ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

Directeur des soins

Promotion 2002

POLITIQUE DE MOBILITE : Gestion dynamique et partagée des Ressources Humaines.

Dominique STEINER

Sommaire

INTRODUCTION **1**

IDENTIFICATION DU PROBLÈME. **2**

1ERE PARTIE : APPROCHE CONCEPTUELLE DES DIFFERENTS ELEMENTS DE L'HYPOTHESE. **5**

1 UNE POLITIQUE DE MOBILITE NÉGOCIÉE **5**

1.1 La mobilité : un moyen pour la gestion des Ressources Humaines **5**

1.1.1 La définition et les différentes formes de mobilité. 5

1.1.2 Les objectifs de mise en place 7

1.1.3 Les limites et les enjeux. 8

1.2 La politique ou processus d'orientation stratégique **9**

1.2.1 Les éléments de définition 9

1.2.2 Le mythe de la résistance au changement 10

1.2.3 Une volonté nécessaire de changement 11

1.3 La négociation **11**

1.3.1 La définition et les principes 11

1.3.2 La négociation dans les actions collectives à l'hôpital 12

1.3.3 Un instrument du management participatif 13

2 - LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES **15**

2.1 Quelques notions d'histoire **15**

2.2 Les différentes approches en matière de GRH **16**

2.2.1 L'approche « administrative » 16

2.2.2 L'approche « financière » 16

2.2.3 L'approche « gestion des compétences » 16

2.2.4 L'approche « organisation du travail » 17

2.3 L'évolution sociale **17**

2.4 Le management de la GRH et le Directeur des Soins **19**

3 - LA COMPETENCE **21**

3.1 Des éléments de définition **21**

3.2 Des compétences individuelles aux compétences collectives **22**

3.3 L'évaluation des compétences et ses enjeux **24**

2EME PARTIE : COMPREHENSION D'UNE POLITIQUE DE MOBILITE POUR UNE OPTIMISATION DES RESSOURCES HUMAINES PAR L'ANALYSE D'ENTRETIENS REALISES SUR LE TERRAIN. 25

1 - LA PRESENTATION DE LA METHODOLOGIE DE LA DEMARCHE 25

1.1 Le choix des sites 25

1.2 Les entretiens 25

1.2.1 Les catégories de personnes interrogées 26

1.2.2 La conception des grilles d'entretiens 26

1.2.3 Les indicateurs ou mots clés 27

1.3 les limites de l'étude 27

2 - LA PRÉSENTATION DES RÉPONSES 27

2.1 Le dépouillement des réponses 27

2.2 Les réponses et l'analyse par thème et par catégorie de personnes 28

2.2.1 La représentation de la mobilité 28

2.2.2 Les motivations et les intérêts d'une politique de mobilité pour les infirmiers 31

2.2.3 Les obstacles et les freins 32

2.2.4 Les intérêts et le rôle des cadres 34

2.2.5 La politique institutionnelle 36

2.2.6 Le management 38

2.2.7 Les compétences 40

2.2.8 L'évaluation 42

3 - LA SYNTHÈSE DES RÉSULTATS PAR THEME ET SUR LES DEUX SITES ..44

3.1 La représentation de la mobilité 44

3.2 Les motivations et les intérêts d'une politique de mobilité, pour les infirmiers 44

3.3 Les obstacles et les freins 44

3.4 Les intérêts et le rôle des cadres 45

3.5 Le management 45

3.6 Les compétences 46

3.7 L'évaluation 46

4 - L'ANALYSE DES RÉSULTATS 46

4.1 L'analyse du phénomène de mobilité 47

4.1.1 L'influence sur les comportements professionnels 47

4.1.2 L'influence sur l'organisation des établissements 47

4.2 La mise en œuvre d'une politique de gestion des ressources humaines partagée entre DS et DRH 48
4.2.1 La politique de mobilité 48
4.2.2 La relation entre la mobilité et la gestion des ressources humaines 49

3EME PARTIE : PROPOSITIONS D'ACTIONS 50

1 - LES FONDEMENTS DU PLAN D'ACTION 51
1.1 Le cadre réglementaire 51
1.2 Un plan d'action construit en collaboration avec le DRH 52
1.3 Un plan d'action négocié autour d'un travail collectif et pluridisciplinaire . 53
1.3.1 Les liens avec le corps médical 53
1.3.2 Des partenaires privilégiés : les cadres de santé 53

2 - LA CONCEPTION DU DISPOSITIF À METTRE EN ŒUVRE 55
2.1 Un projet de grille de compétence pour le bilan professionnel et personnel 55
2.1.1 La conception et les objectifs à atteindre 55
2.1.2 La mise en œuvre et les principes de fonctionnement 56
2.1.3 L'évaluation des résultats 57
2.2 Le développement du tutorat pour favoriser la mobilité 57
2.2.1 La définition et les objectifs du tutorat 57
2.2.2 Les différentes étapes de la démarche 58
2.2.3 La présentation des résultats 59

CONCLUSION 60
BIBLIOGRAPHIE
ANNEXES

Liste des sigles utilisés

- ARTT ……Aménagement et Réduction du Temps de Travail
- CS……..Cadre de Santé
- CSS……Cadre Supérieur de Santé
- DHOS ……Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
- DRH ……..Direction des Ressources Humaines
- DS …….Directeur des Soins
- EPS ……...Etablissement Public de Santé
- GPEC ……..Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
- GRH ……..Gestion des Ressources Humaines
- GVT ……..Glissement- Vieillissement- Technicité
- IDE …….Infirmier Diplômé d'Etat
- NBI …….Nouvelle Bonification Indiciaire
- SICS ……..Service Infirmier de Compensation et de Suppléance
- CME……Commission Médicale d'Etablissement
- CA……..…Conseil d'Administration
- CHSCT……Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail
- CTE…….Comité Technique d'Etablissement
- CSSI……Commission du Service de Soins Infirmiers

INTRODUCTION

Le système de santé de ce siècle est en profonde mutation. L'évolution de l'hôpital, réagissant aux sollicitudes de son environnement, se voit dans l'obligation d'adapter l'offre de soins aux besoins de la population, avec une exigence de qualité et d'efficience.

De ce fait, la recomposition du tissu hospitalier est inévitable. Ces transformations imposées par la conjoncture économique, les évolutions technologiques, médicales, sociales et politiques, induisent des bouleversements conséquents sur l'organisation et les hommes.

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, à travers les restructurations et les organisations fonctionnelles, incitent implicitement une politique de mobilité interne ou affectation d'un agent dans une nouvelle unité de soins, en terme d'outil de gestion des ressources humaines.

Ainsi, « *l'introduction d'une plus grande mobilité du personnel est un des leviers puissants pour réduire les coûts globaux de l'hôpital.* »[1]. Toutefois, il semble que la mobilité ne soit pas toujours bien accueillie, tant par le personnel que par les cadres.

La gestion des ressources humaines prend alors, toute sa dimension politique et stratégique.

C'est à partir de notre expérience professionnelle et d'entretiens exploratoires sur ce sujet, avec des directeurs de soins, cadres, médecins et directeurs des ressources humaines, que nous allons identifier les différents problèmes liés à la mobilité des personnels infirmiers des établissements de santé.

[1] GONNET F.- L'hôpital en question(s)- Ed Lamarre- Paris : 1992. p 203.

IDENTIFICATION DU PROBLEME.

Ainsi, les restructurations de services, la pénurie des infirmiers[2], les départs en retraite et la mise en place de la Réduction du Temps de Travail complexifient le contexte hospitalier.

Force est de constater que l'absentéisme, préoccupation majeure des infirmiers généraux, génère une **mobilité imposée**, dans la pratique quotidienne.

Ces mouvements subis ont des incidences certaines dans l'organisation des unités de soins et la qualité des prestations fournies aux clients. Afin de permettre la continuité des soins, le cadre prendra des mesures d'urgence. Il rappellera par exemple, un agent en récupération, modifiera les horaires de travail des autres et fera appel à d'autres unités pour renforcer l'équipe en difficulté… Les infirmiers se sentent perdus, ne connaissant pas les patients ni l'emplacement du matériel. Ils considèrent cela comme une punition. Le remplacement « en catastrophe » pour pallier à un absentéisme impromptu peut détériorer le climat de confiance d'une équipe vis à vis de l'encadrement et ainsi discréditer le cadre infirmier. Il entraîne donc, des incompréhensions et des résistances.

Par ces réactions, le centrage des préoccupations des soignants se porte sur les intérêts personnels et les plannings. La dynamique d'équipe n'est plus ni efficace, ni constructive pour le patient.

Les répercussions de ces dysfonctionnements ne sont pas sans conséquences individuelles et/ou collectives.

De même, nous avons pu remarquer que lors d'une fermeture de service, le **nombre d'arrêt maladie ou d'accident du travail** augmente lors du redéploiement des agents ; d'autant plus, s'il existait une **sédentarité** excessive (vingt ans dans la même unité par exemple).

Ces évènements peuvent se vivre comme une rupture dans les relations affectives, particulièrement aiguës dans le contexte hospitalier qui «… *se présente d'un côté comme un univers porteur d'espoir et de progrès considérables, de l'autre comme un univers inquiétant, insécurisant, source de malaise personnel aussi bien que collectif, renvoyant chacun à l'image qu'il se fait de la maladie et de la mort.* »[3].Le sentiment d'appartenance conforte ainsi, la notion de sécurité et de repères.

---

[2] Lire partout infirmier, infirmière.

[3] GONNET F. Op Cit. p. 17.

Dans ce cadre, le doute des personnels infirmiers, pivot des équipes de soins, s'installe quant à leur capacité d'adaptation dans une nouvelle situation. Ce ressenti influe sur leur motivation : ils vivent cette mobilité comme une contrainte et non comme une reconnaissance ou une valorisation professionnelle.
Paradoxalement, certains cadres infirmiers de proximité préconisent la stabilité des équipes pour une meilleure organisation en terme de continuité des soins et une prévision plus simple dans l'élaboration des tableaux de service.

Par ailleurs, l'augmentation des techniques médicales a favorisé la **spécialisation des acteurs professionnels**, comme par exemple, les infirmiers exerçant sur un plateau technique (Réanimation, Pneumologie, Hépato-gastro-entérologie, Oto-rhino-laryngologie...). De ce fait, la spécialisation peut devenir un frein supplémentaire à la mobilité en accentuant le cloisonnement des services. D'autant plus que les médecins expriment clairement leur préférence à travailler avec le même personnel. Ils les connaissent bien et les ont formés depuis plusieurs années ! Ils sont «habitués » et refusent le changement : «*Je ne veux pas que l'on touche à **mes** infirmières* » ; un tel discours conforte les infirmiers dans un sentiment de pouvoir de « spécialiste » vis à vis de leurs collègues, voire même de l'encadrement.

Dans ces observations, il nous semble que la communication entre professionnels est peu précise et plus orientée sur un registre affectif. Aucune **négociation** n'a été mise en œuvre pour permettre un changement pertinent et efficace.

D'autre part, dans certains établissements, les affectations proposées par le DSI, relèvent plus de l'ordre du « bouche trou » et la plupart sont sur le Service Infirmier de Compensation et de Suppléance sans contractualisation de durée sur le poste d'affectation. De plus, il n'existe pas de profil de poste. Cette observation est valable quelque soit le poste proposé. Il est donc difficile dans ce contexte de réaliser en collaboration avec le DRH, une **Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences**. Cette démarche a pourtant le souci de «*réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines de l'entreprise (en terme d'effectifs et de compétences), en fonction de son plan stratégique (ou au moins d'objectifs àmoyen terme bien identifiés) et impliquant le salarié dans le cadre d'un **projet d'évolution professionnelle*** »[4].

[4] RAOULT N. Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier- Ed. L'Harmattan-1991- p.32

C'est à partir de ces constats que l'on peut s'interroger sur :

- Comment permettre aux personnels des équipes de soins et plus particulièrement aux infirmiers d'adhérer à une politique de mobilité interne ?
- Quels sont les moyens que peut employer le directeur des soins pour contribuer à optimiser la gestion des Ressources Humaines ?
- Comment favoriser le développement des compétences ?

Ce questionnement nous permet de poser l'**hypothèse** de recherche suivante :

« Une politique de mobilité interne, négociée, facilite la gestion des Ressources humaines et le développement des compétences des infirmiers. »

Nous nous attacherons dans une première partie, à définir les différents **concepts** qui structurent cette hypothèse.
Ainsi, le concept d'une politique de mobilité négociée, par sa définition et ses différentes dimensions, nous permettra d'envisager l'analyse des stratégies mises en place.
Les compétences définies et explicitées conforteront vraisemblablement l'objectif fixé en terme d'optimisation des ressources Humaines.
L'approche théorique de la gestion des Ressources Humaines complètera la compréhension de la problématique abordée.

Dans la deuxième partie, afin de vérifier les éléments de notre hypothèse, nous réaliserons une **enquête comparative** sur deux établissements : un EPS ayant mis en place une politique de mobilité interne et le développement du projet professionnel et l'autre, ne pratiquant pas cette politique .
L'enquête s'effectuera à partir d'entretiens semi- directifs auprès de directeurs de soins, directeurs des ressources Humaines, cadres et infirmiers. Nous analyserons ensuite, les résultats.

La troisième partie sera consacrée aux **actions** et aux **contributions** que pourra réaliser un directeur de soins dans un établissement de santé pour une gestion dynamique des ressources humaines au bénéfice d'une qualité de prestation de soins pour les usagers.

1ERE PARTIE : APPROCHE CONCEPTUELLE DES DIFFERENTS ELEMENTS DE L'HYPOTHESE.

1 UNE POLITIQUE DE MOBILITE NEGOCIEE

1.1 La mobilité : un moyen pour la gestion des Ressources Humaines

Les éléments de définition de la mobilité nous permettront de l'appréhender sous ses différentes formes. Nous complèterons ces éléments par les objectifs de mise en place en terme de moyen, pour la gestion des ressources humaines. Enfin, nous envisagerons les limites et les enjeux de ce concept.

1.1.1 La définition et les différentes formes de mobilité.

La mobilité dans le dictionnaire Petit Larousse se définit comme étant « *la facilité à se mouvoir, à être mis en mouvement, à changer, à se déplacer* ». L'origine du mot est issue du latin « mobilis » : qui se meut, et de « movere » : se mouvoir.
Le mouvement se définit comme un changement de place, de position d'un corps par rapport à un système de référence.

Ce système peut s'apparenter à l'entreprise. Elle détermine ainsi, la mise en mouvement des individus qui la compose. Toutefois, ce mouvement doit être un **acte volontaire.** Dans ces conditions, la mobilité devient motivante et dynamique.
Elle s'inscrit dans un système de progression dynamique, à l'initiative de l'agent, elle lui paraît qualifiante.

La mobilité se présente sous différentes formes :

- La mobilité géographique qui correspond à un changement d'établissement et d'employeur. Nous n'étudierons pas cette dimension dans notre travail.
- La mobilité fonctionnelle, selon N. Raoult[5], s'envisage selon trois dimensions principales :

  - **La mobilité professionnelle** (ou horizontale) :

« *Elle correspond à un changement de métier (ou emploi). Ce changement demande à l'agent de faire appel à des compétences qu'il n'exerçait pas auparavant ou du moins pas de la même manière* »[6]. C'est un **changement de nature de travail**, comme pour les infirmiers hygiénistes ou les infirmiers stomato- thérapeutes qui exercent de nouvelles compétences dans leurs unités et/ou dans d'autres secteurs, mais dans le même domaine professionnel. Il s'associe à une évolution technique.

  - **La mobilité d'environnement** :

« *Plus communément dénommée mutation. Le même type d'activité, dans la même qualification, avec le même grade hiérarchique, est exercé dans un autre lieu de travail, dans une autre équipe, avec un autre responsable*. »[7]

Cette catégorie correspond au changement de service d'un infirmier, d'un cadre infirmier affecté dans un autre service ou secteur de travail. C'est un **changement d'appartenance organisationnel**.

  - **La mobilité catégorielle** (ou verticale) :

« *Il s'agit de la promotion. C'est une mobilité qui conduit un agent à quitter un emploi pour un autre, impliquant un accroissement des responsabilités. Elle est le plus souvent, sanctionnée par un changement d'échelon, de grade, de qualification, mais aussi par une augmentation de la rémunération* »[8].

Cette dimension peut s'identifier à l'exercice d'infirmier anesthésiste, de bloc opératoire ou de puériculture, ou encore à la prise de fonction de cadre infirmier ou d'enseignant. C'est un **changement de statut hiérarchique**.

[5] RAOULT- Op. Cit. – p.242

[6] Ibid.

[7] Ibid.

[8] Ibid.

Ainsi, si la mobilité, d'après D. VILCHIEN[9] sous directeur des personnels de la Fonction Publique Hospitalière, est intégrée dans le discours hospitalier, elle semble synonyme de dynamisme, de remise en cause et d'augmentation des compétences.
Toutefois, gérer les affaires humaines ne se pratique pas seulement sur des principes philosophiques.

1.1.2 Les objectifs de mise en place

Mettre en place une démarche de mobilité demande de tenir compte de la culture de l'entreprise, de la communication des individus entre eux et du temps. La mobilité est donc un moyen pour atteindre des objectifs.
Ainsi, ces objectifs sont en rapport avec les **effectifs** qui, en nombre restreint dans la conjoncture économique actuelle, doivent devenir plus **performants**. Leur adaptation aux nouvelles exigences, nécessite donc une prise en compte efficace des compétences de chacun. Nous pouvons alors nous heurter au paradoxe d'une demande de soins en progression contre des moyens en diminution ou en stagnation.

La mise en place d'une politique de mobilité permettra de réorganiser, restructurer les établissements de santé avec, inévitablement, un **redéploiement du personnel**.
L'idée de «mouvement » dans la définition de la mobilité, nous apparaît intéressante à prendre en considération comme contraire à l'instabilité. Il est indispensable de préparer le changement, afin de mettre le **patient au centre** du dispositif. L'organisation utilisera au mieux ses ressources humaines en répondant à la demande de soins variable d'un jour à l'autre.

Le décloisonnement promu par la mobilité permet un échange professionnel riche et autorise le développement de la **communication** inter service et de cette façon, une meilleure prise en charge du patient par la **polyvalence** du personnel.

Ces échanges activent un processus de capitalisation de connaissances et d'aptitudes. Ils créent une synergie entre les différents services : un infirmier n'arriverait plus en catastrophe dans une autre unité pour un remplacement impromptu.

[9] VILCHIEN D. La mobilité au sein de la Fonction publique hospitalière- Informations sur les ressources humaines à l'hôpital. Direction des Hôpitaux- N° 5, avril 1994

Une dynamique professionnelle et personnelle s'installe. Elle est pour le professionnel un moyen de progression et s'inscrit dans une pratique volontariste. Les agents y trouveront un intérêt en étendant leur champ de compétences. D'autre part, la mobilité étant une garantie fondamentale du fonctionnaire, l'agent peut concilier vie personnelle et professionnelle.
Cette pratique, dans la crise actuelle, peut être considérée comme une prise de risque.

1.1.3 Les limites et les enjeux.

Ainsi, différents facteurs peuvent bloquer les conditions de réussite d'une démarche de mobilité.
Nous pouvons constater que quelques cadres ou dirigeants, en principe toujours favorables à la mobilité, la craignent dans la mesure ou le remplacement de l'agent risque de ne pas se réaliser par manque d'effectifs.
D'autre part, la mobilité peut être considérée comme une signe d'instabilité ou encore d'insatisfaction si, par exemple, les agents d'une unité demandent fréquemment une autre affectation ; ceci peut signifier un désaccord avec l'encadrement ou l'équipe médicale, ou un dysfonctionnement dans l'organisation.

Il est aussi difficile d'aller contre l'enracinement affectif particulièrement prégnant dans les hôpitaux. Les infirmiers gérant une charge émotionnelle lourde, s'attachent à leurs collègues. C'est une réponse aux situations stressantes, une marque d'appartenance au groupe et à la dimension relationnelle. La peur de l'inconnu, du manque de performance génère donc, un frein notoire à la mobilité.

Il semble, d'autre part, que la fonction publique hospitalière n'offre pas de compensation pour favoriser cette politique. Cependant, la modernisation structurelle du monde hospitalier, renforcée par le protocole d'accord du 14 mars 2000, s'appuie désormais sur la réalisation d'un projet social[10], partie intégrante du projet d'établissement.

[10] Circulaire DHOS/P1/2001 N°335 du 3 juillet 2001 relative au projet social et au volet social des contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé financés par dotation globale.

Le guide méthodologique[11] proposé par la DHOS pour faciliter l'élaboration du projet social met en évidence qu'à travers une politique de mobilité intégrée dans le projet social, les établissements peuvent proposer des « *solutions attractives, permettant :*

- *D'actualiser les compétences et acquérir des compétences nouvelles ;*
- *De faciliter les changements aux conséquences bénéfiques sur la carrière et d'ouvrir d'autres perspectives de carrière ;*
- *D'élargir les possibilités d'expériences dans des secteurs et services différents ;*
- *De favoriser l'épanouissement et la promotion professionnelle*. »

Il s'agit donc pour les établissements, de mettre en place une politique volontariste afin d'aboutir à un résultat. Nous pouvons penser que la mise en place de la mobilité interne passe par une dimension stratégique.

1.2 La politique ou processus d'orientation stratégique

1.2.1 Les éléments de définition

Nous pouvons entendre par stratégie : *« la conception du chemin qui va convenir le mieux àl'atteinte d'un objectif. La stratégie englobe la notion de moyens, de tactiques, de plans d'action, de résultats àatteindre, de politique en général*. »[12]

Cette politique nécessite donc une réflexion associée à l'expression des personnels pour déterminer les valeurs et les principes qui sont le fondement de l'aspect qualitatif de la gestion des ressources humaines. La clarification de ces notions se construit sur la définition des objectifs et des résultats souhaités.

Elle introduit alors, la représentation du changement indispensable, synonyme de progrès.

Il n'est pas facile d'adopter de nouvelles dispositions si, de surcroît, nous n'en sommes pas les auteurs.

Le changement se définit comme «*passer d'un état à un autre* »[13].Il est également synonyme de mutation, transformation, modification…Il nous paraît donc évident de permettre cette mutation d'une manière lente plutôt q'une fracassante modification des organisations.

---

[11] Ministère de l'emploi et de la solidarité –DHOS- « Elaboration, négociation et suivi du projet social », guide méthodologique -2001, 51p.

[12] BELLENGER L. Stratégie et tactiques de négociation – ESF Ed- Paris ;1994- p122.

[13] LE DICTIONNAIRE DU FRANÇAIS- Ed Hachette- Paris,1992.

1.2.2 Le mythe de la résistance au changement

Le changement oblige souvent, une redéfinition des tâches, et une certaine rivalité peut s'installer entre professionnels. Les exigences nouvelles font douter les individus sur leurs capacités à affronter ces situations. Le doute devient parfois un sentiment de réel discrédit du travail fourni au préalable. L'individu réagit alors, par une attitude de crise : la résistance au changement.

La résistance au changement est une attitude rationnelle et elle est dépendante des risques encourus par l'individu.

Elle dépend aussi de :

- la personnalité des personnes (anxiété, défense…),
- de la capacité à rompre avec les habitudes,
- de la compréhension des enjeux du changement.

L'abandon des automatismes pour changer nécessite souvent une phase de désapprentissage évocatrice de régression.

Ainsi, tout changement, considéré comme positif pour l'individu, représente un coût sur le plan émotionnel. Il ne s'agit pas d'une réelle opposition mais de mise en place de freins protecteurs car, l'émotion infiltre l'ensemble de nos comportements en amont du savoir, du pouvoir et du vouloir.

En pratique, nous balançons entre vouloir changer pour éviter la monotonie et progresser, et vouloir ne rien changer pour garder le confort de nos habitudes. Nous rencontrons tous, dans les services de soins, l'agent qui a la « bougeotte » :

- changements fréquents de services, quelques uns ne se « posent » jamais,
- périodes consacrées aux enfants, à la famille, aux études puis à la carrière…

et celui qui réalise toute sa carrière dans le même service et progresse par le simple avancement. Par un simple évènement, nous pouvons bloquer le système, et les plus mobiles se sédentariseront du fait d'un changement non souhaité.

Or, « *ce à quoi les gens résistent n'est pas tant le changement que la façon dont il est (re)présenté, c'est-à-dire les imaginaires qu'il véhicule*.»[14]. Le changement d'intérêt général envisagé, suscite des réactions d'ordre individuel en réponse à une spoliation que l'on considère personnelle. Il convient donc de prêter attention aux aspects culturels du changement et d'intégrer dans son management les dimensions irrationnelles qu'il suscite.

[14]CHAVEL T.-La conduite humaine du changement- Ed DEMOS- Paris : 2000- p. 37.

1.2.3 Une volonté nécessaire de changement

Dans notre monde professionnel et social, les bouleversements organisationnels ne tiennent pas toujours compte des écarts qui existent entre la volonté de changement et les réalités professionnelles, de par le contexte budgétaire, les réductions d'effectifs, les grèves et l'aménagement de la réduction du temps de travail.

Les réorganisations annoncées doivent donc prendre en considération la mobilisation de l'encadrement et des équipes. La réussite d'une politique de changement donne priorité à la communication active et orientée. L'analyse de l'attente des équipes doit permettre de dégager les principaux axes de cette communication pour préserver, augmenter et améliorer l'autonomie des acteurs.

Pour autant, le changement ne se résume pas à un discours officiel mais bel et bien à l'établissement d'un climat de confiance. Ainsi, « *une méthode efficace consiste , le plus tôt possible, à établir des règles du jeu, dans la réorganisation, avec la plus grande transparence possible* ».[15]

L'encadrement est donc en première ligne pour œuvrer le changement et son efficacité s'avère dans sa réaction improvisée la plupart du temps, pour anticiper les conséquences humaines de la réorganisation.

A partir de cette réflexion, il nous paraît indispensable d'aborder le terme de **négociation** et de son impact en tant qu'instrument de management participatif.

1.3 La négociation

1.3.1 La définition et les principes

Il existe de nombreux noms pour désigner la négociation. Ce terme renvoie à de multiples synonymes, tels que : *marchandage, compromis, marché, entente tacite, médiation, échange et collusion…*

Selon STRAUSS A.L. la négociation semble être un fait générique des relations et des arrangements humains.

Elle présente trois aspects :

- Elle **existe s'il y a conflit et/ou tension** : les intérêts des négociateurs sont divergents même si elle relève d'une action collective. Par exemple : la mise en place d'une politique de mobilité, la construction du projet social où les

[15] Ibid. p21.

positionnements des acteurs se négocient et leurs intérêts sont souvent divergents,

- Elle est une **nteraction** entre les acteurs et se développe dans un processus complexe,
- Elle est **structurée** et l'on peut la décrire.

1.3.2 La négociation dans les actions collectives à l'hôpital

❖ Le conflit support de négociation,

La négociation est un moyen pour obtenir que les choses se fassent. Elle apparaît au sein des sociétés industrielles où les groupes la jugent nécessaire. Elle s'utilise pour que s'accomplisse ce qu'un acteur (personne, groupe, organisation…) souhaite. Il y a distinction entre un accord et une négociation, car celui-ci n'implique pas toujours des conflits.

Le terrain hospitalier où se confrontent des logiques parfois contradictoires, est chargé de tensions importantes qui existent entre les groupes professionnels en charge de l'élaboration des projets.

❖ Une relation complexe entre les acteurs,

Dans une organisation, il ne peut y avoir aucune relation qui ne soit négociée. La formation professionnelle spécifique, l'idéologie, la carrière et enfin la position hiérarchique affecte toute négociation.

C'est l'interaction entre les professionnels qui devient un terrain d'analyse lorsqu'on s'intéresse à la négociation, et non pas leur position hiérarchique, les règles formelles et les jeux de pouvoirs qui en découlent.« *A l'hôpital, les professionnels, mais également les usagers d'aujourd'hui, sont engagés dans un processus complexe de négociation, afin de mener à bien leurs projets personnels et de mettre en œuvre – dans la division du travail établie - des objectifs institutionnels énoncés soit clairement, soit vaguement*. »[16].

[16] STRAUSS A. L. –La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionniste- Ed. L'HARMATTAN-Paris : 1992, p15.

❖ Une négociation structurée,

Les négociations spécifiques sont subordonnées aux négociations structurelles ; ainsi, qui négocie avec qui, quand et à propos de quoi, sont les questions indispensables au préalable.

Dans notre problématique, la négociation autour de la mise en place d'une politique de mobilité dans un établissement de santé, se fera avec les acteurs identifiés, à des moments appropriés et organisés (rythmes identifiés). Les conséquences de cette négociation sur l'organisation des services de soins sont un enjeu très important.

1.3.3 Un instrument du management participatif

L'évolution du management à l'hôpital, fortement marqué par une culture d'autorité pyramidale, très hiérarchisée, vers un **management participatif** date des années « 90 ». il repose sur le postulat de la responsabilisation des acteurs afin de dynamiser les performances de l'organisation par la créativité et la prise d'initiative des hommes sur le terrain.

❖ **La collaboration avec le directeur des ressources humaines**.

La démarche du DS est en étroite collaboration avec le DRH. Leur responsabilité réciproque est engagée vis à vis du directeur de l'établissement. Leur coopération s'entend sur plusieurs niveaux tels que :

- les processus d'évaluation,
- la GPEC,
- l'aménagement du temps de travail,
- la détermination des besoins en formation…

Le directeur des soins doit subséquemment mettre en place une gestion stratégique dans ce projet partagé. Il se situe comme acteur du changement dans l'institution de soins et doit développer une vision prospective pour des soins infirmiers de qualité.
De par ses missions, « *…il participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose les affectations*… »[17]

[17] Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Titre Ier art.4.

Il est un maillon incontournable dans la gestion des ressources humaines des personnels para-médicaux. Le directeur des soins est garant des valeurs et du sens des différents projets de l'établissement. Ces projets deviennent un véritable dispositif de motivation pour l'ensemble des personnels. Il nous paraît toutefois important de donner le temps, afin que les conditions de base pour que le changement et la communication qui l'accompagnent, puissent avoir lieu dans des conditions optimales.

❖ Une gestion décentralisée près des cadres supérieurs

Le directeur des soins se trouvera donc en phase de négociation pour constituer l'équipe du changement, pour concevoir le projet et rassembler les compétences. Ceci implique une bonne connaissance de ses collaborateurs en terme de ressources potentielles. La constitution d'une équipe efficace dépend de l'importance de la diversité des membres qui la compose. De cette manière, les cadres supérieurs, partenaires directes du directeur des soins auront des missions définies et écrites. Elles seront verticales mais aussi transversales.

Le développement du groupe passe par différentes phases d'apprentissage pour atteindre une entité cohérente. L'analyse des processus de domination et partant de décision, permettra d'atteindre les objectifs fixés.
Le directeur des soins, dans sa mission de négociation pour ce projet de mobilité au service de la gestion des ressources humaines, pourra intrinsèquement développer souplesse et créativité pour la valorisation des actions réussies.
De même, le rôle de l'encadrement évolue ; d'une gestion verticale (notion de hiérarchie), il passe à une gestion horizontale (coordination des activités à travers l'organisation). Le positionnement des professionnels requerra la définition des fonctions et des postes de chacun en précisant les compétences, les champs de responsabilités, les aptitudes et les formations nécessaires.
Les processus de décision concernant les groupes et les individus doivent se situer au cœur des domaines constitutifs de la G.R.H.
Dans la seconde partie de ce cadre conceptuel, nous allons présenter la définition et les différentes approches de la G.R.H. afin de tenter de comprendre pourquoi la collaboration direction des soins et direction des ressources humaines nous semble indéniable.

2 - LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

2.1 Quelques notions d'histoire

La circulaire gouvernementale du 23 février 1989 relative au renouveau du service public introduit la notion de «Gestion des Ressources Humaines ». elle s'appuie sur une exigence d'adaptation par rapport à la gestion des personnels et des emplois. De plus, en 1990, la Direction des hôpitaux publie une nomenclature des emplois type de l'hôpital[18]décrivant la base des activités selon quatre axes :technicité, information, communication et contribution économique. La gestion des ressources humaines est sous-tendue par « *les aspirations et les motivations des personnels, la recherche d'une meilleure qualité de travail, l'élévation du niveau de qualification de la population qui apparaissent comme de puissants leviers qui génèrent non seulement des changements dans l'organisation et les modes de fonctionnement du travail, mais transforment également le contenu même des emplois* »[19].

En effet, il devient évident que la gestion des personnels fortement réglementaire par ailleurs, doit évoluer dans la prise en compte prévisionnelle des emplois. La gestion « des hommes » d'un point de vue éthique ne peut exclure la question de la décision juste et comment concilier justice sociale et efficacité économique.

En 1994, le rapport d'étude sur « La gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publics »[20] démontre avec quelles difficultés les hôpitaux appréhendent l'aspect novateur d'une telle gestion. Bien des « directions du personnel » continuent à recruter, rémunérer, noter sur des pratiques ancestrales. Toutefois l'évolution semble passer par un encadrement au cœur du processus de changement pour agir sur les conditions de travail, les plans de formation et l'implication dans les projets institutionnels.

[18] Direction des hôpitaux – Nomenclature des emplois types- 1990.

[19] RAOULT N. Op Cit. p19.

[20] BARATAY P.,GUERIN T., MAHE MC., TAVERNIER N.- la gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publics- Rapport d'étude, Paris, 1994.

2.2 Les différentes approches en matière de GRH

Selon le manuel de gestion des ressources humaines coordonné par DERENNE O. ET LUCAS A.[21] la G.R.H. peut se présenter sous quatre dimensions correspondant aux représentations du fonctionnaire : le grade, l'indice, le métier, le poste de travail.

2.2.1 L'approche « administrative »

Le fonctionnaire hospitalier est dans une situation statutaire et réglementaire régie par la loi du 13 juillet 1983, portant droits et obligations des fonctionnaires et par la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions relatives à la fonction publique hospitalière. Comme nous l'avons précédemment cité, il y a quelques années, la gestion du personnel se bornait à une simple gestion administrative. Il s'avère aujourd'hui, qu'elle est toutefois indispensable pour permettre une bonne gestion des compétences et de l'organisation. De plus, la loi sur la fonction publique hospitalière laisse certaines marges de manœuvre aux décideurs pour le choix des personnes, dans la mesure où les recrutements se font sur concours sur titre, choix des cadres, évaluation, notation etc…Il n'en va pas de même pour la fonction publique d'Etat beaucoup plus restrictive et réglementée.

2.2.2 L'approche « financière »

Dans cette approche, il s'agit des modalités de rémunération des fonctionnaires hospitaliers sur la base des indices, primes et indemnités, mais aussi sous un angle collectif, de maîtriser l'évolution de la masse salariale.
En effet, les dépenses du personnel représentent environ 70% des dépenses d'exploitation. Nous pensons que le suivi de ces dépenses mérite une attention particulière par l'évolution prévisible du G.V.T (Glissement- vieillissement- technicité). Cette veille peut se concrétiser par la tenue de tableaux de bord sollicitant une bonne connaissance des agents hospitaliers et une participation active de la direction des soins.

2.2.3 L'approche « gestion des compétences »

A l'heure actuelle, le fonctionnaire hospitalier n'apparaît plus comme uniquement un « grade » mais la notion de «métier » s'impose en matière de G.R.H. Les politiques de G.R.H. s'orientent donc vers : «

- *l'évaluation du personnel avec généralisation des entretiens d'appréciation,*

[21] DERENNE O., LUCAS A., al…-Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière- Tome 2- Rennes :Ed E.N.S.P., 2002, p 10.

- *le plan de formation en cohérence avec le projet d'établissement et les compétences attendues,*
- *le recrutement, notamment, de cadres sur la base de profil de poste,*
- *l'élaboration de parcours de carrière pour les personnels… »*[22]

la Direction des hôpitaux préconise la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et élabore en 1997 un *guide de G.P.E.C.* destiné à promouvoir cette pratique au sein d'un maximum d'établissement.

« Plus que jamais, et dans la mesure où toutes les structures d'offre de soins évoluent, dans le cadre d'un développement de leur coopération, la mise en place d'une GPEC apparaît nécessaire, tant pour la gestion collective qu'individuelle des personnels. »[23]

2.2.4 L'approche « organisation du travail »

La mission des hôpitaux est d'assurer la prise en charge des patients 24h/24 et 365j/365. la gestion de l'organisation du travail devient alors le fer de lance de la D.R.H. Certains établissements ont choisi l'annualisation du temps de travail par une gestion informatisée qui leur permet un suivi en lien avec les différents secteurs de travail et les services de la direction des ressources humaines. ; il s'agit pour eux de gérer au mieux l'A.R.T.T. et la mise en place de tableaux de bord (suivi G.V.T., absentéisme, accidents de travail…).

Le rôle de l'encadrement est donc, d'organiser le travail dans le temps tout en respectant la qualité de vie au travail et les conditions d'hygiène et de sécurité des agents.

Ainsi, le DRH est garant de cette organisation. Elle doit être intégrée dans le projet social, volet obligatoire du projet d'établissement.[24] La collaboration DRH/DS en terme de gestion, de mise en place d'outils de suivi, de traçabilité, de prévention… devrait être judicieusement coordonnée pour apporter lisibilité et crédibilité aux projets et suivi de la gestion des ressources humaines.

2.3 L'évolution sociale

L'évolution de la G.R.H. s'accomplit au fil des années depuis la Réforme Hospitalière de 1991 complétée par les ordonnances de 1996, accompagnée des protocoles Evin, Durafour, Durieux, Aubry…

---

[22] Ibid. p12.

[23] Ibid. p12

[24] Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. JO du 18 janvier 2002.

- **L'amélioration des rémunérations** :

En ce sens, les rémunérations ont subi une amélioration notoire malgré un sentiment diffus d'injustice (les primes, les NBI…) ; les évolutions de carrière ont cependant été prises en compte par les travaux sur les filières administratives, techniques et ouvrières courant de l'année 2001 et concrétisées par la circulaire du 8 février 2002[25] ; enfin, la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 permettra à moyen terme (lorsque les décrets d'application spécifiques pour le secteur sanitaire seront adoptés) de valider les acquis de l'expérience et renforcera l'effort fait.

- **Un effort en terme de formation** :

Nous pouvons noter encore, un effort en matière de formation car mieux intégrée aux objectifs d'établissements[26], elle requiert une réelle gestion tant pour les directions que les médecins et la hiérarchie infirmière. Les plans de formation, discutés et validés en commission font appel à un vrai professionnalisme. La formation est désormais bien identifiée comme facteur de changement efficace.

- **La prise en compte des conditions de travail et de l'aménagement du temps de travail :**

Un autre point particulièrement intéressant, se situe au niveau des conditions de travail et de l'aménagement et la réduction du temps de travail. La mise en place des «35H» depuis janvier 2002 a réclamé une prise en compte réelle des souhaits des personnels et dans certains établissements a permis une véritable réorganisation du travail dans un objectif de qualité et d'efficience.

Nous avons pu constater un réel travail de collaboration entre cadres supérieurs et cadres de proximité pour motiver les équipes sur le terrain afin de déterminer ensemble les éventuelles réorganisations de travail ou d'aménagement du temps. Cette coopération s'est même enrichie de la participation active des médecins en vue de modifier et d'adapter leurs activités de façon à permettre un consensus de prise en charge des patients, de qualité

Cependant les difficultés de remplacement, malgré un début de compensation ne pallie pas toujours la pénurie d'infirmier déjà omniprésente sur l'ensemble du territoire. Ces difficultés de gestion des hommes se superposent à celle de la gestion du flux des

[25] Circulaire DHOS/P2/2002/77 du 8 février 2002, relative à la mise en œuvre de certaines mesures du protocole du 14 mars 2001 relatives aux corps des attachés d'administration hospitalière, des cadres de santé, des sages-femmes, des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

[26] Décret n° 90-319 du 5 avril 1990 relatif à la formation professionnelle continus des agents de la fonction publique hospitalière.

patients et aux problématiques de fermeture de lits engendrées par le manque de personnel crucial par exemple, dans les mois de période estivale.
En tout état de cause, malgré les efforts annoncés par les pouvoirs publics, le ressenti des personnels n'atteint pas l'objectif souhaité en terme d'avancée sociale et semble être plutôt, générateur de démotivation.
Un autre facteur de démotivation résulte des différentes logiques de cloisonnement qui, encore, régissent les fonctions d'encadrement. Une démarche réfléchie, participative du directeur des soins dans sa fonction, peut éventuellement fédérer le corps d'encadrement autour de valeurs et de conception commune dans la gestion des ressources humaines des établissements.

2.4 Le management de la GRH et le Directeur des Soins

Les missions du directeur des soins, décrites dans le décret du 19 avril 2002[27], lui donne par délégation du directeur d'établissement, autorité hiérarchique sur tous les cadres de santé et d'être membre de l'équipe de direction. A ce titre, la traduction des politiques dans l'action quotidienne peut se réaliser dans un véritable travail d'équipe fondé sur les valeurs de l'institution.
« Une telle approche implique nécessairement l'encadrement, qu'il soit de proximité ou à un niveau de responsabilité plus élevé ; la GRH ne peut se concevoir, de fait, que partagée car tout animateur d'équipe est par définition acteur, que ce soit dans l'action quotidienne, mais aussi, cela est souhaitable, àl'occasion de certains actes forts tels que le recrutement, l'évaluation, et d'autres encore. »[28]
Il nous semble donc important que le directeur des soins, en coopération avec le directeur des ressources humaines puisse :

- **Etablir un climat de confiance**

par :

- une professionnalisation de l'encadrement des services de soins,
- un dialogue, synonyme de transparence et de crédibilité, à tous niveaux,
- des relations constructives avec le corps médical dont il peut être l'interlocuteur privilégié,

c'est définir des règles du jeu, compréhensibles par tous et s'y tenir.

[27] Ibid.

[28] DERENNE O, LUCAS A., al … OP Cit. P33.

❖ **Reconnaître l'importance de l'information**

par l'utilisation de la messagerie interne, par exemple. Celle-ci implique la formation des cadres mais permet une information simultanée de plusieurs personnes, services ou direction concernés (notamment la DRH, pour toute indication concernant la situation d'un agent). Il s'avère que le nombre d'instances dans le monde hospitalier ne facilite pas pour autant le passage de l'information.
En effet, si la communication d'un projet ou d'une décision n'est ni claire, ni cohérente, nous pouvons imaginer que les personnels réagiront, parfois de manière violente, et n'intègreront pas les objectifs souhaités. De plus un conflit social est très souvent porteur d'animosité et de dégradation de la confiance.

❖ **Utiliser un langage commun**

pour éviter, le plus possible les malentendus et les dysfonctionnements comme une confusion dans la définition des profils et fiches de poste par exemple.
Le sens controversé, donné aux mots, peut générer des incompréhensions allant jusqu'au dysfonctionnement grave. Dans l'exemple cité, une erreur d'affectation peut amener des conséquences imprévisibles tant sur l'agent que sur le service.
De même, de nombreuses discussions sont poursuivies quant aux postes vacants, budgétés ou de remplacement !
D'autre part, il en va de la responsabilité du directeur des soins de favoriser un langage « positif » des cadres vis à vis des personnels. Nous entendons par là, qu'ils utilisent des injonctions favorables comme : « *le remplacement que vous effectuerez dans cette unité sera une aide considérable pour la prise en charge du patient*… » plutôt que « *vous allez remplacer l'arrêt maladie de mme x*… ».

La gestion des ressources humaines est le domaine privilégié des DRH. Le poids des textes réglementaires, en augmentation certaine depuis ces dernières années, ne leur laisse pas toujours la possibilité de mettre en application ferme, la politique de G.P.E.C.
Il nous apparaît alors évident de développer le concept de **compétence** et de s'interroger sur quel type de compétences le service des soins a besoin pour améliorer ses pratiques. De plus, l'évaluation des compétences devient un outil essentiel pour l'évolution de celles-ci, au centre d'enjeux psychologiques et pédagogiques.

3 - LA COMPETENCE

3.1 Des éléments de définition

Le Dictionnaire du Français définit la compétence comme «*connaissance, expérience qu'une personne a acquise dans tel ou tel domaine et qui lui donne qualité pour en bien juger* ». Cette définition semble toutefois quelque peu restrictive car « *la compétence d'un professionnel se reconnaît à sa capacité à gérer efficacement un ensemble de situations professionnelles. Pour cela il devra savoir combiner et mobiliser plusieurs compétences ou ressources* »[29]

Les personnes acquièrent des ressources et l'intérêt réside dans le fait qu'elles sachent les utiliser pour construire des actions appropriées. De plus, nous pouvons différencier : « avoir compétence » et « être compétent » car, en effet, le premier terme rejoint plutôt une dimension sociale et le rapport entre les individus, alors que le second fait référence à l'individu lui-même.

La compétence consiste donc à un « *ensemble de connaissances, de capacités d'action, de comportements structurés en fonction d'un but à atteindre dans un type de situation donnée*. »[30]

L'ensemble des savoirs peut se distinguer dans deux domaines :

- Les savoirs « formalisables », ne permettant pas d'agir (savoirs théoriques, savoirs procéduraux),
- Les savoirs « agis », permettant l'action (savoirs pratiques, savoirs faire et savoirs sociaux). Nous définirons les savoirs sociaux comme étant *« la capacité à développer des comportements professionnels adaptés* ».[31]

Citons par exemple, l'infirmière dans une unité de Neurologie ; elle fait appel à :

- Des savoirs techniques (Neurologie, physiologie du cerveau…),
- Des savoirs procéduraux (Protocoles à respecter : recueil d'information sur recherche des antécédents, les habitudes de vie et d'hygiène…),
- Des savoirs faire (Pratique d'injections, de perfusion…),
- Des savoirs pratiques (Surveillance neurologique : état de conscience, constantes…),
- Des savoirs sociaux (Réadaptation et éducation du patient…).

---

[29] LE BOTERF G. De quel concept avons-nous besoin ?- Dossier : Les compétences, de l'individuel au collectif. SOINS CADRES N° 41 février 2002. p20.

[30] BARTHES R. Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences- Cours E.N.S.P.- avril 2002.

[31] Ibid.

La combinaison de l'ensemble permet l'émergence des compétences, c'est à dire la mobilisation de l'ensemble de ses savoirs pour adapter sa pratique.
De surcroît, la compétence ne se définit plus comme une mise en œuvre de savoirs mais comme une aptitude à s'adapter aux exigences nouvelles.

3.2 Des compétences individuelles aux compétences collectives

Pour agir avec compétence, l'infirmier mobilise ses propres ressources mais conjointement, celles de son environnement. Il utilisera :

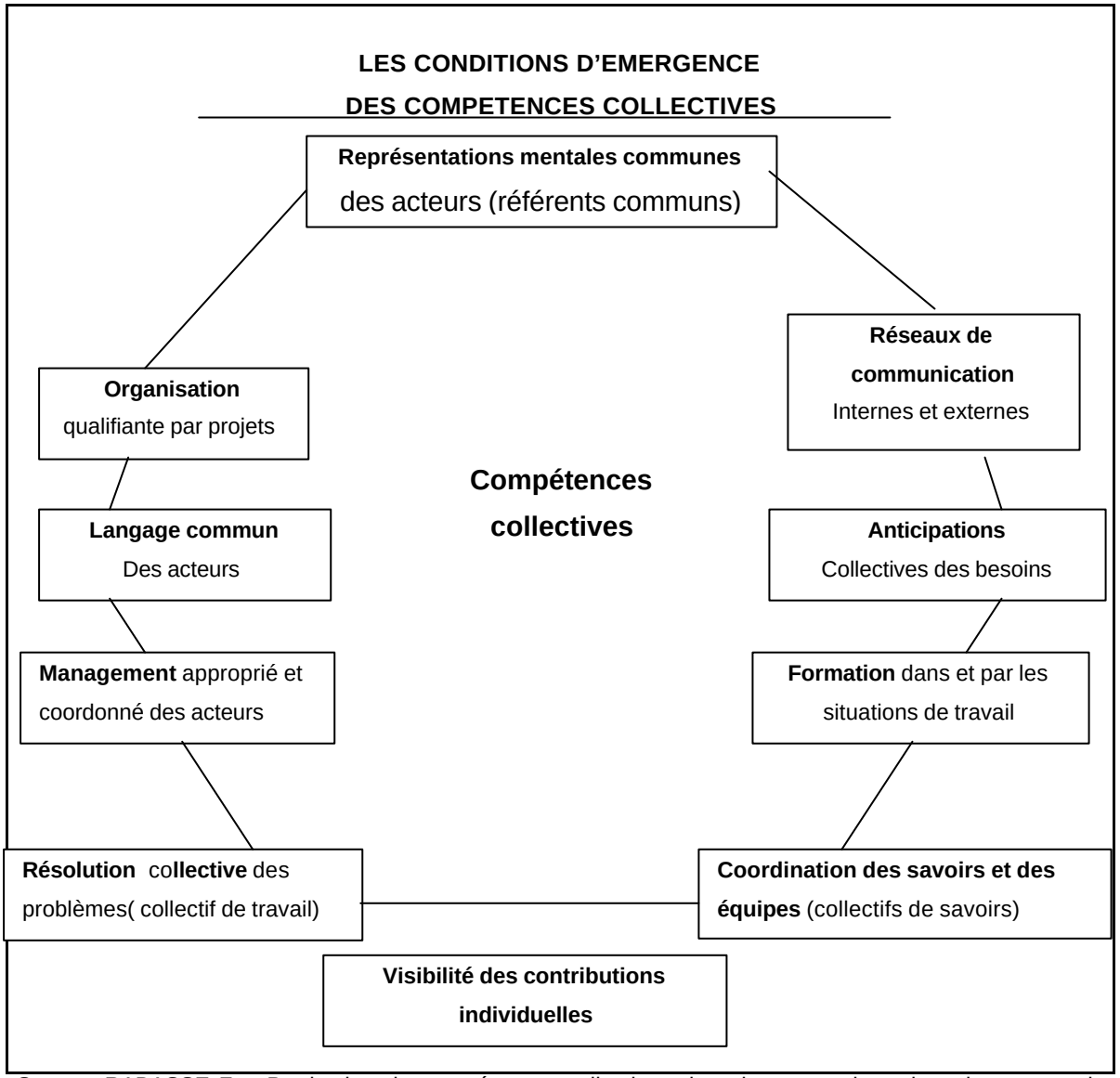
- les savoirs contenus dans les protocoles, les guides du service infirmier…
- les savoirs de l'équipe tels que l'expérience, les qualifications…
- les savoirs médicaux : observations cliniques, prescriptions…
- les savoirs des cadres, en terme d'expert, d'organisation etc…

La compétence individuelle comportera toujours une dimension collective et une dynamique interactionnelle entre les individus. La compétence individuelle se construit et s'exerce très souvent dans un cadre collectif.
En effet, nous construisons notre propre « façon d'agir » au sein de règles, de normes collectives qui définissent la sécurité de notre univers professionnel.
Les compétences de la profession infirmière sont très formalisées (en référence aux statuts, à l'institution), mais elles cohabitent avec des compétences beaucoup moins formelles qui sont de nature relationnelle.
Ainsi, la fonction management est de favoriser le travail collectif. Aider une équipe à augmenter, à maîtriser, à expliciter les connaissances qu'elle partage, redonne au manager sa place légitime dans l'investissement des compétences collectives et, à terme, lui permet un gain de temps et un accroissement de la qualité des prestations .
Le directeur des soins impulse une dynamique pour mettre en place les conditions du travail en commun et la coopération entre les acteurs. Le travail en équipe, à tous les niveaux, suppose, non seulement une mobilisation de ses propres ressources mais également de celles des autres, en terme de coopération.
Une politique de mobilité négociée prend en compte les compétences par les référentiels communs et la connaissance des collègues. Les nouvelles compétences peuvent, sans aucun doute modifier le pilotage des différents projets.

Par ce biais, le champ de compétence du management s'élargit et la collaboration DS / DRH s'en trouve plus souple et créative. De par sa qualité d'expert en soins infirmiers et en organisation du service des soins, le DS peut être déterminant dans le choix d'un chef de projet par exemple. Il sera complémentaire du DRH pour la création d'un groupe de

pilotage par sa connaissance des différentes compétences des cadres de proximité ou des cadres supérieurs de l'établissement.

A partir de là, nous pouvons considérer que l'émergence des compétences collectives est un facteur de réussite pour les stratégies de développement telle qu'une politique de mobilité, comme le résume le tableau suivant.[32]



Source :RABASSE F. « Production de compétences collectives dans les entreprises de traitement et de diffusion de l'information ». Communication présentée lors du 10ème Congrès de psychologie du travail et des organisations- Bordeaux, 24-27 août 1998.

Ainsi, s'adapter aux situations professionnelles nécessite une évolution quasi permanente des ses compétences de par les contraintes de changement, les problématiques de

[32] CATEAU C. A propos des compétences collectives. Dossier : les compétences, de l'individuel au collectif. SOINS CADRES n°41 février 2002

qualité. Cela implique vraisemblablement une position d'apprentissage constante et renvoie vers la pratique de l'évaluation.

3.3 L'évaluation des compétences et ses enjeux

L'évaluation prend alors tout son sens dans la gestion des compétences. L'évolution du contexte hospitalier se concrétise à travers une prise de conscience des acteurs de la nécessité d'enrichir, de développer leur capital de compétences.
L'importance de l'amélioration continue de la qualité des pratiques, notamment pour faire face aux exigences croissantes des usagers du système de santé, impose un développement de ces compétences. L'évaluation revêt alors un grand intérêt et permet de déterminer les axes de progrès individuels et/ou collectifs pertinents.
De ce point de vue, le processus d'évaluation peut s'inscrire dans les démarches d'accréditation actuellement menées.

Les enjeux de l'évaluation des compétences sont autant d'ordre psychologique que pédagogique. En effet, l'identité professionnelle, l'image de soi repose sur la perception de ses propres compétences et d'autre part, les situations d'apprentissage persistantes demandent la mise en place de dispositifs pédagogiques.
Nous pensons que de plus en plus d'infirmières souhaitent être acteurs de leur vie professionnelle. Cette implication personnelle appelle à réfléchir en vue de l'élaboration de son projet professionnel.
L'idée d'évaluation des compétences nous semble indissociable de celle de projet professionnel. Cette démarche volontaire met en avant l'individu qui se positionne dans l'orientation qu'il souhaite prendre. La dimension individuelle des personnels est intégrée dans le projet social de l'établissement. Il existe donc un rapport entre le projet professionnel de l'agent et le projet d'établissement. Le projet professionnel se situe à l'interface du sujet et de l'institution qui l'emploie. Il entre dans une démarche d'anticipation et de prévision. Il est sensé être à la base du changement par l'expression des motivations et permettre implication et performance.

La gestion des ressources humaines est bien en lien direct avec la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

En partant de cette approche théorique, en corrélation avec notre questionnement, nous allons dans la seconde partie, tenter de valider notre hypothèse à partir d'entretiens réalisés sur le terrain et de leur analyse.

2EME PARTIE : COMPREHENSION D'UNE POLITIQUE DE MOBILITE POUR UNE OPTIMISATION DES RESSOURCES HUMAINES PAR L'ANALYSE D'ENTRETIENS REALISES SUR LE TERRAIN.

1 - LA PRESENTATION DE LA METHODOLOGIE DE LA DEMARCHE

1.1 Le choix des sites

Afin de délimiter notre étude sur la **politique de mobilité interne, négociée qui facilite la gestion des ressources humaines et le développement des compétences des infirmiers**, nous avons choisi de travailler sur deux centres hospitaliers de taille similaire : environ 1300 lits et 2500 agents.

Pour élargir les points de vue, nous avons choisi volontairement ces deux sites car l'un des deux, que nous identifierons S1, pratique une politique de mobilité et le second, que nous identifierons S2 n'applique pas la mobilité interne de façon organisée.

L'enquête s'est déroulée sur les deux sites. Nous avons réalisé dix-huit entretiens semi-directifs effectués auprès de personnes volontaires qui ont accepté le principe de l'enquête. L'anonymat des réponses était évidemment garanti.

1.2 Les entretiens

Les entretiens se sont effectués après accord et prise de rendez-vous individuel avec les personnes concernées.

Le choix des entretiens semi-directifs nous a permis de laisser une certaine liberté de paroles aux personnes interrogées et d'installer une relation de confiance. L'objectif de

l'entretien était annoncé, ainsi que la durée. Chaque entretien s'est déroulé sur environ quarante cinq minutes, ils ont été réécrits après chaque entretien.

1.2.1 Les catégories de personnes interrogées

Sur chaque site, nous avons rencontré le DRH, le directeur des soins, deux cadres supérieurs de santé, deux cadres de santé et trois infirmiers. Les cadres de proximité et les infirmiers ont été choisis sur les secteurs de chaque cadre supérieur, afin de respecter la logique de l'enquête. Chaque personne sera identifiée par le site et le numéro d'ordre d'entretien.

1.2.2 La conception des grilles d'entretiens

Les supports d'entretien ou grilles[33] ont été préparés en fonction des différents thèmes composant l'hypothèse.

L'objectif des entretiens auprès des infirmiers était :

- de vérifier ce qu'ils entendaient par mobilité,
- d'identifier leurs intérêts,
- d'évaluer les aspects positifs et négatifs liés au phénomène de la mobilité.

Celui des entretiens auprès des cadres, cadres supérieurs était :

- d'observer comment ils appréhendent la mobilité des infirmiers,
- de percevoir les enjeux de la mobilité au sein des établissements de santé,
- d'entrevoir leur implication dans ce domaine,
- d'identifier leur conception du management dans ce domaine.

Celui des entretiens auprès des DS et DRH était :

- de vérifier leur perception actuelle de la mobilité des IDE dans leurs établissements,
- d'appréhender la notion de gestion de la politique de mobilité au sien de l'équipe de direction,
- d'identifier leur conception du management de cette politique, en tant qu'équipe de direction.

Nous avons établi une base de six à neuf questions, afin de pallier à d'éventuels oublis ou d'éloignement du sujet.

[33] Annexe n°1, pp 64-67

1.2.3 Les indicateurs ou mots clés

Il nous a paru intéressant de connaître l'ancienneté des infirmiers et des cadres dans leur fonction, afin de comparer leurs réponses et leurs expériences professionnelles. Les autres indicateurs retenus (représentation de la mobilité, motivation, intérêt, obstacles et freins, politique institutionnelle), vont vraisemblablement nous aider à comprendre le fonctionnement des individus, leurs difficultés et leurs motivations à l'égard d'une politique de mobilité.
D'autre part, les questions concernant l'accompagnement, la conception du management, les liens entre mobilité, compétence et évaluation pourront faire ressortir les différents écueils à la mise en place de cette politique, s'inscrivant dans une approche qualitative et personnalisée de la gestion des ressources humaines.

1.3 les limites de l'étude

Compte tenu du nombre de sites enquêtés et d'entretiens réalisés, à savoir : deux sites et dix-huit entretiens, cette étude ne nous permet pas de réaliser une analyse comparative fiable. Elle nous donne toutefois la possibilité d'entamer une réflexion personnelle étayée d'expériences professionnelles recueillies sur ces deux établissements.
Les entretiens se sont déroulés dans la plupart des cas de façon sympathique et suscitant de surcroît, un intérêt notoire.
Nous pouvons noter que, du point de vue personnel et professionnel, ces entretiens et ces rencontres furent très enrichissants.

2 - LA PRESENTATION DES REPONSES

2.1 Le dépouillement des réponses

Dans un premier temps, nous avons retranscrit les entretiens pour identifier les réponses selon les critères définis pour chaque catégorie de personnes interrogées.
Afin de simplifier la vision globale des entretiens, nous avons élaboré des tableaux à deux entrées avec les personnes interrogées en abscisse et les mots clés en ordonnée. De cette façon, l'analyse des réponses a été facilitée.

2.2 Les réponses et l'analyse par thème et par catégorie de personnes

2.2.1 La représentation de la mobilité

❖ Les infirmiers :

	IDE S1.1	IDE S1.2	IDE S1.3	IDE S2.1	IDE S2.2	IDE S2.3
Ancienneté dans la fonction	11 ans	3 ans	17 ans	5 ans	10 ans	19 ans
Représentation de la mobilité	Changement de service, C'est une preuve d'adaptabilité et de polyvalence.	Changement de service et/ou de fonction, et d'évolution professionnelle. C'est le mouvement, le dynamisme, et l'adaptabilité.	Changement d'unité, synonyme de dynamisme de mouvement et de polyvalence.	Changement de service ou d'unité. C'est souvent imposé car il y a un manque certain de personnel infirmier.	Changement de service, évolution professionnelle. Promotion professionnelle.	Changement d'affectation, de service.

L'ancienneté des IDE dans leur fonction varie de trois à dix-neuf ans. Le terme de mobilité est représenté sous la notion de forme dans un premier temps : changement de service ou d'unité pour les six IDE interrogés et changement de fonction pour deux IDE ; puis sous des aspects plus qualitatifs :

- mouvement : 6 IDE
- dynamisme : 2 IDE
- polyvalence : 2 IDE
- adaptabilité : 1 IDE.

Enfin, une personne du site S2, souligne la notion de mouvement imposé pour pallier au manque d'effectif.

❖ Les cadres de santé :

	Cadre S1.1	Cadre S1.2	Cadre S2.1	Cadre S2.2
Ancienneté dans la fonction	3 ans	8 ans	2 ans	10 ans
Représentation de la mobilité	Mouvement des personnels, disponibilité + importante des IDE Permet une gestion prévisionnelle.	Changement de service. Mouvement et dynamisme.	Mouvement de service, nouvelle affectation, disponibilité des infirmiers.	Dynamique personnelle. Changement de service, mouvement en interne.

L'ancienneté dans la fonction varie de deux à dix ans pour les quatre cadres interrogés.
Pour la majorité d'entre eux, la mobilité représente le mouvement, la notion de dynamisme, et de disponibilité
Sur le site S2, un seul d'entre eux évoque la gestion prévisionnelle des ressources humaines.

- Les cadres supérieurs :

	Cadre sup. S1.1	**Cadre sup. S1.2**	**Cadre sup. S2.1**	**Cadre sup. S2.2**
Ancienneté	6 ans	10 ans	2 ans	13 ans
représentation de la mobilité	Mouvement de personnel dans une volonté affichée pour les changement de service. Politique dynamique insufflée par la DS et le DRH, bien organisée(GPEC). Cela tient à la personnalité de notre DS.	Politique dynamique sur tout l'établissement. Les changements de service sont bien organisée avec DS et DRH. Avec cette gestion, peu de problème de manque de personnel (GPEC).	C'est une volonté mais non affichée clairement. La mobilité, changement de service, se réalise au coup par coup. C'est souvent en raison d'une sanction disciplinaire : mobilité imposée plutôt négative.	Pourquoi imposer des mouvements ? il faut respecter le choix des agents. Les personnels du « pool » sont volontaires et cela se passe bien ! C'est souvent sur un constat d'incompétence qu'on oblige une nouvelle affectation.

L'ancienneté varie de deux à treize ans pour les quatre cadres supérieurs interrogés.
La mobilité signifie changement de service pour les quatre cadres. Nous notons que les deux cadres du site S1 considèrent qu'il s'agit d'une politique dynamique, affichée et gérée par la directrice des soins et par le directeur des ressources humaines : la notion de GPEC apparaît nettement.

Les deux autres cadres du site S2, pensent qu'il y a une connotation négative car c'est souvent vécu comme une sanction.

Pour un cadre plus particulièrement, il ne voit pas l'intérêt d'imposer des mouvements de personnels contre leur volonté.

❖ Les DS et DRH :

	DS S1.	DS S2	DRH S1	DRH S2
Représentation de la mobilité	Il s'agit de permettre à tous les agents d'élargir leurs compétences et de se dynamiser dans le mouvement. L'habitude n'est pas moteur d'initiative, la routine peut devenir dangereuse. C'est éviter l'épuisement, comme dans les services de personnes âgées, qui favorise la démotivation.	Je suis convaincue que la mobilité interne dynamiserait les équipes et les cadres. Elle permettrait plus de disponibilité interne et une dynamique d'établissement donc un esprit plus ouvert aux autres. Les problématiques de « casernement » n'existeraient plus.	C'est primordial dans notre fonctionnement institutionnel. Elle permet à tous les IDE qui le souhaitent de travailler dans des secteurs différents. Le repérage des potentiels nous permet une meilleur approche en terme de GPEC.	C'est une problématique quotidienne et un sujet tabou ! Il y a toujours une connotation négative lorsque l'on parle de mobilité interne. Elle s'impose à nous pour l'instant.

Les directeurs des soins pensent que c'est un mouvement dynamisant pour les équipes, qui évite l'épuisement professionnel et la démotivation.

De surcroît, la mobilité permet d'élargir ses compétences et d'ouvrir les unités vers une pensée institutionnelle et non plus comme des entités à part entière à type de « *casernement* ».

Les directeurs des ressources humaines sont partagés :

- sur le site S1, il considère que la mobilité est indispensable en terme de GPEC, pour le repérage des potentiels,
- sur le site S2, il semble que la mobilité reste problématique du fait de son imposition. Les personnels sont sanctionnés par des changements de service et le manque d'effectif entraîne des mouvements par la force des choses.

2.2.2 Les motivations et les intérêts d'une politique de mobilité pour les infirmiers

❖ Les infirmiers :

	IDE S1.1	IDE S1.2	IDE S1.3	IDE S2.1	IDE S2.2	IDE S2.3
Motivation	C'est une stimulation et une source de remise en cause personnelle. C'est la curiosité intellectuelle.	Richesse d'expérience, opportunité pour aller dans d'autres services.	Apprentissage d'autres pathologies, techniques et organisations. Il y a un intérêt d'ouverture sur l'extérieur.	Ouverture d'esprit et besoin d'aller voir ailleurs.	Le changement apporte stimulation dans sa carrière. Connaissances professionnelles ++ techniques et intellectuelles.	Lorsqu'on est jeune c'est enrichissant, mais on peut s'éparpiller, rester superficiel.

Le tableau nous présente que la mobilité est une source d'enrichissement et de stimulation personnelle. C'est aussi une opportunité pour s'ouvrir aux autres et un changement qui apporte des connaissances nouvelles.
Une seule IDE du site S2, considère qu'il « faut être jeune » pour changer et que cela risque d'être trop superficiel.

❖ Les cadres de santé :

	Cadre S1.1	Cadre S1.2	Cadre S2.1	Cadre S2.2
Intérêt pour les IDE	Investissement dans une autre équipe. Ouverture sur d'autres horizons professionnels.	Reconnaissance. Recommencer quelque chose : s'investir. Ouverture d'esprit.	S'ouvrir vers les autres. Investissement et enrichissement des compétences. Auto-évaluation.	Regarder ailleurs. Investissement personnel. Remise en cause.

Il s'agit pour la plupart, d'un investissement personnel et d'une ouverture d'esprit vers les autres.
Un cadre nous parle d'horizons professionnels diversifiés, un, de remise en cause et enfin, le dernier apporte la notion d'auto- évaluation.
Aucune différence n'apparaît entre les deux sites.

2.2.3 Les obstacles et les freins

❖ Les infirmiers :

	IDE S1.1	IDE S1.2	IDE S1.3	IDE S2.1	IDE S2.2	IDE S2.3
Obstacles	La peur du changement, une appréhension ++. Au début, c'est une perte d'autonomie.	La peur de l'inconnu, la perte des habitudes.	La peur de l'inconnu, mais on peut et on doit faire le 1er pas, après nous sommes ravis.	Confort de la routine et de ses habitudes Perte de repères. On n'a pas d'info sur les postes vacants et il y a les spécialités.	La notion de spécialisation de + en + forte et le manque d'info sur les poste à pourvoir. L'immobilisme de certains collègues par la peur du changement et la perte du confort.	C'est angoissant de ne pas connaître les lieux, les personnes. Peur d'être incompétent de perdre son autonomie.

La majorité des infirmiers annoncent la peur du changement (*crainte, appréhension, perte de repères et d'habitudes, inconnu, angoisse, perte d'autonomie*…) comme un des principaux obstacles à la mobilité.

Malgré la mise en place de la mobilité sur le site S1, il ressort des entretiens que le changement n'est jamais vécu sans appréhension.

Deux IDE du site S2, évoquent la notion de spécialisation de plus en plus présente, ainsi que le manque d'information sur les postes vacants.

❖ Les cadres de santé :

	Cadre S1.1	Cadre S1.2	Cadre S2.1	Cadre S2.2
Obstacle	Source d'erreur si manque d'encadrement des nouveaux. La fidélisation d'une équipe diminue le travail du cadre. La crainte du changement, de la perte de repère.	La perte de repère qui entraîne un sentiment d'insécurité. Difficile de sortir du « cocon » de son équipe pour certains agents.	Perte de repère car méconnaissance des IDE entre eux. Manque de confiance dans les nouvelles affectations. Notion de sanction pour certains. Surcharge de travail pour le cadre dans la gestion des plannings.	Insécurité par trop de changement, tant pour le patient que les IDE qui manque de maîtrise dans leur fonction. Désorganisation des plannings surtout dans les services spécialisés. Peur de ne pas avoir de remplacements.

Les cadres de santé considèrent que la mobilité est freinée par le sentiment d'insécurité qu'elle génère.

Ils nous parlent d'éventuelles sources d'erreur s'il n'y a pas d'encadrement des nouveaux collègues sur le site S1, et de manque de confiance envers les nouveaux arrivants, sur le site S2.

La gestion difficile des plannings revient essentiellement sur le site S2 : *surcharge de travail, désorganisation des plannings, peur de ne pas avoir de remplacement*…

Un cadre du site S2 réintroduit l'idée de *sanction.*

- Les cadres supérieurs de santé :

	Cadre sup. S1.1	**Cadre sup. S1.2**	**Cadre sup. S2.1**	**Cadre sup. S2.2**
Freins et obstacles	Mobilité imposée. Instabilité de certaines équipes difficile à gérer. Opposition médicale.	Opposition médicale . Spécialisation de certains secteurs.	Spécialisation des services. Opposition médicale très forte. Difficulté de gestion des plannings	Peur de perdre les compétences des IDE et d'être obligé d'en reformer . Pourquoi aller contre les avis médicaux qui préfèrent garder leur personnel formé par leurs soins. Trop de polyvalence entraîne une insécurité pour le patient.

L'ensemble des cadres supérieurs des deux sites, désignent l'opposition médicale à la mobilité comme raison majoritaire.
Sur les deux sites, un cadre supérieur parle de la *spécialisation* des unités.
Sur le site S1, un cadre note que la mobilité imposée est un véritable frein, de même que *l'instabilité de certaines équipes*.
Sur le site S2, un cadre semble considérer la mobilité comme un danger pour les services : *perte de compétences acquises, trop de polyvalence, avis divergents des médecins*…

- Les DS et DRH :

	DS S1.	**DS S2**	**DRH S1**	**DRH S2**
Freins et obstacles	L'insatisfaction dans le choix des postes.(parfois). L'opposition du corps médical.	La spécialisation des IDE de plus en plus nombreuses. L'opposition du corps médical très forte. Ils n'apprécient pas de former d'autres IDE qu'ils n'ont pas choisies. Peur du changement et notion de sanction.	Sentiment d'insécurité et crainte de changement. Un fonctionnement très enfermant basé sur la notion de service ou d'unité et non pas d'établissement ou tout au moins de fédération ou département. Relations, plus ou moins, conflictuelles avec le corps médical.	Notion de sanction. Notion d'obligation. Refus du corps médical.

Les directeurs des soins des deux sites mettent en avant l'opposition du corps médical à une politique de mobilité.
Sur le site S2, la *spécialisation des IDE, la peur du changement et la notion de sanction* apparaissent de nouveau.

Au niveau des DRH, sur le site S1, les freins essentiels sont identifiés par *l'insécurité produite par le changement*, l'enfermement dans un système clos par service.
Sur le site S2, les notions de sanction et obligation ressurgissent.
L'ensemble des DRH rappellent les relations conflictuelles avec le corps médical.

2.2.4 Les intérêts et le rôle des cadres

❖ Les infirmiers :

	IDE S1.1	IDE S1.2	IDE S1.3	IDE S2.1	IDE S2.2	IDE S2.3
Intérêts pour les cadres	Le personnel est plus dynamique et plus volontaire	Equipe plus ouverte, et disponible. Les gens sont volontaires.	Les nouveaux collègues amènent des fonctionnements différents et intéressants. C'est un autre regard sur nos pratiques Nous sommes plus disponibles.	Dynamisme et disponibilité du personnel. Une meilleure connaissance des autres collègues. Plus facile d'aller remplacer quand il y a des besoins ailleurs :	Des équipes plus disponibles et compétentes. Beaucoup + de volontariat et d'esprit d'établissement.	Les cadres aiment bien connaître leurs équipes. Ce n'est pas évident de s'adapter à des nouveaux.

Cinq IDE sur six considèrent que les cadres bénéficieront d'un personnel plus *dynamique, disponible et volontaire*.
Sur le site S1, une IDE rajoute que la mobilité amène des *fonctionnements différents et un regard sur les pratiques.*
Sur le site S2, une IDE pense que la mobilité est porteuse d'une *meilleure connaissance des collègues*.
Enfin sur le même site, une IDE ne voit pas l'intérêt pour les cadres de changer les équipes qu'ils connaissent bien.

❖ Les cadres de santé :

	Cadre S1.1	Cadre S1.2	Cadre S2.1	Cadre S2.2
Intérêt et rôle du cadre	De nouvelles expériences qui permettent de dynamiser les équipes. Conseil et accompagnement des nouveaux avec un projet construit. Travail sur les profils de poste et les fiches de poste.	Dynamique d'équipe. Eviter la routine. Rôle de conseil dans les projets des IDE, individuels ou d'équipe. Aide ++ pour les plannings.	Intégrer un nouvel agent est synonyme d'implication de toute une équipe, possibilité de reconstruction voire de restructuration. Accompagnement dans les démarches personnelles ou collectives.	S'investir sur un programme d'encadrement. Obligation de se remettre en cause.

Trois cadres pensent que la mobilité dynamise les équipes : *de nouvelles expériences, évite la routine, implication de toute une équipe*, de même qu'ils ont un rôle de conseil et d'accompagnement dans les projets individuels et collectifs.

Sur le site S1, un cadre estime devoir travailler sur les profils et fiches de poste ; l'autre considère que cela peut être une aide pour la gestion des plannings.

Sur le site S2, un cadre dit qu'il faut s'investir sur un *projet d'encadrement* des nouveaux IDE et qu'il a une obligation de remettre en cause son propre fonctionnement.

- ❖ Les cadres supérieurs de santé :

	Cadre sup. S1.1	**Cadre sup. S1.2**	**Cadre sup. S2.1**	**Cadre sup. S2.2**
Rôle des cadres et Accompagnement	Chaque cadre sup. doit veiller au suivi des profils et fiches de poste. Superviser les programmes d'intégration des nouveaux collègues L'information est un facteur de réussite dans une politique de mobilité (recrutement, nouvelle affectation)	Les personnels sont avertis et informés lors de leur recrutement ou de leur nouvelle affectation. Les programmes d'intégration des nouveaux agents nous oblige à certaines remises en cause des pratiques quotidiennes.	Il faut faire l'information à chaque agent, établir des fiches de poste et des profils de poste. La politique de communication doit être réfléchie pour devenir un vecteur de réussite. L'encadrement des IDE nouvellement affectée doit être prioritaire pour réaliser une intégration correcte.	Il n'y a pas de projet d'encadrement des nouveaux collègues et les anciens font tout le travail. C'est difficile d'avoir confiance dans des personnes qui n'ont aucune expertise et ancienneté dans les unités.

Trois cadres supérieurs sur quatre considèrent que les programmes d'encadrement des nouveaux agents sont un *facteur de réussite*, de même que la *politique d'information et de communication.*

Les profils et fiches de poste sont travailler et supervisés par les cadres supérieurs.
Un cadre supérieur du site S2 estime que l'on ne doit compter que sur les « anciennes » pour réaliser un travail correct.

❖ Les DS et DRH :

	DS S1.	DS S2	DRH S1	DRH S2
Ce qui favorise la mobilité	Une mobilité choisie , une politique de mobilité expliquée et affichée. La pratique des SICS ou des pools de remplacement par secteur. Un management différent et évolutif des cadres.	L'affichage systématique des postes vacants pour permettre un choix plus équitable. La mise en place de profils de poste et de fiches de poste par unité. Les « 35h » et les contraintes budgétaires ne nous laissent pus le choix, il faut optimiser nos moyens.	La mobilité choisie permet de se préparer à une mobilité imposée (absentéisme, RTT…) Elle se doit d'être une décision commune de direction claire négociée et annoncée.	Il faut de préférence choisir sa mobilité. Ce n'est pas la décision d'une personne mais une volonté de direction.

Une politique de mobilité négociée favorise un management évolutif pour tous et prépare à une mobilité imposée par l'absentéisme et la RTT par exemple.
La valorisation d'un tel fonctionnement découlera de la décision en équipe de direction.

2.2.5 La politique institutionnelle

❖ Les infirmiers :

Comme nous le verrons dans le tableau ci-après :
- sur le site S1, les infirmiers connaissent la politique par l'information à l'embauche, l'affichage des postes vacants ainsi que des profils et fiches de poste.
Un d'entre eux estime qu'il *faudrait obliger tout le monde à bouger*, un autre dit avoir la possibilité de *discuter avec les cadres et le direction des soins sur ses choix ou inquiétudes,*
- sur le site S2, la politique de mobilité n'est pas connue. Certain ne souhaite pas *être obligé,* d'autre le regrette. Un infirmier pense que l'évaluation annuelle permettrait une prise en compte des projets et des formations à envisager.

	IDE S1.1	IDE S1.2	IDE S1.3	IDE S2.1	IDE S2.2	IDE S2.3
Politique institutionnelle et propositions	Oui, les postes st affichés, on prend en compte nos demandes et ns signons des contrats de durée ; cela maintient notre attention sur les postes proposés.	Oui, elle est bien affichée et expliquée lors de l'embauche. Les postes sont affichés et la procédure de choix est bien suivie. Certains ne bougent pas malgré tout, il faudrait les obliger…	Oui, très intéressant e . La durée des contrats nous permet de ne pas rester dans un service qui ne nous convient pas. On peut discuter avec les cadres et les DS sur nos choix et nos inquiétudes. C'est une politique à conserver	Il n'y a rien d'officiel, c'est en fonction de notre volonté et quelquefois on n'obtient pas les postes qui nous intéressent. Je ne souhaite pas non plus qu'on oblige à aller chez les personnes âgées.	On commence à voir apparaître les postes vacants et les profils de poste, mais ce n'est pas généralisé. Les cadres devraient tenir compte de l'évaluation annuelle et des projets professionnels pour envisager des formations.	Nous n'avons pas les info des postes vacants ou alors, c'est trop tard ! Je ne pense pas qu'il faille imposer cette politique à tout un établissement mais seulement pour ceux qui le veulent.

- Les cadres de santé :

	Cadre S1.1	Cadre S1.2	Cadre S2.1	Cadre S2.2
Politique institutionnelle	Affichage officiel et volonté institutionnelle. Avec la RTT, argumentation positive pour la mobilité. Tout se discute malgré la volonté de l'institution.	Si bien organisée c'est très positif. Les contrats de durée dans un poste semblent assurer la pérennité de la mobilité.	Une volonté mais pas de formalisation. Le manque de politique établie ne nous donne pas de crédibilité vis à vis des IDE pour favoriser la mobilité.	Une volonté, mais pas de politique affichée clairement. Difficile de convaincre les gens à changer malgré eux.

Sur le site S1 les cadres connaissent la politique de l'établissement. Ils préconisent cependant le dialogue et affirment que les *contrats de durée assurent la pérennité* du système.

Les cadres du site S2 constatent que le manque d'officialisation d'une telle politique ne leur permet pas de convaincre les personnels IDE de changer d'unité voire même de secteur.

2.2.6 Le management

❖ Les cadres de santé :

	Cadre S1.1	Cadre S1.2	Cadre S2.1	Cadre S2.2
Management	Moins d'affectivité du fait du changement.. Possibilité offerte de réorganisation des tâches et des équipes entre elles.	La mobilité programmée est plus facile à gérer. Il faut être prudent dans la gestion des « pool » où il y a beaucoup de mobilité. Utiliser l'arrivée de nouveaux pour modifier les organisations de travail.	Réorganisation fréquente. Evolution dans sa manière de conduire une équipe. Apprentissage de son rôle de cadre.	Ne pas se laisser « ronronner ». Apprendre avec les autres, donne la possibilité de remettre en question son fonctionnement et soi-même. Réorganisation des équipes.

En terme de management, les cadres de proximité du site S1 estiment que cela leur permet de mettre en place des réorganisations de travail ou de service plus facilement. Le changement favorise le détachement du service proprement dit : il y a *moins d'affectivité*. Ceux du site S2, supposent que leur fonctionnement serait conditionné par cette politique et qu'ils entreraient dans un processus évolutif pour conduire leurs équipes.

❖ Les cadres supérieurs de santé :

	Cadre sup. S1.1	Cadre sup. S1.2	Cadre sup. S2.1	Cadre sup. S2.2
Conception du management	C'est une dynamique d'équipe de cadres qui permet en plus, réorganisation et restructuration indiscutable de nos jours. dans un climat de confiance Il faut aussi savoir gérer au cas par cas les problématiques de chaque IDE : gestion souple.	Prise en compte des besoins des équipes : les cadres font remonter les difficultés, il y a dialogue et communication ; souplesse de gestion. Dynamique de gestion prévisionnelle pour des restructurations et/ou réorganisation. La confiance dans l'équipe : DS, cadres et DRH. est importante.	Ce serait important en terme d'optimisation de la gestion d'un secteur. Remise en cause de chacun et facilitation des organisations de travail pour les cadres. La relation avec DRH doit être basée sur la confiance.	La stabilité donne sécurité et continuité des soins. C'est difficile de changer d'IDE tous les jours pour pallier à l'absentéisme. Bien connaître ses équipes, est primordial en tant que cadre.

Les deux cadres supérieurs du site S1 parlent à nouveau de dynamique d'équipe, tant infirmiers que cadres ; il faut néanmoins, prendre en compte les difficultés individuelles et/ou collectives par l'écoute et le dialogue : *une souplesse de gestion* est préconisée.
La notion de *confiance* semble indiscutable pour les CSS du site S1.
Un cadre supérieur du site S2 remet en avant la remise en cause du fonctionnement de chacun pour optimiser la gestion matérielle et humaine des différents secteurs.

Le second cadre supérieur persiste à vouloir maintenir la stabilité dans les équipes pour une meilleure continuité des soins.

- ❖ Les DS et les DRH :

	DS S1.	DS S2	DRH S1	DRH S2
Stratégie de management	Affichage des postes vacants (collaboration DRH). Etablir des règles de dépôt de candidature. Optimiser les conditions d'encadrement par des programmes de tutorat définis (doublure, référent, fiche méthodologique…) Contractualisation des durées d'affectation (minimum 3 ans, maximum 5 ans). Révision au cas par cas des propositions des agents lors des évaluations avec les cadres.	Collaboration avec le DRH pour les recrutements. Nous souhaitons contractualiser les durées d'affectation pour éviter de bloquer les postes et prévenir l'épuisement que l'on rencontre de plus en plus surtout dans les services de personnes âgées.	Affichage officiel de la politique de mobilité par l'information des IDE lors des recrutements ou des affectations. Collaboration constantes dans les prises de décisions avec le Service Infirmier. Tenue de tableaux de bord du suivi des agents (absentéisme, GVT, départs, …) alimentés par les données que nous transmettent la DS ou les cadres sup. J'ai confiance dans la directrice des soins de par sa qualité d'expert et sa connaissance de l'institution.	La stratégie de type GPEC va demander une grande collaboration avec la direction des soins de type informations, partage de données, évaluation, recrutements et décisions…C'est un grand chantier pour lequel nous allons revoir nos fonctionnement respectifs.

L'ensemble des directeurs des soins et des directeurs de ressources humaines s'accordent pour dire qu'il est nécessaire de collaborer entre eux pour le *partage des données, les évaluations, les recrutements et bien évidemment les décisions*.

Sur le site S1 la collaboration est définie sur une base de *confiance* et de reconnaissance de l'expertise de chacun.

Sur le site S2, le DRH estime que la collaboration des deux directions nécessite une réflexion au préalable pour conduire ce chantier.

2.2.7 Les compétences

❖ Les infirmiers :

	IDE S1.1	IDE S1.2	IDE S1.3	IDE S2.1	IDE S2.2	IDE S2.3
Compétence	Ouverture d'esprit et élargissement des connaissances. Une + grande polyvalence et une maîtrise d'autres techniques.	Je n'ai pas encore changé de service mais indispensable pour devenir une professionnelle accomplie.	Par la formation on peut compléter et parfaire ses connaissances. De +, cela augmente nos capacités relationnelles entre collègues et avec le patient.	Je pense que c'est obligatoire pour approfondir ses connaissances et devenir une experte en soins infirmiers.	C'est la possibilité d'acquérir des savoirs des savoirs faire, et des savoirs être.	Cela peut permettre une évolution de carrière pour ceux qui souhaitent devenir cadre par exemple. C'est sans doute un enrichissement personnel.

Les six infirmiers font référence à l'accroissement des savoirs et à l'enrichissement personnel.
Un IDE du site S1, évoque la notion de polyvalence.
Un IDE du site S2 assimile compétence et expertise.

❖ Les cadres de santé :

	Cadre S1.1	Cadre S1.2	Cadre S2.1	Cadre S2.2
Compétence	Enrichissement des connaissances professionnelles et augmentation de la qualité des prestations.	Affirmation d'identité prof. et connaissances approfondies. Notion d'expertise et d'adaptation aux nouvelles techniques. Professionnalisation des compétences relationnelles car augmentation des savoirs en général.	Elargissement des Savoirs et des compétences relationnelles. Une certaine polyvalence qui autorise un adaptabilité et des performances augmentées	Enrichissement du Savoir. Compétences multiples qui amènent à la notion d'expertise beaucoup plus vite, surtout pour les jeunes diplômés.

Sur les deux sites, les cadres considèrent que la mobilité permet : *l'enrichissement, l'élargissement, l'augmentation des Savoirs et donc des compétences*.
Les notions *d'expertise, de compétence relationnelle, de performance et d'identité professionnelle* sont également redites en terme de résultats d'une politique de mobilité interne appliquée.

❖ Les cadres supérieurs de santé :

	Cadre sup. S1.1	Cadre sup. S1.2	Cadre sup. S2.1	Cadre sup. S2.2
Compétence	La mobilité permet d'avoir des effectifs plus qualifiés et donc plus efficace. C'est un enrichissement pertinent des Savoirs professionnelles et des capacités personnelles (relationnelles, d'adaptabilité et de performance…)	Remise en cause fréquente de son propre fonctionnement et observation des autres : enrichissement professionnel et personnel. La gestion des compétences permet l'émergence des potentiels de chaque individu.	Enrichissement des connaissances et ouverture d'esprit. Personnel plus compétent donc plus polyvalent.	On ne peut pas être compétent en tout, il faut du temps et de la volonté. La mobilité à mon sens, favorise les personnes non stabilisées et non sûres d'elles. Certes elles sont polyvalentes mais sont-elles efficaces, j'en doute…

Trois cadres supérieurs expriment que la mobilité est déterminante dans *l'évolution des Savoirs professionnels et des capacités personnelles (techniques et relationnelles*).
Un seul cadre du site S2, estime que la mobilité satisfait les *« instables » et que l'on ne peut être efficace, compétent en tout*.

❖ Les DS et DRH :

	DS S1.	DS S2	DRH S1	DRH S2
Compétence	Augmentation du champ de compétences des IDE par rapport à la prise en charge technique et relationnelle des patients. C'est un moyen de développer un projet professionnel et d'avoir un parcours qualifiant. En terme de gestion, c'est pour le DS un moyen de pratiquer une GPEC en collaboration étroite avec le DRH.	Enrichissement individuel et collectif (partage d'expérience et de savoirs). Potentiels repérés. Différencier d'avec polyvalence qui correspond à des savoirs beaucoup plus superficiels.	Enrichissement personnel et collectif. Nécessité de compétence transversale comme par exemple : la connaissance des patients âgés d'un secteur à un autre. La prise en charge sera plus efficace d'autant qu'ils sont une population majoritaire dans nos établissements. C'est un moyen de développer son projet professionnel en déterminant les besoins de formation. C'est l'opportunité de mobiliser les ressources personnelles et collectives.	L'augmentation des compétences est indéniable. Il y a nécessité individuelle et collective d'élargir son champ de compétence.

Sur le site S1, le DRH et le DS rapproche la mobilité à une notion de développement des *compétences transversales et de projet professionnel*. Le DS insiste sur le fait que la

mobilité est un moyen de pratiquer une *GPEC en collaboration étroite avec le DRH.* Le DRH note l'importance de *pouvoir mobiliser les ressources individuelles et collectives*.
Sur le site S2, le DS s'inquiète sur la polyvalence qui risque de faire appel à des savoirs moins approfondis.
Le DRH n'émet pas de doute quant à l'enrichissement des compétences dû à la mobilité.

2.2.8 L'évaluation

- ❖ Les cadres de santé :

	Cadre S1.1	Cadre S1.2	Cadre S2.1	Cadre S2.2
Evaluation	Meilleure écoute et prise en compte de l'évaluation des IDE. Obligation d'une prise de conscience de l'importance de l'évaluation. Nous avons suivi une formation à l'entretien d'évaluation en ce sens.	Le fait de la mobilité entraîne une remise en question de soi et les agents pratiquent plus facilement l'auto - évaluation. La préparation et le suivi d'un projet professionnel ou personnel des agents est plus à même d'être mené à bien de par leurs expériences variées.	Il y a une corrélation entre l'évaluation des compétences et le projet professionnel, synonyme d'une évolution de carrière.	Détection plus aisée des handicaps ou incompétences professionnelles. Personnel infirmier plus fiable.

Sur les deux sites, la mobilité fait prendre conscience de l'importance de l'évaluation pour détecter les potentiels et les difficultés de chacun.
Le projet professionnel, l'évolution de carrière, et la notion d'auto évaluation ressortent de ces entretiens avec les cadres.
Sur le site S1, les cadres ont suivi une formation à l'entretien d'évaluation.

- ❖ Les cadres supérieurs de santé :

	Cadre sup. S1.1	Cadre sup. S1.2	Cadre sup. S2.1	Cadre sup. S2.2
Evaluation	Nous avons suivi une formation à l'entretien d'évaluation qui nous permet de mener une politique commune d'évaluation. Il faut faire émerger les projets professionnels et en cela la mobilité est un bon apprentissage. Le suivi et la communication	Dans le projet du service infirmier nous avons insister sur la prise en compte des projets professionnels et personnels, importants en terme de développement de carrière et individuel. Nous avons une véritable politique d'évaluation et d'auto –évaluation. Nous	La mobilité permet d'avoir un regard évaluateur plus large et plus objectif. L'auto –évaluation des IDE serait un + pour déterminer ensemble les besoins en formation et ainsi élargir considérablement les capacités professionnelles. Le projet professionnel peut se concrétiser autour	Si nous avons le projet de faire carrière dans un service qu'on connaît bien, il n'y a pas lieu de changer à part, pour se déstabiliser et perdre confiance en soi. L'évaluation porte sur les capacités mises en évidence dans son

	(conseil, écoute…) dans ce cadre, pour l'émergence des compétences individuelles et collectives sont un travail en équipe de cadres. La DS et le DRH nous accompagnent et établissent avec nous les objectifs. De plus ils contrôlent le respect des procédures d'affichage des postes, d'affectation, de gestion des « pool » et assurent l'uniformisation de l'information dans tout l'établissement.	avons suivi une formation à l'entretien d'évaluation nécessaire entre autre pour repérer les potentiels individuels et collectifs des équipes infirmières. Cependant il n'est pas aisé de déterminer les compétences de chacun et nous souhaitons mettre en place un outil tel qu'une grille d'évaluation des compétences pour argumenter entre autre les besoins en formation des personnels infirmiers.	d'éléments significatifs et organisés.	service. Le projet professionnel est personnel. Je ne souhaite pas me séparer des bons éléments qu'il y a dans les équipes de mon secteur.

Sur le site S1, l'entretien d'évaluation, la politique d'évaluation en général tient une place importante pour détecter les compétences et les insuffisances. La collaboration à leur niveau, avec la direction des soins et la direction des ressources humaines leur permet de mener à bien les différents travaux en cours.

La proposition d'un outil supplémentaire : la grille d'évaluation des compétences, émerge dans le discours.

Sur le site S2, la mobilité peut accroître le sens de l'évaluation, en terme d'objectivité et de besoins en formation. Par contre, pour un cadre supérieur de ce site, l'évaluation ne nécessite pas obligatoirement mobilité, au contraire, elle peut être source de *déstabilisation et de perte de confiance en soi*.

- Les DS et DRH :

	DS S1.	**DS S2**	**DRH S1**	**DRH S2**
Evaluation	Les évaluations annuelles nous permettent de tenir compte des souhaits des IDE et d'aider à l'élaboration du projet professionnel. Parfois, nécessité d'affecter ailleurs un infirmier en difficulté, de lui donner une nouvelle chance.	Je reçois les IDE au coup par coup, à leur demande et sur les conseils des cadres, lorsqu'il y a problème ou projet de changement ou d'évolution de carrière.	Travail en collaboration avec la DS pour les dossiers qui posent problème ou question.	La GPEC fait partie de nos objectifs mais elle n'en n'est qu'à son balbutiement. Il est évident qu'à ce titre, l'évaluation des compétences pour l'élaboration des projets de carrière et des projets professionnels sera incontournable.

Dans l'ensemble, l'évaluation se travaille en collaboration lorsqu'il y a des problèmes individuels.
Elle permet d'aider à l'élaboration d'un projet.
Sur le site S2, le DRH considère que l'évaluation rentre dans le cadre de la GPEC et qu'à partir de là, elle relève du même chantier. C'est pour lui, un objectif incontournable.

3 - LA SYNTHESE DES RESULTATS PAR THEME ET SUR LES DEUX SITES

3.1 La représentation de la mobilité

La notion de dynamisme et de mouvement est énoncée par l'ensemble des personnes interrogée. les cadres de proximité associent mobilité et disponibilité. La différence entre les deux sites se situe au niveau des CSS du site S2 qui annoncent l'idée de sanction. Cette connotation négative revient également dans le discours du DRH du site S2.
Les DS pensent qu'elle permet d'élargir son champ de compétence et qu'elle entraîne l'ouverture des services à l'ensemble de l'établissement, en instituant une pensée de fonctionnement institutionnelle.
La GPEC est abordée dans le cadre d'une politique de mobilité, par les CSS et les directeurs.

3.2 Les motivations et les intérêts d'une politique de mobilité, pour les infirmiers

En majorité, infirmiers et cadres voient dans la mobilité l'enrichissement des connaissances, l'opportunité d'une ouverture d'esprit par des horizons professionnels diversifiés.
Nous pouvons noter que sur le site S2, un IDE associe la mobilité à l'instabilité.

3.3 Les obstacles et les freins

Les principaux obstacles sont caractérisés par :

- la crainte du changement,
- le sentiment d'insécurité,
- la spécialisation des IDE, due à l'augmentation des technicités médicales,
- l'opposition médicale.

Il apparaît très nettement que l'ensemble des personnes interrogées, sauf les IDE, expriment la complexité des relations avec le corps médical, allant jusqu'au conflit.
Nous ne relevons pas de différences particulières entre les deux établissements.

3.4 Les intérêts et le rôle des cadres

Les IDE et les cadres s'entendent pour dire que la mobilité est déterminante dans la gestion d'équipes plus dynamiques et volontaires. L'implication dans les projets individuels ou d'équipe (collectifs), nécessite un rôle de conseil et d'accompagnement de la part de l'encadrement.
Les cadres et les directeurs (DS et DRH) considèrent que la mobilité sera intéressante, si elle est précédée d'une politique d'information et de communication initiée par l'équipe de direction.
Un CSS du site S2, estime cependant, que la confiance est basée sur l'expérience et l'ancienneté.
Les directeurs précisent que quelque soit l'intérêt d'une politique de mobilité, la notion de choix est un facteur de réussite. Ce qui permet de préciser la notion de politique institutionnelle vue par les IDE et les CS.
En effet, sur le site S1, cadres et IDE connaissent la volonté institutionnelle de pérenniser la mobilité dans tout l'établissement. Sur le site S2, les IDE ne souhaitent pas de mobilité imposée. Les cadres estiment qu'une politique clairement identifiée, leur donnerait la légitimité nécessaire pour convaincre du changement.
La différence des deux sites est relevée par le fait que sur le site S1, la politique de mobilité est connue et demande à progresser. Sur le site S2, le doute persiste et le discours est plus de l'ordre d'une possibilité que d'une réalité.

3.5 Le management

L'ensemble des cadres voient dans la mobilité une évolution du management. La remise en cause qu'elle occasionne, conditionne le processus d'évolution du rôle du cadre. Les directeurs (DS et DRH) trouvent nécessaire une collaboration étroite pour partager les données et les décisions.
La prise en compte des difficultés individuelles et/ou collectives, nécessite la mise en application d'une gestion basée sur l'écoute et le dialogue : la souplesse s'impose par une négociation permanente bien menée.
La notion de confiance est abordée par trois CSS sur quatre.
Sur le site S2, un CSS n'est pas convaincu de la nécessité d'une mobilité pour améliorer les prestations et la continuité des soins.

Lorsque la mobilité n'existe pas (site S2), le DRH considère que sa mise en place ne passe que par une réflexion commune et au préalable, pour mener à bien ce projet.

3.6 Les compétences

La mobilité occasionne l'enrichissement personnel et l'accroissement des différents savoirs. Ils sont synonymes, pour les cadres et les IDE, d'expertise, de performance et d'identité professionnelle.

Sur le site S2, une CSS assimile la mobilité à l'instabilité et estime que cette notion est plutôt dangereuse par le manque d'efficacité qu'elle risque générer. Trop de mobilité, déstabilise les équipes.

De plus, le DS s'inquiète de la polyvalence engendrée, qui se traduit par des savoirs plus superficiels.

3.7 L'évaluation

Les cadres et cadres supérieurs du site S1, ont suivi une formation à l'entretien d'évaluation, sur l'initiative de la directrice des soins.

L'évaluation semble indispensable pour compléter, argumenter et étayer une politique de mobilité négociée. La prise en compte des projets professionnels ne peut être effective qu'avec une évolution constructive.

La proposition d'une grille d'évaluation des compétences semble être un élément utile pour optimiser l'évaluation annuelle et individuelle. Elle peut permettre la progression et l'amélioration dans les affectations et les changements de service.

Les deux directions, considèrent là encore, que l'évaluation est un travail en collaboration pour une GPEC ou sa mise en pratique.

Entre les deux établissements, il apparaît une nette différence dans la pratique de l'évaluation par les cadres supérieurs de santé. nous pouvons penser qu'elle n'est pas sans conséquences sur le comportement professionnel des cadres et infirmiers de leurs secteurs.

4 - L'ANALYSE DES RESULTATS

La synthèse des résultats, nous amène à penser que la mobilité a une influence sur les comportements professionnels et sur l'organisation des établissements.

4.1 L'analyse du phénomène de mobilité

4.1.1 L'influence sur les comportements professionnels

La mobilité est incontestablement reconnue comme un facteur d'enrichissement. Elle permet aux infirmiers d'augmenter, d'approfondir leurs savoirs, en terme de compétence et d'envisager des horizons professionnels variés. C'est un défi, une projection dans l'avenir avec une certaine prise de risque. Cette **progression dynamique** reste un acte volontaire.

Elle induit un effet dynamique avec une implication dans son propre projet professionnel, parallèlement aux objectifs de l'institution.

Les cadres et les directeurs, conscients de la nécessité de prendre en compte les besoins individuels, ont un rôle d'accompagnement et de conseil pour faire vivre la motivation et les intérêts aux travail. Elle s'inscrit dans un **changement d'appartenance organisationnel**, comme nous l'avons noté dans la partie théorique sur la politique de mobilité négociée.

Elle infère, de plus, la notion d'**évaluation**. L'importance que donne le site S1 à l'évaluation, confirme bien que chaque changement entraîne une reconsidération des pratiques professionnelles dans tous les domaines

4.1.2 L'influence sur l'organisation des établissements

La mobilité agit sur la communication entre les services et donc sur l'ouverture et le **décloisonnement**. Elle assure ainsi, la vitalité des organisations dans une meilleure efficacité et sécurité au sein de l'établissement.

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

La capitalisation des compétences est un enjeu aussi bien , institutionnel qu'individuel. Il s'agit, bien sur, de considérer **le patient au centre du dispositif**.

La mobilité interne passe donc par une dimension stratégique de mise en place qui vérifie le cadre conceptuel étudié sur la politique ou processus d'orientation stratégique.

4.2 La mise en œuvre d'une politique de gestion des ressources humaines partagée entre DS et DRH

4.2.1 La politique de mobilité

Il apparaît clairement, au regard des entretiens, que la politique de mobilité présente des intérêts, tant pour les infirmiers qui y voient un moyen de capitalisation de connaissances et d'aptitudes, que pour les cadres qui sont dans une logique de comportement institutionnel. En effet, l'intérêt pour l'institution se présente en une autre ouverture d'esprit et l'occasion de réorganiser ou de préciser les pratiques professionnelles.

La connotation négative de mobilité imposée, soit par la conjoncture actuelle à type de remplacement d'absence, soit par la sanction proposée suite à des difficultés professionnelles, confirme la nécessité de **négociation** et de préparation de la mise en application. La synthèse des entretiens soulève les difficultés que rencontrent les infirmiers pour comprendre l'intérêt de changer. Le changement ne se décrète pas. Il se réalise d'une manière optimale lorsque l'individu devient l'acteur de ce changement. Ceci nous amène à penser que le rôle du cadre est bien là pour anticiper les conséquences de la réorganisation.

Les craintes soulevées par l'idée du changement semblent être à l'évidence, en relation avec la notion de **résistance au changement** que nous avons abordé dans le cadre conceptuel. Les réactions des cadres du site S1, où la mobilité se pratique, confirme l'idée de CHAVEL T. que pour conduire le changement, la plus grande transparence est nécessaire. Elle implique une information honnête et objectivité.

Le comportement individuel du CSS et de l'IDE du site S2, qui n'ont pas une approche positive de la mobilité, nous incite à penser qu'il n'existe pas de négociation en cette faveur, ni de préparation au préalable. Le DRH de ce site est, seulement, dans une démarche d'appropriation de la GPEC. La directrice des soins, favorable au demeurant à la mobilité, émet des doutes quant à une mobilité à tout craint. En effet, la polyvalence à l'extrême risque de déstabiliser les individus et les équipes.

Le rejet des aspects positifs de la mobilité, retenus tout au long des entretiens, nous permettent d'attribuer cette résistance au changement, à un immobilisme sur plusieurs années.

Cet aspect des réponses obtenues sur le site S2, affirme bien qu'une politique de mobilité passe par une stratégie de mise en place comportant différentes phases comme :

- la collaboration entre les DS et les DRH,
- une gestion décentralisée près des cadres supérieurs.

4.2.2 La relation entre la mobilité et la gestion des ressources humaines

La qualité des prestations infirmières dépend des ressources humaines affectées auprès des patients et de leurs qualités professionnelles. La collaboration entre tous les acteurs : cadres, cadres supérieurs et corps médical, permettra la conception d'une gestion partagée des ressources humaines, centrée sur le développement des compétences individuelles et collectives. Le tableau résumant les conditions d'émergence des compétences collectives prend ainsi toute sa valeur pour confirmer cette notion.

La contribution du directeur des soins consiste à mettre en œuvre le projet de soins et à l'évaluer. De fait, sa mission répond à la recherche de l'efficience par la valorisation des pratiques et des hommes dans une évolution des organisations et du professionnalisme.
La recherche d'une meilleure qualité du travail, sous tendue par la démarche visant l'accréditation des établissements, et l'élévation des qualifications, transforment peu à peu le contenu même des emplois. Cela demande par rebond, une **gestion prévisionnelle** anticipant les évolutions de l'institution et des employés.

Le résultat des entretiens insiste sur la notion de collaboration DS/DRH, dans laquelle s'inscrivent les cadres supérieurs. Les besoins notés sont centrés sur un **climat de confiance** indispensable et l'importance de **l'information**.

3EME PARTIE : PROPOSITIONS D'ACTIONS

Notre recherche sur le cadre conceptuel a enrichi nos connaissances théoriques en matière de mobilité, de gestion des ressources humaines et de compétence.

L'un des objectifs de cette étude est en effet, d'appréhender la réalité de la mobilité des infirmiers, à la fois sur le plan individuel et institutionnel.

L'analyse de l'enquête nous renseigne sur les difficultés et les bouleversements rencontrés lorsqu'il n'y a pas de politique de mobilité dynamique et réfléchie. De même, les dirigeants rencontrent de nombreuses problématiques pour manager le mouvement des personnels.

Il est bien évident que chaque centre hospitalier a sa culture, son histoire et ses ressources différentes. La spécificité de chaque situation est à respecter.

Favoriser la mobilité ou la ralentir pour respecter l'équilibre nécessaire au bon fonctionnement des services de soins, consiste à la gérer. Cette gestion s'effectue dans :

- l'optimisation et la maîtrise de la mobilité dans les domaines quantitatifs et qualitatifs,
- la valorisation des compétences des professionnels.

Nous avons remarquer que certaines difficultés au mouvement, proviennent d'un doute à la capacité d'adaptation et à la peur de l'inconnu, considéré comme hostile.

En conséquence, l'élaboration d'une politique de mobilité se conduit prudemment car « … *les solutions efficaces se trouvent du côté de la souplesse, des arrangements pertinents et des négociations directes avec les acteurs concernés.* »[34]

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.

[34] GONNET F. Op Cit p 184.

Le plan d'action proposé, peut s'appliquer dans un établissement comme le site S2 qui n'a pas de politique de mobilité formalisée, tout en tenant compte des écueils rencontrés sur le site S1.

Ainsi, notre projet s'articule autour de deux axes :

- un plan construit en collaboration avec l'équipe de direction et négocié autour d'un travail collectif et pluridisciplinaire fondé sur le cadre réglementaire,
- un dispositif de mise en œuvre, à partir d'un projet de grille de compétences et de développement du tutorat pour favoriser le mobilité.

1 - LES FONDEMENTS DU PLAN D'ACTION

1.1 Le cadre réglementaire

A l'heure de l'accréditation, il nous semble utile de rappeler certaines références du manuel d'accréditation[35] relatif au « Management et gestion au service du patient » :

MEA 8b : *le responsable du secteur d'activité connaît les compétences de son personnel et utilise ces informations pour une gestion prévisionnelle*.

GRH 4a : *l'établissement met en œuvre une gestion prévisionnelle des ressources humaines.*

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

GRH référence 6 : *des procédures d'accueil et d'intégration des professionnels et des stagiaires sont en place*.

GRH 8a : *les besoins des personnels en matière de formation continue sont identifiés*.

GRH 8b : *un programme de maintien et d'amélioration du niveau de compétence adapté aux besoins identifiés des personnels de l'établissement est mis en place*.

D'autre part, le guide méthodologique pour l'élaboration, négociation et suivi du projet social, préconise que « *les établissements gagneront à afficher dans le domaine de la mobilité une politique volontariste, dont les effets seront suivis avec une attention particulière pour prévenir notamment les situations d'inadaptation à l'emploi*. ».

[35] AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES)–Manuel d'accréditation des établissements de santé- Direction de l'accréditation- Paris : février 1999.

Ces quelques références soulèvent l'importance d'une gestion prévisionnelle des ressources humaines et d'une mise en place d'une politique de mobilité organisée et suivie.

Le directeur des soins doit être un observateur attentif de la mobilité du personnel soignant car les mouvements internes sont l'occasion de discussion et de propositions de réorganisation des services et des soins. Ces circonstances sont utiles pour déduire les compétences nécessaires à l'activité d'un service. Elles sont aussi, l'opportunité d'évolution en concordance avec le projet médical et le plan directeur d'établissement.

Dans ce cadre, l'élaboration d'une politique de mobilité se construit avec l'équipe de direction.

1.2 Un plan d'action construit en collaboration avec le DRH

Le directeur des ressources humaines a pour mission de gérer l'ensemble des personnels de l'hôpital et de mettre en place une politique de gestion des ressources humaines. Cette mission découle d'une stratégie politique d'établissement sous la responsabilité du directeur d'établissement. Le DRH agit donc par délégation. Aujourd'hui, le DRH doit concilier justice sociale et efficacité économique ; les ressources humaines nécessitent ainsi, une technicité minimale de gestion au même titre que n'importe quelle ressource.

La réglementation montre l'inévitable collaboration entre le DRH et le DS.

En effet, l'article 4 du titre 1er du décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, décrète qu' « *il participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation* » et lui confère des missions d'organisation et de contribution à la mise en œuvre des politiques visant à l'évolution de l'organisation du travail et à l'amélioration continue de la qualité.

De même, il est responsable de l'animation et de l'encadrement, donc de l'évaluation des personnels dont il est l'autorité hiérarchique. Son rôle se situe au niveau de la participation et de la décision.

Toutes ces missions sont également en liaison avec différents partenaires. Dans le cadre de la mobilité, la place stratégique du directeur des soins est au centre d'un dispositif de travail collectif et pluridisciplinaire.

1.3 Un plan d'action négocié autour d'un travail collectif et pluridisciplinaire

Organiser la mobilité passe par le développement d'une culture inter-services, sans pour cela nier les spécificités de chacun. Cette ouverture nous demande de nous interroger sur l'harmonisation des organisations de services ainsi que sur la nature des informations à transmettre.

1.3.1 Les liens avec le corps médical

Sans paradoxe aucun, le travail des soignants vers une amélioration de la qualité dépend fortement de l'organisation médicale.
Le rôle du DS est bien de gérer la coordination entre les activités médicales et les activités de soins. Ce travail s'entend auprès des médecins et de ce fait du président de la commission médicale d'établissement (CME), interlocuteur privilégié dans l'équipe de direction.
Nous avons pu constater au cours de nos entretiens combien la relation entre la direction, l'encadrement et le corps médical, complexifiait les situations et la mise en œuvre de la mobilité. Il semble toutefois, qu'une information et une communication cohérente et explicite simplifient le processus. La responsabilité des ressources humaines incombe au DRH et au DS, il n'est pas impossible cependant de gérer les personnels dans une collaboration intelligente avec le corps médical. D'autant plus, que la finalité d'un établissement de soins reste pour tous, la prise en charge de qualité des patients demandeurs de soins.
En effet :

- la bonne qualité de la prestation client,
- l'épanouissement personnel et professionnel des infirmiers,
- la gestion efficiente des ressources humaines,

ne sont en aucun cas incohérents avec la logique médicale.
L'évolution de la fonction cadre de santé permet alors un management transversal et favorise l'ouverture des services entre eux.

1.3.2 Des partenaires privilégiés : les cadres de santé

Les établissements de santé définissent leurs orientations stratégiques et pour cela, sollicitent les cadres pour accompagner les différents projets avec leurs équipes respectives. Leur fonction d'interface joue un rôle primordial dans la conduite du changement.

Les fonctions essentielles identifiées se situent dans :

- l'information ascendante et descendante à traiter et à transmettre,
- la communication avec l'ensemble des membres de l'équipe, la hiérarchie et le corps médical,
- la conduite des équipes en difficulté,
- l'accueil des nouveaux agents dans les services,
- l'identification des besoins en formation,
- l'aide à la dynamique d'élaboration d'un projet professionnel ou d'un projet personnel.

Ces multiples missions nécessitent une attention et une réflexion particulière de la part du directeur des soins pour permettre une distanciation minimum du cadre face à ses agents.

Le rôle des cadres supérieurs, à part entière dans cette réflexion, sera de développer avec leurs équipes de cadres de proximité, l'échange d'informations relatives au fonctionnement global de l'hôpital et d'encourager l'émergence d'un sentiment d'appartenance à une entité commune. Ces actions atténueront les phénomènes de cloisonnement et responsabiliseront chaque acteur.

L'évolution de la clientèle des établissements de santé, l'émergence du consumérisme et la poussée de l'innovation scientifique et technique, imposent une nouvelle conception de la gestion hospitalière. La transformation du rôle des acteurs internes à l'hôpital contraint à une optimisation du capital de compétences.

Nous pensons que la mise en place d'outils au service de ce perfectionnement, tels que la grille de compétences et le développement du tutorat, peut déboucher sur l'obtention de résultats probants.

2 - LA CONCEPTION DU DISPOSITIF A METTRE EN ŒUVRE

2.1 Un projet de grille de compétence pour le bilan professionnel et personnel

2.1.1 La conception et les objectifs à atteindre

- **Un outil de management**

Pour l'encadrement, un de ses objectifs est d'amener les équipes à prendre conscience de leurs pratiques professionnelles. L'utilisation d'une grille de compétence[36], outil de management, aidera le cadre à connaître son équipe et à identifier les potentiels de chacun. Le développement de la performance des équipes y est fortement corrélé.
La mise en exergue des zones de vulnérabilité constituera une aide précieuse pour le cadre. Les défaillances mises à nu, peuvent favoriser l'émergence d'un dialogue avec chacun. En effet, la grille de compétence est une étape préliminaire à l'élaboration du plan de formation et à l'entretien d'évaluation annuelle, sur la base d'entretiens individuels.
Elle autorise l'argumentation de la stratégie du cadre vis à vis de la direction.

- **Un outil d'analyse**

Outre le fait de permettre une description des pratiques professionnelles existantes, la grille de compétences aide à déterminer les futures pratiques nécessaires au développement des activités. par la prise en compte des évolutions organisationnelles, sociales et technologiques. Elle donne au cadre la possibilité de se projeter dans l'avenir.

- **Un outil de projection**

Les objectifs déclinés au regard du bilan de l'existant, individuels ou collectifs, s'inscrivent dans une situation projetée à atteindre. L'atteinte d'acquisitions nouvelles permettra la mesure des écarts entre l'ancienne situation et la nouvelle. Elle correspond à l'évaluation du ou des projets.

[36] La grille de compétences : annexe n°5 pp 68-69.

2.1.2 La mise en œuvre et les principes de fonctionnement

❖ Des préalables

L'équipe des cadres et cadres supérieurs, dans la mise en place d'une politique de mobilité, s'inscrit, comme nous l'avons vu dans la partie théorique de ce travail, dans un esprit de gestion décentralisée. Partenaires du directeur des soins, ils sont en premier lieu, concernés par la réalisation et l'utilisation des outils tels que la grille de compétences.

Dans un premier temps, il est exigé que les cadres supérieurs s'approprient l'utilisation de cette grille. Ils doivent être en mesure de former à leur tour les cadres des secteurs dont ils sont responsables.

La grille de compétences doit être présentée aux différentes instances de l'établissement (CSSI, CTE, CME, CHSCT et CA) par le DS afin d'en expliciter l'intérêt. En effet, outil d'aide à la décision, elle représente une condition clé de réussite de la progression professionnelle individuelle et collective. L'acceptation de cet outil met aussi en valeur la professionnalisation de l'évaluation.

❖ Des principes de fonctionnement

Le recensement des activités des services peut s'effectuer sur le terrain par chaque cadre et les infirmiers, afin d'établir des référentiels métiers, des profils de poste ou de fonction. Ainsi, la réalité effective du métier d'infirmier permet de définir les compétences requises dans les services. Les affectations proposées par le DS seront plus efficientes et le recrutement par le DRH en sera facilité.

L'élaboration des profils de poste ou de fonction réalisera le fondement de la mobilité.

La grille de compétences est pour le cadre un argument du plan de formation de l'unité. La conséquence de ces pratiques est également intéressante en terme d'individu. Les entretiens d'évaluation, les auto-évaluations sont les prémices et les fondements des projets professionnels. L'infirmier, accompagné dans sa démarche de projet, s'investira positivement dans le cadre de la mobilité pour répondre à ses motivations et aux besoins de l'institution. La démarche engagée peut alors, s'élargir à tout le personnel soignant et hôtelier de l'établissement.

2.1.3 L'évaluation des résultats

L'utilisation d'une grille de compétences n'est pas une démarche statique. La consultation et la mise à jour régulière de cette grille s'impose régulièrement. En effet, relevant les dysfonctionnements et les tâches mal assumées, ainsi que les actions curatives qui en découlent, il est évident qu'elle doit être évolutive.
Les cadres supérieurs et les cadres de santé devront tous les six mois par exemple, réaliser un réajustement et rendre compte des résultats au directeur des soins.
A partir de là, en collaboration avec le DRH, le DS pourra annoncer les résultats à la direction de l'établissement et aux différentes instances.
Ils seront par exemple, en terme de :

- plans de formation formalisés et motivés,
- projets professionnels élaborés, fiches de poste et de fonction réalisées,
- dysfonctionnements relevés,
- dispositions curatives mises en place.

Ce bilan sera l'occasion de présenter le projet suivant pour l'accompagnement de la politique de mobilité.

Dans notre étude, nous avons relevé les réticences rencontrées du fait de la peur du changement par crainte de l'inconnu. Il nous semble alors justifié de préparer un dispositif d'accompagnement, d'intégration des nouveaux infirmiers ou des infirmiers qui ont changé de service.

2.2 Le développement du tutorat pour favoriser la mobilité

2.2.1 La définition et les objectifs du tutorat

Dans la démarche d'intégration des infirmiers nouvellement recrutés ou qui changent de service, il apparaît utile de définir la notion de tutorat. Cette modalité d'intégration peut faciliter la réussite du changement ou l'apprentissage du nouvel IDE.
C'est « *un accompagnement personnalisé qui permet à la personne concernée de :*

- *acquérir les compétences nécessaires à l'exercice d'un métier, à la maîtrise d'un poste*
- *s'intégrer dans une situation de travail, un environnement professionnel.* »[37].

De cette façon, les infirmiers arrivant dans une unité inconnue, peuvent :

[37] SOCIETE JEAN-GUY MILLET & ASSOCIES / HOMMES & COMPETENCES – Manager le compétences des collaborateurs – Cours ENSP – Juin 2002

- se situer comme des professionnels dans l'établissement, avec des responsabilités, des missions et des tâches en vue de garantir la qualité des soins en lien avec la politique institutionnelle,
- appréhender leur fonction dans les meilleures conditions psychiques, relationnelles et techniques.

2.2.2 Les différentes étapes de la démarche

L'ensemble de la démarche est proposée par le directeur des soins, à l'équipe de cadres supérieurs et de cadres de proximité. Un cadre supérieur ou le directeur des soins lui-même, peuvent être nommé référents pour assurer la cohérence de la démarche sur l'ensemble de l'établissement.
Chaque cadre peut déterminer, au regard de la grille de compétences, les infirmiers ayant les potentiels nécessaires pour assumer cet accompagnement dans leur service. En effet, le tuteur doit être disponible pour effectuer son rôle préalablement défini. Le service devra réfléchir à la procédure d'intégration de nouveaux collègues.

❖ **Avant la prise de fonction :**

Le cadre détermine au départ l'entretien avant la prise de fonction dans l'unité, pour faire connaissance, présenter le service et les différents documents (fiche de poste, livret du service…) et présenter le tuteur.

❖ **A la prise de fonction :**

En concomitance avec le tuteur et le cadre, l'infirmier affecté, déterminera les différents axes de progression à développer.
L'évaluation de la progression se fera en liaison avec le cadre du service. L'évolution et les difficultés particulières doivent être analysées par ce même cadre. Le tuteur doit donc, l'en tenir informé.
La durée du tutorat est à déterminer en fonction de la première évaluation, dès la première semaine de travail.
La participation du corps médical est à souhaiter pour la présentation, entre autre, des différentes organisations médicales, des vigilances et des traitements spécifiques de l'unité.

2.2.3 La présentation des résultats

Au terme d'une année d'expérience, le directeur des soins fera état des résultats dans son rapport d'activité. Il doit cependant, avoir recueilli, lors des entretiens avec les agents concernés, leurs impressions sur le dispositif mis en place et sur les actions correctives à apporter.

La cohérence d'application de cette politique passe par une information et une réflexion de l'équipe de cadres, les cadres supérieurs étant les relais privilégiés du directeur des soins.

Ce contexte de participation et de délégation nécessite un suivi attentif de la part du DS. Il est le garant des moyens à mettre en œuvre pour la réalisation de ce projet.

La mise en pratique de la grille de compétences et du tutorat permettront également au directeur des ressources humaines, garant de la compétence des agents de l'institution, d'expliquer les choix d'affectation aux différents candidats.

CONCLUSION

La politique de mobilité que nous avons développée comme une gestion dynamique et partagée des ressources humaines, nous apparaît comme un élément majeur dans la gestion globale d'un établissement de santé.

En effet, le concept de l'individu, acteur dynamique de son projet de changement, dans le contexte actuel contraignant mais évolutif, nous démontre tout l'intérêt de développer une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Cet enjeu passe par la mise en pratique de la grille de compétences qui permet alors aux agents et aux cadres de mettre en exergue les dysfonctionnements à améliorer et prendre en considération les potentiels existants. L'élaboration du projet professionnel répond aux besoins des infirmiers comme de l'institution et s'intègre dans une politique de mobilité réfléchie et cohérente. Le développement du tutorat dans les unités de soins accompagne le changement et permet une acceptation éclairée de la mobilité.

Ces dispositifs installés donnent la possibilité d'envisager la mobilité comme un moyen de capitalisation des connaissances et d'une dynamique de développement d'une pluri-compétences des IDE.

L'optimisation de cette politique dans une gestion des ressources humaines partagée permet de concilier les intérêts institutionnels et individuels.

La pérennité d'un dispositif de mobilité incluant toutes les actions indispensables au préalable (fiches et profils de poste, grille de compétences, entretiens d'évaluation, projet d'intégration des personnels mobiles…), dépend étroitement des capacités des cadres à faire adhérer les équipes à des projets communs.

Ainsi, comme l'écrit G. DEVRET «*d'une part, la conviction de ces cadres de l'intérêt d'évoluer vers plus de mobilité, et d'autre part leur niveau d'expertise managériale, sont et seront àla base de la réussite des systèmes polyvalents.* »[38]

La réussite de cette nouvelle gestion, au service des personnels et de l'institution répond à terme aux besoins des usagers.

A l'heure de la modernisation sociale, nos préoccupations essentielles ne sont-elles pas fondées sur la démarche qualité au bénéfice du client ?

[38] DEVRET G. –Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.- Gestions hospitalières – Février 2000 ; p 137.

B I B L I O G R A P H I E

DOCUMENTS PUBLIES

LIVRES.

BELLENGER L. *Stratégies et tactiques de négociation*. Paris : ESF Ed, 1994. 165p.

BERNOUX P. *La sociologie des organisations*- Paris : Ed. DU SEUIL,1985. 382p.

CHAVEL T. *La conduite humaine du changement*. Paris : Ed. DEMOS, 2000. 222p.

CRESSON G., SCHWEYER FX. *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail.* Rennes : Ed. ENSP, 2000. 219p.

DERENNE O., LUCAS A., al…-*Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière*- Tome 2- Rennes :Ed E.N.S.P., 2002, 294 p.

GONNET F*. L'hôpital en question(s*). Paris : Ed. LAMARRE, 1992. 359p.

LEGERON P. *Le stress au travail*. Paris : Ed. ODILE JACOB, 2001. 381p.

QUIVY R, VAN COMPENHOUDT L. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Ed. BORDAS, 1988 .

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

STRAUSS A.L *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*. Paris : Ed. L'HARMATTAN,1992. 311p.

REVUES ET PERIODIQUES.

DREVET G. Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio- économiques ?. *Gestions hospitalières,* février 2000, n°159, pp. 132-144.

LE BOTERF G. De quel concept avons-nous besoin ?- Dossier : Les compétences, de l'individuel au collectif. *Soins cadres,* février 2002, n°41, pp 19-52.

VALMARY D. Décloisonner l'hôpital. *Gestions hospitalières*, février 1993, n°323, pp. 107-109.

DOCUMENTS NON PUBLIES

MEMOIRES ET COURS.

BARTHES R. *Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences* - Cours E.N.S.P.- avril 2002.

BIHAN D. *Restructuration et mobilité : de la contrainte à l'opportunité de devenir acteur de son projet.* Mémoire Formation infirmiers généraux : ENSP, 2001, 72p.

DULAK E. *La gestion de la mobilité au service de la compétence*. Mémoire Formation infirmiers généraux: ENSP, 2001. 70p.

IMBERT M. *La mobilité : quels enjeux pour l'institution et pour les infirmières ?* Mémoire Formation infirmiers généraux : ENSP, 1999, 64p.

MILLET J.G.et ASSOCIES / HOMMES ET MANAGERS. *Manager les compétences des collaborateurs*. Cours ENSP, Séminaire du 17 au 19 juin 2002.

RAPPORTS, MINISTERE…

AGENCE NATIONALE DE L'ACCREDITATION ET DE L'EVALUATION EN SANTE (ANAES).-*Manuel d'accréditation des établissements de santé*. Paris : février 1999.

TAVERNIER N., (al…) *La gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publics*. Rapport d'étude. Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville –Janvier 1994.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

LOI N° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, paru au JO du 18 janvier 2002.

DECRET N° 90-319 du 5 avril 1990 relatif à la formation professionnelle continus des agents de la fonction publique hospitalière.

CIRCULAIRE DHOS/P1/2001 N°335 DU 3 juillet 2001 relative au projet social et au volet social des contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé financés par dotation globale.

CIRCULAIRE DHOS/P2/2002/77 du 8 février 2002, relative à la mise en œuvre de certaines mesures du protocole du 14 mars 2001 relatives aux corps des attachés d'administration hospitalière, des cadres de santé, des sages-femmes, des personnels infirmiers, de rééducation et médico techniques.

Liste des annexes

Annexe n° 1 : Grille d'entretiens auprès des infirmiers.

Annexe n° 2 : Grille d'entretiens auprès des cadres de santé.

Annexe n° 3 : Grille d'entretiens auprès des cadres supérieurs da santé.

Annexe n°4 :Grille d'entretiens auprès des directeurs des soins et directeurs des ressources humaines.

Annexe n° 5 : Grille de compétences

Annexe n°1

Grille d'entretien auprès des infirmiers

1- Pouvez-vous me dire ce qu'évoque pour vous le terme de « mobilité » ?

2- Quels sont vos intérêts, en tant qu'infirmier, à être mobile ?

3- Pouvez-vous me parler des raisons qui vous ont conduit à demander un changement de service ?

4- Y- a- t'il source de motivation ?

5- Selon vous, quelles sont les raisons qui feraient obstacle à la mobilité ?

6- Quels sont d'après vous, les intérêts d'une mobilité pour les cadres de santé ?

7- Existe- t'il une politique en faveur de la mobilité au sein de l'hôpital ?

8- A votre avis, quelles peuvent être les propositions pour une politique de mobilité ?

Annexe n°2

Grille d'entretien auprès des cadres de santé

1- Pouvez-vous me dire ce qu'évoque pour vous, le terme de « mobilité » ?

2- Selon vous, quels sont les intérêts pour un infirmier à être mobile ?

3- Quels sont les obstacles à la mobilité ?

4- L'incitation à la mobilité fait-elle partie de votre conception du management ?

5- Selon vous, quel est le rôle du cadre au regard de la mobilité ?

6- Quels sont les intérêts pour les cadres de santé ?

7- Existe- t'il une politique de mobilité au sein de l'établissement, et qu'en pensez-vous ?

8- Quel lien faites-vous entre « mobilité » et « compétence » ?

9- Quel lien faites-vous entre « mobilité » et « évaluation » ?

Annexe n°3

Grille d'entretien auprès des cadres supérieurs de santé

1- Existe- t'il dans votre établissement, une politique de mobilité et qu'en pensez-vous ?

2- Utiliseriez-vous une autre méthode ?

3- L'incitation à la mobilité, fait-elle partie de votre conception du management ?

4- Quel est, d'après vous, le rôle du directeur des soins au regard de la mobilité ?

5- Comment accompagnez-vous la mobilité auprès des cadres de proximité ?

6- Quel lien faites-vous entre « mobilité » et « compétence » pour un infirmier ?

7- Quel lien faites-vous entre « mobilité » et « évaluation » ?

Annexe n°4

Grille d'entretien auprès des Directeurs de soins et des directeurs des ressources humaines

1- Quelle place accordez-vous à la mobilité interne du personnel infirmier dans la gestion des ressources humaines, et de quelle façon y participez-vous ?

2- Quelles sont les raisons qui constituent des obstacles à la mobilité ?

3- A l'inverse, quelles raisons favorisent la mobilité ?

4- Quel lien faites-vous entre « mobilité » et « compétence » pour un infirmier ?

5- Quel lien faites-vous entre « mobilité » et « évaluation » ?

6- Comment participez-vous à une stratégie et au management relatif à la mobilité du personnel infirmier au sein de l'établissement ?

Annexe n° 5

La grille de compétences

Activité / Acteurs (noms)	Dans l'organisation, en début de période													Opérations Et savoir-faire nouveaux à créer dans la période (évolution de l'organisation)					Poly-valence	Formations à prévoir dans la période (plan de formation personnalisé)	Observations
	Opérations existantes										Savoir-faire existants										
	De gestion - sécurité							De gestion développement													
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	D1	D2	D3	SFE1	SFE2	SFE3	ON1	ON2	ON3	SFN1	SFN2			
1			*		*	*	*			*				O	O				Forte	- Micro- informatique - Comptes rendus de réunion	
2		*				=	=	=	-	-	-								Moyenne		
3		*			=	-	-	-	-	-	-								Moyenne	- Micro- informatique - Comptes rendus de réunion	
4		*			=	-	-	=	-	-	-								Moyenne		
5		*			=	=	-	-	-	-	-								Moyenne		
6		=	-	*	=	-	-	-	-	-	-								Faible		
7		-	-	*	-	-	-	-	-	-	-								Très faible		Capacité d'évolution limitée
8		-	=	*	-	-	-	-	-	-	-								Très faible		
Vulnérabilité	nulle	forte	moyenne	faible	très forte																

Légende *Source Iseor- H. Savall*

Bonne connaissance théorique et pratique courante ou occasionnelle.

* Connaissance des principes avec pratique occasionnelle ou bonne connaissance mais sans pratique.

= Connaissance des principes sans pratique.

- Ni connaissance théorique ni pratique.

O A réaliser.

T SVP

Annexe n°5 suite

Légende :

Les différentes rubriques à renseigner.

- Horizontalement : les activités

- les opérations existantes. Une opération est un premier niveau de regroupement de tâches élémentaires réalisées par une même personne pour atteindre le résultat nécessaire à la mission de l'unité (l'activité constitue un 2eme niveau de regroupement).
- Les savoir-faire existants. Ils représentent des capacités particulières favorisant la réalisation de certains aspects de l'activité et sont utilisables dans certaines occasions. Ils sont donc à repérer pour en user en cas de besoin. Exemples :la pratique de l'anglais, rédaction de comptes rendus de réunions…
- Les savoir-faire à créer. Ils correspondent à une évolution souhaitée de l'organisation du travail. Exemples: la connaissance de logiciels informatiques, de nouvelles machines (radiologie, réanimation, bloc opératoire…).
- Les formations à prévoir. La grille de compétences permet une vue synoptique des formations nécessaires en fonction des opérations et des personnes. Elle est à la base du recueil des besoins indispensables à la constitution d'un plan de formation intégrée.
- Les observations. Cette colonne contribue à la pertinence de la grille de compétences : pour le supérieur hiérarchique, qui peut mentionner des informations utiles à la compréhension de l'ensemble (par exemple, noter qu'un membre de l'unité ne peut effectuer certaines tâches pour des raisons de santé) ; pour les tiers qui interprètent ainsi plus facilement la grille. Le fait d'avoir notifié le peu d'ancienneté d'une personne peut éclairer sur son faible degré de compétences et légitimer sa situation.

  La colonne « observations » contribue ainsi à la qualité et à la richesse des informations collectées, favorise l'appropriation de la grille par le terrain, et, enfin, facilite son adaptation aux besoins de l'entreprise.

- Verticalement : les acteurs. Toutes les personnes d'une même unité figurent sur la grille de compétences.