

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

Transformer le bloc opératoire de demain :
stratégies managériales pour l'attractivité et la
fidélisation des IBODE

ECUE 7.2
Patrick FARNAULT
Abdenour KHELIL

Alexandra FAVRE
Année 2024/2025

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

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à l'ensemble des personnes et institutions ayant contribué à la réalisation de ce projet managérial.

Je remercie tout d'abord l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Sorbonne Université, et en particulier la Direction des soins et la Direction des ressources humaines, pour la confiance accordée dans la conduite de ce projet stratégique. Je salue également l'implication du comité de pilotage institutionnel sur l'attractivité et la fidélisation des IBODE, dont les échanges ont enrichi ma réflexion.

Je remercie très sincèrement les infirmiers et infirmières de bloc opératoire qui ont pris le temps de répondre à l'enquête. Leurs témoignages ont été essentiels à la compréhension des enjeux du terrain. Je remercie également les cadres de santé de bloc opératoire pour leur soutien logistique, leur disponibilité et leur engagement au quotidien. Chacune des quatre cadres IBODE de mon équipe a également répondu au questionnaire, apportant un éclairage précieux sur les dynamiques d'encadrement, les leviers de la qualité de vie au travail et les réalités managériales du bloc opératoire.

Je souhaite aussi remercier les enseignants du Master 2 Management des Organisations Soignantes de l'Université Paris-Est Créteil pour la qualité de leurs enseignements et leur accompagnement. Une mention particulière à Monsieur Xavier Marchand, dont les apports théoriques ont structuré ma réflexion, ainsi qu'à Monsieur Patrick Farnault et Monsieur Abdenour Khelil pour leur engagement pédagogique et leur accompagnement bienveillant tout au long de cette année.

Enfin, je remercie chaleureusement mes collègues de promotion pour leur esprit de collaboration et leur soutien tout au long de cette formation exigeante.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	5
INTRODUCTION	7
1 CONTEXTE ET ENJEUX DU PROJET	8
1.1 Présentation de l'institution et de son rôle hospitalier	8
1.1.1 L'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) : un acteur central de la santé.....	8
1.1.2 Organisation en Groupes Hospitalo-Universitaires (GHU) et missions clés	9
1.1.3 L'AP-HP. Sorbonne Université : excellence, innovation et proximité	12
1.2 L'hôpital Pitié-Salpêtrière et ses blocs opératoires	14
1.2.1 Un hôpital d'excellence et ses repères clés.....	14
1.2.2 Le bloc opératoire : entre technique, humain et performance	16
1.2.3 Enjeux du projet du « bloc opératoire du futur »	17
1.3 Enjeux stratégiques de la gestion des IBODE	18
1.3.1 Pénurie des IBODE : un problème structurel	18
1.3.2 Conséquences sur la performance des blocs	19
1.4 Contexte d'émergence et objectifs du projet.....	20
1.4.1 Contexte d'émergence du projet	20
1.4.2 Objectifs du projet	21
1.4.3 Evolution du projet et suspension temporaire de la dynamique institutionnelle	21
1.4.4 Analyse stratégique : matrice SWOT.....	22
2 BLOC OPERATOIRE : GOUVERNANCE ET PILOTAGE	23
2.1 Modèle de gouvernance du bloc opératoire	23
2.1.1 Rôle stratégique du Conseil de bloc	23
2.1.2 Charte de fonctionnement et enjeux organisationnels	24
2.1.3 Programmation opératoire et optimisation des blocs	25
2.2 Pilotage des blocs opératoires : indicateurs de performance et gestion des ressources	26
3 CADRE THEORIQUE ET APPUI CONCEPTUEL A LA CONDUITE DE PROJET	27
3.1 IBODE : évolution historique, cadre réglementaire et défis contemporains.....	27
3.1.1 Evolution historique vers une spécialisation du métier d'IBODE	27
3.1.2 Cadre juridique actuel et périmètre d'exercice des IBODE	28
3.1.3 Dispositif transitoire 2024 : enjeux autour des actes exclusifs	29
3.2 La Qualité de Vie au Travail (QVT) comme levier stratégique	32
3.2.1 Définition et cadre conceptuel de la QVT	32
3.2.2 Impacts des conditions de travail sur la motivation et l'engagement de l'IBO(DE)	33
3.2.3 Le sens du travail : un déterminant central de l'engagement	34
4 IMPORTANCE DE LA SANTE AU TRAVAIL.....	35
4.1 Le département santé et QVCT de l'AP-HP.....	35
4.1.1 Missions et structuration du département santé	35
4.1.2 Prévention des risques professionnels au bloc opératoire	36
5 METHODOLOGIE ET DEMARCHE D'ENQUETE	37
5.1 Approche méthodologique et cadre d'analyse	37
5.1.1 Méthodologie plurielle : quantitative, qualitative et benchmarking	37
5.1.2 Définition des variables clés (attractivité, fidélisation, conditions de travail)	38

5.2	Construction du questionnaire et échantillonnage	40
5.2.1	Structuration des axes d'enquête	40
5.2.2	Critères de sélection des répondants.....	41
5.3	Méthodes de collecte et traitement des données	41
5.3.1	Administration du questionnaire et méthodologie de recueil	41
5.3.2	Techniques d'analyse statistique et interprétation qualitative	42
5.4	Démarche de benchmarking : identification des pratiques innovantes.....	42
6	METHODOLOGIE DE CONDUITE DE PROJET MANAGERIAL	43
6.1	Méthodologie projet adoptée à un contexte gelé	43
6.2	Parties prenantes et acteurs mobilisés	44
6.3	Rôle du cadre supérieur en tant que chef de projet	45
6.4	Rétrospective du projet : planification et diagramme de GANTT	45
6.5	Analyse des freins et des leviers de transformation	47
6.6	Modalité d'accompagnement et de pilotage du changement	47
7	RESULTATS ET ANALYSES DES DONNEES	48
7.1	Profils des répondants et caractéristiques des IBO(DE) interrogés.....	48
7.2	Facteurs déterminants de l'attractivité du métier	50
7.3	Impacts des conditions de travail sur la fidélisation.....	51
7.4	Gouvernance et management perçus par les IBO(DE)	52
7.5	Identité IBODE : entre engagement et manque de reconnaissance	53
7.6	Travail en équipe : entre attachement et désengagement latent.....	53
7.7	Perspectives de professionnalisation, évolution du métier et avenir des IBO/IBODE	54
7.8	Ressenti global et rapport subjectif au métier : entre attachement et fragilité	55
7.9	QVT : levier transversal de bien-être et d'engagement professionnel.....	56
7.10	Normes et organisation : arbitrages au quotidien	56
7.11	Représentations du changement et projection dans le bloc opératoire du futur.....	57
8	RECOMMANDATIONS STRATEGIQUES	59
8.1	Objectifs et fondements du plan d'action	59
8.2	Reconnaissance professionnelle des IBODE	60
8.2.1	Revalorisation statutaire, salariale et reconnaissance des actes exclusifs.....	60
8.2.2	Reconnaissance symbolique : levier d'attractivité.....	60
8.3	Amélioration des conditions d'exercice et qualité de vie au travail.....	61
8.3.1	Réorganiser les plannings et mieux gérer la charge de travail.....	61
8.3.2	Améliorer l'environnement matériel et les espaces de repos	62
8.4	Développer des stratégies de fidélisation innovantes.....	63
8.4.1	Mentorat et intégration des nouveaux IBODE	63
8.4.2	Développer les compétences et les parcours professionnels	63
8.4.3	Renforcer les dynamiques collectives et la coopération.....	64
8.4.4	Le management subsidiaire : un levier de fidélisation des IBODE	65
8.5	Dispositifs d'amélioration de la QVT au bloc.....	66
8.5.1	Espaces de dialogue et initiatives institutionnelles.....	66

8.5.2	Stratégies de prévention et soutien psychologique.....	67
8.5.3	Mesures structurelles de QVT	68
8.5.4	Leviers RH et symboliques pour l’attractivité et la fidélisation.....	69
8.5.5	Contribution au COPIL attractivité / fidélisation des IBO(DE)	70
8.6	Indicateurs de suivi et d’ancrage du changement.....	70
9	LE LEADERSHIP DU CADRE SUPERIEUR DE SANTE DANS LA TRANSFORMATION MANAGERIALE	72
	CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....	73
	BIBLIOGRAPHIE	75
	Management hospitalier et pilotage stratégique	75
	Sociologie du travail, QVT et reconnaissance	75
	Conduite du changement et transformation organisationnelle.....	76
	Méthodologie projet et compétences.....	76
	Données institutionnelles, droit et réglementation	76
	Cours et supports pédagogiques	77
	ANNEXES	

LISTE DES ABREVIATIONS

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANI : Accord National Interprofessionnel

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

ARS : Agence Régionale de Santé

BMR : Bactéries Multi-Résistantes

CAE : Contrat d'Allocation d'Études

CAFISO : Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier de salle d'opération

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CME : Commission Médicale d'Établissement

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COPERMO : Comité interministériel de la Performance et de la Modernisation de l'Offre de soins

COPIL : Comité de Pilotage

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CREX : Comité de Retour d'Expérience

DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS : Direction Générale de la Santé

DMI : Dispositif Médical Implantable

DMU : Département Médico-Universitaire

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DRH : Direction des Ressources Humaines

DUERP : Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels

EDS : Entrepôt de Données de Santé

EIG : Événement Indésirable Grave

EPI : Équipement de Protection Individuelle

EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles

ESCP : École Supérieure de Commerce de Paris

ETP : Équivalent Temps Plein

FHP : Fédération de l'Hospitalisation Privée

FHU : Fédération Hospitalo-Universitaire

GHU : Groupe Hospitalo-Universitaire
HAS : Haute Autorité de Santé
IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État
IBO : Infirmier de Bloc Opératoire
IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'État
ICAN : Institut de Cardiométabolisme et Nutrition
ICM : Institut du Cerveau et de la Moelle épinière
IDE : Infirmier Diplômé d'État
IHU : Institut Hospitalo-Universitaire
ISO : Infections du Site Opératoire
JORF : Journal Officiel de la République Française
ORBIS : Logiciel de gestion des dossiers patients et du circuit opératoire
PCI : Prévention et Contrôle des Infections
PNM : Personnel Non Médical
QVCT : Qualité de Vie et des Conditions de Travail
QVT : Qualité de Vie au Travail
RACI : Responsible, Accountable, Consulted, Informed
RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données
RH : Ressources Humaines
RHU : Recherche Hospitalo-Universitaire
RMM : Revue de Morbi-Mortalité
RPS : Risques Psychosociaux
SIRIC : Site Intégré de Recherche en Cancérologie
SNIBO : Syndicat National des Infirmiers de Bloc Opératoire
SSPI : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle
SWOT : Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
T2A : Tarification à l'Activité
TO : Taux d'Occupation
UNAIBODE : Union Nationale des Associations d'IBODE
VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

INTRODUCTION

Depuis février 2021, j'exerce à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), Sorbonne Université, après avoir occupé pendant quatre ans le poste de cadre de santé spécialisée au bloc opératoire de l'hôpital Saint-Louis. Missionnée par la Direction des soins en juin 2022 en tant que cadre supérieure de santé, j'ai officialisé cette fonction après obtention du concours professionnel en juin 2023.

Dans ce cadre, j'ai été associée aux premières réflexions stratégiques autour de la conception du bloc opératoire du futur, un projet architectural d'envergure prévu à l'horizon 2030. Ce projet ne se limite pas à la modernisation d'une infrastructure technique : il s'inscrit dans une ambition plus large de transformation des organisations soignantes, dans une perspective de performance, de qualité de vie au travail et d'innovation structurelle.

C'est dans cette dynamique que j'ai conduit un projet managérial centré sur les leviers d'attractivité et de fidélisation des infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat (IBODE). En tant que cadre supérieure en posture de chef de projet, j'ai engagé une démarche de diagnostic et d'analyse, articulant les enjeux institutionnels et les réalités opérationnelles d'un territoire hospitalier confronté à de fortes tensions RH.

Le projet s'inscrit dans une dynamique de transformation organisationnelle, au sens défini par Jean-Paul Dumond dans *La grande transformation hospitalière*¹. L'auteur y décrit une recomposition profonde des relations d'emploi dans le secteur de la santé, où la performance attendue ne peut être atteinte qu'en repensant les modalités d'engagement des professionnels, les formes de reconnaissance et les dynamiques de gouvernance. Dans ce contexte, le rôle du cadre supérieur de santé est central : il incarne une médiation stratégique entre les logiques de terrain et les politiques institutionnelles. C'est dans cette dynamique que j'ai développé une posture managériale fondée sur trois leviers complémentaires : réguler les organisations de travail, piloter les dynamiques de changement, et valoriser les compétences collectives au sein des équipes soignantes.

Le manque de professionnels IBODE, les départs vers le secteur privé ou l'intérim, la charge de travail croissante et les difficultés de projection dans l'avenir mettent aujourd'hui en péril la soutenabilité de l'activité chirurgicale. Ce constat m'a conduite à engager une enquête approfondie auprès des IBO(DE) et des cadres de santé de bloc opératoire qui m'accompagnent dans l'équipe d'encadrement. Cette démarche visait à recueillir leurs attentes, identifier les leviers de reconnaissance, de pilotage et de gouvernance à activer, et formuler des recommandations managériales adaptées.

Ce projet managérial s'inscrit dans une logique de transformation stratégique des organisations soignantes. Il mobilise les outils de la conduite de projet, de la régulation collective du travail² et du leadership managérial, pour penser un avenir professionnel plus stable, plus attractif et plus aligné avec les exigences actuelles du soin : sécurité, qualité, performance et conditions de travail soutenables.

¹ Jean-Paul Dumond, *La grande transformation hospitalière : vers un hôpital comme lieu d'expériences existentielles*, Paris, Seli Arslan, 2021.

² La régulation collective du travail désigne les ajustements opérés par les collectifs pour permettre l'activité, en complément ou en contournement des règles hiérarchiques.

Jean-Daniel Reynaud, *Les règles du jeu : l'action collective et la régulation sociale*, Armand Colin, 1989.

Je structurerai ce travail selon trois axes principaux. Tout d'abord, je poserai le contexte institutionnel et organisationnel de ce projet, en analysant l'organisation actuelle du bloc opératoire et les tensions RH constatées. Ensuite, j'analyserai les résultats de l'enquête de terrain, en croisant les perceptions des professionnels avec les déterminants de la qualité de vie au travail. Enfin, je proposerai une série de recommandations managériales opérationnelles, en lien avec les leviers d'attractivité et de fidélisation identifiés, dans une perspective de transformation durable des pratiques organisationnelles.

Ce projet vise ainsi à contribuer à une gouvernance renouvelée du bloc opératoire, en inscrivant les IBODE au cœur de la stratégie de transformation de l'hôpital public, en tant que professionnels experts, reconnus pour leur rôle essentiel dans les soins, l'organisation collective et l'innovation en santé.

1 CONTEXTE ET ENJEUX DU PROJET

1.1 Présentation de l'institution et de son rôle hospitalier

1.1.1 L'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) : un acteur central de la santé

L'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) constitue le premier Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) d'Europe. Elle regroupe **38 hôpitaux** répartis en six Groupes Hospitalo-Universitaires (GHU) et assume trois grandes missions de service public : **soigner, former et innover**. Par son envergure, elle joue un rôle structurant au sein du système de santé français.

L'AP-HP accueille chaque année près de **8 millions de patients**, tous âges confondus, assurant une permanence des soins 24h/24. Cette prise en charge repose sur **l'engagement de 100 000 professionnels de santé** (médicaux, paramédicaux et administratifs) et sur la mobilisation de **2 000 bénévoles**, qui accompagnent patients et familles dans leur parcours de soins.

L'AP-HP est également un **pôle d'excellence en recherche et en innovation médicale**. Elle mène **plus de 4 400 projets de recherche** et a déposé **810 brevets** à ce jour. Son budget de **9,6 milliards d'euros** favorise l'essor de nouvelles approches thérapeutiques, contribuant au rayonnement scientifique national et international des établissements qui la composent.

Par ailleurs, elle constitue un **centre de formation de référence** ; chaque année, l'AP-HP forme 8 700 étudiants paramédicaux, 7 500 étudiants en médecine, pharmacie et odontologie, ainsi que 4 600 internes.

Elle s'inscrit enfin dans une dynamique de **coopération internationale**, à travers **84 partenariats hospitaliers dans 35 pays**, favorisant l'échange de savoirs médicaux et de bonnes pratiques professionnelles.

L'infographie suivante permet de visualiser de manière synthétique les données institutionnelles développées dans ce chapitre, en illustrant l'envergure des missions de l'AP-HP.



Figure 1 : Données clés de l'AP-HP en 2024

Source : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), *Données institutionnelles*, [infographie], consulté le 18 mai 2025, <https://www.aphp.fr>

1.1.2 Organisation en Groupes Hospitalo-Universitaires (GHU) et missions clés

L'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) joue un rôle central dans le paysage hospitalier français. Premier centre hospitalo-universitaire d'Europe, elle remplit une triple mission : soigner, former et innover, au service de millions de patients. Elle assure une prise en charge exhaustive, soutenue par une recherche de haut niveau et un engagement fort dans la formation initiale et continue des professionnels de santé.

Pour répondre aux besoins croissants de coordination des soins, de transversalité entre les spécialités et d'articulation avec les facultés de médecine, l'AP-HP est structurée en six Groupes Hospitalo-Universitaires (GHU), chacun en lien avec une université partenaire :

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

À ces structures s'ajoutent trois établissements situés hors Île-de-France : l'Hôpital Maritime de Berck, l'Hôpital Marin de Hendaye et le centre San Salvador. Tous trois assurent la prise en charge de pathologies chroniques ou complexes, souvent en lien avec des besoins de soins de suite et de réadaptation.

Cette structuration territoriale permet une meilleure mutualisation des ressources, une spécialisation des plateaux techniques et une synergie entre recherche, soin et formation. Elle contribue à maintenir une accessibilité équitable aux soins sur l'ensemble du territoire francilien.

Avec **38 hôpitaux** et **80 départements médico-universitaires**, l'AP-HP dispose d'une capacité d'accueil de plus de **18 000 lits**, répartis dans **773 services hospitaliers**, dont **52 blocs opératoires** totalisant **313 salles**, **25 services d'urgences** et **14 maternités**. Ce maillage dense, soutenu par **100 000 professionnels**, permet d'assurer près de **8 millions de prises en charge annuelles**, positionnant l'AP-HP comme le **premier employeur de santé en Île-de-France**.

L'organisation en GHU constitue un levier stratégique essentiel pour répondre aux défis de la démographie médicale, de l'attractivité des métiers et des exigences croissantes en matière de qualité des soins. Elle revêt une importance particulière dans les spécialités en tension, notamment les blocs opératoires, où l'attractivité et la fidélisation des IBODE restent un enjeu déterminant.

La figure ci-dessous offre une représentation synthétique de la structuration des GHU de l'AP-HP, en lien avec les universités partenaires. Elle met en évidence l'ancrage territorial des établissements, dont certains sont directement concernés par les enjeux d'attractivité et de fidélisation des IBODE développés dans ce projet managérial.



Figure 2 : Carte des hôpitaux de l'AP-HP et de leur répartition universitaire
Source : AP-HP, *Présentation institutionnelle 2024 – Répartition hospitalo-universitaire des établissements*, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, 2024. Consulté le 18 mai 2025, <https://www.aphp.fr>

Un lieu de recherche d'excellence : rôle dans l'innovation et la recherche

L'AP-HP s'affirme comme un acteur majeur de la recherche biomédicale et translationnelle, c'est-à-dire tournée vers l'application concrète des découvertes scientifiques au bénéfice des patients, en France comme en Europe. Elle s'appuie sur un écosystème scientifique dense, comprenant notamment 11 Instituts Hospitalo-Universitaires (IHU), dont 3 en partenariat direct avec elle, 23 programmes hospitalo-universitaires de recherche (RHU), coordonnés à 39 % par ses établissements, 21 Fédérations Hospitalo-Universitaires (FHU), 4 Sites Intégrés de Recherche en Cancérologie (SIRIC), dont un pédiatrique, et 181 centres de référence pour les maladies rares.

Par cette dynamique, l'AP-HP contribue au progrès scientifique, au développement de filières innovantes et au rayonnement du service public hospitalier.

Les missions fondamentales de l'AP-HP : soigner, former, innover

Soigner

Chaque année, l'institution assure la prise en charge de près de 8 millions de patients, tous âges confondus, en consultation, en hospitalisation conventionnelle ou ambulatoire, ou encore à domicile. Elle place la qualité des soins au cœur de son action, soutenue par 345 programmes d'éducation thérapeutique et plus de 250 associations de patients partenaires. Afin de garantir une continuité fluide des parcours, elle développe des liens renforcés avec la médecine de ville, en lien avec 45 communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Former

L'AP-HP est le plus grand centre de formation en santé de France. Chaque année, elle forme 8 700 professionnels paramédicaux, 7 500 étudiants en médecine, odontologie et pharmacie, et 4 600 internes, répartis sur les sites parisiens et franciliens, en lien avec sept universités partenaires. Elle soutient également la promotion professionnelle via un financement des formations et une politique de reconversion renforcée, notamment pour les métiers en tension. Cinq centres de formation continue assurent l'actualisation des compétences, essentielle dans un environnement en évolution rapide.

Innover

L'AP-HP est un leader de la recherche clinique, accueillant près de la moitié des essais thérapeutiques français. Elle a été le premier CHU labellisé *Institut Carnot*, soulignant l'excellence de sa recherche partenariale. Son entrepôt de données de santé (EDS), le plus vaste d'Europe, regroupe les données de 14 millions de patients, dans le respect strict du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), avec une autorisation délivrée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) en 2017. Elle dispose de 810 brevets actifs dans les domaines des biotechnologies, des dispositifs médicaux, de la génétique et des thérapies avancées, renforçant le lien entre recherche fondamentale et innovations de terrain.

Engagement pour l'avenir : vers un hôpital durable, solidaire et rayonnant

L'AP-HP inscrit sa stratégie dans une vision prospective, articulée autour de trois grands axes :

Un hôpital durable

L'établissement s'engage dans la transition écologique, via la réduction de son empreinte carbone et l'usage d'outils innovants tels que Carebone®, qui permet de quantifier les émissions liées aux parcours de soin. L'initiative Plan Health Faire®, conçue au sein de l'AP-HP, vise quant à elle à former les décideurs aux enjeux environnementaux appliqués à la santé.

Un acteur à rayonnement international

À travers 70 partenariats de coopération et la création de sa filiale AP-HP International (en 2016), l'institution exporte son savoir-faire via des missions d'expertise, des échanges de professionnels et l'accueil de patients étrangers.

Une fondation engagée

La Fondation de l'AP-HP, créée en 2016, accompagne des projets à fort impact humain autour de trois priorités : la médecine du futur, en accélérant la recherche, y compris sur les maladies rares ; l'humain au cœur de l'hôpital, avec des actions ciblées sur la qualité de vie des soignants et des patients ; et la santé pour tous, en favorisant l'accès aux soins innovants. Avec plus de 450 projets soutenus, la fondation joue un rôle structurant dans le développement d'un hôpital public humaniste, équitable et tourné vers l'avenir.

1.1.3 L'AP-HP. Sorbonne Université : excellence, innovation et proximité

La carte suivante présente les établissements du GHU AP-HP. Sorbonne Université, dont plusieurs sites sont directement impliqués dans les problématiques organisationnelles abordées dans ce projet managérial.



Figure 3 : Carte des hôpitaux du GHU AP-HP. Sorbonne Université

Source : AP-HP, *Présentation institutionnelle*, 2024. Consulté le 18 mai 2025, <https://www.aphp.fr>

Ce maillage hospitalier constitue le socle organisationnel du GHU AP-HP. Sorbonne Université, dont les caractéristiques clés sont résumées dans l'infographie ci-dessous. Le groupe hospitalo-universitaire AP-HP. Sorbonne Université est composé de sept hôpitaux : Charles-Foix, Pitié-Salpêtrière, Rothschild, Saint-Antoine, Tenon, Trousseau et La Roche-Guyon. Il est structuré en 13 Départements Médico-Universitaires (DMU), permettant une organisation transversale de l'offre de soins, de l'enseignement et de la recherche.

Ce GHU constitue un cadre unique pour le développement d'un projet médical partagé, favorisant les synergies entre disciplines et la construction de parcours patients cohérents et innovants. Il permet également de conjuguer une médecine de proximité avec une expertise de pointe, couvrant l'ensemble des besoins en santé, des plus simples aux plus complexes, pour tous les âges de la vie.

Près de **20 000 professionnels** y exercent, contribuant à la qualité des soins et à l'excellence des pratiques. Les établissements sont rattachés à la faculté de médecine de Sorbonne Université, renforçant leur rôle en matière de formation et de recherche. Chaque année, des milliers d'étudiants en médecine et en soins infirmiers y sont accueillis.

En moyenne quotidienne, les hôpitaux du GHU AP-HP. Sorbonne Université assurent **5 315 prises en charge**, dont **2 971 consultations externes**, **937 admissions**, **580 passages aux urgences**, **261 actes de chirurgie**, **23 naissances** et **1 greffe** (rénale, hépatique ou cardiaque).

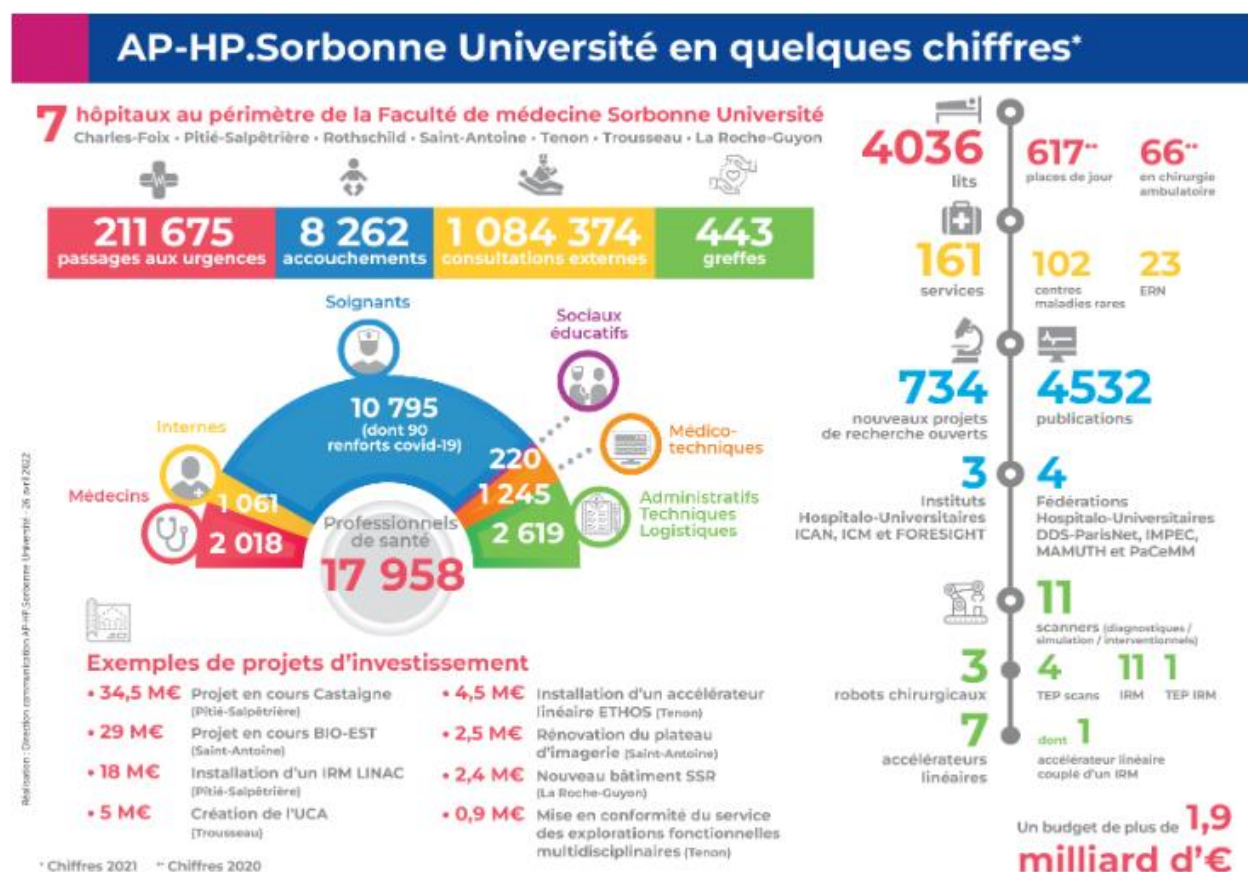


Figure 4 : Chiffres clés du GHU AP-HP. Sorbonne Université (2021–2022)

Source : AP-HP, GHU Sorbonne Université – Données institutionnelles 2022, présentées dans le cadre du projet d'établissement 2021–2025.

Cette infographie met en lumière l'ampleur et la complexité du GHU Sorbonne Université. Les données chiffrées révèlent une capacité d'accueil de plus de 4 000 lits, 1,08 million de consultations externes, et **443 greffes** réalisées sur l'année.

Le GHU mobilise près de **18 000 professionnels de santé**, dont 2 000 médecins, 1 061 internes, et plus de 10 000 soignants. Ce vivier professionnel constitue un levier stratégique majeur dans la dynamique de fidélisation et de développement des compétences.

La dynamique scientifique est également très présente, avec **734 projets de recherche** ouverts et 4 532 publications, reflétant l'environnement universitaire stimulant de ce GHU.

Ces indicateurs soulignent l'importance d'une organisation managériale solide et innovante pour accompagner la transformation des blocs opératoires, renforcer l'attractivité des métiers et anticiper les enjeux des projets d'investissement à venir.

Le projet d'établissement du GHU AP-HP.Sorbonne Université : cinq axes stratégiques

Le GHU AP-HP. Sorbonne Université a défini un projet d'établissement pour la période 2021-2025, s'inscrivant dans le plan stratégique de l'AP-HP. Ce projet met en œuvre cinq grandes ambitions, en lien avec les enseignements de la crise sanitaire :

1. S'engager en faveur des patients,
2. Améliorer le quotidien des professionnels et restaurer l'attractivité par une politique sociale refondée,
3. Agir pour un hôpital durable et exemplaire,
4. Consolider le rayonnement international,
5. Piloter la transformation en renforçant la gouvernance et la performance des organisations.

L'ensemble des hôpitaux du GHU ont été certifiés par la Haute Autorité de Santé (HAS). Les hôpitaux Saint-Antoine et Rothschild ont obtenu la mention « Haute Qualité des soins », niveau le plus élevé prévu par la HAS. Les établissements Pitié-Salpêtrière, Tenon, Trousseau, Charles-Foix et La Roche-Guyon ont été certifiés « Qualité des soins confirmée », avec un taux de conformité supérieur à 93 %.

1.2 L'hôpital Pitié-Salpêtrière et ses blocs opératoires

1.2.1 Un hôpital d'excellence et ses repères clés

Hôpital de proximité, de spécialité, d'enseignement et de recherche, la Pitié-Salpêtrière est, de par sa taille, l'un des plus grands établissements hospitaliers d'Europe. Elle compte 90 bâtiments répartis sur 33 hectares et regroupe 82 services couvrant presque toutes les spécialités médicales, à l'exception de la pédiatrie (hors pédopsychiatrie), de la dermatologie et de la prise en charge des grands brûlés.

Ses services sont reconnus aux niveaux national et international dans des domaines d'expertise variés, parmi lesquels :

- les affections du système nerveux et des pathologies mentales
- les pathologies cardio-vasculaires et métaboliques
- les pathologies infectieuses et immunitaires complexes
- la cancérologie et l'oncologie (hématologie, oncologie, radiothérapie et médecine nucléaire)
- la greffe d'organe et de moelle osseuse
- la chirurgie : gynécologique, urologique, ophtalmologique, neurochirurgie, cardiaque, vasculaire, digestive, orthopédique et traumatologique
- les urgences
- la périnatalité
- la personne âgée malade et dépendante.

Ce vaste éventail de spécialités est soutenu par 26 centres de référence pour les maladies rares et deux Instituts Hospitalo-Universitaires (IHU) : la Fondation pour l'Innovation en Cardioétabolisme et Nutrition (ICAN) et l'Institut du Cerveau et de la Moelle épinière (ICM).

En 2022, cette activité s'est traduite par **569 940 consultations externes**, **162 845 admissions**, **66 945 passages aux urgences**, **2 249 accouchements**, **1 677 lits d'hospitalisation**, **368 places de jour** et **8 425 professionnels mobilisés**.



Figure 5 : L'hôpital de la Pitié-Salpêtrière en quelques chiffres (2022)

Source : AP-HP, Pitié-Salpêtrière – Données institutionnelles, 2022.

1.2.2 Le bloc opératoire : entre technique, humain et performance

Dans le cadre de ce projet managérial portant sur l'attractivité des IBO(DE), il est essentiel de comprendre les spécificités du bloc opératoire comme lieu de soins à haute technicité et à forte pression organisationnelle.

Au fil du temps, les missions des établissements de santé en France se sont étendues, alors même que leur fonctionnement est soumis à des contraintes économiques et réglementaires de plus en plus fortes. En effet, la maîtrise des coûts de fonctionnement, l'optimisation des ressources humaines et matérielles ainsi que l'adaptation aux exigences réglementaires sont devenues des enjeux majeurs pour garantir la viabilité des structures hospitalières.

Aussi, la qualité des soins et la performance des blocs opératoires constituent un projet prioritaire au sein du système de santé. Le bloc opératoire est un secteur à risques nécessitant une organisation rigoureuse et une coordination efficace pour assurer la sécurité des soins et optimiser le parcours patient. En ce sens, il est un véritable pôle stratégique au sein des établissements hospitaliers, tant pour son impact sur la qualité des soins que pour son poids financier dans le budget hospitalier.

Le bloc opératoire est un environnement hautement technique, où se croisent plusieurs corps professionnels (chirurgiens, anesthésistes, infirmiers de bloc opératoire, infirmiers anesthésistes, aides-soignants, logisticiens, etc.); nécessitant des interactions fluides et une communication efficace. Ces interactions, souvent sous pression du fait des contraintes temporelles et techniques, font de ce secteur un lieu où la gestion du stress et des relations interprofessionnelles joue un rôle clé.

Par ailleurs, l'organisation du bloc opératoire repose sur plusieurs indicateurs de performance qui constituent des leviers indispensables pour piloter l'activité, évaluer la qualité des soins et optimiser l'utilisation des ressources. Parmi les plus fréquemment mobilisés figurent le taux d'ouverture, le taux d'occupation des salles, le taux d'utilisation des vacations, les retards au démarrage ou encore le taux de débordement. Ces indicateurs sont essentiels pour assurer une prise en charge fluide, éviter les reports d'interventions et garantir la soutenabilité des organisations.

Dans le cadre du Master 2 Management des Organisations Soignantes, ces outils ont été analysés comme les socles d'un pilotage à trois niveaux, stratégique, tactique et opérationnel, permettant d'aligner les objectifs médicaux, économiques et organisationnels³. Ils s'inscrivent dans une logique d'efficience médico-économique, favorisée par la généralisation de la T2A, de la comptabilité analytique et de l'évaluation de la qualité des prises en charge⁴.

L'ANAP recommande, dans ses publications consacrées à l'optimisation des blocs opératoires, l'usage systématisé de ces indicateurs dans des tableaux de bord adaptés aux différentes fonctions (direction, chef de pôle, encadrement)⁵. Néanmoins, comme le rappellent Bonnier, Hubert et Saulpic, la valeur réelle d'un tableau de bord dépend moins de sa technicité que de sa fonction dans le dialogue

³ Christelle Guin, *Pilotage médico-économique*, cours Master 2 Management des Organisations Soignantes, 30 janvier 2025.

⁴ Ibid. Voir également les principes de la T2A (Tarification à l'Activité) et de la DMA (Dotation Modulée à l'Activité).

⁵ ANAP, *Optimiser les blocs opératoires – Bonnes pratiques organisationnelles*, Agence nationale d'appui à la performance, 2014. Disponible sur : <https://ressources.anap.fr/blocsop>

de gestion, de son ancrage local, et de sa capacité à mobiliser les équipes dans un processus de régulation collective⁶.

De plus, le respect des normes d'hygiène et de sécurité est primordial pour prévenir les infections nosocomiales. Cela implique une conception architecturale adaptée, une gestion stricte des flux (patients, personnel, matériel) et une maintenance rigoureuse des équipements.

Enfin, l'intégration de technologies avancées, telles que les salles hybrides équipées d'imagerie médicale de pointe et les robots chirurgicaux, représente une évolution majeure pour améliorer la précision des interventions, la sécurité des patients et l'efficacité des gestes opératoires.

1.2.3 Enjeux du projet du « bloc opératoire du futur »

Le projet institutionnel du « bloc opératoire du futur », porté par le GHU AP-HP. Sorbonne Université à l'horizon 2030, s'inscrit dans une dynamique de transformation profonde des organisations de soins. Il vise à anticiper les mutations techniques, structurelles et humaines des blocs opératoires, dans un contexte de tension croissante sur les ressources humaines qualifiées, notamment les IBO(DE).

Les enjeux de ce projet sont multiples :

- Moderniser l'outil de travail : avec des salles innovantes, des flux repensés, une digitalisation des process, et une approche intégrée de la sécurité des soins ;
- Favoriser l'agilité organisationnelle : par une meilleure coordination des parcours opératoires, l'optimisation de l'allocation des ressources, et le décloisonnement des équipes ;
- Répondre à la crise d'attractivité des métiers spécialisés : en repensant les conditions de travail, la reconnaissance des compétences et l'intégration professionnelle des IBO(DE) ;
- Déployer des leviers managériaux capacitants : en s'appuyant sur des environnements de travail soutenables, des logiques participatives (portage horizontal, co-construction) et des parcours professionnels évolutifs ;
- Anticiper les évolutions démographiques et générationnelles : en intégrant dès la conception les attentes des nouvelles générations de professionnels de santé en matière de qualité de vie au travail, de sens du métier et de reconnaissance.

Dans ce contexte, le présent projet managérial constitue une brique opérationnelle, d'abord déployée à l'échelle du GHU, et appelée à être transposée dans ce programme stratégique institutionnel. Il vise à identifier les déterminants de l'attractivité et de la fidélisation des IBO(DE), pour préfigurer des orientations RH et managériales pérennes.

Cette initiative s'inscrit dans un mouvement plus large de transformation des établissements hospitaliers comme en témoigne le panorama publié par l'ARS Île-de-France (2021)⁷. Ce document met en évidence des initiatives innovantes portées par des hôpitaux publics de la région, articulant transformation architecturale,

⁶ Bonnier C., Hubert J., Saulpic O., *Organisation des tableaux de bord à l'hôpital – (Re)définir localement leur finalité et leur mode d'utilisation*, Gestions Hospitalières, n°529, octobre 2013.

⁷ ARS Île-de-France, *Panorama des projets hospitaliers en transformation – Réflexions pour un hôpital résilient*, Agence régionale de santé, 2021.

amélioration de la qualité de vie au travail et performance des soins. Il souligne l'importance de concevoir des espaces flexibles, adaptables aux nouvelles technologies (telles que les salles hybrides ou la chirurgie robotisée), tout en intégrant des éléments concrets de bien-être professionnel : espaces de repos, gestion optimisée des flux, accès à la lumière naturelle, ergonomie des postes de travail, ou encore zones de déconnexion.

Ces orientations croisent les préoccupations identifiées dans le cadre de ce mémoire, notamment en matière de reconnaissance, d'attractivité et de fidélisation des professionnels du bloc opératoire. Elles s'inscrivent également dans les enseignements du Master 2 Management des Organisations Soignantes, en lien avec les principes du pilotage stratégique hospitalier⁸ et de l'efficacité médico-économique⁹, ainsi qu'avec les recommandations de l'ANAP sur l'organisation performante et humanisée des blocs¹⁰.

1.3 Enjeux stratégiques de la gestion des IBODE

1.3.1 Pénurie des IBODE : un problème structurel

La profession d'infirmier de bloc opératoire diplômé d'État (IBODE) est aujourd'hui confrontée à une pénurie structurelle particulièrement préoccupante. Au 1^{er} janvier 2020, la France comptait environ 8 211 IBODE en exercice¹¹. Selon des estimations plus récentes, ce nombre aurait chuté à environ 7 000 professionnels en 2022, alors que les besoins nationaux sont estimés à 18 500. Ce déficit massif reflète un déséquilibre croissant entre l'offre et la demande en personnel spécialisé, avec des répercussions majeures sur l'organisation et la qualité des soins au bloc opératoire.

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) rappelle dans un rapport publié en 2021 que « les tensions sur les métiers paramédicaux spécialisés, en particulier les infirmiers de bloc opératoire, s'intensifient dans les établissements publics du fait du vieillissement des effectifs, d'un manque d'attractivité de la filière et de conditions d'exercice de plus en plus contraignantes »¹².

Plusieurs facteurs structurels contribuent à cette pénurie :

- **Des conditions de travail particulièrement contraignantes** : les IBODE exercent dans des environnements techniques à forte pression, avec un rythme souvent intense, des horaires atypiques (gardes de nuit, week-ends, astreintes) et une posture prolongée ;
- **Une reconnaissance salariale jugée insuffisante** : bien que la spécialisation IBODE nécessite une formation complémentaire exigeante, la rémunération

⁸ Xavier Marchand, *Enseignement, Pilotage stratégique et transformation des organisations de santé*, Master 2 Management des Organisations Soignantes, UPEC, 2024.

⁹ Christelle Guin, *Cours, Pilotage médico-économique des établissements hospitaliers*, Master 2 Management des Organisations Soignantes, UPEC, 2025.

¹⁰ ANAP, *Optimiser les blocs opératoires – Bonnes pratiques organisationnelles*, Agence nationale d'appui à la performance, 2014. Disponible sur : <https://ressources.anap.fr/blocsop>

¹¹ DREES, *Les effectifs des professions de santé au 1^{er} janvier 2020*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2020. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>

¹² DREES. (2021). *Les professionnels de santé en France – Rapport annuel*. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>

nette mensuelle moyenne reste comprise entre 2 300 € et 2 400 €, un niveau jugé peu attractif au regard des responsabilités techniques, des contraintes horaires et de la pénibilité du travail en bloc opératoire¹³ ;

- **Des perspectives de carrière limitées** : les possibilités d'évolution professionnelle demeurent restreintes, tant en matière de reconnaissance statutaire que d'accès à des fonctions d'expertise ou d'encadrement, ce qui peut freiner les vocations.

Ces difficultés impactent directement les conditions d'exercice et la sécurité des soins. D'après une enquête menée par le Syndicat National des Infirmiers de Bloc Opératoire (Snibo), 60 % des IBODE considèrent que les effectifs sont insuffisants, et 50 % déplorent l'inadéquation ou l'insuffisance du matériel mis à disposition pour garantir une pratique sécurisée¹⁴. Cette situation engendre une surcharge de travail, un épuisement professionnel accru, et fragilise la fluidité des prises en charge chirurgicales.

En définitive, la pénurie d'IBODE constitue un enjeu stratégique majeur, dont la résolution passe par une politique volontariste en matière de revalorisation salariale, d'amélioration des conditions de travail et de développement de parcours professionnels attractifs et évolutifs. Cette tension structurelle appelle une réflexion stratégique sur les leviers managériaux susceptibles d'améliorer l'attractivité de la profession, dans un contexte de profonde transformation des organisations de soins.

1.3.2 Conséquences sur la performance des blocs

La diminution progressive des effectifs d'infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (IBODE) au cours des dernières années a directement affecté la capacité des établissements hospitaliers à maintenir un nombre suffisant de salles d'opération en fonctionnement. Entre 2019 et 2022, l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) a enregistré une perte de 87 équivalents temps plein (ETP) IBODE¹⁵, contribuant à une réduction significative de l'activité opératoire. En 2022, le taux d'ouverture des blocs s'élevait à 65,1 %, un chiffre en légère hausse par rapport à 2021 mais toujours inférieur au niveau d'avant-crise de 2019¹⁶.

Cette situation engendre plusieurs conséquences organisationnelles, médicales et économiques. L'allongement des délais d'attente pour les interventions constitue l'une des premières répercussions observées. La fermeture de salles opératoires oblige les établissements à déprogrammer ou replanifier certaines interventions non urgentes, rallongeant ainsi les délais de prise en charge. Cela peut altérer le pronostic de certains patients, notamment dans des spécialités où la temporalité du geste chirurgical est déterminante, comme la chirurgie oncologique ou orthopédique.

¹³ Le Figaro Emploi, *Infirmier de bloc opératoire diplômé d'État (IBODE) : salaire, niveau d'études, profils recherchés*, consulté le 20 mai 2025, <https://emploi.lefigaro.fr/metiers/infirmier-de-bloc-operatoire-diplome-d-etat-ibode/metier-15537>

¹⁴ Syndicat National des Infirmiers de Bloc Opératoire (Snibo). *Enquête nationale sur les conditions de travail des IBODE*, 2022. Disponible sur : <https://www.snibo.org>

¹⁵ Commission Médicale d'Établissement de l'AP-HP. *Activité chirurgicale programmée – Point sur l'activité et les ressources humaines*. Présentation du 5 juillet 2022. Disponible sur : https://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/cme5juillet2022_chirurgie.pdf

¹⁶ AP-HP. *Rapport d'activité 2022 de l'AP-HP*. Approuvé par la CME le 17 octobre 2023. Disponible sur : <https://cme.aphp.fr/taxonomie-cme/rapports-d-activite-de-l-ap-hp>

Par ailleurs, la surcharge des salles maintenues en activité accentue la pression exercée sur les équipes soignantes. La concentration des interventions sur un nombre restreint de blocs intensifie la charge mentale et physique des professionnels, favorisant un climat de tension et un risque d'épuisement professionnel. Ce déséquilibre organisationnel alimente un cercle vicieux : le départ de professionnels déjà éprouvés affaiblit encore davantage la structure, rendant plus difficile la stabilisation des équipes et la régularité de l'offre de soins.

L'impact économique de ces fermetures constitue également un enjeu majeur. La baisse du nombre de salles ouvertes réduit mécaniquement le volume d'actes chirurgicaux réalisés, affectant directement les recettes hospitalières liées à l'activité opératoire. Pour compenser les absences ou les vacances de poste, les établissements sont contraints de recourir à des heures supplémentaires, au travail en intérim ou à des solutions de renfort temporaire, alourdissant les coûts de fonctionnement et compromettant, à terme, l'équilibre budgétaire des structures.

Ces constats appellent une réorganisation en profondeur des blocs opératoires, tant sur le plan stratégique que managérial. Les chapitres suivants s'attacheront à explorer les dispositifs institutionnels existants ainsi que les leviers susceptibles de renforcer l'attractivité du métier d'IBODE et de favoriser la fidélisation des professionnels au sein des blocs opératoires hospitaliers.

1.4 Contexte d'émergence et objectifs du projet

1.4.1 Contexte d'émergence du projet

Dans le prolongement des constats précédemment établis, le métier d'infirmier de bloc opératoire diplômé d'État (IBODE) fait face à une situation de tension structurelle persistante, marquée par une diminution continue des effectifs et une difficulté croissante à susciter de nouvelles vocations.

Les difficultés de recrutement constituent un enjeu central. Chaque année, **seuls 300 IBODE sont formés**, alors que **les besoins nationaux sont estimés à plus de 1 000 professionnels**¹⁷. Ce déséquilibre aggrave la pression exercée sur les équipes en place, déjà confrontées à une rémunération jugée peu attractive, en comparaison d'autres spécialités paramédicales, telles que celle des infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE)¹⁸. À cette pénurie s'ajoute une surcharge de travail, génératrice de stress, en lien avec la gestion des urgences, le respect des délais opératoires et les tensions interprofessionnelles inhérentes au fonctionnement du bloc opératoire.

Face à cette crise d'attractivité et de fidélisation, une réflexion stratégique s'est imposée quant aux leviers managériaux à mobiliser pour enrayer cette dynamique et stabiliser durablement les effectifs. Le projet présenté ici s'inscrit dans cette logique : il vise à élaborer des actions concrètes pour renforcer l'attractivité du métier d'IBODE, optimiser l'organisation du travail au bloc opératoire et garantir la continuité des soins dans des conditions de sécurité et de qualité renforcées.

¹⁷ Ministère des Solidarités et de la Santé, *Rapport d'orientation des formations IBODE 2021*, cité dans Objectif Soins & Management, n°301, octobre-novembre 2024.

¹⁸ Le Figaro Emploi, *Infirmier de bloc opératoire diplômé d'État (IBODE) : salaire, niveau d'études, profils recherchés*, consulté le 20 mai 2025, <https://emploi.lefigaro.fr/metiers/infirmier-de-bloc-operatoire-diplome-d-etat-ibode/metier-15537>

1.4.2 Objectifs du projet

Face aux tensions croissantes liées à la diminution des effectifs d'IBODE et aux difficultés persistantes de recrutement et de fidélisation, ce projet managérial vise à élaborer des réponses concrètes, pragmatiques et adaptées aux réalités du terrain.

Dans un premier temps, l'enjeu est de conduire une évaluation approfondie de la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) des IBODE exerçant au sein du bloc opératoire de la Pitié-Salpêtrière – AP-HP. Cette analyse vise à identifier les déterminants clés de l'attractivité et de la fidélisation, qu'ils relèvent de l'environnement professionnel, des perspectives d'évolution, ou encore des modalités d'encadrement et de reconnaissance managériale.

À partir des résultats recueillis, l'objectif est de construire des leviers managériaux concrets et opérationnels permettant d'améliorer durablement les conditions d'exercice des IBODE, tout en assurant la stabilisation des effectifs. Ces actions s'inscrivent dans une logique d'anticipation des évolutions du métier, en tenant compte des enjeux organisationnels et des attentes exprimées par les professionnels.

Enfin, les recommandations issues de ce projet contribueront à alimenter la réflexion stratégique autour du futur bloc opératoire institutionnel, prévu à l'horizon 2030. Elles visent à garantir la cohérence entre les dimensions architecturales, fonctionnelles et managériales du service, dans une perspective de transformation durable des organisations de soins.

1.4.3 Evolution du projet et suspension temporaire de la dynamique institutionnelle

Afin d'objectiver l'état d'avancement du projet et de documenter le contexte réel de sa suspension, un échange oral a été mené avec un acteur technique impliqué dans les premières phases de réflexion¹⁹. Cet entretien a permis de confirmer que le projet en est aujourd'hui à un stade préliminaire : celui d'une étude de faisabilité dite d'« insertion spatiale », visant à évaluer la possibilité d'implanter un nouveau bâtiment opératoire sur une parcelle actuellement occupée par un parking.

Cette étude a permis d'estimer un gabarit potentiel de construction, prévoyant des plateaux d'environ 800 m² par niveau, susceptibles d'accueillir, en projection, entre six et sept salles d'opération par étage, soit un total de 14 à 16 salles réparties sur deux niveaux. Elle intègre plusieurs contraintes réglementaires et urbanistiques : la protection des perspectives sur la chapelle classée, le respect des gabarits autorisés, les exigences de végétalisation, ainsi que la prise en compte des réseaux techniques existants, dont une galerie souterraine dédiée aux transferts de patients, à dévier en cas de réalisation du projet.

Il ne s'agit donc pas, à ce jour, d'un projet architectural abouti ni validé. Aucun programme technique détaillé n'a été élaboré, aucune concertation officielle n'a été engagée avec l'Architecte des Bâtiments de France, et aucun engagement budgétaire institutionnel n'a été acté.

¹⁹ Entretien avec un cadre technique du GHU, réalisé en mars 2024. Données internes issues de l'étude d'insertion spatiale menée dans le cadre de la préfiguration du projet de bloc opératoire du futur (Pitié-Salpêtrière – AP-HP).

Dans la dynamique initiale, plusieurs groupes de travail avaient toutefois été constitués pour réfléchir aux besoins futurs, notamment en matière de qualité de vie au travail. En tant que cadre supérieur IBODE, j'ai été intégrée à l'un de ces comités thématiques, piloté par un médecin anesthésiste du bloc des urgences. Ce groupe, qui s'est réuni à plusieurs reprises sur site, avait pour ambition d'identifier des leviers d'amélioration des conditions de travail et de proposer un environnement opératoire plus attractif pour les IBODE. Cette dynamique a toutefois été brutalement interrompue, sans communication officielle sur les raisons de cet arrêt, laissant les professionnels dans une situation d'incertitude et de démobilisation.

L'entretien mené confirme que l'étude de faisabilité spatiale a été jugée techniquement favorable. Néanmoins, aucun engagement opérationnel n'a été acté à ce jour. Les contraintes budgétaires persistantes, combinées à l'absence de priorisation institutionnelle claire, freinent toute avancée concrète. Ce témoignage illustre les difficultés récurrentes des projets hospitaliers de grande envergure, souvent confrontés à des freins structurels, à des arbitrages économiques incertains, ainsi qu'à une suspension du pilotage sans communication officielle. Dans un contexte marqué par un déficit structurel de l'AP-HP, estimé à près de 250 millions d'euros en 2024²⁰, la relance de ce projet ne semble pas prioritaire à court terme.

Il révèle également l'investissement des professionnels de terrain, qui malgré l'absence de perspectives immédiates, continuent de porter une vision de transformation positive de leur environnement de travail. Dans un contexte marqué par une forte tension sur les ressources humaines, cet engagement s'inscrit dans une volonté de rendre les blocs opératoires plus attractifs pour les profils IBODE.

Enfin, cette dynamique suspendue ne doit pas occulter l'importance de maintenir une approche prospective. Des initiatives institutionnelles telles que le Panorama des innovations pour l'hôpital de demain, publié par l'ARS Île-de-France²¹, promeuvent l'intégration, dès les phases amont, de leviers technologiques et organisationnels (réalité augmentée, hypnose, modularité des espaces, design centré utilisateur, ergonomie) pouvant inspirer une programmation plus alignée sur les attentes professionnelles actuelles et les enjeux d'attractivité des métiers du bloc opératoire.

1.4.4 Analyse stratégique : matrice SWOT

La matrice SWOT ci-dessous synthétise les éléments internes et externes qui influencent la conduite du projet. Elle permet d'identifier les leviers à mobiliser et les risques à anticiper dans une logique d'action managériale contextualisée.

²⁰ Les Échos, *L'AP-HP prévoit un déficit de 250 millions d'euros en 2024*, 8 février 2024. Consulté le 20 mai 2025, <https://www.lesechos.fr>

²¹ Agence Régionale de Santé Île-de-France. *Panorama des innovations pour l'hôpital de demain*. Paris : ARS IDF, 2022. Disponible sur : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/panorama-des-innovations-pour-lhopital-de-demain>

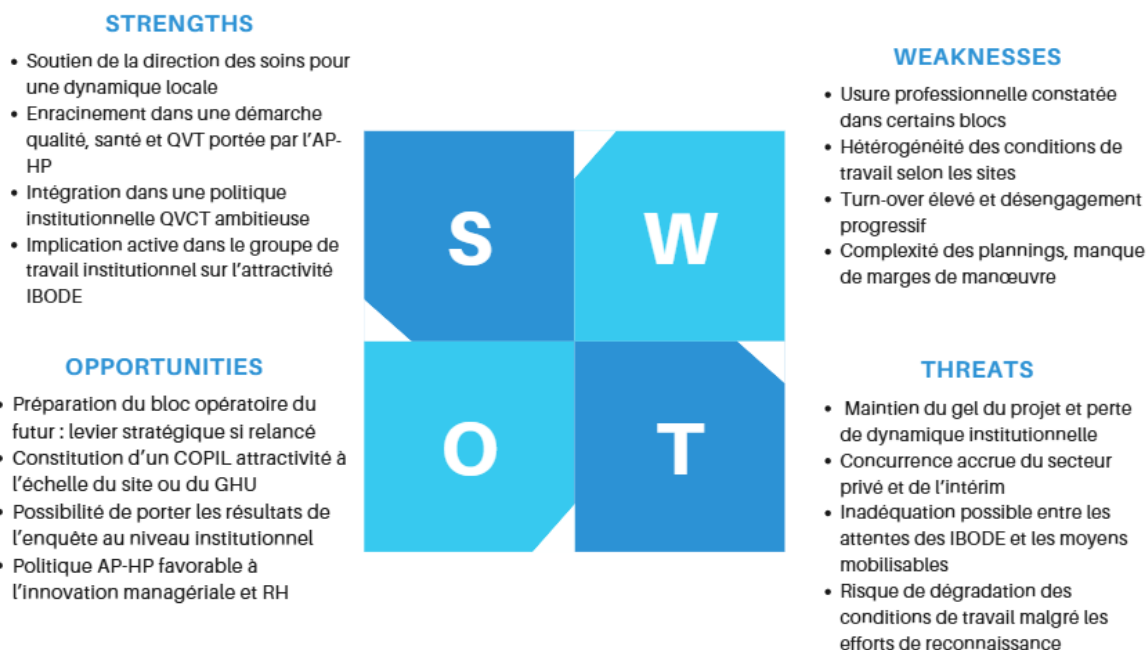


Figure 6 : Matrice SWOT du projet managérial

2 BLOC OPERATOIRE : GOUVERNANCE ET PILOTAGE

2.1 Modèle de gouvernance du bloc opératoire

2.1.1 Rôle stratégique du Conseil de bloc

Le Conseil de bloc opératoire constitue une instance stratégique au sein des établissements de santé, chargée d'organiser, de réguler et d'optimiser le fonctionnement des blocs chirurgicaux. Il joue un rôle déterminant dans la coordination des ressources humaines et matérielles, dans le respect des exigences de sécurité, de qualité et d'efficacité. Son cadre réglementaire est défini par une circulaire nationale qui en précise la composition, les missions et les modalités de fonctionnement dans les hôpitaux publics²².

Cette instance réunit plusieurs acteurs représentatifs de la diversité des fonctions hospitalières. Elle comprend notamment un chirurgien et un médecin anesthésiste-réanimateur, désignés sur proposition du président de la Commission Médicale d'Établissement (CME), un cadre supérieur de santé du bloc, un cadre de santé infirmier, et un cadre administratif. Cette composition pluriprofessionnelle favorise une gouvernance collégiale, où les décisions relatives à la programmation opératoire, à l'allocation des ressources et à la régulation des conflits sont prises de manière concertée.

Le Conseil de bloc est également un lieu de dialogue interprofessionnel. Il permet de coordonner les interventions chirurgicales en tenant compte des contraintes techniques, humaines et économiques. Il veille à l'application des règles de

²² Circulaire DH/FH/2000/n°264 du 19 mai 2000 relative à l'organisation et au fonctionnement du bloc opératoire dans les établissements de santé publics.

fonctionnement interne, à la juste répartition des vacations chirurgicales, et à l'harmonisation des pratiques de sécurité, comme la check-list opératoire ou les protocoles de prévention des infections nosocomiales.

L'une de ses missions essentielles consiste à garantir l'efficacité du bloc opératoire à travers le suivi d'indicateurs de performance tels que le taux d'occupation, le taux de retard ou le taux de débordement. Ces outils de pilotage permettent d'identifier les marges de progression, d'ajuster l'organisation, et de répondre aux exigences croissantes de performance médico-économique.

Comme le souligne Christelle Guin, directrice de l'Hôpital Saint-Jean, « la performance hospitalière repose sur une gouvernance structurée, fondée sur une collaboration étroite entre les équipes médicales, soignantes et administratives, dans une logique d'objectifs partagés »²³.

Ce modèle de gestion intégrée trouve une expression concrète dans le fonctionnement du Conseil de bloc opératoire, qui cristallise les enjeux de coordination, d'efficacité et de qualité des soins.

En s'imposant comme un organe central de pilotage, le Conseil de bloc contribue non seulement à la sécurité des actes chirurgicaux, mais aussi à l'amélioration continue des conditions d'exercice. Il peut ainsi devenir un levier d'attractivité pour les professionnels, à condition d'être soutenu par une dynamique institutionnelle forte et une culture de gestion partagée.

2.1.2 Charte de fonctionnement et enjeux organisationnels

La charte de fonctionnement du bloc opératoire est un outil institutionnel essentiel qui régule et structure l'activité quotidienne. Validée par le Conseil de bloc et la Commission Médicale d'Établissement (CME), elle formalise les principes d'organisation, les responsabilités des différents acteurs, ainsi que les règles de coordination entre les spécialités chirurgicales, anesthésiques et les équipes paramédicales.

Au-delà de sa fonction normative, la charte répond à des enjeux organisationnels majeurs. Elle vise à fluidifier le déroulement des interventions, à renforcer la coordination des acteurs, à limiter les interruptions évitables et à encadrer la gestion des imprévus. Elle définit les modalités de planification opératoire, de circulation des flux patients et de mobilisation des ressources matérielles, tout en permettant une meilleure anticipation des besoins humains et logistiques.

Dans un environnement hospitalier de plus en plus contraint, la charte s'articule également avec des outils de pilotage de la performance, en particulier les tableaux de bord. Ceux-ci permettent de suivre des indicateurs opérationnels tels que le taux d'occupation, le taux de retard, le taux d'annulation, ou encore l'efficacité des vacations. Comme le rappellent Bonnier, Hubert et Saulpic, « la construction d'un tableau de bord suppose de définir localement les objectifs poursuivis et les usages attendus », afin qu'il ne soit pas un simple outil de reporting, mais un vecteur de dialogue entre les équipes médicales, paramédicales et la direction²⁴.

²³ Christelle Guin. *Pilotage médico-économique*. Cours dispensé dans le cadre du Master 2 Management des Organisations Soignantes – Université Paris-Est Créteil, 30 janvier 2025.

²⁴ Bonnier, C., Hubert, J., & Saulpic, O. (2013). *Tableaux de bord à l'hôpital : (Re)définir localement leur finalité et leur mode d'utilisation*. *Gestions hospitalières*, (529), 500–503.

Ainsi, la charte et les tableaux de bord, bien que de nature différente, participent d'une même logique de pilotage partagé : ils constituent des leviers d'organisation, de régulation, mais aussi de légitimation des décisions collectives, dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité et de la performance des blocs opératoires.

2.1.3 Programmation opératoire et optimisation des blocs

Dans la gouvernance des blocs opératoires, la programmation constitue un levier stratégique de pilotage. Bien au-delà d'un simple outil de planification, elle participe à l'efficacité médico-économique de l'établissement, en conditionnant l'usage optimal des ressources humaines, matérielles et logistiques. Elle concourt également à la qualité et à la sécurité des soins, en assurant une continuité d'activité adaptée aux besoins des patients.

La programmation opératoire repose sur un processus structuré en plusieurs phases. La première, hebdomadaire, consiste à attribuer les vacations en fonction des priorités médicales, des disponibilités des équipes et des contraintes d'infrastructure. Cette étape permet d'anticiper la charge d'activité et de répartir les ressources de manière équitable entre les spécialités chirurgicales. Vient ensuite une phase de régulation quotidienne, à J-1, durant laquelle les ajustements sont réalisés en fonction des imprévus (urgences, absences, modifications de planning). Enfin, un pilotage en temps réel est assuré le jour même pour réagir aux aléas et garantir la fluidité des flux opératoires.

Dans ce contexte, l'intégration d'outils numériques dans la gestion des blocs apparaît comme un levier déterminant. Des logiciels spécialisés permettent un suivi dynamique des créneaux opératoires, facilitent la coordination entre les équipes, et renforcent la réactivité face aux imprévus. Ils contribuent ainsi à l'amélioration continue de l'organisation et à une utilisation plus efficiente des plateaux techniques.

Selon Jacqueline Hubert, directrice générale du CHU de Grenoble, « l'efficacité de la programmation opératoire repose sur un équilibre entre les exigences médicales et les contraintes organisationnelles ». Elle insiste sur l'importance d'un pilotage agile des plannings, capable d'optimiser l'usage des salles tout en maintenant un haut niveau de qualité de prise en charge²⁵. Ce pilotage repose notamment sur le suivi d'indicateurs clés tels que le taux d'occupation, le taux de retard ou le taux d'annulation, qui permettent d'objectiver les performances du bloc et d'ajuster les stratégies organisationnelles.

En définitive, la programmation opératoire ne se limite pas à un acte technique de planification. Elle constitue un instrument de gouvernance à part entière, au service de la performance globale du bloc opératoire. En combinant des outils adaptés, des processus partagés et une coordination interprofessionnelle efficace, elle permet d'aligner les enjeux médicaux, soignants et institutionnels dans une logique d'efficacité durable.

²⁵ Hubert, J. (2022). *Optimiser la performance des blocs opératoires : de la planification à la régulation en temps réel*. In *Gestions Hospitalières*, n°601, p. 45-49.

2.2 Pilotage des blocs opératoires : indicateurs de performance et gestion des ressources

Le pilotage des blocs opératoires repose sur le suivi d'indicateurs de performance destinés à évaluer l'efficacité des activités chirurgicales et à orienter les décisions d'organisation. Ces outils de mesure permettent d'identifier les leviers d'amélioration continue, d'optimiser l'allocation des ressources humaines et matérielles, et d'assurer un niveau de qualité des soins adapté aux exigences institutionnelles et aux attentes des professionnels.

Trois indicateurs sont couramment mobilisés pour analyser la performance opérationnelle d'un bloc :

Le **taux d'ouverture** mesure la proportion de salles effectivement utilisées par rapport au nombre de créneaux théoriques disponibles. Il reflète la capacité de l'établissement à mobiliser ses ressources, humaines et techniques, pour répondre à la demande opératoire. Un taux d'ouverture faible peut signaler des difficultés de recrutement, des absences non remplacées, ou des arbitrages budgétaires limitant l'usage des infrastructures.

Le **taux d'occupation** évalue le temps effectif d'utilisation des salles opératoires. Un taux inférieur à 80 % suggère une sous-utilisation des capacités installées, souvent liée à une programmation inefficace ou à des annulations répétées. À l'inverse, un taux trop élevé peut générer une pression excessive sur les équipes, accroître le risque de retards et compromettre la sécurité des soins.

Le **taux de débordement** quantifie les dépassements de créneaux prévus. Il met en évidence les écarts entre la durée estimée des interventions et leur durée réelle. Des débordements fréquents traduisent généralement une mauvaise anticipation des temps opératoires, une gestion inadéquate des urgences ou un enchaînement trop serré des interventions.

Ces indicateurs sont souvent regroupés dans des tableaux de bord de pilotage, intégrés aux dispositifs de gouvernance hospitalière. Selon Carole Bonnier, professeure associée à l'ESCP (École Supérieure de Commerce de Paris) Europe, « les tableaux de bord hospitaliers doivent être conçus comme des instruments stratégiques, facilitant l'identification des écarts de performance et l'adaptation des décisions managériales en temps réel »²⁶. Leur utilité ne réside pas uniquement dans la mesure, mais dans leur capacité à structurer le dialogue entre acteurs et à légitimer les arbitrages collectifs.

Ainsi, l'analyse régulière des taux d'ouverture, d'occupation et de débordement permet d'objectiver les dysfonctionnements, d'adapter la planification des interventions et de calibrer les ressources en fonction de l'activité réelle. Cette démarche contribue à une gestion plus agile et plus efficace des blocs opératoires, tout en consolidant la qualité et la continuité des soins.

²⁶ Bonnier C., Saulpic O., Hubert J. (2013). *Organisation des tableaux de bord à l'hôpital : (Re)définir localement leur finalité et leur mode d'utilisation*, Gestions Hospitalières, n°529, octobre 2013.

3 CADRE THEORIQUE ET APPUI CONCEPTUEL A LA CONDUITE DE PROJET

3.1 IBODE : évolution historique, cadre réglementaire et défis contemporains

3.1.1 Evolution historique vers une spécialisation du métier d'IBODE

L'évolution du métier d'infirmier de bloc opératoire diplômé d'État (IBODE) témoigne d'un long processus de spécialisation et de reconnaissance progressive des compétences professionnelles. Cette transformation s'inscrit dans une trajectoire jalonnée de textes réglementaires successifs qui ont progressivement consolidé l'identité et le périmètre d'action des IBODE.

Dès les années 1890, on observe l'émergence d'un rôle spécifique d'« infirmière panseuse » dans les hôpitaux de l'Assistance Publique. Cette fonction se développe dans un contexte où les avancées médicales, notamment l'introduction de l'asepsie, exigent un personnel infirmier formé à la stérilisation du matériel et à l'assistance technique en salle d'opération. En 1948, la première école dédiée à la formation d'infirmières de salle d'opération est ouverte à Paris, au sein de l'Assistance Publique. Elle propose une formation de neuf mois, destinée aux infirmières diplômées d'État justifiant d'au moins trois années d'expérience clinique. Faute d'une reconnaissance au niveau national, cette école sera finalement fermée en 1963.

Le besoin croissant de technicité au bloc opératoire conduit à une première formalisation réglementaire avec la création, en 1971, du « Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier de salle d'opération (CAFISO) »²⁷. Cette reconnaissance partielle est renforcée par l'arrêté du 13 mars 1988, qui précise les modalités de formation : 500 heures d'enseignement théorique et 936 heures de pratique en bloc opératoire.

C'est en 1992 qu'un tournant décisif est opéré avec la création du Diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire, qui institue officiellement le titre d'IBODE. La formation est alors portée à dix mois, avec vingt-huit semaines de stage, selon le décret du 15 mars 1993²⁸. Ce texte précise les différentes fonctions exercées au bloc opératoire : infirmier circulant, instrumentiste, et aide opératoire.

. Malgré cette avancée, les infirmiers diplômés d'État (IDE) restent autorisés à exercer en bloc opératoire, ce qui traduit une reconnaissance inachevée de l'exclusivité des compétences des IBODE.

La consolidation du cadre professionnel se poursuit avec l'arrêté du 22 octobre 2001²⁹, qui définit les objectifs et le contenu de la formation conduisant au diplôme d'État, désormais portée à 18 mois. Ce programme renforce la dimension théorique et pratique du métier, dans une logique de spécialisation approfondie.

²⁷ Décret n°71-432 du 3 juin 1971 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier de salle d'opération.

²⁸ Décret n°93-345 du 15 mars 1993 relatif au diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire, Journal officiel du 21 mars 1993.

²⁹ Arrêté du 22 octobre 2001 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire, Journal officiel du 6 novembre 2001.

Une étape structurante est franchie avec le décret du 27 janvier 2015³⁰, relatif aux actes relevant de la compétence exclusive des IBODE. Ce texte reconnaît aux IBODE, sous certaines conditions, la capacité de réaliser des actes techniques spécifiques par délégation médicale : installation chirurgicale du patient, mise en place et fixation des drains sus-aponévrotiques, et fermeture sous-cutanée et cutanée. Il impose une formation complémentaire obligatoire de 49 heures pour les professionnels diplômés ou en cours de formation, à effectuer avant le 31 décembre 2020.

Enfin, l'arrêté du 27 avril 2022 réingénierie la formation au diplôme d'État d'IBODE en intégrant un référentiel de compétences structuré en cinq blocs. Il précise les modalités pédagogiques, les attendus professionnels, les critères d'évaluation, et inscrit désormais le diplôme dans une logique universitaire de niveau 7 (Master)³¹. Cette réforme affirme le rôle stratégique des IBODE dans la sécurité des soins et la coordination en salle d'opération.

Cette trajectoire de reconnaissance, jalonnée de textes réglementaires, illustre un processus classique de professionnalisation. Comme l'a théorisé Andrew Abbott, « les professions évoluent dans des juridictions mouvantes, où elles doivent sans cesse affirmer leur légitimité à exercer certaines tâches »³². Dans ce cadre, les IBODE construisent progressivement leur espace professionnel propre, entre spécialisation technique, reconnaissance institutionnelle et affirmation identitaire. Cette dynamique de légitimation, encore fragile sur le plan statutaire et salarial, constitue un enjeu stratégique pour les établissements confrontés à une crise d'attractivité et de fidélisation des professionnels qualifiés.

3.1.2 Cadre juridique actuel et périmètre d'exercice des IBODE

Le cadre juridique encadrant le métier d'infirmier de bloc opératoire diplômé d'État repose principalement sur les dispositions du Code de la santé publique, complétées par des décrets et arrêtés ministériels régissant les compétences, la formation et les conditions d'exercice de cette spécialisation (voir Annexe 2 – Fiche métier Infirmier de bloc opératoire diplômé d'État). Ce corpus juridique vise à garantir la sécurité des soins opératoires tout en reconnaissant l'expertise technique et organisationnelle des professionnels spécialisés.

Les actes que peut réaliser un IBODE sont définis aux articles R.4311-1 à R.4311-15 du Code de la santé publique. L'article R.4311-11-1, introduit par le décret n°2015-74 du 27 janvier 2015, précise les actes relevant de la compétence exclusive des IBODE : l'installation chirurgicale du patient, la mise en place et la fixation des drains sus-aponévrotiques, ainsi que la fermeture sous-cutanée et cutanée. Ces gestes techniques, réalisés sur prescription médicale et par délégation, répondent à des exigences de traçabilité, de responsabilité et de maîtrise des risques propres à l'environnement opératoire.

³⁰ Décret n°2015-74 du 27 janvier 2015, relatif aux actes relevant de la compétence exclusive des IBODE, JORF n°0023 du 28 janvier 2015.

³¹ Décret n°2022-732 du 27 avril 2022 relatif au grade de master conféré aux titulaires du diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire, JORF n°100 du 29 avril 2022, texte n° 16. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045696601>

³² Abbott, A. (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.

Depuis la réforme de la formation IBODE, engagée par l'arrêté du 27 avril 2022³³, le diplôme est adossé à un référentiel de compétences structuré en cinq blocs : soins et activités en lien avec le geste opératoire, maîtrise des dispositifs médicaux, organisation et qualité des soins, accompagnement et transmission des savoirs, et enfin posture professionnelle et réflexivité. Cette nouvelle architecture pédagogique s'inscrit dans une logique universitaire de niveau 7 (master), consacrée par le décret n°2022-732 du 27 avril 2022³⁴.

Malgré ce cadre renforcé, la profession reste marquée par des tensions persistantes. Les infirmiers diplômés d'État (IDE) restent autorisés à exercer certaines fonctions au bloc opératoire (rôle de circulant et d'instrumentiste), ce qui entretient une ambiguïté dans la répartition des compétences et alimente un sentiment de déclassement chez les IBODE. Par ailleurs, l'absence d'un statut distinct dans la fonction publique hospitalière, associé à une reconnaissance indemnitaire limitée, freine l'attractivité et la fidélisation de ces professionnels hautement qualifiés.

Ce décalage entre les compétences attendues, les responsabilités exercées et la reconnaissance effective constitue un enjeu central de ce projet, appelant à repenser les leviers d'évolution statutaire, de construction des parcours professionnels et de valorisation de la spécialisation IBODE.

Positionnement professionnel et missions spécifiques de l'IBODE :

En complément du cadre réglementaire, le métier d'IBODE repose sur un référentiel d'activités et de compétences structuré, qui précise le périmètre d'exercice quotidien du professionnel. Il s'agit d'un acteur central du bloc opératoire, intervenant en interface constante avec le patient, les équipes médicales et paramédicales. L'IBODE prend en charge les soins liés aux actes chirurgicaux, d'endoscopie ou d'interventions techniques invasives, en assurant la sécurité, la traçabilité, et le respect des protocoles d'hygiène.

Son rôle s'exerce dans toutes les disciplines chirurgicales, aussi bien en salle d'opération que dans les secteurs de stérilisation, d'endoscopie, de radiologie interventionnelle ou de blocs interventionnels hybrides. Il met en œuvre des compétences à la fois techniques, organisationnelles et relationnelles, conformément aux articles R.4311-1 à R.4311-15 et R.4312-1 à R.4312-49 du Code de la santé publique³⁵, et au référentiel de formation actualisé en 2022.

3.1.3 Dispositif transitoire 2024 : enjeux autour des actes exclusifs

Si le cadre juridique défini par le Code de la santé publique et les décrets fondateurs encadre de manière précise les compétences et responsabilités des IBODE, l'année 2024 a vu émerger un dispositif transitoire inédit, introduit par décret, en réponse à une pénurie persistante de professionnels qualifiés. Ce nouveau cadre d'exception, bien que temporaire, interroge profondément la légitimité des actes exclusifs, les principes

³³ Arrêté du 27 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'IBODE, JORF n°100 du 29 avril 2022, texte n°21. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045696964>.

³⁴ Décret n°2022-732 du 27 avril 2022 portant reconnaissance du diplôme d'État d'IBODE au niveau 7 (master), JORF n°0102 du 1er mai 2022.

³⁵ Code de la santé publique, articles R.4311-1 à R.4311-15 et R.4312-1 à R.4312-49, version consolidée au 20 mai 2025, Légifrance.

de sécurisation des soins et les dynamiques de reconnaissance professionnelle. Cette section propose d'en analyser les contours, les conditions d'application et les répercussions possibles sur la valorisation du métier IBODE dans les établissements de santé.

Dans un contexte marqué par des tensions durables sur le recrutement et une vacance importante de postes IBODE, un décret publié au Journal officiel le 25 octobre 2024 est venu redéfinir les conditions transitoires d'accès aux actes exclusifs prévus à l'article R.4311-11-1 du Code de la santé publique. Ce texte autorise, à titre exceptionnel, des infirmiers non titulaires du diplôme d'État IBODE à réaliser ces actes, sous conditions strictes, dans le but de garantir la continuité des soins opératoires.

Le décret précise que tout infirmier affecté au bloc opératoire peut, dans les mêmes conditions que les IBODE, accomplir les actes concernés, sous réserve de l'obtention d'une autorisation temporaire délivrée par le préfet de région. Cette autorisation est valable pour une durée d'un an et doit être accordée dans un délai maximal d'un mois suivant la demande. Pour y être éligible, le professionnel doit justifier d'au moins un an d'expérience en bloc opératoire en équivalent temps plein, sur les trois dernières années. Le texte prévoit en outre que cette autorisation peut être renouvelée une fois, à condition que l'infirmier soit inscrit à une session de formation complémentaire à la pratique des actes exclusifs, dispensée dans un institut habilité à former au diplôme IBODE. Un arrêté ministériel ultérieur doit en préciser les modalités pédagogiques, la durée et les modalités de validation.

Enfin, l'autorisation dérogatoire peut devenir définitive si l'infirmier prouve avoir suivi et validé ladite formation. L'établissement employeur, public ou privé, a l'obligation de garantir l'accès à la formation et d'en assurer le financement. Ce dispositif vise à encadrer temporairement les pratiques tout en encourageant la montée en compétences des professionnels en poste.

Toutefois, ce cadre transitoire soulève des tensions au sein de la communauté IBODE. L'Union nationale des associations d'infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (UNAIBODE)³⁶ a exprimé son opposition à cette dérogation, qu'elle considère comme un recul en matière de reconnaissance professionnelle. L'organisation rappelle son engagement de longue date en faveur de la spécialisation IBODE et demande que seuls les professionnels diplômés soient autorisés, à terme, à réaliser ces actes. Elle milite pour une obligation de formation systématique, et pour la mise en place de mécanismes de contrôle et de sanction à l'encontre des établissements qui ne respecteraient pas ces exigences. Dans ce contexte, le décret d'octobre 2024³⁷ apparaît à la fois comme une réponse pragmatique à une situation de pénurie critique et comme un révélateur des tensions structurelles qui traversent le métier d'IBODE : reconnaissance partielle, fragilité statutaire, défaut d'attractivité. Cette mesure transitoire, bien que pensée pour garantir la sécurité des soins, interroge donc profondément le sens et la portée des avancées réglementaires obtenues depuis 2015.

³⁶ UNAIBODE, Communiqué d'octobre 2024 sur le décret transitoire, disponible sur : <https://www.unaibode.fr>.

³⁷ Décret publié au Journal Officiel le 25 octobre 2024, relatif à l'autorisation transitoire d'actes exclusifs pour les IDE en bloc opératoire, consulté sur Légifrance en mai 2025.

Afin de mieux visualiser l'évolution réglementaire encadrant le métier d'IBODE, la figure suivante présente les principaux textes de référence publiés entre 1971 et 2022.

Texte	Date	Objet	Portée principale
Décret n°71-432	3 juin 1971	Création du CAFISO (certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier de salle d'opération)	Première reconnaissance des compétences spécifiques
Arrêté du 13 mars 1988	13 mars 1988	Précise les modalités de formation du CAFISO	Structuration pédagogique initiale
Décret n°93-345	15 mars 1993	Création du Diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire (IBODE)	Institutionnalisation du métier et création du DE
Arrêté du 22 octobre 2001	22 octobre 2001	Formation IBODE portée à 18 mois	Allongement et approfondissement de la formation
Décret n°2015-74	27 janvier 2015	Reconnaissance des actes exclusifs IBODE	Reconnaissance juridique des actes exclusifs
Arrêté du 27 avril 2022	27 avril 2022	Réingénierie de la formation IBODE et référentiel de compétences	Harmonisation universitaire et logique de compétences
Décret n°2022-732	27 avril 2022	Attribution du grade de master au diplôme d'IBODE	Niveau Master (niveau 7) officiellement reconnu

Figure 7 : Textes réglementaires clés encadrant le métier d'IBODE (1971–2022).

Source : Légifrance, consultations entre mars et mai 2025, www.legifrance.gouv.fr.

En rupture avec la dynamique de spécialisation construite au fil des décennies, le décret d'octobre 2024 introduit un dispositif transitoire dérogatoire, autorisant certains IDE expérimentés à réaliser les actes jusqu'ici réservés aux IBODE. Cette mesure, bien qu'annoncée comme temporaire, suscite de vives tensions professionnelles et soulève

des interrogations quant à la pérennité du cadre réglementaire IBODE. La figure suivante présente les caractéristiques principales de ce décret d'exception et ses implications sur le plan professionnel.

Texte	Date	Objet	Portée principale
Décret d'exception IBODE	25 octobre 2024	Mise en œuvre d'un dispositif transitoire autorisant certains IDE expérimentés à réaliser des actes exclusifs sous conditions (autorisation préfectorale, formation complémentaire).	Réponse temporaire à la pénurie d'IBODE ; remise en question partielle des avancées statutaires et tensions autour de la reconnaissance professionnelle.

Figure 8 : Décret transitoire d'exception IBODE – Principales dispositions (2024).

Source : Journal Officiel de la République Française, décret du 25 octobre 2024 relatif à l'autorisation transitoire d'actes exclusifs pour les IDE en bloc opératoire, consulté sur Légifrance en mai 2025.

3.2 La Qualité de Vie au Travail (QVT) comme levier stratégique

3.2.1 Définition et cadre conceptuel de la QVT

La Qualité de Vie au Travail (QVT) est parfois réduite à des mesures périphériques — salle de sieste, activités de détente, mobilier ergonomique — qui, bien qu'elles puissent améliorer ponctuellement le confort, ne traitent pas les causes profondes du mal-être professionnel. Or, une politique QVT réellement efficace repose sur une compréhension systémique des conditions d'exercice, et sur la capacité donnée aux professionnels de s'exprimer et d'agir sur leur travail.

Depuis l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 9 décembre 2020, la notion de QVT a évolué vers celle de « Qualité de Vie et des Conditions de Travail (QVCT) »³⁸. Cette nouvelle terminologie vise à mettre davantage l'accent sur les déterminants structurels du travail — organisation, charge, marges de manoeuvre, régulation collective — qui influencent directement la santé, l'engagement et la performance des professionnels. La QVCT ne se limite donc pas à une approche du bien-être subjectif, mais s'inscrit dans une logique d'amélioration concrète des conditions de travail et de dialogue social renforcé. Dans ce mémoire, le terme QVCT est privilégié, car il reflète plus fidèlement les enjeux vécus par les professionnels du bloc opératoire.

L'ANI de 2013 avait posé les fondements d'une première définition structurée de la QVT, la décrivant comme « les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur

³⁸ Accord National Interprofessionnel (ANI) du 9 décembre 2020 relatif à la qualité de vie au travail et aux conditions de travail, consultable sur : www.legifrance.gouv.fr

travail, et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci »³⁹. Cette définition introduisait une double dimension : objective (conditions matérielles, organisationnelles) et subjective (ressenti, sens du travail, implication).

L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) identifie six dimensions fondamentales, devenues des repères structurants pour les démarches QVCT en milieu hospitalier : la qualité des relations au travail et du climat social ; le contenu du travail (variété, autonomie, sens) ; la santé au travail ; le développement des compétences ; l'égalité professionnelle ; et enfin, un management participatif fondé sur l'écoute, la reconnaissance et l'implication des équipes⁴⁰.

Dans les établissements de santé, la QVCT prend une acuité particulière. La HAS et l'ANACT soulignent son rôle central dans la qualité des soins : des équipes écoutées, stabilisées et valorisées sont davantage en capacité de coopérer, d'innover, et de maintenir une attention soutenue aux patients⁴¹. La QVCT ne saurait donc être déconnectée des exigences de performance hospitalière. Elle constitue un levier stratégique de transformation des organisations, dans un contexte où la surcharge cognitive, la souffrance éthique et la perte de sens minent l'engagement des soignants.

Enfin, selon Martel et Dupuis, la QVCT peut être comprise comme l'écart perçu entre ce qu'un professionnel souhaite accomplir dans son travail et ce que son environnement lui permet réellement de réaliser. Cet écart influence à la fois le bien-être subjectif des soignants et la performance globale de l'organisation⁴².

3.2.2 Impacts des conditions de travail sur la motivation et l'engagement de l'IBO(DE)

Les conditions de travail jouent un rôle déterminant dans la motivation et l'engagement des IBODE. Comme dans tout environnement professionnel à haute technicité, le bloc opératoire est soumis à des contraintes organisationnelles qui influencent directement le bien-être des soignants et leur fidélisation. Une surcharge de travail, des effectifs insuffisants et un environnement sous tension sont autant de facteurs susceptibles d'altérer la motivation des IBO(DE) et de compromettre leur implication à long terme.

L'enquête menée en 2018 par le Syndicat National des Infirmiers de Bloc Opératoire (Snibo) met en évidence cette réalité préoccupante. Selon ses résultats, 55 % des IBODE considèrent leurs conditions de travail comme mauvaises, tandis que 58 % déclarent être exposés à un niveau de stress élevé⁴³. Cette pression résulte principalement d'une charge de travail excessive, d'un manque d'effectifs et d'une offre insuffisante de formation continue, autant de variables qui influencent négativement leur engagement professionnel. De plus, 82 % des IBODE rapportent vivre des tensions quotidiennes, exacerbées par une cadence de travail soutenue et

³⁹ Accord National Interprofessionnel (ANI) du 19 juin 2013, « Vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle », www.legifrance.gouv.fr

⁴⁰ ANACT, « Les fondamentaux de la QVCT », disponible sur : <https://www.anact.fr>

⁴¹ Haute Autorité de Santé et ANACT, *Référentiel QVCT en établissement de santé*, Paris, 2021.

⁴² Martel, J., & Dupuis, G. (2006). *La qualité de vie au travail : vers une meilleure performance des organisations*. Presses de l'Université du Québec.

⁴³ Syndicat National des Infirmiers de Bloc Opératoire (Snibo). Résultats de l'enquête nationale sur les conditions de travail des IBODE, 2018.

une pression constante pour assurer la continuité des soins dans un contexte de sous-effectif chronique.

Ce climat, marqué par une fatigue physique et psychique persistante, a des répercussions directes sur la stabilité des équipes et contribue à l'augmentation du turnover au sein des blocs opératoires. Cette situation engendre un désengagement progressif des professionnels, comme en témoigne une autre donnée issue de l'enquête : 15,1 % des IBODE déclarent envisager de changer de métier. Cette tendance illustre la perte d'attractivité de la profession face aux contraintes actuelles et aux difficultés rencontrées sur le terrain.

Les témoignages recueillis illustrent ces difficultés. Un IBODE confie ainsi : « Nous sommes toujours en sous-effectif, ce qui nous oblige à faire des journées à rallonge. Parfois, nous enchaînons plusieurs interventions sans pause, c'est épuisant »⁴⁴. Ce déficit structurel en ressources humaines accentue le stress opérationnel et impacte la capacité des équipes à assurer des soins de qualité dans de bonnes conditions.

En parallèle, les contraintes matérielles constituent un facteur aggravant qui limite l'efficacité des IBODE au quotidien. Un professionnel interrogé témoigne ainsi : « Il arrive que nous manquions de matériel de base, ce qui complique nos interventions. Nous devons constamment nous adapter avec les moyens du bord »⁴⁵. Ces difficultés organisationnelles cumulées renforcent le sentiment d'épuisement et de frustration des soignants, tout en impactant la fluidité des prises en charge.

Au bloc opératoire, les contraintes organisationnelles, la pression temporelle et les interactions interprofessionnelles accentuent la charge mentale des soignants. Selon l'ANACT, les soignants hospitaliers sont parmi les professionnels les plus exposés aux risques psychosociaux, en raison du cumul de responsabilités, du stress lié aux interventions chirurgicales et du manque de marges de manœuvre dans leur organisation du travail⁴⁶. Cette situation, combinée à une reconnaissance insuffisante, participe à un sentiment d'épuisement professionnel et à une désaffection progressive du métier d'IBODE.

3.2.3 Le sens du travail : un déterminant central de l'engagement

Le sens du travail est aujourd'hui reconnu comme un levier central de la qualité de vie au travail (QVT) et de l'engagement professionnel. Au-delà des conditions matérielles et organisationnelles, le sentiment d'utilité, la cohérence entre les valeurs personnelles et les missions exercées, ainsi que la reconnaissance symbolique du rôle tenu constituent des éléments structurants de la motivation au travail.

Selon la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES), la perte de sens est associée à une augmentation de la mobilité, de l'absentéisme et de l'engagement syndical, traduisant une volonté de transformation collective⁴⁷. Cette perte peut résulter d'un écart croissant entre les attentes professionnelles initiales et les réalités vécues sur le terrain. Dans le cas des IBODE, cela

⁴⁴ Syndicat National des Infirmiers de Bloc Opératoire (Snibo). Résultats de l'enquête nationale sur les conditions de travail des IBODE, 2018.

⁴⁵ Snibo, op. cit.

⁴⁶ ANACT. Les risques psychosociaux dans les établissements de santé, 2021. Disponible sur : <https://www.anact.fr>

⁴⁷ DARES (2021). Quand le travail perd son sens. L'influence du sens du travail sur la mobilité professionnelle, la prise de parole et l'absentéisme pour maladie. Document d'études n°249. Disponible sur : <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/quand-le-travail-perd-son-sens>

se manifeste par une non-reconnaissance des actes exclusifs, une dilution des responsabilités, et une difficulté à faire reconnaître la spécificité du métier.

Coutrot et Perez rappellent que « redonner du sens au travail constitue une aspiration révolutionnaire »⁴⁸, car elle engage une transformation en profondeur de l'organisation du travail, de sa gouvernance et des rapports de pouvoir qui s'y exercent. Ils soulignent que le travail est profondément politique, et que sa démocratisation – via l'autonomie, la participation, la reconnaissance – est un facteur de santé et de résilience collective.

Dans cette perspective, restaurer le sens du travail des IBODE implique de valoriser leur expertise, de renforcer leur pouvoir d'agir dans l'organisation des soins, et de créer les conditions d'une reconnaissance non seulement statutaire, mais aussi symbolique et identitaire.

Cette analyse s'inscrit également dans les enseignements de Xavier Marchand, qui rappelle que la perte de sens dans les métiers hospitaliers est souvent moins liée à la pénibilité physique qu'à un défaut de reconnaissance institutionnelle et collective. Selon lui, le désengagement professionnel est la conséquence directe d'un travail fragmenté, désymbolisé, privé de projet commun. Restaurer le sens du travail implique dès lors de redonner aux professionnels une capacité d'agir, une lisibilité sur leur mission, et une reconnaissance qui dépasse les seuls enjeux statutaires.⁴⁹

4 IMPORTANCE DE LA SANTE AU TRAVAIL

4.1 Le département santé et QVCT de l'AP-HP

4.1.1 Missions et structuration du département santé

Le Département santé, qualité de vie et conditions de travail (QVCT⁵⁰) de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP⁵¹) est une entité structurante rattachée à la fois à la Direction des ressources humaines (DRH) et à la Direction des affaires médicales (DAM). Ce positionnement transversal souligne l'importance accordée à la santé au travail et à la qualité de vie des professionnels, qu'ils soient soignants, administratifs ou médicaux.

Ce département comprend deux missions principales – santé-sécurité au travail et qualité de vie et conditions de travail – ainsi qu'un service central de santé au travail. La mission QVCT a pour rôle de structurer et de piloter la politique institutionnelle dans ce domaine. Elle anime notamment l'Observatoire QVCT et différents réseaux d'acteurs internes. Elle coordonne également le baromètre interne de l'AP-HP, les espaces de dialogue sur le travail (EDT) et le plan d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes. En parallèle, elle mène des actions concrètes de prévention

⁴⁸ Coutrot, T., & Pérez, C. (2022). *Redonner du sens au travail. Une aspiration révolutionnaire*. Éditions du Seuil.

⁴⁹ Marchand, X. (2024). *Articuler RPS et QVT : de la prévention des tensions à la transformation des organisations*. Support de cours UE 2.3, Master 2 Management des organisations soignantes, Université Paris-Est Créteil.

⁵⁰ AP-HP, Département santé, qualité de vie et conditions de travail, présentation institutionnelle interne, 2024.

⁵¹ Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), <https://www.aphp.fr>

des violences professionnelles (dispositif de signalement, médiation interne, sensibilisation), et conçoit des outils pratiques, guides et recherches appliquées en matière de conditions de travail.

Les enjeux de cette politique sont multiples : renforcer le dialogue autour du travail, prévenir les tensions organisationnelles, promouvoir l'attractivité des métiers, favoriser l'intégration et la fidélisation des nouveaux arrivants, soutenir le développement de pratiques managériales participatives et prévenir les risques psychosociaux. La santé au travail est ici pensée comme un levier stratégique au service de la qualité des soins et de la performance des collectifs professionnels selon les repères définis par l'ANACT⁵².

Depuis 2023, plusieurs actions concrètes ont été mises en œuvre à l'échelle institutionnelle. Elles incluent l'évolution du dispositif de traitement des situations de violence au travail et le lancement d'une campagne de prévention ; la mise en place d'un plan pluriannuel 2023-2025 sur l'égalité professionnelle femmes-hommes, assorti d'un bilan annuel ; le lancement de l'Observatoire de la QVCT ; le déploiement du baromètre interne de l'AP-HP ; la généralisation des espaces de dialogue sur le travail (EDT) ; le lancement d'un projet de recherche-action sur les schémas horaires innovants ; et la promotion de la QVCT à travers des actions de sensibilisation et de formation.

4.1.2 Prévention des risques professionnels au bloc opératoire

La prévention des risques professionnels vise à garantir la sécurité et la santé physique et mentale des professionnels dans l'exercice de leurs fonctions. Au bloc opératoire, l'exposition à de multiples risques est particulièrement élevée : agents biologiques, produits chimiques (dont les anesthésiques volatils), rayonnements ionisants, manutentions lourdes, postures prolongées, stress organisationnel ou encore risques liés à l'utilisation d'instruments coupants ou perforants.

Conformément à l'article L.4121-1 du Code du travail⁵³, l'employeur est tenu de mettre en œuvre des mesures de prévention qui privilégient la suppression du danger à la source, la réduction des expositions et la protection collective. Au bloc opératoire, ces mesures prennent la forme d'équipements de protection individuelle (EPI), de protocoles de sécurité (check-list HAS⁵⁴), de systèmes de ventilation maîtrisée ou encore de formations à la gestion des risques spécifiques (risques infectieux, exposition aux fumées chirurgicales⁵⁵, gestion des déchets à risque).

La prévention repose également sur une organisation dédiée : conseillers en prévention des risques professionnels, médecins du travail, référents en radioprotection, équipes hygiène, tous œuvrent conjointement pour l'évaluation, le suivi et la réduction des risques. Le Document Unique d'Évaluation des Risques

⁵² ANACT (2021). Qualité de vie et conditions de travail : repères pour l'action. Disponible sur : <https://www.anact.fr/qualite-de-vie-et-des-conditions-de-travail>

⁵³ Code du travail, article L.4121-1 : « L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. »

⁵⁴ Haute Autorité de Santé (HAS), *Sécurité du patient au bloc opératoire – Check-list opératoire*, mise à jour 2010, disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_867129/fr/securite-du-patient-au-bloc-operatoire-check-list

⁵⁵ INRS (2022). Fumées chirurgicales – Risques et mesures de prévention. Disponible sur : <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TC+137>

Professionnels (DUERP) constitue l'outil central de cette démarche⁵⁶. Il est actualisé régulièrement en lien avec les situations de travail et les remontées du terrain, et permet de prioriser les actions correctives à mettre en œuvre.

Au-delà de l'obligation réglementaire, la prévention au bloc opératoire constitue un enjeu stratégique : elle participe à la sécurisation des parcours patients, à la qualité des soins, et à la préservation de l'engagement des professionnels. Dans un contexte de tension RH, elle est aussi un levier de fidélisation essentiel pour améliorer la qualité de vie au travail.

5 METHODOLOGIE ET DEMARCHE D'ENQUETE

5.1 Approche méthodologique et cadre d'analyse

5.1.1 Méthodologie plurielle : quantitative, qualitative et benchmarking

L'enjeu de ce projet managérial est de comprendre en profondeur les leviers d'attractivité et de fidélisation des infirmiers de bloc opératoire (IBO/IBODE), dans un contexte de forte tension sur les ressources humaines, de transformation structurelle des blocs opératoires et de réorganisation institutionnelle. Pour répondre à cette complexité, une approche méthodologique plurielle a été retenue, combinant trois outils d'analyse : une enquête quantitative, une démarche qualitative croisée, et un travail de benchmarking.

Approche quantitative : objectiver les perceptions des IBO(DE)

Une enquête a été administrée via un questionnaire standardisé (voir Annexe 3 – Questionnaire diffusé et réponses des IBODE / IDE), diffusé auprès des professionnels en poste dans les différents blocs opératoires du GHU Sorbonne Université. Ce questionnaire visait à objectiver les perceptions des IBO/IBODE autour de plusieurs dimensions : conditions de travail, reconnaissance professionnelle, perspectives d'évolution, lien au collectif, projection dans le futur bloc opératoire, rapport à l'encadrement et à l'organisation.

Cette démarche permet de dégager des tendances générales, de mesurer l'intensité de certains ressentis (charge de travail, attrition, attachement au service, etc.), et d'identifier les points de tension récurrents. Le recours au quantitatif constitue un levier fondamental pour construire un diagnostic argumenté, alimenté par des indicateurs fiables, et partagé avec les parties prenantes.

Approche qualitative : croiser les regards pour affiner l'analyse

La dimension qualitative repose sur deux volets complémentaires. D'une part, une analyse des verbatim issus des réponses ouvertes du questionnaire principal a permis de restituer la subjectivité des professionnels, leurs représentations du métier, leurs attentes implicites et leur rapport au changement. D'autre part, un second questionnaire a été administré aux cadres de santé de blocs opératoires, ciblant leur

⁵⁶ Ministère du Travail, *Le Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP)*, Guide pratique, 2023.

perception de la qualité de vie et des conditions de travail des IBODE. Ce recueil visait à mieux comprendre les stratégies d'accompagnement mises en œuvre, les freins identifiés à l'échelle managériale, et les leviers considérés comme pertinents.

Cette double entrée qualitative permet de croiser les points de vue, de confronter les ressentis des professionnels avec l'analyse managériale de leurs encadrants, et de restituer les dynamiques collectives à l'œuvre. Elle complète utilement l'enquête quantitative, en apportant une lecture fine des processus relationnels et organisationnels.

Benchmarking : repérer les leviers mobilisables et s'ouvrir à d'autres pratiques

Enfin, une démarche de benchmarking a été conduite, à la fois à partir d'une veille institutionnelle (publications de l'ARS Île-de-France, de la HAS, du SNIBO ou de la Fondation AP-HP) et de retours d'expérience d'autres établissements. Ce travail visait à identifier des pratiques managériales inspirantes, des initiatives innovantes en matière de QVCT, de reconnaissance professionnelle ou d'organisation du travail.

Ce volet comparatif offre un regard extérieur sur les leviers mobilisables et permet d'ancrer les recommandations dans une logique de transférabilité et d'innovation contextualisée.

Une triangulation méthodologique au service de l'analyse stratégique

Le recours à ces trois méthodes articulées s'inscrit dans une logique de triangulation méthodologique, recommandée en sciences humaines et sociales (Paillé & Mucchielli, 2012⁵⁷). Elle permet de renforcer la validité des résultats, d'objectiver les constats tout en tenant compte des logiques subjectives, et d'ancrer l'analyse dans une posture réflexive.

Ce choix répond à un double impératif : méthodologique, pour croiser les niveaux d'analyse et sécuriser les conclusions ; managérial, pour fonder un projet de transformation sur une compréhension fine des attentes du terrain, des représentations professionnelles et des marges de manœuvre institutionnelles.

5.1.2 Définition des variables clés (attractivité, fidélisation, conditions de travail)

Dans une démarche rigoureuse de recherche appliquée en management des organisations soignantes, il est essentiel de définir clairement les concepts opérationnalisés dans le cadre de l'enquête. Trois notions clés structurent ce projet managérial : l'attractivité, la fidélisation et les conditions de travail, en lien étroit avec la QVCT.

L'attractivité d'un métier se comprend comme la capacité d'une organisation à susciter l'intérêt et l'adhésion des professionnels pour un poste ou une fonction. Dans le champ hospitalier, elle repose sur plusieurs dimensions : la reconnaissance statutaire

⁵⁷ Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.

et salariale, les perspectives d'évolution professionnelle, la qualité de l'environnement de travail, ainsi que les valeurs de l'institution. Comme le souligne un retour d'expérience de l'ARS PACA, l'attractivité repose sur « la capacité des organisations à proposer un environnement professionnel à la fois soutenable, valorisant et porteur de sens »⁵⁸. Le dossier thématique d'Objectif Soins & Management (oct.-nov. 2024) complète cette vision en mettant en avant l'importance de la QVT, de la valorisation des initiatives, et de la cohésion d'équipe comme moteurs essentiels de l'attractivité professionnelle⁵⁹.

La fidélisation désigne quant à elle les dispositifs permettant de maintenir les professionnels en poste dans la durée, en réduisant les départs volontaires et les ruptures de parcours. Elle renvoie à l'engagement affectif, normatif ou calculé du professionnel envers son organisation (Meyer & Allen, 1997⁶⁰). En contexte hospitalier, elle est fortement liée à la qualité du management de proximité, à la reconnaissance du travail et aux conditions d'exercice. Le guide du Resah note à ce sujet que « la fidélisation passe autant par les parcours professionnels que par le vécu quotidien du travail »⁶¹. La revue OSM souligne en complément le rôle clé de l'accompagnement individualisé, de la valorisation des réussites, et d'un climat de travail bienveillant comme conditions favorables à l'ancrage durable des équipes⁶².

Enfin, les conditions de travail couvrent à la fois les facteurs matériels (aménagement des locaux, outils à disposition), organisationnels (plannings, charge de travail), relationnels (climat d'équipe, reconnaissance) et psychologiques (sens du travail, gestion des émotions). Elles constituent un déterminant central de la qualité de vie au travail. Le guide du Resah rappelle que « les personnels hospitaliers demeurent les vecteurs essentiels de la qualité des soins et de la performance globale »⁶³. Le dossier d'Objectif Soins & Management met en avant plusieurs leviers concrets : allègement des tâches administratives, amélioration de l'ergonomie des postes, et intégration d'actions ciblées de prévention en santé mentale.

Dans ce projet, l'analyse des données issues du questionnaire s'est appuyée sur ces trois dimensions pour identifier les leviers d'amélioration susceptibles de renforcer l'attractivité du métier d'IBO(DE) et de stabiliser les effectifs dans un contexte de pénurie. Ces trois dimensions constituent ainsi le socle théorique et méthodologique sur lequel repose l'élaboration du questionnaire. Elles permettent de structurer l'analyse des données dans une perspective managériale intégrant à la fois les logiques de sens au travail, les dynamiques d'engagement, et les leviers d'action sur les conditions d'exercice des IBO(DE).

⁵⁸ ARS PACA. Favoriser l'attractivité et la fidélisation dans les établissements de santé. Rapport institutionnel, 2022.

⁵⁹ Objectif Soins & Management, n°301, octobre-novembre 2024. « Cap sur la fidélisation des équipes ». Paris : Elsevier Masson.

⁶⁰ Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1997). *Commitment in the Workplace: Theory, Research, and Application*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.

⁶¹ Resah. Guide pratique – Attirer et fidéliser les professionnels de santé, 2023.

⁶² Objectif Soins & Management, op. cit.

⁶³ Resah, op. cit.

5.2 Construction du questionnaire et échantillonnage

5.2.1 Structuration des axes d'enquête

L'enquête exploratoire constitue une étape fondamentale dans l'analyse des leviers d'attractivité et de fidélisation des infirmiers de bloc opératoire. Elle repose sur un questionnaire anonyme, diffusé sous format numérique (via lien sécurisé et QR code), à destination des IBODE et IDE exerçant au bloc opératoire. Cet outil vise à recueillir des données à la fois quantitatives et qualitatives, autour de thématiques structurantes : qualité de vie au travail, facteurs d'attractivité et de fidélisation, relations interprofessionnelles, pratiques managériales, et projection dans le bloc opératoire du futur. Ce choix méthodologique permet de construire un état des lieux approfondi, de repérer les freins et les leviers d'engagement, et d'alimenter une réflexion stratégique en vue de recommandations adaptées.

Le questionnaire a été conçu pour couvrir l'ensemble des dimensions influençant l'attractivité et la fidélisation des IBO(DE), tout en assurant une collecte de données rigoureuse, accessible et exploitable. Il est structuré en plusieurs sections thématiques, agencées de manière logique et progressive afin de faciliter la compréhension des répondants et l'analyse ultérieure.

La première section est introductive : elle présente les objectifs de l'enquête, les modalités de participation, et garantit l'anonymat, assurant ainsi la transparence et l'adhésion des participants. Elle est suivie d'un premier volet recueillant des données sociodémographiques et professionnelles (ancienneté, statut IBODE ou IDE, site d'exercice, etc.), nécessaires à la contextualisation des réponses et à l'identification de variations selon les profils.

La deuxième section porte sur les facteurs d'attractivité et de fidélisation. Elle interroge les motivations à exercer le métier d'IBO(DE), les raisons d'un éventuel renoncement à cette spécialisation, ainsi que les attentes en matière de reconnaissance, de rémunération et d'évolution professionnelle. L'objectif est de mettre en lumière les déterminants de l'engagement initial et durable dans la fonction.

La troisième section explore la QVCT à travers les conditions d'exercice, l'organisation du temps de travail, l'équilibre entre vie professionnelle et personnelle, et l'accès à des espaces de repos adaptés. Elle vise à cerner l'impact de ces facteurs sur la satisfaction et l'engagement professionnels.

La quatrième section s'attache aux relations interprofessionnelles, essentielles dans l'environnement technique et collaboratif du bloc opératoire. Elle analyse les interactions avec les autres professionnels (chirurgiens, anesthésistes, IADE, aides-soignants, encadrement) et identifie les dynamiques collectives, les tensions éventuelles et les axes de consolidation.

La cinquième section interroge les pratiques managériales et l'organisation du travail. Elle explore la perception du soutien de l'encadrement, la lisibilité des rôles, ainsi que l'impact de l'organisation sur l'engagement au travail. Cette partie permet d'identifier des leviers d'amélioration à l'échelle managériale.

Enfin, une dernière section adopte une perspective prospective en recueillant les attentes des répondants quant au bloc opératoire de demain (2030). Elle permet d'évaluer les souhaits d'évolution en matière d'environnement de travail, d'architecture, de technologie et d'organisation, en lien avec le projet institutionnel du bloc du futur.

En complément de ce questionnaire principal, un second outil a été élaboré à destination des cadres de santé du bloc opératoire, afin d'explorer leur perception des leviers managériaux de fidélisation et les actions concrètes mises en œuvre dans leurs unités (voir Annexe 4 – Questionnaire diffusé et réponses des cadres de santé de filière IBODE). Ce recueil complémentaire, abordé dans la section 5.3, permet de croiser les regards entre professionnels de terrain et encadrants, et d'enrichir la compréhension des dynamiques d'attractivité dans une logique de triangulation méthodologique.

Cette structuration progressive et thématisée du questionnaire permet de recueillir des données cohérentes, exploitables et stratégiquement utiles pour formuler des recommandations managériales adaptées aux réalités du terrain et aux attentes professionnelles.

5.2.2 Critères de sélection des répondants

L'échantillonnage a été conçu pour refléter la diversité des profils exerçant au sein des blocs opératoires et garantir la représentativité des perceptions recueillies. L'enquête s'adresse en priorité aux IBODE actuellement en poste, afin de recueillir leurs attentes, d'identifier les difficultés rencontrées, et d'analyser les leviers susceptibles de renforcer leur engagement professionnel et leur fidélisation.

Elle s'adresse également aux infirmiers diplômés d'État (IDE) exerçant en bloc opératoire, qui représentent un vivier de professionnels potentiellement intéressés par une spécialisation IBODE. L'objectif est ici de mieux comprendre les motivations, les représentations, ainsi que les freins à l'entrée dans cette spécialité, dans une optique d'anticipation des besoins futurs en ressources humaines spécialisées.

Ce choix d'échantillonnage repose sur une logique de pertinence et de proximité avec la problématique investiguée. En ciblant directement les professionnels concernés par les enjeux d'attractivité et de fidélisation, cette démarche permet d'obtenir des données éclairantes, en lien étroit avec les réalités du terrain.

L'inclusion de professionnels aux parcours et à l'expérience variés permet par ailleurs de croiser les regards et d'enrichir l'analyse. Elle permet d'élaborer une vision plus globale et nuancée des dynamiques à l'œuvre, et oriente les recommandations managériales vers des réponses adaptées aux besoins réels des professionnels.

5.3 Méthodes de collecte et traitement des données

5.3.1 Administration du questionnaire et méthodologie de recueil

Les deux questionnaires ont été administrés en ligne via la plateforme Microsoft Forms. Le premier a été diffusé auprès des IBODE et IDE exerçant dans les blocs opératoires du GHU, grâce à un lien électronique et un QR code, accessibles depuis différents supports professionnels. Ce mode de diffusion a permis une large accessibilité, malgré des emplois du temps fragmentés, tout en garantissant l'anonymat et la confidentialité des réponses pour encourager une expression libre et sincère.

Le second questionnaire a été transmis aux quatre cadres de santé du bloc opératoire que j'accompagne dans mes fonctions transversales. Il visait à recueillir leur perception des leviers managériaux liés à l'attractivité et à la fidélisation, en particulier autour des dimensions de QVCT, des freins identifiés et des actions engagées.

La période de recueil s'est déroulée sur deux semaines, avec relances ciblées, afin de maximiser le taux de participation. Cette stratégie de diffusion a permis d'obtenir un volume de réponses suffisant pour garantir la robustesse de l'analyse, dans une logique de triangulation méthodologique croisant les points de vue des professionnels de terrain et des encadrants.

5.3.2 Techniques d'analyse statistique et interprétation qualitative

Les données issues des questionnaires ont fait l'objet d'une double analyse, mobilisant à la fois des méthodes statistiques descriptives et une lecture qualitative interprétative. Cette complémentarité méthodologique permet de croiser les niveaux d'analyse et d'enrichir la compréhension des dynamiques d'attractivité et de fidélisation au sein des blocs opératoires.

Sur le plan quantitatif, les réponses fermées ont été exploitées à l'aide de tris à plat et de croisements simples (ancienneté, statut IBODE/IDE, site d'exercice). Ces traitements ont permis d'identifier des tendances générales, de mettre en évidence des points de tension récurrents (insatisfaction sur certains items, attentes fortes exprimées de manière convergente) et de repérer d'éventuelles disparités selon les profils.

L'approche qualitative repose sur l'analyse thématique des verbatim issus des réponses ouvertes. Cette lecture a été conduite selon une démarche inductive, afin de faire émerger les représentations dominantes, les attentes implicites, les signaux faibles, mais aussi les contradictions ou dissonances révélatrices de tensions professionnelles ou managériales. Une attention particulière a été portée à la fréquence d'apparition des thèmes, aux formulations spontanées et aux témoignages évoquant les relations interprofessionnelles, la reconnaissance ou les projections personnelles dans le bloc opératoire du futur.

Les réponses au questionnaire transmis aux cadres de santé ont également été analysées selon une approche qualitative, en recherchant les convergences et écarts de perception entre les propos des encadrants et ceux des professionnels de terrain. Cette analyse croisée permet d'éclairer les écarts éventuels entre discours managérial et vécu professionnel, et d'alimenter la réflexion stratégique sur les ajustements organisationnels et managériaux à envisager.

Cette triangulation – quantitative, qualitative et managériale – renforce la robustesse des résultats, croise les regards, et alimente des recommandations fondées sur les réalités objectives et les représentations des acteurs.

5.4 Démarche de benchmarking : identification des pratiques innovantes

En complément de l'enquête terrain, une démarche de benchmarking a été menée afin de nourrir la réflexion stratégique sur l'attractivité et la fidélisation des IBODE dans le cadre du projet du bloc opératoire du futur. Cette approche comparative visait à

identifier des pratiques innovantes ou inspirantes, issues d'expériences récentes de conception ou de réorganisation de blocs opératoires hospitaliers.

Plusieurs échanges informels et retours d'expérience ont été recueillis auprès de professionnels impliqués dans des projets architecturaux d'envergure, notamment dans le cadre de restructurations ou de constructions récentes. Ces contributions ont permis de faire émerger des enseignements opérationnels utiles à transposer localement. Parmi les leviers identifiés figurent : l'implication précoce des équipes paramédicales dans la phase de conception, la création d'espaces différenciés et dédiés aux temps de repos, la fluidification des flux entre les patients et les professionnels, ainsi que la préservation d'une gouvernance locale malgré les logiques de mutualisation.

D'autres éléments issus de visites de sites pilotes ou de retours institutionnels anonymisés ont également enrichi cette réflexion, comme l'attention portée à l'ergonomie des postes, la modularité des équipements, l'intégration de lumière naturelle dans les salles ou encore la gestion centralisée et verticalisée des réserves. Ces éléments témoignent de la manière dont l'architecture peut soutenir une politique de qualité de vie au travail et contribuer à rendre les environnements opératoires plus attractifs.

L'ensemble de ces observations a contribué à éclairer et à renforcer la pertinence des propositions figurant dans le plan d'action, en les inscrivant dans une logique de cohérence avec des tendances observées à l'échelle institutionnelle. Cette démarche de veille active s'inscrit pleinement dans le rôle stratégique du cadre supérieur de santé, soucieux d'articuler transformation organisationnelle, innovation, et engagement durable des équipes.

6 METHODOLOGIE DE CONDUITE DE PROJET MANAGERIAL

6.1 Méthodologie projet adoptée à un contexte gelé

Le projet managérial initialement envisagé dans le cadre de la transformation du bloc opératoire du futur a fait l'objet d'une suspension temporaire pour des raisons institutionnelles et budgétaires. Dans ce contexte, une démarche de reconfiguration a été initiée afin de poursuivre la réflexion autour de l'attractivité et de la fidélisation des IBO(DE), à travers une dynamique managériale ciblée et réaliste.

La méthodologie adoptée repose sur une logique projet adaptée au contexte. Elle s'appuie notamment sur le triangle performance Coûts / Délais / Qualité, et la conduite en mode projet participatif. L'objectif a été de structurer une démarche autour de l'analyse du diagnostic issu de l'enquête terrain, pour proposer une organisation durable des leviers d'amélioration dans un cadre à la fois local et institutionnel.

La méthodologie mobilisée dans ce projet managérial s'inscrit dans une logique de pilotage structuré, inspirée des principes fondamentaux de la conduite de projet, notamment tels que décrits dans les outils professionnels de référence⁶⁴. Le cadrage initial a été formalisé par une lettre de mission (voir Annexe 1) et une fiche projet

⁶⁴ P. Régnier & G. Bossavit, *La Boîte à outils du chef de projet*, Dunod, 2020.

validées par la direction des soins, permettant de légitimer la démarche et d'en préciser les objectifs, les attendus, et les parties prenantes.

La phase de diagnostic a combiné une analyse documentaire des données RH, des questionnaires (adressés aux IBODE, IDE et cadres de santé), des entretiens ciblés, et un benchmark externe. La gouvernance du projet s'est appuyée sur l'animation de groupes de travail thématiques et sur une inscription institutionnelle au sein d'un comité de pilotage.

Si le projet s'est déroulé dans un cadre temporel contraint, il a été structuré selon une planification rétro-prospective, représentée sous forme de diagramme de Gantt, et assortie de propositions opérationnelles mesurables, en lien avec les axes de la QVCT et les enjeux d'attractivité. Cette approche managériale outillée renforce la légitimité de la démarche engagée et témoigne d'une posture de cadre supérieur de santé capable de piloter le changement.

6.2 Parties prenantes et acteurs mobilisés

Le projet managérial s'est appuyé sur un écosystème d'acteurs aux profils et responsabilités complémentaires, répartis à différents niveaux de l'organisation. Leur mobilisation progressive a permis d'ancrer la démarche dans une dynamique de co-construction et de faire dialoguer les logiques de terrain avec les orientations stratégiques du GHU.

Au niveau opérationnel, les infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (IBODE) et les IDE exerçant en bloc ont constitué la cible principale de l'enquête. Leur participation active au questionnaire a permis de recueillir un matériau riche, fondé sur leur expérience directe du travail au bloc opératoire, leurs attentes professionnelles et leur perception des conditions d'exercice.

Au niveau managérial, les cadres de santé de proximité ont été sollicités à double titre : d'une part comme relais dans la diffusion de l'enquête, et d'autre part comme acteurs réflexifs à travers un second questionnaire spécifique. Leur regard a permis de croiser les perceptions du terrain avec les dispositifs managériaux effectivement mis en œuvre.

Porteuse du projet, j'ai assuré le rôle de chef de projet, coordonnant les différentes phases de la démarche (cadrage, animation, restitution) en lien avec les orientations fixées par la direction des soins. Mon positionnement transversal a été un levier structurant pour fédérer les parties prenantes autour d'une vision commune.

Au niveau stratégique, la direction des soins du GHU et les représentants institutionnels siégeant au comité de pilotage (COFIL) « attractivité et fidélisation » ont soutenu et orienté la démarche. Leur implication a permis de sécuriser l'ancrage institutionnel du projet et de garantir la transférabilité potentielle des recommandations vers d'autres sites ou périmètres professionnels.

Cette mobilisation graduée des parties prenantes s'inscrit dans une logique de gouvernance partagée et de pilotage concerté. Elle a permis d'aboutir à une lecture collective des résultats, articulant les enjeux de qualité de vie au travail, d'attractivité et de fidélisation, tout en tenant compte des contraintes organisationnelles et budgétaires propres au contexte hospitalier public. Cette structuration peut être

éclairée par la matrice RACI⁶⁵ (Responsible, Accountable, Consulted, Informed), outil de référence en gestion de projet. Dans ce cadre, les IBODE peuvent être considérés comme « consultés », les cadres de proximité comme « responsables » de la mise en œuvre des actions, la cadre supérieure de santé comme « accountable » du projet, et la direction des soins ainsi que le COPIL comme « informés » et « prescripteurs » stratégiques.

6.3 Rôle du cadre supérieur en tant que chef de projet

En tant que cadre supérieur de santé spécialisée IBODE, j'ai assuré le rôle de chef de projet à l'échelle du groupe hospitalier. Cette fonction implique la coordination transversale de l'ensemble des étapes du projet, de sa conception à sa valorisation institutionnelle.

Ce rôle s'est d'abord traduit par le pilotage du recueil et de l'analyse des données, avec la supervision de l'élaboration des questionnaires, la mobilisation des professionnels concernés, et l'organisation du traitement statistique et qualitatif des résultats. Cette phase a permis d'ancrer le projet dans une lecture objectivée des réalités du terrain.

Par ailleurs, j'ai assuré l'animation des échanges entre les différentes parties prenantes, en lien étroit avec la direction des soins, les cadres de proximité, et les professionnels de bloc opératoire. Cette dimension de facilitation relationnelle est essentielle dans une logique de co-construction managériale.

Le rôle de chef de projet inclut également la mise en perspective stratégique des résultats, en articulant les constats issus du terrain avec les axes d'amélioration prioritaires. Cette posture permet de transformer des éléments de diagnostic en leviers d'action, tout en intégrant les contraintes institutionnelles et les enjeux RH.

Enfin, j'ai assuré la représentation du projet au sein du comité de pilotage institutionnel (COPIL) dédié à l'attractivité et à la fidélisation, contribuant à inscrire cette démarche dans une dynamique plus large de transformation des organisations au sein du GHU.

Ce positionnement de chef de projet requiert une capacité à articuler les dimensions opérationnelles et stratégiques, à porter une vision collective, et à incarner une posture d'engagement, de légitimation et de structuration du changement. Il illustre le rôle du cadre supérieur comme interface pivot entre les réalités professionnelles du terrain, les attentes des équipes, et les orientations stratégiques de l'institution⁶⁶.

6.4 Rétrospective du projet : planification et diagramme de GANTT

La planification du projet managérial a été structurée a posteriori sous forme de diagramme de Gantt, afin de modéliser la chronologie effective des actions conduites dans un contexte institutionnel instable. Cette approche rétrospective permet de visualiser les grandes étapes du projet, leur enchaînement, ainsi que les

⁶⁵ Maes, J., & Debois, F. (2025). *La boîte à outils du chef de projet* (4^e éd.). Paris : Dunod. Outil n°7 : « Définir les rôles et responsabilités avec une matrice RACI ».

⁶⁶ Autissier, D., Johnson, K., & Moutot, J.-M. (2021). *Piloter la conduite du changement*. Paris : Dunod.

chevauchements de temporalité entre production, échanges institutionnels et valorisation des résultats.

Ce Gantt ne reflète pas une planification initiale rigide, mais bien une adaptation continue aux contraintes du terrain, en particulier la suspension partielle du projet du bloc opératoire du futur. Il illustre la souplesse managériale nécessaire à la conduite de projet en milieu hospitalier, et la capacité du cadre supérieur à réorienter le travail collectif sans perdre de vue l'objectif stratégique.

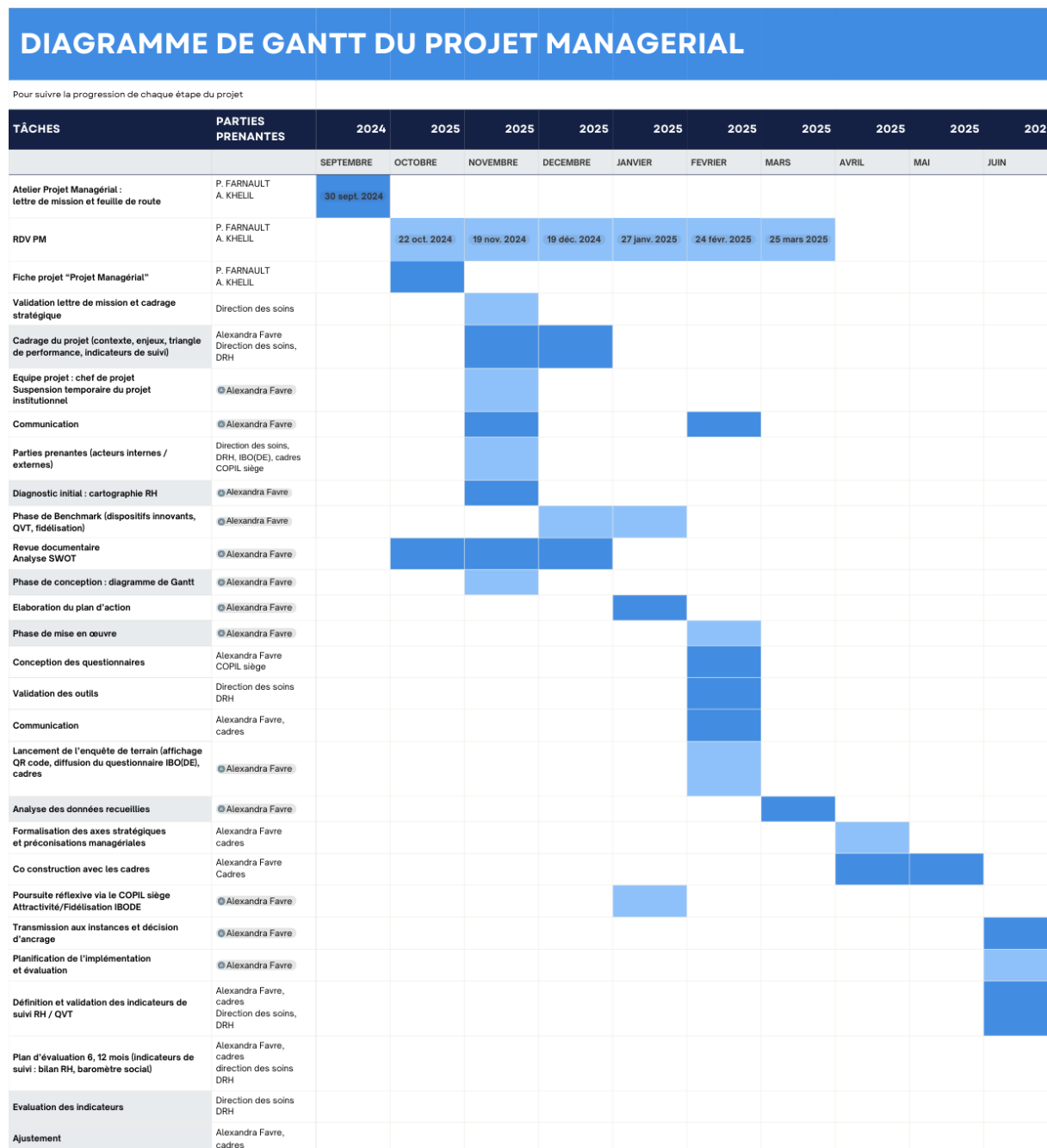


Figure 9 : Diagramme de Gantt du projet managérial IBODE (Sept. 2024 – Juin 2025)

Ce calendrier illustre une planification flexible et adaptative, typique d'une conduite de projet en milieu hospitalier complexe, où le cadre supérieur doit conjuguer temporalités terrain, arbitrages stratégiques et dynamique collective. La représentation visuelle contribue à mettre en évidence les chevauchements entre les

dimensions opérationnelles (recueil, analyse, rédaction) et les temps de participation institutionnelle (COFIL, coordination avec la direction des soins).

6.5 Analyse des freins et des leviers de transformation

La conduite du projet managérial s'est inscrite dans un environnement mouvant, marqué par la suspension temporaire du projet institutionnel du bloc opératoire du futur. Ce contexte a généré plusieurs freins à l'engagement collectif. Le premier frein majeur réside dans une forme de désillusion ou de désengagement latent, observable chez certains professionnels, directement lié à l'arrêt brutal d'une dynamique institutionnelle initialement porteuse de sens. Ce ralentissement a nui à la projection des équipes dans l'avenir, créant un climat d'incertitude peu propice à l'initiative.

Toutefois, plusieurs leviers de transformation puissants ont été identifiés. La forte participation à l'enquête, avec un taux de réponse significatif, témoigne de l'intérêt réel des professionnels pour les questions de qualité de vie au travail et de reconnaissance. Cette mobilisation révèle une attente forte en matière de valorisation du métier d'IBODE et de conditions d'exercice améliorées. Elle s'accompagne d'une adhésion manifeste à une gouvernance plus participative, que ce soit à travers les réponses qualitatives ou la présence active de plusieurs professionnels dans les espaces de dialogue, notamment au sein du COFIL central attractivité et fidélisation.

Ces éléments montrent qu'en dépit des freins conjoncturels, il existe un terreau favorable à la transformation, à condition de rétablir un horizon de sens et d'ancrer les actions dans une logique de reconnaissance et de co-construction. Le cadre supérieur, à ce titre, joue un rôle charnière entre la stabilisation du quotidien et la projection stratégique. La mobilisation de ces leviers devra s'inscrire dans une temporalité progressive, afin de ne pas générer de nouvelles désillusions, conformément aux approches reconnues en conduite du changement⁶⁷.

6.6 Modalité d'accompagnement et de pilotage du changement

L'accompagnement du changement constitue un levier décisif dans toute démarche de transformation managériale. Dans ce projet, l'enjeu a été d'inscrire les actions engagées autour de l'attractivité et de la fidélisation des IBODE dans une logique de transformation progressive, structurée et lisible, en mobilisant les principes fondamentaux du changement organisationnel.

En cohérence avec les apports d'Autissier, le projet s'est appuyé sur une dynamique de co-construction progressive, intégrant les six dimensions du changement : finalité, processus, acteurs, temporalité, outils et culture⁶⁸. Une attention particulière a été portée à la clarté de la communication auprès des équipes et à la régularité des échanges, pour maintenir un cap malgré la suspension partielle du projet institutionnel. Cette transparence a contribué à installer un climat de confiance, condition préalable à toute mobilisation collective.

Le dispositif d'accompagnement a été structuré autour d'une gouvernance participative, incarnée par la tenue d'un COFIL attractivité/fidélisation, où les

⁶⁷ Autissier, D., Johnson, K., & Moutot, J.-M. (2013). *La conduite du changement : modèles et pratiques pour bien conduire le changement*. 3^e éd. Paris : Dunod.

⁶⁸ Autissier, D., Johnson, K., & Moutot, J.-M., Ibid.

professionnels ont pu exprimer leurs attentes et participer à la priorisation des axes d'amélioration. Cette démarche fait écho à la vision de Kotter selon laquelle le changement ne peut s'ancrer durablement que s'il repose sur une coalition motrice, une vision partagée, et la valorisation de victoires intermédiaires⁶⁹.

En parallèle, l'analyse de cette conduite de changement peut être lue à travers les paramètres de conception organisationnelle définis par Jean-Paul Dumond⁷⁰ : division verticale (position du cadre supérieur comme interface entre terrain et direction), division horizontale (spécificité du métier IBODE), mode de contrôle (référentiels QVCT, COPIL), et frontières organisationnelles (rapport aux autres blocs et aux projets institutionnels). Ces éléments illustrent le fait que toute transformation managériale ne peut faire l'économie d'une lecture systémique et politique du contexte hospitalier.

Enfin, l'accompagnement a intégré une dimension culturelle, essentielle dans les projets en santé. Comme observé dans d'autres contextes de transformation hospitalière, l'adhésion des professionnels dépend aussi de la reconnaissance de leur identité professionnelle, des routines stabilisantes, et du respect des trajectoires individuelles. Le cadre supérieur joue ici un rôle de médiateur du changement, garant d'une transition soutenable, à la fois stratégique et humaine.

7 RESULTATS ET ANALYSES DES DONNEES

7.1 Profils des répondants et caractéristiques des IBO(DE) interrogés

La répartition des répondants selon le site opératoire est représentée dans la figure 10 ci-dessous.

Dans quel bloc exercez vous ?

26 réponses

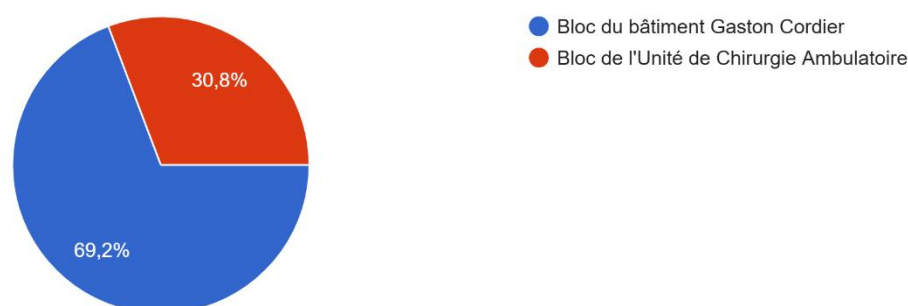


Figure 10 : Répartition des répondants selon le bloc opératoire d'exercice (n = 26)

Source : enquête interne, questionnaire IBODE 2024.

⁶⁹ Kotter, J. P. (2015). *Alerte sur la banquise ! Un récit sur le leadership pour aider à faire face au changement*. Paris : Pearson.

⁷⁰ Dumond, J.-P. (2021). *La grande transformation hospitalière*. Paris : Seli Arslan.

L'échantillon de répondants est composé de 26 professionnels IBO(DE) exerçant au sein de deux structures opératoires distinctes du groupe hospitalier. Dix-huit d'entre eux exercent dans un bloc pluridisciplinaire de grande capacité composé de 13 salles d'opération, dont trois sont dédiées aux urgences. Ce plateau technique regroupe les spécialités suivantes : chirurgie orthopédique, urologique (incluant la greffe), gynécologique, maxillo-faciale, robotique et chirurgie d'urgence, avec une unité de surveillance post-interventionnelle ouverte 24h/24 et intégrée au dispositif d'accueil des polytraumatisés. Les huit autres répondants exercent au sein d'une plateforme de chirurgie ambulatoire autonome, comprenant six salles opératoires et une capacité d'hébergement courte de 13 à 16 places, dédiée à des prises en charge programmées, multidisciplinaires, dans un cadre architectural et organisationnel adapté aux exigences de la chirurgie ambulatoire moderne⁷¹.

Concernant l'ancienneté dans le bloc actuel, les réponses se répartissent comme suit : 2 professionnels exercent depuis moins de 6 mois ; 8 depuis 1 à 2 ans ; 8 depuis 3 à 5 ans ; 4 depuis 6 à 10 ans ; et 4 depuis plus de 10 ans. Cette hétérogénéité d'expérience constitue un atout méthodologique pour le projet : elle permet de croiser des attentes différenciées selon les cycles de vie professionnels, et d'identifier des leviers de fidélisation spécifiques à chaque temporalité d'engagement.

Cette diversité d'anciennetés est illustrée par la figure 11, qui met en évidence l'hétérogénéité des parcours professionnels.

Depuis combien de temps exercez vous dans votre bloc actuel ?

26 réponses

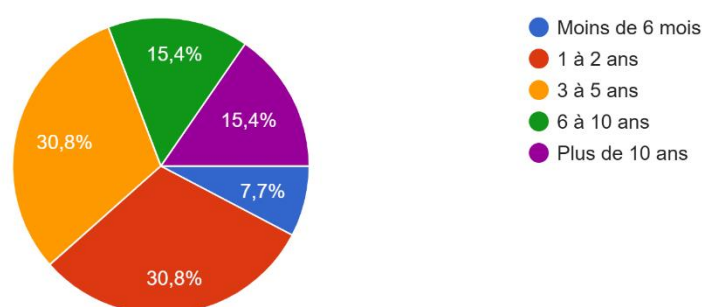


Figure 11 : Répartition des répondants selon leur ancienneté dans le bloc opératoire (n = 26)

Source : enquête interne, questionnaire IBODE 2024.

La répartition statutaire indique que 15 répondants sont titulaires du diplôme d'IBODE, tandis que 11 sont infirmiers en soins généraux exerçant au bloc opératoire sans spécialisation. Cette mixité statutaire, fréquemment observée dans les blocs opératoires hospitaliers, soulève des enjeux cruciaux en matière d'attractivité, de reconnaissance des compétences et de développement professionnel. Elle met en lumière la nécessité de penser des stratégies différenciées, notamment en matière de formation, de valorisation des compétences situées, et de construction d'environnements capacitants favorables à l'évolution des parcours.

⁷¹ Charte du bloc opératoire pluridisciplinaire (document non diffusé publiquement) et charte de la plateforme de chirurgie ambulatoire (document interne), versions institutionnelles, 2023.

La figure 12 présente la répartition des répondants selon leur statut professionnel, entre IBODE et IDE exerçant au bloc opératoire.

L'ensemble de ces données offre un socle solide pour l'analyse des ressorts d'attractivité et de fidélisation. Elles plaident en faveur d'une gestion RH contextualisée, ancrée dans la reconnaissance des situations réelles de travail, et orientée vers le renforcement du pouvoir d'agir des professionnels soignants dans un cadre organisationnel soutenable.

Quel est votre statut actuel ?

26 réponses

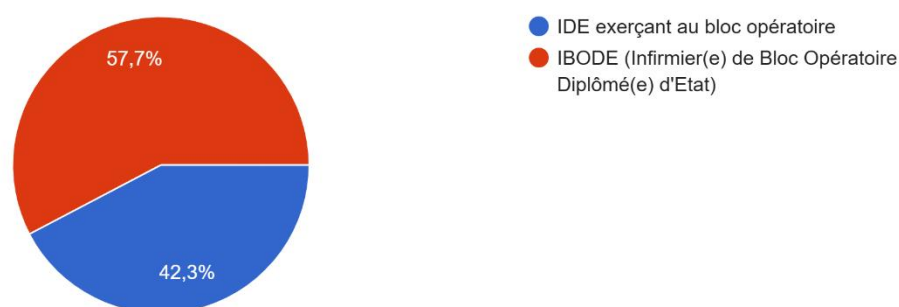


Figure 12 : Statut des répondants : IBODE diplômés vs IDE en bloc opératoire (n = 26)

Source : enquête interne, questionnaire IBODE 2024.

7.2 Facteurs déterminants de l'attractivité du métier

L'analyse des réponses à la question « Pourquoi avez-vous choisi de devenir IBODE ? » fait apparaître plusieurs leviers significatifs d'attractivité. Les motifs les plus fréquemment cités sont l'intérêt pour la technicité du bloc opératoire (12 mentions), l'opportunité de spécialisation et d'évolution professionnelle (11 mentions), la reconnaissance du métier (8 mentions), la stabilité de l'emploi (5 mentions), et la possibilité de réaliser des actes exclusifs (5 mentions).

Ces résultats confirment que l'attractivité du métier repose sur des facteurs imbriqués : d'une part, la valorisation d'une expertise technique, et d'autre part, la recherche de reconnaissance professionnelle, de stabilité et de perspectives de développement. Cela rejoint les travaux de Pierre Pastré sur la compétence située, qui soulignent que les professionnels s'engagent dans des environnements où ils peuvent exprimer et faire évoluer leurs savoirs⁷². Cette dynamique rejoint également les environnements capacitants, conceptualisés par Jean-Marie Oudet⁷³, dans lesquels les individus trouvent les moyens de se projeter, d'apprendre et de progresser.

De manière plus institutionnelle, ces résultats rappellent la nécessité de bâtir une stratégie de fidélisation articulée à l'attractivité, en veillant à la soutenabilité des parcours, telle que décrite dans les approches de la conduite du changement⁷⁴, à la construction de marges de manœuvre concrètes⁷⁵, et à la reconnaissance du travail

⁷² Pastré, P. (1999). *La construction de la compétence*. Paris : Presses Universitaires de France (PUF).

⁷³ Oudet, J.-M. (2017). *L'environnement capacitant*. In *Travail et apprentissage*.

⁷⁴ Autissier, D. (2021). *Le changement dans les organisations*. Paris : Dunod.

⁷⁵ Marchand, X. (2024). *Support de cours UE 7.1 – Université Paris-Est Créteil*.

dans toutes ses dimensions relationnelles, techniques et évolutives. Il s'agit donc d'inscrire l'attractivité dans une logique de parcours professionnel, et non dans une vision figée du poste ou du statut.

7.3 Impacts des conditions de travail sur la fidélisation

Les résultats du questionnaire font apparaître de manière claire que les conditions de travail jouent un rôle déterminant dans la fidélisation des IBODE. Parmi les aspects à préserver, les répondants citent prioritairement l'ambiance de travail, la cohésion d'équipe, la qualité des relations humaines, et la reconnaissance mutuelle. Ces éléments renvoient à une logique de coopération et de portage horizontal (logique de soutien entre pairs), dans laquelle les dynamiques de soutien entre pairs prennent le pas sur un pilotage uniquement vertical.

D'autres réponses soulignent l'importance de l'autonomie dans les pratiques, de l'accès à la formation, de la souplesse organisationnelle et du respect des temps de pause et de récupération. Ces éléments relèvent d'un environnement capacitant, dans lequel les professionnels peuvent exercer leur activité avec des marges de manœuvre réelles, dans un cadre soutenable. Ils rejoignent aussi les travaux de Leplat et Dejours sur l'écart entre le travail prescrit et le travail réel⁷⁶ : une organisation du travail rigide ou inadaptée compromet à terme la qualité de vie au travail et l'engagement durable.

En miroir, les propositions d'amélioration formulées par les professionnels interrogés – création de salles de détente plus fonctionnelles, révision de l'ergonomie des espaces, valorisation des temps de dialogue entre équipes – illustrent une volonté de renforcer la soutenabilité du travail⁷⁷. En tant que cadre supérieur, ces éléments doivent guider la conception de dispositifs managériaux ancrés dans le réel, articulant qualité de vie, reconnaissance, sécurité, et développement professionnel.

Les cadres interrogés associent la QVCT à des notions de reconnaissance hiérarchique et d'ambiance de travail, mais aussi à l'écoute et au respect de l'équilibre vie professionnelle/vie personnelle. Ces dimensions font écho aux travaux de Lecocq et al.⁷⁸, qui soulignent l'importance de l'environnement organisationnel, managérial et relationnel dans la construction du bien-être au travail.

Les cadres mentionnent des actions concrètes de gestion du collectif (réunions, intégration, adaptation du planning), qui relèvent de pratiques de management participatif et de soutien organisationnel. Ces pratiques sont identifiées par Autissier et Moutot⁷⁹ comme des leviers d'engagement et de régulation du stress en contexte hospitalier.

Le turnover, les contraintes de temps, la surcharge administrative ou la non-valorisation du rôle IBODE sont autant de freins rapportés par les cadres. Ils rejoignent les freins classiques au déploiement de la QVCT identifiés dans les études sur les tensions professionnelles hospitalières⁸⁰.

⁷⁶ Leplat, J. & Dejours, C. (1993). *Analyse du travail et ergonomie*. Editions Octarès.

⁷⁷ Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : La Découverte.

⁷⁸ Lecocq, C., Coton, X., & Grosjean, V. (2018). *Santé, sécurité, qualité de vie au travail dans la fonction publique hospitalière*. Rapport au ministre des solidarités et de la santé.

⁷⁹ Autissier, D., & Moutot, J.-M. (2013). *Le management par les valeurs*. Pearson.

⁸⁰ Estryn-Béhar, M. (2008). *Conditions de travail à l'hôpital : les soignants entre fatigue et désengagement*. La Documentation française.

Les leviers cités s'ancrent dans des pratiques managériales accessibles : présence terrain, communication bienveillante, équité dans la planification. Ces actions, modestes en apparence, relèvent en réalité d'une stratégie de soutien social et de régulation de la charge, conforme au modèle de Karasek appliqué au champ hospitalier⁸¹.

Le niveau d'engagement des équipes IBODE apparaît lié à la capacité de l'encadrement à expliquer, valoriser et structurer les démarches QVCT. Cette perception met en lumière l'importance de la reconnaissance professionnelle et de la lisibilité de l'action managériale dans les processus d'adhésion.

7.4 Gouvernance et management perçus par les IBO(DE)

Les réponses à la question ouverte sur les changements organisationnels souhaités, bien que peu nombreuses, révèlent une perception claire du rôle attendu du management dans le fonctionnement quotidien des blocs opératoires. Parmi les suggestions exprimées : amélioration de l'organisation des salles d'opération, réduction de la durée des fermetures estivales, automatisation des outils de traçabilité et simplification des dispositifs numériques. Ces demandes traduisent une volonté d'optimiser le pilotage opérationnel tout en allégeant les tâches à faible valeur ajoutée.

Cette attente implicite d'un management facilitateur, réactif et orienté terrain, renvoie à la notion de gouvernance partagée, dans laquelle les professionnels participent activement aux choix organisationnels. Elle rejoint les propositions de Xavier Marchand⁸² sur le portage horizontal du changement, qui valorise les relais professionnels et l'intelligence collective pour soutenir les évolutions du travail. Elle s'appuie également sur la reconnaissance du rôle stratégique du manager dans l'accompagnement des dynamiques coopératives, telles que définies dans les modèles de coopération productive⁸³.

La faible quantité de réponses peut être interprétée comme un signal : soit les professionnels n'identifient pas toujours leur place dans les processus décisionnels, soit la gouvernance est perçue comme descendante, éloignée des réalités du terrain. Dans les deux cas, cela souligne l'importance pour les cadres de santé et cadres supérieurs de renforcer les dispositifs de concertation, de rendre lisibles les espaces d'expression, et de légitimer les initiatives venant des équipes.

L'évaluation capacitaire, appliquée à l'action managériale, permet ici de poser une question centrale : de quoi les professionnels ont-ils besoin pour s'impliquer dans la gouvernance du bloc opératoire ? À quelles conditions l'organisation peut-elle devenir un environnement capacitant⁸⁴, dans lequel les décisions sont éclairées par les savoirs d'usage, et portées par des collectifs reconnus ? C'est dans cette articulation entre pilotage partagé, coopération horizontale et reconnaissance des savoirs d'usage que se joue le rôle stratégique du management dans la fidélisation et l'attractivité des IBODE.

⁸¹ Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. Basic Books.

⁸² Marchand, X. (2024). Support de cours UE 7.1 – Université Paris-Est Créteil.

⁸³ Le Bot, M. (2012). *La coopération productive : un modèle organisationnel de mobilisation des compétences*. Gestions Hospitalières.

⁸⁴ Oudet, J.-M. (2017). *L'environnement capacitant*. In *Travail et apprentissage*.

7.5 Identité IBODE : entre engagement et manque de reconnaissance

Les réponses au questionnaire mettent en évidence une tension récurrente entre l'investissement professionnel des IBODE et la reconnaissance dont ils bénéficient dans leur environnement de travail. Parmi les aspects à préserver, les répondants valorisent la technicité du métier, l'autonomie dans l'organisation des soins, la solidarité d'équipe et la possibilité d'exercer dans un cadre exigeant mais stimulant. Or, ces dimensions, pourtant centrales à l'identité professionnelle IBODE, apparaissent fragilisées par un manque de reconnaissance hiérarchique ou institutionnelle, comme en témoignent les propositions d'amélioration centrées sur la valorisation du rôle, l'équité entre fonctions, et l'accès à la formation.

Au fil des réponses ouvertes, les IBODE expriment plus nettement un besoin de reconnaissance statutaire et professionnelle, en lien avec la spécificité de leur diplôme et les actes techniques qui leur sont réservés. Plusieurs formulent des attentes concernant la valorisation de leur rôle d'expert, l'accès à des fonctions de référent, ou la reconnaissance hiérarchique du niveau d'exigence associé à leur pratique. De leur côté, les IBO (IDE exerçant au bloc sans spécialisation IBODE) expriment davantage des tensions liées à une forme d'invisibilité institutionnelle ou de difficulté de projection dans le métier, notamment lorsqu'ils exercent les mêmes missions sans reconnaissance ni perspectives statutaires. Cette différence d'appréciation révèle une construction identitaire différenciée selon le parcours et le diplôme.

Cette dichotomie entre engagement réel et reconnaissance perçue renvoie aux travaux de Claude Dubar sur la construction identitaire dans les organisations⁸⁵ : une identité professionnelle se construit par la reconnaissance symbolique, sociale et fonctionnelle. Elle peut être altérée lorsque les conditions d'exercice ne permettent plus d'exprimer la compétence de manière visible et reconnue. Les réponses analysées illustrent aussi les écarts entre travail prescrit et travail réel, mis en lumière par Leplat et Dejours⁸⁶, et renforcent l'hypothèse d'une identité mise à l'épreuve dans des environnements de plus en plus contraints.

Pour répondre à cette attente, les cadres peuvent s'appuyer sur les principes de l'évaluation capacitaire⁸⁷, qui valorisent les marges de manœuvre réelles, et sur la création d'environnements capacitants⁸⁸, dans lesquels les professionnels peuvent être reconnus pour ce qu'ils font et ce qu'ils apportent. La compétence située, telle que définie par Pastré⁸⁹, est ici un levier clé : il s'agit de redonner aux IBODE les conditions concrètes d'expression de leur savoir-faire, en alignant les dispositifs organisationnels avec leurs pratiques et leurs référentiels de compétence.

7.6 Travail en équipe : entre attachement et désengagement latent

Les réponses au questionnaire révèlent une forte ambivalence dans le rapport des professionnels au collectif de travail. D'un côté, de nombreux répondants insistent sur la qualité de l'ambiance d'équipe, la solidarité entre pairs et la coopération quotidienne comme des éléments moteurs de leur engagement. D'un autre côté, certaines réponses laissent transparaître une forme de lassitude, voire un

⁸⁵ Dubar, C. (2000). *La socialisation*. Paris : Armand Colin.

⁸⁶ Leplat, J. & Dejours, C. (1993). *Analyse du travail et ergonomie*. Octarès.

⁸⁷ Marchand, X. (2024). Support de cours UE 7.1 – Université Paris-Est Créteil.

⁸⁸ Oudet, J.-M. (2017). *L'environnement capacitant*. In *Travail et apprentissage*.

⁸⁹ Pastré, P. (1999). *La construction de la compétence*. Paris : PUF.

désengagement progressif, lié à une surcharge chronique, à l'empilement des réorganisations ou à une perte de sens du travail collectif.

Cette double dynamique peut être éclairée par les apports de Claude Dubar et Vincent de Gaulejac⁹⁰, qui décrivent les tensions identitaires générées par le décalage entre les valeurs professionnelles et les contraintes gestionnaires. Elle rejoint également les constats formulés par François Dubet⁹¹ sur l'érosion du cadre institutionnel, qui ne suffit plus à garantir à lui seul le sens et la stabilité nécessaires à l'investissement des soignants dans le collectif.

Dans les réponses, le collectif est à la fois un levier de réassurance, un facteur de rétention et un espace d'usure. Ce paradoxe met en lumière l'importance des dynamiques de coopération, de reconnaissance mutuelle et de soutien horizontal. Les apports de Xavier Marchand⁹² sur le portage horizontal permettent d'interpréter ces données comme des signaux d'alerte et de potentialité à la fois, dans une logique de coopération productive. La qualité du lien professionnel devient un indicateur indirect de l'état de santé du collectif, tel que l'évoque également Jean-Marie Oudet⁹³ dans sa réflexion sur les environnements capacitants.

7.7 Perspectives de professionnalisation, évolution du métier et avenir des IBO/IBODE

L'analyse des réponses au questionnaire met en évidence un intérêt fort mais ambivalent pour l'avenir du métier d'IBODE et sa reconnaissance, tant sur le plan professionnel que statutaire. Plusieurs questions abordent directement la perception des compétences spécifiques des IBODE, les différences perçues avec les IBO, les freins à la spécialisation, ainsi que les aspirations pour le bloc opératoire du futur.

Une majorité de répondants distingue nettement les rôles entre IBODE et IBO, notamment en ce qui concerne les actes exclusifs, la technicité et la posture de référent au sein de l'équipe. Ces résultats rejoignent les réflexions de Pierre Pastré sur la compétence située, entendue comme la capacité d'un professionnel à mobiliser des savoirs en contexte et à ajuster ses pratiques en fonction de la situation singulière. L'IBODE, en tant que professionnel spécialisé, incarne cette logique : il adapte ses gestes aux contraintes techniques, relationnelles et organisationnelles du bloc.

En revanche, de nombreux freins à la spécialisation sont évoqués, notamment le coût de la formation, la durée perçue comme contraignante, et la non reconnaissance statutaire suffisante en retour. Ces éléments alimentent un sentiment de désillusion professionnelle, que Leplat et Dejours⁹⁴ décrivent comme l'écart entre le travail prescrit (la fonction idéale) et le travail réel (les réalités vécues au quotidien). Ce décalage constitue un facteur de désengagement et d'usure professionnelle.

Les résultats illustrent également un attachement fort à la mission soignante, souvent évoqué en termes de vocation, mais associé à une fatigue morale croissante. Ce paradoxe s'inscrit dans la tension relevée par Christophe Dejours⁹⁵ entre l'éthique du

⁹⁰ Dubar, C. (2000). *La socialisation*. Paris : Armand Colin ; de Gaulejac, V. (2005). *La société malade de la gestion*. Paris : Seuil.

⁹¹ Dubet, F. (2002). *Le déclin de l'institution*. Paris : Seuil.

⁹² Marchand, X. (2024). Support de cours UE 7.1 – Université Paris-Est Créteil.

⁹³ Oudet, J.-M. (2017). *L'environnement capacitant*. In *Travail et apprentissage*.

⁹⁴ Leplat, J. & Dejours, C. (1993). *Analyse du travail et ergonomie*. Octarès.

⁹⁵ Dejours, C. (2009). *Travail vivant*, tome 1. Paris : Payot.

soin et la logique gestionnaire, notamment dans les environnements à haute technicité comme les blocs opératoires.

Enfin, les réponses relatives au « bloc du futur » traduisent une projection collective vers un environnement capacitant : autonomie, participation aux décisions, intégration des technologies, organisation modulable. Cette vision est en phase avec les apports d'Yves Clot⁹⁶ et de Jean-Ovide Oudet⁹⁷, pour qui un environnement de travail est « capacitant » s'il permet aux professionnels de développer leurs compétences, d'agir avec un sentiment d'utilité et de reconnaissance, et de coopérer dans une dynamique collective. Certaines institutions expérimentent d'ailleurs des parcours professionnalisants intégrés, couplant tutorat, VAE et financement ciblé, pour encourager la spécialisation IBODE.

Ainsi, cette enquête révèle que les conditions de professionnalisation des IBODE nécessitent d'être reconnues, consolidées et projetées dans une logique de parcours : cela implique des politiques de soutien à la formation, une revalorisation statutaire et symbolique, mais aussi un cadre de travail permettant de déployer pleinement les compétences acquises.

7.8 Ressenti global et rapport subjectif au métier : entre attachement et fragilité

Au-delà des réponses fermées du questionnaire, les expressions recueillies dans les questions ouvertes révèlent un rapport ambivalent au métier d'IBODE/IBO. Les professionnels interrogés expriment un attachement sincère à leur activité, souvent qualifiée de passionnante, technique, engagée. Mais cet attachement coexiste avec une fatigue morale, une perte de sens occasionnelle, et un sentiment d'instabilité organisationnelle qui fragilise la projection dans la durée.

Parmi les verbatims recueillis, certains témoignent à la fois de la force du collectif et des fragilités ressenties au quotidien : « La communication, le sourire et les petites blagues entre collègues permettent de tenir », confie un professionnel, tandis qu'un autre souligne : « Réunion mensuelle, ouverture d'échange réciproque, reconnaissance » comme des leviers essentiels pour maintenir l'engagement. Ces formulations illustrent bien la coexistence d'un fort attachement professionnel et d'un besoin de reconnaissance et de soutien organisationnel renforcé.

Ce vécu subjectif s'inscrit dans un cadre institutionnel perçu comme peu soutenant, parfois opaque, et porteur d'injonctions contradictoires. Cette tension est au cœur des analyses de François Dubet⁹⁸ sur le déclin des institutions : lorsqu'une organisation n'est plus capable de porter symboliquement ses membres, elle délègue cette fonction au seul individu, qui doit maintenir seul le sens de son engagement professionnel. Chez les IBODE interrogés, cela se traduit par une responsabilité éthique élevée, une loyauté forte envers les patients, mais aussi une forme d'usure silencieuse.

Ce paradoxe renvoie à la théorie de Christophe Dejours⁹⁹ sur la reconnaissance subjective : pour rester soutenable, l'investissement professionnel nécessite d'être reconnu non seulement dans les résultats, mais aussi dans l'effort, dans le « vouloir bien faire ». Or, les réponses suggèrent que cette reconnaissance symbolique fait parfois

⁹⁶ Clot, Y. (2008). *Le travail à cœur*. Paris : La Découverte.

⁹⁷ Oudet, J.-M. (2017). *L'environnement capacitant*. In *Travail et apprentissage*.

⁹⁸ Dubet, F. (2002). *Le déclin de l'institution*. Paris : Seuil.

⁹⁹ Dejours, C. (2009). *Travail vivant*, tome 1. Paris : Payot.

défaut, surtout dans les contextes de forte tension ou de changement mal accompagné.

La récurrence des termes liés à l'épuisement, à la démotivation ou à la solitude dans certaines réponses ouvertes doit être entendue comme un signal faible mais significatif. Elle vient conforter les apports de David Autissier¹⁰⁰ sur la soutenabilité du changement, mais aussi les approches de Claude Dubar¹⁰¹ et Yves Clot¹⁰², qui soulignent combien le métier ne tient que s'il s'inscrit dans une continuité identitaire et une valorisation du travail bien fait.

7.9 QVT : levier transversal de bien-être et d'engagement professionnel

Les réponses recueillies à travers le questionnaire permettent d'identifier plusieurs dimensions constitutives de la qualité de vie au travail (QVT) telles qu'elles sont vécues par les IBODE et IBO. La QVT, au sens de l'ANACT, recouvre à la fois les conditions de travail, l'organisation, les relations professionnelles, la capacité à s'exprimer sur son activité, et la possibilité de se projeter dans son métier.

Les répondants valorisent très clairement certains éléments de leur environnement immédiat : cohésion d'équipe, entraide, ambiance professionnelle. Ces facteurs de QVT apparaissent comme des ancrages positifs et stables, même dans un contexte parfois marqué par la surcharge ou le manque de moyens. Comme l'écrit un professionnel : « La formation continue, le travail en 10h, un encadrement présent » contribuent à préserver un certain équilibre.

D'un autre côté, plusieurs réponses expriment des attentes non satisfaites : amplitude horaire, interruptions de pause, tensions entre bloc et secteurs supports, accès à la formation. Ces éléments, s'ils ne sont pas toujours explicitement nommés comme des risques psychosociaux, traduisent une forme de mal-être latent ou de fragilité dans la soutenabilité du travail. Ils rejoignent l'approche défendue par Xavier Marchand¹⁰³, qui articule étroitement QVT et RPS, en considérant que les tensions apparaissent précisément lorsque le cadre de travail ne permet plus de réaliser un travail de qualité dans des conditions jugées acceptables par les professionnels eux-mêmes.

Enfin, certaines suggestions ouvertes font émerger une demande de reconnaissance de la parole professionnelle, dans une logique proche des « espaces de discussion sur le travail » théorisés par Clot¹⁰⁴ et Marchand. La possibilité de nommer ce qui gêne, ce qui fatigue, mais aussi ce qui fonctionne bien, participe d'une approche globale de la QVT centrée sur le travail réel et les attentes subjectives des professionnels.

7.10 Normes et organisation : arbitrages au quotidien

Certaines réponses au questionnaire mettent en lumière le rapport ambivalent que les IBODE/IBO entretiennent avec les normes, les règles de fonctionnement et les prescriptions organisationnelles. Les attentes exprimées à propos d'une meilleure organisation des salles d'opération, d'outils de traçabilité ou d'une adaptation des

¹⁰⁰ Autissier, D. (2021). *Le changement dans les organisations*. Paris : Dunod.

¹⁰¹ Dubar, C. (2000). *La socialisation*. Paris : Armand Colin.

¹⁰² Clot, Y. (2008). *Le travail à cœur*. Paris : La Découverte.

¹⁰³ Marchand, X. (2024). Support de cours MRH VS4 – Articuler QVT et RPS. Université Paris-Est Créteil.

¹⁰⁴ Clot, Y. (2008), op. cit.

protocoles de travail traduisent une volonté d'amélioration du cadre normatif, perçu tantôt comme protecteur, tantôt comme contraignant ou inadapté.

Ces témoignages permettent de saisir les écarts entre travail prescrit et travail réel, tels que décrits par Leplat et Dejours¹⁰⁵. Les professionnels interrogés s'ajustent en permanence aux contraintes techniques, humaines et temporelles du bloc opératoire, souvent en dehors du cadre formel. Cette capacité d'arbitrage constitue un savoir d'action fondamental, mais elle peut générer de la fatigue et un sentiment d'isolement si elle n'est pas reconnue ou soutenue.

Le besoin d'adaptation des outils, des espaces et des échanges est également exprimé dans les réponses ouvertes. Un professionnel souligne par exemple : « Salle de détente plus spacieuse, arsenal stérile plus ergonomique », tandis qu'un autre insiste sur l'importance de « Plus de temps de dialogues entre équipe ». Ces propos traduisent un besoin de souplesse et de reconnaissance des contraintes du travail réel, qui échappent souvent aux normes formalisées.

Yves Clot¹⁰⁶ a notamment décrit la notion d' « activité empêchée », lorsque les professionnels ne parviennent plus à exercer leur métier conformément à leurs critères de qualité. Dans les réponses libres, cela se traduit par des expressions d'insatisfaction liées à des règles perçues comme rigides, à des temps opératoires mal calibrés, ou à une absence de souplesse dans les organisations.

Le rapport aux normes se joue aussi sur le plan identitaire : les IBODE revendiquent un espace d'autonomie dans la mise en œuvre des soins techniques, mais cette autonomie est parfois bridée par une normalisation accrue du travail. Claude Dubar¹⁰⁷ a montré que l'identité professionnelle se construit dans une négociation entre les prescriptions du rôle et les valeurs personnelles du métier. Lorsque les normes deviennent trop prescriptives ou déconnectées de l'activité réelle, le sentiment de dévalorisation ou de perte de sens peut apparaître.

Enfin, ces observations rejoignent les apports de Xavier Marchand¹⁰⁸ sur la soutenabilité organisationnelle et la nécessité d'un cadre de travail ajustable, qui prenne en compte les marges de manœuvre des professionnels. L'enquête révèle ici une aspiration à des régulations plus souples, plus intelligibles, et compatibles avec l'exigence de qualité et de sécurité qui fonde le métier d'IBODE.

7.11 Représentations du changement et projection dans le bloc opératoire du futur

L'une des dernières questions ouvertes du questionnaire portait sur les souhaits organisationnels pour le bloc opératoire du futur. Les réponses recueillies dessinent un paysage contrasté, mais révélateur des représentations que les IBODE et IBO se font de l'évolution de leur environnement de travail. Elles expriment à la fois une capacité de projection, un désir d'amélioration, mais aussi des craintes liées à la perte de sens ou à une gestion trop technicisée du soin.

Plusieurs attentes récurrentes émergent : amélioration de l'ergonomie et de la logistique, meilleur pilotage des flux, montée en compétence collective, intégration

¹⁰⁵ Leplat, J. & Dejours, C. (1993). *Analyse du travail et ergonomie*. Octarès.

¹⁰⁶ Clot, Y. (2008). *Le travail à cœur*. Paris : La Découverte.

¹⁰⁷ Dubar, C. (2000). *La socialisation*. Paris : Armand Colin.

¹⁰⁸ Marchand, X. (2024). Support de cours UE 7.1 – Université Paris-Est Créteil.

de l'innovation technologique, et prise en compte du bien-être au travail. Ces éléments soulignent un besoin d'anticipation partagée et de co-construction des futures organisations, en lien avec les apports de David Autissier¹⁰⁹ sur l'ancrage du changement : les transformations sont mieux acceptées lorsqu'elles sont expérimentées, contextualisées, et accompagnées dans la durée.

Des verbatims recueillis confirment ces tendances : « Digitalisation et automatisation des tâches administratives », « Ergonomie et espaces de repos adaptés », ou encore « Meilleure organisation du travail et répartition des tâches ». Ces réponses illustrent la volonté des professionnels de bénéficier d'un environnement fonctionnel, humain et durable.

Certaines réponses, plus critiques, évoquent une forme de scepticisme ou de résignation : peur d'un changement subi, crainte de la déshumanisation, fatigue liée aux réorganisations précédentes. Ce positionnement ambivalent reflète ce que Xavier Marchand¹¹⁰ qualifie de 'transformation située' : le changement ne peut être imposé de l'extérieur, il doit s'ancrer dans les réalités du terrain, prendre appui sur les collectifs et reconnaître les compétences existantes.

Enfin, la projection dans un bloc opératoire du futur mobilise des registres d'engagement à la fois éthique, pratique et identitaire. Elle traduit un besoin de stabilité symbolique, tout en reconnaissant la nécessité d'évoluer. C'est précisément dans cette dialectique que se pose la question de la soutenabilité du changement (Autissier¹¹¹) et de la capacité des environnements à devenir capacitants (Oudet¹¹²), en valorisant les savoirs d'expérience et en permettant aux professionnels de se réapproprier le changement.

À l'issue de cette analyse, les 26 questionnaires recueillis révèlent une vision nuancée de l'attractivité et de la fidélisation des IBODE et IBO dans les blocs opératoires du GHU. Entre attachement sincère à la technicité du métier et signes d'essoufflement liés aux conditions d'exercice, les réponses traduisent une tension entre engagement et fragilité, qui doit être entendue comme un signal à transformer.

Ces données empiriques rejoignent de nombreux apports théoriques : le besoin de reconnaissance du travail réel¹¹³, la centralité de la compétence située¹¹⁴, les identités professionnelles en tension¹¹⁵, ou encore les logiques de coopération et d'environnement capacitant¹¹⁶. Elles confirment l'exigence d'un management attentif à la soutenabilité des parcours¹¹⁷ et à la dynamique collective comme levier d'attractivité.

Le chapitre suivant proposera des recommandations stratégiques construites à partir de ces enseignements, dans une logique de transformation progressive et contextualisée des organisations opératoires.

¹⁰⁹ Autissier, D. (2021). *Le changement dans les organisations*. Paris : Dunod.

¹¹⁰ Marchand, X. (2024). Support de cours UE 7.1 – Université Paris-Est Créteil.

¹¹¹ Autissier, D. (2022). *La soutenabilité du changement*. Webinaire Orange.

¹¹² Oudet, J.-M. (2017). *L'environnement capacitant*. In Travail et apprentissage.

¹¹³ Dejours, C. (2009). *Travail vivant*, tome 1. Paris : Payot ; Clot, Y. (2008). *Le travail à cœur*. Paris : La Découverte.

¹¹⁴ Pastré, P. (1999). *La construction de la compétence*. Paris : PUF.

¹¹⁵ Dubar, C. (2000). *La socialisation*. Paris : Armand Colin.

¹¹⁶ Oudet, J.-M. (2017), op. cit. ; Marchand, X. (2024), op. cit.

¹¹⁷ Autissier, D. (2021), *La soutenabilité du changement*. Webinaire Orange.

8 RECOMMANDATIONS STRATEGIQUES

8.1 Objectifs et fondements du plan d'action

Le plan d'action proposé dans ce projet managérial repose sur une conviction centrale : l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) ne constitue pas un frein à la performance hospitalière, mais un levier stratégique pour garantir à la fois l'engagement des professionnels et la qualité des soins. Dans un contexte de tension RH et d'hyperspécialisation, cette articulation s'impose comme une exigence organisationnelle. Comme le souligne Philippe Destrieux, « concilier performance et qualité de vie suppose de repenser le sens du travail, les marges de manœuvre des professionnels et les formes de reconnaissance dans l'institution »¹¹⁸.

Cette perspective fait écho aux travaux d'Yves Clot sur le travail réel et la santé au travail, selon lesquels « la santé au travail n'est pas simplement l'absence de pathologie, mais la possibilité de débattre du travail bien fait »¹¹⁹. Elle s'inscrit également dans l'approche défendue par David Autissier, qui rappelle l'importance du temps de stabilisation et d'appropriation dans la conduite du changement¹²⁰.

L'analyse des données issues des questionnaires révèle une ambivalence forte : un attachement manifeste au métier d'IBODE/IBO, mais également une fragilisation de l'engagement, liée à une reconnaissance inégale, à des conditions d'exercice parfois éprouvantes et à une visibilité limitée sur les perspectives professionnelles. Le plan d'action proposé vise à formuler des leviers opérationnels pour répondre à ces enjeux, dans une logique réaliste, progressive et ancrée dans les spécificités locales.

L'objectif n'est pas d'imposer un modèle universel, mais de soutenir des dynamiques existantes, en capitalisant sur les ressources internes et les marges de manœuvre observables. Il s'agit de construire des conditions de travail soutenables et attractives, permettant aux professionnels de s'épanouir durablement dans leur exercice en bloc opératoire.

Ce plan s'appuie sur plusieurs fondements théoriques issus du Master 2 : le concept d'« environnement capacitant »¹²¹, la « reconnaissance dans le travail »¹²², la « compétence située »¹²³, la « soutenabilité du changement »¹²⁴, et le « portage horizontal »¹²⁵. Ces repères orientent une stratégie managériale attentive à la réalité du travail, à la subjectivité des professionnels, et à la nécessité d'un pilotage participatif.

Les préconisations sont structurées autour de quatre axes : la reconnaissance professionnelle, la qualité de vie au travail, la fidélisation par le développement des compétences, et la participation des équipes à la gouvernance locale. Ces orientations seront déclinées en actions concrètes, adaptées aux contraintes du bloc opératoire, mais également transférables à d'autres structures hospitalières.

¹¹⁸ Destrieux, P. (2021). *Concilier performance et qualité de vie au travail : un enjeu pour le Directeur des Soins*. Mémoire EHESP.

¹¹⁹ Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : La Découverte.

¹²⁰ Autissier, D. (2019). *Piloter le changement*. Paris : Dunod.

¹²¹ Oudet, J.-M. (2017). *L'environnement capacitant*. In *Travail et apprentissage*.

¹²² Dejours, C. (2009). *Travail vivant*, tome 1. Paris : Payot.

¹²³ Pastré, P. (1999). *La construction de la compétence*. Paris : PUF.

¹²⁴ Autissier, D. (2022). *op.cit.*

¹²⁵ Marchand, X. (2024). Support de cours UE 7.1 – Université Paris-Est Créteil.

8.2 Reconnaissance professionnelle des IBODE

8.2.1 Revalorisation statutaire, salariale et reconnaissance des actes exclusifs

L'amélioration des conditions de travail des IBODE passe nécessairement par une reconnaissance accrue de leur rôle et de leurs compétences. Cette reconnaissance s'exerce à plusieurs niveaux : institutionnel, réglementaire et symbolique.

L'un des leviers les plus attendus demeure la revalorisation statutaire et salariale. Le décret du 27 janvier 2015 a instauré des actes exclusifs relevant strictement des IBODE, tels que l'installation chirurgicale du patient, la pose de drains et la fermeture cutanée et sous-cutanée. Toutefois, l'application concrète de ce décret reste hétérogène, en raison de la diversité des organisations locales, de certaines résistances culturelles ou d'une méconnaissance persistante des textes réglementaires.

L'enquête du SNIBO fait par ailleurs ressortir une forte attente de revalorisation salariale, souvent exprimée par comparaison avec les grilles des infirmiers anesthésistes (IADE), compte tenu des responsabilités croissantes et de l'environnement de travail à haut risque.

« Nous avons fait une spécialisation de 18 mois, avec des responsabilités accrues, et pourtant nous sommes encore payés à peine plus qu'un IDE. Ce n'est pas normal. »

« Si on attend de nous de la rigueur, de la disponibilité et de l'expertise, il faut aussi que cela se traduise dans la reconnaissance. »

Ces témoignages illustrent un manque de reconnaissance à la fois financière et symbolique, vécu comme un facteur de démotivation et d'usure professionnelle. En s'appuyant sur les travaux de Christophe Dejourn, on peut souligner que la reconnaissance constitue un pilier de la santé au travail, à travers deux dimensions complémentaires : la reconnaissance dans le travail (valorisation des efforts) et la reconnaissance du travail (institutionnelle et sociale). Selon lui :

« Il n'y a pas de santé au travail sans reconnaissance du travail bien fait »¹²⁶.

La revalorisation attendue dépasse donc le strict champ salarial : elle engage une réflexion sur la légitimité du rôle de l'IBODE dans l'organisation hospitalière, sur la visibilité de son expertise, et sur la capacité de l'institution à reconnaître et valoriser les métiers à haute technicité.

8.2.2 Reconnaissance symbolique : levier d'attractivité

Au-delà de la dimension financière, les IBODE attendent une reconnaissance symbolique de leur métier et une affirmation de leur identité professionnelle. La difficulté à faire appliquer les actes exclusifs dans certains blocs opératoires révèle une tension identitaire et un flou statutaire, aggravé par l'ambiguïté des rôles dans des équipes pluridisciplinaires.

L'absence de visibilité du rôle de l'IBODE face à d'autres professionnels (IDE, IADE, chirurgiens) fragilise la légitimité de leur fonction. Or, selon les apports de Clot et de Dejourn¹, le rapport au travail s'enracine dans une dialectique entre reconnaissance

¹²⁶ Dejourn, C. (2009). *Travail vivant*, tome 1. Paris : Payot.

sociale et reconnaissance subjective. Reconnaître le travail de l'autre, c'est aussi reconnaître son utilité dans le collectif et dans l'organisation. Cette reconnaissance passe notamment par la régulation du travail réel, souvent invisible, comme l'illustre l'écart prescrit/réel souligné par Leplat et Dejours¹²⁷.

L'identification des IBODE à leur spécialité, leur attachement au bloc et la fierté de leur expertise apparaissent clairement dans les réponses ouvertes de l'enquête. Pourtant, cette identité professionnelle se fragilise lorsqu'elle n'est ni valorisée ni institutionnalisée. Cette dynamique alimente un désengagement latent ou une orientation vers des mobilités externes, notamment vers le privé.

Dans ce contexte, la reconnaissance symbolique peut être renforcée par des dispositifs concrets d'expression et de valorisation : implication dans les CREX, co-animation des RMM, ou encore communication des réussites dans les réunions de service ou les CME. Ces actions permettent de rendre visibles les compétences spécifiques des IBODE dans l'organisation.

Selon Xavier Marchand¹²⁸, la reconnaissance doit s'articuler à trois niveaux : statutaire (reconnaissance de la qualification), professionnelle (reconnaissance des compétences exercées) et existentielle (reconnaissance du sujet dans son engagement). Cette approche plurielle est particulièrement pertinente dans des métiers techniques où le portage horizontal, entre pairs et en lien avec les cadres, favorise un ancrage identitaire fort et une régulation collective du travail.

8.3 Amélioration des conditions d'exercice et qualité de vie au travail

8.3.1 Réorganiser les plannings et mieux gérer la charge de travail

Les réponses au questionnaire font apparaître plusieurs facteurs pesant sur les conditions d'exercice : équipements inadaptés, manque d'espaces de repos ergonomiques, besoin d'une meilleure régulation collective du travail. Si la charge de travail et la gestion du temps ne sont pas toujours formulées explicitement, elles transparaissent dans les attentes exprimées quant à la qualité de vie au bloc, la reconnaissance des efforts et la cohérence organisationnelle.

Ce constat fait écho aux apports de Leplat et Dejours¹²⁹, qui insistent sur l'importance de réguler l'écart entre le travail prescrit (les règles, les plannings) et le travail réel (les ajustements permanents réalisés par les professionnels pour faire face aux aléas). Une charge de travail perçue comme excessive ou injuste alimente le stress professionnel, la fatigue chronique et le désengagement progressif.

Ces attentes font écho aux résultats de l'enquête menée en 2021 auprès des étudiants IBODE de l'AP-HP, qui identifiaient déjà comme prioritaires la gestion optimisée des plannings, la réduction des astreintes, la création d'espaces de repos adaptés et l'accès à une restauration en horaires décalés. Le croisement de ces données avec celles du présent questionnaire confirme une constance dans les besoins exprimés, notamment en termes de conditions concrètes d'exercice.

¹²⁷ Leplat, J. & Dejours, C. (2004). *Travail et activité : concepts de base en ergonomie et en psychologie du travail*. Octares.

¹²⁸ Marchand, X. (2024). Support de cours UE 7.1 – Université Paris-Est Créteil.

¹²⁹ Leplat, J. & Dejours, C. (2004), *Travail et activité : concepts de base en ergonomie et en psychologie du travail*. Octares.

Face à cela, des leviers organisationnels existent : garantir un prévisionnel des plannings à trois semaines, stabiliser les cycles de travail, limiter les rappels en repos, et mieux répartir les astreintes. Ces actions peuvent être couplées à des outils de régulation collective, comme des bilans hebdomadaires d'activité ou des indicateurs de charge de travail partagés. Il s'agit d'éviter que les IBODE soient seuls à arbitrer entre exigences institutionnelles et respect de leurs propres ressources physiques et psychiques.

8.3.2 Améliorer l'environnement matériel et les espaces de repos

Au-delà de l'organisation du temps de travail, les conditions matérielles d'exercice constituent également un levier central de QVT. De nombreux répondants ont évoqué l'état des locaux, le manque d'espaces de repos adaptés, ou encore l'insuffisance des équipements de protection individuels (EPI) en fonction des activités opératoires.

Ces éléments influencent non seulement le confort et la santé des professionnels, mais aussi leur engagement à long terme. Pour Xavier Marchand¹³⁰, la qualité de vie au travail suppose un environnement de travail soutenable, dans lequel les professionnels peuvent exercer leur activité sans sursollicitation physique ou morale. Un environnement matériel dégradé participe au sentiment de relégation symbolique et dévalorise les efforts fournis par les soignants.

Dans ce cadre, les actions proposées pourraient porter sur l'amélioration des salles de pause, la rénovation des vestiaires, le renouvellement de certains équipements obsolètes et une meilleure prise en compte de l'ergonomie des postes de travail. De telles mesures, bien que parfois perçues comme secondaires, ont un impact concret sur la fidélisation des équipes, notamment dans les contextes de forte tension RH.

Enfin, plusieurs répondants évoquent le besoin de modernisation du matériel et de digitalisation des tâches administratives. La simplification des processus logistiques, la traçabilité numérique ou l'automatisation de certaines tâches routinières contribueraient à réduire la charge mentale, tout en optimisant le fonctionnement global du bloc opératoire. Ces évolutions sont perçues comme des leviers d'efficacité mais aussi de confort psychique.

De nombreux projets innovants identifiés par l'ARS¹³¹ témoignent de l'impact concret que peuvent avoir les choix architecturaux sur la qualité de vie au travail des professionnels. L'exposition à la lumière naturelle, la configuration des flux, ou encore la présence d'unités de repos intégrées participent à la réduction de la fatigue professionnelle et à l'amélioration de la perception du métier. Ces critères pourraient utilement guider les futures étapes du projet architectural à la Pitié-Salpêtrière, pour que le bloc du futur soit aussi un levier de fidélisation durable des IBODE.

¹³⁰ Marchand, X. (2024). Support de cours UE 7.1 – Université Paris-Est Créteil.

¹³¹ ARS PACA. (2022). *Favoriser l'attractivité et la fidélisation dans les établissements de santé*. Rapport institutionnel.

8.4 Développer des stratégies de fidélisation innovantes

8.4.1 Mentorat et intégration des nouveaux IBODE

Dans un contexte de pénurie d'IBODE, la fidélisation des professionnels en poste est un enjeu majeur. L'enquête révèle que l'attractivité du métier repose en grande partie sur des perspectives de carrière claires et sur un accompagnement des nouveaux professionnels dès leur intégration. La mise en place de programmes de mentorat et d'un réseau d'ambassadeurs IBODE pourrait faciliter l'intégration des jeunes diplômés et renforcer leur sentiment d'appartenance à la profession.

L'intégration des nouveaux IBODE dans les équipes opératoires constitue un levier stratégique de fidélisation, en particulier dans les premiers mois suivant leur prise de poste. Les résultats du questionnaire mettent en évidence une attente forte d'accompagnement structuré, avec des référents clairement identifiés, une transmission des savoirs, et un environnement soutenant. Plusieurs répondants signalent un manque de tutorat, voire un isolement dans les premiers mois, ce qui affecte leur engagement et leur projection dans la durée.

La mise en place de binômes expérimentés/novices, appuyée sur des temps de formation formalisés et des temps de retour d'expérience, permet d'instaurer une dynamique apprenante dans le bloc opératoire. Ce dispositif s'appuie sur les principes de l'« apprentissage par les pairs » développés par Jean-Marie Oudet¹³², qui insiste sur le rôle du collectif dans la transmission des compétences, la régulation du travail réel, et la reconnaissance entre professionnels.

Ce type d'accompagnement facilite également l'appropriation des spécificités du poste (organisation, relations hiérarchiques, culture de service), et réduit les risques de désengagement précoce. Par ailleurs, l'affirmation de la fonction de référent ou de tuteur peut constituer une modalité de valorisation des IBODE expérimentés, en soutenant leur engagement tout en professionnalisant leur rôle.

Dans un contexte où les tensions de recrutement et la volatilité des professionnels sont fortes, le mentorat n'est donc pas uniquement un outil pédagogique, mais un véritable levier managérial de cohésion, de reconnaissance et de rétention des compétences.

8.4.2 Développer les compétences et les parcours professionnels

Le développement des compétences constitue un levier stratégique de fidélisation pour les IBODE, en particulier dans un contexte d'évolution technologique, de spécialisation accrue et de complexification des pratiques chirurgicales. Les résultats de l'enquête mettent en lumière une forte demande en matière de formation continue, de reconnaissance des acquis de l'expérience (VAE), et de projection dans des parcours professionnels évolutifs.

Plusieurs répondants expriment leur souhait d'accéder à des formations spécifiques en lien avec la chirurgie robotique, la simulation, la coordination de bloc ou encore l'hygiène opératoire. Cette appétence témoigne d'un attachement au métier, mais aussi d'une attente de reconnaissance symbolique et statutaire à travers la montée

¹³² Oudet, J.-M. (2014). *Le management par les valeurs*. Village Mondial.

en compétences. La mise en place de parcours individualisés permettrait de valoriser l'engagement professionnel tout en répondant aux besoins organisationnels des établissements.

« J'aimerais pouvoir suivre une formation en chirurgie robotique, mais je ne sais pas à qui m'adresser. Il faudrait aussi qu'on puisse évoluer vers d'autres fonctions sans forcément quitter le bloc. »

Ces dynamiques peuvent être éclairées par les travaux de Pierre Pastré¹³³ sur la « compétence située », qui postule que les savoirs professionnels ne se transmettent pas uniquement de façon descendante, mais s'élaborent dans l'action, en situation réelle, dans un environnement donné. Le développement professionnel passe donc par des contextes permettant l'initiative, l'expérimentation, l'analyse réflexive et le retour d'expérience. Autrement dit, il ne suffit pas de proposer une offre de formation standardisée, mais bien de créer des environnements favorables à l'apprentissage contextualisé.

Dans cette perspective, les établissements pourraient promouvoir la VAE pour les IBODE expérimentés souhaitant évoluer vers des fonctions de coordination ou de formation, déployer des formations sur site en lien avec les innovations technologiques, et faciliter l'accès à des missions transversales (qualité, tutorat, projets institutionnels). Ces dispositifs contribueraient à renforcer le sentiment d'utilité, la projection dans la durée, et l'ancrage identitaire au métier.

8.4.3 Renforcer les dynamiques collectives et la coopération

Le soutien collectif et la dynamique d'équipe jouent un rôle déterminant dans la fidélisation des IBODE au sein des blocs opératoires. Les résultats du questionnaire révèlent une attente forte de reconnaissance mutuelle, d'écoute entre collègues, et de coopération renforcée dans l'organisation du travail. Ce besoin dépasse le simple confort relationnel : il s'ancre dans la nécessité de réguler collectivement le travail réel et de développer une culture professionnelle partagée.

Les espaces de parole formalisés, comme les temps de débriefing, les réunions d'équipe ou les groupes d'analyse de pratiques, participent de cette logique. Ils permettent de verbaliser les tensions vécues, de réguler les situations complexes et de renforcer la solidarité professionnelle. Ces dispositifs, lorsqu'ils sont reconnus et ritualisés, contribuent à la qualité de vie au travail tout en soutenant l'apprentissage collectif.

« On ne prend plus le temps de se parler, de débriefer après les interventions difficiles. C'est comme si chacun repartait avec son stress sans pouvoir l'évacuer. »

Jean-Marie Oudet¹³⁴ insiste sur le fait que l'« apprentissage par les pairs » constitue l'un des piliers des environnements capacitants. C'est dans la confrontation d'expériences, le partage de repères communs et la reconnaissance mutuelle que se construit une compétence collective durable. Xavier Marchand¹³⁵ souligne également l'intérêt des espaces de discussion sur le travail, comme leviers de reconnaissance et de soutenabilité dans les organisations de santé.

¹³³ Pastré, P. (2011). *La didactique professionnelle : approche anthropologique du développement chez les adultes*. PUF.

¹³⁴ Oudet, J.-M. (2014). *Le management par les valeurs*. Village Mondial.

¹³⁵ Marchand, X. (2024). Support de cours UE 7.1 – Université Paris-Est Créteil.

Dans cette perspective, plusieurs actions concrètes peuvent être mises en œuvre : participation active des référents IBODE aux conseils de bloc et aux staffs chirurgicaux, organisation régulière de temps qualité-sécurité incluant toutes les catégories professionnelles, ou encore développement de communautés de pratiques autour de thématiques transversales (santé au travail, qualité, accueil des nouveaux arrivants, etc.).

Ces pratiques renforcent le sentiment d'appartenance, réduisent l'isolement professionnel et favorisent la circulation des savoirs implicites. Elles permettent aussi de créer des formes de reconnaissance collectives qui viennent compenser les tensions liées à l'intensification du travail. Dans une logique de management capacitant, elles participent ainsi à stabiliser les équipes et à renforcer la cohésion dans les environnements complexes que sont les blocs opératoires.

8.4.4 Le management subsidiaire : un levier de fidélisation des IBODE

Le management subsidiaire constitue aujourd'hui une stratégie essentielle pour renforcer l'attractivité et la fidélisation des IBODE au sein des blocs opératoires. Fondé sur l'autonomie et la responsabilisation des professionnels, ce modèle managérial transforme le rôle du manager en facilitateur plutôt qu'en simple décideur. Selon Gréa et Fassier¹³⁶, « la subsidiarité conduit à considérer que le collaborateur qui est au plus près des enjeux de son activité est le plus à même, dans son périmètre de responsabilité, d'adapter, décider, innover de manière pertinente » (p. 29). Ainsi, en favorisant une prise de décision au plus proche du terrain, cette approche managériale offre aux IBODE un cadre de travail plus souple et adapté à leurs compétences, leur permettant d'exercer pleinement leur expertise tout en bénéficiant d'un soutien ciblé lorsque cela est nécessaire.

L'un des principaux leviers de fidélisation réside dans la capacité à donner aux IBODE un pouvoir d'initiative sur leur périmètre de responsabilité. Comme le soulignent Gréa et Fassier¹³⁷, le modèle de subsidiarité se distingue de la délégation managériale classique, qui repose trop souvent sur un contrôle descendant, limitant l'autonomie et la motivation des professionnels (p. 30). En leur permettant d'adapter leurs pratiques aux réalités du bloc opératoire sans attendre une validation hiérarchique systématique, cette approche contribue à renforcer leur engagement et leur sentiment d'appartenance à l'institution. Un environnement fondé sur la subsidiarité crée un équilibre entre autonomie et soutien, favorisant ainsi la prise d'initiative et la reconnaissance des compétences, ce qui contribue à réduire le turnover et à renforcer la stabilité des équipes.

« On est souvent consultés trop tard ou pas du tout, alors qu'on a une expertise du bloc. On aimerait pouvoir proposer, organiser, anticiper... mais on a l'impression que tout est déjà décidé ailleurs. »

Toutefois, la mise en place d'un management subsidiaire efficace nécessite une évolution des pratiques managériales. Comme l'expliquent Gréa et Fassier¹³⁸, « le rôle du manager n'est pas d'intervenir dans l'activité et le champ de responsabilité d'un collaborateur tant que celui-ci est en mesure de l'exercer » (p. 31). Il s'agit donc pour

¹³⁶ Gréa, A. & Fassier, J.-B. (2022). *Manager par la confiance. Les apports de la subsidiarité dans les établissements de santé*. Les Presses de l'EHESP.

¹³⁷ Gréa, A. & Fassier, J.-B. (2022), Ibid.

¹³⁸ Gréa, A. & Fassier, J.-B. (2022). *Manager par la confiance. Les apports de la subsidiarité dans les établissements de santé*. Les Presses de l'EHESP.

les cadres de santé d'adopter une posture de soutien et d'accompagnement, en mettant à disposition des IBODE les ressources et outils nécessaires pour qu'ils puissent exercer leur métier dans des conditions optimales. La confiance accordée aux équipes doit être accompagnée d'une évaluation régulière des impacts sur l'organisation des soins et la qualité des interventions, afin d'en garantir l'efficacité.

En instaurant un cadre de travail basé sur la confiance, la reconnaissance des compétences et la responsabilisation, le management subsidiaire constitue une réponse concrète et durable à la crise d'attractivité et de fidélisation des IBODE. Il favorise une plus grande implication des professionnels, renforce la cohésion des équipes et contribue à l'amélioration de la qualité des soins en optimisant la prise en charge des patients. Cette approche managériale, en redéfinissant la place du manager comme un acteur de soutien, apparaît ainsi comme un levier stratégique pour les établissements de santé souhaitant stabiliser leurs effectifs et renforcer la performance des blocs opératoires.

Cette logique rejoint les travaux de Marchand¹³⁹ sur le portage horizontal, selon lesquels l'implication active des professionnels dans les décisions locales consolide leur sentiment d'efficacité et de reconnaissance. Elle s'articule aussi avec le modèle d'organisation capacitante d'Oudet¹⁴⁰, qui valorise la contribution des équipes dans la transformation située du travail, renforçant ainsi leur ancrage identitaire dans l'activité réelle.

8.5 Dispositifs d'amélioration de la QVT au bloc

8.5.1 Espaces de dialogue et initiatives institutionnelles

Dans un environnement hospitalier complexe où interagissent des professionnels de statuts et de spécialités diverses, la fluidité des échanges et la concertation interprofessionnelle sont essentielles pour garantir à la fois la qualité des soins et le bien-être des équipes. Les réponses au questionnaire soulignent un besoin fort de reconnaissance, d'écoute managériale et de participation réelle aux instances de décision.

Pour répondre à ces attentes, plusieurs leviers institutionnels peuvent être activés. Il s'agit d'abord de créer ou de renforcer des espaces de dialogue permettant la circulation de l'information, la mise en débat des pratiques, l'appropriation des projets de service et la régulation collective du travail. Cette approche rejoint les apports de Xavier Marchand¹⁴¹ sur la nécessité de développer des espaces de discussion sur le travail, favorisant la réflexivité, la régulation et la reconnaissance du travail réel.

« Plus de réunion intra équipe, et plus de matériel. »

Parmi les propositions identifiées dans les réponses au questionnaire, plusieurs mesures concrètes se distinguent. La première consiste à renforcer la participation active des référents IBODE aux staffs chirurgicaux, afin de favoriser l'intégration des dimensions paramédicales dans les réflexions cliniques et organisationnelles. Ensuite, l'ouverture réelle des conseils de bloc aux professionnels paramédicaux est largement attendue, notamment à travers la diffusion anticipée de l'ordre du jour et la reconnaissance du

¹³⁹ Marchand, X. (2024). Support de cours UE 7.1 – Université Paris-Est Créteil.

¹⁴⁰ Oudet, J.-M. (2014). *Le management par les valeurs*. Village Mondial.

¹⁴¹ Marchand, X. (2024). Support de cours UE 7.1 – Université Paris-Est Créteil.

temps passé en réunion. Enfin, l'organisation régulière de temps dédiés à la qualité et à la sécurité, associant l'ensemble des professionnels, est également plébiscitée. Ces réunions pourraient s'appuyer sur des supports concrets tels que les Revues de Morbi-Mortalité (RMM) pluriprofessionnelles ou les synthèses d'audit.

Ces dispositifs répondent à une double logique : améliorer la qualité de vie au travail en valorisant la parole des soignants, et sécuriser les prises de décision en intégrant les compétences collectives. Ils s'inscrivent pleinement dans une dynamique d'organisation apprenante et capacitante, telle que définie par Jean-Marie Oudet¹⁴², où les professionnels participent activement à l'ajustement des pratiques et à la reconnaissance mutuelle.

D'un point de vue managérial, ces espaces de dialogue renforcent également le sentiment d'appartenance et la reconnaissance du rôle des IBODE dans l'organisation du bloc opératoire. Cette reconnaissance, selon Christophe Dejours¹⁴³, ne se limite pas à la gratitude individuelle, mais relève d'un besoin fondamental d'estime sociale liée au travail réel accompli.

8.5.2 Stratégies de prévention et soutien psychologique

La prévention des risques psychosociaux (RPS) constitue un enjeu majeur pour les blocs opératoires, où la technicité, la pression temporelle et l'intensité émotionnelle du travail peuvent exposer les professionnels à des situations de grande vulnérabilité. Selon une enquête menée en 2018 par le Syndicat National des Infirmiers de Bloc Opératoire (SNIBO), 19 % des professionnels des blocs opératoires ont sollicité un soutien juridique en raison de situations de harcèlement, d'agressions verbales ou de maltraitance¹⁴⁴. Ce chiffre, particulièrement préoccupant, souligne la nécessité d'un accompagnement ciblé et durable.

Selon Xavier Marchand¹⁴⁵, le développement d'une culture de la QVCT passe par la reconnaissance des facteurs organisationnels à l'origine de la souffrance au travail. Il est essentiel de ne pas renvoyer les difficultés vécues à une fragilité individuelle, mais bien de les inscrire dans une logique de régulation collective du travail. Cela suppose d'outiller les managers pour repérer les signaux faibles, favoriser la parole, et orienter les professionnels vers les dispositifs adaptés.

Plusieurs pistes d'actions concrètes peuvent être mises en œuvre pour prévenir ces risques et accompagner les professionnels concernés. La formation des encadrants à la détection des situations à risque et à l'écoute active constitue un levier essentiel de prévention. Par ailleurs, la création de dispositifs d'alerte et de médiation interne, facilement accessibles et bien identifiés par les équipes, permet de traiter rapidement les situations critiques. L'intégration systématique des services de santé au travail, médecin, psychologue, assistante sociale, dans la prise en charge des cas complexes favorise une approche pluridisciplinaire et coordonnée. Le recours à un soutien juridique peut également s'avérer indispensable pour les professionnels confrontés à des conflits ou à des incivilités graves. Enfin, un suivi post-événement rigoureux, comprenant un retour progressif au travail, des entretiens individuels et des temps de

¹⁴² Oudet, J.-M. (2014). *Le management par les valeurs*. Village Mondial.

¹⁴³ Dejours, C. (2009). *Travail vivant*, tome 1. Paris : Payot.

¹⁴⁴ Infirmiers.com. (2018). 82 % des IBODE subissent des tensions quotidiennes. Disponible sur : <https://www.infirmiers.com/profession-ide/82-des-ibode-subissent-des-tensions-quotidiennes>

¹⁴⁵ Marchand, X. (2024), op. cit.

débriefing collectif, contribue à restaurer la sécurité psychologique au sein des équipes.

En complément, la tenue régulière d'espaces de discussion sécurisés, notamment à la suite d'événements indésirables graves (EIG), constitue une modalité essentielle de soutien. Ces temps doivent être protégés, animés de manière neutre, et déboucher sur des pistes d'action concrètes. La reconnaissance institutionnelle de la souffrance au travail et l'engagement durable en matière de prévention s'imposent comme des leviers de fidélisation à part entière, participant à la stabilisation des équipes et à la construction d'un climat de confiance.

8.5.3 Mesures structurelles de QVT

L'amélioration durable de la qualité de vie au travail (QVT) des IBODE passe par des transformations structurelles touchant l'organisation du temps, les équipements, les environnements de repos et les outils numériques. Les données du questionnaire et les observations de terrain révèlent un ensemble de facteurs de tension récurrents, notamment la charge de travail, les amplitudes horaires, l'absence de pauses effectives, et la vétusté des espaces de détente. Ces éléments nuisent directement à la soutenabilité du travail et à la fidélisation des professionnels.

Le cadre de la QVCT proposé par Xavier Marchand¹⁴⁶ souligne l'importance d'articuler les dimensions individuelles, collectives et organisationnelles de la qualité de vie au travail. L'action managériale ne peut se limiter à des dispositifs de reconnaissance symbolique : elle doit s'incarner dans des mesures tangibles, directement perceptibles dans l'environnement quotidien de travail.

Parmi les mesures structurelles identifiées dans le cadre de ce projet figurent : l'amélioration de la prévisibilité des plannings et la réduction des rappels sur les temps de repos ; l'expérimentation de brigades de suppléance inspirées du « temps choisi » pour atténuer les surcharges ponctuelles ; l'aménagement d'espaces de repos ergonomiques, équipés, silencieux et accessibles à tous les professionnels de bloc ; l'ouverture d'un espace de restauration adapté aux horaires décalés ; la modernisation du matériel opératoire et la digitalisation des tâches de traçabilité pour réduire la charge mentale et optimiser l'organisation.

Ces leviers permettent de répondre de manière concrète aux besoins exprimés par les IBODE, tout en renforçant l'efficacité organisationnelle. Ils s'inscrivent dans une logique de management capacitant qui vise à créer un environnement de travail stable, soutenable et propice à l'engagement professionnel.

De nombreuses initiatives régionales démontrent que les aménagements structurels et architecturaux peuvent significativement contribuer à la qualité de vie au travail des professionnels du bloc. Le panorama publié par l'ARS Île-de-France¹⁴⁷ met ainsi en lumière des projets intégrant des espaces de repos dédiés, une optimisation des flux professionnels, et une exposition accrue à la lumière naturelle. Ces éléments, bien que matériels, jouent un rôle essentiel dans la réduction de la fatigue, du stress organisationnel et dans la reconnaissance du travail des IBODE. Intégrer ces

¹⁴⁶ Marchand, X. (2024). Support de cours UE 7.1 – Université Paris-Est Créteil.

¹⁴⁷ ARS Île-de-France. (2021). *Panorama des innovations pour l'hôpital de demain*. Disponible sur : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr>

paramètres dès la phase de programmation architecturale constitue un levier stratégique d'amélioration durable des conditions de travail.

Le Panorama des innovations pour l'hôpital de demain publié par l'ARS identifie 22 dispositifs concrets qui peuvent être mobilisés en faveur d'une meilleure QVCT dans les blocs opératoires. La salle hybride, le cube opératoire, l'usage de la réalité augmentée pour la formation, ou encore l'hypnose en réalité virtuelle constituent autant de pistes à explorer, en articulation avec la modernisation technologique et les attentes des nouvelles générations de soignants.

8.5.4 Leviers RH et symboliques pour l'attractivité et la fidélisation

Dans un contexte de pénurie d'IBODE, l'attractivité et la fidélisation des professionnels en poste reposent autant sur des leviers RH concrets que sur une reconnaissance symbolique et identitaire du métier. Les données recueillies révèlent un attachement fort au métier d'IBODE, mais également une attente importante en matière de reconnaissance, de perspectives de carrière et de valorisation institutionnelle.

Parmi les leviers RH mobilisés figurent des dispositifs incitatifs comme les Contrats d'Allocation d'Études (CAE), des primes à l'engagement, ou encore des mesures facilitant l'accès au logement pour les professionnels de santé. Ces aides ciblées contribuent à sécuriser les parcours des jeunes diplômés et à renforcer l'ancrage territorial de la profession.

La dimension symbolique est tout aussi centrale. Elle passe par la reconnaissance du rôle spécifique des IBODE, la valorisation des actes exclusifs définis dans le décret de 2015, et la promotion du métier à travers des journées portes ouvertes, des dispositifs ambassadeurs, ou encore la participation à des projets institutionnels. Ces actions renforcent le sentiment de fierté professionnelle, l'appartenance à une communauté métier, et la projection dans une carrière évolutive.

Christophe Dejours¹⁴⁸ rappelle que la reconnaissance est une condition de la santé mentale au travail. Elle ne se limite pas à la rétribution salariale, mais concerne aussi l'utilité sociale du métier, le regard porté par les pairs et l'institution, et la capacité à se reconnaître soi-même dans le travail accompli. Cette reconnaissance symbolique, lorsqu'elle est articulée à des leviers RH tangibles, constitue un socle puissant pour stabiliser les effectifs et redonner du sens à l'engagement professionnel.

L'environnement physique agit aussi comme un vecteur de reconnaissance identitaire et de valorisation symbolique du métier d'IBODE. L'ARS¹⁴⁹ souligne, dans ses travaux prospectifs, l'importance d'associer les professionnels à la conception de leur espace de travail, pour leur permettre de se réapproprier leur environnement. Une salle de soins bien identifiée, fonctionnelle, ergonomique, respectueuse de leur expertise devient ainsi un marqueur de leur rôle au sein de l'équipe chirurgicale et de l'organisation hospitalière. Cette valorisation spatiale est un levier d'attractivité souvent sous-estimé.

¹⁴⁸ Dejours, C. (2009). *Travail vivant*, tome 1. Paris : Payot.

¹⁴⁹ ARS Île-de-France. (2021). *Panorama des innovations pour l'hôpital de demain*. Disponible sur : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr>

8.5.5 Contribution au COPIL attractivité / fidélisation des IBO(DE)

Dans la continuité de l'analyse des besoins exprimés par les IBODE du GHU, les résultats issus de l'enquête terrain ont permis d'alimenter les travaux du comité de pilotage (COPIL) institutionnel consacré à l'attractivité et à la fidélisation de cette filière professionnelle. En tant que cadre supérieure spécialisée IBODE, je participe activement à ce COPIL, coordonné par la direction des soins au siège de l'AP-HP. Cette implication me permet de porter une voix de terrain éclairée par les données recueillies localement, dans un esprit de transversalité inter-blocs.

À partir des résultats de l'enquête, plusieurs pistes d'actions sont discutées, notamment sur la reconnaissance statutaire, l'organisation du temps de travail, l'accueil des nouveaux professionnels et les dispositifs de fidélisation. Une réflexion est également engagée pour construire des COPIL de site, en déclinaison locale des objectifs portés par la gouvernance centrale.

Ce type de gouvernance croisée, à la fois centrale et déclinée au plus près du terrain, s'inscrit dans une logique de portage horizontal telle que définie par Xavier Marchand¹⁵⁰. Il s'agit de mobiliser les acteurs du soin dans une dynamique collective, fondée sur l'expertise d'usage, la coopération interprofessionnelle et la co-construction des solutions. Cette approche renforce l'ancrage des décisions dans la réalité des blocs opératoires et favorise l'engagement des professionnels dans la durée.

8.6 Indicateurs de suivi et d'ancrage du changement

L'évaluation de l'efficacité d'un plan d'action managérial passe par la mise en place d'indicateurs de suivi adaptés, à la fois quantitatifs et qualitatifs. Dans le cadre de ce projet, ces indicateurs ont pour objectif de mesurer l'impact des leviers déployés sur l'attractivité et la fidélisation des IBODE, ainsi que sur l'amélioration de la qualité de vie au travail. Ils participent également à l'ancrage du changement en permettant d'en objectiver les effets dans la durée.

Les travaux de David Autissier¹⁵¹ soulignent l'importance de distinguer différents temps dans le processus de transformation : le lancement, le déploiement, et surtout la stabilisation. Ce dernier temps est souvent négligé, alors qu'il est déterminant pour garantir l'appropriation durable des changements par les professionnels.

Ainsi, plusieurs indicateurs sont proposés dans une logique de pilotage stratégique. Les indicateurs quantitatifs incluent le taux de vacance de postes IBODE, le taux de participation aux dispositifs de formation, tutorat ou mentorat, le recours aux aides financières, le nombre de ruptures de contrat ou mobilités sortantes, et les données sur l'absentéisme. Les indicateurs qualitatifs s'appuient sur les baromètres internes, les verbatims d'enquêtes de satisfaction, les entretiens de suivi, et la participation aux espaces de dialogue formels. Ces indicateurs doivent être coconstruits avec les professionnels concernés et inscrits dans un processus de réévaluation continue.

Ils permettent d'objectiver les effets des actions, de repérer les résistances, et d'ajuster les dispositifs en temps réel. Ils contribuent aussi à renforcer la confiance dans la

¹⁵⁰ Marchand, X. (2024). Support de cours UE 7.1 – Université Paris-Est Créteil.

¹⁵¹ Autissier, D. (2023). *Cours de conduite du changement*, UPEC – Master 2 Management des Organisations Soignantes.

démarche en rendant visibles les efforts engagés et les avancées obtenues. Ces éléments de pilotage viendront utilement soutenir la dynamique institutionnelle d'attractivité et nourrir les réflexions plus larges autour de la gouvernance du bloc opératoire du futur.

Afin de piloter la mise en œuvre des recommandations et d'en mesurer les effets, plusieurs indicateurs ont été définis. Ils visent à objectiver les évolutions des conditions de travail, du climat social et de l'attractivité du bloc opératoire. Ces indicateurs seront suivis à court, moyen et long terme, et partagés lors des comités de pilotage ou des bilans intermédiaires.

Le tableau ci-dessous présente les indicateurs retenus, leur finalité, leur fréquence de mesure ainsi que les sources mobilisées pour leur évaluation.

Indicateur	Objectif visé	Fréquence de mesure	Source / mode de recueil
Taux de turnover IBODE	Réduire les départs	Trimestrielle	Données RH
Taux d'absentéisme	Réduire la fatigue et l'usure	Trimestrielle	RH, logiciel gestion temps
Satisfaction QVCT (score moyen)	Évaluer l'impact des actions QVT	À 6 mois puis 12 mois	Enquête interne courte
Nombre d'IBODE formés ou tutorés	Valoriser la profession et l'intégration	Semestrielle	Tableau de suivi formation
Nombre d'actions collectives d'équipe (réunions, ateliers...)	Renforcer la cohésion	Semestrielle	Compte-rendu encadrement
Taux de réponse aux enquêtes internes	Mesurer l'adhésion des professionnels	À chaque enquête	Statistiques de participation

Une première évaluation qualitative pourrait être menée à 6 mois, sous forme d'enquête flash, puis consolidée à 12 mois par une réévaluation des indicateurs RH. Ces indicateurs pourront également être mobilisés pour accompagner, en appui à la gouvernance, la réflexion stratégique autour de la conception du futur bloc opératoire. Ils constitueront un socle de pilotage pertinent pour relier les enjeux RH à l'évolution des conditions d'exercice à long terme.

9 LE LEADERSHIP DU CADRE SUPERIEUR DE SANTE DANS LA TRANSFORMATION MANAGERIALE

La conduite de ce projet managérial a constitué une étape fondatrice dans la consolidation de ma posture de cadre supérieur de santé. Cette fonction implique une double responsabilité : celle de donner du sens et de structurer l'action dans un environnement complexe, tout en restant à l'écoute des professionnels de terrain. Elle impose une posture ancrée dans la réalité du soin et une vision systémique de l'organisation hospitalière.

Mon positionnement s'est nourri des trois dimensions du leadership identifiées par Cristol : la dimension d'influence (mobiliser, embarquer), la dimension psychologique (se connaître, maîtriser son impact), et la dimension sociale (s'inscrire dans une dynamique collective de transformation)¹⁵². Le leadership ne repose plus uniquement sur un pouvoir hiérarchique, mais sur la capacité à créer les conditions de l'engagement durable des équipes.

Ce positionnement a trouvé une expression concrète dans ma participation active au comité de pilotage institutionnel sur l'attractivité des IBODE. Lors d'une réunion stratégique, un membre du siège m'a dit : « Vous avez su porter la voix du bloc sans en faire un discours défensif, mais en ouvrant un vrai dialogue stratégique. » Ce retour, pour moi, illustre l'équilibre entre légitimité de terrain et posture de gouvernance.

Dans cette optique, j'ai mobilisé les principes du servant leadership¹⁵³, me mettant au service de l'équipe, garantissant un espace professionnel sécurisant et structurant. Le cadre supérieur devient alors l'architecte d'un environnement capacitant, dans lequel les professionnels peuvent coopérer, réguler, s'adapter et innover. Cette posture est un levier central de reconnaissance et de transformation organisationnelle.

Par ailleurs, j'ai été amenée à ajuster mon mode d'action en fonction des contextes, en mobilisant tour à tour un leadership visionnaire (dans la structuration du projet), démocratique (dans l'analyse participative des résultats), affiliatif (dans l'accompagnement des équipes) ou directif (dans les phases de cadrage stratégique). Cette agilité s'est construite par l'analyse réflexive, les échanges entre pairs et la mise en cohérence entre les choix managériaux et les valeurs de l'institution.

Enfin, cette posture engage également une dimension politique : être cadre supérieur de santé, c'est aussi porter la voix des soignants dans les instances décisionnelles, négocier des ressources, anticiper les tensions et contribuer à une gouvernance de la santé plus équitable et durable. Ce projet m'a permis d'incarner pleinement cette fonction stratégique, au croisement du sens, de l'action et de la transformation des pratiques.

¹⁵² Cristol, D. & Laizé, C. (2018). *Le leadership collaboratif : développer les interactions collectives*. Dunod.

¹⁵³ Outil n°65, *Le servant leadership*, in Cristol & Laizé, *Affirmer son leadership*, support de formation UPEC 2024.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Ce projet managérial a permis de mettre en lumière les enjeux déterminants qui influencent aujourd'hui l'attractivité et la fidélisation des infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (IBODE). Conduite au sein du GHU Sorbonne Université, l'enquête a révélé une forte implication des professionnels, mais aussi des fragilités structurelles persistantes : conditions de travail éprouvantes, reconnaissance statutaire limitée, manque de perspectives d'évolution et instabilité des effectifs. L'analyse de ces éléments a conduit à l'élaboration d'un plan d'action centré sur des leviers organisationnels, relationnels et symboliques.

Soutenu par des référents théoriques robustes — la reconnaissance au travail selon Christophe Dejours, le management capacitant de Jean-Marie Oudet, la subsidiarité de Gréa et Fassier, la compétence située définie par Pierre Pastré, la gouvernance partagée selon Xavier Marchand, le leadership collaboratif de Cristol et Laizé, et la conduite du changement selon David Autissier —, ce projet managérial se veut une réponse contextualisée, participative et durable. Il s'inscrit dans une logique de transformation ascendante, nourrie par la réalité du terrain et fondée sur la participation, la confiance et la valorisation des compétences.

Ce travail m'a également permis de renforcer ma posture de cadre supérieur de santé, en consolidant un leadership stratégique ancré dans la proximité, la vision systémique et la co-construction. En me positionnant à l'interface entre les réalités opérationnelles et les orientations institutionnelles, j'ai pu incarner un rôle de facilitatrice du changement, en lien direct avec la gouvernance des blocs opératoires et les réflexions du comité de pilotage institutionnel.

À court terme, ce projet a permis d'identifier des actions concrètes : structuration de parcours de formation individualisés, amélioration de l'ergonomie des espaces, développement du tutorat, renforcement du dialogue interprofessionnel, et co-construction d'indicateurs de suivi. À moyen terme, il pourrait soutenir la constitution de COPIL locaux, l'expérimentation de nouveaux rythmes de travail, et l'intégration des IBODE dans les projets institutionnels en tant qu'acteurs à part entière.

En perspective, ce travail constitue une brique stratégique pour alimenter la réflexion autour de la conception du bloc opératoire du futur. Il s'agit d'envisager les IBODE non plus seulement comme des exécutants techniques, mais comme des professionnels experts, porteurs de régulation, d'innovation et de pilotage. Le panorama des innovations hospitalières publié par l'ARS Île-de-France et les dynamiques portées par l'AP-HP en matière de qualité de vie au travail offrent à cet égard un cadre propice à une modernisation ambitieuse et concertée.

L'enjeu pour les années à venir sera d'assurer la pérennité de la démarche : évaluer régulièrement l'impact des actions engagées, inscrire les indicateurs dans une gouvernance intégrée, et maintenir un dialogue permanent avec les professionnels. En cela, ce projet managérial ne constitue pas une fin, mais un levier de transition, au service d'un hôpital plus durable, plus humain et plus attractif pour les professionnels du bloc opératoire.

Bien que ce projet managérial se soit centré prioritairement sur les professionnels IBODE et les dynamiques internes d'attractivité et de fidélisation, il s'inscrit de manière sous-jacente dans une logique d'amélioration continue de la qualité des soins. La stabilité des équipes, la reconnaissance de leurs compétences et la qualité de vie au travail sont autant de leviers qui conditionnent directement la sécurité, la technicité et la fluidité du parcours opératoire. Le patient, bien qu'absent des phases

opérationnelles du projet, en demeure le bénéficiaire final. À ce titre, renforcer l'engagement des IBODE revient aussi à consolider les conditions d'une prise en charge chirurgicale fiable, humaine et durable. Cette perspective invite, à terme, à explorer de nouvelles formes d'implication des usagers dans la réflexion sur les organisations de soins spécialisées.

BIBLIOGRAPHIE

Management hospitalier et pilotage stratégique

ANAP. *Optimiser les blocs opératoires : repères pour un pilotage de la performance*. Paris : ANAP, 2020.

ARS Île-de-France. *Panorama des innovations pour l'hôpital de demain*. Paris : ARS, 2021.

Dumond, Jean-Paul. *La grande transformation hospitalière*. Paris : Presses EHESP, 2022.

FHF. *L'hôpital, aujourd'hui et demain*. Paris : FHF, 2015.

Molinié, Éric. *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*. Paris : Conseil économique et social, 2005.

Caniard, Étienne. *Mieux soignés demain !* Paris : Cherche midi, 2016.

Vincent, Gérard ; Lajonchère, Jean-Patrick ; Dupuis, Yves-Jean. *L'hôpital, aujourd'hui et demain*. Paris : Collection du citoyen, 2015.

Saulpic, Olivier. *Pilotage hospitalier et performance organisationnelle : une approche stratégique des ressources en santé*. Paris : Dunod, 2019.

AP-HP. *Rapport d'activité des blocs opératoires*. Paris : AP-HP, 2023.

Sociologie du travail, QVT et reconnaissance

Clot, Yves. *Le travail à cœur* Paris : La Découverte, 2010.

Clot, Y. ; Gollac, M. *Le travail peut-il devenir supportable ?* Paris : Armand Colin, 2017.

Caille, Alain. *La quête de reconnaissance : nouveau phénomène social total*. Paris : La Découverte, 2007.

Dejours, Christophe. *Le facteur humain*. Paris : PUF, 2014.

Sainsaulieu, Renaud. *L'identité au travail*. Paris : PUF, 2014.

Cousin, Olivier ; Meda, Dominique ; Sibaud, Laurence. *Travailler au XXI^e siècle : des salariés en quête de reconnaissance*. Paris : Robert Laffont, 2015.

ANACT / HAS. *Qualité de vie au travail dans les établissements de santé : guide pratique d'action*. Paris : ANACT, 2023.

Objectif Soins & Management. *Cap sur la fidélisation des équipes !*, n°301, oct-nov 2024. Paris : Elsevier Masson.

Cassou, B. ; Huez, D. ; Mousel, M. *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*. Paris : La Découverte, 2015.

SNIBO. *Enquête nationale sur la qualité de vie au travail des IBODE*. Paris : SNIBO, 2018.

UNAIBODE. *Les défis de l'attractivité et de la fidélisation des IBODE en France*. Paris : UNAIBODE, 2023.

Conduite du changement et transformation organisationnelle

Autissier, David ; Moutot, Jean-Michel. *Piloter la conduite du changement*. Paris : Dunod, 2021.

Marchand, Xavier. *Support de cours UE 7.1 – Conduite de projet et changement organisationnel*. UPEC, 2024.

Otis, David. *Conduite du changement : outils et postures*. Webinaire ESM, 2024.

Cristol, Denis ; Laizé, Céline. *Leadership et pratiques collaboratives en milieu complexe*. Paris : ESF, 2015.

Crozier, Michel ; Friedberg, Erhard. *L'acteur et le système*. Paris : Seuil, 1977.

Fassier, Jean-Baptiste ; Gréa, Jean-Noël. *Management subsidiaire et engagement des soignants*. Paris : PUF, 2022.

Marsan, Christine. *Réussir le changement*. Bruxelles : De Boeck, 2015.

Génélot, Daniel. *Manager dans la complexité*. Paris : Insep Consulting Éditions, 2001.

Méthodologie projet et compétences

Boutinet, Jean-Pierre. *Psychologie des conduites à projet*. Paris : PUF, 2014.

Le Boterf, Guy. *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris : Éditions d'organisation, 2013.

Marchat, Hugues. *Le kit du chef de projet*. Paris : Eyrolles, 2015.

Nére, Jean-Jacques. *Le management de projet*. Paris : PUF, 2012.

Mintzberg, Henry. *Ce que font vraiment les managers....* Paris : Vuibert, 2014.

Wenger, Etienne ; Lave, Jean. *Les communautés de pratiques*. Presses Universitaires Laval, 2005.

Pastré, Pierre. *La didactique professionnelle : approches et concepts*. Paris : PUF, 2011.

Données institutionnelles, droit et réglementation

CNIL. *Délibération n° 2017-316 autorisant la création de l'EDS AP-HP*. 2017.

DREES. *État des lieux des professions paramédicales en tension*. Paris : Ministère de la Santé, 2022.

JORF. Décret n°2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes exclusifs IBODE. Journal Officiel de la République Française.

JORF. Décret n°93-345 du 15 mars 1993 relatif au diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire. Journal Officiel de la République Française.

JORF. Décret n°2022-732 du 27 avril 2022 conférant le grade de master au diplôme IBODE. Journal Officiel de la République Française.

JORF. Décret du 25 octobre 2024 relatif au dispositif transitoire d'autorisation des actes IBODE. Journal Officiel de la République Française.

JORF. Arrêté du 22 octobre 2001 relatif à la formation IBODE. Journal Officiel de la République Française.

JORF. Arrêté du 27 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme IBODE. Journal Officiel de la République Française.

RESAH. Guide pratique – Attirer et fidéliser les professionnels de santé. Paris : RESAH, 2023.

Cours et supports pédagogiques

Autissier, David. *Cours de conduite du changement*, Master 2 MOS, ESM-UPEC, 2025.

Guin, Christophe. *Pilotage médico-économique et gouvernance hospitalière*, Master 2 MOS, Université Paris-Est Créteil, 2025.

Esteve, Marie-Jeanne. *Savoir mener un projet*, support ODP, ESM-UPEC, 2025.

UPEC / ESM. *Affirmer son leadership*, support pédagogique interne, Master 2 MOS, 2025.

ANNEXES

Table des annexes :

Annexe 1 – Lettre de mission

Annexe 2 – Fiche métier IBODE (Infirmier de bloc opératoire diplômé d'État)

Annexe 3 – Questionnaire diffusé et réponses des IBODE / IDE

Annexe 4 – Questionnaire diffusé et réponses des cadres de santé de filière IBODE

Annexe 1 - Lettre de mission

Logo institution	Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2024-2025	  
------------------	---	---

Désignation du projet	« Stratégies d'amélioration de la qualité de vie au travail pour accroître l'attractivité et la fidélisation des infirmiers de bloc opératoire »
Commanditaire	Madame Aurélie ROLLAND, Directrice de soins, hôpital Pitié-Salpêtrière AP-HP, Sorbonne Université
Nom du responsable du projet	Madame Alexandra FAVRE, Cadre supérieur IBODE
Missions du responsable de projet	<u>Mots-clés</u> On retrouve les grands chapitres du projet Constitution-Organisation-Coordination Outils utilisés-Communication Evaluation réajustement
Moyens alloués	Temps dédié au pilotage du projet Aide des cadres soignants, secrétariat Logiciel-structure-locaux Logistique, service communication
Modalités de reporting	COPIL du projet-Comité de direction CME Conseil de pôle-CE Réunion CR bilan étape intermédiaire, Tableau de bord (identifier les indicateurs pertinents) <u>Indicateur de pilotage</u>

Logo institution	Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2024-2025	  
------------------	---	--

Durée	Moyen terme : 2 ^e semestre, On réajuste avec un gant
Documents de référence	Projet établissement Projet médical Projet de soins CR certification Documents législatifs (lois, circulaires) Projet quinquennal APHP Documents institutionnels ayant une importance avec le projet

Date : 09/12/2024

Signature du commanditaire


Aurélia ROLLAND
Directrice des soins
GHU AP-HP Sorbonne Université
Pitié-Salpêtrière

Signature du responsable de projet


Alexandra FAVRE
Coordinatrice des blocs CEL 998
Hôpital Universitaire Pitié-Salpêtrière
Groupe hospitalier AP-HP, Sorbonne Université
47-63, boulevard de l'hôpital, 75 013 Paris
01 84 82 75 33 / 06 37 20 44 03
alexandra.favre@aphp.fr

Annexe 2 – Fiche métier IBODE (Infirmier de bloc opératoire diplômé d'État)

Source : Ministère de la Santé – Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie, FPH



sante.gouv.fr

[Accueil](#) > [Métiers et concours](#) > [Les métiers de la santé](#) > [Le répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie - fonction publique \(FPH\)](#) > [Les métiers par familles de métiers](#) > [Soins](#) > [Soins infirmiers](#) > [Infirmier\(ère\) de bloc opératoire \(IBODE\)](#)

Infirmier(ère) de bloc opératoire (IBODE)

Code métier : 05C20

Informations générales

Définition :

Organiser, réaliser des soins et des activités, en équipe pluridisciplinaire, 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 préventive, diagnostique et/ou thérapeutique.

Mettre en œuvre des mesures d'hygiène et de sécurité en tenant compte du contexte opératoire, 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 et aux ressources disponibles

Mettre en œuvre les actes et activités relevant de sa compétence exclusive

Autres appellations :

Panseur(euse) - Circulant(e),
Instrumentiste.

Prérequis réglementaires pour exercer le métier :

Diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire.

Activités

- Contrôle, préparation, présentation et utilisation des dispositifs médicaux stériles et non stériles
- Elaboration et mise en œuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés en équipe pluridisciplinaire
- Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire
- Gestion d'équipements, de dispositifs médicaux et de produits au bloc opératoire et dans les secteurs associés et proposition d'actions
- 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
- Participation à la formation, à la supervision et à l'information de nouveaux personnels, étudiants et apprenants
- Participation aux démarches RSE et « blocs verts »
- Participe à l'organisation et à la coordination des soins infirmiers en salle d'intervention en équipe pluridisciplinaire
- Réalisation de gestes techniques dans le cadre de son exercice exclusif
- Réalisation de mesures de qualité et de sécurité au bloc opératoire et dans les secteurs associés
- Réalisation de soins auprès d'une personne bénéficiaire d'une intervention en équipe pluridisciplinaire
- Réalisation de soins et d'activités liées à l'intervention et au geste opératoire en équipe pluridisciplinaire
- Réalisation et contrôle de mesures d'hygiène en bloc opératoire et dans les secteurs associés
- Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés
- Transmission d'information, organisation, planification en bloc opératoire
- Veille et recherche professionnelle

Savoir-Faire

- Analyser la qualité et la sécurité en bloc opératoire et en salle d'intervention, déterminer les mesures appropriées
- Concevoir et mettre en œuvre des modes de prise en charge des personnes adaptés aux situations rencontrées en bloc opératoire
- Concevoir, formaliser et adapter des procédures / protocoles / modes opératoires / consignes relatives à son domaine de compétence
- Informer et former des professionnels dans les secteurs interventionnels et secteurs associés
- Mettre en œuvre des techniques et des pratiques adaptées au processus opératoire en équipe pluridisciplinaire
- Organiser et coordonner des activités de soins, de la démarche qualité et prévention des risques dans les secteurs interventionnels et secteurs associés
- Organiser et coordonner les activités de soins liées au processus opératoire
- Participer à la mise en œuvre des techniques complexes d'assistance chirurgicale au cours d'actes invasifs à visée diagnostique et/ou thérapeutique
- Prendre en charge et mettre en œuvre des activités de prévention et de soins en lien avec des actes invasifs à visée diagnostique et/ou thérapeutique
- Réaliser une veille professionnelle, des travaux de recherche et conduire des démarches d'amélioration des pratiques
- Rechercher, traiter et produire des données professionnelles et scientifiques
- Utiliser, mettre en œuvre des techniques et des pratiques adaptées à la chirurgie abdomino-pelvienne et vasculaire
- Utiliser, mettre en œuvre des techniques et des pratiques adaptées à la chirurgie ostéo-articulaire
- Utiliser, mettre en œuvre des techniques et des pratiques adaptées à la chirurgie vidéo-assistée et à la microchirurgie

Connaissances requises

Description	Niveau de connaissance
Anatomie, physiologie	Connaissances approfondies
Communication et relation d'aide	Connaissances opérationnelles
Éthique et déontologie professionnelles	Connaissances opérationnelles



Gestion du stress	Connaissances opérationnelles
Hygiène hospitalière et Prévention des infections nosocomiales	Connaissances approfondies
Médicales générales et/ou scientifiques	Connaissances approfondies
Méthodes de recherche en soins	Connaissances approfondies
Numérique	Connaissances opérationnelles
Organisation du travail	Connaissances opérationnelles
Réglementation en hygiène, sécurité et conditions de travail	Connaissances approfondies
Risques et vigilances	Connaissances approfondies
Soins	Connaissances approfondies
Stérilisation	Connaissances approfondies
Techniques et organisation des soins en bloc opératoire	Connaissances approfondies

- Connaissances approfondies :
Connaissances théoriques et pratiques approfondies dans un champ donné. Maîtrise des principes fondamentaux du domaine, permettant la modélisation. Une partie de ces connaissances sont des connaissances avancées ou de pointe. Durée d'acquisition de 2 à 4/ 5 ans.
- Connaissances opérationnelles :
Connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et procédés, des matériaux, des instruments, de l'équipement, de la terminologie et de quelques idées théoriques. Ces connaissances sont contextualisées. Durée d'acquisition de quelques mois à un / deux ans.

Informations complémentaires

Relations professionnelles les plus fréquentes :

Personnel médical, de maieutique et chirurgical,
Pharmaciens et personnel de stérilisation,
Manipulateurs en électroradiologie médicale,
Services biomédical, logistiques et magasins,
Personnel des laboratoires,
Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales,
Cadres formateurs pour l'encadrement des étudiants et apprenants,
Infirmier anesthésiste diplômé d'état,
Brancardiers,
Equipe opérationnelle d'hygiène.

Nature et niveau de formation pour exercer le métier :

Diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire.

Correspondances statutaires éventuelles :

Corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés (Grade 2 et 3)
(Personnel de catégorie A),
Corps en voie d'extinction (catégorie active).

Passerelles (à diplôme équivalent / avec formation supplémentaire) :

Formateur des professionnels de santé,
Hygiéniste,
Coordinateur de prélèvement ou de transplantation d'organe,
Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales.

Questionnaire sur l'attractivité et la fidélisation des IBO(DE)

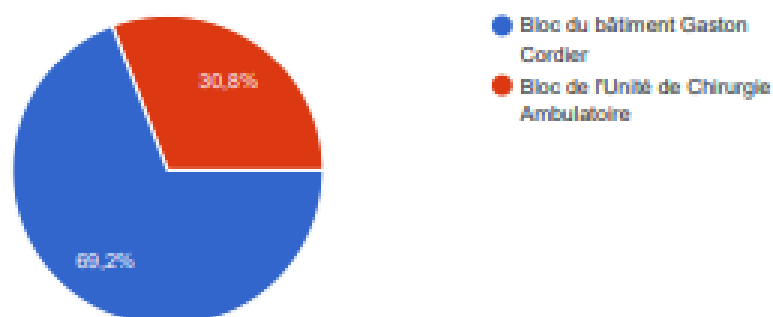
26 réponses

[Publier les données analytiques](#)

Informations générales

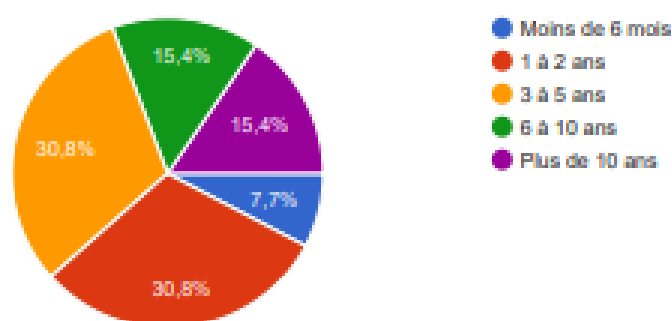
Dans quel bloc exercez vous ?

26 réponses



Depuis combien de temps exercez vous dans votre bloc actuel ?

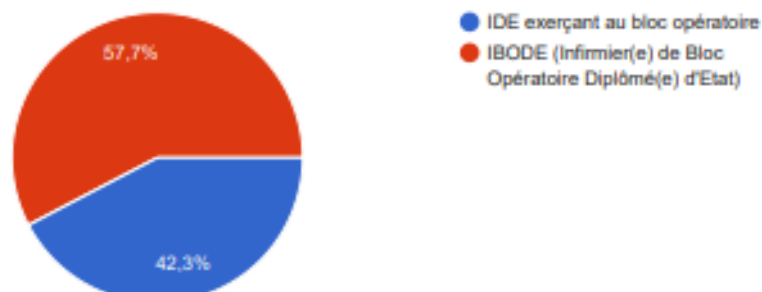
26 réponses



Quel est votre statut actuel ?

[Copier](#)

26 réponses

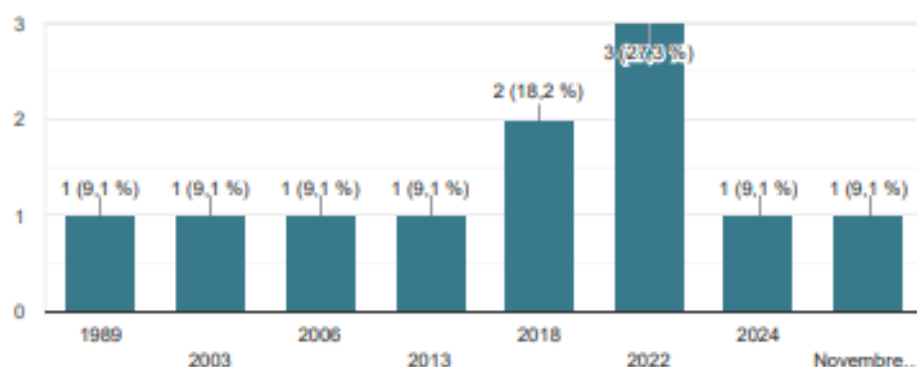


Date de diplomation IDE

Pouvez-vous préciser l'année d'obtention de votre diplôme d'IDE ?

[Copier](#)

11 réponses

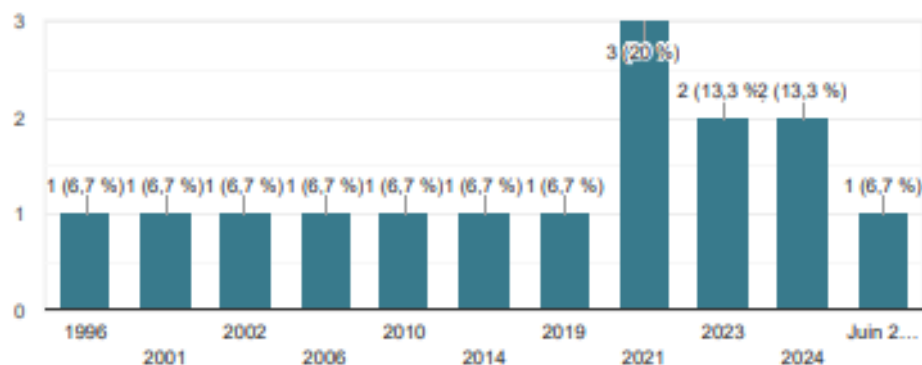


Date de diplomation IBODE

Pouvez-vous préciser l'année d'obtention de votre diplôme d'IBODE ?

[Copier](#)

15 réponses

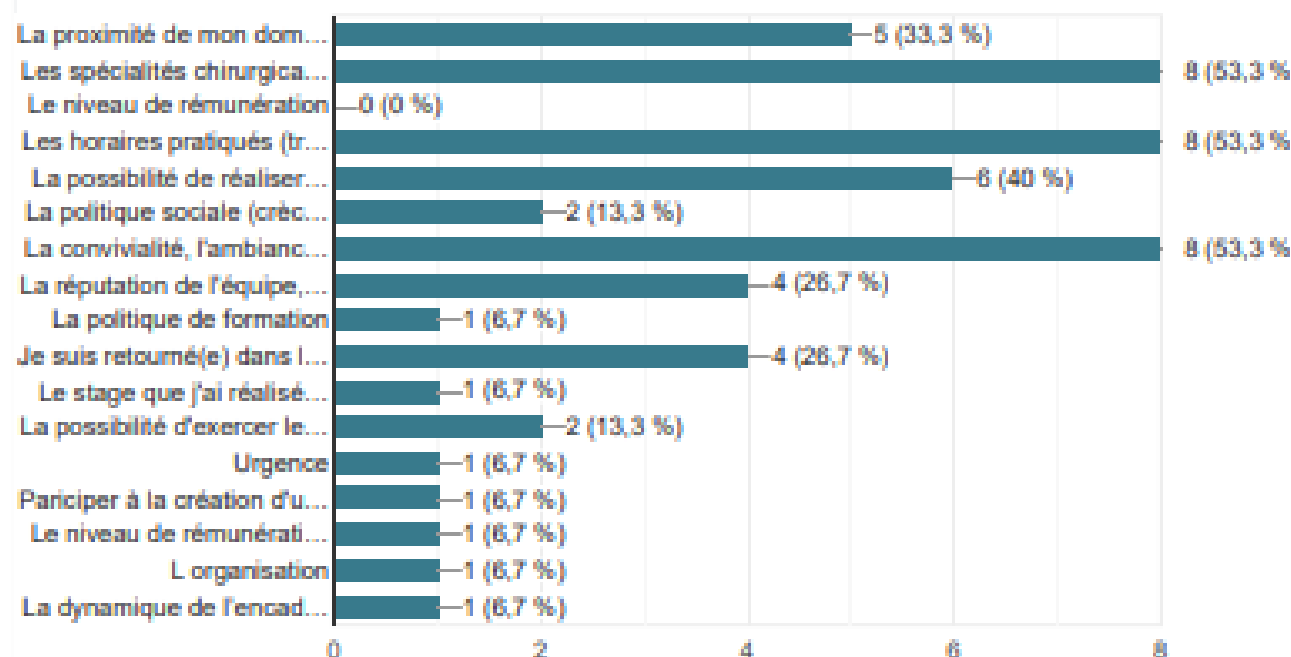


Facteurs influençant l'attractivité des IBODE

Parmi les éléments suivants, lesquels ont été déterminants dans votre choix d'exercer votre poste actuel d'IBODE ? (Cochez jusqu'à 3 réponses)

 Copier

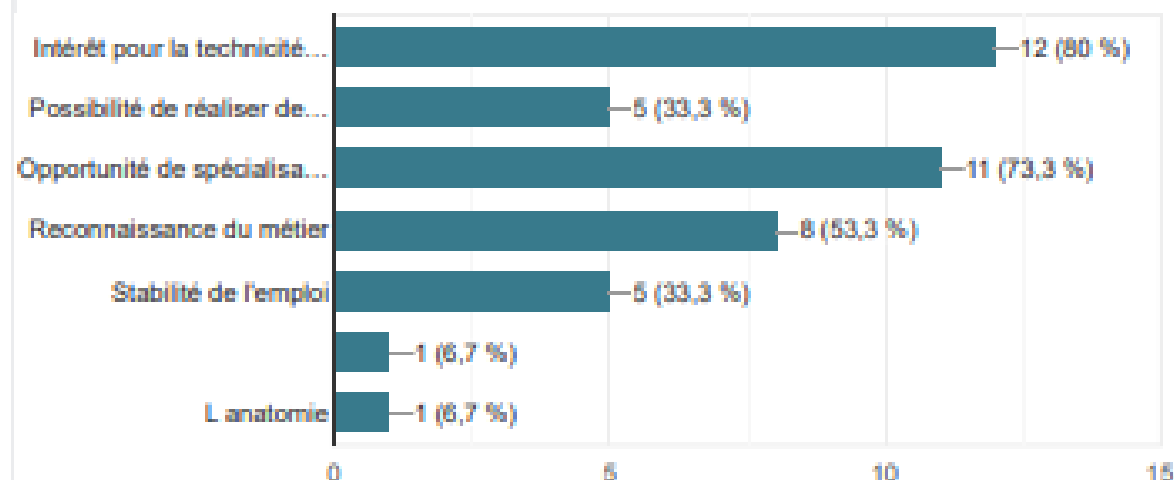
15 réponses



Pourquoi avez-vous choisi de devenir IBODE ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

 Copier

15 réponses



Entre votre fonction actuelle et vos attentes concernant le métier d'IBODE, quelles sont les principales différences que vous constatez ?

10 réponses

Aide opératoire, meilleurs connaissances théoriques et pratiques, tâches transversales

Pas assez d'instrumentation et d'aide op

Aucune

À mon lieu d'exercice, j'ai découvert que les chirurgiens ne veulent pas une IBODE qui est capable de faire de l'aide opératoire, mais juste "une ouvre-boîtes" un peu plus compétente.

Instrumentiste

Circulant

Aide opératoire de temps en temps

Le rôle d'aide opératoire est peu pratiqué à l'hôpital

L organisation et l accès à la formation

Le manque de considération, le manque de soutien de la hierarchie

Pas de fonctions aide opératoire

Dans un contexte de Chu : le rôle d'aide opératoire est difficilement possible. La rémunération au retour de l'école est décevante, même si par la suite elle évolue de façon favorable.

Pas de différence car j'ai travaillé en tant qu'ibo dans le même bloc avant donc je savais ce qui m'attendait

Selon vous, quels sont les principaux atouts du métier d'IBODE aujourd'hui ?

13 réponses

Spécificités, expertise dans son domaine, sécurité, anticipation, et une activité qui n'est pas monotone

Les actes exclusifs

Technicité, adaptation, polyvalence

La polyvalence, leadership de la salle d opération

Le travail en multidisciplinaire

Connaissances chirurgicales, hygiène, former les nouvelles

Les connaissances théoriques apprises à l école.

Responsabilité

L acquisition de nouvelles connaissances et techniques

La collaboration avec la pharmacie

La diversité

La polyvalence

Spécialisation dans différents domaines reconnaissances salariales

Connaissances et technicités

Travail en collaboration étroite avec les chirurgiens et l'équipe d'anesthésie.

Forte demande à travers l'offre d'emploi.

Spécialités chirurgicales variées : C'est un métier où l'on apprend chaque jour, qui n'est pas routinier, évolution des pratiques, des techniques opératoires.

La technicité du métier

La possibilité de réaliser des actes exclusifs

Pouvoir évoluer

Être spécialiste de mon domaine

Selon vous, quelles sont les principales difficultés que rencontrent les IBODE dans leur exercice quotidien ?

14 réponses

Reconnaissance auprès de de nos collègues paramédicaux et médicaux. Exclusivité de la profession. Spécialisation méconnue des étudiants infirmiers.

Le fait d'être comparé à un externe

Pénurie du personnel

Mauvaise organisation,

Reconnaissance par les autres professionnels et soutien

Exercer les actes exclusifs

Dévalorisation du métier par certains collègues anesthésistes/iade/chir qui nous voient comme des ouvres boîtes sans réelle réflexion

Le climat professionnel et politique actuel nous a montré qu'il n'y a pas de reconnaissance du métier IBODE. Les chirurgiens nous ont refusé toute demande de formation à l'aide opératoire, par exemple, et l'administration nous traite juste comme des pions qui ne méritent pas la moindre dépense.

Peu de reconnaissance au quotidien

Penibilité du travail (station debout)

Le temps non dégagé pour la mise en place de projets

Le manque d écoute, la rémunération

Pénibilité du travail station debout reconnaissance de la profession

Charge de travail dense, multiplicité des tâches, interruption de tâche.

La charge de travail qui peut varié

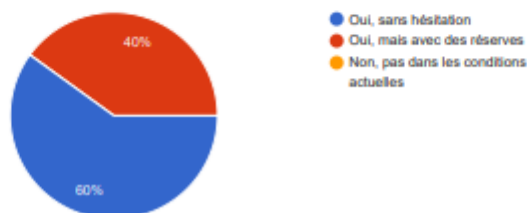
Les TMS

La reconnaissance de certains chirurgiens

Recommanderiez vous votre métier à un(e) IDE souhaitant se spécialiser ?

 Copier

15 réponses



Oui, mais avec des réserves

Quelles seraient ces réserves ?

5 réponses

Le manque de reconnaissance, la différence le salaire pas intéressant

Tout dépend de ce qu'elle attend de cette formation. Ça peut lui ouvrir des portes comme en fermer (difficile de retourner dans les soins après)

Comprendre que leur effort de spécialisation ne sera pas automatiquement récompensé ni financièrement, ni moralement.

Selon les lieux d'exercice les procédures varient et la place de l'IBODE n'est pas toujours épanouissant

Les réserves seraient de ne pas forcément faire l'école après le diplôme d'infirmière

Les horaires, le choix des spécialités,

Facteurs influençant l'attractivité des IBODE

Quels seraient, selon vous, les 3 principaux leviers pour améliorer l'attractivité du métier d'IBODE ?

14 réponses

Formation (école, DU, congrès)
Intégration au sein des équipes (tutorat)
Rémunération

La valorisation du métier, mettre en valeur le rôle d'aide op

Salaire, exclusivité de fonction, spécialisation

Valorisation des Actes exclusifs, nbi à l'équivalent des iade, obligation du diplôme d'IBODE pour exercer au bloc op

Organisation, encadrement

Salaire, et planning

Être traités comme des partenaires dans une équipe et pas juste comme des subordonnés bêtes.
Être mieux récompensés financièrement, spécialement dans la situation actuelle de manque de personnel de bloc opératoire. (Par exemple des répliques comme "Travaillez plus si vous voulez être payé plus" donné pas un DS il n'y a pas très longtemps dans une situation de signalement de manque importante de personnel, ne font pas le métier trop attractif).

La revalorisation salariale
La reconnaissance professionnelle

Formation accompagnement et reconnaissance pour la mise en place de procédures

Une rémunération plus importante

Le salaire, les formations,

Salaire horaires reconnaissance

Rémunération, reconnaissance du diplôme, financement des études

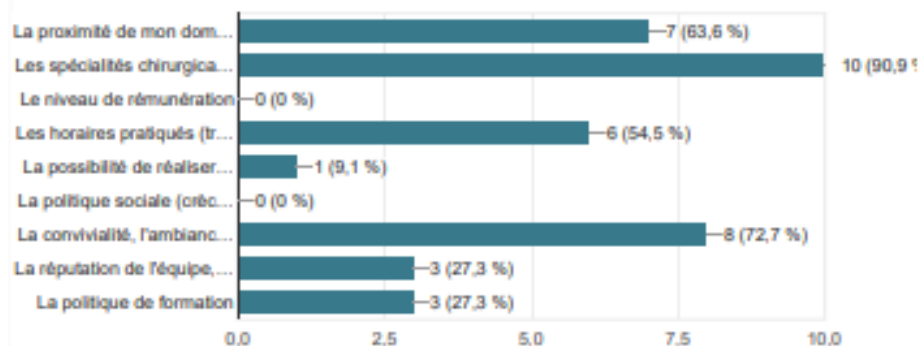
La rémunération
La diminution d'intérimaire non qualifié (car charge de travail supplémentaire)
La reconnaissance de certains médecins

Facteurs influençant l'attractivité des IBO(DE)

Parmi les éléments suivants, lesquels ont été déterminants dans votre choix d'exercer votre poste actuel d'IBO ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

 Copier

11 réponses



Pourquoi avoir choisi un poste au bloc opératoire ?

8 réponses

La pluridisciplinarité bloc urgences

Service intéressant et enrichissant

Technicité et évolution

Je suis une ancienne aide soignante de bloc opératoire

Parcours fléchés pour les IDE en promotion professionnelle

Projet professionnel

Évoluer

Métier technique

Angoisse du patient à gérer

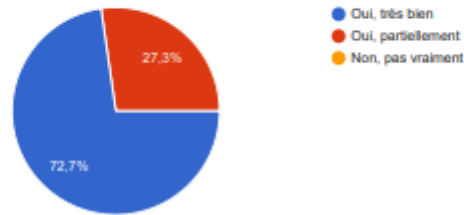
Spécialité séparée à Gaston cordier

Pas de nuits ni week end dans la spécialité

Connaissez vous les missions et les compétences spécifiques des IBODE ?

[Copier](#)

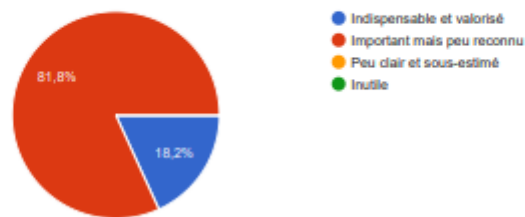
11 réponses



Comment percevez vous le rôle des IBODE au sein du bloc opératoire ?

[Copier](#)

11 réponses



Selon vous, en quoi le métier d'IBODE se distingue-t-il d'un IDE exerçant au bloc opératoire ?

9 réponses

Acte exclusif

L'expérience, les connaissances acquises

Les connaissances et expériences

Par les connaissances et compétences multidisciplinaire, par la posture.

Les actes exclusives

Le diplôme de IBODES

Les connaissances acquises lors de la formation

Pas grande différence, une IDE ne peut pas être aidé opératoire

Les mesures transitoires

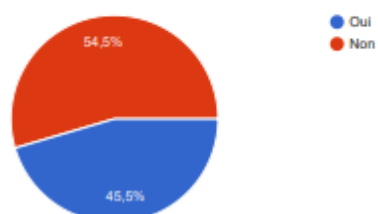
Rien

Compétence en plus légale

Y a t'il des différences au sein de votre bloc entre les mission d'un(e) IBODE et les missions d'un(e) IBO ?

[Copier](#)

11 réponses



Pouvez-vous préciser lesquelles ?

2 réponses

Le tutorat.

Les actes exclusives:

Fixation des drains

Aide à l'exposition

L'aspiration

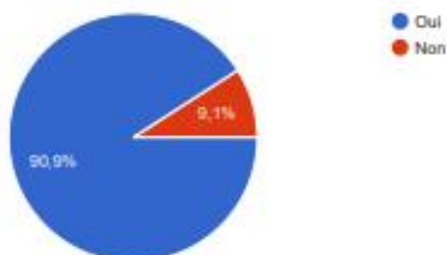
Les sutures cutanée lors de la fermeture cutanée.

Formation au diplôme d'IBODE

Êtes-vous informé des modalités de formation au diplôme d'IBODE ?

[Copier](#)

11 réponses



Envisagez vous de préparer le concours d'entrée à la formation au diplôme d'IBODE ?

[Copier](#)

11 réponses



Vous n'envisagez pas de vous préparer au concours d'entrée à la formation au diplôme d'IBODE

Pourquoi cela ne vous intéresse pas ?

3 réponses

Retraité l'année prochaine

Retraire bientôt

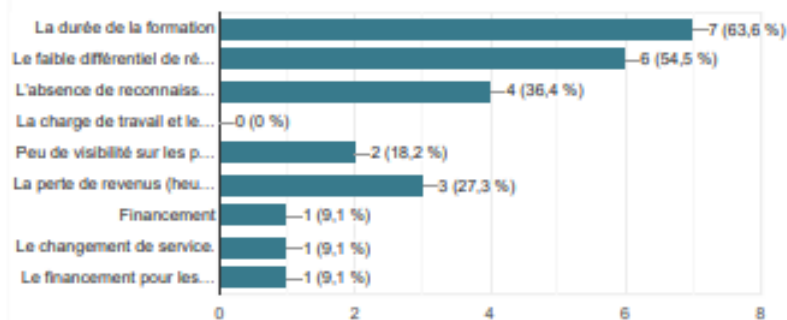
Je n'y voit pas d'intérêt

Freins à la spécialisation d'IBODE

Quels sont, selon vous, les principaux freins à la spécialisation IBODE ? (Cochez jusqu'à 3 réponses)

[Copier](#)

11 réponses

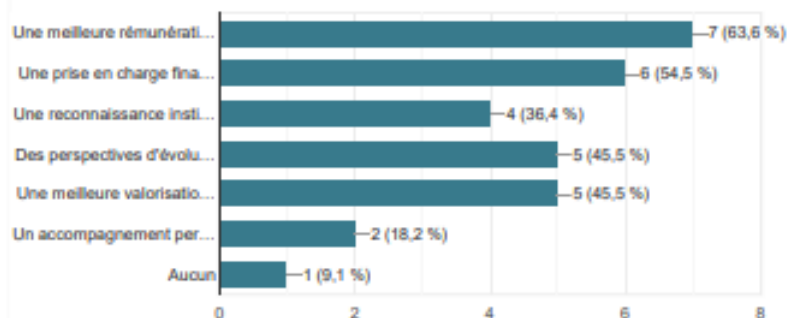


Motivations à la spécialisation d'IBODE

Quels sont, selon vous, les éléments qui pourraient vous encourager à devenir IBODE ? (Cochez jusqu'à 3 réponses)

[Copier](#)

11 réponses

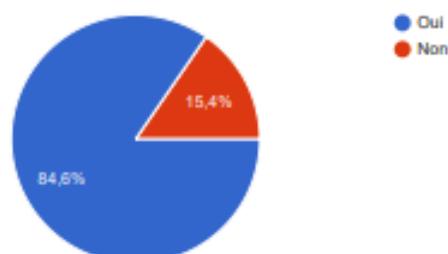


Attractivité de l'hôpital

Est-ce que vous considérez votre hôpital comme attractif (avoir envie d'y travailler)

[Copier](#)

26 réponses

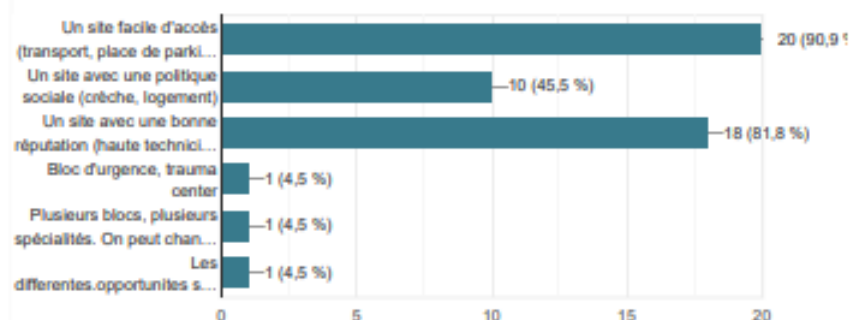


Attractivité de l'hôpital

Si oui, quels sont, selon vous, les facteurs d'attractivité de votre hôpital dans la liste ci-dessous ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

[Copier](#)

22 réponses



Attractivité de l'hôpital

Si non, pourquoi ?

4 réponses

Au sein du Bloc des urgences, pas de communication avec cadre actuelle.

D'autres hôpitaux ont trouvé des moyens de payer mieux leur personnel (des primes, des forfaits, des tarifs horaires majorés etc). La Pitié Salpêtrière a refusé catégoriquement de faire le moindre effort. Par exemple, depuis 2021 jusqu'à novembre 2024 chaque DG d'un hôpital avait la possibilité de déclarer le métier IBODE comme métier en précarité et les tarifs des heures supplémentaires et d'astreinte aurait augmenté de 50%. À la Pitié Salpêtrière ça n'a pas été fait. D'autres hôpitaux ont des forfaits d'astreinte en plus du tarif horaire de l'astreinte.

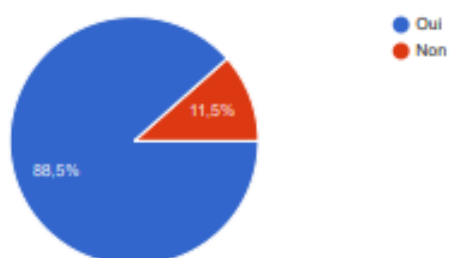
Problèmes administratifs

Horaires en 12 heures pour éviter de venir trop souvent et éviter les heures supp

Est-ce que vous considérez le bloc où vous exercez comme attractif ? (envie d'y travailler)

[Copier](#)

26 réponses

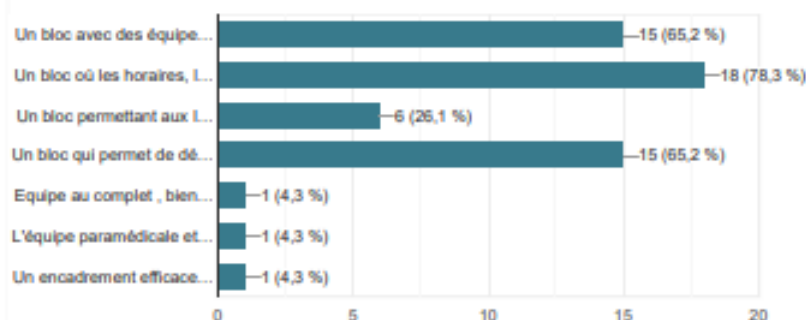


Attractivité du bloc

Si oui, quels sont, selon vous, les facteurs d'attractivité de votre bloc dans la liste ci-dessous ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

[Copier](#)

23 réponses



Attractivité du bloc

Si non pourquoi ?

3 réponses

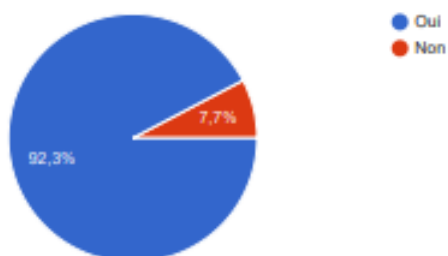
- Communication et convivialité nulle depuis quelques années
- Manque de respect principalement
- Ortho boîtes lourdes spécialité exigeante et difficile

Attractivité de votre équipe

Est-ce que vous considérez votre équipe comme attractive ? (avoir envie de travailler avec)

 Copier

26 réponses

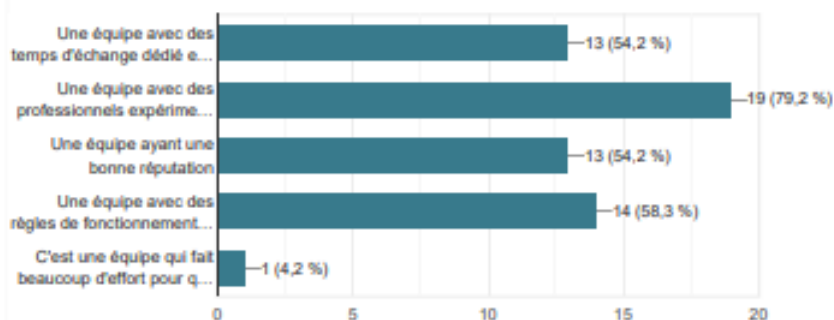


Attractivité de votre équipe

Si oui, quels sont, selon vous, les facteurs d'attractivité de votre équipe ?

 Copier

24 réponses



Attractivité de votre équipe

Si non, pourquoi ?

2 réponses

Mauvaise ambiance, chacun pour soi, pas de travail d'équipe

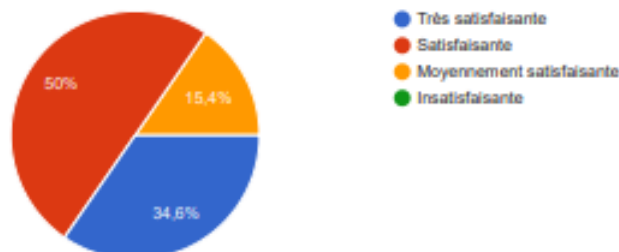
Peu de bienveillance
Esprit équipe peu soudée

Conditions de travail et motivation

[Copier](#)

Comment évaluez vous votre qualité de vie au travail ?

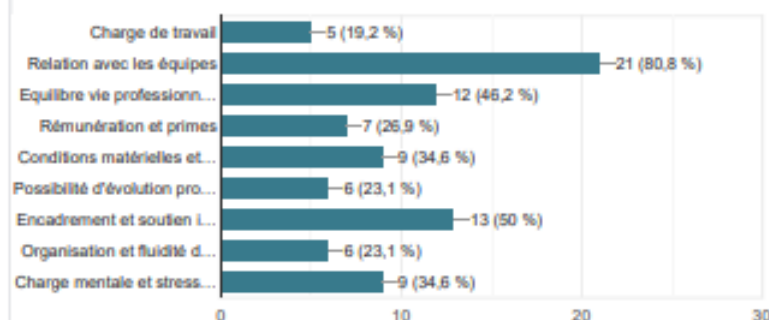
26 réponses



Quels sont les facteurs qui influencent le plus votre bien être au travail ? (Cochez jusqu'à 3 réponses)

[Copier](#)

26 réponses

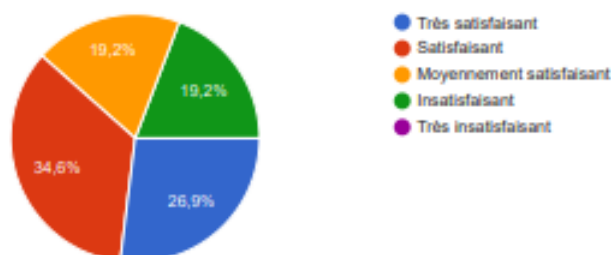


Salle de détente

Comment évaluez vous l'aménagement et l'accessibilité de la salle de détente dans votre bloc opératoire ?

[Copier](#)

26 réponses



Si vous évaluez l'aménagement et l'accessibilité de la salle de détente dans votre bloc opératoire moyennement satisfaisant, insatisfaisant, très insatisfaisant

Pourquoi ?

10 réponses

Salle de détente petite. Cloisement des équipes IADE, IBODE, médicaux. Chaque équipe à sa propre détente. Cela a un impact sur l'ambiance.

Car il manque des choses

Salle de détente sale, pas de machine à café, et pas de vaisselle

Absence fontaine à eau . Petite surface.

Pas de fontaine à eau / peu d'espace pour manger

Elle n'a pas été renouvelée depuis très longtemps, certains équipements ne fonctionnent plus bien et elle est petite. La dernière n'est pas facile à corriger.

Trop petite

Trop petit

Mal conçu, manque de modernité...

Trop petite

Pas de canapé

Pas de fenêtre ouverte

Pas de terrasse

Fontaine à eau

Distributeur a gâteaux sandwich

Salle de détente

Quels aménagements ou améliorations souhaiteriez vous voir dans la salle de détente ?

20 réponses

Une salle de détente grande et spacieuse et unique pour toutes les équipes et toutes les professions confondues

Machine à café (à dosette), plus d'espace, de la vaisselle.

Avoir une machine à café à dosettes, avoir de la vaisselle, avoir de l'espace

Distributeur à collation

Fontaine à eau

Salle plus accueillante, moderne , rénovée

Aucunes

Avoir une fontaine à eau dans toutes les salles de détente

Rénovation, il y a peu de temps. Ras

Avoir plus de placard

Même si la solution n'est pas facile, une salle plus grande saurais mieux. Remplacer l'équipement qui fonctionne mal et même un remplacement du mobilier saurais pas mal.

Plus grande

Un grand réfrigérateur

Plus d'espace et plus de confort

Une salle de détente plus grande.
Un nettoyage de la salle de détente équitable.

Une fontaine à eau

Plus moderne, mieux équipé...

Distributeur et fontaine a eau

Ménage de la salle fait régulièrement par tout le monde

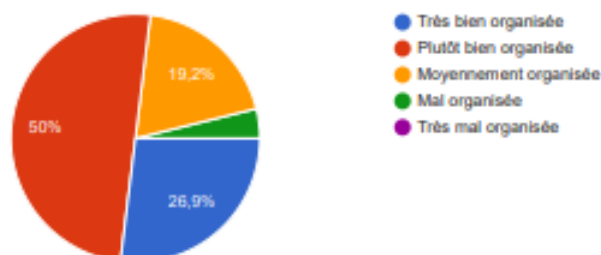
Plus de vaisselles

Organisation des plannings

Comment évaluez vous l'organisation des plannings ?

[Copier](#)

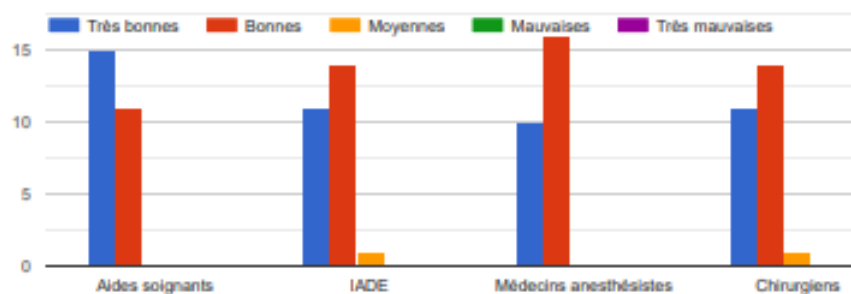
26 réponses



Relations interprofessionnelles

Comment évaluez vous vos relations professionnelles avec les autres acteurs du bloc opératoire ?

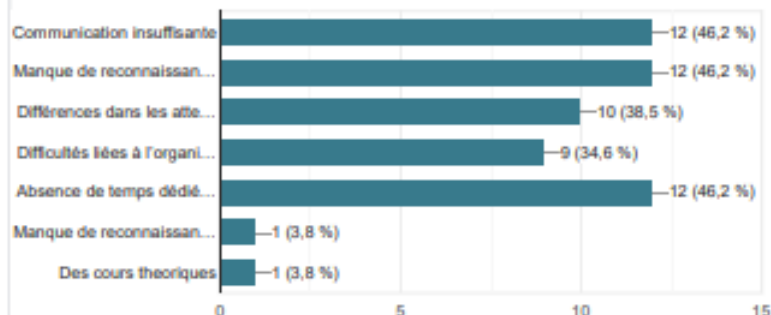
[Copier](#)



Quels sont, selon vous, les principaux défis liés aux relations interprofessionnelles ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

[Copier](#)

26 réponses



Quels leviers d'amélioration proposeriez vous pour améliorer la collaboration interprofessionnelle au bloc ?

15 réponses

Des réunions

Plus de réunion avec l'encadrement

Avoir un DECT par salle

Temps d'échanger, debriefings en cas de problème

Respect mutuel et communication

Réunions interprofessionnelles plus fréquentes

Malheureusement je ne sais pas comment faire évoluer les mentalités

Travailler ensemble sur des projets.

Nous aimerons de ne pas faire reposer sur nous la responsabilité de compenser le manque de personnel.

Réunion avec les différents professionnels.

Intégrer dans la charte de bloc les axes de collaboration entre les différents acteurs

Sourire

Meilleure communication entre les différentes équipes

Séance de simulation interprofessionnelle et pluridisciplinaire, idem pour le bloc des erreurs.

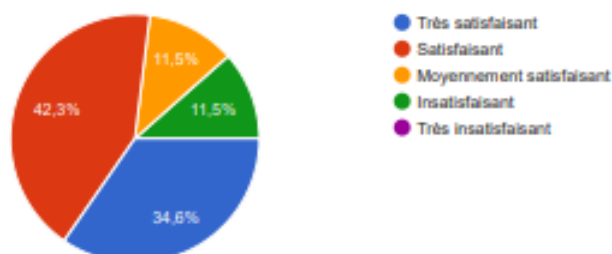
Tout est mis en place déjà dans mon bloc. Juste plus de reconnaissance des médecins

Encadrement et soutien institutionnel

Comment évaluez vous le soutien apporté par votre encadrement ?

 Copier

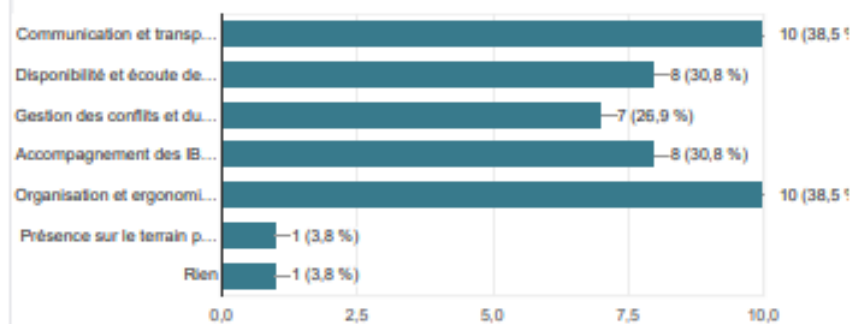
25 réponses



Quels aspects du management au bloc opératoire mériteraient d'être améliorés ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

 Copier

26 réponses



Avez-vous des suggestions pour améliorer la relation entre les IBO(DE) et leur encadrement ?

9 réponses

Plus de réunion, d'échange, transparence

Plus de réunion avec l'encadrement, plus de communication et de transmission

Réunion mensuelle, ouverture d'échange réciproque

Aucune

N'ayant pas de problème avec l'encadrement, je ne vois pas quelle solution proposée

Ras

Entretien annuel plus fréquent

Entretien annuel sur les formations

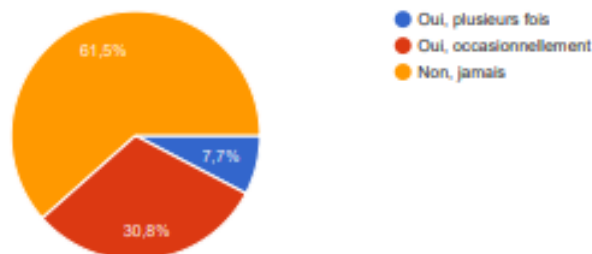
Plus de réunions de cours théoriques

Facteurs influençant la fidélisation des IBO(DE)

Avez-vous déjà envisagé de quitter votre poste actuel ?

[Copier](#)

26 réponses

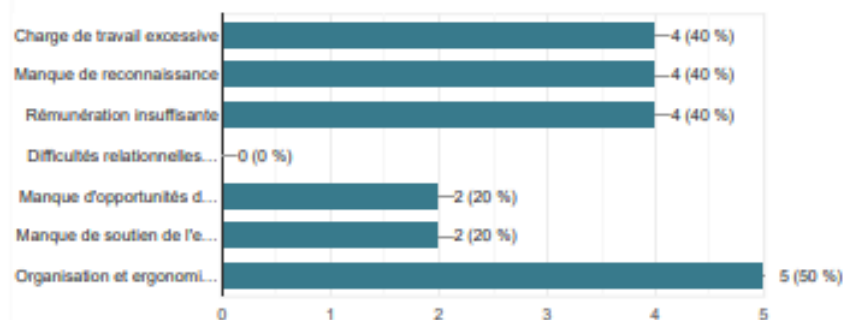


Vous avez déjà envisagé de quitter votre poste actuel plusieurs fois ou occasionnellement

Quelles sont les raisons principales ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

[Copier](#)

10 réponses

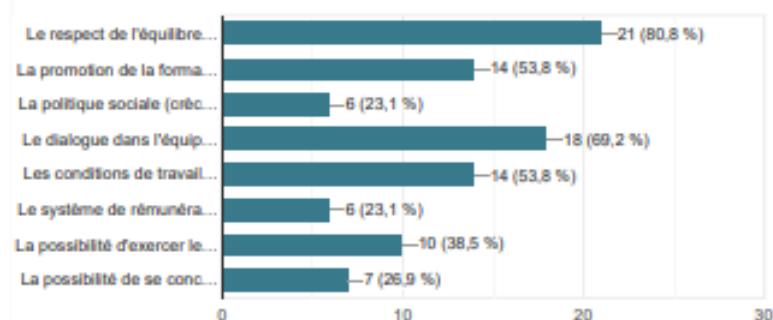


Facteurs influençant la fidélisation des IBO(DE)

Selon vous, parmi les propositions ci-dessous, lesquelles sont les plus importantes pour rester dans une équipe, un bloc ? (Cochez jusqu'à 3 réponses)

[Copier](#)

26 réponses



Quels sont, selon vous, les aspects positifs à préserver dans votre environnement de travail actuel ?

16 réponses

Respect du planning et des congés

L'équipe

Échange, communication et bonne relation avec équipe

Respect de l'organisation et de la charte opératoire par tous les intervenants

La formation continue, le travail en 10h, un encadrement accessible

Le confort du bloc

La communication, le sourire et les petites blagues

Le travail en équipe et l'encadrement

La bienveillance des membres de l'équipe

Une bonne entente avec les différentes catégories professionnelles

Les journées de 9h

Diversité des disciplines

La prise en charge du patient

La modernité des locaux

L'organisation

Les rangements

Les relations sociales dans une équipe

Exigence qualité

Salle de détente agréable et propre.

Grand placard de rangement pour le consommable, et facile d'accès.

Casier (vestiaires) neuf et agréable.

Les relations interprofessionnelles

Quels changements concrets proposeriez vous pour améliorer votre quotidien professionnel ?

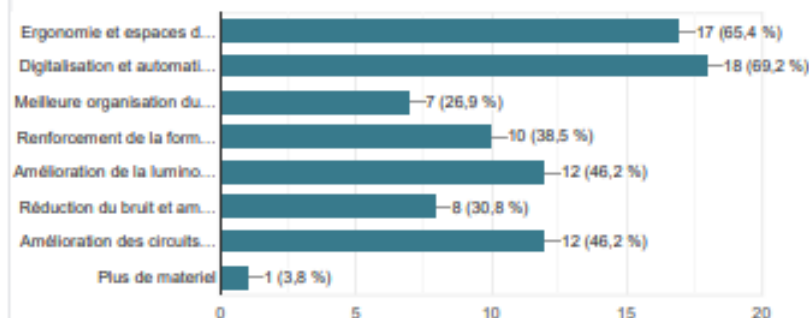
11 réponses

- Plus de matériel fonctionnel !!! (ampli réservé au bu, une deuxième colone, ...)
- Plus de réunion intra équipe , et plus de matériel
- Architecture bloc et galerie stérile
- Aucun
- Avoir une personne dédiée à la stérilisation pour refaire les ancillaires, qui ne soit pas forcément partie de l'équipe.
- Plus de temps de dialogues entre equipe.
- Amélioration de la rémunération pour débiter
- Envoyer le personnel en formation extérieur plus souvent
- Des formations
- Fiches opératoires
- Poids des boîtes allégé
- Grande galerie stérile automatisée avec robot et listing numérique des dates de péremption
- Salle de détente plus spacieuse, arsenal stérile plus spacieux et ergonomique.
- Davantage de lumière naturelle.
- Toilette à proximité des salles de pauses.
- Distributeur automatique (boissons, confiseries) dans les salles de pauses ou à l'entrée du bloc (évite au personnel de sortir).

 Copier

Quels éléments souhaitez vous voir intégrer dans la conception d'un bloc opératoire du futur ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

26 réponses



Quels changements organisationnels souhaiteriez vous voir au sein du bloc opératoire du futur ?

10 réponses

Plus de matériel, un encadrement transparent, une équipe de fixe et le travail en 12h

Plus de transparence avec l'encadrement, matériel adapté, et bonne relation intra équipe.

Aucune

Une personne supplémentaire dédiée à la stérilisation. Il faut que l'équipe complète reste en salle

Ras

- Fermeture du mois d'août réduit à 3 semaines au lieu de 4
- Luca est un service très organisé.
- Augmenter le nombre de personnel.

De la lumière naturelle

Les outils de traçabilité

Automatisation

Meilleure organisation des salles d'opération et plus grande

Merci pour votre participation !

Questionnaire – Cadre de santé IBODE

4 réponses

[Publier les données analytiques](#)

1. Quelle est votre propre représentation de la QVCT dans votre fonction de cadre de santé ?

4 réponses

Une bonne ambiance dans le service ainsi qu'avec ses collègues. Un effectif suffisant pour ne pas épuiser le personnel en poste. Une rémunération attractive. La possibilité d'avoir une qualité de vie au travail en adéquation avec sa vie personnelle .

Reconnaissance par : la hiérarchie, les équipes une coopération entre les services un soutien de la hiérarchie

Équilibre entre la vie privée et professionnelle

Autonomie

Accès à la formation

Environnement dédié pour les cadres

Un épanouissement entre vie professionnelle et personnelle

Ecoute active et communication

2. Quelles actions concrètes avez-vous mises en place ou observées dans votre service pour améliorer la QVCT des IBO(DE) ?

4 réponses

Les demandes d'intérim et de les fidéliser. La mise en place des « segur » a permis aux agents en place de s'y retrouver financièrement par rapport aux intérimaires.

Diminuer au maximum les prêts d'ancillaire. La mise en place de réunion mensuel a permis de minimiser certaines tensions mais. Surtout d'écouter les besoins de l'équipe.

Condition de travail : organisation du planning mensuel

Communication : être à l'écoute répondre aux attentes selon la réglementation

Formation : permettre l'accès à la formation et accompagner dans les projets

Une organisation solide

Une intégration des nouveaux arrivants

Planning fait par les professionnels et validé par le cadre

Temps d'échange une fois par mois

Être à l'écoute et entretien individuel

Réunions de service

Projets collectifs avec la PEC

3. Quels sont, selon vous, les principaux freins rencontrés pour renforcer durablement la QVCT dans les blocs opératoires ?

4 réponses

Les salaires, primes et la présence d'intérimaire . Un effectif au complet permettrait de diminuer les tensions et là fatigue

Avoir un management peu participatif c'est très peu de communication avec les équipes

Une charge de travail excessive

Manque d écoute

Manque de moyens

Mauvaise organisation

Le temps

Turn over

Programme opératoire qui déborde

Difficulté à réunir l'ensemble de l'équipe

Trouver du temps libre dans le programme opératoire pour les missions transversales et les moments conviviaux

Manque de personnel

4. Quels leviers ou facteurs facilitants identifiez vous pour améliorer la QVCT des IBO(DE) dans votre unité ?

4 réponses

La formation des nouveaux arrivants . L présence d'intérimaire « fixe ». L'embauche de nouveaux ibo/ibode en nombre

Planning : équilibre entre vie privée et professionnelle pour les agents

Reconnaissance des connaissances et compétences

Recrutement pour réduire la charge de travail

Accès facile à la formation

Accompagnement dans les projets

Être attentif et à l'écoute

Bienveillance

Faculté de s'adapter

Les heures supplémentaires en contrat segur

Redonner du temps aux IBO

Reconnaissance

5. Comment décririez vous le niveau d'engagement des équipes IBO(DE) dans les démarches visant à améliorer la QVCT ?

4 réponses

Le niveau d'engagement des équipes est mitigé. Ils veulent bien former les nouveau arrivants , mais sont fatigués par les départs des agents et par le changement récurrent des intérimaires. Beaucoup de bonnes volontés au départ mais qui diminue avec le temps

Implique quand tout est expliqué et communiqué

Donnant donnant

Si on est à l'écoute ils seront plus réceptifs

Motivation pour les projets d'amélioration des conditions de travail, de l'environnement de travail et les formations

6. Quels sont, selon vous, les facteurs qui favorisent ou freinent cet engagement ?

4 réponses

La répétition des départs , un engagement à plus ou moins court terme est un facteur limitant, freinant

Les facteurs favorisants sont la reconnaissance du travail par l'encadrement, la rémunération , une bonne ambiance dans l'équipe

Manque d'informations et communication

Le travail d'équipe et la notion d'appartenance

Intégration dans le service , reconnaissance, motivation

Manque de temps , charge de travail, trop de projets

Merci pour votre participation !

Master Management des Organisations Soignantes

M2 - MOS@24 -25

TITRE DU DOCUMENT

Transformer le bloc opératoire de demain : stratégies managériales pour l'attractivité et la fidélisation des IBODE

AUTEUR

Alexandra FAVRE

MOTS CLÉS

Infirmier de bloc opératoire (IBODE), attractivité, fidélisation, bloc opératoire, qualité de vie au travail, transformation organisationnelle, leadership

KEY WORDS

Operating Room Nurse, attractiveness, retention, operating room, quality of work life, organizational transformation, leadership

RÉSUMÉ

Face à une pénurie structurelle d'infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (IBODE), les blocs opératoires sont confrontés à une problématique persistante d'attractivité et de fidélisation. Dans mes fonctions de cadre supérieur de santé, j'ai conduit un projet managérial visant à améliorer les conditions de travail des IBODE et à renforcer leur engagement professionnel. Cette démarche s'inscrit dans une dynamique de transformation liée à la conception du bloc opératoire de demain.

La méthodologie a mobilisé trois approches complémentaires : une enquête quantitative auprès des IBODE et IDE, une analyse qualitative de leurs témoignages, et un travail de benchmarking. Les cadres de santé ont également été associés à la réflexion, apportant un regard précieux sur les enjeux d'encadrement.

L'analyse a mis en évidence plusieurs leviers d'attractivité : reconnaissance statutaire et symbolique, qualité de vie au travail, perspectives d'évolution et dynamique collective. Cette qualité de vie au travail constitue un axe stratégique structurant pour favoriser la fidélisation des professionnels.

Ce projet s'inscrit dans une logique de transformation des organisations soignantes, mobilisant les principes du pilotage stratégique des transformations et de la conduite du changement. Le cadre supérieur de santé y joue un rôle clé, inspiré par une posture de leadership. Ce travail s'appuie sur une orientation managériale fondée sur l'analyse du réel, l'écoute des professionnels et la co-construction de solutions. Il vise à renforcer l'attractivité du métier d'IBODE et à accompagner l'évolution organisationnelle des blocs opératoires de demain.

ABSTRACT

In response to a structural shortage of Operating Room Nurses (IBODE), operating theatres are facing a persistent challenge in terms of attractiveness and staff retention. In my role as a senior nurse manager, I led a management project aimed at improving the working conditions of IBODEs and strengthening their professional engagement. This initiative is part of a broader dynamic of transformation linked to the design of the operating room of the future.

The methodology drew on three complementary approaches: a quantitative survey conducted among IBODEs and IBO(DE)s, a qualitative analysis of their testimonies, and a benchmarking study of innovative practices. Nurse managers were also involved in the process, providing valuable insights into managerial challenges.

The analysis identified several key levers of professional attractiveness: statutory and symbolic recognition, quality of work life, career development opportunities, and collective dynamics. This quality of work life emerges as a strategic and structuring axis to support staff retention.

This project falls within a broader logic of healthcare organizational transformation, drawing on the principles of strategic transformation management and change management. The senior nurse manager plays a central role, guided by a leadership posture. This work is based on a managerial approach grounded in real-world analysis, professional feedback, and co-constructed solutions. It aims to enhance the attractiveness of the IBODE profession and to support the organizational development of operating theatres.