



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**FILIÈRE DIRECTEUR DES SOINS**

Date du Jury : **5 et 6 Novembre 2002**

---

**LA MOBILITÉ  
AU SERVICE DE LA POLYVALENCE :  
UN ENJEU POUR LE DIRECTEUR  
DES SOINS**

---

**Patricia CHÉDEVILLE**

Je remercie toutes les personnes qui m'ont aidée dans la réalisation de ce travail, en particulier :

- ma conseillère de mémoire Madame Marinette AUGÉARD, Directeur des soins,
- Madame Catherine FONTAINE, enseignante à l'ENSP, qui m'a permis d'appréhender l'outil informatique
- Nadine et Annie,
- mes collègues de promotion,
- mon mari qui a fait preuve d'une grande patience.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>PREMIÈRE PARTIE : APPROCHE THÉORIQUE.....</b>	<b>4</b>
<b>1. LA MOBILITÉ.....</b>	<b>4</b>
1.1 Éléments de définition :.....	4
1.2 Les différentes formes de mobilité :.....	5
1.3 Facteurs d'influence de la mobilité .....	6
1.4 Les enjeux.....	8
1.5 Les limites et les contraintes .....	9
<b>2. COMPÉTENCES ET POLYVALENCE :.....</b>	<b>10</b>
2.1 Compétences :.....	10
2.1.1 Éléments de définition : .....	10
2.1.2 Les différents concepts de compétences : .....	12
2.2 La polyvalence.....	13
2.2.1 Éléments de définition : .....	13
2.2.2 Définition de la polyvalence sectorielle, managée et organisée :.....	14
2.3 Les enjeux et les limites.....	15
2.3.1 Enjeux de la pluri-compétence ou polyvalence : .....	15
2.3.2 Les limites :.....	16
<b>3. LE SENTIMENT D'APPARTENANCE .....</b>	<b>16</b>
3.1 Éléments de définition.....	16
3.2 Appartenances professionnelles .....	16
<b>4. UN MANAGEMENT ADAPTÉ .....</b>	<b>18</b>
4.1 Les différents courants de management .....	18
4.2 Le management participatif.....	18
4.2.1 Le double enjeu .....	19
4.2.2 Le manager.....	19
4.3 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (G.P.E.C.).....	20
4.3.1 Les origines .....	20
4.3.2 Éléments de définition .....	20
4.3.3 Les objectifs de la G.P.E.C. ....	21
4.4 La gestion décentralisée des ressources humaines.....	22
<b>5. LE PROJET PROFESSIONNEL.....</b>	<b>24</b>
5.1 Éléments de définition.....	24
5.2 Les théories de la pédagogie du projet .....	25

5.2.1	Le projet procède du désir.....	25
5.2.2	Le projet procède du besoin.....	25

## **DEUXIÈME PARTIE : COMPRÉHENSION DE LA MOBILITÉ PAR L'ANALYSE**

	<b>D'ENTRETIENS EXPLORATOIRES DE RECHERCHE .....</b>	<b>27</b>
<b>1.</b>	<b>PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE.....</b>	<b>27</b>
1.1	Conception des guides d'entretien (annexes 1 à 5).....	27
1.2	Identification des personnes interrogées.....	28
<b>2.</b>	<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ET ANALYSE .....</b>	<b>28</b>
2.1	Existence d'une politique de mobilité.....	29
2.1.1	Synthèse des entretiens .....	29
2.1.2	Analyse.....	30
2.2	Ce qu'évoque le terme « mobilité » pour les médecins, les C.S.S., les C.S., les I.D.E., les représentants syndicaux.....	30
2.2.1	Synthèse des entretiens .....	30
2.2.2	Analyse.....	31
2.3	Les obstacles à la mobilité.....	31
2.3.1	Synthèse des entretiens .....	31
2.3.2	Analyse.....	32
2.4	Les intérêts de la mobilité .....	32
2.4.1	Synthèse des entretiens .....	32
2.4.2	Analyse.....	33
2.5	La mobilité dans la gestion des ressources humaines et l'organisation des soins .....	33
2.5.1	Synthèse des entretiens .....	33
2.5.2	Analyse.....	34
2.6	Rôles des D.R.H., des D.S., des C.S.S. et des C.S. au regard de la mobilité. ....	34
2.6.1	Synthèse des entretiens .....	34
2.6.2	Analyse.....	35
2.7	Entretiens des I.D.E. concernant leur changement de service.....	35
2.7.1	Synthèse.....	35
2.7.2	Analyse.....	36
2.8	Définition par les médecins d'un I.D.E. polyvalent .....	37
2.8.1	Synthèse des entretiens .....	37
2.8.2	Analyse.....	37
2.9	L'organisation de la polyvalence.....	37
2.9.1	Synthèse des entretiens .....	37
2.9.2	Analyse.....	38
2.10	Procédure d'affectation .....	38

2.10.1 Synthèse des entretiens .....	38
2.10.2 Analyse.....	39
2.11 Procédure d'intégration.....	39
2.11.1 Synthèse des entretiens .....	39
2.11.2 Analyse.....	40
2.12 A propos de la définition des compétences attendues .....	40
2.12.1 Synthèse des entretiens .....	40
2.12.2 Analyse.....	41
2.13 Les besoins en formation.....	41
2.13.1 Synthèse des entretiens .....	41
2.13.2 Analyse.....	42
2.14 Repère des potentiels des I.D.E.....	42
2.14.1 Synthèse des entretiens .....	42
2.14.2 Analyse.....	42
2.15 L'accompagnement du projet professionnel.....	43
2.15.1 Synthèse des entretiens .....	43
2.15.2 Analyse.....	43
2.16 Propositions d'amélioration de la mobilité .....	44
2.16.1 Synthèse des entretiens .....	44
2.16.2 Analyse.....	45
2.17 Conclusion : analyse du phénomène de mobilité.....	45
2.17.1 Influence sur l'individu .....	45
2.17.2 Influence sur l'organisation.....	46
2.18 Commentaires.....	46

**TROISIÈME PARTIE : PROPOSITIONS D' ACTIONS EN RELATION AVEC LES  
CONCEPTS DÉVELOPPÉS ET LE RÔLE DU DIRECTEUR DES SOINS .....49**

<b>1. LA GESTION CENTRALISÉE .....</b>	<b>50</b>
1.1 Un plan d'actions construit en collaboration avec l'équipe de direction.....	50
1.2 Gestion prévisionnelle des effectifs et des emplois futurs.....	51
1.3 L'évaluation : un acte de modernisation de l'hôpital.....	52
1.4 Mise en place d'une bourse des emplois .....	53
1.5 Les modalités de remplacement .....	55
<b>2. GESTION DÉCENTRALISÉE .....</b>	<b>56</b>
2.1 Gestion qualitative des personnels infirmiers.....	57
2.1.1 Les outils nécessaires aux procédures d'affectation et d'intégration .....	57
2.1.2 L'entretien d'évaluation.....	58
2.1.3 Le projet professionnel .....	59
2.2 Gestion quantitative des effectifs.....	59

<b>3.</b>	<b>FORMATION .....</b>	<b>60</b>
3.1	Le plan de formation .....	60
3.2	Autres modalités de formation .....	61
<b>4.</b>	<b>ÉVALUATION DE LA POLITIQUE MISE EN PLACE .....</b>	<b>63</b>
<b>CONCLUSION .....</b>		<b>64</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

A.R.T.T. : Aménagement et Réduction du Temps de Travail.

C.S. : Cadre(s) de Santé.

C.S.S. : Cadre(s) Supérieur(s) de Santé.

D.R.H. : Directeur(s) des Ressources Humaines.

D.S. : Directeur(s) des Soins.

G.P.E.C. : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences.

I.D.E. : Infirmier(es) Diplômé(es) d'État.

N.B.I. : Nouvelle Bonification Indiciaire.

S.I.C.S. : Service(s) Infirmier(s) de Compensation et de Suppléance.

S.R.O.S. : Schémas Régionaux de l'Organisation Sanitaire.

# INTRODUCTION

## LE CONTEXTE GÉNÉRAL :

La Loi portant réforme hospitalière du 31 Juillet 1991 renforcée par l'Ordonnance n° 96-346 du 24 Avril 1996 a parmi ses objectifs de maîtriser les dépenses de santé et d'adapter l'offre de soins aux besoins de la population. C'est ainsi que les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) ont été mis en place ainsi que les agences régionales d'hospitalisation. Celles-ci ont pour mission la mise en œuvre de ces SROS. De plus, l'analyse des activités des établissements de santé entraîne des restructurations soit en terme de transformation ou de suppression d'activité, soit en terme de réorganisation et de fonctionnement (syndicat inter hospitalier, fusion, communauté d'établissements.) Ces restructurations nécessitent un redéploiement des emplois et demandent notamment aux infirmiers de s'adapter à ces nouvelles organisations.

De même, l'évolution des techniques médicales, de plus en plus spécialisées et la démarche qualité mise en œuvre dans le cadre de l'accréditation entraînent les professionnels de santé à développer de nouvelles compétences.

Par ailleurs, l'accroissement du travail à temps partiel, la pénurie d'infirmiers et la mise en place de l'aménagement et de la réduction du temps de travail au 01/01/2002 obligent les établissements publics de santé à repenser leurs organisations et leurs fonctionnements en matière de gestion des ressources humaines. Il est nécessaire d'adapter qualitativement et quantitativement les effectifs aux nécessités des services.

Tous ces changements dus à l'évolution du système de santé entraînent des bouleversements sur les organisations du travail ainsi que sur le personnel. Ils modifient leurs repères au travail et créent un sentiment d'insécurité, d'incompréhension et d'inquiétude.

Ces modifications d'organisation ont pour conséquence des mouvements de personnels qui se traduisent par des mobilités imposées, des changements dans les habitudes des pratiques professionnelles ; elles obligent à des remises en cause, à un important investissement pour actualiser les compétences, à un abandon de l'attachement au service pour adopter une identité institutionnelle.

Ce contexte général place la mobilité au cœur de la gestion des ressources humaines et nécessite un travail de collaboration étroite entre le Directeur des Ressources Humaines et le Directeur des Soins. En effet, la mobilité peut prendre différents aspects, à savoir : soit un renfort ponctuel dans un service voisin, soit un changement de service, soit un changement



de grade dans le cadre de la promotion professionnelle, soit un changement d'établissement dans le cadre d'une restructuration, par exemple.

## IDENTIFICATION DU PROBLÈME.

Ayant été confrontée à des situations de restructuration dans un Centre Hospitalier, j'ai pu constater que ces changements avaient un important impact sur les organisations du travail et les personnels (impact psychologique, organisationnel...)

De plus, nous rencontrons des difficultés face à une sédentarité excessive des infirmiers liée à la peur de l'inconnu et à la résistance au changement.

A partir de ces constats, une réflexion sur la mobilité des infirmiers au sein de l'institution hospitalière doit s'engager.

Des interrogations multiples et variées se posent sur la notion de mobilité et sur la place de celle-ci dans la gestion des ressources humaines.

La mobilité pourquoi ?

Quels intérêts pour l'Institution ?

Quels intérêts pour les professionnels ?

Comment la mobilité peut être une réponse aux intérêts institutionnels et aux intérêts individuels de l'infirmier ?

En tant que Directeur des Soins, nous sommes concernés par ce phénomène d'autant qu'il engage la compétence des professionnels, leur bien-être et, surtout, la qualité des soins. Cependant, nous sommes en plein paradoxe.

En effet, face à cette situation de changement, la gestion des ressources humaines et des organisations reste souvent fondée sur la valorisation de la stabilité (par exemple : lorsqu'un nouveau cadre prend ses fonctions, il s'appuie souvent sur l'expérience de l'infirmier le plus ancien du service) et les incitations aux mouvements demeurent timides. Plusieurs explications peuvent nous aider à comprendre cette situation.

- le statut de la Fonction Publique encourage peu la mobilité. Par exemple, la NBI (Nouvelle Bonification Indiciaire) est attribuée à des agents exerçant dans certains services ;
- la mobilité, qui devient un impératif de gestion des ressources humaines, est intégrée à des politiques d'établissements mais reste surtout au niveau du discours, de l'incitation et n'est pas souvent formalisée ;
- la mobilité n'est pas reconnue comme valeur professionnelle, l'insuffisance de soutien des personnels constitue une des explications à ce sentiment de non reconnaissance de la mobilité. Par exemple, lorsqu'un infirmier arrive dans un service voisin pour aider ses collègues, il a des difficultés à trouver sa place,

l'accueil est quasi inexistant et les informations se transmettent « entre deux portes. »

- l'organisation du travail est plutôt cloisonnée en unités fonctionnelles, et favorise peu les échanges entre équipes.
- l'évolution des techniques médicales nécessitent des compétences de plus en plus spécialisées.
- le personnel soignant a souvent le sentiment d'appartenance à un service, à une équipe et non à l'institution hospitalière et encore moins à la fonction publique hospitalière. Des liens affectifs s'y développent et procurent sécurité, confort et équilibre.
- les infirmiers, face à la fluctuation de la charge de travail ou à l'absentéisme impromptu, ressentent cette obligation à changer, à se mobiliser comme une insécurité supplémentaire. La mobilité, de ce fait, est souvent vécue comme une contrainte par la plupart des agents.

La résistance à la mobilité peut s'expliquer par le statut de la fonction hospitalière, les politiques d'établissements, les attitudes de l'encadrement, l'organisation et la nature du travail et l'attachement du personnel soignant à un même environnement.

A partir de ce constat, il semble apparaître que les enjeux individuels soient en contradiction avec les enjeux institutionnels. Nous pouvons en penser que la prise en compte de ces éléments contradictoires favorisera une dimension d'intérêts conjoints entre le personnel infirmier et l'institution hospitalière.

De cette problématique nous élaborons l'hypothèse suivante :

**Le développement des compétences au service de l'institution et des professionnels infirmiers, dans le cadre d'une gestion de la mobilité passe par :**

**le diagnostic des compétences des professionnels infirmiers.**

**le diagnostic des compétences attendues par l'institution et le patient.**

**l'affectation et l'intégration des professionnels.**

## MÉTHODOLOGIE

Notre méthode de recherche comporte trois phases.

La première partie traite des concepts de mobilité, de compétences, de polyvalence, du projet professionnel individualisé, du management et du sentiment d'appartenance.

La seconde partie est consacrée à l'exploitation des entretiens exploratoires de recherche, semi-directifs, réalisés auprès des professionnels. Leur analyse permet de vérifier ou non notre hypothèse.

La troisième partie est centrée sur des propositions d'actions du Directeur des Soins, en relation avec l'analyse précédente et les concepts développés.

## **PREMIERE PARTIE : APPROCHE THEORIQUE**

### **1. LA MOBILITE**

Afin de mieux comprendre le concept de mobilité, nous commencerons par donner une définition de celle-ci puis nous évoquerons les différentes formes de mobilité et nous poursuivrons par les enjeux et les limites.

#### **1.1 Éléments de définition :**

Le Dictionnaire « Nouveau Petit Robert » définit la mobilité (du latin mobilis qui se meut) comme étant « le caractère de ce qui peut se mouvoir ou être mû, changer de place, de position » À cette notion de mouvement qui caractérise la mobilité s'associe une notion d'acte volontaire. « La mobilité est un choix que chaque salarié fait après avoir pesé les avantages et les inconvénients d'un changement de situation professionnelle. »<sup>1</sup>

Dans la revue objectif soins de Décembre 2000 Mireille SAN JULLIAN<sup>2</sup> précise que « donner une signification à la mobilité, c'est donner de la motivation, donner une base solide à l'action à entreprendre, avoir un mobile pour bouger. La mobilité consiste à se mobiliser pour passer d'une certaine qualité à une autre supposée meilleure. »

La mobilité s'inscrit donc dans un processus qui allie différents facteurs : le mouvement, l'acte volontaire, la motivation, la relation entre l'organisation et la dynamique de mobilité des agents.

Il existe différentes formes de mobilité que nous allons explorer maintenant.

---

<sup>1</sup> CRÉMADEZ M., GRATEAU F. *Le management stratégique hospitalier* Paris : édition Masson, 1997. 424 p.

<sup>2</sup> SAN JULIAN M. Pour faire de la mobilité une bonne affaire. *Objectif soins*, Décembre 2000, n° 91, p.11.

## 1.2 Les différentes formes de mobilité :

Les ouvrages traitant de la gestion des ressources humaines retiennent trois modes de gestion de la mobilité :

« La mobilité verticale ou catégorielle : elle a pour objet de susciter des volontés de promotion tendant à développer et à accroître les responsabilités de chacun. »<sup>3</sup>

C'est une mobilité qui conduit un agent à quitter un emploi pour un autre : « elle se traduit le plus souvent par un changement d'échelon, de grade, de qualification et aussi par une augmentation de la rémunération »<sup>4</sup>. Cette mobilité concerne les infirmiers qui accèdent à des spécialisations (infirmiers de bloc opératoire, infirmier anesthésiste) ou à des postes d'encadrement des unités de soins, comme à des fonctions d'enseignement.

La mobilité horizontale ou professionnelle : elle s'inscrit dans une dynamique de développement des compétences. Elle postule la recherche d'un changement de métier ou d'emploi. C'est une mobilité qui nécessite de nouvelles compétences et qui peut engendrer une reconversion (exemples : infirmier clinicien, hygiéniste)

La mobilité d'environnement : « Elle concerne une gestion, aussi préventive que possible, de la mutation dans un contexte d'activité, de qualification et de grade hiérarchique identique » Elle s'exerce « dans un autre lieu de travail (changement de service, changement d'établissement) dans une autre équipe, avec un autre responsable. »

C'est la mobilité que nous rencontrons le plus souvent et qui se traduit par l'affectation d'un infirmier dans une autre unité de soins.

Au regard de ces différents changements, il apparaît que la mobilité prend ainsi des formes diverses qui auront un impact plus ou moins conséquent sur l'individu au travail.

L'hôpital, établissement public, bénéficie de l'autonomie juridique et financière. Sa marge de manœuvre par rapport à la gestion du personnel demeure certaine. Il n'existe pas de procédure générale organisant la mobilité au sein de l'établissement. Chaque établissement garde donc une autonomie dans l'organisation de sa politique de mobilité interne.

---

<sup>3</sup> ABBAD J. *Organisation et management hospitalier*. Condé-sur-Noireau : Édition BERGER – LEVRAULT, Mai 2001. 417 p

<sup>4</sup> RAOULT N. *Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier*. Paris : édition L'Harmattan, 1991. 285 p.

### **1.3 Facteurs d'influence de la mobilité**

Plusieurs facteurs interviennent dans le processus de mobilité. Dans certaines situations, la mobilité est souhaitée par l'agent, dans d'autres elle est subie et résulte de changements sur lesquels le professionnel n'a pas de réelle influence. Il semble intéressant de repérer ces différents facteurs induisant une mobilité.

Le statut de la Fonction Publique Hospitalière :

Au sein du statut de la Fonction Publique Hospitalière, il existe diverses dispositions statutaires ayant une influence sur la mobilité. Il s'agit du travail à temps partiel, du congés de maternité, de la disponibilité, du changement d'affectation, des absences diverses, du congé parental et de la cessation d'activité.

Ces positions sont des facteurs importants dans la gestion des ressources humaines.

L'absence au travail :

Il existe des absences au travail prévisibles que l'on peut programmer et d'autres imprévisibles qui sont sources de dysfonctionnement au niveau de l'organisation du travail.

Les absences prévisibles concernent les congés statutaires et réglementaires tels que les congés annuels, les repos hebdomadaires, les jours d'ARTT (Amélioration et réduction du temps de travail), les jours pour fractionnement de congés annuels, les jours fériés, les congés de maternité ou d'adoption, les congés de formation continue ou professionnelle, les congés syndicaux, les congés exceptionnels, les congés de longue durée, de longue maladie.

Ces différentes absences au travail font 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.

Toutefois des absences imprévisibles viennent se greffer à cette gestion et engendrent des dysfonctionnements au sein des unités.

Il s'agit, par exemple, des congés maladie, des accidents de travail ou de trajet, des autorisations d'absence pour enfant malade.

Cet absentéisme est un des problèmes majeurs de la gestion des ressources humaines à l'hôpital. « C'est un phénomène qui a un coût en terme de frais de remplacement, mais aussi

un coût humain en faisant peser des contraintes supplémentaires sur ceux qui restent, en désorganisant les équipes »<sup>5</sup>

Ces situations engendrent une charge physique et psychologique des agents et entraînent fatigue, baisse d'implication et démotivation.

Le remplacement de ces absences peut se faire par des aides extérieures nécessitant l'embauche temporaire de professionnels mais cette solution est très onéreuse. Il semble nécessaire de réfléchir et de trouver des solutions en interne

Les fluctuations de la charge de travail sont également sources de dysfonctionnements. En effet à certains moments forts de la journée, de la semaine, et certains mois de l'année, nous pouvons repérer des variations dans la charge de travail. Il suffit d'en faire l'analyse sur plusieurs années et ainsi nous pouvons identifier les mois les plus difficiles. Dans ces périodes surchargées, le personnel souvent s'épuise et s'arrête.

De même, le temps partiel se développe de plus en plus dans les établissements de santé. La population féminine est très présente dans les établissements de santé et bien souvent, pour répondre à des besoins d'ordre familial (garde des enfants), cette population demande de plus en plus à travailler à temps partiel. Cette politique de développement du temps partiel répond aux souhaits des professionnels et engendre contrainte et souplesse dans la gestion des ressources humaines. Des emplois sont créés afin de compenser ces temps partiels. Ils nécessitent, parfois, mobilité et mouvement de personnel dans l'établissement. Le Directeur des soins et son équipe d'encadrement ont un rôle important dans les réponses apportées à ces nombreux modes d'exercices professionnels.

Les schémas régionaux d'organisation sanitaire ont un impact important dans la réorganisation du système de santé et font également partie des facteurs d'influences de la mobilité. En effet, ils induisent différentes formes de restructurations, soit des conversions de disciplines, soit des regroupements de plusieurs établissements de santé, soit des réductions de lits, des fermetures de services. Ils placent l'hôpital non plus comme pivot du réseau de santé, mais comme maillon du tissu sanitaire et favorise le travail en réseau, en complémentarité.

Ces restructurations entraînent différentes formes de mobilité (mobilité géographique, mobilité d'environnement et parfois mobilité catégorielle). Le rôle du Directeur des Soins dans ces restructurations est fondamental ; en collaboration avec l'équipe de Direction, le

---

<sup>5</sup> BIRST M. Une arme contre l'absentéisme et le turn-over, l'analyse stratégique. *Gestion hospitalière*, Décembre 1986, Janvier 1987, n° 261, pp 792

corps médical et les cadres, le Directeur des Soins développera des mesures d'accompagnement des personnels afin de garantir la qualité et la sécurité des soins. Il aura également un rôle important dans le dialogue social pour expliquer le motif de ces restructurations, pour communiquer de façon transparente sur les nouvelles organisations. Afin de compléter notre définition de la mobilité, nous présentons maintenant ses enjeux et ses limites.

#### 1.4 Les enjeux

La mobilité n'est pas une fin en soi, c'est une réponse organisationnelle à des objectifs stratégiques et managériaux inscrits dans une politique d'établissement. L'objectif de la mobilité est de donner la possibilité à un individu de renouveler sa motivation, c'est-à-dire, de trouver un nouveau terrain sur lequel il peut enrichir ses compétences. C'est aussi de donner à l'institution la possibilité d'allouer ses ressources humaines de manière à faire face à ses obligations à court et long terme. C'est définir un cadre pour organiser le décroisement, les échanges d'expériences, les remplacements, les renforcements saisonniers.

« Afin de briser cette segmentation, casser cette culture hospitalière, il existe différentes méthodes de travail qu'il est très positif et très facile d'initier. Cette politique est très efficace en termes de reconnaissances, de communications, de recherches personnelles. Il s'agit de la MOBILITÉ »<sup>6</sup>Maintenir, développer des compétences et détecter des potentiels tels sont les enjeux. L'hôpital soumis à des contraintes économiques et ayant des effectifs limités en nombre (ARTT) doit mettre en œuvre une gestion des ressources humaines qui doit permettre aux professionnels de devenir de plus en plus performants.

La mobilité dynamise l'institution et met en évidence certains enjeux concernant :

- la communication : la mobilité facilite le décroisement entre équipes et permet une meilleure connaissance des uns et des autres. Elles échangent sur leurs difficultés et leurs pratiques professionnelles.
- la culture : la mobilité est une source de renouveau, de dynamisme, de remise en cause. De par un regard extérieur, et les échanges, elle induit une modification des comportements. Cette transformation est bénéfique à la fois pour l'Institution,

---

<sup>6</sup> BONMATTI J.M. Le Directeur des ressources humaines et la mobilité. *Technologie Santé*, Septembre 1998, n° 33, pp 69

car elle entraîne une dynamisation institutionnelle, mais également pour l'agent qui acquiert de nombreux savoir-faire et savoir-être, il en résulte des connaissances élargies, une meilleure compréhension des situations et une ouverture d'esprit.

- l'économie et les enjeux sociaux : la mobilité nous semble pouvoir être source de bénéfices partagés : bénéfique pour le patient de par l'assurance d'une continuité des soins dans un contexte de sécurité et de qualité ; bénéfique pour le personnel de par le développement de compétences individuelles et collectives favorisant l'équilibrage des charges de travail, l'autonomie et la responsabilisation des acteurs dans la pratique quotidienne ; bénéfique pour l'institution de par la possibilité de mieux concilier les objectifs économiques, les exigences des patients, les projets professionnels et personnels des agents.

## 1.5 Les limites et les contraintes

Les contraintes sont d'ordre :

- culturel, car le poids des modèles dominants de gestion du personnel (modèle bureaucratique) a diffusé une culture de non mobilité
- de management et de comportement car, la hiérarchie, y compris le corps médical, a tendance à se considérer comme propriétaire du personnel exerçant dans leur service

La mobilité imposée comme une fin en soi et non comme un levier de développement de compétences transversales, se heurte à des blocages durables. Elle est mal perçue par le personnel et difficile à mettre en œuvre. Culturellement le mot « mobilité » a tendance à être associé à celui d'instabilité. Le personnel qui change souvent de service est mal considéré et est qualifié d'instable. Un taux élevé de demandes de changements de service peut être révélateur d'un dysfonctionnement, dont les raisons sont multiples (charge de travail trop élevée, mauvaise ambiance). Mais, au contraire, une forte stabilité du personnel dans un service est considérée comme un indice de bon fonctionnement. Au niveau de l'agent, la mobilité engendre une appréhension du changement de manière générale, elle est associée à une prise de réserve, à une peur de l'inconnu, elle entraîne une rupture avec son environnement, ses habitudes.

Le changement est générateur d'anxiété, il déstabilise et provoque, suivant les personnalités, des réactions de défense.



Au sein des services, les relations affectives fortement développées induisent une forte sédentarité. En effet, en réaction à la charge émotionnelle forte que vivent les infirmiers face à la maladie, à la mort, des liens affectifs se développent entre les différents membres de l'équipe. Ils procurent sécurité, réconfort et facilitent la gestion des situations stressantes.

Sur la plan statutaire, la mobilité n'est pas favorisée. En effet, l'attribution de rémunérations accessoires liées à une fonction exercée dans un service spécifique telle que la NBI (Nouvelle Bonification Indiciaire) peut être un frein à la mobilité. L'agent qui perçoit cette NBI peut la perdre en changeant de service.

Enfin, le développement de techniques et technologies médicales, de plus en plus pointues, demande aux infirmiers de mettre en œuvre des compétences de plus en plus spécialisées, ce qui représente un frein à la mobilité et ne favorise pas le travail en équipe. En conclusion, nous dirons que l'acteur acceptera de changer s'il trouve un intérêt personnel dans le jeu qu'on lui propose

La mobilité pour être efficace, nécessite l'acquisition de différentes compétences et une polyvalence organisée. Compétence et polyvalence sont les deux concepts que nous allons aborder maintenant.

## **2. COMPETENCES ET POLYVALENCE :**

### **2.1 Compétences :**

#### 2.1.1 Éléments de définition :

Mercedes CHABOISSIER rappelle que la notion de compétence reste trop floue. « Légitimité, reconnaissance, efficacité sont indissociables d'expérience, la compétence se vérifie dans l'action et la performance »<sup>7</sup>.

Le Nouveau Petit Robert définit le terme de compétence comme une connaissance approfondie, reconnue, qui confère le droit de juger ou de décider en certaines matières : art, capacité, expertise, qualité, science.

Dans leur livre : « le management stratégique hospitalier » Michel CRÉMADEZ et François GRATEAU considèrent que la compétence est un savoir agir et qu'elle est alors le vecteur qui permet à un bagage de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être de s'exprimer dans

---

<sup>7</sup> CHABOISSIER M. Compétence, communauté soignante et travail en équipe. *Objectif soins*, Décembre 1997, n°59.

l'action. Selon Sandra BELLIER <sup>8</sup>, « la compétence permet d'agir ou de résoudre des problèmes professionnels de manière satisfaisante, dans un contexte particulier, en mobilisant diverses capacités de manière intégrée.

Plusieurs définitions existent, mais des points forts demeurent :

- la compétence est liée à l'action, elle permet d'agir et c'est dans l'action qu'on la repère.
- elle n'existe pas en soi, c'est le jugement d'autrui qui établit la compétence.
- la compétence est contextuelle, liée à une situation professionnelle donnée.
- la compétence se caractérise par les savoirs qui la constituent , il ne s'agit pas d'une somme de contenus mais des capacités intégrées, structurées, combinées, construites.

La compétence est associée à l'idée d'innovation, de changement, de mutation, ce qui nécessite pour être compétent de mobiliser autre chose que des savoirs et de rendre «la tâche intelligente ». La compétence est davantage un processus qu'un état.

La compétence collective est un combinatoire de savoirs différenciés mis en situation en vue d'atteindre un objectif commun. C'est encore un processus évolutif, un construit social, une source de performance qui relève d'intelligences en action. Cela suppose de savoir interagir avec les connaissances et les compétences d'autrui et avec des réseaux de ressources collectives. »

Monsieur DONIUS dans son cours effectué à l'ENSP définit la compétence comme « l'ensemble des connaissances, des capacités d'actions et des comportements structurés nécessaires pour réaliser une activité donnée ».

Il précise que si les activités, par nature visibles, constituent la pointe émergée de l'iceberg, les compétences requises pour exercer ces activités en constituent la partie invisible. »

La compétence n'est pas uniquement une superposition de savoir et de savoir-faire mais dépasse très largement ce cadre. Nous allons essayer de définir les compétences dont nous avons besoin pour prendre en charge, dans les meilleures conditions possibles ,les personnes soignées et /ou hébergées dans un établissement de santé.

---

<sup>8</sup> BELLIER S. *La compétence*. Paris : édition Dunod, 1999. Traité des sciences et des Techniques de la formation. pp 12

## 2.1.2 Les différents concepts de compétences :<sup>9</sup>

- Un « savoir-agir » :

Les organisations ont besoin de pouvoir utiliser un concept en accord avec l'évolution des contextes et des organisations de travail. Plus l'agent se trouve dans un contexte d'organisation du travail taylorienne, qui se limite à appliquer strictement des consignes, des instructions, plus la compétence qu'il est censé mettre en œuvre peut être définie en terme de « savoir-faire en situation ».

Or, l'organisation actuelle du travail qui fait appel à la polyvalence, à la prise d'initiative, à la prise de risque peut être définie en termes de « savoir-agir en situation ». Le professionnel doit savoir quoi faire et quand, il doit procéder à des arbitrages. Il doit agir de façon efficace. La compétence d'un professionnel se reconnaît à sa capacité à gérer efficacement un ensemble de situations professionnelles, il devra combiner et mobiliser plusieurs compétences ou ressources.

- Un « savoir-combiner » :

La compétence ne peut plus être considérée comme une somme de savoirs, de savoir-faire, de savoir-être. En effet pour faire face à un événement, pour résoudre un problème, pour prendre une initiative, l'employé doit savoir non seulement sélectionner et mobiliser des ressources (connaissances, capacités, aptitudes), mais il doit aussi savoir les organiser. Valider les compétences en situation de travail ne peut plus se limiter à contrôler séparément l'acquisition de ressources (savoirs, savoir-faire, attitude, raisonnement), mais aussi à s'assurer que le professionnel est capable de les sélectionner, de les combiner et de les mobiliser de façon pertinente dans une situation de travail particulière.

- Une « compétence réelle » :

Le concept doit pouvoir rendre compte de la compétence réelle et non uniquement de la compétence requise ; La compétence requise est celle qui figure dans les référentiels de compétences, dans les critères actuels d'évaluation. Ce sont des points de repère par rapport auxquels les personnes vont construire leurs propres compétences. La compétence réelle est celle qui est construite par chaque personne, elle est difficile à cerner. Il s'agit « d'une façon de s'y prendre » pour agir dans un certain type de situation pour résoudre différents problèmes. Les compétences réelles appartiennent à l'individu.

---

<sup>9</sup> LE BOTERF G. De quel concept de compétence avons-nous besoin ? *Soins cadres*, Février 2002, n° 41, pp 20-22

- Une « double dimension, individuelle et collective » :

Pour agir avec compétence, un professionnel doit de plus en plus combiner et mobiliser non seulement ses propres ressources (connaissances, savoirs-faire...) mais également les ressources de son environnement (réseaux professionnels, collègues, documentations, manuels de procédures...). Un infirmier combinera ses propres connaissances avec les protocoles, les guides du service infirmier et les connaissances de ses collègues. Une réponse compétente doit être davantage une réponse de réseau, et pas seulement une réponse individuelle, même si l'interface avec le patient est assurée par une seule personne. Agir avec compétence suppose de savoir interagir avec autrui. Sans cette possibilité de référence collective, le professionnel est renvoyé à sa solitude et aux risques qu'elle entraîne sur les initiatives qu'il prendra.

- Une dimension de « réflexivité » :

Une personne ne peut vraiment être reconnue comme compétente que si elle est capable, non seulement de réussir une action, mais aussi de comprendre pourquoi et comment elle s'y prend pour agir. En connaissant ses propres ressources, le professionnel règle la confiance qu'il a en lui-même et peut mieux apprécier ce qu'il est capable de faire et de ne pas faire. Il connaît ses limites. Être compétent, c'est aussi pouvoir analyser et expliquer sa façon d'agir. La compétence ne se définit plus comme une mise en œuvre de savoirs mais comme une aptitude à s'adapter aux exigences nouvelles.

## **2.2 La polyvalence**

### 2.2.1 Éléments de définition :

Le Nouveau Petit Robert définit la polyvalence comme étant la qualité d'une personne qui a des capacités, des fonctions diverses.

Pour Géraldine DREVET <sup>10</sup>, « la polyvalence est synonyme de pluri-compétences. Dans le contexte général actuel des organisations, il s'agit de concilier l'accès des soins de qualité, le professionnalisme des acteurs de santé et la maîtrise de la croissance des dépenses de santé. La mission est de mieux servir le patient, tout en faisant face aux variations d'activités, en lui assurant une bonne qualité des prestations, en permettant un épanouissement

---

<sup>10</sup> DREVET G. L'adaptation au changement. *Gestion hospitalière*, Février 2000 ; n° 393

individuel et professionnel du personnel et en gérant les ressources humaines avec efficacité et efficience. La polyvalence est un élément muable, évolutif et dynamique. Etre polyvalent consiste à être compétent sur des domaines scientifiques différents. La polyvalence relève d'une politique institutionnelle centrée sur les compétences et la démarche qualité, elle doit s'appuyer sur l'anticipation des compétences à posséder. Elle nécessite une remise en cause des cadres de références traditionnels et entraîne une révision profonde des attitudes et des façons de concevoir le travail au sein d'une équipe de « santé », c'est à dire, une équipe beaucoup plus large que celle de l'unité de soins. La polyvalence inter-service fait de la mobilité une nouvelle valeur professionnelle à promouvoir. »

La polyvalence peut être acceptée par les différents acteurs concernés si elle est bien définie et cadrée. Il faut qu'elle soit sectorielle, managée et organisée.

### 2.2.2 Définition de la polyvalence sectorielle, managée et organisée :

La polyvalence sectorielle :

Cette polyvalence concerne un secteur d'activité déterminé et dépasse le cadre du service. Elle favorise le décloisonnement et les échanges entre professionnels. Elle crée une synergie entre les équipes soignantes et offre l'avantage de développer des compétences transversales. Une période d'apprentissage dans les différents services semble nécessaire afin d'organiser cette polyvalence dans un climat serein pour les différents acteurs concernés.

La polyvalence managée :

La polyvalence est insuffisamment managée à l'hôpital ce qui induit de multiples interprétations, résistances, incompréhensions.

S'interroger sur le secteur d'activité à maîtriser, c'est s'interroger sur les moyens à mettre en œuvre pour que les personnels développent les compétences requises au sein du secteur.

Le cadre doit, avec son équipe, identifier les critères de compétences attendus, qui seront à la fois des supports de décision (formation) et d'évaluation. Ils permettront à chaque individu de définir ses axes de progrès.

La polyvalence organisée :

Organiser, c'est structurer, aménager, agencer pour réduire l'hétérogénéité naturelle des pratiques individuelles et tendre à l'homogénéité d'une pratique collective concertée.

Structurer le travail veut dire structurer les tâches pour obtenir des niveaux de satisfaction et de production élevés de la part des employés. Pour ce faire, il est nécessaire de mettre en place des outils communs tels que la planification des soins, outil formel, accepté par tous et connu de tous. L'harmonisation des protocoles de soins et la nature des informations à transmettre constitue un axe fort d'amélioration à promouvoir.

La mise en relation d'un plus grand nombre d'acteurs ne peut se faire sans mettre l'accent sur la communication, la coordination et la concertation, sources de convergence et de dialogue. Organiser la polyvalence c'est lui donner une forme, du sens, du liant.

La viabilité et la pérennité d'un dispositif polyvalent dépendent étroitement des capacités des cadres à faire adhérer leurs équipes à des projets communs.

## **2.3 Les enjeux et les limites**

### 2.3.1 Enjeux de la pluri-compétence ou polyvalence :

Ils sont d'ordres :

- sociaux :

la polyvalence responsabilise les acteurs et constitue par là même une source de motivation. L'infirmier polyvalent est reconnu par ses pairs, la compétence comprend la reconnaissance effective par l'environnement immédiat et l'organisation de la pratique de l'individu ou du groupe. Elle fait l'objet d'une négociation et d'un enjeu de reconnaissance entre les acteurs appartenant au même service.

- culturels :

la polyvalence favorise l'échange d'informations et atténue le cloisonnement existant entre les services, elle est de nature à favoriser l'émergence d'un sentiment d'appartenance à une entité commune et non plus à un service uniquement. Elle nécessite également une remise en cause des pratiques quotidiennes.

- économiques :

la polyvalence organisée (ou pluri compétence) permet, par l'implication des différents acteurs, la permanence dans la durée, un résultat de qualité et une utilisation adaptée des moyens, des ressources.

### 2.3.2 Les limites :

La volonté de développer des compétences appartient à l'individu et certains ne souhaitent pas s'impliquer au-delà des savoirs et savoir-faire, d'où le rôle important du personnel d'encadrement qui doit savoir fédérer les acteurs autour d'un projet commun.

La remise en cause des savoir-faire et des comportements peut engendrer un mal-être, une position de défense et une résistance au changement.

Au regard des enjeux culturels, notamment celui concernant l'émergence du sentiment d'appartenance à une entité commune, il semble intéressant d'aborder ce concept dans le chapitre suivant.

## **3. LE SENTIMENT D'APPARTENANCE**

### **3.1 Éléments de définition**

Le Nouveau Petit Robert définit l'appartenance comme le fait pour un individu d'appartenir à une collectivité.

En milieu hospitalier, chaque agent se trouve à la croisée de deux structures d'appartenance, toutes deux également porteuses d'identité : il s'agit, d'une part, du corps professionnel auquel il appartient, d'autre part, du service où il exerce. Cette double appartenance pourrait être structurante si des échanges au sein des corps et entre services avaient lieu. Or, souvent, il n'en est rien. Les corps professionnels, très souvent, ne vivent que juxtaposés au sein des services, mais ils n'ont pas pour autant une force suffisante pour compenser les extrêmes cloisonnements des services. Le sentiment d'appartenance se limite au lieu d'appartenance des agents représenté par leur corps professionnel au sein de leur service, ce qui les confine dans un relatif isolement.

### **3.2 Appartenances professionnelles**

Depuis la fin des années 1970, les processus de construction des identités professionnelles se sont profondément transformés. La fin de la croissance économique mais aussi les évolutions technologiques et sociales ont engendré, en même temps que les phénomènes massifs de chômage et d'exclusion, des changements dans les modes d'organisation du

travail et dans la gestion des ressources humaines. À la fin des années 1980, R. SAINSOULIEU<sup>11</sup>, à la suite de recherches effectuées dans les entreprises, propose trois nouveaux types d'identités collectives au travail que nous retenons :

- « le modèle de la mobilité : on y trouve aujourd'hui des individus pour qui les phases de modernisation et les innovations constituent une opportunité favorable leur permettant une implication et une adaptation à des situations évolutives de travail. Dans un contexte où les possibilités de promotion se font de plus en plus rares, leur projet de réalisation individuelle nécessite des stratégies offensives
- le modèle professionnel de service public : il tranche radicalement avec les images traditionnelles de ritualisme et de routine de l'administration. Ces nouvelles attitudes se caractérisent par l'autonomie, la responsabilité et la compétence
- le modèle entrepreneurial : il est sans doute le modèle le plus nouveau. « Ces nouveaux chevaliers des temps modernes mettent leur compétence au service d'une organisation qui les intègre » Cette construction identitaire positive repose sur une alliance de valeurs traditionnelles (esprit maison, loyauté) et de nouvelles rationalités liées aux changements dans les entreprises. Si la logique entrepreneuriale peut apporter cohérence personnelle et reconnaissance par les autres, elle peut se révéler très fragile dans un contexte hostile. »

La nouvelle logique de la mobilité et l'apparition des modèles « professionnels de service public » et « entrepreneurial » mettent en évidence de nouveaux comportements. Ils montrent que le travail, en valorisant les possibilités de développement personnel des individus, prend une importance croissante dans la construction des identités contemporaines

Ces trois nouveaux modèles montrent que les modes de management doivent s'adapter et que leur choix est d'une grande importance afin de permettre le développement personnel de l'individu au travail. Le management participatif et la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences sont, pour nous, des modes de gestion adaptés à ces évolutions. Nous allons les développer dans le chapitre suivant.

---

<sup>11</sup> BROMBERGER C. Appartenances professionnelles : une constante évolution. *Sciences Humaines*, Janvier 1997, n° 15, pp.26-27.



## **4. UN MANAGEMENT ADAPTE**

### **4.1 Les différents courants de management .**

Dans les années 1930, alors que F. TAYLOR propose aux dirigeants de mettre en place un système permettant de maîtriser le temps nécessaire à la production, E. MAYO montre que la motivation sociale est aussi importante que la motivation économique. Il étudie les facteurs susceptibles d'améliorer le rendement et met en évidence l'impact de l'appartenance à un petit groupe. Le mouvement des relations humaines se développe avec la mise en évidence des phénomènes de groupe et la prise en compte par la hiérarchie des facteurs humains.

La récession économique mondiale s'installe dans les années 1930 modifiant ainsi l'ordre établi. Plus tard, dès l'après guerre, commence la période des « Trente Glorieuses » avec la recrudescence des intérêts privés. L'explosion économique et la propension à consommer nuisent au maintien de l'unité sociale et nous assistons à l'émergence d'une pensée dialectique : d'une part, la réflexion scientifique où tout se démontre et, d'autre part, une mutation de la société recherchant le bien-être absolu. La science se met à penser à la place de l'Homme. Il apparaît alors un délitement du lien social, l'individu ayant délégué au collectif ses choix et ses prises de décision, entraînant ainsi une montée de l'individualisme.

Dans les années 1970, le fonctionnement des organisations devient plus démocratique et donne une dimension plus humaine à l'entreprise. La notion de modèle culturel s'impose dans lequel pourraient se définir des valeurs autour du bien-être de l'individu. Plus tard, vers 1980, le rôle des acteurs sociaux est alors pris en considération avec la notion de valeurs individuelles et de savoir-faire professionnel.

Le management pyramidal taylorien cède donc la place au management participatif permettant d'obtenir l'alliance entre la construction du « je » individuel et l'intérêt collectif mis au service de l'organisation. L'enjeu réside dans la recherche de sens que l'on accorde à ce que l'on fait et aux actions envisagées. En effet, quelle que soit l'entreprise, elle reste un lieu essentiel d'appartenance professionnelle et culturelle par et à l'intérieur de laquelle l'individu se construit et s'implique.

### **4.2 Le management participatif**

Le management participatif procède d'un nouveau mode relationnel à l'intérieur de l'hôpital. Il implique un fonctionnement différent de l'organisation hospitalière plus responsabilisant, collégial, pluridisciplinaire et moins cloisonné.

#### 4.2.1 Le double enjeu<sup>12</sup>

L'intérêt du management participatif réside dans un double enjeu :

- enjeu humaniste où l'on repense la place de l'homme dans l'organisation et que l'on considère comme valeur fondamentale à la réalisation des activités
- enjeu économique où il convient de penser épanouissement de l'homme au service d'une production collective

Ainsi le rôle du manager semble essentiel.

#### 4.2.2 Le manager

La dimension pédagogique du manager prend une place prépondérante Elle réside dans la mise en œuvre du nécessaire accompagnement individuel dans la multidimensionnalité de l'entreprise « Hôpital » visant à développer autonomie, responsabilité, initiative et sens de la communication en équipe, le tout répondant à un seul objectif : l'intérêt de l'utilisateur. La recherche du mieux-être étant un principe fondamental , le management participatif apparaît incontournable pour allier la réalisation personnelle et professionnelle au service du sens collectif. Il n'est donc pas utopique de penser que l'organisation demeure un lieu d'accomplissement personnel et professionnel dans lequel le manager permet d'accéder au sens de ce qui est fait pour améliorer, ensemble, la satisfaction des clients.

La grandeur du véritable manager est de savoir canaliser les énergies, anticiper les événements et stimuler les efforts. C'est le rôle du management personnalisé qui devrait être utilisé à l'hôpital, par tous les responsables et par l'équipe de direction en particulier. De sa motivation réelle et manifeste résulte l'engagement à agir dans le sens de la mobilisation des individus. « Nul ne peut se sentir à la fois responsable et désespéré » Saint-Exupéry. Face aux difficiles mutations du système hospitalier et face aux dysfonctionnements de l'organisation de l'hôpital , la responsabilité des hospitaliers est d'innover dans le sens d'une implication collective

---

<sup>12</sup> MISSEREY F., SABATIER M. Pour un management participatif. *Objectif Soins*, Avril 2002, n° 105, pp. 17-19.

### **4.3 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (G.P.E.C.)**

#### 4.3.1 Les origines

Les démarches de G.P.E.C. ont été initiées dès les années 1980 par des entreprises industrielles qui, soit avaient plutôt mal géré des restructurations importantes, soit ont eu l'intuition que des mutations structurelles lourdes, d'origine économique ou technologique, devraient être assumées dans les décennies à venir

Le secteur tertiaire (en particulier banques et assurances) a commencé à rejoindre ce mouvement de réflexions et d'actions vers les années 1985

La fonction publique, ainsi que d'ailleurs de nombreuses entreprises publiques soit à la suite de réflexions autour de la modernisation de la fonction publique, soit à partir d'initiatives de responsables de terrain, se sont largement engagés dans des travaux d'analyse et d'anticipation du contenu des emplois et de gestion des compétences

Dans le secteur hospitalier, un travail a été engagé à partir de 1988, à la suite d'études portant spécifiquement sur les personnels des services techniques et généraux des hôpitaux publics. En effet, la recherche de productivité et l'utilisation de matériels de plus en plus automatisés conduisent, depuis plusieurs années, les hôpitaux à transformer et à réorganiser leurs services généraux (cuisine, blanchisserie)

Dès 1988, la Direction des Hôpitaux a donc souhaité apporter une aide aux établissements confrontés aux problèmes de reconversion des personnels techniques et ouvriers, en mettant à leur disposition une nouvelle méthode de lecture des emplois (description des emplois-types), et des propositions d'actions de formations adaptées à l'évolution des emplois et aux opérations de reconversion

D'une préoccupation à l'origine centrée prioritairement sur les personnels des services généraux et techniques, le champ de la G.P.E.C. s'est progressivement élargi à l'ensemble des services hospitaliers

#### 4.3.2 Éléments de définition

La G.P.E.C. consiste en la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et de plans d'actions cohérents :

- visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines de l'établissement, tant en termes d'effectifs que de compétences
- en fonction de son plan stratégique, ou au moins d'objectifs à moyen terme bien identifiés

- en impliquant l'agent dans le cadre d'un projet individuel d'évolution professionnelle .

Anticiper c'est prendre les devants, le temps est une variable essentielle dans la gestion des hommes, tant objective que subjective (évolution des hommes, des habitudes, des comportements, de la culture)

Le plan stratégique permet la définition et la stabilité des orientations générales (avoir la vision de ce que sera l'établissement à cinq ans)

La réduction des écarts suppose de disposer de référentiels

L'implication de l'agent signifie qu'il est nécessaire d'allier une approche conceptualisée et la prise en compte des aptitudes et des aspirations individuelles

La délégation à l'emploi en juillet 1991 en donne la définition suivante : « La G.P.E.C. est une activité de gestion qui permet à l'entreprise d'accroître ses compétences, sa réactivité et son adaptabilité aux fluctuations de son environnement, par une analyse sur le contenu des métiers, l'évaluation des qualifications en relation avec l'organisation du travail, la validation de la compétence et du potentiel individuel et collectif du personnel »

#### 4.3.3 Les objectifs de la G.P.E.C.

Les objectifs sont :

- d'identifier les facteurs-clés d'évolution de la structure considérée, par référence à ses missions, à ses objectifs et en fonction, notamment, des évolutions technologiques
- de projeter les conséquences prévisibles sur les besoins qualitatifs et quantitatifs déterminés pour les prochaines années
- de repérer en particulier les populations susceptibles d'être confrontées aux risques d'inadaptation aux emplois, tant du point de vue des qualifications que sous l'angle des effectifs
- de diagnostiquer les écarts entre les besoins et les ressources
- d'en déduire des actions à mener pour rapprocher, à terme, les ressources des besoins

Il s'agit donc de rechercher de nouvelles données et de mettre en œuvre de nouveaux moyens de gestion :

- mieux connaître les effectifs réels et leurs évolutions spontanées (nombre, qualification, pyramide des âges, ancienneté ) afin de déterminer le nombre de départs à la retraite, le rythme des promotions et les besoins de recrutement et de mobilité

- mieux appréhender les besoins de transformation des compétences existantes par la formation, par des itinéraires professionnels formateurs (détachement, missions...)
- développer davantage la participation des personnels dans la recherche et la conduite de leurs évolutions professionnelles et les mobiliser à tous les niveaux
- accompagner la mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences par des actions d'information et de communication concernant l'évolution des missions de service public, les enjeux économiques, l'évolution des métiers, les possibilités et les modalités de l'orientation professionnelle

En effet, la performance de l'hôpital passe, de manière croissante, par la compétence de ses agents, c'est à dire par la maîtrise que ces derniers ont de leur métier, mais également par leurs motivations et leur implication. La G.P.E.C. est le fil d'Ariane, le liant où se côtoient toutes les approches conceptuelles. Un certain nombre de caractéristiques doivent être soulignées :

- motiver et développer les compétences est un impératif pour l'hôpital. L'émergence du projet professionnel individualisé doit être encouragée et facilitée par l'institution.
- la G.P.E.C. est au service de la stratégie pour déterminer les mouvements d'effectifs et des compétences à organiser. C'est un élément stratégique puissant par sa dynamique de transversalité. Elle permet de casser les cloisonnements qui paralysent l'hôpital.

Elle est, par ses trois aspects majeurs (participatif, intégratif et fédératif) un instrument précieux du projet social et un levier d'interactivité permanente des éléments qui structurent l'organisation sociale au sein de l'établissement

#### **4.4 La gestion décentralisée des ressources humaines**

La gestion des ressources humaines a connu trois phases successives : la phase administrative puis de gestion et enfin la phase de développement

La phase de gestion a posé le problème de l'imbrication des responsabilités entre opérationnels et spécialistes de la fonction de gestion du personnel. Cette phase fait apparaître un souci de gestion prévisionnelle et la recherche de cohérence entre les différentes politiques constitutives de la fonction : recrutement, promotion, affectation, appréciation, formation. Cette évolution de la gestion des ressources humaines conduit

inévitablement à une décentralisation des responsabilités des spécialistes vers les opérationnels

« Il serait utopique de croire qu'il existe une ligne de démarcation simple entre les responsabilités de la hiérarchie et celle des fonctionnels en gestion du personnel. La gestion du personnel ne constitue pas une activité autonome...la conduite directe des individus est, et a toujours été, une part intégrante de la responsabilité qui incombe à tout titulaire de l'encadrement hiérarchique, du directeur général au plus modeste contremaître »<sup>13</sup>

Il est indéniable que cette fonction s'est étoffée car elle a été soumise à de nombreuses évolutions telles que le droit du travail, les exigences de la direction générale, l'amélioration des conditions de vie au travail. Il s'agit de prendre conscience que la gestion des ressources humaines ne se limite pas aux seules décisions du Directeur des Ressources Humaines (D.R.H.), mais recouvre l'ensemble des décisions prises par les cadres d'une organisation qui influent sur la gestion des Hommes. L'enjeu concerne la répartition des responsabilités entre D.R.H. et les cadres opérationnels, donc le partage de la gestion des ressources humaines. Les quatre missions de la gestion des ressources humaines sont, actuellement, la gestion administrative du personnel, la mise en œuvre de stratégies, la motivation des collaborateurs et la conduite de changement. Il s'avère que si la partie administrative est menée de façon satisfaisante par les services concernés, les trois autres domaines de responsabilité sont souvent négligés faute de temps, par les services des ressources humaines. Le partage de ces missions fondamentales s'impose donc comme une nécessité.

Les préalables à la réussite de ce partage résident :

- au niveau stratégique dans une définition d'une politique de gestion des ressources humaines, partagée par tous les acteurs hospitaliers avec des règles claires et identiques pour tous
- au niveau organisationnel, dans la définition des rôles et des fonctions de chacun par rapport au management global institué
- au niveau des ressources humaines, dans l'animation afin de définir le mode de considération que l'institution a vis à vis du personnel, le regard qu'elle porte sur l'Homme au travail

Le management participatif, la gestion partagée des ressources humaines et surtout la G.P.E.C. sont des modes de gestion qui permettent à chaque agent de trouver sa place et de développer un projet professionnel individualisé, concept étudié maintenant

---

<sup>13</sup> PERETTI J. M. *Tous D.R.H.* Paris : les éditions d'organisation, 1997. pp.20

## 5. LE PROJET PROFESSIONNEL

### 5.1 Éléments de définition

Le nouveau Petit Robert définit le projet comme une image d'une situation, d'un état que l'on pense atteindre. « L'être dit libre est celui qui peut réaliser ses projets » J.P. SARTRE.

Lors d'un cours effectué par un organisme de formation, le projet professionnel était défini comme un objectif professionnel qu'une personne souhaite atteindre à moyen et long terme et qu'elle peut confronter aux possibilités et aux besoins de l'entreprise.

Ce projet tient compte à partir des motivations et des compétences de l'intéressé, du type d'emploi qu'il veut exercer et des moyens qu'il compte mettre en œuvre pour y parvenir.

Un projet professionnel peut être considéré en début de carrière, en cours de carrière, lors d'un entretien d'appréciation, à l'initiative de l'intéressé lors d'un souhait de mobilité, ou suite à un bilan professionnel.

Jean-Pierre BOUTINET <sup>14</sup> définit le projet comme « l'intention de réalisation d'une œuvre, d'un travail, d'une action, intention suscitée par une motivation, animée par une implication continue, affirmée par une orientation de valeur. Cette intention se réalise par un trajet tenant compte des conditions de l'environnement et des événements prévus et imprévus de son histoire . Le projet se définit constamment et progressivement, il se rectifie par sa réalisation en cours. »

Le projet professionnel est l'objet de concertation , de motivation, il est facteur d'efficacité, de performances. Il permet à l'agent d'être auteur et acteur de son propre développement. Le projet professionnel, adapté aux besoins de l'institution, permet de renforcer la logique de la performance par le développement des compétences au service de l'œuvre de Santé

Le projet est une démarche volontaire et oblige le professionnel à savoir ce qu'il veut faire et comment il souhaite s'orienter.

Le projet individuel est lié aux étapes professionnelles et personnelles de la vie.

Quels que soient la nature des fonctions exercées par l'agent et le niveau de responsabilité qu'il occupe, il doit pouvoir fixer, en accord avec son responsable, des objectifs qu'il s'engage à atteindre, ou élaborer un projet professionnel lui permettant d'accéder à un autre grade. Pour l'aider, une politique active de communication doit lui permettre de savoir où en est la structure grâce à une information claire et opérationnelle sur les objectifs du service, le projet d'établissement, les moyens du plan de formation

---

<sup>14</sup> BOUTINET J. P. *Anthropologie du projet*. Paris : Édition Presses Universitaires de France, 1990

« L'individu est le produit d'une histoire dont il cherche à devenir sujet...

Chaque Être humain naît avec ses propres ressources. Toute tâche consiste à connaître ses richesses, à les développer pour en goûter la valeur et les partager avec d'autres »<sup>15</sup>

## 5.2 Les théories de la pédagogie du projet

Deux théories sous-tendent la pédagogie du projet : la notion de projet qui procède du désir et celle de l'adaptation qui procède du besoin.<sup>16</sup>

### 5.2.1 Le projet procède du désir

Selon cette approche, la vocation se situe comme la façon dont l'adulte entend se réaliser, notamment dans son travail professionnel, compte tenu des possibilités subjectives et objectives qui sont à sa disposition. Cette vocation comme réalisation de soi et le projet qui l'oriente sont la résultante de trois dimensions inhérentes à la vie de travail : les possibilités d'emploi, les conditions d'exercice du métier, les espoirs de mobilité professionnelle. Projet d'emploi, projet de compétences, projet de carrière contribuent à spécifier le projet vocationnel de l'adulte.

Le choix professionnel est la résultante d'un compromis entre les besoins de l'individu et les contraintes imposées par l'environnement ; ce qui signifie que le projet professionnel se construira autour d'un principe de réalité qui prendra en compte divers éléments comme : les besoins de l'institution en terme de métiers, l'âge de l'individu, ses capacités...

Construire ces projets demandent à l'individu une capacité de projection ; l'individu se projette dans son environnement et va le transformer par son action.

### 5.2.2 Le projet procède du besoin

Cette théorie défendue par J. VASSILEFF s'appuie sur la capacité d'adaptation.

« L'adaptation procède du besoin, tandis que la projection est de l'ordre du désir »

La vie humaine s'est construite sur une capacité d'adaptation qui lui a permis de survivre dans tous les milieux. Mais cette capacité mobilise des compétences souvent identiques

---

<sup>15</sup> DE GAULEJAC V. *Organisation et management en question*. Paris : Édition l'Harmattan 1993 pp.23

<sup>16</sup> BIHAN D. *Restructuration et mobilité : de la contrainte à l'opportunité de devenir acteur de son projet*. Mémoire : Formation Infirmiers Généraux, E.N.S.P., 2001



quel que soit le milieu. Elle est donc essentiellement répétitive et repose sur un comportement de soumission.

Ces deux théories opposées par leur nature ne s'excluent pas dans la vie quotidienne. L'ambiguïté du concept de projet est que ce dernier peut désigner non pas la capacité de projection mais celui de l'adaptation où l'acteur sera peu maître de sa propre réalisation

En conclusion et au regard des différents concepts abordés nous dirons que la mobilité, définie comme un mouvement à l'initiative de l'agent et/ou de l'institution, s'intègre dans une organisation et que c'est de l'entreprise que dépend une part essentielle de la mise en mouvement des individus. « Encourager la mobilité signifie que l'on est capable de mettre en place un système permettant au salarié de repérer des opportunités de changement en facilitant les modalités. »<sup>17</sup>.

Jean ABBAD dans son livre intitulé « Organisation et management hospitalier », définit la mobilité «comme le moyen d'assurer la meilleure adéquation entre les contraintes de l'institution, en termes d'utilisation des compétences et de recherche de qualité, et les attentes individuelles. Elle constitue un axe de management qu'il faut utiliser avec soin »

Cette première partie relative au cadre théorique nous éclaire sur le concept de mobilité, sur sa dimension proprement organisationnelle et, enfin, sur son interrelation avec le projet professionnel individualisé

En partant de cette approche théorique en corrélation avec notre questionnement, nous allons , dans la deuxième partie, tenter de valider notre hypothèse par une étude basée sur la réalisation d'entretiens et l'analyse de leurs résultats.

---

<sup>17</sup> ABBAD J. *Organisation et management hospitalier*. – Condé-sur Noireau : BERGER – LEVRAULT, Mai 2001. 417 p

# **DEUXIEME PARTIE : COMPREHENSION DE LA MOBILITE PAR L'ANALYSE D'ENTRETIENS EXPLORATOIRES DE RECHERCHE**

## **1. PRESENTATION DE LA DEMARCHE**

Dans le cadre de notre travail, nous avons procédé en deux temps.

Le premier fut celui de la réflexion, enrichie par des lectures d'ouvrages, de publications, afin de bien comprendre et d'analyser la notion de mobilité en corrélation avec la notion de projet.

Dans le second temps, nous avons procédé à des entretiens menés auprès de professionnels, dans trois établissements publics de santé, situés dans trois départements différents. Nous les nommerons CH.A,(902 lits), CH.B (1020 lits), CH.C (910 lits). Ce type d'exploration a été choisi de préférence à un autre (le questionnaire par exemple) car il laisse davantage s'exprimer les perceptions, ce qui semblait important dans le cadre de cette étude. Ces entretiens étaient semi directifs et se sont déroulés sur quatre semaines

Le choix des personnes interviewées s'est fait de manière aléatoire pour éviter tout travers à l'étude. Les entretiens se sont effectués après accord des personnes concernées et prises de rendez-vous. L'objectif de l'entretien était annoncé ainsi que la durée (environ 1 heure), l'anonymat des réponses étant garanti

### **1.1 Conception des guides d'entretien (annexes 1 à5)**

Les objectifs des entretiens des Directeurs des ressources humaines (D.R.H.) et des Directeurs des soins (D.S.) étaient :

- d'aborder la définition et l'existence d'une politique de mobilité, la place de celle-ci dans la gestion des ressources humaines
- d'appréhender la notion de gestion de la politique de mobilité au sein de l'équipe de direction dans les différentes institutions
- d'évaluer l'impact de la mobilité sur la dynamique de construction du projet professionnel

Les objectifs des entretiens avec les médecins, les cadres supérieurs de santé (C.S.S.) et les cadres de santé (C.S.) étaient :

- d'observer comment ils appréhendaient la mobilité des infirmiers
- de percevoir les enjeux de la mobilité pour l'institution hospitalière
- d'entrevoir leur implication dans ce domaine

- comprendre leur rôle dans l'accompagnement du mouvement du personnel

Ceux des entretiens avec les infirmiers étaient :

- de vérifier ce qu'ils entendent par mobilité
- d'identifier leurs intérêts
- d'évaluer les aspects positifs et négatifs liés au phénomène de mobilité
- d'entrevoir leur implication dans la construction de leur projet professionnel

Les entretiens réalisés auprès des partenaires sociaux avaient pour objectifs :

- de connaître ce qu'ils entendaient par mobilité
- de savoir comment ils envisageaient leur participation à la définition d'une politique de mobilité

## 1.2 Identification des personnes interrogées

Nous avons pu interroger 31 personnes ainsi réparties :

	CH.A	CH.B	CH.C
D.R.H.	1	1	1
D.S.	2	2	1
Médecins	1	1	1
C.S.S.	2	2	1
C.S.	2	2	1
I.D.E.	2	2	1
Représentants syndicaux	2	2	1

## 2. PRESENTATION DES RESULTATS ET ANALYSE

Suite à une lecture attentive des entretiens, nous restituons les idées dominantes qui se dégagent des réponses données par les professionnels interrogés et ce, pour chaque thème abordé, en comparant les trois sites retenus et en faisant référence à notre cadre théorique.

## 2.1 Existence d'une politique de mobilité

### 2.1.1 Synthèse des entretiens

Selon les dirigeants interrogés, dans le CH.A, la politique de mobilité est en cours d'élaboration ; dans le CH.B elle n'existe pas et n'est pas prioritaire ; dans le CH.C elle est mise en œuvre depuis huit ans

Pour les personnels (C.S.S., C.S., I.D.E., représentants syndicaux) du CH.A, 5 personnes sur 8, disent ne pas être informées du projet de politique de mobilité en cours d'élaboration.

Pour ces mêmes personnels, du CH.A et CH.B., les attentes les plus souvent citées concernent :

- une réelle définition de gestion des ressources humaines (10/20)
- une réelle définition d'une politique de mobilité (15/20)

Les propositions les plus souvent émises sont :

organiser la mobilité(12/20)

- présenter la politique de mobilité à l'entretien de recrutement des nouveaux agents
- informer clairement l'ensemble du personnel sur les règles du jeu
- ne pas l'imposer
- limiter la durée d'exercice dans un même service
- afficher, de façon formelle, les postes vacants
- élaborer les profils de poste par service et les référentiels de compétences
- prévoir un temps d'adaptation et une procédure d'intégration en cas de changement de service
- élaborer une procédure d'accompagnement des projets professionnels
- développer la formation par des organismes extérieurs et aussi par les médecins afin de mieux répondre aux besoins des services, des secteurs et d'adapter la formation aux besoins individuels
- permettre de réaliser des stages dans d'autres services, d'autres établissements

organiser la polyvalence (10/20)

- développer la « solidarité » entre services d'un même secteur

constituer un groupe de travail avec la direction et les professionnels concernés(13/20)

Dans le CH.C, il existe une politique de mobilité, depuis 8 ans, intégrée à la politique de gestion des ressources humaines, dans le cadre du projet social. Les personnes interviewées mettent en évidence que :

- les procédures de mobilité sont connues de tous (4/4)
- la gestion des ressources humaines est prévisionnelle et anticipatrice
- un catalogue des opportunités de changement de service ou de fonction est établi deux fois par an

Les partenaires sociaux ont été associés à la démarche sur le fond et sur la forme lors des comités techniques d'établissement (C.T.E.). À ce jour, leur proposition d'amélioration de l'existant concerne la rapidité des réponses aux agents, lorsque ceux-ci formulent, par écrit, une demande de changement de service ou de promotion professionnelle.

### 2.1.2 Analyse

Au regard de cette synthèse, nous pouvons affirmer que les attentes d'une réelle politique de mobilité sont fortes dans les deux établissements CH.A et B et, que l'information fait défaut. Les personnes interrogées ont émis plusieurs propositions en termes d'organisation de la mobilité et de la polyvalence. Par contre, dans l'établissement CH.C, la communication sur la politique de mobilité semble avoir été efficace et la mobilité est intégrée par chacun comme étant un mode de gestion.

Cette analyse basée sur la définition d'une politique de mobilité nous renvoie au concept du management adapté (chapitre 4 p.18) où nous traitons du management participatif (p.19) et de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (p.20)

La polyvalence est également citée dans cette synthèse en terme d'organisation à améliorer, ce qui est abordé dans la première partie p.13 et 14

## **2.2 Ce qu'évoque le terme « mobilité » pour les médecins, les C.S.S., les C.S., les I.D.E., les représentants syndicaux**

### 2.2.1 Synthèse des entretiens

Pour 21 personnes sur 23 personnes interrogées, le terme « mobilité » évoque un mouvement, un changement

Dans l'établissement CH.A, où une politique de mobilité est amorcée, pour deux personnes ce terme évoque un processus d'évolution professionnelle et individuelle. Il en est de même pour 5 personnes sur 6 du CH.C où la politique de mobilité est clairement définie ; dans ce même établissement, deux personnes précisent que le terme de mobilité évoque également pour eux, une façon de satisfaire les souhaits des infirmiers.

La souplesse de gestion et la polyvalence sont citées 13 fois sur 23

Toutefois les notions d'agent « bouche-trou », d'agent « pion » apparaissent 4 fois (par les représentants syndicaux) sur les deux établissements CH.A et CH.B. Ces notions ne figurent absolument pas dans le discours des personnes interrogées du CH.C

Ces commentaires précisent quelques définitions de la mobilité que nous avons évoqués dans les concepts.

## 2.2.2 Analyse

Cette synthèse nous permet de dire que :

- lorsque la politique de mobilité est clairement définie ou amorcée, la notion de processus d'évolution professionnelle et individuelle apparaît. La mobilité est également un moyen de satisfaire les souhaits des agents. Ceci est de l'ordre du projet professionnel individualisé que nous avons abordé dans le cadre conceptuel en page 24
- la mobilité permet également une souplesse de gestion et pour ce faire, il faut développer et organiser la polyvalence.

Les représentants syndicaux du CH.C, ayant été associés à la politique de mobilité, n'ont pas de vision négative ni de la mobilité, ni de la polyvalence.

## 2.3 Les obstacles à la mobilité

### 2.3.1 Synthèse des entretiens

Pour 31 personnes consultées les principaux obstacles à la mobilité sont de deux ordres : les raisons institutionnelles et les raisons professionnelles.

Les raisons institutionnelles les plus souvent citées sont :

- l'absence de politique de mobilité clairement définie (11 fois)
- le manque d'information concernant les postes disponibles (12 fois)
- le manque de formation (7 fois)
- la non valorisation de la mobilité (8 fois)
- la méconnaissance des autres services et leurs organisations différentes (11 fois)
- l'inexistence de procédure d'intégration et de profils de poste par service (11 fois)

Les raisons professionnelles sont :

- la peur du changement, de l'inconnu (16 fois citée)
- les relations affectives qui se créent au sein d'une équipe (12 fois)

- le sentiment d'appartenance à un service (8 fois)

### 2.3.2 Analyse

Nous retrouvons l'absence d'une politique clairement définie, le manque d'information, et la non valorisation de la polyvalence comme obstacles majeurs à la mobilité.

Les motifs professionnels évoqués nous renvoient au climat sécurisant auquel aspirent les infirmiers dans leur travail au quotidien. Cette appréhension de l'inconnu traduit la peur de perdre un état de tranquillité que procurent les habitudes en évitant de se remettre en cause. Les relations affectives évoquent confort, sécurité et ambiance au travail. Cette impression de bien-être est surtout assimilée au sentiment d'appartenance à une équipe solidaire.

Nous retrouvons dans ces propos les principaux obstacles à la mobilité et notamment, celui relatif au sentiment d'appartenance, thèmes évoqués dans notre approche théorique (p.10 et p.16)

## 2.4 Les intérêts de la mobilité

### 2.4.1 Synthèse des entretiens

Les intérêts les plus mis en valeur sont pour :

- 9 personnes des CH.A et CH.C, la réalisation du projet professionnel, notion qui n'apparaît pas dans les propos des personnes interrogées du CH.B

Pour l'ensemble des établissements :

- 21 personnes citent l'enrichissement personnel et professionnel
- 24, le développement de nouvelles compétences
- 13, la polyvalence
- 11, le décloisonnement
- 11, la rupture de la routine
- 10, la souplesse de gestion

Nous retrouvons, dans ce sous chapitre, les principaux avantages de la mobilité cités dans l'approche théorique

## 2.4.2 Analyse

La polyvalence est considérée comme un avantage par les personnes interviewées car, pour elles, un I.D.E. ayant une expérience différente permet d'échanger au niveau des connaissances et du savoir-faire. Il s'agit souvent de personnes motivées pour améliorer les pratiques et elles protègent des habitudes installées dans les services. Selon ces mêmes personnes, la mobilité est une réponse pour pallier à un absentéisme ou à une surcharge de travail. Les intérêts de la mobilité s'affichent, pour l'ensemble des personnes interrogées, en termes d'enrichissement et d'évolution personnels et professionnels. Elle permet une souplesse de gestion et nécessite le développement et l'organisation de la polyvalence. La mobilité n'est pas une notion nouvelle au sein de l'hôpital, cependant il est intéressant d'avoir évalué la connaissance des différents acteurs sur la politique institutionnelle en matière de mobilité. En règle générale, tous admettent que la politique de l'hôpital est de favoriser cette mobilité mais les principes n'en sont pas clairement affichés pour deux établissements sur trois. Cependant, malgré ce manque d'information, les I.D.E, les cadres et les médecins envisagent la mobilité de façon favorable.

## **2.5 La mobilité dans la gestion des ressources humaines et l'organisation des soins**

### 2.5.1 Synthèse des entretiens

Cette question n'a été abordée qu'avec les D.R.H., les D.S., et les cadres soignants. Ils ont tous une vision similaire de l'utilité de la mobilité dans la gestion des ressources humaines et dans l'organisation des soins.

Au niveau de la gestion des ressources, ils précisent que la mobilité permet de satisfaire le personnel en leur permettant de changer de service ou de fonction, elle favorise le projet professionnel individualisé. Elle permet également le maintien et le développement des compétences de l'I.D.E., de l'équipe et donc, de l'institution. Elle rend le décroisement possible, permet de revoir les organisations et de mieux connaître les contraintes de chaque service. La mobilité clairement définie répond aux besoins de l'institution en permettant aux individus d'élargir leurs connaissances, de s'adapter à de nouvelles compétences ou fonctions. Il convient de promouvoir la mobilité comme un facteur d'acquisition privilégié des compétences et d'adaptation permanente à l'emploi.

Au niveau de l'organisation des soins, la mobilité permet d'assurer la continuité des soins en cas, par exemple, d'une absence ponctuelle ou d'une fluctuation de la charge de travail en développant la polyvalence par secteur. La mobilité encourage le questionnement sur les



pratiques professionnelles ce qui est un gage de qualité. Il est nécessaire, d'après les Directeurs des soins, de mettre en place un outil d'évaluation de la charge en soins.

## 2.5.2 Analyse

Pour les dirigeants, et le personnel d'encadrement, une gestion efficace de la mobilité découle d'une prise en compte des projets professionnels qu'ils soient promotionnels ou autres. La mobilité suscite questionnements sur les pratiques et permet l'amélioration de la qualité des soins

## 2.6 Rôles des D.R.H., des D.S., des C.S.S. et des C.S. au regard de la mobilité.

### 2.6.1 Synthèse des entretiens

À présent nous nous intéressons aux rôles de nos interlocuteurs.

Dans les trois établissements concernés, les D.R.H. et les D.S. définissent leurs rôles de façon similaire. et se situent au niveau stratégique.

Les D.R.H. définissent et sont porteurs de la politique de mobilité qu'ils intègrent dans la politique de gestion des ressources humaines. Ils sont garants du respect des règles du jeu et permettent des réajustements si nécessaire en fonction du contexte institutionnel. Pour eux, il est nécessaire de mettre en place un management moins hiérarchique et d'avoir une vision prospective des besoins.

Les D.S. collaborent avec le D.R.H. en participant à la définition de la politique de mobilité et en faisant respecter les règles, en mettant en place une politique de communication et de formation à l'intention des cadres et du personnel. Ils intègrent cette politique de mobilité dans le projet de soins en termes d'actualisation des connaissances et de développement des compétences

Les cadres des trois établissements ont également la même conception de leur rôle au regard de la mobilité :

- être porteur de la politique de mobilité
- mettre en évidence les avantages
- valoriser l'I.D.E. polyvalent, l'accompagner et l'encourager
- être attentif aux demandes de changement de service
- connaître les motivations de cette demande
- s'assurer que le poste demandé corresponde bien aux attentes de l'I.D.E.
- susciter, favoriser et faciliter la mobilité

En revanche, dans l'établissement où il existe une politique de mobilité, les cadres apportent une dimension supplémentaire à leur fonction :

- Si des compétences émergent chez un agent alors, le cadre doit orienter l'I.D.E. et l'aider à réaliser son projet professionnel

Cette partie nous renvoie au mode de management et à la définition des compétences attendues, sujets traités dans le cadre conceptuel.

## 2.6.2 Analyse

Les D.R.H. et les D.S. ont un rôle important au niveau de la stratégie à mettre en place afin de garantir la réussite d'une politique de mobilité. Ils doivent collaborer étroitement. La politique de communication à mettre en œuvre est d'une importance capitale dans cette réussite. Au niveau opérationnel, le rôle des cadres est primordial ainsi que leur implication dans cette démarche. Lorsqu'il existe une politique de mobilité, le rôle du cadre est renforcé par les notions d'orientation et d'accompagnement de l'I.D.E. dans le cadre de son projet professionnel. Le personnel d'encadrement doit également repérer les potentiels de chacun à l'aide des référentiels de compétences.

## 2.7 Entretiens des I.D.E. concernant leur changement de service

### 2.7.1 Synthèse

Nous avons rencontré cinq I.D.E. et nous leur avons posé la question suivante : si vous avez changé de service, que vous a apporté ce changement et quelles ont été les difficultés que vous avez rencontrées ?

Une I.D.E. n'a jamais changé de service, elle est affectée dans la même unité depuis 17 ans ce qui lui a permis d'acquérir une compétence dans un domaine spécifique. Elle est bien dans son élément, a une bonne maîtrise des techniques. Elle éprouve peu d'intérêt pour découvrir d'autres spécialités

Les autres I.D.E. ont toutes changé de service et certaines sont en attente d'une réponse pour un nouveau changement. Elles exercent dans leur service d'affectation depuis plus de six ans.

Selon ces personnes leur changement de service leur a permis de :

- s'enrichir, s'instruire
- développer de nouvelles compétences
- éviter l'épuisement professionnel
- être plus tolérant vis à vis des autres professionnels
- faire preuve d'un esprit critique constructif

- développer l'esprit d'appartenance à une entité plus large que le service
- développer l'entraide
- rencontrer d'autres collègues
- découvrir d'autres organisations

Trois d'entre elles, exerçant dans les CH.A et B sont également unanimes sur les difficultés rencontrées, difficultés de :

- s'intégrer dans une nouvelle équipe
- faire sa place
- se heurter à l'esprit « fermé » des I.D.E. en poste depuis longtemps
- être performant tout de suite, comme le demande l'équipe
- faire reconnaître et accepter les autres connaissances sur les pratiques ou les organisations
- gérer un manque d'encadrement et d'accompagnement

L'I.D.E. du CH.C n'a pas du tout rencontré ces problèmes ; elle a changé de grade, elle était aide-soignante (A.S.) et est I.D.E. depuis 5 ans, elle a déjà changé de service en tant qu'A.S. et est sur le point de changer d'affectation. Chaque changement a fait l'objet d'une mesure d'accompagnement :

- elle a pu suivre une préparation au concours d'entrée à l'institut de formation en soins infirmiers, préparation organisée au sein de l'établissement
- les changements de service ont été volontaires
- elle a toujours eu connaissance des profils de poste ainsi que des compétences attendues par l'institution selon un référentiel de compétences. Ce document est un des outils qui lui a permis de définir ses axes de progrès afin d'améliorer ses performances et de faciliter son intégration.
- les cadres l'ont toujours encadrée et accompagnée.

### 2.7.2 Analyse

D'après ces remarques il s'avère que, lorsque la politique de mobilité fait l'objet de mesures d'accompagnement institutionnelles, les changements de service ou de fonction se passent dans de bonnes conditions. Les I.D.E. sont, pour la plupart, en faveur d'une démarche de projet avec le soutien des cadres pour les accompagner dans leur cheminement. En fait, ces observations mettent en évidence l'importance du rôle du cadre « manager » abordé dans la première partie de ce travail et la nécessité de mettre en œuvre des procédures d'accompagnement et d'accueil afin de faciliter l'intégration des I.D.E. nouvellement affectés.

## **2.8 Définition par les médecins d'un I.D.E. polyvalent**

### 2.8.1 Synthèse des entretiens

Pour les trois médecins interrogés, la définition d'un I.D.E. polyvalent est la suivante :

« Personne ayant maintenu ses connaissances de base et qui a su les développer, les enrichir. Elle sait s'adapter rapidement à l'environnement changeant (personnel, procédures, protocoles). C'est une personne dynamique, ouverte aux Autres et ayant une forte capacité d'adaptation. Elle n'a pas de problèmes avec la technique, elle est motivée et a envie d'avancer. Elle peut être efficace partout. Elle fait preuve d'une curiosité intellectuelle et d'humilité. Elle doit avoir une facilité de communication.

Toutefois, c'est un idéal difficile à atteindre car lié aux personnes et à leurs cursus. La durée de présence dans un service peut poser problème : c'est différent si l'I.D.E. polyvalent vient trois mois ou trois jours car l'investissement de la personne et de l'équipe sera moindre. Il y a le risque que la personne fournisse un travail superficiel car elle ne connaît pas les patients ni l'organisation du service et n'est pas partie prenante du projet de service. La polyvalence peut engendrer une certaine usure et on ne peut pas rester polyvalent durant toute sa carrière. Il faut que l'I.D.E. polyvalent soit performant immédiatement, qu'il ait de l'expérience donc ce poste ne s'adresse pas au débutant. »

### 2.8.2 Analyse

Les médecins ont une conception plutôt positive de l'I.D.E. polyvalent mais leurs craintes sont basées sur la durée d'affectation de celui-ci, de sa non implication dans le projet de service, de sa méconnaissance des patients et des organisations différentes des unités de soins.

Ce chapitre traite de la définition de la polyvalence que nous avons retenu dans le cadre conceptuel

## **2.9 L'organisation de la polyvalence**

### 2.9.1 Synthèse des entretiens

Cette question s'adresse aux personnels d'encadrement, aux I.D.E. et aux représentants syndicaux

Pour 13 personnes des établissements CH.A et B, la polyvalence est peu développée ; et lorsqu'elle se fait c'est de façon tout à fait aléatoire, au pied levé ; elle n'est ni préparée, ni

organisée ce qui engendre insatisfaction et insécurité. La plupart de ces personnes souhaitent qu'un travail soit réalisé sur ce sujet.

Par contre pour le CH.C. la polyvalence existe, elle est organisée par secteur et a fait l'objet d'un travail avec élaboration de procédures de formation et d'accompagnement. Elle est gérée par les C.S.S. qui réunissent les C.S. chaque matin, sur une très courte durée, afin de redistribuer les effectifs selon la charge de travail ou un absentéisme imprévu

## 2.9.2 Analyse

La polyvalence, qu'elle soit imposée ou volontaire, doit faire l'objet de formations adaptées et d'une organisation rigoureuse qui tient compte des niveaux de compétences des individus. Ces observations nous renvoient à la définition de la polyvalence organisée et managée, dont nous parlons dans la première partie.

## 2.10 Procédure d'affectation

### 2.10.1 Synthèse des entretiens

Toutes les personnes ont été contactées sur ce sujet sauf les médecins..

Pour les CH.A et B, il n'existe pas de procédure d'affectation écrite contrairement au CH.C.

Toutefois des actions sont communes aux trois établissements :

- affichage des postes vacants (15 réponses) et le CH.C affiche également ceux qui le seront à un an voire deux(5 réponses sur 6)
- entretien de l'agent postulant avec le D.R.H.(24 réponses)
- proposition d'affectation soumise par le D.S au D.R.H. qui prend la décision (24 réponses)

Quelques variantes existent entre le CH.A et les CH.B et C :

Dans le CH.A :

- les entretiens d'embauche et d'affectation sont réalisés uniquement par le D.S.
- les profils de postes ne sont pas utilisés
- les cadres ne sont pas concertés
- l'affectation se fait seulement en fonction des besoins, en personnel, de l'établissement

Dans les CH.B et C :

- les entretiens d'embauche et d'affectation sont menés par les D.S. et le C.S.S. du secteur concerné par la vacance de poste (14 réponses)

- les profils de poste sont utilisés et communiqués au postulant (11 réponses)
- l'affectation tient compte dans la mesure du possible des souhaits de l'agent et de son projet professionnel (11 réponses)

### 2.10.2 Analyse

L'entretien d'embauche est un moment important dans la carrière du professionnel et sera déterminant pour lui et pour l'institution, s'il est suffisamment informé sur les attentes de l'établissement et de son poste et s'il est satisfait par son affectation immédiate ou différée alors l'hôpital aura une chance de fidéliser cet I.D.E. Une procédure définie doit être mise en place. Les entretiens avec le D.R.H. et le D.S sont systématiques dans les trois établissements, la participation des cadres n'est pas toujours requise et les profils de poste pas toujours utilisés.

L'affectation est un sujet qui entre dans la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, sujet abordé en première partie.

## 2.11 Procédure d'intégration

### 2.11.1 Synthèse des entretiens

Ce thème s'adresse à toutes les personnes interrogées sauf aux médecins.

Pour les CH.A et B, il n'existe pas de procédure d'intégration (15/22). Cette démarche est laissée à l'initiative du cadre (9/22). Certains cadres ont mis en place des entretiens d'accueil planifiés avec une durée déterminée. Lors de ceux-ci, l'I.D.E. reçoit un livret d'accueil, le cadre lui présente l'équipe, le service, l'établissement et les différents projets en cours.

Dans le CH.C, une procédure d'intégration est formalisée et mise en œuvre. Le D.R.H. et le D.S. organisent deux fois par an des séminaires d'intégration où droits et devoirs des personnels sont abordés, ainsi que la politique de gestion des ressources humaines et donc, la politique de mobilité. C'est un lieu d'échanges. Un livret d'accueil est remis à chaque nouvel arrivant. Un tutorat de deux à trois jours est instauré, les tuteurs ont suivi une formation spécifique et sont des volontaires. Les référentiels de compétences existent dans chaque service, pour chaque fonction, le cadre et le nouvel arrivé réalisent ensemble des évaluations régulières à partir de ce référentiel afin de déterminer des axes de progression et les moyens à mettre en œuvre.(stages, formations).

### 2.11.2 Analyse

Ceci peut en partie expliquer les observations faites au sous-chapitre 2.7 concernant les changements de service des I.D.E. En effet, les I.D.E. des CH.A et B., où il n'existe pas de procédure d'intégration, ont rencontré des difficultés lors de ces changements d'affectation ce qui n'est pas le cas pour l'I.D.E. du CH.C. où une telle procédure est formalisée.

Ce paragraphe aborde aussi le mode de management et le rôle des cadres dans l'accompagnement des I.D.E. mobiles.

## 2.12 A propos de la définition des compétences attendues

### 2.12.1 Synthèse des entretiens

Comment sont définies les compétences attendues dans votre service ?

Cette question a été posée aux cadres et aux I D E .

Sur les 5 I.D.E , l'I.D.E. du CH.C est la seule à avoir eu une connaissance précise de son poste par l'intermédiaire du profil de poste et du descriptif de ce poste. Les compétences attendues pour cet emploi lui ont été présentées par le personnel d'encadrement à travers le référentiel de compétences du service.

Les cadres du CH.B précisent qu'il n'y a pas de définition des compétences attendues au sein de leur établissement.

Pour le CH.A, il existe un référentiel de compétences par métier mais pas par service. Le personnel d'encadrement pense que ce serait utile pour accompagner les nouveaux agents, ce référentiel permettrait de réaliser des évaluations, plus objectives, des compétences individuelles et de fixer des objectifs dans un délai imparti en déterminant les moyens nécessaires à leur aboutissement (formation)

Au niveau du CH.C, chaque poste fait l'objet d'un profil de poste, d'un descriptif et d'un référentiel de compétences par service. . La grille de compétences permet de mesurer les écarts entre les compétences attendues et les compétences de l'I.D.E. et, ainsi, de définir les besoins individuels de formation.

La « carte d'identité » de chaque service est décrite : pathologies rencontrées, organisation, personnes ressources, outils utilisés

### 2.12.2 Analyse

Cette approche met en évidence l'accompagnement individuel de l'I.D.E. par le cadre grâce au référentiel de compétences attendues par le service. Les écarts entre les compétences de l'agent et les compétences attendues permettent au cadre de déterminer avec l'I.D.E. ses axes de progrès, les compétences qu'il doit développer et les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir afin de répondre aux besoins du service.

Ceci entre dans le concept traitant de la définition des compétences et rejoint la G.P.E.C, sujets développés en première partie.

## 2.13 Les besoins en formation

### 2.13.1 Synthèse des entretiens

Comment sont définis les besoins en formation des I.D.E. ?

Cette question s'adresse aux cadres et I.D.E.

Le recensement des besoins en formation a des similitudes entre les trois établissements .

- les besoins collectifs :

les besoins en formation des équipes sont déterminés par l'équipe et le cadre en fonction du projet d'établissement, du projet de soins et du projet de service.

- les besoins individuels :

chaque cadre réalise un entretien d'évaluation professionnelle auprès de chaque agent, à partir de la grille officielle, et ils déterminent ensemble les besoins en formation individuelle d'adaptation à l'emploi. Pour le CH.C , les personnes interrogées précisent que les besoins en formation sont élaborés en fonction du référentiel de compétences, des écarts constatés, et des attentes du service et de l'agent. Lors des entretiens annuels d'évaluation les cadres du CH C ont un outil spécifique décliné en termes de contributions (annexe 6)et renseigné par des faits significatifs. Cet outil permet de déterminer les domaines dans lesquels l'agent doit faire des efforts et s'impliquer davantage et ceux où il est à l'aise. Pour les demandes plus personnelles, dans les trois établissements, l'agent est destinataire d'une fiche à remplir et à transmettre au cadre qui la fait parvenir à la direction des ressources humaines.

Les médecins ont été interrogés sur leur participation à la formation du personnel. Pour eux, dans le cadre de la formation, il est important que le personnel soit formé en fonction des spécificités de chaque service. Ils participent à la formation en dispensant des cours aux



équipes et en y intégrant le personnel polyvalent. Pour ces médecins, cette formation passe aussi par la communication en directe, au quotidien.

### 2.13.2 Analyse

Dans ce paragraphe l'entretien annuel d'évaluation professionnelle s'avère être un outil utile pour l'élaboration du projet de formation personnalisé afin d'augmenter les connaissances et les performances de l'I.D.E. La formation du personnel est un élément majeur pris en compte par le corps médical qui s'y implique.

## 2.14 Repère des potentiels des I.D.E.

### 2.14.1 Synthèse des entretiens

Ce thème a été évoqué avec les cadres et concerne la façon dont ils repèrent les potentialités des individus.

Pour les cadres des trois établissements, ils détectent les potentiels par :

- l'écoute
- l'observation
- l'entretien d'évaluation (qu'il faut améliorer pour les CH.A et B., pour ces deux hôpitaux, les potentialités repérées ne sont pas écrites, donc pas communiquées à la direction des ressources humaines)

Les cadres du CH.C considèrent l'entretien d'évaluation comme un outil indispensable qu'il faut utiliser au mieux ; il favorise l'évaluation globale de l'agent en termes de points forts et points à améliorer, ainsi que les échanges. Si des potentiels sont repérés, à partir des référentiels des autres métiers, le cadre en discute avec l'I.D.E. et avec son accord le note sur la fiche d'évaluation avec les besoins en formation adaptés. Ce document est retourné, signé des deux protagonistes, à la direction des ressources humaines. Ensuite le cadre aide l'I.D.E. à mûrir et élaborer son projet professionnel

### 2.14.2 Analyse

Ici, nous prenons toute la mesure de l'utilité de l'entretien d'évaluation et du référentiel de compétences des différents métiers afin de permettre à l'I.D.E. de progresser de façon personnalisée et de répondre aux attentes de l'institution.

## 2.15 L'accompagnement du projet professionnel

### 2.15.1 Synthèse des entretiens

Quelle procédure est instituée pour accompagner l'I.D.E. dans son projet professionnel ?

Cette interrogation a été soumise aux D.R.H., aux D.S., aux C.S.S., aux C.S., aux I.D.E. et aux partenaires sociaux.

Dans les CH.A et B, il n'existe pas de procédure écrite mais des actions sont mises en place.

En effet, un accompagnement des projets promotionnels est institué :

- l'I.D.E. ayant un projet promotionnel le formalise par écrit avec l'aide du cadre
- le D.S. reçoit l'agent et, en fonction de l'évaluation du projet et des besoins de l'institution, il l'autorisera ou non à poursuivre. Le D.S. prend en compte l'avis des cadres. Des mesures de préparation aux concours d'entrée dans les différentes écoles existent.

Lorsque le projet professionnel de l'I.D.E. se résume à un changement de service, l'accompagnement est laissé à l'initiative du personnel d'encadrement. Les représentants syndicaux précisent que les cadres s'impliquent plus dans l'accompagnement d'un projet promotionnel que lors d'un changement de service.

Dans le CH.C, une procédure écrite et institutionnelle existe. Le projet professionnel de l'agent est rédigé avec l'aide du cadre et la cellule de formation et d'innovation sociale qui effectue un bilan de compétences afin de définir un plan pluriannuel de formation en lien avec les compétences attendues. Lors d'un changement de service, un tutorat de deux à trois jours est mis en place ainsi qu'un accompagnement par les cadres. La réussite de ces démarches nécessite une gestion prospective des besoins et permet de fidéliser le personnel. Ces procédures sont intégrées au projet social et sont prises en compte dans le contrat d'objectifs et de moyens signé entre l'agence régionale de l'hospitalisation et l'établissement.

Le représentant syndical dit que la majorité du personnel est satisfait de la gestion des ressources humaines

### 2.15.2 Analyse

Si une procédure d'accompagnement des projets promotionnels existe sur les trois sites, qu'elle soit formalisée ou pas, il n'en est pas de même pour les projets de changement de service. Lorsque les deux accompagnements se font, le personnel est satisfait.

## 2.16 Propositions d'amélioration de la mobilité

### 2.16.1 Synthèse des entretiens

Ce thème fut abordé avec les cadres, les I.D.E. et les partenaires sociaux.

Pour les CH.A et B plusieurs propositions sont identiques :

- définir clairement la politique de mobilité
- informer le personnel à l'embauche
- faire appel à volontariat
- développer l'entraide par secteur
- organiser la polyvalence même ponctuelle
- développer la formation
- mettre en place une procédure d'affectation et d'intégration des nouveaux agents
- créer les référentiels de compétences, outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins indispensable
- améliorer l'entretien d'évaluation annuel avec des outils adaptés et la formation des cadres.
- permettre la réalisation de stages dans les services d'un même secteur afin de mieux appréhender les compétences spécifiques
- favoriser les stages dans d'autres services et d'autres établissements afin d'élargir les connaissances professionnelles
- permettre des échanges entre services pour des durées déterminées soit pour éviter l'usure professionnelle, soit pour conforter un choix concernant une éventuelle demande de changement de service
- donner un temps d'adaptation lors d'un changement d'affectation
- uniformiser les pratiques professionnelles, le matériel, les outils (dossier de soins, planification des soins)
- mettre en place des organisations et des agencements similaires par secteur

Un représentant syndical propose que le principe de mobilité soit inculqué lors de la formation initiale et soit mentionné dans les profils de poste.

Au niveau du CH.C, les propositions d'amélioration sont les suivantes :

- travailler encore plus dans l'anticipation
- répondre plus rapidement aux agents lors d'une demande de changement de service ou de promotion

- contractualiser les postes allégés pour une durée déterminée afin de ne pas pérenniser une situation qui peut évoluer.

Le syndicaliste de ce centre hospitalier, ayant tenu ces mêmes propos, rajoute que la mobilité bien présentée à l'embauche devrait être obligatoire tous les 5 à 7 ans.

### 2.16.2 Analyse

Ces propositions font appel à des définitions et des procédures institutionnelles qu'il faut mettre en place, au niveau stratégique ( politique) et au niveau opérationnel (procédure d'affectation, d'intégration...)

Toutefois, lorsque la mobilité volontaire est honorée dans le cadre des projets individuels alors la mobilité imposée est mieux acceptée d'autant plus si elle est organisée et valorisée.

## 2.17 Conclusion : analyse du phénomène de mobilité

À ce stade de notre enquête, nous allons tenter de dégager, grâce à l'analyse du contenu de nos investigations, une réflexion sur l'impact du phénomène de mobilité sur l'individu et l'organisation.

### 2.17.1 Influence sur l'individu

La mobilité est reconnue comme un facteur d'enrichissement pour la majorité des personnes interrogées.

- Effet de progression par la perception des compétences

Elle permet de clarifier ses compétences et ses capacités. Se confronter avec d'autres modes d'organisation, d'autres types de relations, nécessite l'apprentissage de nouvelles règles, de nouveaux comportements. La vivre positivement, c'est prendre conscience que l'on peut faire autre chose.

- Effet d'évaluation

Elle induit des capacités à mesurer, à évaluer par la confrontation entre expériences antérieures et la situation nouvelle. Chaque changement conduit à la reconsidération de certaines pratiques professionnelles.

- Effet d'intégration

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.

Malgré un discours positif, les infirmiers et les représentants syndicaux évoquent la difficulté à vivre la mobilité. Ils en acceptent malgré tout le principe, ils reconnaissent la mobilité comme un moyen de réaliser des buts personnels ce qui leur permet d'en tirer des

bénéfices. Pour l'individu, cette conscience de ses intérêts va probablement déterminer son attitude face aux changements possibles.

### 2.17.2 Influence sur l'organisation

La mobilité est incontestablement un facteur de développement, elle assure et symbolise la vitalité de l'organisation. Elle fait évoluer les comportements individuels en agissant sur la communication inter service et donc l'ouverture, le décloisonnement. Elle développe des capacités d'adaptation aux changements et fournit des expériences professionnelles diversifiées. Les conséquences qui en découlent, sont une meilleure efficacité et une sécurité augmentée.

Pour l'institution, la mobilité favorise la création d'un certain dynamisme, l'ouverture sur d'autres modes de fonctionnement en termes d'équipes et de contextes de travail. Les avantages institutionnels portent sur une plus grande flexibilité de l'organisation, des possibilités d'ajustement rapide des effectifs et le développement de compétences.

La valorisation du changement et l'évolution des mentalités sont nécessaires pour montrer la mobilité comme une valeur institutionnelle d'où la nécessité de renforcer le sentiment d'appartenance à un système collectif

La mobilité est un élément déterminant de la gestion des ressources humaines. Elle favorise les échanges d'expériences, les développements de carrière, ainsi que les bonnes relations dans l'institution. À l'inverse, la non prise en compte de ce phénomène 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 peuvent être altérées.

## 2.18 Commentaires

La mobilité conduit à l'acquisition de connaissances et de savoir-faire mais elle va stimuler également des aptitudes fondamentales (la réflexion, l'analyse, l'animation). Elle favorise la connaissance de soi (compétences, motivation) et le sentiment d'un enrichissement permanent.

De ce constat, émerge la nécessité de l'élaboration d'un projet professionnel suffisamment clair pour générer une démarche active de changement. Mais, l'encadrement est porteur d'une mission importante dans l'accompagnement de cette démarche. Il est à même de stimuler les agents, de connaître leurs attentes et de les soutenir.

L'institution joue un rôle essentiel dans la régulation de la mobilité. Elle doit prendre en compte, faciliter, permettre la réalisation des projets. En effet, sans régulation, l'expérience montre que la mobilité existe mais qu'elle est laissée au libre choix de l'individu.

L'ensemble de la réflexion sur les conditions organisationnelles de la mise en œuvre des mouvements professionnels abordés dans la première partie, démontre combien le phénomène de mobilité au travers de ses différents paramètres, touche l'institution dans son ensemble. En effet, l'institution hospitalière, de par ses missions, est responsable entre autres de la qualité de la production des soins et s'engage ainsi à contribuer à l'amélioration de l'offre de soins en agissant sur ses différentes composantes : qualité des professionnels, uniformité des procédures et organisation du travail.

Au terme de cette analyse, il nous apparaît alors que notre hypothèse pourrait être la suivante :

**« La conciliation des enjeux institutionnels et personnels est une des conditions permettant la mise en œuvre d'un projet de mobilité interne »**

La pertinence des propositions faites par les professionnels pour développer et organiser la mobilité est un apport précieux pour la stratégie future à mettre en place.

La réussite du projet impose toutefois d'avoir conscience des objectifs de la mobilité pour l'individu et l'institution . La mobilité doit s'intégrer au sein d'un projet de développement personnel, volontaire et conciliable avec celui de l'organisation qui nécessite parfois des mobilités imposées. Il nous semble qu'une fonction de gestion des ressources humaines, comme celle concernant la mobilité des infirmiers, doit être dispensée avec des compétences acquises et développées dans un projet où tous les protagonistes sont acteurs et auteurs.

La contribution du Directeur des soins consiste à définir, à mettre en œuvre et évaluer le projet de soins dans le cadre du projet médical répondant aux objectifs de l'institution. Sa mission répond à la recherche de l'efficacité et de l'efficience 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. En collaboration avec les cadres de santé, les besoins individuels et collectifs doivent être recensés. Cette démarche répond aux besoins de l'institution, aux projets professionnels, aux projets de service dans le cadre des orientations du projet de soins.

Ainsi, il devient possible, en tant que Directeur des soins et membre de l'équipe de Direction, de présenter des propositions d'actions relatives à une politique de mobilité interne du personnel infirmier.

C'est l'objet de la dernière partie de notre travail.

## **TROISIEME PARTIE : PROPOSITIONS D' ACTIONS EN RELATION AVEC LES CONCEPTS DEVELOPPES ET LE ROLE DU DIRECTEUR DES SOINS**

Notre étude nous a permis d'élargir nos connaissances en matière de mobilité du personnel. Au terme de l'analyse des entretiens réalisés en seconde partie, les éléments recueillis au cours de l'enquête ont enrichi notre expérience passée de cadre supérieur de santé et ont permis de nous projeter dans notre future fonction de directeur des soins.

Appréhender la réalité de la mobilité infirmière à la fois sur le plan individuel et sur le plan institutionnel est un des deux objectifs de notre étude.

Notre travail met en évidence :

- d'une part, les constats d'enrichissement professionnel des infirmiers. Certains, par la mobilité, ont amélioré leurs connaissances, d'autres ont réalisé leurs projets professionnels de type promotionnel, d'autres encore ont souhaité rompre avec la routine. L'expression de ces résultats nous permet d'identifier des stratégies individuelles 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 évoquées. Gérer cette mobilité, c'est l'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

À 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 que Directeur des soins, nous inscrivons notre démarche dans le cadre d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences intégrée dans une gestion partagée des ressources humaines. Notre objectif vise à maintenir et à développer un professionnalisme infirmier répondant aux exigences et aux besoins des malades et de l'institution.

Notre projet s'articule autour de quatre grands axes :

- la gestion centralisée
- la gestion décentralisée



- la formation
- l'évaluation de la politique de mobilité

## **1. LA GESTION CENTRALISEE**

### **1.1 Un plan d'actions construit en collaboration avec l'équipe de direction**

Le projet a pour objectif de faciliter l'acceptation de la mobilité imposée. À cet effet, il mettra en place une politique de mobilité volontaire dynamique. Il faut considérer ce plan d'action comme une stratégie politique d'établissement sous la responsabilité du Directeur d'établissement, basé sur la collaboration de plusieurs acteurs.

La direction des ressources humaines a pour mission, par délégation du Directeur d'établissement, de gérer l'ensemble des personnels de l'hôpital et de mettre en place une politique de gestion des ressources humaines, ce domaine est limité dans l'affectation des soignants car c'est la direction des soins qui propose les affectations ce qui est précisé dans le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de Directeur des soins de la fonction publique hospitalière : « Il participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation... »

Ce même décret situe le Directeur des soins comme membre de l'équipe de direction : « Il est membre de l'équipe de direction et dispose par délégation du chef d'établissement de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé. »

Son rôle par rapport à la gestion des ressources humaines se situe au niveau de la participation et de la décision.

Au niveau de la participation, il travaille avec le D.R.H., dans un groupe multidisciplinaire, pour définir la politique de mobilité, il contribue à la mise en œuvre des politiques visant à l'évolution de l'organisation du travail et participe à la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences qui relève de son domaine de compétences. Il participe aux recrutements et propose les affectations.

Au niveau de la décision, il définit et arrête les procédures d'accueil, d'adaptation à l'emploi des personnels soignants. Il est chargé de l'évaluation professionnelle des professionnels dont il est responsable.

Son rôle dans la définition d'une politique de mobilité et la conduite du changement va se situer au niveau de la construction de la stratégie politique ainsi que celui de la mise en œuvre en étroite collaboration avec la direction des ressources humaines. En partenariat avec le D.R.H. , le D.S. participera à la concertation des personnels et à la présentation de la politique de mobilité lors des différentes instances institutionnelles (comité technique

d'établissement, commission médicale, commission du service de soins infirmiers, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ). Il organisera avec le D.R.H. une journée d'accueil des nouveaux agents, deux fois par an, afin de les informer de leurs droits et de leurs devoirs, du projet d'établissement, de la politique de gestion des ressources humaines et donc de la politique de mobilité (suggestion émise lors de notre enquête)

Lorsque la politique de mobilité est définie, présentée et acceptée par les différentes instances institutionnelles, le Directeur des soins, en collaboration avec le Directeur des ressources humaines, participe et met en œuvre une politique de communication pour en informer l'ensemble des personnels soignants. Le D.S. informera, par le biais de réunions, les équipes par secteur. Il mettra en place un comité de pilotage, constitué de cadres soignants, et des groupes de travail multidisciplinaires afin d'élaborer les outils et les procédures nécessaires à la mise en œuvre de ce projet.

## **1.2 Gestion prévisionnelle des effectifs et des emplois futurs**

Dans ce domaine de gestion, abordé dans le cadre conceptuel, la collaboration D.R.H./D.S. est d'une importance essentielle.

Des tableaux de bords doivent être mis en place

- quotidiennement, ils sont remplis par les cadres, afin d'avoir une vision précise de la mobilité entre services. L'outil informatique est le moyen le plus adapté pour obtenir les informations en temps réel.
- mensuellement (outil informatique, tableaux renseignés par les cadres) afin de connaître avec exactitude l'affectation réelle des agents et les grossesses en cours
- annuellement en élaborant un outil de suivi des effectifs à cinq ans qui reflète les départs à la retraite possibles et les demandes de projets promotionnels formulées ou envisagées

Ainsi, une analyse de ces différents tableaux par le D.S. permettra de repérer les services les plus demandeurs d'aide (S.I.C.S., entraide entre services) et ceux qui peuvent plus facilement aider. Cette étude engendrera une réflexion sur l'activité des services, leurs organisations et l'ambiance au travail. À terme, cette analyse entraînera la révision des effectifs alloués aux différentes unités.

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 et d'avoir une vision prospective des emplois à transformer soit pour embaucher des nouveaux métiers (Ingénieur qualitatif par exemple), soit pour redéployer des effectifs en cas, par exemple, d'externalisation d'une activité ou de restructuration, soit pour répondre aux exigences de la démarche qualité, c'est le cas pour, par exemple, la personne chargée de l'hygiène hospitalière.

Dans le cadre de cette gestion prévisionnelle, il semble intéressant d'obtenir, de la direction des ressources humaines, la planification annuelle des formations afin d'intégrer ces données aux plannings prévisionnels et d'en informer les participants, leur permettant ainsi de prendre les dispositions nécessaires favorisant leur présence à ces modules.

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, pour être efficace, a besoin de la mise en place d'outils performants tel que, par exemple, l'évaluation professionnelle des personnels.

### **1.3 L'évaluation : un acte de modernisation de l'hôpital**

La G.P.E.C. ne peut se concevoir sans une politique d'évaluation performante. La démarche d'évaluation est au cœur du nouveau management. Elle est une des responsabilités essentielles de la fonction managériale qui doit prendre en compte la spécialisation croissante et la dimension humaine particulière de l'hôpital, et développer la coopération et la coordination des différents acteurs hospitaliers, ainsi que le besoin accru de dialogue et de reconnaissance. Le recours à l'évaluation est un moyen de répondre à ces attentes. Il permet, en particulier, de réduire le décalage entre la satisfaction des besoins des personnels et la réalité du terrain.

Les axes d'une stratégie d'évaluation reposent sur la volonté de changement des établissements hospitaliers et sur l'identification d'un certain nombre de critères pertinents. L'évaluation est un acte de management, il faut qu'elle agisse au plus près des acteurs, sur le terrain où elle sert le management de proximité. Cette action doit s'exercer de manière pérenne, s'appuyer sur des faits significatifs et sur une pratique quotidienne, et pas seulement annuelle

L'évaluation est assortie d'un engagement mutuel. Elle ne se résume pas à un bilan et à une note. Il lui faut être moteur d'une amélioration de la performance individuelle et collective et donc être tournée vers l'avenir. Il doit y avoir contractualisation entre l'évaluateur et l'évalué en termes de résultats attendus et de moyens à mettre en œuvre. L'objectif consiste à remettre en perspective la situation d'un collaborateur.

L'évaluation est un acte de responsabilité de l'encadrement. Pour être un acte de management, l'évaluation suppose que soit reconnue la responsabilité, à part entière, des fonctions hiérarchiques et donc l'identification claire des acteurs de l'évaluation.

L'évaluation est un acte de valorisation, elle est un mode privilégié de reconnaissance des personnes ; elle doit s'attacher à reconnaître la contribution spécifique, positive et négative, de chaque agent et contribuer, conjointement, à l'amélioration de la performance collective .

L'évaluation est au service du management hospitalier, elle participe au management global de l'établissement et à son devenir. Elle permet d'identifier la contribution de chaque agent à la réalisation des objectifs de son service et de son institution. Elle donne l'occasion aux directions d'établissements de mobiliser l'encadrement et de lui faire prendre en compte la conduite des projets institutionnels et les enjeux du moment, notamment pour le sujet qui nous intéresse : la politique de mobilité.

L'évaluation est un outil de gestion des ressources humaines. Elle participe fortement à l'amélioration de la gestion sociale en permettant d'actualiser et d'enrichir en permanence l'information. L'encadrement doit faire remonter à la direction des ressources humaines les orientations professionnelles, les promotions souhaitées et toute connaissance pertinente des besoins et des attentes des agents, de manière à améliorer la réactivité des politiques de ressources humaines mises en œuvre et leur capacité d'adaptation.

Le directeur des soins participera, au sein d'un groupe pluriprofessionnel, à la définition de la politique d'évaluation et à sa mise en œuvre. Au niveau opérationnel, les cadres ont un rôle très important dans ce domaine. Aussi, le directeur des soins, devra tout mettre en œuvre pour faire aboutir ce projet et obtenir l'implication des cadres, par une information adaptée et un accompagnement (formation), par la mise en place d'un groupe de travail, constitué des différents acteurs concernés, qui aura pour objectif d'élaborer les critères d'évaluation des métiers soignants. L'entretien d'évaluation doit permettre d'orienter l'I.D.E. en fonction, d'une part, de ses points à améliorer, d'autre part, de connaître ses souhaits de mobilité (changement de service, changement de fonction) ou de l'inciter à être mobile selon les potentialités repérées par le cadre

#### **1.4 Mise en place d'une bourse des emplois**

Pour répondre aux observations plusieurs fois citées dans notre enquête sur le manque d'information concernant la vacance de postes, une bourse des emplois peut être affichée.

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

Les objectifs à atteindre sont les suivants :

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

Les principes de fonctionnement à respecter :

- informer sur les postes disponibles par l'utilisation de supports explicites soit écrits (journal interne, bulletin spécifique, panneau d'affichage), soit diffusés par le système informatique interne,
- publier à rythme régulier et avec des délais réalistes l'ensemble des emplois vacants,
- faciliter le traitement des candidatures,
- développer une véritable pratique de recrutement interne (sélection, définition du contenu des postes et des exigences, entretien )

La réussite de cette démarche demande l'élaboration et la mise en place d'une procédure d'affectation identique et connue de tous. Pour les recrutements extérieurs, le directeur des soins associe le cadre supérieur de santé du secteur concerné à l'entretien d'affectation, pour les recrutements internes les entretiens sont effectués par le cadre de proximité. Cette procédure doit utiliser des profils de poste adaptés à chaque service, ces profils de poste doivent être fiables et évolutifs, calés au plus près de l'activité. Cela permet à l'infirmier intéressé 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 ou à l'inconnu. Pour les recrutements internes, chaque agent intéressé fait acte de candidature et bénéficie d'un entretien avec le cadre du service concerné. La lettre de demande de mutation peut être conçue sous une forme d'argumentaire de la motivation de l'infirmier. Elle permet alors de clarifier les projets individuels et d'impliquer l'agent dans les actions à entreprendre pour y parvenir. Le cadre est tenu de recevoir chaque candidat. Il est libre de son choix, mais doit

justifier par écrit les raisons de son refus qui sont communiquées à l'agent. L'encadrement réalise le recrutement au terme duquel un contrat d'intégration est conclu et une période d'essai définie.

La durée d'exercice peut figurer dans les profils de poste, ce qui permet aux infirmiers d'envisager un avenir mobile avec des trajectoires de carrières spécifiques.

La concertation avec l'encadrement pour les affectations, le contrat d'intégration en relation avec le profil de poste, l'expression d'une durée d'exercice dans un service, la lettre de motivation, nous semblent être des atouts, pour obtenir l'adhésion et l'implication des cadres dans une démarche dynamique de gestion partagée des ressources humaines.

## **1.5 Les modalités de remplacement**

La gestion des ressources humaines nécessite de mettre en place des modalités de remplacement ou de renfort pour faire face aux différentes absences et/ou aux fluctuations des charges de travail évoquées dans la première partie relative au cadre conceptuel. Ces modalités doivent être définies et validées par le Directeur des ressources humaines en collaboration avec le Directeur des soins.

Ces remplacements peuvent se faire par des recrutements extérieurs nécessitant l'embauche temporaire de professionnels mais la pénurie d'infirmiers est à prendre en considération et, de plus, cette solution est très onéreuse. Il semble nécessaire de réfléchir et de trouver des solutions en interne comme par exemple, le redéploiement de personnel, en se basant sur l'activité des services et les emplois afin de constituer un service infirmier de compensation et de suppléance (S.I.C.S.) par secteur. Ces S.I.C.S. ont pour mission de maintenir l'effectif de base des unités de soins et de renforcer l'équipe soignante lors d'une surcharge de travail, ils doivent être composés de personnels qualifiés et compétents, affectés dans ces services pour une durée minimum définie (deux ans par exemple). Il est nécessaire de rendre ces services attractifs en accordant certains avantages aux personnels y travaillant (exemple : maintien des horaires, davantage de week-end de repos, priorité sur la formation continue, priorité sur le choix d'un poste vacant au bout de deux ans d'affectation...). C'est aussi une manière de valoriser la polyvalence, nécessaire à son fonctionnement. Chaque membre de ces équipes doit participer au projet de service d'une unité de soins du secteur où il est affecté et, ainsi, par une information régulière avec les autres personnels du S.I.C.S., il tiendra informé ses collègues de l'évolution de ce projet.

Outre les S.I.C.S., nous pouvons également développer l'entraide entre services d'un même secteur en fonction des fluctuations de la charge de travail. Cela signifie qu'il faut organiser une polyvalence dans un même secteur en permettant au personnel de se former au travail

des différentes unités. Un groupe de personnels polyvalents, volontaires si possible, sera ainsi constitué et la proximité est suffisante pour qu'il soit possible aux professionnels ainsi réunis de se substituer les uns aux autres, moyennant un court délai d'adaptation.

La réussite de cette organisation nécessite, de la part du directeur des soins, la mise en place et l'analyse de tableaux de bord reflétant l'activité des différents services et secteurs, lui permettant d'anticiper certains événements. Il est également utile de disposer d'un outil d'évaluation de la charge de travail identique dans tous les services. Il renseigne sur l'importance de la charge en soins et des activités afférentes à ces soins. Il aide à la décision. Pour faciliter cette polyvalence, il est important d'uniformiser les outils de planification, de transmission des soins, les protocoles de soins infirmiers et les dispositifs médicaux (propositions formulées lors de notre enquête). Une autre solution facilitant la polyvalence, est d'aménager les locaux et les rangements d'une façon la plus similaire possible afin de perdre moins de temps dans la recherche d'un produit lorsqu'un infirmier va aider dans le service voisin.

## **2. GESTION DECENTRALISEE**

Cette gestion présuppose que le rôle et les responsabilités de chacun ont été clairement définis.

L'implication de l'ensemble des acteurs concernés suppose un fonctionnement centré sur la communication entre professionnels aux fonctions différentes, mobilisés autour d'objectifs communs. Là, le rôle et l'implication du directeur des soins sont essentiels. Il doit impulser et faire accepter la politique de mobilité comme outil de gestion, auprès des cadres, en les faisant collaborer. Au niveau opérationnel, l'implication des cadres est primordiale. La réussite d'une politique de mobilité présuppose un travail sur la culture de l'encadrement associé à l'optimisation des ressources humaines de l'établissement. La mise en œuvre d'un projet de mobilité doit requérir une approbation de tous les acteurs, une conviction de tous les partenaires de direction et bien sûr une adhésion de l'équipe d'encadrement infirmier. C'est dans ce cadre que le rôle du directeur des soins prend toute sa dimension. Le directeur des soins impliquera le personnel d'encadrement en mettant en place, par exemple, un comité de pilotage où il s'entourera de cadres supérieurs de santé et de cadres de santé volontaires.

## 2.1 Gestion qualitative des personnels infirmiers

### 2.1.1 Les outils nécessaires aux procédures d'affectation et d'intégration

Le comité de pilotage sera à l'origine de plusieurs groupes de travail (composés de professionnels concernés), il doit définir les thèmes prioritaires qu'il faut traiter au sein des différents services et élaborer un échéancier. Le comité de pilotage est chargé de la validation des différents travaux.

Le premier travail porte sur l'élaboration des outils nécessaires à chaque service dans le domaine de la gestion des ressources humaines. Ainsi, à partir d'une trame commune, chaque cadre constitue un groupe de travail avec les personnels concernés et définit :

- le profil de poste (utile pour l'affectation)
- le descriptif de chaque poste (connaissances des postes de travail)
- la « carte d'identité » du service (organisation, pathologies rencontrées, projet du service, caractéristiques de la population prise en charge)

Un groupe de travail composé de cadres et de personnels soignants élabore une procédure d'accueil et d'intégration des nouveaux agents.

Cette procédure doit définir :

- le rôle du cadre (accompagnement et encadrement du nouvel agent)
- la durée du tutorat, de ses modalités et du rôle du tuteur volontaire et formé (lorsque c'est possible)
- les référentiels de compétences relatifs aux postes de chaque service à partir du référentiel de compétences communes (Annexe 7) à chaque métier qui aura fait l'objet d'un travail préalable. (Ce référentiel de compétences infirmières est donc enrichi des compétences spécifiques attendues dans le service, c'est le fruit d'un travail d'équipe où tous les acteurs de l'unité participent, y compris, le corps médical. Ce référentiel est l'outil nécessaire à un accompagnement personnalisé par le cadre, il permet de déterminer les axes de progrès et d'orienter le professionnel vers les formations adaptées afin d'améliorer ses compétences et ses performances).

Ce référentiel de compétences est un outil qui aide également à définir les besoins en formation du service, en réalisant un bilan de compétences collectives (comparer les bilans individuels et repérer les points à améliorer qui apparaissent le plus souvent). Il permet de faciliter la polyvalence car, ainsi le personnel polyvalent peut d'emblée repérer ses points à améliorer et les nouvelles compétences à développer. Il est utile pour repérer les potentiels des agents et les mettre en évidence lors de l'entretien d'évaluation



### 2.1.2 L'entretien d'évaluation

L'entretien est le fondement de l'évaluation. Dans une démarche de mobilisation, de dynamisation des personnels, il devient un élément d'engagement contractuel

En effet, dans le cadre de la gestion qualitative des personnels, l'entretien annuel d'évaluation est un point essentiel et le directeur des soins veillera à ce que la procédure définie au niveau de la direction soit appliquée par tous les cadres, pour tous les agents. Cet entretien doit être utilisé par le personnel d'encadrement comme un outil de progression individuelle pour l'employé, de repérage de ses potentialités et d'orientation professionnelle permanente. Il doit être un moment privilégié de communication et de concertation entre l'évalué et l'évaluateur qui, ensemble, évaluent l'aboutissement ou non des objectifs de l'année précédente et déterminent les objectifs à atteindre pour l'année suivante. Le but est d'évaluer les résultats et les compétences de l'agent par rapport au poste qu'il occupe. Il doit permettre de réajuster, de progresser et d'évoluer en fonction de ses potentiels, ses objectifs de travail et son plan de carrière. L'implication du cadre dans cette procédure est importante. L'écoute attentive permet de déceler des choix de carrière et de tracer avec l'infirmier un parcours professionnel. Mais il est tout aussi important pour une personne sans projet ni désir. Le cadre doit l'aider à se construire, à dégager ses points forts et ses points faibles.

Cet entretien ne s'improvise pas, il implique de construire une grille d'évaluation comportant différents critères correspondant aux contributions attendues et renseignés par des faits significatifs (annexe 6 ). Il doit se dérouler dans de bonnes conditions, un rendez-vous sera pris au préalable entre l'évalué et l'évaluateur, pour une durée déterminée. L'agent aura préparé cet entretien en remplissant sa fiche d'autoévaluation. Il est important qu'il ne subisse pas l'entretien mais qu'il y ait un véritable échange, un dialogue constructif. Un bilan écrit est rédigé spécifiant les nouveaux objectifs généraux et personnalisés et les souhaits de mobilité. Un exemplaire est remis à la personne, l'autre reste dans le dossier individuel de l'agent détenu par le cadre de santé, Une synthèse de cet entretien est destinée à la direction des ressources humaines. Le bilan réalisé engage l'évalué et le cadre qui doit s'impliquer pour faire évoluer, développer ou maintenir une aptitude, une compétence de son équipe. L'entretien demande au cadre beaucoup de professionnalisme avec des valeurs remarquées lors de la réalité quotidienne telles que : respect, intégrité, confiance et franchise. Le cadre doit, à cette occasion, informer l'équipe sur les orientations des axes stratégiques de l'institution et les objectifs du service pour les trois à cinq ans à venir. Cette échéance est l'occasion pour les agents du service de s'exprimer, d'élargir leur sentiment d'appartenance, de participer à l'évolution de l'établissement, et de trouver l'aide nécessaire à la préparation et à la réalisation de leur projet professionnel. L'entretien se veut être un support à l'évaluation des compétences. Sa procédure est à élaborer en travaux de groupe

par les cadres supérieurs de santé et les cadres. Nous devons insister, en tant que directeur des soins, sur son caractère de cohérence, d'harmonisation, d'adaptabilité, de traçabilité mais aussi sur le système de valeurs qui sous-tend sa conception.

L'entretien d'évaluation est donc l'opportunité d'aborder le projet professionnel et de le consigner par écrit, dans la synthèse, afin d'en informer la direction des ressources humaines. Le souhait de mobilité émis par l'agent ou proposé par le cadre et accepté par l'agent doit faire l'objet d'un document écrit et signé par les deux parties. Ainsi, la personne ayant fait part d'un désir de mobilité lors de l'entretien d'évaluation pourra être contactée par le D.S. lors d'une vacance de poste correspondant au service choisi par l'agent, si le personnel polyvalent prioritaire n'a pas postulé.

### 2.1.3 Le projet professionnel

Accompagner les agents dans la définition d'un projet professionnel nous paraît être une démarche particulièrement judicieuse dans son approche pédagogique. En effet, pour créer un contexte favorable à cet accompagnement, un temps de réflexion au niveau de l'équipe de cadres de santé nous semble indispensable. Pour garantir une qualité d'écoute, de conseil assurée avec professionnalisme, une phase de préparation est nécessaire. Travailler sur le projet professionnel demande à l'équipe d'encadrement de faire au préalable un travail sur la définition du projet professionnel. Il s'agit de réfléchir sur ce qu'il peut être et ensuite de prévoir comment organiser les conditions du dialogue autour de ce projet.

Le rôle du cadre, du directeur des soins et du directeur des ressources humaines sera d'aider le professionnel à réaliser son projet professionnel, pour ce faire, des procédures d'accompagnement sont mises en œuvre au niveau institutionnel, à titre d'exemple, des préparations aux concours sont mises en place en interne et pour l'infirmier, ayant des potentiels repérés par son cadre, qui formule un projet promotionnel de cadre, la possibilité d'exercer en tant que « faisant fonction » lui est proposée afin de confirmer ou non son choix ou celui de l'institution. Lorsque le projet professionnel concerne un changement de service, un stage de très courte durée peut être envisagé. De même, lorsqu'un infirmier souhaite s'orienter vers une spécialité soit il peut effectuer un stage de courte durée dans la discipline choisie, soit il peut bénéficier d'un échange entre professionnels et réaliser un stage beaucoup plus long (six mois), ainsi, il pourra conforter son choix ou l'abandonner.

## 2.2 Gestion quantitative des effectifs

En collaboration avec la direction des ressources humaines, un affinement de certaines données issues du bilan social permet de cerner la population soignante dans son aspect

civil (âge, sexe, situation matrimoniale) et des découpages supplémentaires de classes d'âges renseignent sur :

- les âges où le personnel « bouge » (changement de service ou de fonction)
- les périodes de fécondité
- les âges et le nombre des départs (retraite, démission, disponibilité)

Les paramètres du mouvement interne sont également à prendre en compte :

- service d'affectation
- mouvement en fonction des systèmes d'horaire, des services, des postes allégés

Ce suivi des effectifs permet de se projeter dans l'avenir en faisant une moyenne des différentes mobilités, en terme de postes à pourvoir. Les postes allégés feront l'objet d'un contrat entre l'employeur et l'employé tel que cela nous l'a été suggéré dans notre enquête.

La gestion quantitative et prévisionnelle des effectifs, passe également par la programmation des congés annuels et des jours de formation, sur l'année . Cette planification annuelle permet d'intégrer, aux plannings prévisionnels, les jours d'absence pour formation des personnels concernés, de prévoir leur remplacement, si nécessaire, par les S.I.C.S., par exemple, et de calculer les mensualités nécessaires pour les congés annuels

Elle passe également par l'écoute du cadre à tout type d'information informelle (telle une grossesse débutante...) afin d'en informer la direction des ressources humaines par l'intermédiaire du cadre supérieur de santé et/ou du directeur des soins.

La gestion quantitative et qualitative des S.I.C.S. est confiée aux cadres supérieurs de santé. Ils doivent mettre en œuvre les règles de fonctionnement et de valorisation définies au niveau stratégique et affecter les personnels polyvalents en fonction des charges de travail. Ils sont responsables de l'implication de ces personnels polyvalents dans les divers projets de service de leur secteur (réponse à une observation des médecins rencontrés dans le cadre de notre enquête)et du développement de leurs compétences.

### **3. FORMATION**

#### **3.1 Le plan de formation**

Le plan de formation est le principal document qui traduit la politique de formation à l'hôpital. Il en est le garant, tant du point de vue du respect des règles de droit que de la qualité du service dû aux patients en termes de compétences requises. Il est le document de référence, de caractère stratégique, qui permet de guider l'action à mener dans le sens privilégié de la formation. Il est, enfin, l'instrument de prévision et de suivi qui sert à orienter la mise en œuvre de la formation à l'hôpital. Comme tout projet de développement, le plan de formation

s'inscrit dans une vision prospective, renforce la légitimité du projet social et participe à la réussite du projet collectif. Il participe au renforcement de la concertation, de la solidarité et de la motivation des agents. C'est dans un tel contexte de participation et d'adhésion que la formation peut s'adapter aux enjeux de l'établissement. Elle n'a de sens que si elle s'inscrit dans un projet social au sein duquel elle apparaît comme une fonction de conseil, de gestion mais aussi comme une source d'enrichissement et d'épanouissement individuelle et collective. Elle n'a de réalité que si elle est relayée dans sa mise en œuvre par un encadrement pleinement conscient de son rôle de manager (défini dans le cadre conceptuel, en première partie) ; Les cadres occupent, en effet, une place essentielle dans la mise en œuvre du plan de formation en tant qu'animateurs et référents des agents de leur service dans le choix et la nature des actions à développer, ce choix concerne soit les actions collectives prioritaires du service, soit les actions qui relèvent des projets à caractère stratégique, organisationnel et technologique. À côté de ce rôle d'animateur, les cadres ont également une mission de conseil dans le choix des actions individuelles de leurs agents. Ils doivent, en particulier, veiller à la bonne utilisation de la formation, ils ont pour rôle d'assurer le respect des priorités du service et de l'institution et d'orienter les choix dans le sens des stratégies et des politiques en cours. Leur souci du dialogue doit être constant, non seulement avec leur personnel mais aussi avec le corps médical du service avec lequel ils définissent ensemble les finalités et les enjeux de la politique de formation du service.

Le plan de formation doit être, à cet égard, la traduction de besoins définis à l'issue des entretiens d'évaluation annuelle. La capacité du cadre à être acteur de la politique de formation requiert une vision globale de l'évolution de l'institution. Le personnel d'encadrement sera aidé et accompagné par le Directeur des soins qui se doit de l'informer. en organisant des réunions générales d'information et des entretiens individuels afin de connaître les difficultés rencontrées et de trouver ensemble des pistes d'amélioration pour y remédier.

Le Directeur des soins veillera à ce que tous les cadres soignants bénéficient d'une formation à la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, d'une formation aux techniques d'entretien et d'évaluation et à l'utilisation des référentiels de compétences Une formation des personnels sur les règles et les procédures est indispensable.

### **3.2 Autres modalités de formation**

Outre les formations organisées par des organismes de formation, d'autres modalités institutionnelles peuvent être mises en place et organisées par le directeur des soins.

Il s'agit de proposer et d'organiser des stages inter services afin de mobiliser les agents en leur permettant de :

- rencontrer d'autres collègues
- développer des connaissances
- aider à la décision d'un changement
- favoriser les échanges entre services

Deux types de stages peuvent exister, le stage découverte d'une courte durée (1 à 2 jours ), le stage d'observation d'une durée un peu plus longue ( 3 à 5 jours). Les agents intéressés à découvrir une autre unité, une autre activité ou pour appréhender une autre fonction, font la demande d'un stage dans le secteur désiré et le temps imparti est considéré comme du temps de travail.

Ces stages sont un des moyens pour rompre le cloisonnement des services, la routine et développer un sentiment d'appartenance institutionnelle (concept abordé dans la première partie ).

Nous pouvons également proposer et organiser des stages inter établissements dont les objectifs sont de :

- faire sortir les agents de leur microcosme hospitalier
- ouvrir l'établissement sur l'extérieur
- constituer un début de réseau
- bénéficier de ce qui se fait ailleurs

Deux stages peuvent être prévus :

le stage d'initiation pour connaître une technique non pratiquée dans l'établissement mais en relation étroite avec lui,

le stage de perfectionnement pour approfondir un domaine précis dans un secteur réputé plus performant ou plus aguerri.

En interne, des formations effectuées par les médecins, le directeur des soins ou tout autre professionnel peuvent également participer au développement des compétences du personnel soignant.

La formation, sous toutes ses formes, est un moyen d'améliorer les compétences des professionnels en fonction de leurs attentes et des attentes de l'institution (projet d'établissement, de service). Les stages inter secteur permettent aux personnels polyvalents de se former aux différentes techniques et de développer des compétences spécifiques à chaque unité. Le personnel formé vit mieux la polyvalence et est plus performant. Pour le personnel d'encadrement, la formation leur permet de mieux comprendre la politique à mettre en œuvre, de réinvestir sur le terrain les connaissances nouvelles et de faciliter leur

adhésion au projet de mobilité en leur faisant prendre conscience du rôle essentiel qu'ils occupent dans la réussite de ce projet : entretien d'évaluation, accompagnement du nouvel agent, entretien d'affectation.

Tous ces outils précédemment cités concourent à la réussite de la politique de mobilité intégrée à la politique de gestion partagée des ressources humaines et il est indispensable d'en mesurer les impacts.

#### **4. EVALUATION DE LA POLITIQUE MISE EN PLACE**

L'évaluation de la politique de mobilité a deux finalités. La première consiste à s'assurer, à posteriori, de la pertinence des procédures mises en œuvre. La seconde est complémentaire et permet l'évolution : il s'agit de réajuster, de revoir les modalités en fonction des résultats obtenus. En ce sens, l'évaluation est une contribution déterminante à la qualité. Cette évaluation nécessite l'élaboration d'un questionnaire de satisfaction du personnel qui sera distribué par l'encadrement avec une date précise de retour à la direction des ressources humaines. D'autres indicateurs sont également révélateurs de la réussite ou non de cette politique de mobilité tels que, par exemple, le taux d'absentéisme, le nombre de départs de l'établissement pour mutation dans un établissement voisin, le nombre de changements de service...

L'exploitation des questionnaires et des indicateurs permettra aux dirigeants de maintenir ou d'améliorer les procédures existantes.

*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., Dans un projet d'optimisation de la mobilité, le Directeur des soins doit inscrire sa démarche dans une politique de gestion partagée des ressources humaines qui tient compte :*

- *de l'évolution de l'établissement afin de cerner les besoins et les compétences nécessaires à la réalisation des objectifs institutionnels,*
- *de l'individu, acteur de l'organisation, dans le but de reconnaître et de développer ses compétences*

*Dans ce contexte, les actions que nous proposons se veulent en faveur d'une mobilité positive et dynamique dans la perspective de trouver des synergies entre les attentes des infirmiers et celles de l'institution.*

*Responsable du service de soins infirmiers, le Directeur des soins développe ce projet à partir d'une réflexion menée avec l'équipe d'encadrement et l'inclut dans le projet de soins*

*infirmiers en terme de maintien ou de développement des compétences individuelles et institutionnelles et donc, d'amélioration de la qualité des soins. Il est nécessaire de positionner le cadre dans l'animation d'équipe pour lui permettre de développer une gestion des ressources humaines dans un contexte de délégation et de participation. Ainsi, le cadre doit travailler avec l'équipe soignante et le corps médical afin de cerner les besoins et les compétences nécessaires à l'évolution de l'activité du service.*

*Collaborateur de l'équipe de direction, le Directeur des soins s'inscrit dans une politique globale d'établissement et s'implique dans une démarche de communication au sein de l'hôpital, à l'institut de formation en soins infirmiers (suggestion faite lors de notre enquête) et de l'institut de formation des cadres de santé afin de promouvoir le projet.*

## **CONCLUSION**

Notre étude est le résultat d'un questionnaire sur le phénomène de mobilité interne des infirmiers.

Au travers d'une enquête basée sur des entretiens multidisciplinaires, menée dans différents établissements publics de santé, nous avons pu découvrir des comportements et des logiques différentes au niveau individuel mais aussi organisationnel

Elle a mis en évidence l'intérêt de la mobilité orientée vers l'enrichissement des pratiques professionnelles, vers le développement des compétences et donc, vers l'amélioration de la qualité des soins.

En majorité, les professionnels interrogés sont favorables à la mobilité à condition que les règles soient clairement définies ; certains ont émis des propositions pour construire ou améliorer cette politique

Ces éléments ont donné un sens à nos actions qui s'inscrivent dans une stratégie et un projet d'optimisation de la mobilité.

Pour l'individu, la mobilité est source d'enrichissement tant professionnel que personnel. Elle est le moyen pour atteindre un but : opportunité de carrière ou renouvellement au travail, mais aussi échappatoire et volonté de connaître de nouveaux horizons professionnels.

L'efficacité de la mobilité dépend en partie de la volonté de l'institution à la favoriser. Optimiser la mobilité, c'est l'inscrire dans une véritable gestion des ressources humaines. Qu'elle soit administrative ou fonctionnelle, elle repose sur une vision centrée conjointement

sur l'individu et sur l'organisation prenant en compte le développement des compétences de l'agent et l'évolution des besoins de l'institution.

La mobilité est le problème central d'une politique moderne et opératoire de gestion et de développement des ressources humaines. Elle relève d'une décision politique et d'une mise en œuvre stratégique et opérationnelle.

L'accomplissement de cette volonté passe par une constante association des professionnels de santé, y compris du corps médical, par une collaboration et un partenariat permanent entre les membres de l'équipe de direction.

La politique de mobilité interne, qui place la compétence au cœur de la gestion des ressources humaines, est un moyen, pour le Directeur des soins, responsable du service infirmier, de répondre à certaines de ses missions : garant de la qualité des soins, responsable de l'organisation des soins et participant à la gestion des personnels soignants placés sous sa responsabilité. Cette politique impulse une dynamique d'évolution des professionnels et permet le maintien et l'acquisition de nouvelles compétences individuelles et institutionnelles.

Ces évolutions structurelles et fonctionnelles n'ont qu'un objectif prioritaire qu'il ne faut pas oublier : répondre aux demandes et aux besoins du malade.



---

# Bibliographie

---

## DOCUMENTS PUBLIÉS

### LIVRES

ABBAD J. *Organisation et management hospitalier*. Condé-sur-Noireau : Berger-Levrault, 2001. 417 p.

BELLIER S. *La compétence*. Paris : édition Dunod, 1999. Traité des sciences et des techniques de la formation.

BOUTINET J. P. *Anthropologie du projet*. Paris : édition Presses universitaires de France, 1990

CRÉMADEZ M., GRATEAU F. *Le management stratégique hospitalier*. Paris : édition Masson, 1997. 424 p.

DE GAULEJAC V. *Organisation et management en question*. Paris : édition L'Harmattan, 1993.

DERENNE O., LUCAS A. *Le développement des ressources humaines*. Tome 2. Rennes : édition E.N.S.P., 2002. 294 p.

PERETTI J. M. *Tous D.R.H.* Paris : les éditions d'organisation, 1997.

RAOULT N. *Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier*. Paris : édition L'Harmattan, 1991. 285 p.

### PÉRIODIQUES

BIRST M. Une arme contre l'absentéisme et le turn-over, l'analyse stratégique. *Gestion hospitalière*, décembre 1986, janvier 1987, n° 261, pp.792

BONMATTI J. M. Le Directeur des ressources humaines et la mobilité. *Technologie santé*, Septembre 1998, n° 33, p. 69.

BROMBERGER C. Appartenances professionnelles : une constante évolution. *Sciences Humaines*, Janvier 1997, n° 15, pp.26-27.

CHABOISSIER M. Compétence, communauté soignante et travail en équipe. *Objectif soins*, Décembre 1997, n° 59.

DREVET G. L'adaptation au changement. *Gestion hospitalière*, Février 2000, n° 393.

LE BOTERF G. De quel concept de compétence avons-nous besoin ? *Soins cadres*, Février 2002, n° 41, pp. 20-22.

MISSEREY F., SABATIER M. C. Pour un management participatif. *Objectif soins*, Avril 2002, n° 105, pp. 17-19.

SAN JULLIAN M. Pour faire de la mobilité une bonne affaire. *Objectif soins*, Décembre 2000, n° 91, p.11

WITORSKI R. Le développement des compétences individuelles, partagées et collectives. *Soins cadre*, Février 2002, n° 41, pp. 38-42.

## **DOCUMENTS NON PUBLIÉS**

### **MÉMOIRES**

BIHAN D. Restructuration et mobilité : de la contrainte à l'opportunité de devenir acteur de son projet .Mémoire : Formation Infirmiers Généraux, E.N.S.P., 2001. 76 p.

DULAK É. La gestion de la mobilité au service de la compétence. Mémoire : formation Infirmiers Généraux, E.N.S.P., 2001. 88 p.

FILIPPI M. La cohérence du service de soins infirmiers et la mobilité au service du malade. Mémoire : formation Infirmiers Généraux, E.N.S.P., 1995. 70 p.

### **TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES**

LOI N° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

ORDONNANCE N° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

DÉCRET N° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

## **INTERVENTIONS À L'E.N.S.P.**

BARTHES R. Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Cours, avril 2002.

DONIUS B. Gestion des emplois et des compétences. Cours, avril 2002.

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Guide d'entretien auprès des Directeurs des ressources humaines et des Directeurs des soins

Annexe 2 : Guide d'entretien auprès des médecins

Annexe 3 : Guide d'entretien auprès des cadres supérieurs et cadres de santé

Annexe 4 : Guide d'entretien auprès des infirmiers

Annexe 5 : Guide d'entretien auprès des représentants syndicaux

Annexe 6 : Grille d'évaluation professionnelle

Annexe 7 : Référentiel de compétences

## **Annexe 1**

### **Guide d'entretien auprès des Directeurs des ressources humaine et des Directeurs des soins**

- 1 Existe-t-il une politique de gestion de la mobilité au sein de votre établissement ?
- 2 Quelle place accordez-vous à la mobilité interne du personnel infirmier dans la gestion des ressources humaines ?
- 3 Comment participez-vous à une stratégie et au management relatif à la mobilité du personnel infirmier au sein de votre établissement ?
- 4 En quoi la mobilité peut être utile à la gestion des ressources humaines et à l'organisation des soins, de votre point de vue ?
- 5 Selon vous, quels sont les obstacles à la mobilité ?
- 6 À l'inverse, quelles sont les raisons qui favorisent la mobilité ?
- 7 Comment l'affectation du personnel infirmier est-elle effectuée ?
- 8 Comment le projet professionnel de l'infirmier est-il accompagné ?

## **Annexe 2**

### **Guide d'entretien auprès des médecins**

- 1 Qu'évoque pour vous la mobilité du personnel infirmier ?
- 2 Selon vous, quelles sont les raisons qui constituent des obstacles à la mobilité ?
- 3 À l'inverse, quelles raisons favorisent la mobilité ?
- 4 Comment définiriez vous un infirmier polyvalent ?
- 5 Quels sont les avantages et les inconvénients d'un infirmier polyvalent ?
- 6 Comment participez vous au développement des connaissances du personnel infirmier ?

## **Annexe 3**

### **Guide d'entretien auprès des cadres supérieurs et des cadres de santé**

- 1 Qu'évoque pour vous le terme « mobilité » ?
- 2 Quels sont, selon vous, les intérêts de la mobilité et ses obstacles ?
- 3 En quoi la mobilité peut être utile à la gestion des ressources humaines et à l'organisation des soins, de votre point de vue ?
- 4 Quel est votre rôle en regard de la mobilité ?
- 5 Quelles suggestions feriez-vous pour améliorer la gestion de la mobilité au sein de votre établissement ?
- 6 Comment est organisée la polyvalence au sein de votre secteur ?
- 7 Comment intervenez-vous dans l'affectation des infirmiers ?
- 8 Comment sont définies les compétences attendues dans votre service ?
- 9 Quelle procédure d'intégration des nouveaux agents avez-vous mise en place ?
- 10 Comment repérez-vous les potentiels des infirmiers ? Qu'en faites-vous ?
- 11 Comment définissez-vous les besoins en formation de l'équipe ? de l'agent ?
- 12 Quelle procédure est instituée pour accompagner l'infirmier dans son projet professionnel ?

## **Annexe 4**

### **Guide d'entretien auprès des infirmiers**

- 1 Que signifie pour vous le terme « mobilité » ?
- 2 Comment avez-vous eu connaissance du poste et des compétences qu'il nécessite ?
- 3 Comment avez-vous été affecté dans le service où vous exercez ?
- 4 Si vous avez changé de service, qu'est-ce que cela vous a apporté et quelles ont été les difficultés que vous avez rencontrées ?
- 5 Comment déterminez-vous vos axes de progression et vos besoins en formation ?
- 6 Quel est votre projet professionnel et comment est-il accompagné ?
- 7 Selon vous, quels seraient les intérêts et les obstacles à la mobilité ?
- 8 Quelle politique de mobilité existe dans votre établissement ?
- 9 Quelles propositions feriez-vous pour mettre en place une mobilité adaptée ?



## **Annexe 5**

### **Guide d'entretien auprès des représentants syndicaux**

- 1 Pour vous, qu'évoque le terme de « mobilité » ?
- 2 Quels sont, selon vous, les obstacles à la mobilité ?
- 3 Quelles sont les raisons qui favorisent la mobilité ?
- 4 Que pensez-vous de la procédure d'affectation et d'intégration des personnels infirmiers ?
- 5 Que pensez-vous de l'accompagnement des projets professionnels des infirmiers ?
- 6 Comment envisageriez-vous votre participation à la définition d'une politique de mobilité dans votre établissement ?
- 7 Que faudrait-il améliorer pour que la mobilité soit mieux vécue ?

## Annexe 6

### Fiche d'évaluation (exemple) Infirmier(e) d'accueil et d'orientation

#### ***Accueil des patients : contribution 1***

- Assure l'accueil physique des patients se présentant aux urgences.
- Garantit un accueil systématique aux patients et aux familles.
- Assure l'accueil téléphonique et la régulation.
- Facilite l'attente par un comportement calme et prévenant.

#### ***Information du patient : contribution 2.***

- Renseigne le patient et sa famille sur les soins susceptibles d'être dispensés et l'attente qui en découle.
- En l'absence de la famille, organise l'information de celle-ci en accord avec le client.
- Garantit la discrétion et le secret professionnel.
- Gestion de l'information relative à la prise en charge : contribution 3
- Enregistre le motif d'admission sur le registre de façon précise.
- Assure le recueil d'informations administratives relatives au client : état civil, adresse, téléphone, personnes à prévenir, carte de mutuelle. Effectue le tirage des étiquettes.
- Prépare le dossier médical.
- Récupère les résultats des bilans biologiques.

#### ***Prise en charge soignante : contribution 4.***

- Évalue l'état clinique du patient et le degré d'urgence réelle ou ressentie.
- Installe systématiquement les enfants en salle pédiatrique.
- Commence la prise en charge : prise des constantes, désinfection des plaies...

#### ***Coordination et fonctionnement du service : contribution 5.***

- En fonction du degré d'urgence évalué, prévient le médecin et décide de :
  - l'admission immédiate en box
  - l'admission par l'I.D.E. en salle d'attente
  - l'admission par l'agent administratif (entrée piétons)
- Assure la surveillance des patients.

- Coordonne les mutations.
- Réserve les places dans les unités d'hospitalisation.
- Prend les rendez-vous pour les consultations spécialisées.

***Coopération avec les autres professionnels : contribution 6.***

- Délivre le matériel des pompiers pour réarmer les véhicules.
- Assure le relais d'information avec le secrétariat et le pôle administratif.
- Assure le suivi entre les différents partenaires de soins(médecins, infirmiers...) à la suite de l'accueil.

***Progression de sa propre compétence : contribution 7.***

- Participe aux formations organisées auxquelles il/elle est inscrit(e).
- S'informe de l'actualité dans son domaine d'activités par le biais de la documentation professionnelle.
- Est capable d'identifier son besoin en compétences individuelles et d'en formaliser le souhait.

## **Annexe 7.**

### **Référentiel de compétences (exemple)**

Définition : *TECHNIQUES DE CONDUITE DE PROJETS*

*Ensemble des connaissances et des techniques mises en œuvre pour gérer et mener à bien un projet mobilisant les ressources disponibles, en tenant compte des contraintes humaines, médicales, réglementaires, dans le respect des stratégies développées par l'établissement.*

#### NIVEAU 1

Le vocabulaire suivant est familier : projet, planning, conduite de projet, charge de travail, budget, délai, objectif, tâche, programme, audit, organigramme.

#### NIVEAU 2.

Connaissance des outils de base du management : communication, analyse des dysfonctionnements (conduite de réunion, arbre des causes...) permettant de collecter des données concernant son environnement de travail et de participer à des groupes de résolution de problèmes.

Capacités à attester qu'un projet est conforme aux normes et protocoles prévus.

#### NIVEAU 3.

Capacité à utiliser les différents outils du management du projet.

Capacité à engager et à évaluer une démarche projet sur tout sujet concernant son environnement professionnel immédiat (analyse, définition d'indicateurs, actions correctives).

Capacité à animer un groupe de projet, maîtrise de l'anticipation, de la négociation.

Capacité à contrôler l'application des normes protocolaires et de susciter des explications complémentaires si écart.

#### NIVEAU 4.

Capacité à mettre en œuvre et conduire jusqu'à l'évaluation un projet sur tout sujet au niveau d'un secteur.

Capacité à participer à l'élaboration de démarche de projet dans tout secteur (cadre de référence, outils et moyens de contrôle, utilisation stratégique des atouts et des contraintes.)

Capacité à saisir la complexité d'un projet dans son ensemble.

#### NIVEAU 5.

Capacité à élaborer et mettre en place une politique induisant un effet de cohérence entre pratique et projet au niveau d'une grande fonction ou de l'institution.

Capacité à introduire de nouveaux concepts, moyens ou méthodes.

Capacité à conduire un projet en coopération avec des partenaires extérieurs.

#### NIVEAU 6.

Capacité à élaborer et mettre en œuvre de nouveaux concepts.

Capacité à définir des méthodes de conduite de projets mettant en œuvre des partenaires multiples internes à l'institution hospitalière.