chacun des trois blocs de Trousseau. C'est pourquoi, avec le soutien de la direction, il y a maintenant 3 IBODE sur chacun des trois blocs opératoires qui assurent le management de proximité et vont pouvoir déployer le changement. Leur expertise en termes de compétence IBODE, leur adhésion au projet de même que leur attrait pour le management seront des éléments majeurs qui vont favoriser la mise en œuvre du projet.

Pour autant, il ne faudra pas omettre **d'intégrer leur propre formation au management et au leadership**, à la fois pour qu'elles puissent s'adapter aux attentes de leur nouveau métier, mais également pour réussir le changement.

⁶² John KOTTER : Économiste, professeur à l'Université de Harvard – spécialiste dans le leadership et le changement.

⁶³ AUTISSIER D, MOUTOT JM, JOHNSON KJ et al. La boîte à outils de la conduite du changement et de la transformation. Malakoff : DUNOD. 2022

3.2.5 Pistes d'actions pour travailler sur la coopération et mutualisation des compétences

L'analyse stratégique des blocs opératoires de Trousseau sur leurs dimensions politiques, fonctionnelles et culturelles associée à la méthodologie de l'accompagnement au changement m'ont permis de structurer le plan d'action de ce projet managérial, d'en élargir le périmètre et autant que possible d'en limiter les risques d'échec.

Etape 1 et 2 : Préparer le changement

- Création d'un collectif d'encadrement
- Réunions hebdomadaires et le partage d'outils communs sur le réseau informatique (cartographie)
- Mise en place d'une permanence d'encadrement présentée aux équipes
- Mise en place de missions transversales pour l'encadrement sur les trois blocs opératoires



Le comité de pilotage de ce projet qui est également le collectif cadre et qui s'est mis en place cette année est certainement une des actions majeures qui permettra de **fédérer une coalition puissante** pour mettre en œuvre ce projet. Il s'est mis en place dès le mois de décembre 2024 après la signature de la lettre de mission du projet et avec le soutien de l'actuel cadre supérieure des blocs opératoires de Trousseau pour me laisser la possibilité de tout mettre en œuvre pour déployer le projet.

Nous avons opté pour une réunion hebdomadaire le jeudi matin en général où le projet managérial est systématiquement abordé. Ces réunions sont également un temps de partage collectif autour des problématiques managériales qui sont propres à chaque unité. Elles permettent un soutien mutuel, un co développement et sont devenues un temps à la fois convivial et support pour chacun des membres de l'équipe d'encadrement. A l'image des objectifs du projet qui est de décloisonner les équipes paramédicales, l'équipe d'encadrement a su très rapidement fédérer un collectif qui sait communiquer, s'entraider et assurer une permanence de présence avec une ligne managériale et une vision partagée. Petit à petit, chaque cadre s'investi dans des missions transversales sur les trois blocs opératoires ce qui permet de renvoyer une image de coopération et d'exemplarité auprès des équipes.

L'approche **des jeux olympiques (JO)** du 26 juillet au 11 août 2024 représente, dans le cadre de ce projet, une opportunité de **générer le sentiment d'urgence** dont nous parle John KOTTER. En effet, sur les blocs opératoires de Trousseau, la réorganisation demandée pour préparer l'afflux de touristes est de fermer le bloc UCA dès le 22 juillet et de regrouper une grande partie de l'activité du bloc pédiatrique conventionnel afin de pouvoir accueillir les urgences pédiatriques des touristes venant sur Paris à l'occasion des JO. Ainsi, il sera impératif de regrouper les professionnels sur un seul bloc opératoire. Nous profitons donc de la perspective de cet événement, et de tous les préparatifs qu'il demande (réorganisation, préparation de la « cyber résilience » en cas d'attaque informatique, préparation du plan blanc) pour servir de moteur à la dynamique du changement.

En équipe d'encadrement nous allons mettre en œuvre la partie du plan d'action sur le développement des compétences par une gestion des plannings concertées et une répartition sur ces 3 semaines de regroupement tout particulièrement soignée en fonction du projet managérial. L'enjeu sera de conjuguer coopération, mutualisation, convivialité et développement des compétences.

Etape 2 et 3 : Engager le changement

- Communiquer la vision et sur le planning et sur les échéances
- Réunions fréquentes auprès de chacune des équipes pour présenter le projet et les objectifs
- Mise en place de groupes de travail en vue de la création des outils partagés composés par des membres de chacun des blocs opératoires
- Prise de contact avec les chirurgiens afin de prévoir les besoins de formation qui pourraient être déployés sur les trois blocs opératoires



J'ai animé **une réunion** en partenariat avec chacun des trois cadres **auprès des 3 équipes des trois blocs**. Nous avons mis à l'ordre du jour le projet managérial, ses enjeux et ses objectifs. Il a été présenté la cartographie des compétences, et que cette dernière allait être l'outil de référence pour construire un parcours de développement des compétences qui ne s'arrêteraient pas aux frontières de l'unité mais sur l'ensemble des blocs de Trousseau. La perspective des jeux olympiques, ainsi qu'un retour d'expérience sur des coopérations passées plus ou moins réussies ont permis de mettre en évidence la nécessité d'engager le changement. Des compte-rendu ont été réalisés pour porter trace et permettre de communiquer avec les absents.

Le projet a également été présenté auprès des chirurgiens, ceci afin de les impliquer dans la mise en œuvre du projet. Il est intéressant de constater que ces derniers ont depuis modifié leurs exigences en salle d'opération. Plutôt que de faire en fonction de l'ibode présent en salle (s'il est expert, ils se reposent sur lui et s'il est novice, il s'adaptait de manière assez fataliste en faisant à la place ou cherchant un expert pour faire), ils ont relevé leur niveau d'attente en demandant au professionnel d'être plus attentif, plus dans l'anticipation, dans une démarche d'accompagnement dans la progression.

Il est important de préparer et de débriefer en réunion d'encadrement très régulièrement afin d'échanger sur le déroulé de ces réunions d'équipes, les pistes d'idées d'actions et l'avancement de la mise en œuvre du projet. Il est tout aussi primordial, tout au long du projet, de prendre le temps de communiquer et d'analyser les difficultés rencontrées et exprimées par les équipes. Travailler en collectif d'encadrement permet d'éviter **les pièges fréquents dans la gestion des résistances** (AUTISSIER, MOUTOT, p 233)⁶⁴ :

- ✚ S'affoler trop vite lors des premières manifestations négatives ou passer trop de temps à convaincre les 10% d'opposants
- ✚ A l'inverse, se réjouir trop rapidement lors des premières victoires et croire que le projet ne générera pas de résistances ou qu'il se déroulera rapidement
- ✚ A contrario, ne pas écouter les opposants ou refuser l'expression des souffrances individuelles en prenant le risque de contagion des arguments (Ex : la crainte d'être déplacé sans arrêt, le mauvais accueil ressenti lors d'un renfort)
- ✚ Interpréter une tendance générale en ne se basant que sur des informations isolées.

Pour surmonter tous ces pièges, il faudra de manière indispensable, un collectif de cadres soudés, qui adhère au projet et qui se soutient pour permettre d'accompagner le changement dans un management bienveillant. L'adhésion de l'équipe d'encadrement au projet est un élément moteur. J'ai réalisé lors de cette étape que le renouvellement de l'équipe d'encadrement était une vraie opportunité et un levier de réussite. En effet, l'ancienne cadre du bloc polyvalent pédiatrique, proche de la retraite, était plutôt réfractaire au changement et cultivait plutôt la culture du « c'était mieux avant ». Son ancienneté et sa vision aurait été probablement un frein difficile à surmonter dans la mise en œuvre de ce projet.

⁶⁴ AUTISSIER D, MOUTOT JM. Méthode de conduite du changement : Diagnostic – Accompagnement – Performance. Malakoff : DUNOD. 2016

Etape 5 et 6 : Réaliser le changement

- Mise en place d'ateliers participatifs entre les trois blocs pour travailler sur les représentations du métier et de chaque bloc opératoire afin de travailler vers une culture commune
- Actions de convivialité pour l'ensemble du personnel des trois blocs en dehors du temps de travail
- Planning des professionnels réalisé de manière très anticipée et en collaboration entre les 3 blocs opératoires
- Actions de formations interbloc avec des présentations communes ou croisées



Il s'agit d'**ateliers participatifs** qui auront pour but de favoriser la création d'un collectif et de travailler sur les représentations de chacun des membres sur les autres blocs opératoires. Il aura pour objet de mettre en place des actions de partage et d'échange pour mieux comprendre le travail de l'autre et ses difficultés lorsqu'il est mobilisé d'un bloc opératoire à l'autre. Ainsi, par une expérience positive, chacun pourra **témoigner et faire la promotion auprès de ses pairs**. Ils serviront de point de départ pour mettre plus de transversalité et convivialité entre les différents blocs opératoires. Ces ateliers auront lieu tous les quinze jours (le mardi de 14 à 16h), à tour de rôle dans chacun des trois blocs opératoires et seront animés par moi-même selon une thématique identifiée, un travail autour des représentations, un sujet précis pour partager et confronter les points de vue afin de réaliser qu'il y a davantage de points partagés que de différences. J'utiliserai une méthodologie proche de celle **des ateliers de codéveloppement**⁶⁵ afin d'illustrer les apports que chaque équipe peut apporter dans la résolution des problématiques.

Chaque année en septembre, a lieu le congrès de la SFAR (Société Française d'Anesthésie Réanimation). De ce fait, l'activité est très fortement réduite au bloc opératoire puisqu'il y a très peu d'anesthésistes présents sur l'Hôpital Trousseau. Habituellement, ces deux journées permettent de donner des congés, de réaliser des réunions ou des formations proposées par les laboratoires sur chacun des 3 blocs séparément. Cette année, nous allons organiser sur ces 3 jours, un événement inter bloc, permettant des temps de convivialité, mais également des présentations de chacun des trois blocs à l'attention des 2 autres. Le programme de ce « **séminaire** » sera co construit par les trois blocs opératoires.

Toutes les occasions de permettre aux membres des trois blocs opératoires de se réunir en dehors du cadre du travail pourront être saisies pour travailler l'accueil, la convivialité, la promotion de chaque spécificité de chaque bloc. Par exemple, j'ai fait la demande de permettre le départ au **congrès IBODE** à Clermont Ferrant en mai 2024, d'un professionnel de chaque bloc opératoire. Nous avons choisi en concertation avec l'encadrement des profils variés (Ibo et IBODE) de professionnels qui s'investissaient tout particulièrement dans leur service. Habituellement, c'étaient surtout les plus anciens IBODE du bloc conventionnel pédiatrique qui allaient à ce congrès dans une démarche « d'entre soi ». Choisir d'envoyer un professionnel de chaque bloc, pas forcément ancien, ni disposant du diplôme d'IBODE est un signal fort du changement que ce projet veut initier. Les trois professionnels se connaissent peu, mais vont collaborer ensemble à l'organisation logistique de leur voyage (logement, trajet) et nous leur demanderont un retour d'expérience lors du congrès de la SFAR. Ce moment privilégié et motivant a été très bien perçu par les équipes, et nous avons déjà des professionnels qui ont émis le souhait d'y participer l'an prochain avec des collègues des autres secteurs ce qui indique une première victoire dans le plaisir à travailler en coopération.

Nous avons également pour projet de mettre en place un programme de **cours chirurgicaux** accessible à tous ou organiser des temps festifs chaque semestre pour l'ensemble des blocs opératoires. Les modalités sont encore à déterminer en concertation avec le conseil de bloc, car le plus idéal serait de consacrer un temps dédié une fois par mois sur le temps de travail.

⁶⁵ Le Co développement est une approche de formation innovante développée par André Champagne et Claude Payette pour utiliser l'intelligence collective pour trouver des solutions à des problèmes communs.

Etape 7 et 8 : Ancrer le changement

- Réunion de retour d'expérience
- Présentation du bilan du projet en conseil des blocs
- Les entretiens annuels permettent de mesurer la montée en compétence et l'ouverture sur la mobilité
- Valorisation de la mobilité par attribution d'une part de la surprime semestrielle pour les professionnels qui l'auront mise en oeuvre
- Le suivi de la cartographie des compétences et complétée par un indicateur de mobilité des professionnels



Il sera important de réaliser des réunions d'étapes au sein de chaque équipe pour **présenter l'avancement du plan d'action et les étapes qui sont franchies**. Ce temps permettra aux professionnels d'exprimer un retour d'expérience, et cela donnera de la visibilité pour consolider les actions menées avec succès. Ces moments permettront également d'envisager de nouvelles actions qui émergeront par les équipes et les axes d'améliorations et d'ajustement que ne manqueront pas d'émerger.

Nous mesurons déjà les prémices du changement, avec des équipes qui expriment en termes positifs que l'ambiance a changé avec moins de peur et de réticences à l'idée d'aller dans un autre secteur pour échanger du matériel ou des informations. Cependant, ce type de projet mettra du temps à se mettre en œuvre et il sera important de mesurer s'il ne s'est pas limité à quelques professionnels, mais semble se mettre en place également pour tous y compris pour les nouveaux arrivants qui pourront bénéficier des derniers outils mis en place.

Un retour aux équipes et l'élaboration d'outils communs partagés permettront de prendre conscience du **capital culturel** qui est maintenant partagé et qui s'installera de façon pérenne. On pourra même envisager à terme un parcours d'intégration qui comprendrait un temps de passage dans les 3 différents blocs opératoires ou des passerelles pour les professionnels qui, dans un parcours de VAE, voudraient parfaire leurs compétences pendant quelques mois sur un autre bloc opératoire.

Nous n'avons à l'AP-HP en tant que cadre supérieur qu'une très faible marge de manœuvre pour une valorisation financière des professionnels qui se distinguent par leur investissement, cependant il existe une (petite) surprime accordée semestriellement dont le montant et l'attribution sont selon l'estimation du cadre supérieur de santé. Je choisis pour les prochaines surprimes de **valoriser la mobilité** et l'investissement dans la coopération inter bloc comme critère d'attribution.

Après avoir développé les concepts de compétences et de management des compétences dans un contexte d'accompagnement aux changements, nous allons dans la partie suivante décrire la méthodologie du pilotage de ce projet managérial.

4 Mise en œuvre du projet de management des compétences

4.1 Phase de diagnostic du projet managérial

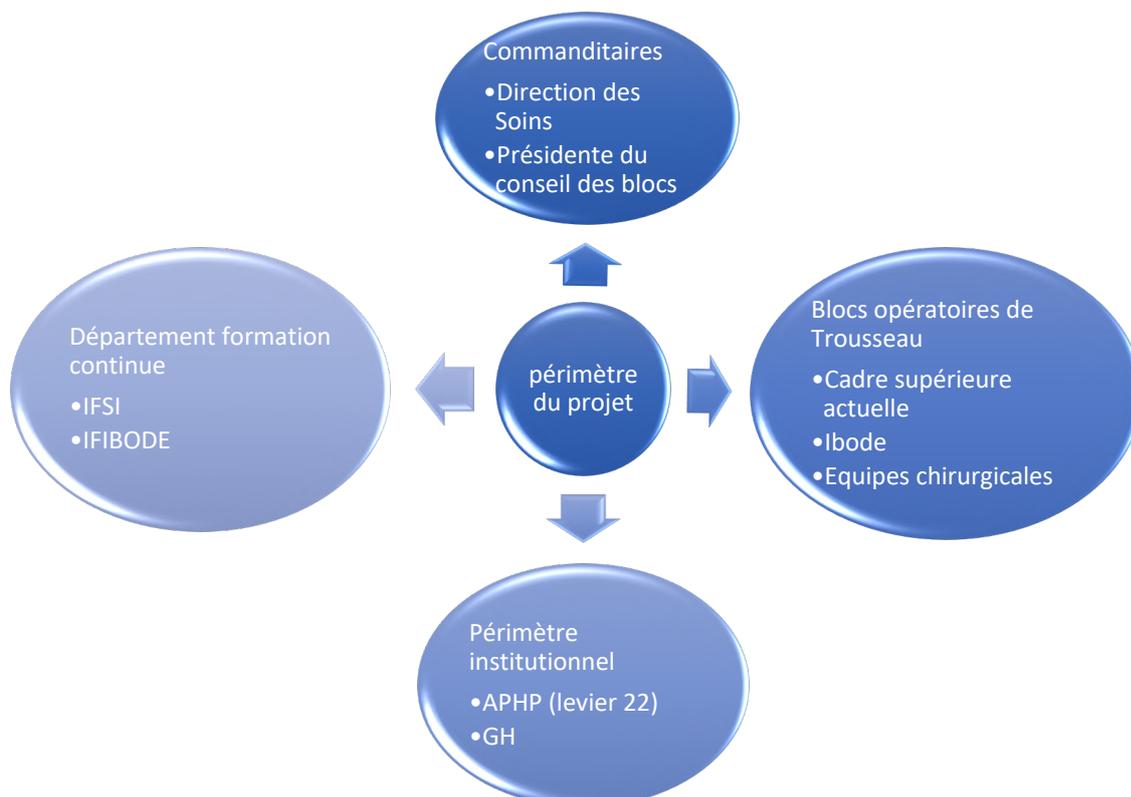
4.1.1 Le périmètre du projet

Le projet managérial de « coopération et mutualisation des Ibode des blocs de Trousseau par le développement des compétences » a été contractualisé par la direction des soins et la présidente du CCBO par le biais d'une **lettre de mission** (Annexe E) et d'une **note de cadrage** délimitant le projet, ses objectifs et les moyens alloués. Cette étape n'a présenté aucun obstacle puisqu'il s'est inscrit dans le cadre de mon évolution vers le poste de cadre supérieur de santé des blocs opératoires, et de l'inscription en Master 2 « Management des organisations soignantes » financé par l'institution dans ce cadre. La confiance de l'actuelle cadre supérieure de santé en me positionnant comme son successeur auprès des équipes médicales et paramédicales m'ont permis de me légitimer également en tant que chef du projet.

Sur le plan du **périmètre institutionnel**, ce projet managérial rentre dans le cadre du document « 30 leviers pour agir ensemble » rédigé par Nicolas REVEL (Directeur de l'AP-HP) et plus particulièrement du levier n°22 consacré à : « *Retrouver le plus vite possible un meilleur fonctionnement de nos blocs opératoires* ». Ce projet sera, à la demande du coordonnateur général des blocs opératoires du GH, transféré et présenté en conseil des blocs du Groupe Hospitalier.

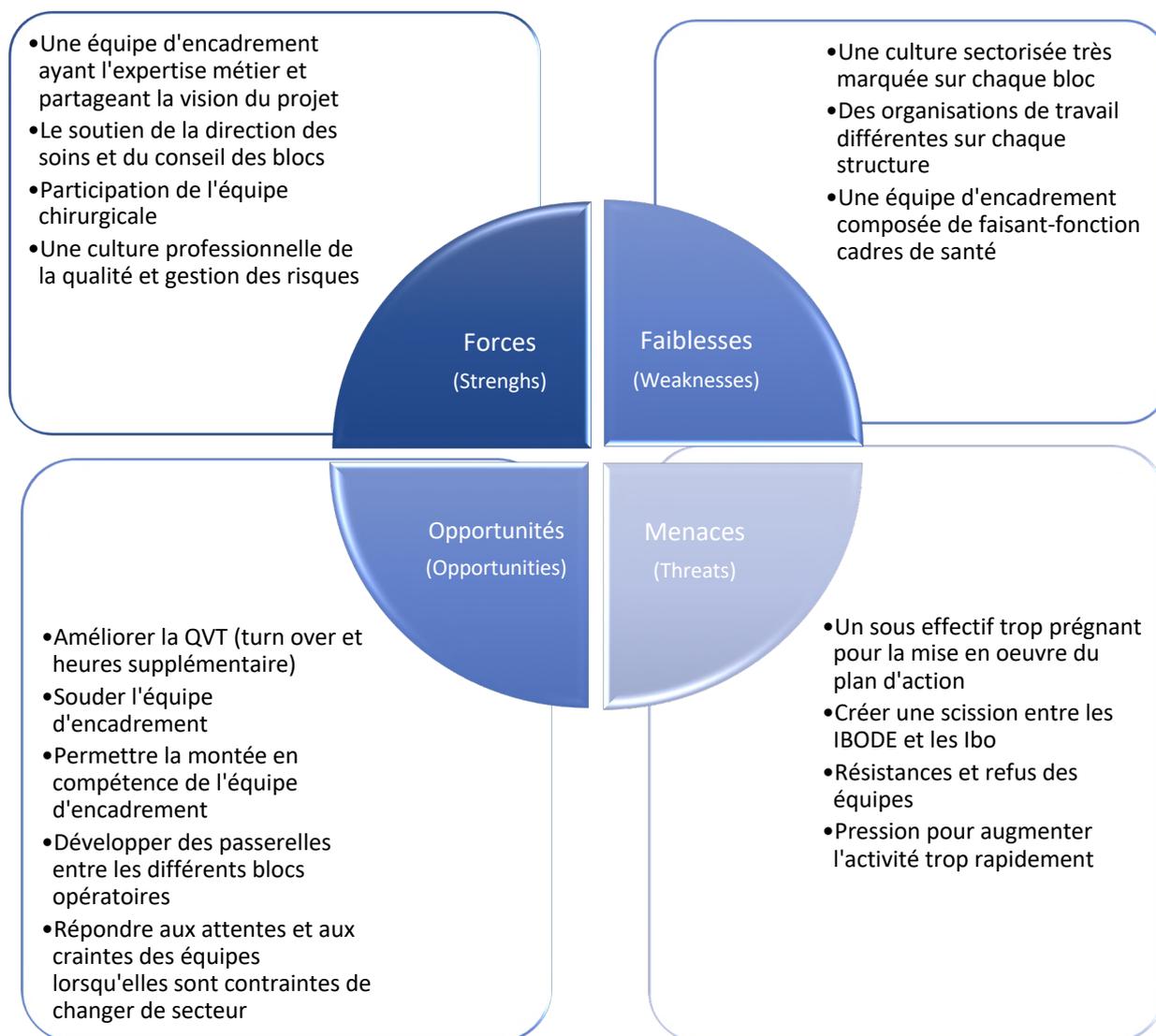
Les enjeux et les principaux livrables de ce projet se déroulent donc dans le cadre des **trois blocs opératoires** de l'hôpital Trousseau, et concernent essentiellement les professionnels Ibode, c'est-à-dire une quarantaine de PNM en comptant l'encadrement. Nous souhaitons, par la mise en place d'actions permettant le développement des compétences des Ibode, favoriser une meilleure attractivité et adaptation à l'emploi des professionnels et à terme une meilleure fidélisation et optimisation des ressources. Ainsi, l'établissement sera en mesure d'augmenter l'offre de soins chirurgicaux et répondre aux besoins pédiatriques tout en garantissant la qualité et la sécurité des prises en charge.

Pour cela, il sera indispensable d'instaurer un plan de formation et un accompagnement au changement afin de mettre en place des passerelles entre les professionnels des différents blocs pour une meilleure coopération et mutualisation des compétences. Au-delà des blocs opératoires, seront impliqués **le service de formation continue** du GH et en particuliers l'équipe déléguée pour les blocs opératoires, mais également **les instituts de formations** (IFSI ou IFIBODE)



4.1.2 L'analyse du projet

Une **analyse SWOT**⁶⁶ du projet managérial est objectivée dans le schéma ci-dessous en mettant en évidence les forces, faiblesses, menaces et opportunités du projet. Elle permet de donner une vue globale et stratégique.

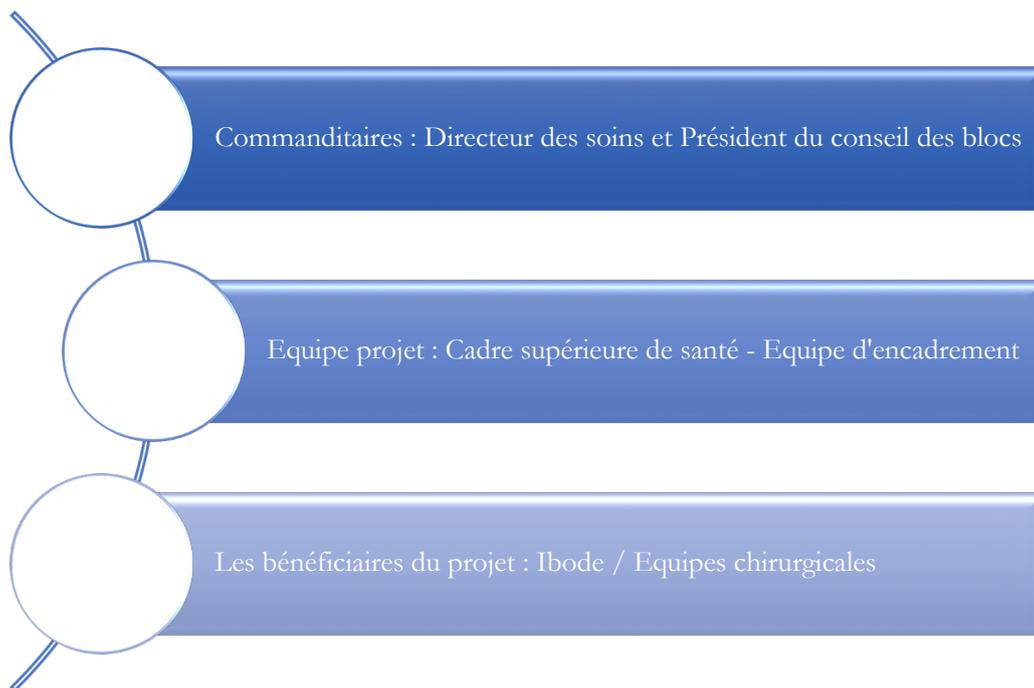


Cette analyse SWOT permet un regard multidimensionnel du projet : S'appuyer sur les forces de ce projet (un collectif d'encadrement puissant et le soutien de la Direction et des équipes chirurgicales) permettront d'exploiter efficacement les opportunités que proposent ce projet (favoriser le développement des compétences, améliorer la qualité de vie au travail, l'attractivité et la fidélisation des équipes) ; tout en gardant un regard lucide sur les faiblesses (les singularités actuellement cultivées dans chacune des structures) qui pourraient être un frein dans le projet, et les menaces (manque de moyens, résistance au changement) qu'il faudra identifier pour élaborer des stratégies d'atténuation.

⁶⁶ Le SWOT est un outil de stratégie d'entreprise inventé par un groupe de professeurs de Harvard : Learned, Christensen, Andrews, et Guth destiné à identifier les options stratégiques d'une entreprise ou d'un projet

4.1.3 Les acteurs du projet et l'étude d'impact

Ce projet managérial permet de développer les compétences (professionnelles et managériales), de favoriser une meilleure efficacité des blocs opératoires tout en garantissant la qualité et la sécurité d'exercice des professionnels et des soins prodigués aux patients. Il est primordial d'associer les acteurs concernés par le projet, le plus en amont possible, afin de permettre la mise en œuvre et la réussite du projet en lui-même. Le cadre supérieur de santé, en tant que **chef de projet**, a pour rôle de composer le groupe de pilotage du projet. On distingue dans ce projet 3 types d'acteurs : **les décideurs**, ou dans le cas présent, les commanditaires du projet ayant signés la lettre de mission, **l'équipe projet** qui est composée du chef de projet et de l'équipe d'encadrement et enfin les utilisateurs et/ou **bénéficiaires** du projet, qui représentent tous ceux qui seront concernés par le changement.

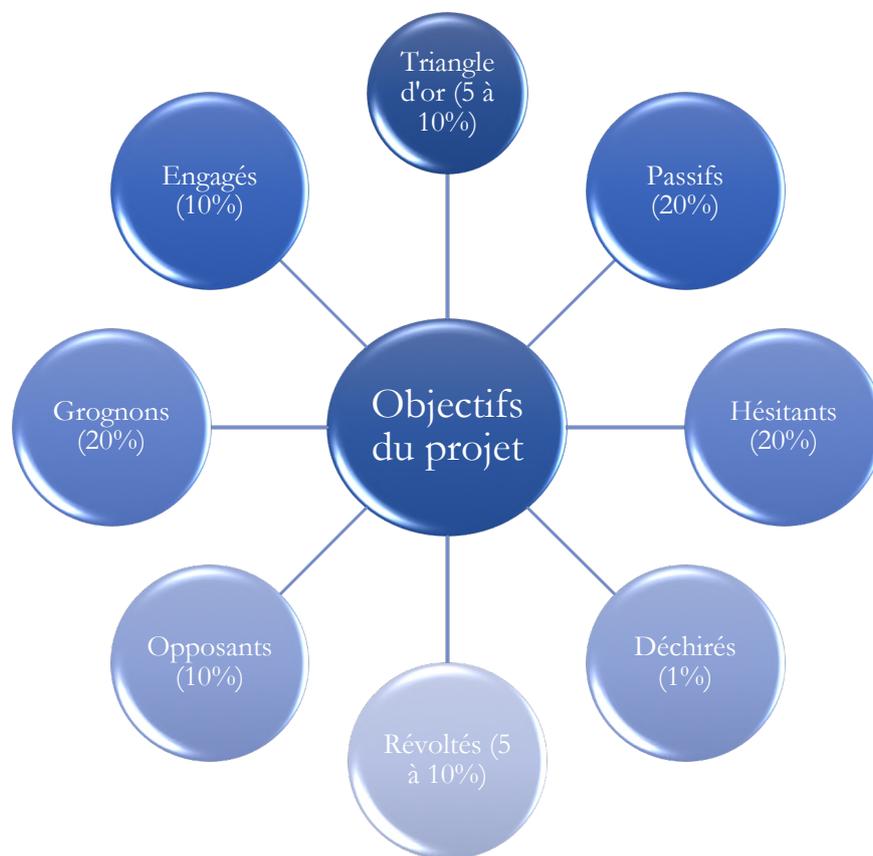


Dans l'analyse SWOT du projet et au travers de ce projet managérial, j'ai identifié que c'est la résistance au changement qui risquait d'être le principal frein et obstacle au projet. A priori, cette dernière ne concernera pas en premier lieu les commanditaires et l'équipe projet qui sont à l'initiative de ce projet managérial. Les risques politiques à ce niveau sont peu présents.

C'est donc vers les Ibode, principaux bénéficiaires et acteurs du projet qu'il conviendra d'analyser les comportements face au changement généré par le projet. Les causes de cette résistance au changement peuvent être multiples, il peut s'agir de la peur de l'inconnu, du souhait de conserver l'existant, ou également du refus de fournir l'effort d'apprentissage que nécessite le changement.

De la même manière que nous allons, lors du plan d'actions, réaliser la cartographie des compétences des Ibode, il sera impératif d'élaborer une cartographie des comportements sociologiques afin de bien identifier les typologies des acteurs et adapter la communication et la stratégie adaptées selon les besoins.

Dans leur ouvrage « *La stratégie du projet latéral, comment réussir le changement quand les forces politiques et sociales doutent ou s'y opposent* », Oliver HERBEMONT et Bruno CESAR⁶⁷ nous expliquent qu'il existe **huit typologies d'acteurs** dans les projets :



Il sera indispensable après cette identification de **s'appuyer sur les acteurs « proactifs »** (triangle d'or et/ou engagés) qui vont s'y investir et être les premiers ambassadeurs ainsi que le moteur de la co-construction du projet. Il faudra avoir conscience que la majorité des acteurs est plutôt dans la catégorie « passifs, grognons ou hésitants », ils adopteront une attitude plus neutre et attendront les premiers résultats et auront besoin d'être sécurisés. Cette majorité peut avoir un poids d'inertie dans le projet par son manque d'engagement. Enfin, il y a les « opposants actifs » qui vont développer un argumentaire contre le projet, espérant son abandon. Une bonne connaissance des équipes de la part de l'encadrement permettra de garder un regard lucide et vigilant.

La typologie d'acteurs peut évoluer au fur et à mesure du projet, selon les étapes de ce dernier, mais également selon le leadership du « triangle d'or » ou des « opposants » à convaincre d'une manière favorable ou non. Il semblerait que pour réussir un projet, il faudrait que 70% des acteurs au moins y adhèrent⁶⁸. Ce sera un des points de vigilance de ce projet.

Avec l'équipe projet, nous avons d'ailleurs identifié dans l'équipe, un professionnel IBODE parti à la retraite, mais venant effectuer des missions d'intérimaire, comme étant opposant au projet et ayant une attitude délétère lorsqu'il était présent, essayant de fédérer contre toute évolution des pratiques. Nous avons pris la décision de ne plus faire appel à lui pour des missions, malgré ses compétences IBODE. A contrario, nous avons distingué quelques professionnels « triangles d'or » sur lesquels s'appuyer pour renforcer le projet et **former une coalition puissante.**

⁶⁷ D'HERBEMONT O. CESAR B. La stratégie du projet latéral. Comment réussir le changement quand les forces politiques et sociales doutent ou s'y opposent. Paris, DUNOD. 1996

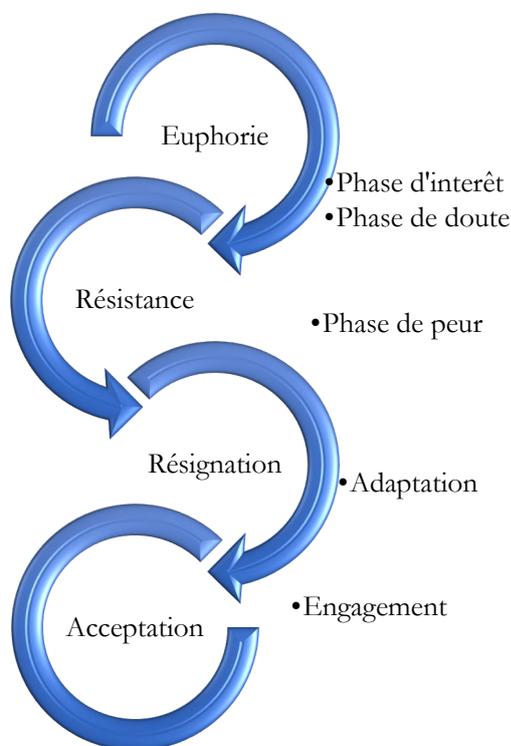
⁶⁸ Ibid

4.2 Phase d'accompagnement du changement

4.2.1 Stratégie de communication autour du projet managérial

La stratégie de communication doit tenir compte des différentes phases du projet et de la typologie des acteurs. En tant que cadre supérieur au pilotage du projet, il s'agit, une fois encore, de faire preuve de stratégie et de leadership. Tel un caméléon, je devrais, dans ma communication, m'adapter :

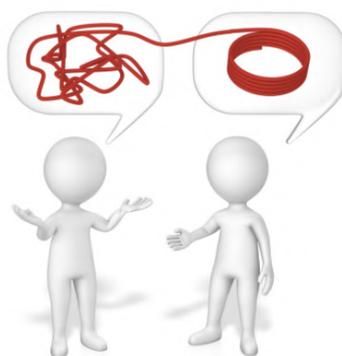
- ✚ Aux différentes étapes et contraintes du projet
- ✚ Aux résistances au changement qui sont normales dans le processus mais réclameront une vigilance particulière dans la communication
- ✚ Aux typologies des différents acteurs. Il faudra parfois être pédagogue, négocier, expliquer, encourager, remercier, féliciter...



- ✚ Phase d'euphorie : communiquer sur les objectifs du projet pour être sûr qu'ils sont compris, être transparent, communiquer sur les risques
- ✚ Phase de résistance : prendre en compte selon la typologie des professionnels et s'adapter en s'appuyant sur les « triangles d'or »
- ✚ Phase de résignation : Communiquer sur les avantages que vont donner le projet : développer les compétences, donner plus de flexibilité dans les plannings
- ✚ Phase d'acceptation : Valoriser les réussites, récompenser ceux qui se sont montrés particulièrement actifs. (ex : temps dédiés, prime de mobilité)

J'ai ainsi mis en place 3 types de communication dans le cadre de ce projet :

- ✚ **La communication opérationnelle** qui va permettre de faire avancer le projet. Elle peut se dérouler de manière parfois informelle avec les acteurs, lors des échanges en salle de déjeuner, ou de réunions rapides, elle permet de montrer l'avancement du projet. Elle suppose par contre, des réunions fréquentes de l'équipe projet pour garder une dynamique d'action. Ainsi il m'est arrivé fréquemment, de m'asseoir simplement lors des pauses déjeuners ou lors des groupes de travail pour prendre le temps d'échanger, m'intéresser, poser des questions pour lancer des dynamiques de réflexions. Comme nous l'avons vu dans l'analyse de l'organisation, la culture dans les blocs opératoires de Trousseau est très relationnelle, et il me semble fondamental de mettre en place une bonne communication au niveau informel, comme lors des pauses pour travailler le collectif.



- ✚ **La communication décisionnelle** qui se déroule lors de réunions formelles avec les commanditaires et qui vont permettre de faire le retour de manière factuelle de l'état d'avancement du projet. Ici, il s'agit de **réunion trimestrielle** lors du conseil des blocs.
- ✚ **La communication promotionnelle** qui aura pour but de faire adhérer au projet, mais également de maintenir la motivation. Elle pourra reposer sur des réunions d'information de l'avancement du projet au début, mais également par la diffusion des nouveaux outils mis en place, ou lors des temps conviviaux tout au long du projet. Elle permet de communiquer sur les succès afin de mettre en évidence les premières victoires. Un accent tout particulier sera mis sur l'affichage des temps conviviaux, et le programme détaillé des séminaires internes.

La communication est un moyen d'accompagner le changement et elle doit être présente tout au long du projet. Il ne faut pas fuir les annonces pour éviter de faire des vagues sans pour autant rentrer dans des débats sans fin qui pourraient bloquer le projet. Comme nous l'avons énoncé plus tôt dans ce travail, il y aura un moment dans le projet où les résistances se feront plus fortes et les professionnels devront traverser la « vallée de la peur »⁶⁹, il conviendra alors d'adapter la communication pour permettre à chacun de prendre le temps d'avancer et surmonter ses craintes.

4.2.2 Plan d'actions et de formations dans le cadre du projet

L'analyse de ce projet m'a permis de mettre en évidence qu'il repose sur une double évolution, la première qui consiste à mettre en place un plan de formation qui permettra de développer les compétences des infirmiers de bloc opératoire, la deuxième est de concevoir, de façon concomitante, un plan d'évolution managériale pour accompagner le changement.

De sorte, dans un premier temps, il sera indispensable de réaliser une analyse pour identifier les besoins :

✚ **Pour les professionnels :**

Par la cartographie des compétences, qui pourra être complétée en entretien individuel ou lors de l'entretien professionnel, il sera possible de prendre connaissance par chacun de son niveau de compétences et d'élaborer le besoin de formation. Il permettra également d'identifier les professionnels qui peuvent devenir référents sur certaines compétences dans l'anticipation de la phase de mutualisation des compétences. Le recueil de l'ensemble des besoins de formation devra être regroupé en un seul document afin de servir de base à l'élaboration du plan de formation et du choix des actions les plus pertinentes pour permettre de développer les compétences. Certaines formations pourront également être proposées et réalisées en partenariat avec le centre de développement des compétences de l'AP-HP et l'IFIBODE (comme la formation d'adaptation à l'emploi au bloc opératoire).

⁶⁹ Idem 60. La vallée de la peur est une des étapes de la courbe du deuil dans un changement. Elle se situe entre la phase descendante où s'exprime le déni et la dépression, le souhait de rester ancré dans le passé et la phase montante qui nous amène à évoluer dans notre vision, accepter le changement et se projeter dans le futur.

✚ Pour l'équipe managériale :

Bien que je ne sois pas encore cadre supérieure au début de la mise en place de ce projet managérial, il a été convenu avec l'actuelle cadre supérieure que je pourrai réaliser les entretiens professionnels des 3 faisant fonction cadres. Permettre à l'ensemble de l'équipe projet d'être positionnée directement sur les fonctions vers lesquelles l'évolution est prévue est un véritable atout pour la conduite du projet managérial.

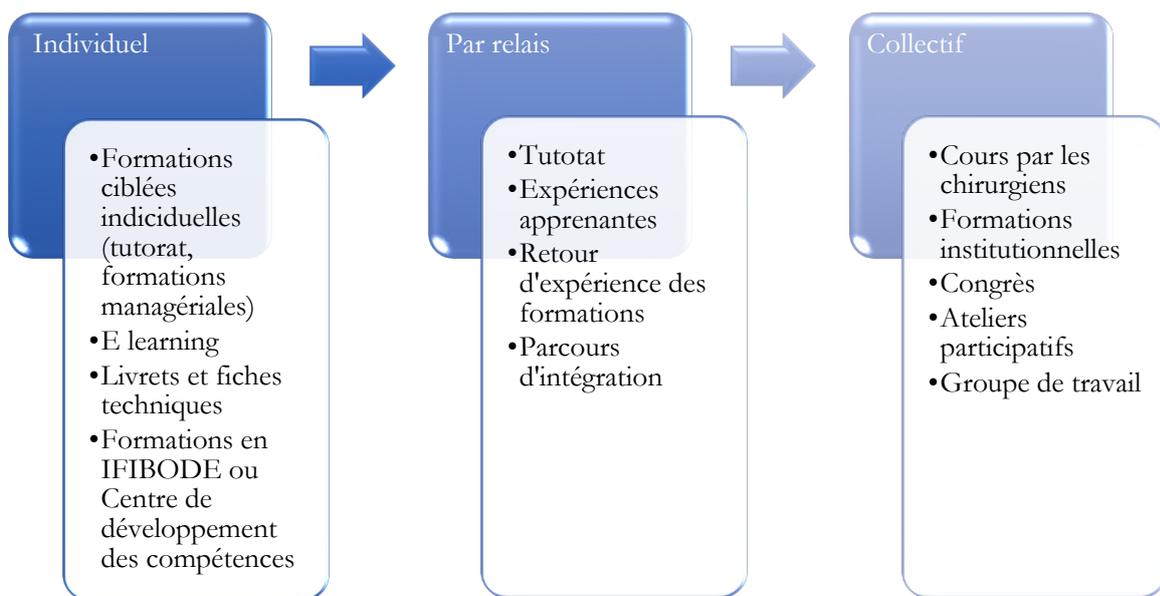
Afin de co construire au mieux le changement, il sera indispensable, dès le début du projet en phase de diagnostic, de prévoir des formations pour l'ensemble de l'équipe projet.

En premier lieu, le master management des organisations soignantes est l'occasion de donner des outils indispensables au chef de projet pour accompagner le changement et manager l'équipe projet.

Sur le plan institutionnel, nous avons par ailleurs la chance de disposer de nombreuses formations à l'attention des cadres afin de pouvoir développer des compétences. La conduite de ce projet pourra orienter les priorités comme par exemple les formations à l'animation d'équipe, « s'affirmer en tant que manager », « construire et conduire un projet avec l'équipe ».

Nos réunions hebdomadaires nous permettront de partager et mutualiser en retour d'expérience sur ces formations.

Afin d'être le plus efficace possible, il sera important de varier de manière stratégique les supports et les formats d'action et de formation.



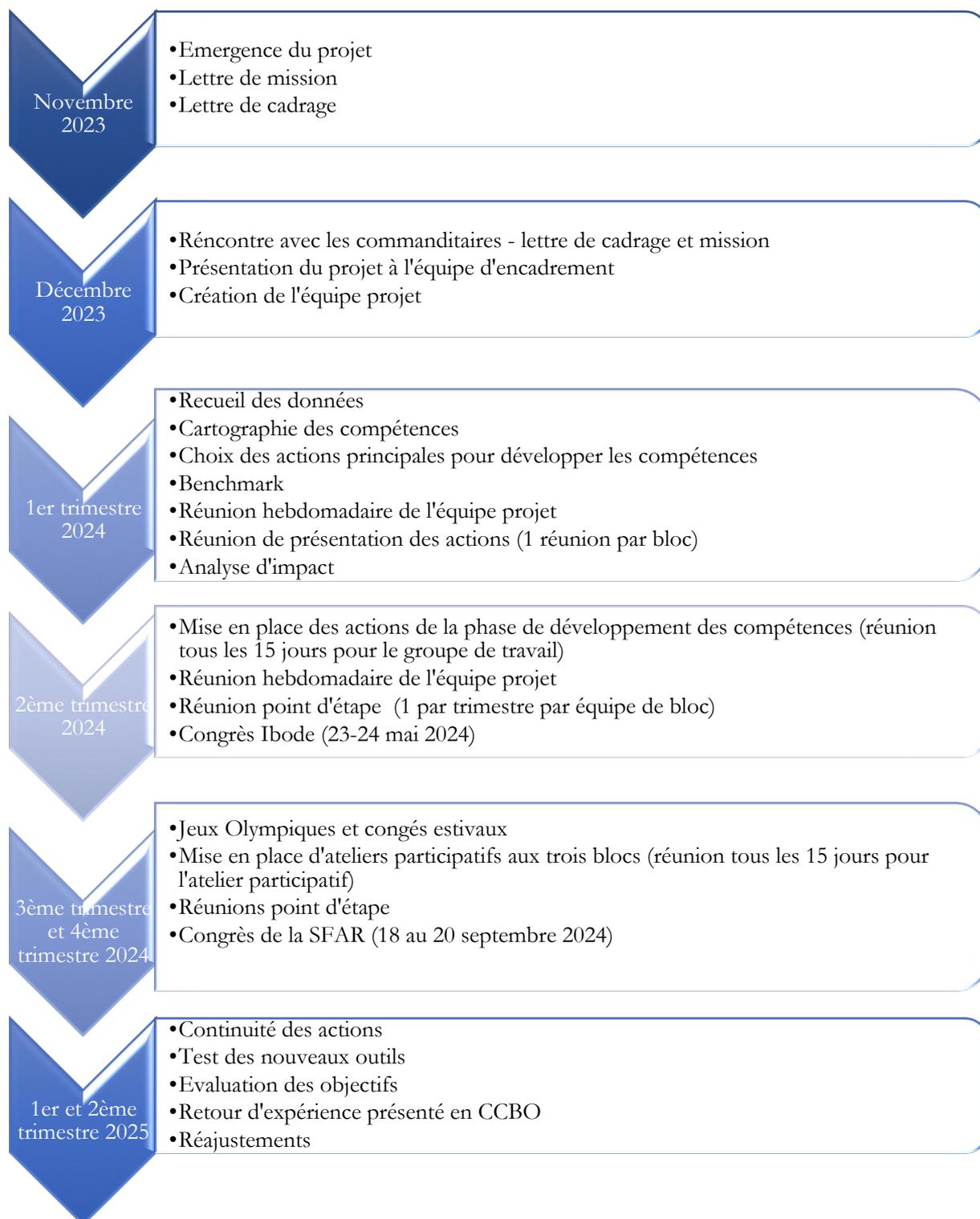
Il conviendra de prévoir et détacher du temps pour les professionnels afin de rédiger les supports de formations (livrets, fiches techniques) mais également pour préparer les congrès et retour d'expérience.

Afin de garantir le suivi et mesurer l'impact des formations, il faudra concevoir des temps et des outils permettant de suivre ce qui a été réalisé et d'évaluer l'avancement dans le plan de formation.

4.3 Phase de pilotage du projet

4.3.1 Les étapes clés du projet

Un projet de développement des compétences et d'accompagnement au changement est un projet qui ne peut s'inscrire sur une courte durée. Il faudra également une certaine souplesse en fonction des étapes et des contraintes liées aux disponibilités des acteurs. **Un diagramme de Gantt** plus détaillé est disponible en annexe F.



Ces grandes étapes clés, avec des temps phares qui la jalonnent (congrès, congés estivaux, etc...) devraient baliser et dynamiser le projet qui devrait en 2025 rentrer en phase de routine et d'automatisation sur de nombreuses actions.

4.3.2 Les outils de suivi et d'évaluation du projet managérial

Les étapes du projet, l'organisation des réunions et la mise en place des actions seront formalisées dans un diagramme de Gantt (Disponible en Annexe F) qui permettra d'offrir une vision d'ensemble du projet et de pouvoir être réajusté et optimisé au fil du temps, car le pilotage d'un projet montre qu'il y a en général un décalage entre le temps d'accompagnement du changement et celui de la réalisation du projet sur le plan opérationnel.

Il sera impératif de tracer, en compte rendu, l'ensemble des réunions et des temps de groupe de travail, pour suivre au mieux l'avancement du projet et évaluer la performance de ce dernier. Un tableau de bord pourra matérialiser la réalisation des actions au regard de la conduite du changement, il devra être réalisé mensuellement et servira de support auprès du commanditaire.

Une deuxième étape d'évaluation du projet sera réalisée en 2025 pour apprécier si le changement est bien amorcé. David AUTISSIER et Jean-Michel MOUTOT proposent le « **modèle ICAP** » qui permettra d'élaborer un questionnaire pour mesurer les taux « d'Information, Compréhension, Adhésion, Participation. »⁷⁰

Information

- Avez-vous entendu parler du projet de développement des compétences et de coopération interbloc ?
- Ce projet vous a-t-il été présenté par l'encadrement ?
- Avez-vous eu des informations concernant ce projet ?
- Avez-vous recherché des informations concernant ce projet ?

Compréhension

- Comprenez-vous les objectifs et modalité du projet ?
- Avez-vous sollicité l'encadrement pour mieux comprendre le projet ?
- Avez-vous une idée claire de ce que ce projet implique et changera pour vous ?
- Vous êtes-vous documenté sur le projet et les outils mis en place ?

Adhésion

- Pensez-vous que ce projet sera utile pour un meilleur fonctionnement des blocs opératoires de Trousseau ?
- Pensez-vous que ce projet sera utile pour développer vos compétences ?
- Pensez-vous que le projet est bien accueilli par les équipes ?
- Pensez-vous que toutes les conditions sont réunies pour la réussite du projet ?

Participation

- Avez-vous participé à des réunions autour de ce projet ?
- Avez-vous proposé des actions, des propositions pour améliorer le projet ?
- Envisagez-vous de vous investir dans ce projet pour en favoriser la mise en oeuvre ?
- Avez-vous participé à des actions, des formations dans le cadre de ce projet

Cette évaluation va permettre d'évaluer l'impact du projet et pourra également être élargie aux chirurgiens pour mesurer avec eux le changement.

⁷⁰ AUTISSIER D, MOUTOT JM. Méthode de conduite du changement : Diagnostic – Accompagnement – Performance. Malakoff : DUNOD. 2016

4.3.3 Les perspectives et les limites

Ce projet managérial de mutualisation et coopération des infirmiers des blocs opératoires par le développement des compétences représente une vraie opportunité tant d'un point de vue institutionnel que pour les professionnels de manière individuelle.

Il offre comme perspectives :

- ✚ **L'amélioration des performances au niveau individuel et collectif** par le développement des compétences sur le périmètre des trois blocs opératoires en s'appuyant sur le développement des savoirs en situation, ce qui favorisera une meilleure qualité et sécurité des soins pour les patients.
- ✚ **Une meilleure attractivité et fidélisation des professionnels**, à la fois en proposant un parcours d'accueil et d'intégration des étudiants et nouveaux professionnels mais également en indiquant que le management est investi dans le développement des compétences et se soucie du parcours professionnel et de la qualité de vie au travail de tous les professionnels
- ✚ **Une meilleure souplesse et capacité d'adaptation aux changements** : Dans un milieu professionnel en constante évolution, proposer aux professionnels de s'inscrire dans une dynamique d'analyse et de développement des compétences permet de sortir des automatismes, de se protéger des risques psychosociaux.

Cependant, la réussite de ce projet implique également certains obstacles à dépasser et des défis associés afin d'en permettre le succès :

- ✚ En premier lieu, ce type de projet s'inscrit dans le temps et représente un coût en mise à disposition des ressources et en organisation, ce qui peut poser un obstacle majeur en termes de logistiques d'organisation. Il sera impératif de réussir à dégager du temps pour les équipes pour qu'elles puissent se réunir et travailler ensemble. Dans un contexte contraint où le risque est que l'institution, volontaire pour le projet, demande que les objectifs soient atteints avant que le plan de formation ne soit mis en œuvre, il sera impératif de **ne pas sous-estimer la charge de travail que représente ce projet**, aussi bien pour l'encadrement que pour les équipes. Le maintien des intérimaires sur les postes vacants sera indispensable pour permettre l'organisation de ce temps « hors salle d'opérations » pour les professionnels participants aux groupes de travail.
- ✚ Il faudra prendre en compte, de manière régulière, **les résistances aux changements** qui seront inéluctables comme la volonté des plus anciens à ne pas coopérer entre les blocs ou des plus jeunes à avoir peur de dépasser leur champ de compétences. Un autre risque reposera sur le manque de reconnaissance dans **la légitimité de la jeune équipe managériale**, que ce soit l'encadrement de proximité ou l'encadrement supérieur.
- ✚ Enfin, un des autres défis sera dans l'objet du projet en lui-même car il est souvent très **difficile de mesurer l'impact et le retour sur l'investissement** d'un projet de développement de compétence et de changement culturel d'organisation, car ce dernier s'inscrit dans le temps et même si l'on peut constater des victoires, les fruits peuvent être difficiles à conceptualiser.

La réussite de ce projet reposera sur l'atteinte des objectifs qui ont été ciblés dans la lettre de mission. Par le développement des compétences individuelles et collectives des professionnels et des compétences managériales de l'équipe d'encadrement, les blocs opératoires de Trousseau pourront tendre vers une organisation plus efficiente des ressources IBODE et favoriser la fidélisation et l'attractivité sur l'établissement. Cette évolution devrait permettre de consolider l'équipe, réduire le turn-over, l'absentéisme, les demandes d'intérimaires et les heures supplémentaires. La conséquence à moyen et long terme de la réussite de ce projet permettra de développer et renforcer l'offre de soin sur les blocs opératoires de l'hôpital Trousseau.

CONCLUSION

Dans un contexte de métier en tension qu'est celui d'IBODE, la question du développement des compétences et de la coopération entre les professionnels devient un enjeu crucial afin de pouvoir garantir une offre de prise en soin chirurgicale en qualité et quantité dans nos blocs opératoires. A l'hôpital Trousseau et ses trois blocs opératoires, nous sommes également confrontés aux pénuries de professionnels, au turnover et à l'hétérogénéité des professionnels y exerçant. Par conséquent, l'acquisition, l'équilibre et le maintien des compétences sont sans arrêt remis en cause et impliquent de la part de l'encadrement un très grand travail d'analyse afin de mettre en adéquation les ressources selon les besoins et garantir une offre de soin suffisante et une sécurité d'exercice des professionnels.

Mon projet managérial est avant tout un projet de management des compétences qui permettra, dans un premier temps, de permettre aux professionnels de monter en compétences individuelles sur chaque bloc opératoire de Trousseau, en favorisant un meilleur parcours d'intégration et un apprentissage plus efficient des savoirs en situation de travail. Dans un second temps, il sera possible de monter en compétences collectives et enfin organisationnelles pour tendre vers une coopération entre les 3 blocs opératoires. Mais il paraît évident que tenter de mobiliser les équipes sans avoir pris le temps de les préparer et de les accompagner, en imposant d'aller sur un autre secteur engendrerait un échec du projet et risquerait même de dégrader les conditions de travail au risque d'une fuite de personnel encore plus prégnante.

Par les apports de la formation universitaires du Master « Management des Organisations Soignantes », j'ai pu réaliser une analyse des blocs opératoires sur le plan politique, fonctionnel et culturel et mieux comprendre les leviers et les obstacles à lever dans le cadre de ce projet. Il m'a ainsi été permis de réaliser et comprendre pourquoi les plus chevronnés, même compétents, refusaient d'être mobilisés vers un autre bloc opératoire de Trousseau. De sorte, même si les équipes avançaient avant tout un argument lié au manque d'expérience et de compétence, il est apparu que le plus gros frein serait sur le plan culturel et qu'il faudra mettre en place des actions pour créer une meilleure dynamique de coopération entre les différents blocs. Ce projet de management des compétences devient le support d'un projet d'accompagnement au changement qui permettra de mettre en pratique les apports théoriques de cette année universitaire autant en termes de leadership que de conduite de projet.

Ce travail m'a permis de mettre en évidence que le management des compétences et la gestion de projet ouvrent l'opportunité d'une montée en compétences managériales aussi bien pour les trois jeunes faisant fonction cadres de l'équipe que pour moi-même, future cadre supérieure de santé, par la mise en œuvre d'une conduite de projet autour de l'accompagnement au changement. Ce projet managérial m'a donné l'occasion, de par mon positionnement de future cadre supérieure de santé, de montrer quelle serait ma future identité professionnelle auprès de la future équipe de cadres, mais également auprès des professionnels. Il me paraît primordial de leur montrer que l'on peut garantir un parcours de montée en compétences, un accompagnement professionnel, tout en travaillant dans l'entraide et la coopération dans le respect et la bienveillance de chacun.

Bien que ce projet managérial ne soit qu'au début de sa mise en œuvre et qu'il risque de se heurter dans les mois qui viennent aux résistances traditionnelles liées aux changements, il apparaît déjà les prémices des premiers résultats et l'étape de KOTTER « générer des résultats visibles et rapides » semble s'esquisser... Les équipes Ibode commencent à prendre le réflexe de penser en collectif lorsqu'elles travaillent sur leurs plannings, sur la mise en place de procédures ou de livret d'accueil. La perspective des jeux olympiques où les équipes seront regroupées, ou encore le congrès IBODE où trois professionnelles des trois blocs opératoires partagent ensemble autour de la logistique et l'organisation vont permettre de commencer à travailler sur les représentations et autour d'une culture commune du « travailler aux blocs de Trousseau ».

Pour conclure, ce qui paraît déjà une grande réussite, c'est de s'apercevoir que l'équipe projet est devenue un collectif managérial fort, qui lui-même coopère de plus en plus. Former une équipe managériale soudée, motivée et bienveillante, qui échange régulièrement et partage les problématiques ainsi que les compétences est la meilleure garantie du succès de ce projet, car elle aura un effet d'exemplarité auprès des équipes en indiquant que les cadres sont eux aussi dans une dynamique de coopération et mutualisation des compétences qui permettra, après celui-ci, l'envie de mettre en œuvre d'autres projets.

BIBLIOGRAPHIE

ARTICLES

BATAL C, FERNAGU OUDET S. Compétences, un folk concept en difficulté ? SAVOIRS, 2013 mars. N° 33. pp. 39-60. [Consulté le 06 février 2024].

Disponible : <https://www.cairn.info/revue-savoirs-2013-3-page-39.html>

BLANCHART A. Histoire de la formation et de l'exercice des infirmières de salle d'opération (1870-1972). INTERBLOC, 2010 octobre-décembre. Tome 29 n°4. pp. 227-292

CHAUVAT-BOUËDEC C. La validation des acquis d'expérience, opportunité ou menace pour les professions de santé ? Le cas particulier des infirmier(ère)s de bloc opératoire. RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS, 2005. Vol. 81 n° 2. pp. 78-121

DARGENT G. Protocoles et mise en pratique des actes exclusifs au bloc opératoire. INTERBLOC, 2023 juillet-septembre. Tome 42 n°3. pp. 125-130

EL HAÏK-WAGNER N. « On est plus dans le cocooning ». Au bloc opératoire pédiatrique, une « détotalisation » par petites touches. ETHNOGRAPHIQUES.ORG, 2023 Décembre. N°46. pp. 1-20. [Consulté le 24 février 2024].

Disponible : https://www.ethnographiques.org/pdf_version.api/objet/article-1548.pdf

FLÉCHER E. Ibode au bloc opératoire : le changement c'est maintenant ! INTERBLOC, 2023 avril-juin. Tome 42 n°2. pp. 73-74

KERZIL J. CODOU O. « L'école à la lumière de la psychologie sociale. 1ère partie : stéréotypes et relations intergroupes ». CARREFOUR DE L'EDUCATION. vol. 22, N°2, 2006. pp. 111-135. [Consulté le 13 mars 2024].

Disponible : <https://www.cairn.info/revue-carrefours-de-l-education-2006-2-page-111.html>

LEVRESSE-TOUSSAINT S. Bloc opératoire : leadership au service de la performance. PROJECTIQUE, 2020, Hors-Série. pp. 85-113 [Consulté le 04 mars 2024]

Disponible : <https://www.cairn.info/revue-projectique-2020-HS-page-85.html>

LOMBART B. Le care en pédiatrie. RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS, n°122. pp 67 à 76. [Consulté le 13 mars 2024]

Disponible : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-3-page-67.htm?contenu=article>

ZOLESIO E. Des modalités d'apprentissage brutes et brutales en chirurgie ». TRAVAIL ET EMPLOI, 2015 Janv. Mars. N°141. pp 25 à 35 . [Consulté le 09 février 2024]

Disponible : <https://journals.openedition.org/travailemploi/6553>

NOTE DE COURS

MARCHAND X. Place de la notion de compétence dans l'organisation du travail. Cours Master 2 Management des Organisations Soignantes. ESM-UPEC. Décembre 2023.

DUMOND JP. Transformer les organisations de santé. Cours Master 2 Management des Organisations Soignantes. ESM-UPEC. Février 2024

LIVRES

AUTISSIER D, MOUTOT JM. Méthode de conduite du changement : Diagnostic – Accompagnement – Performance. Malakoff : DUNOD. 2016

AUTISSIER D, MOUTOT JM, JOHNSON KJ et al. La boîte à outils de la conduite du changement et de la transformation. Malakoff : DUNOD. 2022

AUTISSIER D. VANDANGEON-DERUMEZ I. VAS A. « Chapitre 15. Kurt Lewin », dans : Conduite du changement : concepts clés. 60 ans de pratiques héritées des auteurs fondateurs, sous la direction de AUTISSIER David, VANDANGEON-DERUMEZ Isabelle, VAS Alain. Paris, DUNOD, collection « Stratégie d'entreprise ». 2018. pp. 147-155.

BERCOT R. Hôpital, petits arrangements avec les règles. In HALPERN C. La Santé, un enjeu de société. Sciences Humaines “synthèse”. 2010 (pp. 108 à 117)

CROZIER M, FRIEDBERG E. L'acteur et le système. St Amand Montrond : SEUIL. 1977

D'HERBEMONT O. CESAR B. La stratégie du projet latéral. Comment réussir le changement quand les forces politiques et sociales doutent ou s'y opposent. Paris, DUNOD. 1996

DIETRICH A. Management des compétences. Paris : MAGNARD-VUIBERT. 2018.

KOTTER J. RATHGEBER H. Alerte sur la banquise ! Réussir le changement dans n'importe quelles conditions. New-York : PORTE-FOLIO PENGUIN. 2008-2018.

LE BOTERF G. Construire les compétences individuelles et collectives. Paris : EDITION D'ORGANISATION. 2004

LE BOTERF G. L'ingénierie des compétences. Paris : EDITION D'ORGANISATION. 1999

MARCHAT H. Le kit du chef de projet. Paris : EYROLLES. 2016.

MINTZBERG H. Manager, l'essentiel. Ce que font vraiment les managers... et ce qu'ils pourraient faire mieux. Paris : MAGNARD-VUIBERT. 2014.

MINTZBERG H. Structure et Dynamique des organisations. Paris : Éditions d'Organisation. 1982.

TROGNON A. BROMBERG M. Psychologie sociale et Ressources Humaine, nouveau cours de psychologie – Master. Sous la direction de Serban Ionescu et Alain Blanchet. Paris : PUF. 2007.

CONFÉRENCES

BOUDREAULT H. Interpréter et représenter les savoir-être professionnels pour pouvoir concevoir des environnements didactiques pour les faire développer. Colloque international Didactique Professionnelle. 2017 7-8 juin. [Consulté le 06 février 2024].
Disponible : https://rpd2017.sciencesconf.org/data/3106_BOUDREAULTHenri.pdf

MINET F. Des compétences à la validation. Conférence Alfa Centre. 2 juin 2004. [Consulté le 10 février 2024]
Disponible : [Microsoft PowerPoint - 2004-06-02 Conference Competences \(alfacentre.org\)](https://www.alfacentre.org/ressources/2004-06-02_Conference_Compétences_(alfacentre.org))

MINET F. Former aux compétences. Didaction : Communication aux Journées AFDS 2009. [Consulté le 09 février 2024]
Disponible : <https://www.didaction.com/fichiers/Article%20Former%20aux%20compétences.pdf>

WEBOGRAPHIE

APHP

- AP-HP en chiffres : L'hôpital Armand Trousseau [Consulté le 30 octobre 2023].
Disponible : <https://www.aphp.fr/contenu/hopital-armand-trousseau-ap-hp-inauguration-de-la-nouvelle-unite-de-chirurgie-ambulatoire>
- Direction des affaires juridiques. Mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé. [Consulté le 30 octobre 2023]. Disponible : <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhfh-n-2000-264-du-19-mai-2000-relative-a-la-mise-en-place-des-conseils-de-bloc-operatoire-dans-les-etablissements-publics-de-sante/>
- L'hôpital Armand Trousseau. L'historique. [Consulté le 25 février 2024].
Disponible : <https://trousseau.aphp.fr/lhistorique/>
- Les GHU de l'APHP. [Consulté le 30 octobre 2023]. Disponible : <https://www.aphp.fr/groupe-hospitaliers-de-lap-hp>
- Principes essentiels du fonctionnement des structures médicales de l'AP-HP. [Consulté le 24 février 2024].
Disponible : https://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/cme5fevrier2019_dmu_modifri_anne_xe_17.pdf
- Projet IDEAL. [Consulté le 30 octobre 2023].
Disponible : <https://ideal.aphp.fr/ideal>
- REVEL N. 30 leviers pour agir ensemble. [Consulté le 27 janvier 2024].
Disponible : <https://www.calameo.com/read/004021827b2c9bc2c2b29?authid=B2dPJcDiAvtH>
- Rapport annuel 2022. [Consulté le 30 octobre 2023]. Disponible : <https://www.aphp.fr/connaitre-lap-hp/nous-connaitre/rapports-annuels-de-lap-hp>

BOUDREAULT H. Attitude, savoir-être et conduit au cœur du développement de « La » compétence professionnelle. DIDAPRO. 2024 Février. [Consulté le 06 février 2024].
Disponible : <https://didapro.me/author/didapro/>

DREES. Démographie des professionnels de santé. [Consulté le 30 octobre 2023].
Disponible : <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

Emploipublic.fr. Infirmier de bloc opératoire (Ibode) – Fiche. [Consulté le 02 décembre 2023].
Disponible : [Infirmier de bloc opératoire \(Ibode\) - Fiche métier - Emploipublic](#)

HUEP. Manuel Qualité LBM de l'Est Parisien. [Consulté le 30 octobre 2023].
Disponible : http://bmp-huep.fr/docs/142181_EP-HUEP-PLUS-SMQ-MQ-002_Manuel_Qualité_du_L.pdf

Legifrance. Décret relatif aux actes exclusifs des infirmiers de bloc opératoire. [Consulté le 27 janvier 2024]. Disponible : [Décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

Monblocopérateur.com. Rôles de l'IBODE. [Consulté le 02 décembre 2023].
Disponible : [Rôles de l'Ibode ★ Mon Bloc Opérateur \(monblocoperatoire.com\)](#)

SNIBO. Enquête réalisée auprès des Ibode. Mise à jour le 29/09/2018. [Consulté le 27 janvier 2024].
Disponible : <https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/106877/le-syndicat-national-des-infirmiers-de-bloc-operatoire-snibo-devoile-les-resultats-dune-enquete-realisee-aupres-des-iode-communique/>

Sofia. IADE vs IBODE : dissection et autopsie. [Consulté le 27 janvier 2024].
Disponible : <https://sofia.medicalistes.fr/spip/spip.php?article386>

TABLE DES ANNEXES

Annexe A : Plan de l'hôpital Trousseau

Annexe B : Organigramme de l'hôpital Trousseau

Annexe C : Référentiel d'activités et de compétences IBODE

Annexe D : Cartographie des compétences Ibode de Trousseau

Annexe E : Lettre de mission « Projet Managérial »

Annexe F : Diagramme de Gantt du projet managérial

PLAN DE L'HÔPITAL TROUSSEAU

26 avenue du Docteur Arnold Netter - 75571 Paris Cedex 12

Tél. 01 44 73 74 75

Moyens d'accès

Métro

- 1 Porte de Vincennes
- 6 Picpus
- 8 Daumesnil, Michel Bizot

Bus

- 56 29 Dr Netter
- 64 Hôpital Trousseau
- 26 Cours de Vincennes

Tramway

- 3 Montempoivre, A. David-Néel

Stationnement

L'accès aux véhicules est interdit à l'exception des Personnes à Mobilité Réduite sur présentation de la carte PMR. Sous réserve de places disponibles.

LÉGENDE

- Accueil
- Admissions
- Cafétéria
- Caisses
- Crèche
- État civil
- Sorbonne Université amphithéâtre Sorrel
- Toilettes
- Accès piétons
- Circulation voitures
- Livraison
- SAMU/ambulances
- votre position

accès de nuit (après 21h) et week-end par la rue Lasson



Visites aux patients

Elles sont autorisées tous les jours de 13 h à 20 h

Hôpital sans tabac

Nous vous rappelons qu'il est interdit de fumer dans l'enceinte de l'hôpital.

(Loi Evin n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme).



Votre rendez-vous

Secteur		
Bâtiment		
Service		
Porte	Étage	Chambre

HÔPITAL TROUSSEAU

SERVICES	Bâtiment	Porte
Anatomie et cytologie pathologique	LABROUSTE	7
Allergologie - Centre de l'asthme		
• Consultations	CHIGOT	22
• Hôpital de jour	LACAZE	17
Anesthésie		
• Consultations adultes	SALAT-BAROUX	4
• Consultations pédiatriques	CHIGOT	22
Biochimie	L'HORLOGE	24
Blocs opératoires	CHIGOT	22
Centre de dialyse	LESNÉ	10
Centre de la migraine de l'enfant	PALLEZ	D
Centre de traitement de la brûlure	CHIGOT	22
Chirurgie - Consultations	CHIGOT	22
Chirurgie ambulatoire - U.C.A.	LEMARIEY	20
Chirurgie orthopédique	CHIGOT	22
Chirurgie viscérale	CHIGOT	22
Diagnostic prénatal et médecine fœtale	SALAT-BAROUX	4
Endocrinologie - Consultations	LESNÉ	11
Espace parentèle	SALAT-BAROUX	4
Établissement français du sang - E.F.S.	OUËRIN	23
Explorations fonctionnelles et neurologiques - E.F.N.	LABROUSTE	7
Explorations fonctionnelles neuro physiologique		
Explorations fonctionnelles respiratoires - E.F.R.	LEMARIEY	19
Fœtopathologie	LABROUSTE	6
Gastroentérologie et nutrition pédiatrique		
• Hospitalisations	LACAZE	17
• Hôpital de jour	LACAZE	17
• Consultations	CHIGOT	22
Génétique - Consultations	BRISSAUD	2
Génétique médicale	SCHWARTZ	8
Gynécologie obstétrique - Consultations	SALAT-BAROUX	4
Hématologie-Oncologie		
• Consultations	LESNÉ	11
• Hospitalisations	LESNÉ LACAZE	10 17
Hématologie - Oncologie - H.D.J.	LESNÉ	11
Hématologie - Laboratoire	PARROT-ROUSSEL	25
Hospitalisation de jour médecine	LACAZE	17
Institut de Myologie	LEMARIEY	20
Maternité	SALAT-BAROUX CHIGOT	4 22
Médecine nucléaire	CHIGOT	22
Médecine pour adolescents	CHIGOT	16
Néonatalogie		
• Consultations	SALAT-BAROUX	4
• Hospitalisations	SALAT-BAROUX	4
Néphrologie		
• Consultations	LESNÉ	11
• Hospitalisations	CHIGOT	22

SERVICES	Bâtiment	Porte
Neuropédiatrie		
• Consultations - H.D.J.	BRISSAUD	3
• Hospitalisations	CHIGOT	22
O.R.L. - Oto-Rhino-Laryngologie		
• Consultations	LEMARIEY	19
Ophthalmologie	LACAZE	15a
Pédiatrie générale		
• Consultations	LESNÉ	11
• Hospitalisations	LESNÉ	10
Pédopsychiatrie - Consultations	LESNÉ	14
Pharmacie		
• Accueil	PARROT-ROUSSEL	26
• Livraisons	PARROT-ROUSSEL	30
Pneumologie		
• Consultations	CHIGOT	22
• Hospitalisations	CHIGOT	22
P.M.I - Protection Maternelle	SALAT-BAROUX	4
Radiologie	CHIGOT	22
Rééducation réadaptation fonctionnelle	CHIGOT	22
Unité douleur	PALLEZ	34
Virologie	LABROUSTE	9
Réanimation des brûlés	CHIGOT	22
Réanimation néonatale et pédiatrique	SALAT-BAROUX	4
URGENCES pédiatriques	CHIGOT	--
URGENCES obstétricales et gynécologiques	SALAT-BAROUX	--

SERVICES ADMINISTRATIFS	Bâtiment	Porte
Accueil	PALLEZ	--
Direction	PALLEZ	28
Direction des soins	DÉRIQUE	1
État-civil	SALAT-BAROUX	4
Régie	PALLEZ	28
Relation avec les usagers		

AUTRES	Bâtiment	Porte
Amphithéâtre Sorrel	CHIGOT	18
Aumônerie	CHIGOT	22
Oratoire multiconfessionnel	SALAT-BAROUX	4
Cafétéria	CHIGOT	22
Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur - C.N.R.D.	PALLEZ	28
Centre scolaire	PALLEZ	30
Chambre mortuaire	LABROUSTE	5
Crèche	PERRAULT	C
ESCALE - Espace de Soins et de Coordination pour les Adolescents et leur Entourage	CHIGOT	RdC 21
Faculté Saint-Antoine	CHIGOT	18
Hospitalisation À Domicile - H.A.D.	INTERNAT	-
Sécurité anti-malveillance	Labrouste	7

ADMISSIONS / CAISSES	PALLEZ SALAT-BAROUX	29 4
-----------------------------	------------------------	---------

ANNEXE I

RÉFÉRENTIEL D'ACTIVITÉS

Cadre réglementaire :

L'infirmier ou l'infirmière « donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.

L'infirmier ou l'infirmière participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement. » (art. L. 4311-1 du Code de la santé publique [CSP]).

L'infirmier de bloc opératoire exerce son métier dans le respect des articles R. 4311-1 à R. 4311-15 et R. 4312-1 à R. 4312-49 du CSP.

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

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

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

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

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

5° Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés.

En per-opératoire, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire ou l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme exerce les activités de circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire, en présence de l'opérateur.

Il est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée diagnostique, thérapeutique, ou diagnostic et thérapeutique dans les secteurs de stérilisation du matériel médico-chirurgical, et dans les services d'hygiène hospitalière. »

(Art. R. 4311-11 du CSP).

Par ailleurs, seul le professionnel titulaire du diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire ou d'une autorisation d'exercice de la profession d'infirmier de bloc opératoire est habilité à accomplir les actes et activités suivants :

« 1° Dans les conditions fixées par un protocole préétabli, écrit, daté et signé par le ou les chirurgiens :

a) Sous réserve que le chirurgien puisse intervenir à tout moment :

– l'installation chirurgicale du patient ;

– la mise en place et la fixation des drains sus-aponévrotiques ;

– la fermeture sous-cutanée et cutanée ;

b) Au cours d'une intervention chirurgicale, en présence du chirurgien, apporter une aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration ;

2° Au cours d'une intervention chirurgicale, en présence et sur demande expresse du chirurgien, une fonction d'assistance pour des actes d'une particulière technicité déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé »

(Art. R. 4311-11-1 du CSP).

Définition du métier :

L'infirmier ou l'infirmière de bloc opératoire est un professionnel spécialisé expert, qui participe aux soins des personnes bénéficiant d'interventions chirurgicales, d'endoscopies ou d'actes techniques invasifs à visée diagnostique et/ou thérapeutique. Ses compétences sont mises en œuvre dans le cadre d'un exercice en équipe pluri-professionnelle, en secteur interventionnel quelle que soit la discipline chirurgicale, ou en secteur associé tel que la stérilisation.

Il/elle prépare, organise et réalise des soins et des activités en lien avec le geste opératoire, en pré, per et post interventionnel. Dans son champ de compétences, il/elle met en œuvre toutes les mesures d'hygiène et de sécurité en tenant compte des risques inhérents à la spécificité des personnes soignées, à la nature des interventions, au travail en zone protégée, à l'utilisation de dispositifs médicaux spécifiques et à l'usage des nouvelles technologies.

Activités :

1. Réalisation d'activités de prévention et de soins en lien avec des actes et activités invasifs à visée diagnostique et/ou thérapeutique
2. Réalisation de techniques complexes d'assistance chirurgicale au cours d'actes et d'activités invasifs à visée diagnostique et/ou thérapeutique
3. Organisation et coordination des activités de soins liées au processus peropératoire
4. Gestion d'équipements, de dispositifs médicaux et de produits dans les secteurs interventionnels et associés
5. Elaboration et mise en œuvre d'une démarche qualité, de gestion et de prévention des risques dans les secteurs interventionnels et associés
6. Mise en œuvre et contrôle des mesures d'hygiène dans les secteurs interventionnels et associés

7. Formation et information des équipes pluridisciplinaires et des apprenants dans les secteurs interventionnels et associés
8. Réalisation de travaux de veille professionnelle et de recherche, conception et conduite de démarches d'amélioration des pratiques

Activités détaillées :

1. Réalisation d'activités de prévention et de soins en lien avec des actes invasifs à visée diagnostique et/ou thérapeutique

- Accueil et suivi de la personne et de son entourage en zone peropératoire
- Contrôle de la préparation et mise en condition de la personne soignée à l'acte opératoire ou interventionnel
- Préparation de l'environnement opératoire
- Réalisation des soins à la personne en zone opératoire ou interventionnelle
- Activités de circulant(e) en bloc opératoire
- Activités d'instrumentiste en salle d'opération
- Observation et suivi de la personne pendant et en post-immédiat de l'intervention
- Coordination des activités pendant la réalisation du geste opératoire
- Gestion des risques encourus par la personne
- Gestion des risques liés à la criticité de l'intervention
- Suivi, soin et gestion de la plaie chirurgicale en post-opératoire immédiat

2. Réalisation de techniques complexes d'assistance chirurgicale au cours d'actes et d'activités invasifs à visée diagnostique et/ou thérapeutique

- Mise en posture chirurgicale au regard de la voie d'abord
- Aide à la mise en place et au maintien des instruments d'exposition directe et indirecte
- Aide à la réalisation d'une aspiration
- Aide à la réalisation d'une hémostase
- Aide aux sutures des organes et des vaisseaux sous la direction de l'opérateur
- Aide à la réduction d'une fracture et au maintien de la réduction au bloc opératoire
- Aide à la pose d'un dispositif médical implantable (DMI)
- Injection d'un produit à visée thérapeutique ou diagnostique dans un viscère, une cavité, une artère
- Fermeture sous cutanée et cutanée
- Mise en place et fixation des drains sus aponévrotiques

3. Organisation et coordination des activités de soins liées au processus peropératoire

- Traitement des informations apportées par les outils numériques et les nouvelles technologies d'assistance à l'intervention et à la décision
- Rédaction de procédures d'organisation et de réalisation des activités de soins
- Organisation de soins et d'activités
- Coordination des activités avec les autres unités
- Transmission d'informations

4. Gestion d'équipements, de dispositifs médicaux et de produits dans les secteurs interventionnels et associés

- Approvisionnement et gestion des réserves
- Contrôle de l'instrumentation
- Contrôle de l'opérationnalité des équipements

5. Elaboration et mise en œuvre d'une démarche qualité, de gestion et de prévention des risques dans les secteurs interventionnels et associés

- Conception de mesures visant à maîtriser les risques
- Contrôle de la qualité et des mesures prises par l'équipe dans le domaine de la gestion des risques
- Gestion des risques liés à l'hygiène
- Gestion des risques auxquels le personnel est exposé
- Contrôle de la traçabilité

6. Mise en œuvre et contrôle de mesures d'hygiène dans les secteurs interventionnels et associés

- Elaboration et vérification des procédures d'hygiène et de leur mise en application
- Mise en œuvre et contrôle des mesures concernant l'hygiène des personnes au sein du bloc opératoire
- Mise en œuvre et contrôle des mesures concernant l'hygiène du patient
- Mise en œuvre et contrôle des mesures concernant l'hygiène de l'environnement opératoire et l'application de l'asepsie progressive
- Contrôle des opérations de stérilisation des dispositifs médicaux
- Contrôle des opérations de tri, conditionnement et évacuation des déchets et des dispositifs médicaux utilisés

7. Formation et information des équipes pluridisciplinaires et des apprenants dans les secteurs interventionnels et associés

- Accueil des stagiaires ou de nouveau personnel
- Encadrement d'équipes pluriprofessionnelles
- Formation dans les secteurs interventionnels et secteurs associés
- Evaluation des acquis des apprenants et de l'atteinte des objectifs

8. Réalisation de travaux de veille professionnelle et de recherche, conception et conduite de démarches d'amélioration des pratiques

- Réalisation d'études et de recherches dans le cadre d'évaluation de pratiques ou de matériel
- Constitution d'une base d'information sur les connaissances professionnelles en relation avec l'évolution des techniques chirurgicales, des technologies, et de la réglementation
- Recherches bibliographiques dans les domaines du soin et de la santé
- Rédaction et présentation de travaux
- Actualisation des connaissances
- Conduite de démarches d'évaluation des pratiques professionnelles
- Proposition d'actions d'amélioration contribuant à la qualité, à la gestion et à la prévention des risques professionnels dans son champ de compétences

ANNEXE II

RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES

Blocs de compétences	Compétences
Bloc 1 – Prise en soins et mise en œuvre des activités de prévention et de soins en lien avec des actes invasifs à visée diagnostique et/ou thérapeutique	1 - Connaître et contribuer à mettre en œuvre des modes de prise en soins des personnes adaptés aux situations rencontrées en lien avec des actes invasifs à visée diagnostique et/ou thérapeutique
	2 - Mettre en œuvre des techniques et des pratiques en per et post opératoire immédiat en prenant en compte les risques
Bloc 2 – Mise en œuvre des techniques complexes d'assistance chirurgicale au cours d'actes invasifs à visée diagnostique et/ou thérapeutique	3 - Identifier et mettre en œuvre des techniques complexes d'assistance chirurgicale en prenant en compte les risques encourus par la personne
	4 - Organiser et coordonner les activités de soins infirmiers liées au processus péri-opératoire
Bloc 3 – Organisation et coordination des activités de soins, de la démarche qualité et prévention des risques dans les secteurs interventionnels et secteurs associés	5 - Conduire une démarche qualité, de gestion et de prévention des risques dans les secteurs interventionnels et secteurs associés
	6 - Mettre en œuvre, contrôler et ajuster la démarche de gestion et prévention du risque infectieux dans les secteurs interventionnels et secteurs associés
Bloc 4 – Information et formation des professionnels dans les secteurs interventionnels et secteurs associés	7 - Former et informer les professionnels et les apprenants
	8 - Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques
Bloc 5 – Veille professionnelle, travaux de recherche et conduite de démarches d'amélioration des pratiques	9 - Evaluer et améliorer les pratiques professionnelles au regard des évolutions techniques et réglementaires

MISE EN RELATION DES BLOCS, DES ACTIVITÉS ET DES COMPÉTENCES :

Blocs de compétences	Activités	Compétences
Bloc 1 – Prise en soins et mise en œuvre des activités de prévention et de soins en lien avec des actes invasifs à visée diagnostique et/ou thérapeutique	1. – Réalisation d'activités de prévention et de soins en lien avec des actes et activités invasifs à visée diagnostique et/ou thérapeutique	1 – Connaître et contribuer à mettre en œuvre des modes de prise en soins des personnes adaptés aux situations rencontrées en lien avec des actes invasifs à visée diagnostique et/ou thérapeutique
		2 – Mettre en œuvre des techniques et des pratiques en per et post opératoire immédiat en prenant en compte les risques
Bloc 2 – Mise en œuvre des techniques complexes d'assistance chirurgicale au cours d'actes invasifs à visée diagnostique et/ou thérapeutique	2. – Réalisation de techniques complexes d'assistance chirurgicale au cours d'actes et d'activités invasifs à visée diagnostique et/ou thérapeutique	3 – Identifier et mettre en œuvre des techniques complexes d'assistance chirurgicale en prenant en compte les risques encourus par la personne
Bloc 3 – Organisation et coordination des activités de soins, de la démarche qualité et prévention des risques dans	3. – Organisation et coordination des activités de soins liées au processus péri-opératoire	4. – Organiser et coordonner les activités de soins liées au processus péri-opératoire

Blocs de compétences	Activités	Compétences
les secteurs interventionnels et secteurs associés	4. – Gestion d'équipements, de dispositifs médicaux et de produits dans les secteurs interventionnels et secteurs associés	
	5. – Elaboration et mise en œuvre d'une démarche qualité, de gestion et de prévention des risques dans les secteurs interventionnels et secteurs associés	5. – Conduire une démarche qualité, de gestion et de prévention des risques dans les secteurs interventionnels et secteurs associés
	6. – Mise en œuvre et contrôle de mesures d'hygiène en bloc opératoire dans les secteurs interventionnels et dans les secteurs associés	6. – Mettre en œuvre, contrôler et ajuster la démarche de gestion et prévention du risque infectieux dans le bloc opératoire et secteurs associés
Bloc 4 - Information et formation des professionnels dans les secteurs interventionnels et secteurs associés	7. – Formation et information des équipes pluridisciplinaires et des apprenants dans les secteurs interventionnels et secteurs associés	7. – Former et informer les professionnels et les apprenants
Bloc 5 – Veille professionnelle, travaux de recherche et conduite de démarches d'amélioration des pratiques	8. – Réalisation de travaux de veille professionnelle et de recherche, conception et conduite de démarches d'amélioration des pratiques	8. – Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques
		9. – Evaluer et améliorer les pratiques professionnelles au regard des évolutions techniques et réglementaires

ANNEXE D – Cartographie des compétences Ibode de Trousseau

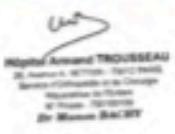
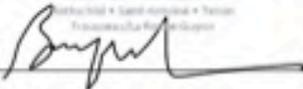
NOM	Prénom	Bloc d'affectation	Diplôme	Année début XP au bloc	Année arrivée Trousseau	ancienneté	Année XP au bloc	Missions / Commentaire	Socle de compétence de base	Spécialisation Orthopéd	Spécialisation Orthopéd	Spécialisation Visceral	Spécialisation Visceral	Spécialisation Urologiq	Spécialisation Thoraciq	Spécialisation Plastic	Spécialisation Gynécolog	Spécialisation Gynécolog	Endoscopie	Spécialisation ORL	Spécialisation ORL	Ophtalmologie	KT / Biopsie	Après-Midi	ME et Nuit	Déplacement en réanimation	Moyenne UCA	Moyenne PLC	Moyenne SB	
										Instrumentation Circulante	Instrumentation brûlés	Instrumentation Gynécolog	Instrumentation Gynécolog	Instrumentation Endoscopie																
		PLC	IBODE	1996	2021	3	28	FFCadre	5	5	5	4	5	5	5	3	4	5	5	5	3	5	5	5	5	4,71	4,73	4,4		
		SB	IBODE	2007	2022	2	17	FFCadre	5	4	3	3	4	3	3	3	3	2	2	3	4	4	2	2	2	3,43	3,07	3		
		UCA	IBODE	1998	2022	2	26	FFCadre	5	3	3	3	4	3	2	5	3	3	2	3	4	3	4	3	2	3,57	3,13	3,2		
		UCA	IBODE	1999	2020	4	25	Cadre (sup)	5	3	3	3	4	3	3	3	3	3	4	5	5	3	5	4	3	3,33	3,33	3,4		
		PLC	IDE MT	2021	2023	1	3		3	2	3	1	2	1	1	4	1	2	2	1	4	4	4	1	1	1	2,57	1,93	1,6	
		PLC	IDE	2023	2023	1	1		2	1	2	3	4	4	4	5	1	1	1	1	2	1	5	3	1	4	2,29	2,73	1,6	
		PLC	IDE MT	2008	2022	2	16		4	3	4	3	4	4	3	4	2	2	2	2	3	1	4	4	4	4	3,14	3,4	3,2	
		PLC	IBODE	2014	2017	7	10	Arrêt long	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	3	2	2	3	4	4	4	4	3,57	3,67	3,2	
		PLC	IDE	2022	2022	2	2		4	4	5	3	4	2	4	4	1	1	1	1	2	2	4	4	4	4	2,86	3,27	2,8	
		PLC	IDE	2022	2022	2	2		4	4	5	3	4	2	4	4	1	1	1	1	2	2	4	4	4	4	2,86	3,27	2,8	
		PLC	IDE MT	2010	2022	2	14		4	4	4	3	4	4	4	4	1	1	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3,4	3,4	2,8
		PLC	IBODE	2013	2013	11	11		4	4	4	2	3	3	3	5	3	3	3	3	2	5	4	4	4	4	3,14	3,6	3,6	
		PLC	IBODE	2019	2023	1	5		4	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	4	3	3	3	2,71	3	2,8	
		PLC	IBODE	2005	2023	1	19		5	4	4	3	3	3	3	4	1	1	2	3	2	4	5	3	2	2	3,43	3	2,4	
		PLC	IBODE	2010	2010	14	14	TP	4	4	4	3	4	4	4	4	3	3	3	2	3	3	4	5	5	4	3,43	3,87	4	
		PLC	IBODE	2016	2022	2	8		3	2	2	4	4	4	4	5	3	4	3	2	2	2	4	2	2	3	2,71	3,27	2,8	
		PLC	IDE MT	2017	2018	6	7	Sté/Tutorat	5	4	5	5	5	5	5	5	3	5	4	3	4	1	5	5	5	5	3,71	4,6	4,6	
		PLC	IBODE	2000	2013	11	24	Tutorat/Sté	5	5	5	4	5	5	5	5	2	3	5	5	5	4	5	5	5	5	4,86	4,6	4	
		PLC	IBODE	2013	2013	11	11	Nuit	4	1	4	1	4	4	4	3	2	3	4	2	2	2	4	3	3	4	3,14	3,2	3	
		PLC	IDE	2015	2017	7	9	Nuit	4	1	3	1	4	4	4	3	2	3	3	2	2	2	4	3	3	3	3	3	3	3
		UCA	IDE MT	2021	2020	4	3		3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	1	3	3,14	2,93	2,8
		UCA	IDE	2023	2023	1	1		3	1	3	2	3	3	1	3	1	1	3	1	3	3	3	1	1	1	2,71	2	1,4	
		UCA	IBODE	2015	2020	4	9		4	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	3	3,29	3,13	3,4	
		UCA	IBODE	2018	2022	2	6		5	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	3	3	2	1	3,43	2,73	2,8	
		SB	IDE	2023	2023	1	1		3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	3	3	1	1,29	1,53	2,6	
		SB	IBODE	2013	2012	12	11		5	2	3	4	4	1	1	2	4	5	1	2	3	2	4	5	5	1	2,86	3,13	4,8	
		SB	IDE MT	2019	2019	5	5		4	1	1	3	4	2	1	2	5	5	1	1	1	1	3	5	5	1	2	2,87	4,8	
		SB	IBODE	2003	2006	18	21		5	2	3	4	4	2	1	3	5	5	1	2	3	1	4	5	5	1	2,86	3,33	5	
		SB	IBODE	2000	2010	14	24		5	2	3	4	4	2	1	2	5	5	1	1	2	1	3	5	5	1	2,57	3,2	5	
		SB	IBODE	1998	2023	1	26		5	1	1	4	4	3	3	1	5	5	1	2	3	3	3	5	5	1	3	3,13	5	
		SB	IDE	2019	2020	4	5	Nuit	4	1	2	1	2	1	1	3	3	3	1	1	1	1	3	1	1	2	1,71	1,93	2,4	
		SB	IDE	2015	2015	9	9	Nuit	4	1	2	1	2	1	1	2	3	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1,71	1,8	2,4
		SB	IDE	2010	2022	2	14	interimaire	4	1	2	2	2	2	2	2	3	3	1	1	1	1	3	2	2	1	1,86	2,13	2,8	
		SB	IDE	2018	2022	2	6	interimaire	4	1	2	3	3	2	2	2	2	3	1	1	1	1	3	2	2	1	2	2,2	2,6	
		PLC	IBODE	1990	2000	24	34	retraité/interim	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	3,73	3,6	
		PLC	IDE	1995	2023	1	29	Intérimaire	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	1	1	1	1	4	4	4	3	2,71	3,33	2,8	
		PLC	IDE	2015	2023	1	9	Intérimaire	4	3	3	4	4	4	4	4	1	1	1	1	1	1	4	4	4	3	2,57	3,2	2,8	
		PLC	IDE MT	2000	2021	3	24	Intérimaire	4	3	3	4	4	4	4	3	4	4	2	2	2	2	4	4	4	4	3	3,67	4	
		UCA	IDE	2020	2023	1	4	Intérimaire	3	1	3	1	3	3	1	3	1	2	3	1	3	3	1	1	1	1	2,71	1,87	1,6	
									4,1	2,64	3,18	2,92	3,56	2,97	2,82	3,38	2,51	2,85	2,23	2,13	2,69	2,28	3,79	3,38	3,15	2,62	2,99	3,08	3,2	

ANNEXE E – Lettre de mission

 <p>Hôpital Armand-Trousseau AP-HP</p>	<p>Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2023-2024</p>	
--	--	---

Désignation du projet	COOPERATION ET MUTUALISATION DES INFIRMIERS DES BLOCS DE L'HOPITAL TROUSSEAU PAR LE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES
Commanditaires	DSAP – Présidence du Conseil des Blocs
Nom du responsable du projet	GERARD Caroline (Cadre de Santé IBODE)
Missions du responsable de projet	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre la commande en mode projet - Identifier, analyser les besoins et les ressources - Former une équipe projet - Initier, organiser et animer les réunions - Définir et mettre en œuvre le calendrier du projet - Déployer le projet, conduire le changement, et coordonner les actions - Établir un plan de communication - Évaluer le projet et réajuster selon les objectifs et les indicateurs de suivi
Moyens alloués	<p>Moyens temporels : Élaboration et coordination du projet sur le temps de travail - Une journée de télétravail par mois dédiée au projet</p> <p>Moyens humains : L'équipe d'encadrement et référents des blocs opératoires de Trousseau – Accompagnement par la Direction des Soins</p>

 <p>Hôpital Armand-Trousseau AP-HP</p>	<p>Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2023-2024</p>	  
--	--	---

Moyens alloués (suite)	Locaux : Salle de réunion, bureaux d'encadrement
Modalités de reporting	<ul style="list-style-type: none"> - Compte rendu de réunion et reporting trimestriel auprès de la Direction des Soins et des Affaires Paramédicales (DSAP) - Indicateurs de pilotage : Ceux créés à la suite du projet : Tableaux de bord des compétences par agent et par bloc opératoire – Indicateurs de mobilité internes – Évènements indésirables – Indicateurs d'activité des blocs opératoires – Taux de demande d'intérimaire - Présentation en conseil de bloc
Durée	<p>18 mois</p> <p>Du 4^{ème} trimestre 2023 au 2^{ème} trimestre 2025</p>
Documents de référence	<p>Projet de soin de l'hôpital Trousseau (GH Paris Sorbonne Université – APHP)</p> <p>Charte des blocs opératoires de Trousseau</p> <p>Référentiel de compétences des IBODES</p>
Date : 17/11/2023	
<p>Signature du commanditaire</p>  <p>Ahmed BENHANA Affilié Direction des soins hôpital TROUSSEAU AP-HP, Sorbonne Université Charles-Foix • Pôle Soins Infectieux • Santé publique • Soins Transmissibles et Parasitaires</p> 	<p>Signature du responsable de projet</p>  <p>Caroline GÉRARD-GARNIER Cadre de soins IBODE Unité de Chirurgie Ambulatoire Blocs Opératoires TROUSSEAU APHP - Sorbonne Université 01 71 73 66 76 DECT 36876 caroline.garnier@aphp.fr</p>

ANNEXE F – Diagramme de Gantt

		2023			2024												2025												
Etapas		O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1	Phase préparatoire																												
1.1	Emergence du projet	■																											
1.2	Rédaction de la lettre de cadrage et mission		■																										
1.3	Réunion avec les commanditaires		■																										
1.4	Validaion de la lettre de cadrage et de mission			■																									
1.5	Présentation du projet à l'équipe d'encadrement			■																									
1.6	Communication de sensibilisation au projet				■																								
1.7	Création de l'équipe projet				■																								
2	Construction du projet																												
2.1	Recueil des données			■	■	■																							
2.2	Benchmarking				■																								
2.3	Cartographie des compétences					■	■	■	■	■									■	■	■	■							
2.4	Elaboration / Réajustement du planning					■	■	■	■	■			■						■	■	■	■							
2.5	Réunion de présentation des équipes					■	■	■	■	■																			
2.6	Communication de proposition					■	■	■																					
2.7	Réunions de l'équipe projet (nb)					4	4	4	4	2	2		2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1			1			1
2.8	Evaluation des risques (cartographie des résistances)					■	■	■	■	■	■		■		■			■	■	■	■								
3	Déploiement du projet																												
3.1	Réunions GT développement des compétences (nb)								2	2	2		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			1			1	
3.2	Ateliers transversaux collaboratifs (nb)									1	1		1		1			1		1		1			1		1		1
3.3	Congrès IBODE									■	■	■	■	■	■	■		■	■	■	■	■							
3.4	Formations / développement des compétences									■	■	■	■	■	■	■		■	■	■	■	■							
3.5	Conseils de Bloc						■				■	■	■	■	■			■	■	■	■	■							
3.6	Communication opérationnelle avec les équipes									■	■	■	■	■	■			■	■	■	■	■					■		■
3.7	Jeux Olympiques - mutualisation des équipes												■		■								■			■			■
3.8	Congrès SFAR												■													■			
4	Evaluer et améliorer																												
4.1	Présentation des outils mis en place												■						■										
4.2	Suivi des indicateurs (cartographie, mobilité)						■				■		■		■				■		■								
4.3	Communication - retour d'expérience															■			■		■								
4.4	Enquête ICAP																												
4.5	Réajustement / développement																■			■						■			■

**COOPÉRATION DES PROFESSIONNELS
PAR LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES**

AUTEUR

Caroline GERARD

MOTS CLÉS

IBODE - Management – Collectif – Compétences
– Coopération – Culture - Projet

KEY WORDS

IBODE – Management – Team – Skills –
Cooperation – Culture - Project

RÉSUMÉ

Aux blocs opératoires de l'hôpital Trousseau, comme partout en France, on constate une pénurie d'infirmiers de blocs opératoires. Cette dernière a une double répercussion : la fermeture de salles d'opérations par manque d'effectifs et parmi les professionnels infirmiers présents, seuls une partie dispose de la spécialité IBODE. La majorité des effectifs sont surtout des faisant-fonctions d'IBODE avec plus ou moins d'expérience et de compétences.

En tant que chef de projet, j'ai été missionnée par la Direction des Soins et le Conseil Commun des Blocs Opératoires afin de mettre en place un projet managérial visant à optimiser l'offre de soin des trois blocs opératoires de l'hôpital et également améliorer l'organisation des ressources dans le but de développer la coopération et la mutualisation des infirmiers des blocs opératoires par le développement des compétences. Après avoir effectué une analyse du contexte de la profession Ibode et restreint notre périmètre sur les blocs opératoire de Trousseau, j'ai exploré la notion de compétence et la stratégie managériale pour manager les compétences. J'ai pu réaliser une analyse des blocs opératoires sur le plan politique, fonctionnel et culturel et mieux comprendre les leviers et les obstacles à lever dans le cadre de ce projet. Cela m'a permis de discerner que le principal frein à la coopération était un frein culturel. En effet chacun préfère rester dans le « confort » de son propre service et on constate de la résistance au changement qui n'est pas lié forcément aux compétences mais plutôt au sentiment d'appartenance

Dans le cadre de ce projet, l'équipe projet aura pour mission par ses actions de favoriser le développement des compétences en situation de travail, pour permettre une adaptation à l'emploi plus rapide et plus efficiente, tout en pilotant l'accompagnement au changement culturel afin de favoriser une meilleure dynamique de coopération entre les différents blocs. Ce projet ouvre également l'opportunité d'une montée en compétences managériales pour l'ensemble de l'équipe d'encadrement, que ce soit les cadres de proximité des trois blocs que pour le pilote du projet, future cadre supérieure des blocs opératoires.

ABSTRACT

In the operating theatres at Trousseau Hospital, as elsewhere in France, there is a shortage of operating rooms nurses. This has two repercussions: operating rooms are being closed due to a lack of staff, and only some of the nursing professionals present have the IBODE speciality, with the majority of staff being IBODEs with varying degrees of experience and skills.

As project manager, I was commissioned by the Nursing Department and the Operating Theatre Council to set up a management project aimed at optimising the care offered in the hospital's three operating theatres, and also improving the organisation of human resources with a view to developing cooperation and pooling of operating theatre nurses through skills development.

After analysing the context of the Ibode trade and limiting my scope to the Trousseau operating theatres, I explored the notion of skill and the managerial strategy for managing skills. I was able to carry out a political, functional and cultural analysis of the operating theatres, and gain a better understanding of the levers, breaks and obstacles to be overcome as part of this project. This enabled me to discern that the main obstacle to cooperation was the cultural one. Indeed, everyone prefers to remain in the “comfort” of their own department, and there is resistance to change, which is not necessarily linked to skills but rather to a sense of belonging.

Within the framework of this project, the project team's mission will be to promote the development of skills in the workplace, to enable a faster and more efficient adaptation to the job, while at the same time managing the cultural change to encourage a better dynamic of cooperation between the different blocks. The project also provides an opportunity to enhance the managerial skills of the entire management team, from local managers in the three operating theatres to the project leader, the future senior operating theatre manager.