



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Mémoire de fin d'étude**

FORMATION DES INFIRMIERS GÉNÉRAUX

Jury : 29-30 octobre 2001

---

**LA GESTION DE LA MOBILITÉ  
AU SERVICE DE LA COMPÉTENCE**

---

**DULAK Eric**

**A ma femme pour l'infinie patience  
dont elle a su faire preuve au cours  
de cette année...**

**Je remercie toutes les personnes qui m'ont apporté  
une aide au cours de ce travail.**

# SOMMAIRE

## SIGLES UTILISES

## INTRODUCTION

CONTEXTE GENERAL	1
IDENTIFICATION DU PROBLEME	2
METHODOLOGIE	3

## PREMIERE PARTIE - APPROCHE THEORIQUE DE COMPREHENSION DE LA MOBILITE ET DE LA COMPETENCE.

### 1. LA MOBILITE

1.1 ELEMENTS DE DEFINITION	4
1.2 LES DIFFERENTES FORMES DE MOBILITE	4
1.3 LA MOBILITE DANS LA FONCTION PUBLIQUE	5
1.4 FACTEURS D'INFLUENCE DE LA MOBILITE	8
1.4.1 Le statut de la fonction hospitalière	8
1.4.2 L'absence au travail	9
1.4.3 Le développement du temps partiel	11
1.4.4 Les restructurations	12
1.4.5 Les fluctuations de la charge de travail	13
1.5 LES ENJEUX	14
1.6 LES LIMITES	15

### 2 LA COMPETENCE

2.1 ELEMENTS DE DEFINITION	17
2.2 EN QUOI CONSISTE LA COMPETENCE	17
2.3 DE LA FORMATION INITIALE A LA COMPETENCE	18
2.4 DE LA COMPETENCE A LA POLYVALENCE	20
2.5 DE LA POLYVALENCE A LA SPECIALISATION	21

## DEUXIEME PARTIE – COMPREHENSION DE LA MOBILITE PAR L'ANALYSE DES STATISTIQUES ET DES ENTRETIENS.

### 1. PREMIERE ETAPE : LES CHIFFRES DE LA MOBILITE

1.1 LE NOMBRE DE RECRUTEMENTS _____	24
1.2 LE NOMBRE DE CHANGEMENTS D'AFFECTION _____	24
1.3 L'ABSENCE POUR MALADIE _____	25
1.4 LES CONGES DE MATERNITE _____	26
1.5 LES DEMANDES DE DISPONIBILITE _____	27
1.6 LES DEMANDES DE CONGES PARENTAUX _____	27
1.7 LE DEVELOPPEMENT DU TEMPS PARTIEL _____	28
1.8 LE NOMBRE DE DEPARTS EN RETRAITE _____	28
1.9 A PROPOS DE LA METHODE _____	29
1.10 CONCLUSION DES STATISTIQUES _____	30

### 2. DEUXIEME ETAPE : LES ENTRETIENS

2.1 PRESENTATION DE LA DEMARCHE _____	32
2.1.1 Conception des grilles d'entretien _____	32
2.1.2 Présentation des résultats _____	33
2.2 RESULTATS DES ENTRETIENS _____	34
2.2.1 Ce que représente la mobilité _____	34
2.2.2 Les obstacles à la mobilité _____	35
2.2.3 Ce qui favorise la mobilité _____	36
2.2.4 Intérêt pour les infirmières à être mobile _____	38
2.2.5 Les intérêts pour les cadres _____	38
2.2.6 Notion d'équipe _____	39
2.2.7 Le lien entre mobilité et compétence _____	40
2.2.8 Compétence et durée d'exercice dans une unité _____	42
2.2.9 Notion de polyvalence _____	42
2.2.10 Dans le cadre des restructurations _____	44
2.2.11 Comment participez-vous à la mobilité des I.D.E. ? _____	44
2.2.12 A propos de politique de mobilité dans l'établissement _____	45

2.3 ANALYSE DES RESULTATS _____	47
2.3.1 Croisement des résultats _____	47
2.2.2 Analyse du phénomène de mobilité _____	50
2.2.3 Commentaires _____	52
<b>TROISIEME PARTIE - PROPOSITIONS D’ACTIONS.</b>	
<b>1.LA MOBILITE ET LA COMPETENCE AU CENTRE D’UNE G.R.H. PARTAGEE.</b>	
1.1 LE CADRE REGLEMENTAIRE _____	56
1.2 AU PLAN QUANTITATIF _____	57
1.3 AU PLAN QUALITATIF _____	58
<b>2. LE DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE.</b>	
2.1 LA MISE EN PLACE D’UNE BOURSE DES EMPLOIS _____	59
2.1.1 Les objectifs à atteindre _____	59
2.1.2 Les principes de fonctionnement à respecter _____	60
2.1.3 La procédure d’affectation _____	60
2.2 DEMARCHE D’INTEGRATION DU PERSONNEL _____	61
2.2.1 Les objectifs à atteindre _____	61
2.2.2 Accueil collectif du nouveau personnel _____	62
2.2.3 Accueil individuel _____	62
2.2.4 A l’arrivée dans l’unité _____	63
2.2.5 Les axes du programme d’intégration _____	64
<b>CONCLUSION _____</b>	<b>66</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE _____</b>	<b>67</b>
<b>ANNEXES _____</b>	<b>70</b>

## **LISTE DES SIGLES UTILISES**

<b>-I.D.E</b>	<b>Infirmier, Infirmière</b>
<b>-C.I</b>	<b>Cadre Infirmier</b>
<b>-C.I.S</b>	<b>Cadre infirmier supérieur</b>
<b>-D.S.S.I.</b>	<b>Directeur Du Service de Soins Infirmiers</b>
<b>-I.G.</b>	<b>Infirmier Général</b>
<b>-D.R.H</b>	<b>Directeur des Ressources Humaines</b>
<b>-E.T.S.</b>	<b>Etablissement de Santé</b>
<b>-C.H.U.</b>	<b>Centre Hospitalier Universitaire</b>
<b>-S.I.C.S</b>	<b>Service infirmier de Compensation et de Suppléance</b>
<b>-S.R.O.S.</b>	<b>Schéma Régional d'Organisation Sanitaire</b>
<b>-F.A.S.M.O.</b>	<b>Fonds d'Accompagnement Social de Modernisation des hôpitaux</b>
<b>-G.P.E.C.</b>	<b>Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences</b>
<b>-G.R.H.</b>	<b>Gestion des Ressources Humaines</b>

# INTRODUCTION

## CONTEXTE GENERAL

L'hôpital du troisième millénaire est soumis à de profondes mutations. La nécessité d'adapter l'offre de soins aux besoins de santé de la population entraîne une recomposition du tissu hospitalier.

Ce phénomène s'est accéléré depuis les ordonnances du 24 avril 1996 qui modifient l'organisation des établissements de santé. Dans cette conjoncture, certains agents sont obligés de quitter leur établissement ou de changer de service. S'ajoute à cela, la mobilité volontaire des professionnels dans le cadre des mutations et des changements d'affectations d'unité de soins. Tous ces mouvements, voulus ou subis ont des incidences sur l'organisation des établissements et des services de soins. Ils ont aussi des conséquences sur les équipes soignantes, les professionnels individuellement et par répercussion sur les usagers.

De plus l'évolution rapide et permanente des techniques médicales et la mise en place de la démarche de qualité sollicitent les professionnels. Ceux-ci doivent plus que jamais, développer leurs compétences pour s'adapter aux nouvelles organisations et techniques de soins.

De surcroît, le contexte dans son ensemble se complexifie. Dans les années à venir, un grand nombre de professionnels vont partir en retraite. Ils seront remplacés dans la mesure du possible par des jeunes diplômés. Les quotas de formation ont été augmentés dans de nombreuses écoles. Cependant, la pénurie d'infirmières (I.D.E.) se fait déjà sentir dans certaines régions.

Si nous ajoutons à cela, la mise en place des trente cinq heures et la poursuite probable du développement du travail à temps partiel d'une population soignante à prédominance féminine, nous conjuguons à l'hôpital, un nombre de difficultés grandissantes qu'il faut gérer, anticiper, accompagner de mesures adaptées. La mobilité du personnel imposée,

désirée, ou refusée fait partie intégrante de ce processus d'évolution. Nous le constatons quotidiennement au cours de notre exercice professionnel.

## **IDENTIFICATION DU PROBLEME**

Les infirmières, pivot de l'équipe soignante sont une population cible en terme de mobilité. Dans notre exercice professionnel, nous rencontrons régulièrement des difficultés. D'une part, une hyper-mobilité qui entraîne une instabilité dans l'équipe, de l'autre une sédentarité excessive liée à une résistance au changement. En tant qu'Infirmier Général (I.G.), ce phénomène attire notre attention d'autant qu'il engage la compétence des professionnels, leur bien être et surtout la qualité des soins aux usagers.

Au sein d'un établissement, la mobilité s'inscrit dans une politique de gestion des ressources humaines. Elle suscite des interrogations multiples et variées sur les intérêts, les enjeux, les limites et la place qu'elle occupe dans cette gestion des ressources humaines.

La mobilité, qu'en est-il à l'hôpital, aujourd'hui ? Qu'en sera-t-il demain ? Est-elle gérée au coup par coup ou par anticipation ? Est-ce une dynamique institutionnelle ?

Au contraire, les multiples influences du contexte externe et interne des établissements de santé font-elles de la mobilité, un réel facteur de désorganisation ?

Quelles sont les conséquences de la mobilité ou de la sédentarité dans les unités de soins ?

Comment trouver l'équilibre entre mobilité et stabilité des équipes soignantes ?

Subissons nous ou pouvons nous réguler et maîtriser ce phénomène ?

Comment développer chez les I.D.E une dynamique professionnelle, des compétences ainsi que le maintien d'une polyvalence ?

Et quel est le rôle de l'Infirmier Général ?

Autant de questions qui nous permettent de préciser la problématique et d'énoncer notre hypothèse de recherche.

**La gestion de la mobilité est un élément qui favorise le développement des compétences et la polyvalence des I.D.E.**

## **METHODOLOGIE**

Notre méthode de recherche comporte trois phases

La première partie correspond à une approche théorique, destinée à clarifier les concepts de mobilité, compétence et polyvalence des infirmières.

La seconde partie présente une étude statistique de la mobilité et l'exploitation d'entretiens semi- directifs réalisés auprès des professionnels. A ce stade, l'analyse permet de vérifier notre questionnement et de cerner les intérêts pour les infirmières et l'institution.

Enfin, en relation avec les analyses précédentes, la troisième partie est consacrée à la contribution de l'Infirmier Général dans la mise en œuvre d'un projet de mobilité interne.

# **PREMIERE PARTIE : APPROCHE THEORIQUE DE COMPREHENSION DE LA MOBILITE ET DE LA COMPETENCE**

## **1 LA MOBILITE**

Pour cerner le concept de mobilité nous apporterons des éléments de définition, nous envisagerons les différentes formes, les facteurs d'influence de la mobilité, les enjeux et les limites.

### **1.1 ELEMENTS DE DEFINITION**

Le dictionnaire Petit Larousse définit la mobilité (du latin *mobilitas*) comme étant « *la facilité à se mouvoir, à être mis en mouvement, à changer, à se déplacer* »

Le mot mobile est issu du latin « *mobilis* », qui se meut et de « *movere* », se mouvoir.

Quant au terme mouvement, il est défini comme un déplacement, un changement de position d'un corps dans l'espace et ce par rapport à des repères fixes.

Pour Nicole Raoult,<sup>1</sup> la mobilité en milieu hospitalier doit être considérée comme « *une gestion collective et/ou une gestion individuelle des compétences* ».

Cet auteur préconise d'ailleurs, d'analyser la mobilité du double point de vue géographique et professionnel et décrit les différents aspects de la mobilité que nous allons maintenant détailler.

---

<sup>1</sup> Raoult N. – Gestion prévisionnelle et préventive des emplois des compétences en milieu hospitalier –Ed.L'Harmattan – 1991 – 285p

## 1.2 LES DIFFERENTES FORMES DE MOBILITES

Dans la littérature professionnelle, la mobilité est plus particulièrement envisagée selon trois dimensions principales.

### La mobilité professionnelle (ou horizontale)

*« Elle correspond à un changement de métier (ou d'emploi). Ce changement demande à l'agent de faire appel à des compétences qu'il n'exerçait pas auparavant ou du moins pas de la même manière ».*<sup>1</sup>

Pour illustrer cette définition nous donnerons l'exemple des infirmières hygiénistes.

### La mobilité d'environnement

*« Elle correspond à ce qui est le plus souvent dénommé mutation. Le même type d'activité, dans la même qualification, avec le même grade hiérarchique, est exercé dans un autre lieu de travail, dans une autre équipe, avec un autre responsable ».*<sup>2</sup>

C'est la mobilité la plus fréquente, représentée par l'affectation d'une infirmière dans une nouvelle unité de soins.

### La mobilité catégorielle (ou verticale).

*« Il s'agit de la promotion. C'est une mobilité qui conduit un agent à quitter un emploi pour un autre, impliquant un accroissement de responsabilité. Elle est le plus souvent sanctionnée par un changement d'échelon, de grade, de qualification, mais aussi par une augmentation de la rémunération.*<sup>3</sup> »

Cette situation concerne les infirmières qui accèdent à des spécialisations (puéricultrice, infirmière anesthésiste, infirmière de bloc opératoire ) ou à des postes d'encadrement des unités de soins comme à des fonctions d'enseignement.

---

<sup>1</sup>Ibid.

<sup>2</sup>Ibid.

<sup>3</sup>Ibid.

### 1.3 LA MOBILITE DANS LA FONCTION PUBLIQUE

Dans la fonction publique, la mobilité semble recouvrir des situations représentatives de quatre types d'évolutions fondamentales : les changements de statut hiérarchique, les changements dans la nature du travail, les changements d'appartenance organisationnelle, les changements de lieu de travail.

A chacun de ces niveaux sont associées deux formes de mobilités spécifiques qui s'opposent de par l'intensité du changement vécu. Il y aurait donc huit formes de mobilité possible qui peuvent être résumées dans le tableau suivant, proposé par Martine Imbert, dans son mémoire.

<u>Dimension du changement</u>	<u>Intensité de changements</u>	<u>Forme de mobilité</u>
Statut hiérarchique	Changement d'ordre professionnel associé à une promotion	Mobilité verticale
	Changement d'ordre professionnel non associé à une promotion	Mobilité horizontale
Nature du travail effectué	Changement d'activité dans le même domaine professionnel	Mobilité thématique
	Changement d'activité correspondant à un changement de fonction	Mobilité fonctionnelle
Appartenance organisationnelle	Changement de poste de travail ou d'activité au sein d'une même administration	Mobilité interne
	Changement de poste de travail ou d'activité imposant un changement d'administration	Mobilité externe

Lieu de travail	Changement de lieu de travail n'imposant pas un changement de lieu de résidence	Mobilité spatiale
	Changement de lieu de travail imposant un changement de lieu de résidence	Mobilité géographique

**1) Les changements de statut hiérarchique**, sont des changements d'ordre professionnel associés ou non à une promotion.

La mobilité sera dite verticale ou horizontale selon ses conséquences en terme de classification hiérarchique.

**2) Les changements dans la nature du travail** effectué correspondent à des changements d'activité. En cas de mobilité thématique, ce changement reste dans un même domaine professionnel. Il correspond à une simple évolution des thèmes de travail mais ne remet pas en cause la fonction occupée dans l'organisation.

Par opposition, la mobilité fonctionnelle caractérise un changement profond d'activité, c'est à dire un changement qui correspond à l'exercice de nouvelles fonctions.

**3) Les changements d'appartenance organisationnelle** correspondent aux changements de poste de travail. Tout changement de service à l'intérieur de l'administration d'origine sera considéré comme une mobilité interne, à l'inverse la mobilité externe consistera en un transfert vers une autre administration

**4) Les changements de lieux de travail** correspondent à une mobilité géographique en cas de changement de lieu de résidence. La mobilité spatiale au contraire ne l'impose pas. Il n'existe pas une mobilité mais des mobilités qui mettent en jeu des changements de nature et d'intensité totalement différents. Ce constat nous renseigne sur la difficulté à parler de la mobilité.

La mobilité n'est pas unique, elle est multiple.

*« Reconnaître ces différences, c'est alors reconnaître l'existence d'une variété très large de situations d'évolutions professionnelles pouvant recouvrir la notion de mobilité car les huit formes de mobilité isolées ne sont pas exclusives les unes des autres, mais au contraire cumulables. »<sup>11</sup>*

Pour compléter nos définitions nous présenterons maintenant, les facteurs qui influencent la mobilité.

## **1.4 FACTEURS D'INFLUENCES DE LA MOBILITE**

Plusieurs facteurs interviennent dans le processus de la mobilité. Dans certaines situations, la mobilité est souhaitée, voulue par l'agent. Dans d'autre cas, elle est subie et résulte de changements sur lequel le professionnel n'a pas de réelle influence. Il en est de même pour la direction de l'hôpital qui se trouve une situation similaire.

Dans ce chapitre, nous envisagerons les facteurs qui nous semblent avoir une influence majeure sur la mobilité. Nous évoquerons succinctement le statut de la fonction publique hospitalière. Ensuite, nous nous intéresserons à l'impact des absences du personnel, au développement du temps partiel, aux restructurations et aux fluctuations de la charge de travail.

### **1.4.1 Le statut de la fonction publique hospitalière.**

Dans la fonction publique hospitalière, un certain nombre de dispositions statutaires ont une influence sur la mobilité. Pour effectuer nos recherches nous en avons sélectionné certaines.

- |                              |                             |
|------------------------------|-----------------------------|
| - le recrutement             | le changement d'affectation |
| - le travail à temps partiel | les absences                |
| - le congé de maternité      | le congé parental           |
| - la disponibilité           | la cessation d'activité     |

---

<sup>1</sup> Gambrel G- Vous avez dit mobilité ?- Mémoire IESCH Paris-1994-p26.

Ces positions sont des facteurs éminemment importants dans la gestion des ressources humaines. Nous reverrons leurs intérêts, dans l'explication analytique de la mobilité que nous avons observée.

Dans le cadre de notre recherche et compte tenu de la place importante que nous accorderons à la mobilité interne des infirmières dans les établissements, nous énoncerons l'article 12 de la loi du 13 juillet 1983 qui définit le grade comme: « *le titre qui confère à son titulaire vocation à occuper l'un des emplois qui lui correspondent* »

Cette notion est importante. Il y a donc distinction de l'emploi et du grade. Si l'agent a droit au maintien de son grade (sauf en cas de mise en jeu d'une mesure disciplinaire), il n'a par contre aucun droit concernant le maintien de l'emploi dont la création ou la suppression, dès lors qu'elles sont effectuées dans l'intérêt du service, sont à la discrétion du pouvoir réglementaire.

Quant au terme emploi, il est le plus souvent utilisé pour désigner :

- Soit un poste budgétaire.
- Soit la fonction exercée.

Le changement d'emploi ou d'affectation, présumé dans l'intérêt du service, sans déclassement, ni perte de traitement, ne constitue pas une sanction disciplinaire. La décision n'a pas à être motivée car il n'y a pas refus d'un droit. Ainsi, une mutation à l'intérieur de l'établissement est régulière, si elle correspond aux tâches normalement confiées à cette catégorie d'agent.

#### **1.4.2 L'absence au travail**

L'absence au travail est une source importante de dysfonctionnement. En effet, malgré une anticipation et une gestion prévisionnelle des congés légaux, les absences imprévisibles se produisent fréquemment. La notion d'absence au travail est retenue par certains auteurs plutôt que le mot absentéisme lié à une absence abusive à connotation péjorative.

##### Les absences prévisibles

- Quatre repos tous les quinze jours dont deux consécutifs.

- Vingt-sept jours de congés annuels (jours ouvrés).
- Deux repos supplémentaires ou hors saison pour les congés annuels (6) pris entre le premier novembre et le trente avril.
- Douze à treize jours fériés et les congés bonifiés pour les agents d'outre mer. Certains repos supplémentaires lors de fêtes locales.
- Les congés de maternité ou d'adoption, six semaines avant et dix semaines après.
- Un mois de couches pathologiques.
- Huit semaines avant et dix-huit après à partir du troisième enfant.
- Les congés de formation continue et professionnelle
- Les jours de congrès.
- Les congés syndicaux.
- Les congés exceptionnels (mariage, naissance).
- Les congés de longue durée, de longue maladie.

L'ensemble de ces actions fait l'objet d'une gestion prévisionnelle qui doit prendre en compte les nécessités de service, les flux prévisibles et mettre en adéquation les ressources humaines. Cependant, cette anticipation n'empêche pas que des absences imprévisibles viennent se greffer.

#### Les absences imprévisibles

Les congés maladie.

Les accidents de travail et de trajet.

Les autorisations d'absences pour les enfants malades (douze jours par an).

Les heures supplémentaires effectuées lors de surcharge d'activité qu'il faut rendre et qui entraînent à leur tour une absence au travail.

M.Binst, cité par Filippi Marianne dans son mémoire, définit l'absentéisme comme « *l'un des problèmes majeurs de la gestion des ressources humaines à l'hôpital. C'est un phénomène coûteux en terme de frais de remplacements, mais aussi humainement en*

*faisant peser des contraintes supplémentaires sur ceux qui restent, en désorganisant les équipes ».*<sup>1</sup>

Les conditions de pénibilité du travail avec ses rythmes, cycles, horaires, constituent des contraintes importantes qui ont une incidence sur une population en grande partie féminine. La pression psychologique est forte afin de concilier une vie professionnelle et personnelle.

Cette charge physique et mentale prégnante favorise des phénomènes de fuites traduisant une baisse d'implication ou un refus provisoire ou définitif.

### Le remplacement des absences

Afin de palier les absences multiples, les établissements de santé peuvent faire appel à des aides extérieures, représentées par l'embauche temporaire de professionnels sous la forme de contrats à durée déterminée et dans les situations les plus difficiles, à l'intérim. L'inconvénient majeur de ces mesures est le surcoût financier. Pour cette raison, les solutions internes sont privilégiées et en premier lieu, le redéploiement de personnel. A cet effet, certains établissements ont créé des services de compensation et de suppléance (SICS), leur mission consiste à maintenir l'effectif de base des unités de soins et de renforcer les équipes soignantes lors d'une surcharge de travail. Le fonctionnement du SICS doit permettre d'assurer la continuité des soins par du personnel qualifié et compétent. De même, il peut apporter une amélioration de la qualité de vie au travail en offrant une aide ponctuelle rendue nécessaire par une surcharge de travail. Nous noterons que le fonctionnement du SICS nécessite des règles claires. En effet, les remplacements, à court, moyen ou long terme imposent une gestion adaptée des plannings des personnels de remplacement. Cependant, l'ensemble de ces mesures de remplacement reste souvent insuffisant malgré la mise en place de dispositions d'assouplissement.

Le 14 mars 2000, le protocole Aubry précise « *les hôpitaux rencontrent, à des degrés divers, des difficultés de fonctionnement qui tiennent en particulier à l'insuffisance des possibilités de remplacement des agents absents.* »

---

<sup>1</sup> Binst M. - Une arme contre l'absentéisme et le turnover, l'analyse stratégique - Gestion hospitalières - Dec.86 janvier 87 n°261-p792.

Des crédits sont attribués aux établissements de santé pour faire face aux remplacements des congés de maternité, maladie, de formation, congés bonifiés et pour l'activité syndicale, ainsi que ceux résultant de la mise en œuvre des temps partiels. Le gouvernement a pris conscience des efforts réalisés ces dernières années par le monde hospitalier. Un ensemble de mesures budgétaires est pris pour permettre aux hôpitaux de disposer de moyens complémentaires qui doivent contribuer au progrès du système de soins. Après une période de restriction budgétaire sévère, l'hôpital perçoit une aide qui varie en fonction de la situation de chaque établissement.

### **1.4.3 Le développement du temps partiel**

Nous traiterons ici le temps partiel comme une absence à gérer en fonction des différentes quotités de travail rencontrées à l'hôpital ( de 50% à 90%). Une véritable politique de développement du temps partiel s'est instaurée dans de nombreux établissements de santé ces dernières années. Elle répond, à la fois, aux souhaits des professionnels tout en apportant une souplesse et des contraintes dans la gestion des ressources humaines. En effet, la réduction de la quotité du temps de travail des agents libère du temps rémunéré. Ces gains peuvent être proposés à d'autres professionnels. Ces nouveaux emplois contribuent à augmenter les mouvements de personnel dans l'établissement.

De même, les organisations misent en place touchant au rythme des repos compensateurs et aux amplitudes horaires variables favorisent les mouvements de personnel. En effet, en fonction des contraintes des services, il n'est pas toujours possible de répondre aux demandes des agents. Certains veulent, changer de quotité de temps de travail et rester dans le même service. D'autres privilégient avant tout, de changer de quotité de travail et acceptent de quitter leur unité. Avec un peu de patience, il est souvent possible de trouver une solution. C'est un rôle important de l'infirmière générale et de son équipe de cadres, que d'essayer d'apporter des réponses à ces nouveaux modes d'exercices professionnels.

#### **1.4.4 Les restructurations**

Art. L 712 (modifié par la loi du 27.07.99).

*« La carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire ont pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé. »*

Les schémas dit de deuxième génération (S.R.O.S.2) ont été élaborés en 1999. Ils poursuivent trois objectifs.

- Améliorer la prise en compte des besoins de santé.
- Promouvoir la coordination des soins en développant la complémentarité entre médecine hospitalière, médecine de ville et structures médico-sociales.
- Accélérer la recomposition du tissu hospitalier.

Nous voyons que ces profondes réformes vont avoir une incidence sur l'organisation des établissements de santé. Elles induisent différents types de restructurations.

- Les conversions de disciplines, chirurgie, médecine, soins de suite, soins de longue durée.
- Des opérations de regroupement, hôpital publique, hôpital privé ou P.S.P.H.(participant au service public hospitalier).
- Des opérations d'ajustement, réduction ou majoration de lits.
- Des modifications internes, créations de services, fermetures de services.
- Des créations de départements, de centres de responsabilités.

Ces restructurations ont inévitablement un impact sur la mobilité. En tant qu'I.G, nous devons développer, en partenariat avec l'équipe de direction, le corps médical et les cadres, des mesures d'accompagnement pour garantir la qualité et la sécurité des soins. De même, nous devons rechercher l'harmonisation sociale et le dialogue social dans le cadre de ces changements. En plus d'un défi technique ces évolutions s'inscrivent dans un contexte économique en progression mais qui reste encore fragile.

L'I.G. devra donc faire face à des mutations volontaires, des affectations subies, des changements de disciplines, des changements géographiques, des changements d'équipes, des changements d'activités, le tout dans un changement de cadre de référence que sont

les réseaux de soins et les coopérations, les fédérations et les départements, les centres de responsabilités. Si bien qu'aujourd'hui, une question se pose?

Quelle est l'incidence des restructurations sur la mobilité dans un établissement de santé (E.T.S.) ? Faut-il développer la mobilité ou au contraire stabiliser le personnel?

Nous ajouterons pour terminer ce chapitre, que la restructuration de l'offre de santé a entraîné la création d'un fonds d'accompagnement social de modernisation des hôpitaux (FASMO) pour une durée de cinq ans, doté de 300 MF de crédit annuel, pour aider les établissements concernés.

Ce fonds permet de financer:

- Des aides à la mobilité géographique: indemnité de mobilité pour l'agent et aides à l'embauche des mutations.
- Des aides à la mobilité professionnelle : financement de projet de conversion professionnelle.
- Des aides aux départs volontaires: indemnité exceptionnelle de départ volontaire.
- Des cellules d'accompagnement social, créées dans les établissements pour assurer la coordination de la gestion sociale des opérations avec notamment le soutien individuel ou collectif des équipes touchées.

L'attribution de ces aides est soumise à un préalable: l'agrément par l'agence régionale de l'hospitalisation. Ces opérations doivent s'inscrire dans le cadre du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS).

#### **1.4.5 Les fluctuations de la charge de travail**

Il existe des périodes aiguës de surcharge de travail, à certains moments forts de la journée, certains jours de la semaine, certains mois de l'année en fonction des saisons, des épidémies, des périodes estivales. Ces fluctuations sont source de dysfonctionnement, de crise de surcharge. Elles touchent et atteignent les malades. Elles sont aussi, en parallèle un vecteur d'absentéisme des équipes d'infirmières. Par conséquent, elles imposent une mobilité pour renforcer les équipes. Augmentation de charge de travail et diminution concomitante des effectifs posent le problème d'assurer la continuité des soins. A l'aide de tableaux de bords et de suivis d'activité, d'informations transmises précocement, nous pouvons anticiper un certain nombre d'événements.

Par exemple, la fermeture de lits d'hospitalisation pendant une période estivale ou le départ d'un médecin, entraîneront une baisse d'activité importante à l'hôpital justifiant un redéploiement de personnels. L'hiver, la prise en charge des bronchiolites nécessitera des renforts d'infirmières dans les unités de pédiatrie. L'afflux massif de victimes aux urgences impose une pré-organisation qui comporte des effectifs supplémentaires.

Toutes ces fluctuations peuvent engendrer ainsi chez les soignants des mouvements de personnel, accompagné parfois d'un sentiment d'insécurité, de stress qu'il faut prendre en compte et gérer.

Concernant les deux chapitres ci-dessus, nous reviendrons un instant, sur l'intérêt des outils d'évaluation de la charge de travail. Développés dans certains des hôpitaux, ils renseignent l'encadrement sur l'importance de la charge en soins et des activités afférentes à ces soins. Ils s'avèrent d'une utilité précieuse, en matière de calcul d'effectifs et d'affectation du personnel pour toutes opérations de restructuration et de réorganisation. Cependant, tous les indicateurs de charge en soins, ne permettent pas une réponse en urgence, du fait du temps nécessaire au recueil et à l'exploitation de leurs résultats. Néanmoins, lorsque les relevés d'activité sont réalisés quotidiennement des tendances reproductibles peuvent aider à la décision.

## **1.5 LES ENJEUX**

### Enjeux de compétence

La mobilité n'est pas un but à atteindre mais un moyen. Maintenir, développer des compétences et détecter des potentiels, tels sont les enjeux. L'hôpital est longtemps resté à l'abri des contraintes économiques, mais il est actuellement, plus que jamais soumis à une rationalisation des dépenses. La gestion de l'hôpital doit permettre de faire face à un marché concurrentiel. Limités en nombre, les effectifs doivent devenir plus performants. Compte tenu, des évolutions rapides des techniques, des organisations, des restructurations, la compétence ne se définit plus comme une mise en œuvre de savoirs mais comme une aptitude à s'adapter aux exigences nouvelles.

*« Les véritables gisements de productivité qui subsistent encore résident dans les hommes. Développer la mobilité professionnelle devient désormais aussi important que d'acquérir une qualification technique. »<sup>1</sup>*

### Enjeux de communication et de culture

La nécessité de réorganiser les services médicaux, de modifier les façons de travailler facilitent le décloisonnement entre les équipes. Le dialogue entre infirmières qui se connaissent mieux constitue un véritable vecteur d'échanges à propos de l'organisation du travail et l'évaluation des pratiques professionnelles. La mobilité revêt un intérêt pour l'infirmière et pour l'hôpital. Elle favorise l'acquisition de connaissances nouvelles. Elle permet à la professionnelle d'appréhender de nouveaux modes de fonctionnement dans d'autres disciplines, avec d'autres équipes. De ces échanges, il résulte des connaissances élargies, une meilleure compréhension des situations et une ouverture d'esprit.

La mobilité impose une remise en cause, une volonté un dynamisme. Elle induit une modification de comportement. Cette dynamique profite à la fois à l'agent et à l'établissement. A l'hôpital, elle permet d'assurer une meilleure utilisation des ressources humaines dans le but de répondre au mieux à la demande des usagers. Pour l'agent, elle est un moyen de progression professionnelle et personnelle.

### **1.6 LES LIMITES**

La littérature et les managers vantent les vertus de la mobilité. Il n'en demeure pas moins vrai que l'organisation de la gestion de la mobilité reste une entreprise difficile à réaliser. Un certain nombre d'obstacles apparaît.

*« Tout d'abord la mobilité semble être liée à la jeunesse et la stabilité est une vertu que l'on associe à la maturité »<sup>2</sup>*

Elle apparaît légitime pour parfaire l'apprentissage des nouveaux agents. Par contre, elle est souvent suspectée d'être réactionnelle lorsqu'elle concerne un agent ancien.

---

<sup>1</sup> Bonmati-J-M- Le DRH et la mobilité- technologie santé- septembre 1998- p 69.

<sup>2</sup> Galambaud Bernard- Des hommes à gérer- Paris-EME –1983-p 156.

Lorsque la mobilité devient excessive, elle est considérée comme une marque d'insatisfaction au travail ou d'instabilité. Un taux anormalement élevé de demandes de changements de service peut être révélateur d'un dysfonctionnement dont les raisons sont multiples (mauvaise ambiance, charge de travail importante, effectif réduit). A l'inverse, une stabilité forte du personnel au niveau d'un service est considérée comme un indice de bon fonctionnement.

De plus, la mobilité renvoie à une idée de mouvement et le mouvement engendre les risques. Pour les agents, c'est l'appréhension du changement d'une manière générale. C'est la peur de l'inconnu, la perte d'habitudes, la rupture avec un environnement rassurant. C'est aussi l'inquiétude de ne pas être performant, de commettre des erreurs et éventuellement de rater son changement professionnel.

Du côté des cadres si le discours est favorable à la mobilité, le départ d'un agent est souvent entouré de la crainte du non-remplacement et lorsque le remplacement est assuré, l'équipe soignante supporte cette contrainte et doit s'organiser pour assurer la formation de la nouvelle venue

D'autres réticences à la mobilité existent, représentées par les relations affectives très développées dans les services de soins. En effet, les infirmières sont confrontées quotidiennement aux émotions qu'elles éprouvent devant la maladie et la mort. En réaction à cette charge émotionnelle lourde, elles développent des liens affectifs entre les différents membres de l'équipe soignante. Ce sentiment d'appartenance à une équipe solidaire facilite la gestion des situations stressantes. La rupture de ces liens affectifs génère des troubles et des perturbations au sein des unités de soins.

Enfin, la spécialisation médicale entraîne une technicité grandissante du personnel soignant qui ne favorise pas le travail en équipe, ni le maintien d'une relative polyvalence facilitant la mobilité. Pour terminer, nous dirons aussi, que l'hôpital n'offre pas d'avantages ou de compensations pour faciliter la mobilité.

Après le concept de mobilité, nous allons nous intéresser à celui de la compétence.

## **2 LA COMPETENCE**

### **2.1 ELEMENTS DE DEFINITION**

Selon le petit Robert, la compétence est une aptitude à bien juger une chose. G. Malglaire en donne une définition plus élaborée « *un ensemble de connaissances, de capacités d'action, de comportements, structurés en fonction d'un but à atteindre, dans une situation donnée* ». <sup>1</sup>

En l'appliquant au domaine de notre étude, nous la compléterons par celle de P. Benner qui définit cinq niveaux de compétence de l'infirmière: la novice, la débutante, la compétente, la performante, l'experte.

*« L'infirmière compétente travaille au moins depuis trois ans dans un service, elle maîtrise la situation, elle sait s'organiser, perçoit les variations de comportement des malades, elle est capable de faire face aux imprévus avec efficacité. »* <sup>2</sup>

A partir de ces deux définitions, nous constatons que les compétences sont appréhendées à travers un acte, un comportement une performance. Les compétences sont un ensemble de capacités à résoudre un problème dans un contexte donné de manière efficiente en mobilisant un ensemble de savoirs et de comportements. Elles font appel au savoir, savoir-faire, savoir être, appelés également savoirs sociaux. Désormais nous pouvons nous interroger sur le contenu de la compétence.

### **2.2 EN QUOI CONSISTE LA COMPETENCE ?<sup>3</sup>**

La compétence est un concept, c'est à dire une chose abstraite. Pour aborder la compétence nous devons nous préoccuper de la façon dont nous pensons pour passer à

---

<sup>1</sup> G.Malglaire - du conservatoire national des arts et métiers, cité par Barthes, R. Autuori M.T. - La compétence au cœur des organisations - Gestion hospitalière n°152 - février 1999 pp 112-115.

<sup>2</sup> Benner P. - De novice à experte - Excellence en soins infirmiers – Intervision - mars 1999 pp 23-25.

<sup>3</sup> Barthes R– Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences - Cours E.N.S.P. – avril 2001.

l'action. C'est l'approche cognitive de la compétence. En réalité nous combinons différents savoirs, les

savoirs formalisés ( savoirs théoriques et savoirs procéduraux) appris en dehors de l'action. Les savoirs théoriques décrivent « ce qui est » par exemple la législation hospitalière. Les savoirs procéduraux décrivent « comment il faut faire », une illustration en est le protocole. Ces savoirs ont un avantage, ils se transmettent bien.

Les savoirs agis (savoir-faire, savoir pratique, savoir être) sont appris dans l'action. Les savoir-faire sont la capacité à mettre en œuvre et à réaliser un acte. Par exemple, l'injection d'insuline. Celle-ci nécessite la connaissance théorique, la connaissance du protocole en vigueur, et la connaissance technique de l'injection.

Les savoirs pratiques sont représentés par la capacité à mobiliser son expérience dans des situations rencontrées. Nous les représenterons par l'infirmière qui détecte un signe précurseur d'un malaise vagal. Ces savoirs se construisent dans le temps, appris dans l'action leur transmission est difficile.

Enfin, les savoirs sociaux se traduisent par la capacité à développer des comportements professionnels adaptés. Aujourd'hui ils ont une part prépondérante du fait de l'importance grandissante de la relation dans le soin et en général. Ils sont peut transmissibles car liés à la personnalité et au vécu du professionnel.

Grâce à notre intelligence, ces savoirs sont mobilisés dans un processus dynamique qui les entremêle en fonction de l'action à accomplir. La compétence est donc invisible, c'est l'activité, c'est à dire « *un ensemble de tâches élémentaires organisées et orientées vers un but à atteindre* »<sup>1</sup> qui va au travers des résultats opérationnels rendre visible la compétence ?

La compétence ne se définit plus comme une mise en œuvre de savoirs mais comme une aptitude à s'adapter aux exigences nouvelles.

### **2.3 DE LA FORMATION INITIALE A LA COMPETENCE.**

Considérons la formation initiale, l'arrêté du 23 mars 1992 annonce le programme d'étude conduisant au diplôme d'état d'infirmière qui a pour objectif de former « *un infirmier apte à répondre aux besoins de santé d'un individu ou d'un groupe. Un*

---

1 Ibid.

*infirmier polyvalent apte à dispenser les soins en prenant en compte l'ensemble des problèmes... qui frappent une personne. »*

En effet, le diplôme d'état d'infirmier « *donne accès à tous les secteurs d'exercice professionnel. L'infirmier est généraliste, polyvalent ce qui donne une richesse à l'exercice.*»<sup>1</sup>

A l'hôpital, nous retrouvons des infirmiers généralistes dans tous les secteurs d'activité y compris dans les services spécialisés comme la pédiatrie ou le bloc opératoire excepté le secteur d'anesthésie. Nous soulignerons que cette formation de « base » permet en effet aux infirmières de développer des compétences dans de nombreux domaines pouvant déboucher sur des spécialités. Cependant, la nouvelle diplômée est considérée par Patricia Benner comme « *la débutante qui fait face à des situations réelles. Elle essaie de remarquer les facteurs significatifs mais elle a besoin d'aide pour l'organisation des soins.* »

La jeune diplômée doit se faire aider par des professionnels plus expérimentés pour parfaire sa formation. Pourtant cette formation de base est considérée polyvalente. Une clarification s'impose. Qu'entendons-nous par polyvalence? .

Avant de terminer ce chapitre et de définir la polyvalence, nous nous permettons une incise. Il nous semble important d'aborder la notion d'équipe. « *L'action de soigner ne peut se concevoir que sur un mode de fonctionnement en équipe et sur la base de la complémentarité* ».<sup>2</sup> Cette équipe a un rôle fondamental. C'est elle qui va transmettre son savoir, son expérience. Médecins, cadres, professionnels paramédicaux contribuent à ce que la nouvelle infirmière devienne « *par sa permanence au contact du malade(...) l'infirmière pivot au centre des actions de soins.* »<sup>3</sup>

C'est donc avec du temps, quatre à cinq ans d'après nos auteurs, de l'expérience, des formations diverses que l'infirmière approche de la définition de Patricia Benner « *la performante perçoit la situation de façon globale, elle reconnaît des exemples de situations. Elle améliore son raisonnement diagnostique et son processus de décision face aux événements* ».

---

<sup>1</sup> Catherine Duboys Fresnay et Georgette Perrin – Le métier d'infirmière en France – Que sais-je ? – Presse universitaire de France - 1996

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid.

Il faudra encore du temps, de l'expérience et des formations avant d'atteindre le niveau « *d'experte* » C'est à dire, « *comprendre de manière intuitive chaque situation en abordant directement le problème.* »

Après ces définitions, la place de la polyvalence reste encore à préciser. A ce stade, le sens de polyvalence représente une formation de base généraliste qui va permettre à la jeune infirmière de s'adapter en fonction des milieux variés d'exercices professionnels. A l'hôpital, la notion de polyvalence prend un autre sens. C'est ce que nous vous proposons de développer dans le chapitre suivant.

#### **2.4 DE LA COMPETENCE A LA POLYVALENCE.**

*« La polyvalence résulte de la mobilisation des savoirs, du transfert de l'ensemble des capacités, de leur développement et traduit ainsi l'extension des compétences et des savoirs. »<sup>1</sup>*

Pour compléter cette définition nous ajouterons qu'étymologiquement « polyvalent » est issu du vocabulaire de la chimie et signifie « plusieurs valences » indiquant la capacité d'un composé à pouvoir se combiner et venant lui-même de « valencia » qui signifie « valeur ».

La polyvalence indique donc l'idée d'une plus-value, d'une évolution se différenciant de la notion de mobilité qui est plutôt la description d'un mouvement. Un infirmier polyvalent sera donc capable de réaliser des activités multiples de sa fonction sur différentes disciplines dans plusieurs unités de soins. Il existe donc bien un lien entre polyvalence et mobilité.

Le mot polyvalence reste cependant abstrait. Aussi, Géraldine Drevet<sup>2</sup> préfère utiliser le mot pluri compétences. « Pluri » dans le sens de plusieurs, qui indique un nombre non précis mais au moins égal à deux, plutôt que « poly » qui induit un nombre plus important et indéfini.

« Compétence » plutôt que « valence » parce que la compétence par ces capacités observables et mesurables que nous avons évoquées précédemment renvoie à l'activité

---

<sup>1</sup> Poncet-Bodinier Annette- La polyvalence des infirmières : un élément de dynamique de changement –Formation Infirmiers généraux –ENSP –1999 – 70p

<sup>2</sup>Drevet Géraldine - Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques - Gestion hospitalière - février 2000 p 132

humaine. Elle représente la réalité concrète dans un champ donné. Nous parlerons de mono compétence ou de pluri compétences respectivement pour un ou des domaines déterminés.

L'infirmière polyvalente ou pluri compétente a donc des connaissances qui lui permettent d'agir efficacement dans un domaine délimité. Par exemple, une infirmière affectée au service de suppléance et de compensation, peut avoir une pluri compétence sur le plateau technique, dans deux domaines, la réanimation et les urgences. L'infirmière est bivalente dans le cadre d'une polyvalence sectorielle.

Nous voyons émerger la nécessité de circonscrire et de limiter le champ de la polyvalence dans l'intérêt du patient. « *La crainte dominante réside dans la difficulté à trouver le bon rapport entre compétence et qualité de la prestation à fournir au client* »<sup>1</sup>.

A maintes reprises, dans notre exercice professionnel, nous avons été interpellés légitimement par le corps médical, à propos du niveau de compétence d'une infirmière nouvellement affectée dans un service.

A ce stade, nous savons que la formation des infirmières est une formation généraliste qui les prépare à exercer dans tous les services. Nous comprenons que les compétences s'acquèrent progressivement dans des domaines le plus souvent délimités du fait de la spécialisation, du développement rapide des techniques médicales et de l'organisation des soins. Nous savons également qu'un lien existe entre polyvalence et mobilité. Nous comprenons les enjeux, le rapport entre compétence et qualité des soins ne peut être laissé au hasard.

Il faut donc s'interroger sur les secteurs d'activité à maîtriser et sur les moyens à mettre en œuvre pour que les personnels développent les compétences requises au sein de ce secteur.

Une donnée mérite encore d'être précisée, la notion de « spécialisé »

## **2.5 DE LA POLYVALENCE A LA SPECIALISATION**

La définition proposée par le Larousse Universel énonce « être spécialisé » consiste à être compétent dans un domaine scientifique déterminé. Hors nous avons vu qu'être

---

<sup>1</sup> Ibid.

polyvalent ou pluri compétent consiste à être compétent sur des domaines scientifiques différents.

Géraldine Drevet présente l'hôpital comme un écosystème. « *L'écosystème est assimilé à un ensemble d'éléments constamment en interaction les uns avec les autres pour former un ensemble ordonné.* »

La polyvalence et la spécialisation dans cet écosystème hospitalier sont complémentaires. Elles interviennent comme un régulateur et un système d'adaptation des personnels à l'évolution des techniques de soins. Polyvalence et spécialisation ne sont pas en opposition.

Nous aurons toujours besoin des infirmières spécialisées au bloc opératoire, en pédiatrie et des infirmières pluri compétentes. La mono-compétence et la pluri compétence peuvent mener à la spécialisation, la spécialisation n'est pas un enfermement. Telles sont les nécessités pour répondre aux besoins des usagers à l'hôpital et en dehors de l'hôpital.

Cette enquête théorique terminée, nous poursuivons nos recherches au moyen d'une étude sur le terrain.

## **DEUXIEME PARTIE : COMPREHENSION DE LA MOBILITE PAR L'ANALYSE DES STATISTIQUES ET DES ENTRETIENS**

La recherche sur le terrain s'est effectuée au cours de notre stage, dans un centre hospitalier de la région Provence-Alpes-Côte D'azur. La démarche retenue comporte deux étapes distinctes. La première consiste à recueillir des informations chiffrées à propos d'indicateurs de mesure directe et indirecte de la mobilité interne et externes des infirmières. La seconde, comprend la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès de dix professionnels IDE, Cadres Infirmiers (C.I.), Cadre Infirmier Supérieur (CIS), Directeur des Ressources Humaines (DRH), Directeur du Service de Soins Infirmiers (DSSI), Médecin, Représentant Syndical. L'objectif est de recenser les points de vue de professionnels différents afin d'élargir notre compréhension du phénomène de mobilité. L'analyse de l'ensemble des informations recueillies dans la littérature et sur le terrain nous permettra de répondre aux interrogations de départ et de vérifier notre hypothèse.

### **1 PREMIERE ETAPE, LES CHIFFRES DE LA MOBILITE.**

Nous avons évoqué dans le cadre théorique différents facteurs ayant une incidence sur la mobilité. Nous les rappelons:

- L'absence au travail.

- Le temps partiel.
- Les restructurations.
- Les fluctuations de la charge de travail.
- Le statut.

A partir de ces points, nous avons orienté nos recherches d'informations et essayé de rendre lisible la mobilité du personnel infirmier. Nous avons consulté les documents disponibles à la DRH et à la DSSI. L'objectif est de mettre en évidence l'évolution de la mobilité infirmière sur une période de quatre années de 1997 à 2000. Quelle en est la tendance? A ce titre, nous avons sélectionné huit indicateurs.

- Le nombre de changements d'affectations des infirmières.
- Le nombre de recrutements.
- Le nombre de jours de maladie.
- Le nombre de jours de congé de maternité.
- Le nombre de demandes disponibilité.
- Le nombre de demandes de congés parentaux.
- Le nombre de demandes de travail à temps partiel.
- Le nombre de départs en retraite.

## 1.1 LE NOMBRE DE RECRUTEMENTS

Lorsqu'un agent quitte l'hôpital, quel qu'en soit la raison, son poste devient vacant. Le plus souvent, ce poste sera remplacé au moyen de nouveaux recrutements. Le tableau suivant représente l'évolution de cette mobilité externe.

1997	1998	1999	2000	
20	15	27	61	Tous grades
<b>10 (50%)</b>	<b>8 (53%)</b>	<b>14 (51,8%)</b>	<b>26 (42,6%)</b>	<b>IDE</b>

### Commentaire :

L'année 2000, nous constatons une augmentation importante des recrutements, quasiment trois fois plus que les années précédentes pour l'ensemble des grades. Le nombre des infirmières recrutées a doublé en 2000, comparé à la moyenne des années précédentes.

Cependant, nous notons une stabilité du pourcentage d'IDE recrutées sur quatre ans, autour de 50%, avec une légère baisse en 2000.

**Nous pouvons déduire de ces chiffres, que la mobilité externe des infirmières a augmenté de façon importante, tout en restant relativement proportionnelle à l'ensemble la mobilité externe tous grades confondus.**

## 1.2 LES CHANGEMENTS D'AFECTATIONS DES IDE

Les changements d'affectations s'inscrivent dans la mobilité interne. Ils correspondent à un changement de service. Sur notre lieu d'étude, lorsqu'un professionnel quitte l'établissement, le poste vacant est proposé au personnel via une procédure d'affichage de postes (annexe1). Cette démarche a été élaborée en concertation par la DRH et la DSSI. Cette procédure s'auto-active en fonction des opportunités à chaque fois qu'un poste se libère. Ces changements d'affectations correspondent en grande partie aux souhaits des agents, mais aussi, à la nécessité de réorganisation des services, plus exceptionnellement à des mesures disciplinaires. L'ensemble de ces mouvements est enregistré par le DSSI au moyen d'un outil spécifique qui nous a permis de concrétiser nos recherches représentées dans le tableau ci dessous.

1997	1998	1999	2000	
86	87	92	108	Tous grades
<b>48 (55,8%)</b>	<b>43 (49,4%)</b>	<b>52 (56,5%)</b>	<b>85 (78,7%)</b>	<b>IDE</b>

### Commentaire :

Tous grades confondus, nous constatons une augmentation régulière du nombre de changements d'affectations, au cours de ces quatre années. Mais surtout, nous remarquons la nette progression des nouvelles affectations des infirmières qui représente 78,7% des changements en 2000.

**Nous pouvons déjà affirmer que si la mobilité externe des IDE augmente, tout en restant proportionnelle aux autres grades (tableau 1), la mobilité interne concerne en grande partie les IDE (tableau 2).**

En l'an 2000, sur un effectif de 296 IDE, que compte le service de soins infirmiers, 28,7 % ont été concernées par un recrutement ou un changement d'affectation

### 1.3 L'ABSENCE POUR MALADIE

A présent, à partir des sources d'informations de la DRH, nous allons vous communiquer le nombre de jours total d'absence des infirmières, par année, pour la période étudiée. Ces absences comprennent, la maladie plein traitement, demi-traitement, professionnelle, les congés longues maladies, les congés de longues durées.

1997	1998	1999	2000
<b>3482 jours</b>	<b>3954 jours</b>	<b>4679 jours</b>	<b>4825 jours</b>

#### Commentaire

Cet indicateur est en forte progression. L'établissement dans lequel nous avons réalisé notre travail, dispose d'un SICS pour répondre aux absences de courtes et longues durées. Ce sont donc les infirmières remplaçantes affectées à ce service qui pallient en priorité aux absences pour maladie. Ce sont elles qui supportent en grande partie, la mobilité interne nécessaire à ces remplacements.

Les absences de maladie de longue durée sont, dans certaines conditions, remplacées par voie de recrutement. Dans ce cas de figure, elles entraînent une réaction en chaîne, comme à chaque départ d'un agent, que l'on résume ainsi:

**Départ > recrutement > Possibilité de changement de service pour les infirmières travaillant dans l'établissement.**

Mais notre indicateur, trop global ne nous permet pas de quantifier cette mobilité.

### 1.4 LES CONGES MATERNITE

Autre absence que nous étudions, les congés maternité, présentés dans le tableau suivant. Les chiffres annoncés prennent en compte les jours accordés au titre de la grossesse et des suites pathologiques.

1997	1998	1999	2000
<b>2911 jours</b>	<b>1163 jours</b>	<b>560 jours</b>	<b>1424 jours</b>

### **Commentaire**

Comme nous le constatons, les années se suivent et ne se ressemblent pas. Il y a eu cinq fois plus de jours de congé de maternité en 1997 qu'en 1999. D'une année à l'autre les écarts sont importants. Cependant, il est intéressant de comparer ce tableau avec celui des changements d'affectations, pour s'apercevoir que **les congés de maternité ne semblent pas avoir d'impact significatif sur les changements d'affectations**. En 1997 il y a peu de changements d'affectations pour un nombre particulièrement élevé de jours d'absences pour maternité. En 1999, le nombre de changements d'affectations augmente alors que le nombre de jours d'absence pour maternité chute prodigieusement. En effet, les congés de maternité sont remplacés en priorité par des IDE du SICS, ce qui limite prioritairement la mobilité interne à ces infirmières remplaçantes. Les changements de postes des infirmières remplaçantes ne sont pas comptabilisés comme des changements d'affectations.

### **1.5 LES DEMANDES DE DISPONIBILITE**

La demande de disponibilité est un droit des fonctionnaires, qu'ils peuvent obtenir dans certaines conditions. Dans d'autres situations, ce peut être une obligation. Nous ne développerons pas davantage. Cependant nous préciserons, que lorsqu'un agent quitte l'établissement de santé pour être en disponibilité, il n'est plus rémunéré. Son remplacement est donc envisageable plus aisément. A présent, nous vous présentons les données que nous avons recueillies.

1997	1998	1999	2000
<b>7</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>18</b>

### **Commentaire**

Les demandes de disponibilité des infirmières croient régulièrement depuis 1997. Elles ont plus que doublé en trois ans. Les mises en disponibilité libèrent des postes, entraînant dans leurs sillages des recrutements et des opportunités de changements de postes.

## 1.6 LES DEMANDES DE CONGES PARENTAUX

Après un congé maternité, il est possible d'obtenir un congé parental. D'une durée de trois ans, Le père ou la mère peut en bénéficier. Lorsqu'une personne est en congé parental, elle n'est plus rémunérée par l'établissement. Son poste peut être remplacé par voie de recrutement. Cependant, il faut savoir, qu'une personne en congé parental sera réintégrée, même en surnombre, quand elle en fera la demande.

1997	1998	1999	2000
<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

### Commentaire

Nous remarquons une stabilité du nombre de demandes de congés parentaux.

## 1.7 LE DEVELOPPEMENT DU TEMPS PARTIEL

Nous continuons nos investigations dans le champ du développement du temps partiel à l'hôpital. Quelle est la place du temps partiel, dans l'exercice professionnel des infirmières?

.	50 %	60 %	70 %	75 %	80 %	90 %	TOTAL
1997	<b>27</b>	<b>1</b>		<b>1</b>	<b>38</b>		<b>67</b>
1998	<b>29</b>	<b>2</b>		<b>1</b>	<b>42</b>		<b>75</b>
1999	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>3</b>		<b>47</b>	<b>1</b>	<b>72</b>
2000	<b>23</b>	<b>1</b>	<b>1</b>		<b>50</b>		<b>75</b>

## Commentaire

Les deux quotités de temps privilégiées par les infirmières sont le 50% et le 80%. La demande de travail à 80% progresse régulièrement entre l'année 1997 et 2000. Celle à 50% baisse légèrement, mais reste relativement stable. Nous remarquons également, une stabilité du nombre total d'infirmières à temps partiel, principalement ces trois dernières années. Globalement, la lecture de ce tableau traduit plutôt, une certaine stabilité de l'évolution des demandes de temps partiel. Néanmoins, de façon individuelle, les demandes de changements de services liées à un changement de quotité de temps peuvent être majorées sans qu'elles soient lisibles dans ce tableau. De plus les changements de quotité de temps n'intéressent pas obligatoirement les mêmes agents d'une année à l'autre.

### 1.8 LE NOMBRE DE DEPARTS EN RETRAITE

Concernant le nombre de départs à la retraite, nous avons pris en compte deux données:

- La date d'ouverture des droits à la retraite, qui permet aux infirmières de partir ou de prolonger leur activité professionnelle (de 55 à 60 ans).
- La date limite d'âge ou de départ (60 ans).

Spécialement pour cet indicateur, nous avons prolongé la période étudiée de 1997 à 2011. En effet, nous disposons d'informations qui nous permettent d'envisager l'avenir. Toutefois un aléa de taille persiste, lié principalement au libre choix des agents de fixer la date de leur départ.

#### Nombre de départs infirmières à l'ouverture des droits à la retraite.(tableau 1)

1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
2	4	5	3	7	7	10	6	10	16

#### Nombre de départs à la retraite à la date limite.(tableau 2)

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1	3	3	3	4	6	3	6	10	6	10	16

## **Commentaire**

Dès l'année 2001, nous constatons une augmentation progressive du nombre de départs à la retraite. Néanmoins, l'effet sera particulièrement marquant à partir de 2006. Cinquante six infirmières peuvent partir en retraite entre les années 2000 et 2006, soit 20% de l'effectif total infirmier (tableau 1). Cet effet peut être différé comme nous le montre le second tableau.

La réalité sera de toute façon une composante de ces deux tableaux. Elle entraînera un nombre de départs important et par voie de conséquence, une augmentation du nombre de recrutements. Par ailleurs, il est probable que des mesures de restructuration ou de réorganisation viennent atténuer ce phénomène. Pour autant, les nombreux postes libérés vont offrir un choix considérable aux infirmières et ainsi stimuler la mobilité externe et interne de ces professionnelles.

Nous ajouterons que l'hôpital étudié, bénéficie de l'effet attractif de sa situation géographique. Le nombre de demandes d'emplois infirmiers est supérieur à l'offre. La gestion de ces demandes d'emplois est organisée de manière à anticiper les remplacements des professionnels qui quittent l'établissement.

## **1.9 A PROPOS DE LA METHODE**

La lecture des chiffres des huit indicateurs retenus est significative, avec cependant quelques nuances. En effet, certains indicateurs sont objectifs et indiscutables.

Le nombre de recrutements, de changements d'affectations, de demandes de disponibilité, de congés parentaux, de départs en retraite (soit cinq indicateurs sur huit) traduisent bien la mobilité interne et externe des infirmières.

Par contre, le nombre de jours de congés de maternité, d'absences globalisées pour toutes causes de maladie, et les demandes de travail à temps partiel sont des indicateurs moins précis, donc plus difficiles à interpréter. Ils méritent d'être affinés. Néanmoins, nous savons que le nombre de jours d'absence pour maladie et les congés de maternité influencent fortement et spécifiquement la mobilité des infirmières remplaçantes affectées aux SICS. Pour ces trois derniers indicateurs, il n'est pas exclu une incidence sur les demandes de changements de postes des autres infirmières, pour autant nous ne sommes pas en mesure de l'évaluer.

## 1.10 CONCLUSION DES STATISTIQUES

En réponse à notre questionnement de départ, les huit indicateurs nous ont permis de mesurer et de mettre en évidence, l'évolution de la mobilité des infirmières sur une période de quatre années de 1977 à 2000 (représentation graphique page suivante). La tendance générale de la mobilité, externe et interne des infirmières est en forte progression dans l'établissement étudié. De surcroît, le nombre croissant des départs en retraite devrait majorer cette tendance dans un proche avenir, vers 2006. Nos recherches ont également mis en évidence que la mobilité varie d'un service à un autre. Elle concerne aussi les autres grades des professionnels. Ces informations n'ont pas été traitées, car elles sont hors limites de notre champ d'exploration.

Concernant la mobilité externe:

**Le nombre d'IDE qui quittent l'établissement et le nombre de recrutements augmentent.**

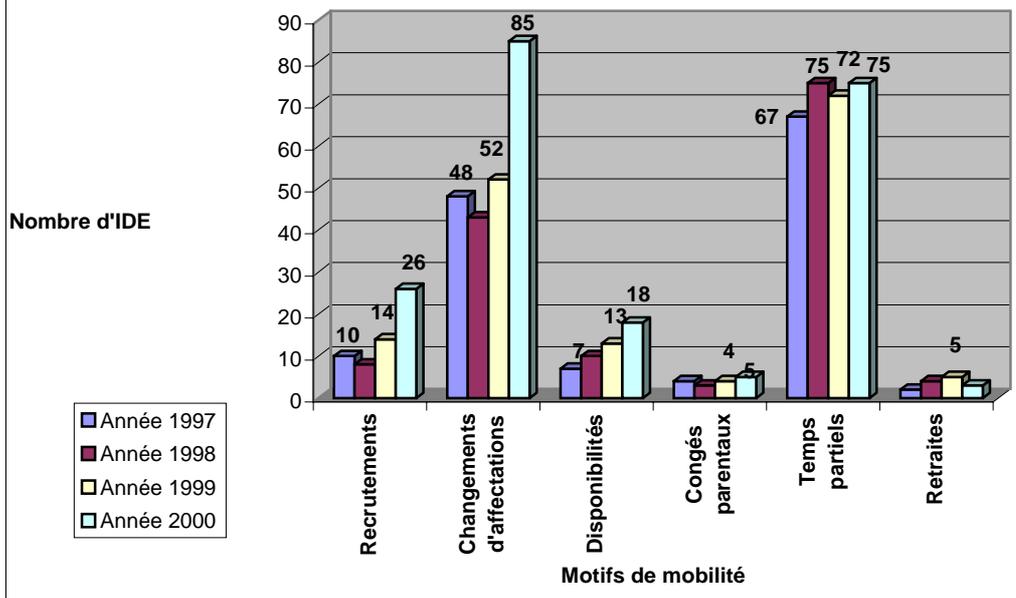
Concernant la mobilité interne:

**Le nombre de changements de services et le nombre de remplacements pour absence augmentent.**

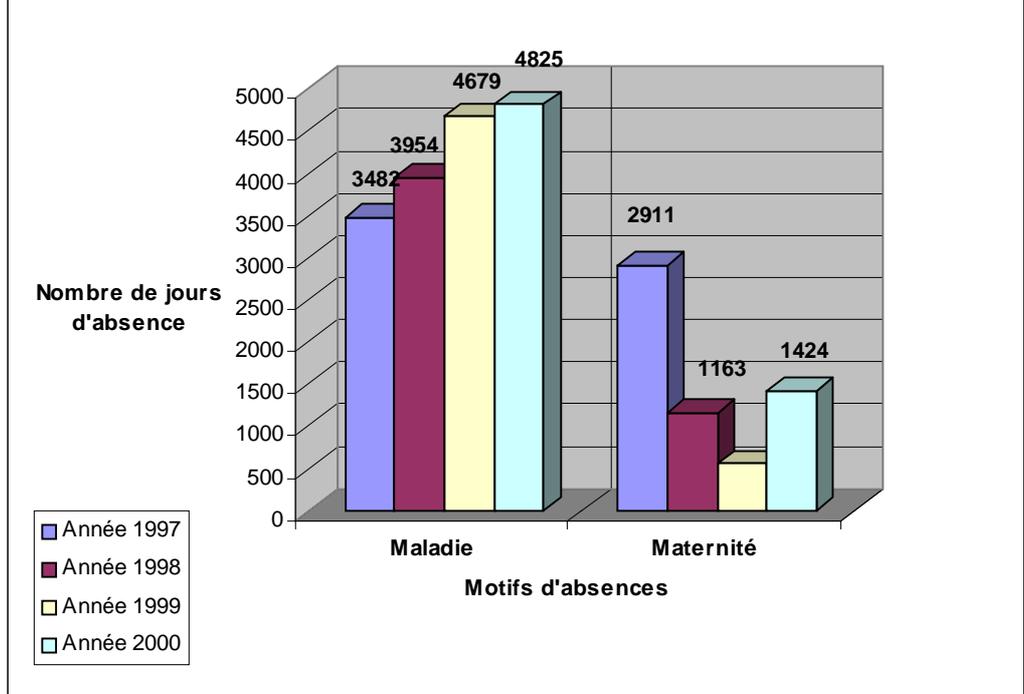
Pratiquement un tiers de l'effectif IDE est concerné par la mobilité en l'année 2000.

Après cette évaluation quantitative de la mobilité, nous allons continuer nos investigations auprès des professionnels afin de recueillir leurs avis.

**Figure 1 Evolution des indicateurs de mobilité**



**Figure 2 Evolution des indicateurs d'absences pour les IDE**



## **2 DEUXIEME ETAPE : LES ENTRETIENS**

### **2.1 PRESENTATION DE LA DEMARCHE.**

Dans le cadre de notre démarche nous évoluons progressivement.

Après une recherche théorique documentée, nous avons objectivé la mobilité au moyen de statistiques réalisée à partir des informations issues de la DRH et de la DSSI. Ensuite dans ce même établissement, nous allons procéder à des entretiens auprès des professionnels.

Afin d'élargir au maximum les points de vue, nous avons choisi volontairement différentes catégories de personnels :

Trois infirmières :        **une très mobile** (plus de trois changements de services).  
                                      **une mobile** ( deux changements de service).  
                                      **une non mobile** (aucun changement de service).

Trois cadres qui gèrent : **une équipe renouvelée en grande partie.**  
                                      **une équipe renouvelée partiellement.**  
                                      **une équipe complète sédentarisée.**

Le DRH, la DSSI, un médecin chef de service, un représentant syndical.

Ces entretiens semi-directifs ont été enregistrés au magnétophone pour en faciliter l'exploitation. Ce type d'exploration a été choisi car il permet aux différents acteurs d'exprimer leur perception, ce qui nous semble important dans le cadre de notre étude. Les entretiens se sont effectués après accord et prise de rendez-vous avec les personnes concernées. Le cadre de notre démarche était annoncé, l'objectif de l'entretien précisé. Chaque entretien a duré environ quarante minutes et l'anonymat des réponses était évidemment garanti.

### **2.1.1 Conception des grilles d'entretiens**

L'objectif des entretiens avec les infirmières était :

- De vérifier ce qu'elles entendent par mobilité.
- D'identifier leurs intérêts.
- D'évaluer les aspects positifs et négatifs liés au phénomène de la mobilité.

Celui de l'entretien avec les cadres infirmiers, le cadres infirmières supérieurs et le médecin était :

D'observer comment ils appréhendent la mobilité des infirmières.

De percevoir les enjeux de la mobilité pour l'institution hospitalière.

D'entrevoir leur implication dans ce domaine.

Celui de l'entretien avec le DRH, le DSSI et le représentant syndical :

- De vérifier la perception actuelle de la mobilité des IDE dans l'établissement.
- D'appréhender la notion de gestion de la politique de mobilité au sein de l'équipe de direction dans l'institution.

### **2.1.2 Présentation des résultats**

Suite à l'écriture des enregistrements des entretiens et après une lecture attentive, nous avons relevé les idées dominantes exprimées par les différents acteurs auditionnés. Nous avons traité chaque question. Nous vous présentons les réponses à ces questions sous la forme de douze thèmes principaux. Ensuite, nous confronterons ces réponses à notre cadre théorique et aux éléments statistiques que nous vous avons exposés. A terme, ceci nous permettra de vérifier notre problématique de départ et notre hypothèse que nous vous rappelons :

#### **L'hypothèse**

**La gestion de la mobilité est un élément qui favorise le développement des compétences et la polyvalence des IDE.**

## 2.2 RESULTATS DES ENTRETIENS

### 2.2.1 Ce que représente la mobilité

LE DRH évoque la problématique de la mobilité qui est voulue ou subie aussi bien par le personnel que par la direction des ressources humaines. Il ajoute : « *souvent, l'aspect négatif de la mobilité est mis en avant, ce qui en fait un sujet tabou.* »

Le DSSI remarque que les infirmières changent plus souvent de services qu'auparavant. Elle ajoute, qu'après un changement, elles restent plusieurs années dans un service.

Le médecin parle d'une mobilité négative, représentée par une gestion administrative centrée prioritairement sur des intérêts économiques. « *Le personnel est utilisé comme des pions qu'on va mettre aux endroits où il y a des trous.* » Il précise : « *Quand on parle de mobilité, en premier lieu on la considère négative, mais la mobilité n'est pas toujours imposée.* » A l'inverse, c'est l'aspect positif de la mobilité qui est souligné avec, cette possibilité qu'ont les infirmières d'acquérir de nouvelles connaissances dans d'autres services lorsqu'elles en éprouvent le besoin. « *En tant que médecin nous n'avons pas cette mobilité, c'est dommage.* »

Les cadres mettent en avant les difficultés qu'éprouvent les infirmières à changer de service et également l'inconfort pour eux-mêmes à leur demander de changer de service pour dépanner ponctuellement. Ils associent au mot mobilité l'ensemble des mouvements des personnels, les changements de services, la continuité des soins, la disponibilité, la notion de développement des compétences et la prise en compte des intérêts de l'institution.

Les infirmières citent en priorité la polyvalence pour aller dans un autre service. Deux aspects sont également relevés :

- L'un positif, l'esprit d'ouverture et la connaissance des services qu'ont les infirmières mobiles.

- L'autre négatif, concerne des connaissances variées mais considérées comme superficielles par ces professionnelles.

Et une infirmière de dire : « *tout le monde peut être mobile, il suffit de se centrer sur le patient, de rester humble, de demander quand on ne sait pas, et de garder un certain aplomb en même temps.* »

Le représentant syndical souligne l'aspect négatif de la mobilité subie et la nécessité de s'adapter rapidement. Ce qui est une difficulté pour le personnel. « *On n'a plus ces repères, il faut soigner d'autres pathologies, il faut savoir se débrouiller où que l'on aille.* » En même temps le côté positif est exprimé, la mobilité choisie.

### **2.2.2 Les obstacles à la mobilité**

Le DRH considère que la mobilité souffre d'une image négative liée à la notion d'obligation et de sanction. Nous l'avons déjà dit, la mobilité est un sujet tabou autour d'une problématique : mobilité voulue, mobilité imposée, subie. Une autre composante de cette problématique met en opposition le développement des compétences individuelles des infirmières prôné par la Direction des ressources humaines, et l'équilibre d'un fonctionnement en équipe. Dans les deux cas, des enjeux de sécurité sont sous-tendus.

Le DSSI évoque en premier lieu, la crainte des infirmières à changer de service, même pour des remplacements ponctuels. L'insatisfaction dans le choix des postes contribue à l'immobilité et sert même de prétexte par la suite pour ne pas changer. « *Pour un poste aux consultations, j'ai quinze demandes d'infirmières qui souhaitent des horaires plus attractifs.* »

Pour étayer notre propos le médecin énonce. « *J'apprécie la stabilité d'une équipe pendant un certaine période. Pour faire fonctionner un service dans une certaine direction, pour garantir une qualité des soins, on a besoin de compétences. Il faut un certain temps pour que l'IDE acquiert les compétences particulières à l'unité de soins et il faut un certain temps pour apprendre à travailler ensemble. Mais surtout, si plusieurs*

*agents s'en vont, nous perdons cette cohérence de l'équipe et cette compétence collective. Plusieurs départs, c'est déstabilisant. »*

Les cadres mettent en avant la crainte des infirmières et le sentiment d'infériorité qui accompagne les changements de service. Ils ajoutent que le risque d'erreurs augmente lorsqu'il y a trop de mobilité. *« J'ai eu deux infirmières remplaçantes sur un effectif de six, tous les jours ça changeait, je n'avais jamais les mêmes, j'ai vécu un mois de septembre noir. »* Les cadres parlent aussi de pouvoir des anciennes, d'affinité dans le groupe, de fidélisation à une équipe, d'opposition médicale, de contraintes ou d'avantages liés aux plannings et de charge de travail relative à la formation des nouvelles IDE, comme obstacles à la mobilité. Néanmoins, ils affirment *« les IDE ont du mal à partir mais après elles sont contentes. »*

Pour les trois IDE, la peur du changement associe, la régression en terme de connaissances, la perte de l'autonomie, le manque d'efficacité, la peur de la faute, le manque de reconnaissance et la charge de travail supplémentaire qu'elles représentent pour leurs collègues. *« Est-ce que je vais y arriver, pourtant j'avais onze ans d'expérience. Il faut se faire violence pour changer. Il y a beaucoup de machines, c'est très difficile, surtout si vous venez d'un secteur peu technique. Pourquoi changer lorsque vous êtes encore motivé dans ce que vous faites? »* Malgré tout, elles considèrent que : *« l'adaptation est difficile mais ça ne dure qu'un temps. Les troubles liés au changement passent très vite, nous avons un bagage, une expérience et le caractère qui va avec. »*

Nous terminons cette question avec le représentant syndical qui, outre les points déjà abordés confirme : *« la notion d'erreur est très importante dans le milieu médical, surtout chez les infirmières. Lorsque vous dépannez quelque part, vous dépannez parce qu'il manque du monde. Il faut que vous soyez efficace, compétente, ça amplifie le stress par rapport au risque d'erreur. De nombreuses IDE posent des questions pour s'assurer. »* Le phénomène est accentué par la spécificité des services.

### **2.2.3 Ce qui favorise la mobilité**

Nous diviserons en deux catégories les éléments que nous avons recueillis. En effet, la mobilité peut être favorisée de deux manières en étant subie ou choisie.

#### **La mobilité subie**

Les différents professionnels rencontrés énoncent plusieurs facteurs à l'origine de la mobilité du personnel. En tout premier, la nécessaire continuité des soins qui impose le redéploiement de personnel pour équilibrer les effectifs.

Ils citent aussi, les conditions de travail difficiles qui engendrent des départs dans les unités de soins concernées. De même, le développement d'activités médicales nouvelles dans un contexte de réduction des personnels entraîne des demandes de départs et des conduites de fuite de la part des agents qui ont des difficultés à s'adapter. *« Il faut toujours faire plus, il y a un épuisement, un rejet, mais les jeunes s'y mettent bien. »*

D'autres raisons, plus occasionnelles concernent les mesures disciplinaires : *« lorsqu'un agent ne remplit pas correctement la tâche qui lui est confiée(...), il peut arriver aussi, qu'il ne soit pas bien dans l'équipe, alors nous lui demandons de bouger, ce n'est pas une mobilité positive, c'est un problème particulier mais nous l'avons eu à plusieurs reprises. »*

#### **La mobilité choisie**

Lorsque des infirmières changent de service, c'est souvent dans la perspective d'améliorer leurs connaissances professionnelles ou leurs conditions d'exercice. Il semble que pour les jeunes infirmières ce soit, *« davantage dans le cours de l'histoire. »* Elles manifestent le souci de maintenir et de développer leur niveau de compétence et la mobilité en serait un des moyens. Mais le DSSI nous informe que les infirmières qui ont dix ans de métier souhaitent également changer de services, et ceci de plus en plus. Par ailleurs, des conditions comme la publication des postes vacants, les formations organisées dans d'autres services ou d'autres hôpitaux majorent cette tendance. De plus, la qualité du management des cadres, l'organisation de l'accompagnement des nouveaux agents, les aménagements de plannings, influencent les décisions des professionnels.

Certaines infirmières du SICS connaissent bien ces situations. « *Elles tournent pour améliorer leurs compétences et ensuite elles cherchent un service qui leur convient.* »

D'autres éléments apportés par les cadres sur cette question sont centrés sur la volonté des infirmières d'améliorer leur organisation personnelle : Travailler de nuit pour élever leurs enfants, être plus présente chez elles le week-end, avoir des horaires mieux adaptés à leur vie familiale. De surcroît, les infirmières n'hésitent pas à changer de service pour échapper aux mauvaises conditions de travail, aux charges de travail trop fortes, à la pénibilité, au stress, certaines préfèrent quitter l'hôpital pour exercer une activité libérale.

Dernier point abordé, l'intérêt d'un parcours qualifiant en vue d'un projet professionnel où la mobilité est considérée comme un critère positif. Le DRH souligne les avantages du métier d'infirmière qui comporte de multiples facettes, ceci facilite la mobilité même si le changement reste, parfois difficile.

#### **2.2.4 Les intérêts pour les infirmières à être mobile**

Nous l'avons vue dans la question précédente le maintien des compétences où son développement est une des priorités pour les infirmières. C'est donc une remise en question, « *l'envie de voir autre chose, d'autres façons de travailler, d'autres organisations* » qui domine. Le changement a pour but de progresser, d'évoluer dans le domaine des techniques de soins. Il a aussi des conséquences sur ce que nous avons décrit comme des savoirs sociaux. « *J'apprécie le changement même, je n'ai pas toujours fait le choix, j'ai bénéficié d'opportunités. A la faveur de ces changements, j'ai découvert que je pouvais approfondir mes connaissances.* » Les infirmières et les différents acteurs auditionnés font remarquer le dynamisme, l'esprit d'ouverture, une meilleure qualité de relation dans les équipes, une meilleure compréhension du fonctionnement de l'hôpital, comme un dénominateur commun des infirmières mobiles.

Ces qualités sont reconnues à la plus part des infirmières remplaçantes qui composent le SICS. Les cadres mettent en avant, les qualités relationnelles suscitées, qui contribuent à favoriser les transmissions du savoir entre professionnels, même si aujourd'hui, ils accordent plus de crédit à la stabilité qu'ils ne le faisaient auparavant. Les infirmières évoquent un état d'esprit positif, une motivation, une disponibilité, un investissement professionnel. En même temps, elles pondèrent leurs affirmations sachant que des

infirmières restent dynamiques sans changer d'unité de soins. *« Il n'y a pas que la mobilité géographique, il faut être mobile dans sa tête. »* Pour autant, l'immobilisme géographique est connoté au pouvoir et à des relations plus difficiles.

Le DRH ajoute que la mobilité choisie prépare à une mobilité forcée qui peut toujours arriver. *« C'est toute l'ambivalence de la mobilité, si on n'a pas prévu, si on n'a pas été mobile, c'est plus difficile. »*

### **2.2.5 Les intérêts pour les cadres**

Les infirmières remplaçantes sont appréciées par les cadres dans la mesure où elles répondent à une de leur préoccupation majeure, palier les absences et assurer la continuité des soins.

*« Vis à vis des cadres les infirmières remplaçantes sont les bienvenues. »*

Pour d'autres raisons, les cadres sont favorables à la mobilité des infirmières tout en formulant certaines limites.

En effet, ce sont surtout les infirmières remplaçantes appartenant au SICS et aussi les infirmières affectées dans un nouveau service qui stimulent les échanges de connaissances professionnelles. Elles génèrent des changements de pratiques, d'organisation du travail à partir de la confrontation de leurs différentes expériences professionnelles. Et une infirmière d'illustrer : *« On sème et chacun prend ce qu'il veut »*. Et un cadre de surenchérir : *« un changement entraîne d'autres changements, ça se passe bien entre elles. »* Les infirmières remplaçantes, de passage et les nouvellement affectées dans un service, participent ainsi à l'évolution de l'unité de soins. Les cadres trouvent qu'elles résistent moins au changement tout en gardant un sens critique positif lié à leur *« œil neuf »*. Une infirmière affirme : *« le personnel nouveau est plus facile à gérer, il fait preuve de moins de résistance, c'est une opportunité quand il arrive pour changer quelque chose. »*

Les cadres font aussi remarquer que leur tâche est simplifiée par la disponibilité au travail, le dynamisme et le climat relationnel plus agréable, qui accompagne souvent les infirmières mobiles. *« Aujourd'hui, les équipes considèrent beaucoup mieux les*

*infirmières remplaçantes du SICS.* » Cependant, ces aspects positifs, manifestement les plus couramment rencontrés, comportent des limites.

Tout d'abord, trop de mobilité entraîne un déséquilibre de compétence au sein de l'équipe et la tâche du cadre est rendue plus complexe pour assurer la sécurité et la qualité des soins. A plus long terme, l'augmentation de la charge répétitive occasionnée par la formation de plusieurs agents consécutivement dans un même service, éprouve les membres de l'équipe sur qui repose cette responsabilité.

### **2.2.6 Notion d'équipe**

Sans que nous ayons évoqué directement la notion d'équipe au cours de nos entretiens, le médecin, le cadre infirmier supérieur et un IDE y ont fait allusion avec insistance.

En effet, la notion d'appartenance à une équipe reste forte à l'hôpital. Le cadre infirmier supérieur donne pour exemple le cas d'agents qui travaillent à la maison de retraite et qui veulent en partir. Pour autant, ceux-ci ne souhaitent pas intégrer le SICS.

Pour le médecin, la sécurité et la qualité des soins vont de paire avec le fonctionnement d'une équipe dont il se veut responsable au même titre que le cadre.

*« Lorsque je fais mes consultations dans un autre service, je n'aime pas ça. Pour moi l'unité de lieu et l'unité d'équipe avec laquelle je travaille est importante. J'ai un sentiment de sécurité, d'une garantie de la qualité des soins. Mais peut-être qu'il faut que j'apprenne à travailler autrement. »*

Une IDE qui défend cette notion d'équipe dénonce l'individualisme dont font preuve les nouvelles IDE, principalement en ce qui concerne la gestion de leurs jours de travail. Il est aussi intéressant de noter qu'elle considère que la qualité des soins techniques n'est pas remis en cause du fait de la mobilité. C'est plutôt la qualité des relations entre professionnels dont le patient peut subir les conséquences, qui lui semblent préoccupantes. Hors, souvenons-nous des paragraphes précédents. Aux IDE mobiles, ont été attribuées des qualités relationnelles, un esprit d'ouverture et des facultés d'adaptations aux situations nouvelles.

Nous ajouterons cette remarque du cadre infirmier supérieur qui explique :

*« quand il n'y avait pas de SICS, les agents étaient plus autonomes. »*

L'IDE évoque aussi l'esprit d'équipe, qui apparaît aujourd'hui menacé, par un excès de mobilité.

*« L'esprit d'équipe disparaît, il y a pas mal de choses qui entraînent une démotivation. On avait une équipe qui fonctionnait très bien, c'est vrai qu'il y en a qui sont parties en retraite. Personnellement, j'avais beaucoup de plaisir à travailler avec cette équipe. Maintenant, ça bouge pas mal. »*

## **2.2.7 Le lien entre mobilité et compétence**

L'acquisition de nouvelles compétences qui complète la formation initiale et la formation continue par le biais de la mobilité apparaît comme évidente. Cependant, quelques points méritent d'être développés.

Nous reprendrons les propos du DRH. *« Le développement et le renforcement des compétences dans un service où un secteur donné n'exclue pas la possibilité d'aller voir ce qui se passe dans un autre secteur. »* Pour illustrer l'intérêt de cette démarche, il prend pour exemple la prise en charge transversale de la personne âgée qui peut être hospitalisée dans tous les secteurs d'activité de l'hôpital. La mobilité permet de développer une prise en charge d'un point de vue technique mais aussi par rapport à des spécificités.

De fait, la compétence est indissociable de la mobilité de service, de la spécificité des patients, et des environnements. A l'intérêt de la pluri-compétence sectorielle s'ajoute celui de la compétence spécifique transversale.

Reprenant l'idée de compétence sectorielle, le DSSI éclaire nos propos. *« Le lien entre la compétence et la mobilité fonctionne dans les deux sens. En effet, lorsqu'un agent est en difficulté dans un service, il aura tendance à changer pour se mettre à niveau et rechercher une unité qui lui convient mieux. Dans l'autre sens, certaines IDE se donnent les moyens, par la mobilité, d'acquérir des connaissances et réaliser ainsi un véritable parcours qualifiant autonome. »*

Les limites sont posées par le médecin : *« l'hyper-mobilité, je trouve que c'est un défaut, ce sont des gens qui ne se sont pas fixés, qui ne se sont pas investis. »*

Le cadre infirmier supérieur qui gère le SICS reconnaît la compétence des IDE mobiles. Il associe cette compétence à la façon d'être, insiste sur les qualités relationnelles et

ajoute. « *Je ne sais pas si la mobilité rend compétent ou si c'est la compétence qui rend mobile.* » La compétence sectorielle a une part importante dans la gestion des IDE remplaçantes. « *Je pense que la mobilité, notamment des jeunes IDE augmente leurs compétences.* » Les IDE remplaçantes sont considérées comme de réels vecteurs de la connaissance entre professionnels, ce qui ne semble pas être le cas des IDE sédentaires : « *les IDE du SICS apportent, transmettent des connaissances. Dans l'autre sens, il y a de la rétention, disons les choses des problèmes de pouvoir.* »

Au contraire un autre témoignage, à propos de la transmission du savoir entre professionnels montre que ce champ semble très investi par certaines IDE. Elles n'hésitent pas à créer des outils de liaison, pour faciliter la transmission du savoir entre professionnels et l'adaptation des nouvelles IDE .

D'un point de vue syndical, l'accent est mis sur la phase d'adaptation et une mobilité prioritairement choisie qui engendre la motivation pour se conditionner au changement et apprendre. « *La mobilité nécessite d'être à l'aise avec ses connaissances pour pouvoir s'adapter.* » Les professionnels s'appuient sur leurs connaissances pour en développer d'autres. Dans quelles conditions, pendant combien de temps, c'est ce que nous vous proposons d'aborder dans le chapitre suivant.

### **2.2.8 Compétence et durée d'exercice dans une unité**

D'après nos entretiens, l'appréciation de la compétence et l'efficacité varient grandement en fonction du résultat attendu dans le temps et le lieu d'exercice plus ou moins spécialisé. Le DSSI précise que les IDE qui changent de services, le font pour plusieurs années.

Les IDE et les cadres infirmiers interrogés considèrent qu'il faut entre un et trois mois pour être efficace dans un service « standard », de médecine interne. Les IDE rajoutent : « *pour vraiment s'exprimer au niveau des initiatives, il faut bien deux ans.* » Le médecin estime qu'après six mois à un an de passé dans le service, les IDE travaillent tel qu'il leur demande. « *Il faut le temps de s'y faire.* »

Cependant, l'ensemble des acteurs interrogés est d'accord pour dire, qu'après cinq années d'exercice, les IDE possèdent une parfaite connaissance des soins et de l'organisation de l'unité. A différentes reprises cette date est citée comme un seuil intéressant pour envisager un changement de service.

### 2.2.9 Notion de polyvalence

A l'instar de la mobilité, les professionnels auditionnés apprécient la polyvalence sous les angles négatifs et positifs.

Cette polyvalence est définie comme un savoir dans tous les domaines. Mais si la formation de base est considérée polyvalente dans la mesure où les IDE peuvent exercer théoriquement dans quasiment toutes les unités de soins, très vite des limites apparaissent.

*Le DSSI : « elles doivent être polyvalentes mais elles ont des compétences dans des domaines fixes ». Les IDE : « nous ne pouvons pas être polyvalentes et compétentes partout, nous ne connaissons pas tout, surtout qu'il n'y a pas toujours des protocoles, nous n'avons pas toujours les moyens. Il faut qu'on nous explique même si nous ne sommes pas des élèves. »*

Mais c'est principalement la gestion de la polyvalence qui est mise en cause.

*« Vous avez un diplôme, donc vous êtes capable. Mais on fait abstraction de la spécificité des services. »*

De même, par le biais de cette polyvalence, le médecin craint une ingérence dans l'organisation des soins qui entraînerait une perte de compétence.

*« Ce qui reste fondamental, c'est le maintien des compétences du personnel à tous les niveaux. Plus nous leur demanderons des choses différentes, plus nous aurons du mal à garantir la compétence ou alors il faut rester vigilant sur la formation. »* Il ajoute que cette remarque est encore plus vraie dans des domaines spécialisés où les remplacements des agents et le souci d'efficacité deviennent encore plus aigus.

La réalité du terrain met en évidence une problématique de gestion de la compétence et de la polyvalence. Ces aspects sont bien perçus par les différents acteurs interrogés. Ce sont prioritairement, les cadres qui gèrent ces difficultés. Ce sont davantage, les infirmières qui subissent ce phénomène, au cours de remplacements ou de changements de services.

A propos des remplaçantes : *« c'est dramatique, parce que ces IDE arrivent dans un service qu'elles ne connaissent pas. Elles ne s'investissent pas. Elles n'ont pas choisi. Elles sont agressées parcequ'elles voient des choses qu'elles n'ont pas envie de voir. »*

Un autre point de vue : *la nouvelle est une intruse, à qui on demande de réaliser le travail de la même manière que sa collègue absente.* »

Manifestement, il existe un décalage entre les attentes des professionnels affectés sur des postes fixes, et les prestations fournies par les IDE du SICS qui ne peuvent pas tout connaître parfaitement. Mais c'est dans l'urgence de la gestion qu'apparaît l'aspect négatif majeur, d'une polyvalence qui ne répond pas à la qualité des soins.

*« La polyvalence, c'est pratique, on touche un peu à tout. Il faut pallier au plus pressé. Il faut être polyvalent dans le mauvais sens du terme, donc danger. Savoir faire beaucoup de choses, oui, mais pouvoir les faire dans de bonnes conditions. Lorsqu'un agent assure plusieurs postes dans une même journée, quel est le résultat pour le patient et pour l'agent ? »*

Nous terminerons avec l'aspect positif de la polyvalence, que nos acteurs conçoivent dans le cadre d'une gestion anticipée. Ils insistent sur l'organisation des conditions de formation et d'encadrement qui doivent permettre de garantir le plus rapidement possible, la mise à niveau des compétences des professionnels pour assurer la sécurité et la qualité des soins dans l'unité ou dans un secteur délimité.

### **2.2.10 Dans le cadre des restructurations**

L'établissement dans lequel nous avons réalisé notre étude, a fait l'objet de plusieurs restructurations internes au cours de ces dix dernières années. Lors de notre recherche statistiques, nous avons remarqué des changements d'affectations intéressant plusieurs membres d'une équipe dans une même unité de soins. Une discussion avec le DSSI a permis d'attribuer ces mouvements à une restructuration de service. Dans le cas évoqué, la mobilité forcée liée à la transformation d'une unité de soins a été en partie anticipée par les IDE.

*« Quand elles entendent parler de restructuration, elles anticipent, elles préfèrent partir avant que d'y être obligées et d'avoir moins de choix. »*

D'après les cadres, le volontariat de certains agents et la concertation pour le choix des lieux de travail ont permis de réaliser ces opérations sans trop de difficultés.

Le DRH ajoute qu'il est important de bien préparer, d'accompagner les agents, avant , pendant et après une restructuration programmée.

### **2.2.11 Comment participez-vous à la mobilité des IDE ?**

A présent nous nous intéressons aux rôles de nos interlocuteurs, à la façon dont ils interviennent et investissent le champ de la mobilité des IDE.

Une procédure d'affichage de postes (annexe 1) élaborée en coopération entre la DRH et la DSSI favorise la mobilité. Tous les postes vacants sont publiés et l'information est portée à la connaissance de l'ensemble du personnel qui peut faire acte de candidature selon des règles bien précises.

Par ailleurs, l'accompagnement aux changements de services a été défini entre le DSSI et les cadres pour faciliter l'intégration des nouveaux agents. Les plannings sont organisés de manière à doubler les nouvelles IDE pendant une période déterminée. Pour le DSSI : *« les cadres doivent optimiser les conditions d'encadrement et éviter de mettre l'agent en difficulté. »*

De leur côté, certains cadres proposent une aide matérielle sous la forme de fiche méthodologique pour faciliter l'apprentissage. Si besoin, un soutien moral est institué pour rassurer l'agent pendant cette période sensible. Cependant, le style de management varie d'un service à l'autre : *« certains cadres attirent, d'autres font fuir. »*

Concernant, la gestion du SICS, les règles spécifiques de fonctionnement reprennent pour partie ces principes.

D'autres actions sont menées par les cadres et le DSSI pour favoriser la mobilité, principalement au cours de l'entretien d'évaluation annuelle, où les souhaits des agents sont évoqués. Sur la base du volontariat, des stages dans d'autres services, peuvent être proposés. Ils permettent aux agents de mieux appréhender la situation avant de décider de changer de service.

Enfin il arrive que le DSSI, les cadres, où le médecin incitent une personne à changer d'unité pour des raisons diverses comme des difficultés techniques, relationnelles où comportementales...

*« Je suis attentif au fonctionnement de l'équipe. Je reçois les agents quand ils s'en vont. Je suis au courant des personnes qui arrivent, notamment par le cadre. J'ai aussi participé avec le cadre à l'exclusion d'un agent. »*

## 2.2.12 A propos de la politique de mobilité dans l'établissement

Il appartient à l'équipe de direction de définir la politique de mobilité du personnel dans l'établissement. Nous avons vu que la gestion des recrutements et des changements d'affectations ont fait l'objet d'un travail en concertation entre la DRH et la DSSI. Des outils communs ont été élaborés, cependant le DRH considère :

*« La mobilité s'impose à nous, nous ne la motivons pas. Une mobilité voulue de la part de la direction nécessite une réflexion stratégique du type GPEC (gestion prévisionnelle des emplois et des compétences) que nous n'avons pas investie aujourd'hui. »*

Lorsque nous abordons l'idée d'une durée limitée d'affectation dans un service, l'ensemble des professionnels interrogés préfèrent, la négociation, le volontariat. Les agents doivent être en mesure de décider du temps qu'ils peuvent rester dans une unité de soins. Personne est favorable à la mobilité forcée.

Néanmoins, d'après le DRH et le DSSI, quelques exceptions comme le travail de nuit et les postes adaptés pour raison de santé, déjà cités, méritent réflexion. En effet, une affectation à durée déterminée sur ces postes permettrait de mieux répondre à des besoins professionnels et sociaux aujourd'hui non satisfaits. Plutôt qu'une mobilité forcée, des règles définies, négociées, connues de tous auraient pour but de démystifier le terme mobilité, de favoriser le « turn-over », et de débloquer certaines situations.

Tout en tenant compte de cas particuliers, c'est donc une politique de souplesse qui est préconisée. Plutôt incitative, elle laisse aux dirigeants des possibilités d'adaptations en fonction des situations rencontrées. C'est ainsi que la DSSI préconise davantage de suggérer un changement de poste en cas de routine avérée, d'inciter les jeunes IDE à changer de services et de ne pas trop s'enfermer dans des règles.

*« Après nous ne tenons pas la route en fonction des situations rencontrées, gardons de la souplesse. »*

Et le DRH d'ajouter un autre cas particulier :

*« Compte tenu de l'âge d'un contingent important d'IDE nous ne pouvons pas prôner la mobilité à tout craindre. »*

Le médecin, les cadres, les IDE et le représentant syndical sont favorables à une mobilité choisie, spontanée.

*« Je ne vois pas l'intérêt d'imposer un changement de service. Chacun a ces préférences. Il y en a qui aiment plutôt travailler en médecine, d'autres préfèrent la chirurgie, d'autres la réanimation ou les personnes âgées. Si on trouve sa branche et qu'on y est bien, je pense qu'on peut exercer dans de bonnes conditions. Lorsque vous avez choisi de travailler dans un secteur donné, vous êtes motivé, vous développez vos compétences avec ceux qui vous encadrent. Tout le monde est gagnant. »*

En plus de ces réflexions, tous constatent une augmentation de la mobilité des IDE comme nous l'ont révélée les statistiques.

Par ailleurs, les cadres soulèvent le problème de fuite d'IDE vers le secteur libéral et les départs massifs à venir dans cinq à dix ans, compte tenu des recrutements importants opérés dans les années soixante-dix, à l'ouverture de l'hôpital. Cependant, ils n'hésitent pas à proposer un développement de la mobilité interne par le biais d'échanges de personnel entre le jour et la nuit. Ils suggèrent également des possibilités de stages inter-services et inter-hôpitaux.

Le représentant syndical ajoute qu'en cas de mobilité imposée, il faut se donner les moyens et prévoir un temps de formation suffisant. Il souligne aussi la chance qu'a l'établissement, d'être dans une ville et un département attractif.

*« La mobilité externe n'est pas vécue comme une difficulté, les gens s'adaptent. »*

En effet, l'établissement ne souffre pas de manque de candidatures d'IDE contrairement à d'autres hôpitaux dans d'autres régions.

## **2.3 ANALYSE DES RESULTATS**

Au regard de ces résultats, il nous apparaît judicieux d'exploiter les interactions de certaines réponses puis de faire les liens avec notre cadre conceptuel et la recherche statistique. Nous avancerons une analyse personnelle afin de clarifier les enjeux individuels et collectifs. Ensuite, nous confronterons nos résultats à notre problématique et à notre hypothèse de départ.

### **2.3.1 Croisement des résultats**

Nous pouvons mettre en évidence des points de rencontre et des points de divergence.

## **Les points de divergence**

### La qualité et la sécurité des soins

La mobilité imposée, quel qu'en soit la raison est en général mal ressentie par l'ensemble des personnes auditionnées. Les IDE, les cadres et le médecin s'en plaignent davantage car ils subissent directement les méfaits. L'hyper-mobilité des IDE dans une équipe soignante est particulièrement redoutée parce qu'elle engendre un climat d'insécurité et un risque majoré d'erreurs. Au delà d'un certain nombre de changements de personnels, variable en fonction de la taille de l'équipe, nous dépassons un seuil acceptable de mobilité. C'est alors que nous basculons dans l'hyper-mobilité et les risques qui l'accompagnent.

La régulation de la mobilité du personnel et tout particulièrement des IDE d'une unité de soins apparaît bien comme une condition prépondérante de la qualité des soins.

Il semble donc particulièrement utile de mesurer et de suivre le « turn-over » du personnel des unités de soins, d'en analyser les causes, et de mettre en place des actions correctives à ces difficultés.

### La compétence collective

En corollaire avec les propos ci-dessus, c'est bien la notion de compétence collective qui est concernée. En effet, le fonctionnement d'une unité reste complexe et un minimum de stabilité du personnel est nécessaire pour garantir la cohérence de travail d'une équipe. Mais cette compétence collective est appréciée différemment suivant les personnes auditionnées. Certains priorisent l'intérêt de l'institution, d'autres celui de l'unité de soins, d'autres des attentes personnels. Sans être exclusive, la notion de compétence collective apparaît plus forte chez les personnes dont le champ de référence est l'unité de soins.

## Une gestion des compétences discutée

D'autres points de divergences sont mis en exergue, la formation et les conditions d'encadrement. Le temps qui leur est consacré au moment d'un changement d'affectation n'apparaît pas toujours suffisant. De même, les changements de postes en urgence, dans un secteur mal connu des professionnels mettent en cause avant tout, une gestion comptable, pas assez anticipatrice et ne prenant pas suffisamment en considération la compétence.

A ce sujet, il est intéressant de remarquer les écarts d'appréciation de la compétence des professionnels entre les définitions que nous en faisons dans notre cadre conceptuel et celle exprimée par les personnes auditionnées. Effectivement, les IDE, les cadres, et le médecin considèrent que la compétence est acquise dans une période variable de trois mois à deux ans. Dans notre cadre théorique, Patricia Benner évoque une durée de trois ans. Cependant, tous estiment qu'au bout de cinq années de travail infirmier dans un service, le niveau d'expertise est approché. Cette cycle de cinq années apparaît aussi déterminante pour envisager un futur changement de service.

## Compétence et polyvalence

Nous l'avons dit, les conditions de formation des IDE, au moment d'un changement de service, reste une préoccupation majeure. Ceci témoigne des limites de la polyvalence des professionnels raisonnée sur l'ensemble de l'hôpital. En effet la polyvalence est appréciée différemment. Mais avant tout quelques précisions s'imposent.

A propos de la polyvalence, nous emploierons plus volontiers le mot, pluri-compétence. D'après nos recherches, il existe bien une pluri-compétence sectorielle. En effet, nous savons qu'il faut entre une et trois années d'exercice dans une unité de soins, pour qu'une IDE soit reconnue compétente. Compte tenu des multiples spécificités médicales des unités de soins, nous pouvons envisager les limites de ce que nous appelons « polyvalence ». En fonction de leur parcours professionnel, les IDE ont une pluri-compétence sectorielle plus ou moins élargie, en rapport avec les activités qu'elles privilégient.

A partir de ces données, nous observons des divergences. Au sein de la Direction des ressources humaines, la polyvalence a un sens large. La direction des soins infirmiers et

les cadres font davantage référence à une pluri-compétence sectorielle. Enfin, quand l'unité de soins est la référence, la notion de compétences spécifiques est plus forte et la polyvalence ou pluri-compétence se conçoit en priorité dans un secteur limité.

## **Les points de rencontre**

### Clarifier la gestion de la mobilité

Les statistiques nous ont montré une progression et une augmentation importante de la mobilité des IDE. L'ensemble des personnes interrogées ont bien conscience de ce phénomène. Elles envisagent d'ailleurs, une majoration de cette mobilité à l'avenir, compte tenu des inévitables départs en retraite. Mais surtout, elles se rejoignent, avec des raisons différentes pour que cette mobilité soit gérée autrement. En effet, du DRH à l'IDE, tous souhaitent plus d'anticipation afin de limiter une gestion de la mobilité dans l'urgence. De même, à une exception près, tous privilégient une mobilité sur la base du volontariat et une information claire sur les règles de fonctionnement. D'un point de vue général, l'affectation pour une durée déterminée dans un service apparaît excessive et trop contraignante. Ceci n'exclue pas une réflexion assez partagée pour limiter la durée de l'affectation des postes de nuit ou des postes adaptés pour raison de santé. A propos de cette dernière remarque nous signalerons qu'aucun personnel de nuit n'a été consulté. Enfin, la majeure partie de nos interlocuteurs reste consciente que leur hôpital bénéficie d'une situation privilégiée dans la mesure où il ne rencontre pas de difficultés de recrutements d'IDE pour compenser les départs, ce qui n'est pas le cas dans toutes les régions.

### Le projet professionnel

D'autres points sont encore partagés. Aujourd'hui, les IDE jeunes et moins jeunes dans la profession sont perçues comme plus mobiles qu'auparavant. Les chiffres nous le confirment. Le souci de rester performante, la volonté d'acquérir de nouvelles connaissances et d'entretenir des capacités d'adaptation sont leurs principales motivations. Dynamisme, disponibilité, esprit d'ouverture et qualités relationnelles sont les qualificatifs attribués le plus fréquemment aux IDE mobiles. Selon notre analyse des entretiens, la mobilité est un des moyens qu'utilisent les IDE pour capitaliser des

connaissances. Cette démarche individuelle s'inscrit dans un projet professionnel comportant des facettes variables. Ce projet professionnel est lui-même interpénétré par des objectifs personnels. La notion de parcours qualifiant est bien présente dans l'esprit de nos interlocuteurs. D'ailleurs les IDE sont en faveur d'une démarche de projet avec le soutien des cadres infirmiers pour les accompagner bien que l'ensemble de ces démarches ne soient pas formalisées.

### **2.3.2 Analyse du phénomène de mobilité**

A l'issue de cette enquête nous allons tenter de dégager grâce à l'analyse de contenu de nos investigations une réflexion sur le phénomène de mobilité.

#### **Influence sur l'organisation de l'établissement**

La mobilité est incontestablement un facteur de développement. Elle assure une certaine vitalité de l'organisation lorsqu'elle s'inscrit dans les limites que nous avons évoquées. Elle favorise l'évolution des comportements individuels en agissant sur la communication inter-services et donc sur l'ouverture et le décloisonnement. Elle développe aussi des capacités d'adaptations aux changements et procure des expériences professionnelles diversifiées. Dans ces conditions, les conséquences qui en découlent, sont une meilleure efficacité et une sécurité augmentée au sein de l'établissement.

Pour l'hôpital, la mobilité favorise la création d'un dynamisme et l'ouverture sur d'autres modes de fonctionnements en terme d'équipe et d'organisation du travail. Les avantages principaux portent sur une plus grande souplesse dans la gestion, des ajustements rapides des effectifs et le développement de compétences transversales.

La mobilité représente une valeur institutionnelle qui doit être gérée de manière à développer à la fois un sentiment d'appartenance à l'établissement et préserver l'équilibre de fonctionnement des unités de soins. Les enjeux concernent la capitalisation des connaissances aussi bien pour l'institution que pour le professionnel individuellement et bien sûr en finalité pour les personnes soignées.

A l'inverse, la non prise en compte d'un phénomène grandissant et anarchique de la mobilité expose l'établissement à de sérieuses difficultés de fonctionnement, tant dans

des secteurs d'activités spécifiques qu'au niveau général de l'hôpital. Dans ces conditions, la qualité et la sécurité des soins sont altérées.

### **Influence sur le professionnel**

La mobilité est reconnue comme un facteur d'enrichissement par la majeure partie des personnes interrogées.

#### Une recherche de progression

Nous l'avons déjà évoqué, l'intérêt majeur pour les IDE mobiles est avant tout une volonté de clarifier leurs compétences et leurs capacités d'adaptation. C'est donc se remettre en cause et se confronter à d'autres modes d'organisation, d'autres types de relations humaines. Cela nécessite l'apprentissage de nouvelles règles, de nouveaux comportements. En quelques sortes, c'est prendre conscience que l'on peut faire autre chose. C'est relever un défi et se projeter dans l'avenir. C'est aussi cultiver la confiance en soi par une certaine prise de risque.

#### Un effet d'évaluation

La mobilité induit des capacités à mesurer, à évaluer par la confrontation entre les expériences antérieures et les situations nouvelles rencontrées. Chaque changement amène à une reconsidération des pratiques professionnelles.

#### Un effet dynamique

La mobilité en générant un projet professionnel basé sur la progression des compétences favorise l'appropriation des objectifs de l'institution et suggère un intérêt croissant au travail. De même elle entraîne le développement de la motivation individuelle.

Il est vrai que les IDE évoquent des difficultés à vivre la mobilité. Elles considèrent que c'est un cap difficile à passer mais reconnaissent aussi que la mobilité est un moyen de réaliser des buts personnels. Elles en retirent des bénéfices.

Au regards de nos entretiens, nous avons relevé trois types d'attitudes.

- L'infirmière sédentaire, non favorable à la mobilité.

Elle privilégie le travail au sein d'une équipe solidaire et ne souhaite pas développer de nouvelles compétences en dehors de son unité d'affectation.

- L'infirmière en faveur d'une mobilité d'environnement.

Elle est centrée sur la volonté d'évoluer, de progresser, de découvrir principalement un autre univers.

- L'infirmière en faveur d'une mobilité catégorielle.

La mobilité est à l'origine d'une volonté promotionnelle.

Nous constatons que dans les motivations citées la mobilité n'est pas recherchée pour elle-même mais en fonction du changement induit.

Il existe donc bien chez l'individu un projet clairement défini qui impulse sa vie professionnelle. La mobilité n'est qu'un moyen pour le réaliser. Nous comprenons que les changements acceptés ou refusés correspondent à des objectifs personnels conscients ou inconscients. Nous comprenons aussi que ses objectifs individuels à multiples facettes puissent être en contradiction avec des objectifs institutionnels.

## **2.4 COMMENTAIRE**

A ce stade de notre recherche nous pouvons faire les liens entre notre cadre théorique et notre recherche sur le terrain en se rappelant notre problématique et notre hypothèse de départ.

Reprenant notre interrogation exprimée dans l'introduction à propos de l'équilibre à trouver entre la mobilité et la stabilité minimum nécessaire aux équipes soignantes pour exercer correctement leur travail dans les unités de soins, nous pouvons dire :

L'institution joue un rôle essentiel dans la régulation de la mobilité. En effet, sans régulation, l'expérience montre que la mobilité existe mais qu'elle est laissée au libre choix des individus. Des déséquilibres peuvent donc survenir et entraîner des dysfonctionnements au sein de l'établissement. Mais aussi, des pertes sont générées en terme de capitalisation de la connaissance et de la gestion des compétences. A propos du développement des compétences et de la polyvalence des IDE, nos recherches apportent quelques éclaircissements.

La mobilité conduit à l'acquisition de connaissances et de savoir faire. Elle stimule également des aptitudes fondamentales : la réflexion, l'analyse, l'animation. Elle renvoie à une meilleure connaissance de soi en terme de compétence et sur ces propres motivations. Passées les difficultés de départ, elle génère un sentiment d'enrichissement.

La mobilité favorise donc bien le développement des compétences et des facultés d'adaptation. Mais nous ajouterons que les conditions d'accompagnement et d'encadrement apparaissent particulièrement prégnantes. Elles influencent grandement les possibilités et la qualité de l'apprentissage. Elles favorisent la confrontation des connaissances. Elles sont une pierre angulaire dans l'équilibre d'un fonctionnement prenant en compte aussi bien l'institution et les unités de soins.

A propos de la polyvalence, comme nous l'avons déjà exprimé, le mot pluri-compétence paraît mieux adapté. L'étude sur le terrain rejoint la recherche théorique. Il existe bien une pluri-compétence circonscrite ou sectorielle. Les délais d'acquisition de compétence varient selon les secteurs d'activité plus ou moins spécialisés. Ils sont également différents en fonction des capacités individuelles. Ils sont tributaires des conditions de travail et d'encadrement rencontrées au cours de la période d'apprentissage. Nous constatons qu'il faut entre un et trois ans d'exercice dans une unité de soins pour qu'une IDE soit reconnue compétente.

Ces données associées aux multiples spécificités médicales posent les limites de ce que nous appelions polyvalence.

A partir des parcours des professionnels et la recherche de dénominateurs communs de connaissances à maîtriser, il devient possible de développer une pluri-compétence sectorielle plus ou moins élargie.

Au terme de cette analyse, il nous semble que notre hypothèse de départ pourrai être reformulée de la façon suivante :

**Sur les plans institutionnel et individuel, la gestion de la mobilité contribue au développement de la capitalisation des connaissances. Elle favorise le déploiement d'une pluri-compétence circonscrite des infirmières.**

Nous terminerons avec quelques remarques complémentaires. Cette enquête démontre que la mobilité touche l'institution dans son ensemble. La pertinence des propos recueillis auprès des différents acteurs nous a permis de mieux cerner la complexité et les enjeux liés à la gestion de la mobilité. Le cadre de notre étude détermine les limites de notre réflexion.

La contribution du Directeur du service des soins infirmiers consiste à mettre en œuvre et évaluer le projet de soins dans le cadre du projet médical répondant aux objectifs de l'hôpital. Sa mission répond à la recherche de l'efficacité par la valorisation des pratiques et des hommes, mais aussi par l'évolution des organisations et du professionnalisme.

La qualité de l'activité infirmière dépend des ressources humaines affectées auprès des patients et de leurs qualités professionnelles. C'est en collaborant avec les cadres, le corps médical et la direction des ressources humaines qu'il devient possible de concevoir une gestion partagée des ressources humaines, centrée sur le développement des compétences.

Ainsi, sommes nous en mesure, en tant qu'Infirmier général et membre de l'équipe de Direction, de présenter des propositions d'actions relatives à la politique de mobilité interne du personnel infirmier.

## TROISIEME PARTIE : PROPOSITIONS D' ACTIONS

Notre recherche nous a permis d'élargir nos connaissances en matière de mobilité du personnel infirmier. Nous avons approfondi les concepts de mobilité, de compétence et de polyvalence des professionnels.

A la suite de l'analyse de notre étude sur le terrain et des croisements opérés avec notre cadre théorique, les éléments recueillis ont enrichis notre expérience passée de cadre infirmier supérieur et de futur Infirmier Général.

Dorénavant, nous pouvons appréhender la mobilité des IDE sur le plan individuel et institutionnel. Notre travail met en évidence :

D'une part, les souhaits d'enrichissements professionnels des IDE. Certains veulent améliorer leurs connaissances, d'autres ont des projets professionnels de type promotionnel, d'autres souhaitent sortir de la routine. Ces diverses expressions traduisent des stratégies individuelles orientées dans une recherche de mobilité ou de stabilité.

D'autre part, au sein de l'institution la mobilité se développe au regard des multiples raisons que nous avons abordées. Gérer cette mobilité, c'est anticiper, la favoriser ou la ralentir pour respecter l'équilibre nécessaire aux fonctionnements des unités de soins et de l'établissement dans son ensemble. C'est donc la maîtriser dans le domaine quantitatif et la développer dans ses aspects qualitatifs, c'est à dire valoriser la compétence des professionnels.

A partir de ce constat, et s'appuyant sur notre meilleure compréhension du phénomène de mobilité, nous pouvons envisager des propositions de gestion de cette mobilité. En tant qu'infirmier général, nous inscrivons notre démarche dans le cadre d'une gestion

prévisionnelle des emplois et des compétences intégrées dans une gestion partagée des ressources humaines. Notre objectif vise à maintenir et à développer un professionnalisme infirmier qui répond à la fois aux exigences et aux besoins des usagers ainsi qu'à ceux de l'institution.

Notre projet s'articule autour de deux axes :

- La mobilité et la compétence au centre d'une Gestion des Ressources Humaines (GRH) partagée.
- Un dispositif de mise en œuvre

En avant propos, et au moment où la démarche d'accréditation se met en place dans les hôpitaux, il nous a semblé utile de rappeler certaines références du manuel d'accréditation au sujet de la GRH.

**GRH 4 a** L'établissement met en œuvre une gestion prévisionnelle des ressources humaines qui tient compte des missions et de la structure d'activité, des technologies utilisées et de la démographie du personnel.

**GRH 4 b** La gestion prévisionnelle des ressources humaines permet d'assurer les prestations de soins selon les exigences des postes, l'évaluation de la charge de travail, les nécessités de remplacements et les compétences du personnel.

**GRH 4 c** Une description actualisée des fiches de fonction et des profils de poste est effectuée. Les responsabilités et les exigences de tout poste font l'objet d'un document écrit et communiqué.

## **1. LA MOBILITE ET LA COMPETENCE AU CENTRE D'UNE GRH PARTAGEE.**

A présent, nous allons rappeler les règles de notre futur exercice professionnel.

Par ordre d'importance un décret et une circulaire précise le rôle de l'infirmier général.

## **1.1 LE CADRE REGLEMENTAIRE**

Le décret n°94-904 du 18 octobre 1994

*« L'I.G. participe également à la gestion des personnels infirmiers, des aides-soignants, et agents des services hospitaliers dont il propose l'affectation. »*

La circulaire DH8D n°90-410 du 2 octobre 1990

*« (...) Intervient dans la gestion administrative et fonctionnelle des agents (...) propose les affectations à l'autorité investie du pouvoir de nomination qui, si elle peut ne pas suivre la proposition, n'a pas la possibilité de la modifier. »*

Le Directeur des ressources humaines représente le Directeur par délégation. La réglementation montre toute la nécessaire coopération entre l'Infirmier Général et le Directeur des ressources humaines en terme d'affectation du personnel du service de soins infirmiers. D'un point de vu plus général, l'action de coopération de l'Infirmier Général s'exerce dans trois axes, en amont avec la direction, en aval de la hiérarchie du service de soins infirmiers, et en transversal avec le corps médical.

L'infirmier général doit être un observateur attentif de la mobilité du personnel soignant. Pour mieux appréhender cette mobilité, il est nécessaire de tenir compte des caractéristiques propres à l'établissement. Nous avons choisi de l'aborder d'un point de vue quantitatif et qualitatif.

## **1.2 AU PLAN QUANTITATIF**

Comme nous l'avons perçu au cours de cette recherche, la coopération avec le DRH est primordiale pour étudier et gérer la mobilité des agents appartenant au service de soins infirmiers. En effet, de nombreuses informations indispensables sont issues des deux Directions DRH et DSSI. Nous en retrouvons un certain nombre dans le bilan social. Cependant, d'autres découpages et de nouveaux traitements d'informations peuvent s'avérer utiles :

- Le nombre de demandes d'emploi en attente.
- Les tranches d'âges où les gens changent de service ou de fonction.

- Les périodes de fécondité.

Les paramètres du mouvement interne sont à prendre en compte :

- Les services d'affectation.
- Les mouvements en fonction des unités de soins et des systèmes d'horaires.
- Les postes adaptés et/ou la durée déterminée.

Dans le cadre de cette coopération de la gestion des ressources humaines, il apparaît intéressant de choisir les indicateurs les plus significatifs pour créer un observatoire permanent de la mobilité. En lien avec les différents projets qui composent le projet d'établissement, l'analyse de ces informations nous permet d'anticiper et de conforter ainsi les choix stratégiques débattus en équipe de Direction.

### **1.3 AU PLAN QUALITATIF**

La gestion quantitative de la mobilité est une première étape au service d'une seconde, la gestion qualitative. Cette connaissance initiale doit s'enrichir d'éléments qualitatifs en appréhendant les compétences existantes et les désirs individuels d'acquisitions de nouvelles connaissances. Ceci suppose des rencontres entre les agents et les cadres afin de s'entretenir des différents mouvements dans les unités de soins, de vérifier les liens entre ces différents mouvements et d'en connaître la nature.

Les mouvements internes sont autant d'occasions de discussion à propos de l'organisation des soins. Ce sont des circonstances utiles pour faire le point sur les activités d'un service et d'en déduire les compétences nécessaires. Ce sont aussi des opportunités d'évolution en concordance avec le projet médical et le plan directeur.

En effet, « *l'activité est la pierre angulaire de la compétence.* »<sup>1</sup> Ceci sous-entend une coopération active avec l'encadrement infirmier et une implication du personnel soignant afin de décrire les activités. Celles-ci permettent d'élaborer des référentiels de compétences actuelles et à venir (fiches de postes, définitions de fonctions, secteurs d'activité...). Suite à notre étude, il nous semble intéressant de cibler la réalisation de

---

<sup>1</sup> Barthes Richard – cours ENSP, Gestion des ressources humaines, G.P.E.C. , C.H. Sète, avril 2001

référentiels identifiant les compétences communes et spécifiques des multiples secteurs de soins hospitaliers puis d'envisager les moyens d'acquisition de ces capacités.

Le chapitre suivant reprend cette notion de gestion partagée des ressources humaines décliné au sein du service de soins infirmier.

## **2. LE DISPOSITIF A METTRE EN ŒUVRE**

En fonction des résultats de notre enquête, tant sur le plan institutionnel qu'individuel, nous cherchons à répondre à deux questions :

**Comment gérer avec efficacité la mobilité tout en la valorisant ?**

**Comment développer et capitaliser les connaissances professionnelles ?**

Pour répondre à notre première interrogation, nous nous appuyerons sur un exemple de gestion de la mobilité mises en place au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille. Pour la seconde nous ferons appel à notre propre expérience, complétée par une aide méthodologique puisée dans la littérature professionnelle.

Notre projet se compose d'actions complémentaires :

- La mise en place d'une bourse des emplois.<sup>1</sup>
- Une démarche d'intégration du nouveau personnel.

### **2.1 LA MISE EN PLACE D'UNE BOURSE DE L'EMPLOI**

Une bourse de l'emploi n'est qu'un outil au service d'une politique de gestion du personnel. Ce système peut être développé en collaboration entre la Direction des Ressources Humaines et la Direction de soins infirmiers, en précisant les objectifs et en respectant des principes de fonctionnement.

---

<sup>1</sup> Payen C ; Hache M-C. ; Kinot J-P.-La bourse des emplois au CHU de Lille –Gestions hospitalières- juin-juillet 1995 - pp.477-478.

### **2.1.1 Les objectifs à atteindre :**

- Assurer la transparence du marché interne de l'emploi en identifiant les emplois vacants ou qui le deviendront.
- Favoriser la mobilité interne dite professionnelle en permettant à toute personne qui le souhaite de postuler aux emplois vacants et en s'assurant de la prise en compte de toutes les candidatures.
- Aider les gens à se situer dans l'organisation, à préparer des projets professionnels et de carrière.
- Doter le centre hospitalier d'une procédure unique d'attribution de postes, procédure connue de tous.
- Permettre une véritable adéquation candidat/profil de poste, par une large publicité des vacances de postes qui entraîne une augmentation des candidatures.

### **2.1.2 Les principes de fonctionnement à respecter.**

- Informer sur les postes disponibles par l'utilisation de supports explicites, écrits et/ou informatisés (intranet), avec une large diffusion auprès de tous les échelons hiérarchiques et de tous les agents.
- Publier à rythme régulier et avec des délais réalistes l'ensemble des emplois vacants.
- Faciliter le traitement d'une candidature.
- Développer une véritable pratique de recrutement interne (sélection, définition de contenu du poste et des exigences, entretien, passé professionnel et situation professionnelle actuelle).

### **2.2.3 La procédure d'affectation**

Chaque vacance de poste donne lieu à la publication d'un profil de poste standardisé d'un point de vue de la forme, auquel peut s'adjoindre un profil de poste plus détaillé. Il est nécessaire pour cela d'élaborer des profils de postes fiables et évolutifs, calés au plus près de l'activité. Nous l'avons déjà évoqué. Cela permet à l'IDE de se positionner vis à vis

d'une capacité à développer. La définition claire de ce qui est attendu est susceptible d'atténuer la peur liée au changement.

Chaque agent intéressé fait acte de candidature et bénéficie d'un entretien avec le cadre infirmier du service concerné. La mise en place d'une formation centrée sur la démarche de recrutement, destinée aux cadres infirmiers, nous semble particulièrement utile. Une lettre de motivation accompagne la demande de changement de service. Elle permet de clarifier les projets individuels et d'impliquer l'agent dans les actions à entreprendre pour y parvenir.

Le principe de subsidiarité est appliqué. Le cadre infirmier reçoit chaque candidat. Il est libre de son choix mais doit justifier par écrit, les raisons de son refus qui sont communiqués à l'agent. L'encadrement réalise l'affectation au terme de laquelle un contrat d'intégration est conclu et une période d'essai défini.

La délicate question de la durée d'exercice dans une unité de soins se pose. Il est bien certain qu'elle dépend du diagnostic quantitatif de la mobilité au sein de l'établissement et du contexte. En lien avec les résultats de notre recherche sur le terrain, nous citerons Michel Crosier : « *La meilleure solution n'est pas la plus rationnelle mais la plus partagée* ». Nous ne perdons pas de vue notre objectif qui est de trouver un équilibre et d'éviter une mobilité excessive, déstabilisante pour l'individu et l'équipe. Toutefois, la durée affichée permet aux IDE d'envisager un avenir mobile avec des trajectoires qu'elles orientent en fonction de leurs besoins et ceux de l'institution.

- La lettre de motivation,
- La concertation avec l'encadrement pour les affectations,
- Le contrat d'intégration en relation avec le profil de poste,

Nous semblent être des atouts pour obtenir l'adhésion et l'implication des cadres dans une démarche dynamique de gestion partagée des ressources humaines.

Pour compléter notre procédé, nous souhaitons intégrer le personnel soignant qui détient les connaissances professionnelles. Les changements de services représentent un moment stratégique pour favoriser la transmission de ces connaissances. C'est aussi l'occasion pour les professionnels, d'échanges, de confrontations, d'évolutions et de progressions à propos de leurs expériences. Ceci nous conduit à la seconde proposition du dispositif à mettre en œuvre.

## **2.2 DEMARCHE D'INTEGRATION DU PERSONNEL**

Le projet d'intégration intéresse les personnes nouvellement recrutées et le personnel qui change de service. Avec des nuances cette démarche s'applique aussi aux stagiaires.

### **2.2.1 Objectifs à atteindre**

Ils consistent à engager l'ensemble du personnel du service de soins infirmiers dans une démarche qui permet aux nouveaux agents :

- De se situer au sein de l'établissement, comme un professionnel avec des responsabilités, des missions et des tâches en vue de garantir la qualité des soins, en lien avec la politique d'établissement et le projet de service.
- D'appréhender sa nouvelle fonction dans les meilleures conditions psychiques, relationnelles et techniques.

Ceci suppose :

- De définir un programme d'intégration.
- De définir les responsabilités des acteurs impliqués (D.S.S.I,-I.G,-Médecins,- Cadres, Soignants).
- De s'appuyer sur le sentiment d'appartenance des anciens professionnels, sur leurs connaissances et leurs capacités pédagogiques.
- D'élaborer la procédure et les outils adaptés.

A présent, voyons le déroulement du programme.

### **2.2.2. Accueil collectif du nouveau personnel.**

En tant qu'I.G. et en coopération avec les Cadres Infirmiers Supérieurs, nous proposons d'organiser l'accueil du nouveau personnel. Cette rencontre peut être planifiée en fonction d'un nombre suffisant de personnes et des grades. Notre rôle consiste à présenter l'établissement. Les sujets sont abordés de façon synthétique avec la remise d'un document. Ils concernent, l'histoire, les missions, l'environnement, le statut juridique, le projet de l'établissement, l'organigramme, les modes d'information des professionnels, règles de mobilité interne, la formation, l'évaluation....La participation du corps médical

est souhaitée pour assurer la présentation des vigilances sanitaires, de la sécurité transfusionnelle et de la lutte contre les risques infectieux...

Pour faire suite à cette présentation, nous envisagerons un temps de visite des différents sites et la rencontre de leurs responsables.

### **2.2.3. Accueil individuel**

Le D.S.S.I. ou L'I.G. à la responsabilité du lieu d'affectation. Lors de l'entretien de recrutement, afin de faciliter l'intégration du nouveau personnel soignant, l'I.G. tient compte des compétences et du choix des candidats. Dans cette démarche, il nous semble intéressant d'impliquer les cadres infirmiers supérieurs. Nous distinguons deux temps.

#### L'entretien de recrutement.

Le recrutement est prononcé par le Directeur ou le D.R.H. sur proposition de l'I.G.

Pour l'I.G., l'enjeu consiste à mettre en adéquation, la compétence d'un candidat, ces choix et les besoins de l'unité de soins. La décision de l'I.G. est un point de départ déterminant de la future intégration.

#### L'entrevue d'accueil avec l'I.G.

Lorsque le recrutement est validé et le service désigné, une entrevue est prévue avec l'I.G., avant la prise de fonction. pour présenter le projet de soins, l'organigramme de l'unité, la définition du poste occupé. Ensuite, le nouvel agent rencontre le cadre infirmier qui lui indique son planning de travail.

### **2.2.4. A l'arrivée dans l'unité**

L'équipe soignante est informée et a organisé le programme d'intégration.

Le cadre infirmier présente :

- Les différentes étapes de l'intégration ainsi que la grille d'auto-évaluation.
- Les membres de l'équipe présents ;
- La ou les IDE présentes ;

- Le profil de la population accueillie ;
- Les pathologies traitées ;
- Le projet du service, projet médical et projet de soins.
- L'organisation du service et des soins ;
- La topographie du service.

La référente, durant le parrainage, a une charge de travail moindre si possible, négociée avec les membres de son équipe et adaptée aux « progrès » réalisés par la nouvelle collègue.

Les étapes de l'intégration sont modulées en tenant compte de la charge de travail de la référente, des capacités et de l'évolution de la nouvelle IDE.

### **2.2.5 Les axes du programme d'intégration.**

- Organisation des soins.
- Prestations soins relevant du rôle propre.
- Prestations soins sur prescriptions médicales.
- Connaissances des protocoles :
  - soins infirmiers et médicaux.
- Gestion des risques :
  - arrêt cardiaque,
  - erreur dans l'administration des médicaments,
  - escarres,
  - chutes,
  - infections nosocomiales,
  - incendie...
- Présentation du matériel :
  - équipement médical et hôtelier.
- Communication orale et écrite (supports) :
  - avec le patient et sa famille,
  - l'équipe,
  - les médecins,
  - les stagiaires,
  - avec les autres services (laboratoire, radiologie, etc....)
- Présentation du programme qualité.

Une fois par semaine un temps est réservé à l'évaluation des acquis des compétences de la nouvelle professionnelle avec la référente et le cadre, à l'aide d'une grille d'auto évaluation des compétences<sup>1</sup> (annexe 2).

Placer la compétence au cœur de la gestion des ressources humaines et faire de la mobilité le moyen de développer cette compétence résulte d'une volonté politique d'établissement.

En tant qu'I.G., responsable du service de soins infirmiers, il nous appartient de mettre en place une démarche constructive, efficace et cohérente avec cette politique défini au sein l'équipe de direction.

La cohérence d'application de cette politique passe par une information et une réflexion de l'équipe de cadres infirmiers. En effet, il est nécessaire de positionner le cadre dans une animation d'équipe pour lui permettre de développer une gestion des ressources humaines dans un contexte de délégation et de participation.

A leur tour, il est indispensable que les cadres travaillent avec leurs équipes soignantes et le corps médical afin de cerner les besoins et les compétences nécessaires au plus proche de l'évolution de leur activité. Dans cette démarche, et tout particulièrement à propos des mesures d'intégration, nous proposons d'y associer les personnels de l'institut de formation en soins infirmiers.

Enfin, nous considérons le rôle de l'I.G, comme le garant des moyens à mettre en œuvre pour réaliser ce projet. Ce qui suppose la mise place d'une évaluation tant sur la gestion de la mobilité que sur l'évaluation des pratiques professionnelles.

---

<sup>1</sup>Breuil T, Ribaut M, Sonnet J, Vade-Mecum de l'évaluation de la qualité, professionnels de santé, Ed. Lamarre p 105.

## CONCLUSION

Notre étude est le résultat d'un questionnaire sur le phénomène de mobilité des infirmières. L'enquête a permis de quantifier cette mobilité mais aussi de découvrir les craintes, les attentes et les réflexions des professionnels hospitaliers.

Elle a mis en évidence la nécessité de suivre l'évolution de la mobilité au sein des établissements et dans les services des soins afin de respecter un équilibre entre mobilité et stabilité. Lorsque ces conditions sont réunies, il est alors possible d'envisager la mobilité comme un moyen de capitalisation des connaissances et une dynamique de développement d'une pluri-compétence des infirmières.

Pour les infirmières, la mobilité est l'occasion d'un enrichissement tant professionnel que personnel. Elle constitue un moyen pour atteindre un but : opportunité de carrière, renouveau de l'intérêt au travail, mais aussi échappatoire et volonté de connaître de nouveaux horizons professionnels.

Pour l'institution, dynamiser la mobilité pour la rendre efficace correspond à une véritable volonté politique. Optimiser la mobilité, c'est concilier les intérêts individuels et

institutionnels. C'est également, placer la compétence au cœur d'une gestion partagée des ressources humaines afin de répondre aux aspirations individuelles et aux besoins d'évolution de l'établissement. L'accompagnement de cette volonté passe par une constante association des professionnels de santé, par une collaboration et un partenariat permanent avec l'équipe de Direction.

La mobilité mérite d'être anticipée, organisée, accompagnée. Elle devient alors une dynamique de la gestion des ressources humaines qui contribue à la capitalisation des connaissances au bénéfice des usagés.

La personne soignée n'est-elle pas notre raison d'être professionnel ?

---

# Bibliographie

---

## DOCUMENTS PUBLIES

### LIVRES

**Benner P.** - De novice à experte - Excellence en soins infirmiers – Intervision - mars 1999 pp 23-25.

**Breuil T, Ribaut M, Sonnet J,** Vade-Mecum de l'évaluation de la qualité - Professionnels de santé - Ed. Lamarre p 105.

**Dubois Fresnay Catherine et Perrin Georgette** - Le métier d'infirmière en France - Que sais-je ?- Presse universitaire de France – 1996.

**Galambaud Bernard** - Des hommes à gérer – Paris - EME –1983-p 156.

**Raoult N.** – Gestion prévisionnelle et préventive des emplois des compétences en milieu hospitalier –Ed.L'Harmattan – 1991 – 285p.

**Quivy Raymond, Van Compenhoudt Luc** – Manuel de recherche en sciences sociales – Paris – Bordas – 1988.

### PERIODIQUES

**Binst M.** - Une arme contre l'absentéisme et le turnover, l'analyse stratégique - Gestions hospitalières - Dec.86 janvier 87 n°261-p792.

**Bonhome Didier** – La nomenclature des emplois types à l'hôpital – Quelle utilisation pratique ? - Gestions hospitalières – février 199 - n°383.

**Bonmati-J-M-** Le DRH et la mobilité - technologie santé - septembre 1998 - p 69.

**CreDES** – La profession infirmière en mutation – octobre 2000 – n°3.

**Drevet Géraldine** - Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques - Gestions hospitalières - février 2000 - p 132.

**Lucas Jean André** – Partager la G.R.H.dans les établissements de santé et sociaux – Gestions hospitalières – février 1999 - n°383.

**Malglaire G.**- du conservatoire national des arts et métiers, cité par Barthes, R. Autuori M.T. - La compétence au cœur des organisations - Gestions hospitalières - n°152 - février 1999 - pp 112-115.

**Manus Jean Marie** – Pénurie d’infirmières : Comment enrayer la chute des effectifs ? - Revue de l’infirmière – novembre 2000 – n°65.

**Payen C ; Hache M-C. ; Kinot J-P.**-La bourse des emplois au CHU de Lille –Gestions hospitalières- juin-juillet 1995 - pp.477-478.

**San Jullian M.** – Pour faire de la mobilité une bonne affaire. – Objectif soins – janvier 1998.

**Vilchien D.** - La mobilité au sein de la fonction publique – Informations sur les ressources humaines à l’hôpital – n°5 – avril 1994 – Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville.

## **DOCUMENTS NON PUBLIES**

### **MEMOIRES**

**Cartron Michel** – Des infirmières plus mobiles pour une meilleure qualité des soins – Mémoire – Formation Infirmiers Généraux – ENSP – 1997 – 86 p.

**Filippi Marianne** – La cohérence du service de soins infirmiers et la mobilité au service du malade - Formation Infirmiers Généraux – ENSP –1995 – 70p.

**Gambrel G-** Vous avez dit mobilité ?- Mémoire IESCH Paris-1994 - p26.

**Imbert Martine** – La mobilité : Quels enjeux pour l’institution et pour les infirmières ? - Formation Infirmiers Généraux – ENSP – 1999 – 59p.

**Poncet- Bodinier Annette** – La polyvalence des infirmières : un élément de dynamique de changement - Formation Infirmiers Généraux – ENSP – 1999 – 70p.

### **INTERVENTIONS A L’ENSP**

**Barthes R**– Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences - Cours ENSP. – avril 2001.

**Donius B** – Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences – Cours ENSP – avril 2001.

---

## **Liste des annexes**

---

Annexe 1 : Procédure d’affichage de postes

Annexe 2 : fiche d’évaluation de compétences

Annexe 3 : Guide d’entretien auprès des infirmières

Annexe 4 : Guide d’entretien auprès des cadres infirmiers

Annexe 5 : Guide d’entretien auprès du cadre infirmier supérieur

Annexe 6 : Guide d’entretien auprès du médecin

Annexe 7 : Guide d’entretien auprès du délégué syndical

Annexe 8 : Guide d’entretien auprès du D.R.H.et du D.S.S.I.

**PROCEDURE D’AFFICHAGE DE POSTES**

<b>ACTIONS</b>	<b>OUTILS</b>	<b>ACTEURS</b>
Libération d’un ou plusieurs postes	Tableaux de bords des départs	DRH-DSSI
DSSI demande d’affichage de poste au DRH - nom de la personne qui libère le poste, grade, quotité, unité - délai d’affichage mini 15 jours	Carnet dupliqué	DRH- DSSI
Rédaction de la note d’affichage	Note d’affichage	DRH
Diffusion de la note d’affichage dans les unités de soins	Note d’affichage	DRH Copies DSSI .et syndicats
Recensement des lettres des candidats au niveau de la DRH	Tableau de recensement des candidatures	DRH
A la date limite, la DRH transmet le tableau des candidatures et les lettres à la DSSI		DRH
Entretien DSSI/Agent en fonction des situations	Dossier de l’agent	DSSI /Agent
La DSSI désigne la personne affectée Négocie la date de changement de poste Après entretien avec CIS et CI pour les IDE, AS, ASH.	Profil de poste Dossier de l’agent Grille d’évaluation SIIPS occasionnellement	DG-DRH-DSSI- CIS-CI
Propositions d’affectations au DRH Réunion hebdomadaire	Parapheur DRH Documents GRH	DRH-DSSI Chef de bureau
Réponses aux agents : accord ou refus	Logiciel work Lettre type	DRH-DSSI
Changement de service noté sur le dossier de l’agent	Dossier de l’agent	DSSI
Enregistrement du mouvement sur un document réservé à cet effet	Cahier mouvements du personnel	DSSI
Copie de la décision d’affectation classée dans le dossier de l’agent à la DRH	Lettre dossier agent	DRH
Information de la blanchisserie pour faire suivre les tenues des agents	Note blanchisserie	DSSI
Classement du tableau récapitulatif des candidatures		DSSI secrétariat

## Annexe 2

**GRILLE D'AUTO-EVALUATION DES COMPETENCES**

<b>Rubriques</b>	<b>J'ai vu</b>	<b>J'ai fait avec</b>	<b>J'ai fait Seul(e)</b>	<b>J'ai besoin d'explications</b>	<b>J'ai besoin de formation</b>	<b>J'ai la compétence</b>
<b>Organisation des soins :</b> Ex. : planification						
<b>Prestations des soins</b> Rôle propre : -Ex. : prévention d'escarres						
<b>Prestation des soins :</b> <b>sur prescription</b> -Ex. : administration des anticoagulants						
<b>Protocole de soins infirmiers :</b> -Ex. : lavage des mains						
<b>Protocole de soins médicaux :</b> -Ex. : transfusion sanguine						
<b>Gestion des risques :</b> -Ex. : arrêt cardio respiratoire						
<b>Matériel médical :</b> -Ex. : seringue électrique						
<b>Transmissions</b> <b>Communication orale :</b> -Ex : transmissions inter-équipe						
<b>Transmissions écrites</b> -Ex. : dossier de soins infirmiers						
<b>Programme d'assurance qualité</b>						

**Grille d'entretien auprès des infirmières**

- 1 Pouvez- vous me dire ce qu'évoque pour vous le terme de « mobilité » ?
- 2 Selon vous, quels sont les intérêts pour une infirmière à être mobile ?
- 3 Est-ce une source de motivation ?
- 4 Pouvez-vous me parler des raisons qui vous ont conduit à demander votre dernier changement de service ?
- 5 Quel lien faites-vous entre mobilité et projet professionnel ?
- 6 Selon vous quelles sont les raisons qui constitueraient un obstacle à la mobilité ?
- 7 Quels sont d'après vous les intérêts d'une mobilité des infirmières pour les cadres infirmiers ?
- 8 Existe-t-il une politique en faveur de la mobilité au sein de l'hôpital ?
- 9 A votre avis, quelles peuvent être les propositions pour une mobilité organisée ?

**Grille d'entretien auprès des cadres infirmiers**

- 1 Pouvez- vous me dire ce qu'évoque pour vous le terme de « mobilité .» ?
- 2 Selon vous, quels sont les intérêts pour une infirmière à être mobile ?
- 3 Est-ce une source de motivation ?
- 4 Et, quels sont les intérêts pour les cadres infirmiers ?
- 5 Selon vous ? quel est le rôle du cadre en regard de la mobilité ?
- 6 Existe-t-il une politique en faveur de la mobilité au sein de l'hôpital, qu'en pensez-vous ?

**Guide d'entretien auprès du cadre infirmier supérieur**

- 1 Quel lien faites-vous entre mobilité et compétence du personnel infirmier ?
- 2 Quelle méthode utilisez-vous dans votre secteur pour gérer la mobilité du personnel infirmier ?
- 3 Souhaitez-vous un autre fonctionnement ?
- 4 Certaines infirmières sont affectées dans une unité de soins pour une durée déterminée. Qu'en pensez-vous ?
- 5 Comment définiriez-vous une infirmière polyvalente ?

**Grille d'entretien avec le médecin**

- 1 Qu'évoque pour vous la mobilité du personnel infirmier ?
- 2 Selon vous, quelles sont les raisons qui constituent un obstacle à la mobilité ?
- 3 A l'inverse, quelles raisons favorisent la mobilité ?
- 4 Quel lien faites-vous entre mobilité des infirmières et compétences professionnelles ?
- 5 Comment définiriez-vous une infirmière polyvalente ?
- 6 Dans certains établissements, les infirmières sont affectées dans les unités de soins pour une période déterminée. Qu'en pensez-vous ?
- 7 De quelle manière participez-vous à la mobilité des infirmières ?

**Grille d'entretien avec le représentant syndical**

- 1 Pour vous, qu'évoque le mot mobilité au sein de votre hôpital ?
- 2 Selon vous, quelles sont les raisons qui constituent un obstacle à la mobilité ?
- 3 A l'inverse, quelles raisons favorisent la mobilité ?
- 4 Quel lien faites-vous entre mobilité des infirmières et compétence ?
- 5 Dans certains établissements, les infirmières sont affectées dans les unités de soins pour une période déterminée. Qu'en pensez-vous ?
- 6 Comment envisageriez-vous votre participation à propos de la mobilité du personnel, dans votre établissement ?
- 7 Qu'évoque pour vous le mot polyvalence des infirmières ?
- 8 Y a-t-il des points que vous souhaitez aborder concernant la mobilité, que je n'aurais pas envisagé ?

**Grille d'entretien avec le D.R.H.et le D.S.S.I.**

- 1 Quelle place accordez-vous à la mobilité interne du personnel infirmier dans la gestion des ressources humaines. De quelle façon y participez-vous ?
- 2 Selon vous, quelles sont les raisons qui constituent un obstacle à la mobilité ?
- 3 A l'inverse, quelles raisons favorisent la mobilité ?
- 4 Quel lien faites-vous entre mobilité interne du personnel infirmier et la compétence professionnelle ?
- 5 Dans certains établissements, les infirmières sont affectées dans les unités de soins pour une période déterminée. Qu'en pensez-vous ?
- 6 Qu'évoque pour vous la notion de polyvalence ou de pluri-compétence du personnel infirmier ?
- 7 Comment participez-vous à une stratégie et au management relatif à la mobilité du personnel infirmier au sein de votre établissement ?
- 8 Comment envisagez-vous la mobilité du personnel infirmier dans le cadre d'une restructuration dans l'établissement ?