



EHESP

Filière Directeur des Soins

Promotion : **2018**

Marie Curie

Date du Jury : **Décembre 2018**

**La mobilité: un outil managérial dans
la professionnalisation des cadres de
santé**

Fabrice DIOT

Remerciements

Je remercie tous les professionnels de santé qui ont participé à l'enquête de ce mémoire.

Je remercie mon épouse pour sa patience et ses conseils.

Enfin, je remercie tous ceux qui donnent de leur temps pour les autres.

Sommaire

Introduction	1
1 Les concepts de mobilité et de professionnalisation	7
1.1 Le concept de la mobilité aujourd’hui dans les établissements de santé.	7
1.1.1 Les définitions.....	7
1.1.2 Les formes de mobilité.....	8
1.1.3 La réglementation.....	9
1.1.4 Les mobilités observées dans les institutions	10
1.1.5 Des exemples d’organisation de la mobilité dans les structures de soins.	11
1.1.6 Les stratégies individuelles de mobilité.....	12
1.1.7 La mobilité institutionnelle au service des compétences ?	13
1.2 La professionnalisation des cadres est un long processus entre compétences, expériences et reconnaissance.....	14
1.2.1 La professionnalisation	14
1.2.2 Le concept de compétence.....	17
1.2.3 Les compétences « attendues » des cadres de santé	20
2 Une approche exploratoire conduite sur le terrain par des entretiens semi-directifs... 23	
2.1 Méthode de l’enquête.....	23
2.1.1 Population enquêtée.....	24
2.1.2 Terrain de l’enquête.....	24
2.1.3 Outils utilisés	24
2.1.4 Limites de l’enquête.....	25
2.2 Présentation du questionnaire semi-directif.....	25
3 Analyse des résultats	26
3.1 La mobilité est un enjeu managérial.....	26
3.1.1 La mobilité est un enjeu institutionnel dans le management des cadres de santé.	26
3.1.2 La mobilité permet une meilleure adaptabilité aux changements	27
3.1.3 La mobilité facilite l’acquisition de nouvelles compétences	28

3.1.4	La mobilité aide à la gestion des carrières des cadres de santé.....	29
3.2	La Mobilité est une « affaire personnelle ».....	31
3.2.1	La mobilité est de plus en plus souhaitée par les cadres de santé.	31
3.2.2	La mobilité des cadres de santé suppose des « prédispositions ».	33
3.3	La mobilité participe au « bien être » des cadres de santé	33
3.3.1	La mobilité est une ressource de motivation pour les cadres de santé	33
3.3.2	La mobilité permet le « devenir cadre ».....	34
3.3.3	La mobilité : entre la professionnalisation et la qualité de vie au travail des cadres de santé	36
4	Préconisations >	39
4.1	Une politique de mobilité institutionnelle	39
4.1.1	Affichage d'une politique de mobilité cadre de santé pour exemplarité	39
4.1.2	La Direction des soins doit rester maître de la mobilité	41
4.2	Une collaboration DS et DRH indispensable.....	42
4.2.1	Bourse à l'emploi	42
4.2.2	Promouvoir la promotion professionnelle des cadres de santé	44
4.3	Management des cadres de santé.....	46
4.3.1	Repérer les cadres ayant un projet de mobilité	46
4.3.2	L'évaluation annuelle est une opportunité de sonder les motivations	47
4.4	Les IFCS doivent être les porte paroles de la mobilité.	49
	Conclusion.....	51
	Bibliographie.....	53
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAP	Agence National d'appui à la Performance
APEC	Association Pour l'Emploi des Cadres
AP-HM	Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille
ARS	Agence Régionale de Santé
CH	Centre Hospitalier
CHRU	Centre Hospitalier Régional et Universitaire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
COE	Conseil d'Orientation pour l'Emploi
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DRH	Directeur des Ressources Humaines
DS	Directeur des Soins
FHF	Fédération Hospitalière de France
FPE	Fonction Publique d'Etat
FPH	Fonction Publique Hospitalière
FPT	Fonction Publique Territoriale
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et de Compétences
IFCS	Institut de Formation des Cadres de Santé
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
SOFRES	Société Française d'Enquêtes par Sondages

Introduction

Les établissements de santé connaissent actuellement de profonds bouleversements organisationnels programmés par un ensemble de réformes du système de santé visant à améliorer l'offre de soins sur les territoires. L'objectif est d'apporter le meilleur service possible auprès des usagers dans le domaine des soins. Les acteurs directement confrontés à ces changements sont les cadres de santé qui ont la responsabilité de manager les équipes. Leurs premiers objectifs étant d'améliorer l'efficacité des prises en charge des patients et de garantir la pertinence des soins. De plus, des projets de coopérations entre les établissements configurent les nouvelles organisations de soins sur les territoires. La mise en place des GHT en est le meilleur exemple. Il permet la mise en œuvre de parcours de soins sur un secteur géographique. La répartition des actions de soins se réalise ainsi par filières.

L'hôpital public est passé d'une logique de service, à une logique de pôles pour arriver aujourd'hui à une logique de parcours de soins. Dans ces différentes étapes, les cadres de soins ont dû s'adapter et conduire les équipes vers des transformations structurelles importantes. L'ensemble de ces évolutions demande aux agents une aptitude certaine aux changements et un encadrement prêt à l'accompagner. Aussi, les cadres sont au cœur de ces réformes successives et doivent pour cela développer des compétences d'adaptation, d'anticipation et d'expertise afin de mener à bien ces différents projets.

Dans le cadre de restructurations ou de modifications des organisations, la mobilité professionnelle est parfois considérée comme un levier majeur d'évolution des carrières pour tous les agents de la fonction publique.

Ainsi, la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, Loi dite loi Le Pors, article 14¹ stipule que: « *L'accès des fonctionnaires de l'Etat, des fonctionnaires territoriaux et des fonctionnaires hospitaliers aux deux autres fonctions publiques, ainsi que leur mobilité au sein de chacune de ces trois fonctions publiques, constituent des garanties fondamentales de leur carrière* ».

¹ Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors. <https://www.legifrance.gouv.fr> .

L'autre texte de référence concernant la mobilité des fonctionnaires est la Loi n° 2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique². Cette loi constitue une avancée en terme de mobilité. Elle autorise un décloisonnement des administrations et la valorisation des expériences de l'agent. Elle s'inscrit également dans une gestion personnalisée des carrières.

La mobilité est de deux types: une mobilité externe (changement d'entreprise) et une mobilité interne (changement de poste, changement de fonction changement de catégorie professionnelle).

Dans ce mémoire, seule la mobilité interne sera considérée. De plus, un grand nombre de projets mobilité observés dans la fonction publique s'adresse à tous les agents. L'objet de cet écrit de recherche est de mettre la focale sur la mobilité du personnel d'encadrement.

Le développement des compétences du personnel soignant est le plus souvent l'apanage des directions de ressources humaines. Ainsi, dans le cadre de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences, les directeurs des ressources humaines ont le souci de gérer et d'anticiper les besoins en fonction des activités de l'établissement. Ils doivent également permettre des évolutions professionnelles et ouvrir les perspectives de carrières aux agents désireux de progresser au sein de la structure. Cependant, l'évolution n'est pas un but en soi, et tous les cadres de santé ne souhaitent pas avoir une progression dans la hiérarchie hospitalière. Le rôle du directeur des soins est d'adapter les compétences du personnel d'encadrement aux exigences de l'institution dans un contexte en perpétuel mouvement. Aussi, la mobilité peut parfois être un outil de développement d'aptitude, d'ouverture et d'expertise pour les cadres de santé.

Dans mon établissement d'origine, la mobilité des cadres n'était pas organisée. L'affectation des cadres était réalisée en tenant compte des souhaits des agents mais également des avis des chefs de services. Le recrutement d'un cadre de santé était validé par les praticiens hospitaliers sur proposition du directeur des soins. Dans ce contexte, les cadres étaient peu mobiles et restaient dans les services de nombreuses années. Une minorité de cadres accédait à des changements pour des raisons personnelles.

La mobilité s'observait ainsi par des départs impromptus sous couvert de raisons variées. Une des principales cause de mobilité observée était la mésentente (parfois soudaine) entre le cadre du service et le corps médical. Ce type de mobilité est imprévisible.

² Loi n° 2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique. <https://www.legifrance.gouv.fr>

Mais elle doit être prise en compte et peut induire dans certaines situations une nouvelle répartition de l'encadrement dans les services. Nous pouvons donc constater que lorsque la mobilité des cadres n'est pas inscrite dans un projet institutionnel, celle-ci peut se réguler « au coup par coup » dans des conditions inattendues et injustifiées pour le directeur des soins.

Au cours de mon premier stage, j'ai pu rencontrer des cadres qui avaient été mobiles dans leur établissement au cours des deux dernières années.

J'ai pu ainsi observer deux types de mobilités:

- Une mobilité subie correspondant à une nécessité pour le directeur des soins de trouver un poste dans un service où l'encadrement est indispensable.
- Une mobilité choisie correspondant à un projet professionnel et une volonté personnelle du cadre de santé à changer de service.

Quelques éléments sont communs à ces deux mobilités observées.

Dans les deux situations, les décisions de mobilité ont été gérées par les directeurs des soins. Les deux cadres concernés par la mobilité disent qu'ils acceptent cette mobilité car elle leur convient. Dans les deux situations, que la mobilité soit subie ou choisie, les cadres reconnaissent que cette expérience leur a démontré qu'ils étaient capables de s'adapter à toutes les situations. Elles n'en ont pas pour autant obtenu des bénéfices quant à leur évolution de carrière. Subie ou choisie, la mobilité fait partie du paysage d'un parcours professionnel des cadres de santé. Force est de constater que certains cadres sont mobiles et d'autres moins. Toutefois cette mobilité est de plus en plus fréquente dans la fonction publique pour des raisons de réorganisations, de restructurations et notamment dans les nouvelles organisations de coopérations. De plus, nous avons vu précédemment que le législateur incitait à cette mobilité. Aussi, certains établissements ont pris le parti d'organiser la mobilité des agents sous couvert de procédures ou de règles de fonctionnement en lien avec la GPEC et la direction des ressources humaines. Ils ont ainsi mis en place une politique mobilité dans le cadre du projet social.

Dans les approches favorables à la mobilité Mme Rachel Ruthmann Thomas, Directrice adjointe des ressources humaines du CHU de Nancy, considère que "*Dans un environnement mouvant, où la flexibilité de l'organisation est nécessaire, la mobilité est un véritable enjeu stratégique car elle permet aux différents professionnels de s'adapter*

*aux différentes variations de cette dernière, et donc d'assurer sa pérennisation grâce à leur employabilité. Elle permet également de fidéliser les salariés grâce aux perspectives d'évolution de carrière et de développement de leurs compétences ».*³

La mobilité est donc un projet managérial de développement des compétences. Le DS et le DRH peuvent ainsi avoir un projet commun pour permettre aux cadres de développer des compétences et des expertises. Le projet de ce mémoire sera de chercher à comprendre si la professionnalisation des cadres de santé peut se construire autour d'un parcours professionnel incluant une mobilité programmée.

La mobilité deviendrait alors un levier managérial au service du directeur des soins pour accroître les compétences et la professionnalisation des cadres de santé comme le prévoient certains établissements. L'exemple du CH de Perpignan qui a bâti un projet sur l'optimisation de la mobilité interne montre que les mesures mises en place visent un développement des compétences en lien avec les besoins de l'établissement. Ainsi, pour Christiane Bellot, Anne Marie Monier et Jérôme Rumeau, *« les mobilités internes visent notamment à fidéliser les compétences et à développer l'employabilité »*.⁴ De plus, toujours pour les mêmes auteurs, *« La mobilité interne est un compromis permanent entre les besoins de l'établissement, les compétences disponibles et les aspirations des agents »*.⁵

Pour Raymond Bourdoncle, la professionnalisation peut se définir sous plusieurs aspects dont celui *« d'un processus d'acquisition de savoirs et de compétences professionnelles en situation réelle (Il parle à cet endroit de « développement professionnel entendu comme le processus d'amélioration des savoirs et capacités) et de construction d'une identité. Cela correspond à une dynamique de socialisation professionnelle »*.⁶

Dans un premier temps, la professionnalisation des cadres de santé s'acquiert par une formation initiale. Par la suite, ils sont inscrits dans des programmes de formation continue afin de parfaire leurs connaissances et leurs compétences. Des stages à la mobilité peuvent être proposés permettant aux agents (y compris les cadres) de découvrir d'autres organisations et d'autres services. La mobilité est donc connue comme un outil

³ L'ANAP, 2011, *« Améliorer la gestion des ressources humaines, Mobilité professionnelle, Recueil des pratiques observées »*, Préface, 66 pages.

⁴ BELLOT C, MONIER A-M, RUMEAU J, Janvier et Février 2016, *« Optimisation de la mobilité interne au centre hospitalier de Perpignan »*, *Techniques Hospitalières* 755, Page 21

⁵ BELLOT C, MONIER A-M, RUMEAU, Janvier et Février 2016, *« Optimisation de la mobilité interne au centre hospitalier de Perpignan »*, *Techniques Hospitalières* 755, Page 22

⁶ WITORSKI R, 2008, *« La professionnalisation »*, Editions Savoirs, L'harmattan, 136 Pages, Page 9

de développement de compétences.

Richard Barthes, directeur de l'accompagnement des projets structurants et de la formation, CHU de Toulouse estime que : « *Contrairement aux idées reçues, les principes de mobilité et de professionnalisation sur un métier ne s'opposent pas mais sont réellement complémentaires* ». ⁷ Il considère également « *qu'une mobilité professionnelle souhaitée revivifie et relance le moteur de la motivation* ». ⁸ Aussi, en tant que futur directeur des soins, il est légitime de s'interroger sur les enjeux d'une mobilité organisée et sur la faculté à développer le niveau de compétences des personnels d'encadrement. Ainsi, la question de départ du mémoire est la suivante : **En quoi l'organisation d'une politique de mobilité par le Directeur des soins peut-elle contribuer à la professionnalisation des cadres de santé ?**

Dans le rapport de la mission des cadres hospitaliers de Chantal De Singly, en septembre 2009, il est bien indiqué que : « *à un moment où les cadres expriment des souhaits de mobilité entre les filières d'encadrement et de manière générale entre les métiers d'encadrement de différentes fonctions publiques, ainsi qu'entre le public et le privé, il paraît très opportun de favoriser ces mobilités par des formations adaptées* ». ⁹

Les cadres de santé peuvent donc avoir des souhaits de mobilité afin d'améliorer leurs compétences. En effet, le changement de poste pour un cadre peut l'inscrire dans une dynamique de nouveaux défis, de nouvelles connaissances et de nouveaux projets à manager. Ainsi, la mobilité exige une remise à niveau des compétences des cadres. Monique Pengam considère que : « *Aborder la prise de poste et le changement de poste par l'imprévu permet la mise en évidence de compétences essentielles requises non seulement pour être mobile mais aussi pour être un manager efficace* ». ¹⁰

Nous pouvons alors nous interroger sur les liens possibles entre la mobilité et l'acquisition de nouvelles compétences. La mobilité n'est elle pas un moyen de faire progresser la professionnalisation des cadres de santé ?

⁷ BARTHES R, Août 2010, « L'évolution de la fonction cadre », *Soins Cadres* n°75, Août 2010, Page 22

⁸ BARTHES R, Août 2010, « L'évolution de la fonction cadre », *Soins Cadres* n°75, Août 2010, Page 22

⁹ DE SINGLY C, 11 septembre 2009, « *Rapport de la mission cadres hospitaliers* », Ministère de la santé et des sports, 124 Pages, Page 56

¹⁰ PENGAM M, SLIWKA C, Juin 2006, « *Changement de poste, changement de fonction : Les compétences des cadres à l'épreuve de la mobilité* », Rueil-Malmaison Lamarre, 163 Pages, Page 45

Mon postulat de départ sera le suivant:

En quoi l'organisation d'une politique de mobilité par le Directeur des soins peut-elle contribuer à la professionnalisation des cadres de santé?

Les hypothèses de départ sont :

- La mobilité des cadres correspond à une stratégie managériale de la part des directeurs des soins.
- Cette stratégie s'inscrit dans une collaboration avec la DRH et dans la gestion des parcours professionnels des cadres de santé.
- La mobilité favorise le développement des compétences et maintient une dynamique de projets pour les cadres de proximité.

Dans un premier temps, une partie examinera les concepts de mobilité et de professionnalisation.

Dans un second temps, la partie exploratoire sera l'occasion d'analyser les pratiques en terme de mobilité des cadres de santé.

Enfin, une dernière partie proposera des préconisations pour inscrire la mobilité dans un processus de professionnalisation.

1 Les concepts de mobilité et de professionnalisation

1.1 Le concept de la mobilité aujourd'hui dans les établissements de santé.

1.1.1 Les définitions

Mobilité vient du latin « mobilitas ». Dans sa version latine, « mobilitas » possède plusieurs sens: Inconstance, légèreté, mobilité. Dans le dictionnaire Gaffiot latin-français de 1934, mobilitas signifie facilité à se mouvoir, rapidité, inconstance, humeur changeante, vivacité, promptitude. Selon le dictionnaire Larousse, la mobilité est la propriété, le caractère de ce qui est susceptible de mouvement, de ce qui peut se mouvoir ou être mû, changer de place, de fonction.

Selon le dictionnaire des Ressources Humaines, *« la mobilité est le caractère de ce qui peut changer de place, de position, c'est le changement de poste, de fonction, de lieu ou d'entreprise. Il existe différentes formes de mobilité des salariés »*.¹¹

Pour Monique Pengam et Corinne Sliwka, la mobilité évolue dans le temps. La mobilité est alors vue comme un parcours professionnel : *« Les parcours professionnels sont constitués d'une succession de mouvements qui sont soit à l'initiative du salarié, soit rendus nécessaires par les facteurs externes »*.¹²

Selon Frédéric Lainé, *« la mobilité recouvre plusieurs dimensions: changement de poste, d'établissement ou d'entreprise, de métier ou de niveau de qualification pour les personnes en emploi, ou encore en transitions entre chômage, inactivité et emploi »*.¹³

Le Conseil d'Orientation pour l'Emploi (COE) indique dans un rapport TNS SOFRES du

¹¹ PERETTI J-M, Septembre 2015, « Dictionnaire des ressources humaines », 2^{ème} Edition, Editions Vuilbert, 288 Pages, Page 150

¹² PENGAM M, SLIWKA C, Juin 2006, « Changement de poste, changement de fonction : Les compétences des cadres à l'épreuve de la mobilité », Rueil-Malmaison Lamarre, 163 Pages, Page 2

¹³ LAINE F, Année 2010, « La mobilité professionnelle : facteurs structurels et spécificités de l'Île-de-France », *Economie et Statistique*, n° 432-433, Page 37

15 mai 2009¹⁴ écrit par Eric Chauvet, Raphaël Raynaud et Julie Landour que la notion de mobilité recouvre les situations suivantes:

- *Un changement d'entreprise*
- *Un changement de fonction*
- *Un changement de service ou de département au sein d'une même entreprise*
- *Un changement d'établissement au sein de la même entreprise*
- *Un changement de métier*
- *Une promotion*
- *Un passage par une période de chômage*

La mobilité professionnelle est un mouvement, un changement de poste, voire un changement de métier. Elle peut aussi être le passage d'une activité vers une autre dans le même établissement ou dans une structure différente. La mobilité peut être considérée avant tout, comme un parcours professionnel avec des circonstances et des logiques différentes d'un individu à un autre.

1.1.2 Les formes de mobilité

Dans un premier temps, nous devons distinguer la mobilité interne et la mobilité externe :

- La mobilité interne est le changement de poste ou de fonction dans la même structure.
- La mobilité externe est le changement de structure

Pour clarifier la notion de mobilité et en référence au mémoire de Patricia Chédeville¹⁵, nous pouvons différencier les mobilités de la façon suivante:

- *La mobilité d'environnement est le fait d'avoir une activité identique dans un autre lieu de travail.*
- *La mobilité horizontale est le développement des compétences grâce à un changement de métier ou d'emploi.*
- *La mobilité verticale est un Changement de grade et de qualification avec une augmentation de rémunération.*

¹⁴ CHAUVET E, RAYNAUD R, LANDOUR J, « *Mobilités professionnelles* », 15 Mai 2009, TNS SOFRES, Conseil d'orientation pour l'emploi, Page 2, 61 Pages

¹⁵ CHEDEVILLE P, Année 2002, « *La mobilité au service de la polyvalence: un enjeu pour les directeur des soins* », Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, Page 5

1.1.3 La réglementation

Dans le cadre d'une mobilité interne, il existe un arrêt de la jurisprudence administrative selon une décision du Conseil d'Etat de 1936¹⁶ (7 février 1936-Jamart) qui indique que les ministres peuvent « *prendre les mesures nécessaires au bon fonctionnement de l'administration placée sous leur autorité* ». Cette mesure est extensible au maire, au directeur d'établissements public et au directeur des services de l'Etat. Le changement d'affectation est donc de la compétence du pouvoir hiérarchique. Toutefois, cette mesure ne doit pas être assimilée à une sanction disciplinaire.

L'article 14 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 indique que : « *L'accès des fonctionnaires de l'Etat, des fonctionnaires territoriaux et des fonctionnaires hospitaliers aux deux autres fonctions publiques, ainsi que leur mobilité au sein de chacune de ces trois fonctions publiques, constituent des garanties fondamentales de leur carrière* ». La mobilité est donc un droit pour tous les fonctionnaires. La mobilité n'apporte pas de préjudice au fonctionnaire qui décide une mobilité ou dans le cas d'une mobilité subie pour cause de restructuration par exemple.

La loi n°2009-972 du 3 août 2009 est relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique. Elle vise à favoriser la mobilité au sein des trois fonctions publiques.

Les objectifs de cette nouvelle loi après celle de 1983 étaient de :

- Lever les freins juridiques à la mobilité liés aux statuts des fonctionnaires
- Autoriser le remplacement d'un fonctionnaire absent par un contractuel
- Utiliser des leviers financiers pour encourager la mobilité

L'article 4 réaffirme ainsi le droit à la mobilité : « *Hormis les cas où le détachement, la mise en disponibilité et le placement en position hors cadres sont de droit, une administration ne peut s'opposer à la demande de l'un de ses fonctionnaires tendant, avec l'accord du service, de l'administration ou de l'organisme public ou privé d'accueil, à être placé dans l'une de ces positions statutaires ou à être intégré directement dans une autre administration qu'en raison des nécessités du service ou, le cas échéant, d'un avis d'incompatibilité rendu par la commission de déontologie* ».

¹⁶ Conseil d'Etat, Section du 7 février 1936, 43321, publié au Recueil Lebon

Cette loi du 3 Août 2009 a également permis de redéfinir les conditions de détachements, de prendre en compte les promotions au cours de celui-ci.

1.1.4 Les mobilités observées dans les institutions

D'après une enquête menée par l'APEC en 2015 sur la mobilité interne des cadres dans le secteur privé, 65% des cadres envisagent une mobilité dans les 3 ans. Selon une étude du ministère de l'action des comptes publics en 2015 concernant tous les agents de la fonction publique, 8,5% sont mobiles, 4,5% ont changé d'employeur public, 4,2% de zones d'emploi, 2,9% de statut et de situation d'emploi.

Un rapport de l'inspection générale des finances, l'inspection générale de l'administration et l'inspection générale des affaires sociales de septembre 2013 sur « *l'affectation et mobilité des fonctionnaires sur le territoire* » indique que pour 84 % des agents, ces mobilités résultent d'un choix de la personne (91 % dans la FPH) et seulement 6 % déclarent qu'il ne s'agissait pas du tout d'un choix. Pour autant ces mobilités ne résultent que minoritairement d'une logique de progression hiérarchique (37%) à l'exception de la FPT (51 %).¹⁷

Trois autres indicateurs sont présents dans ce rapport :

- La mobilité varie peu entre hommes et femmes.
- La mobilité géographique décroît fortement avec l'âge.
- La mobilité s'accroît avec la catégorie hiérarchique mais ce phénomène est beaucoup plus marqué dans la FPT et la FPH que dans la FPE.

Dans la fonction publique, la mobilité n'est pas un phénomène rare. Ainsi, « 70% des fonctionnaires ont connu au moins une mobilité depuis le début de leur carrière et 40% une mobilité impliquant un déménagement ou un changement d'employeur ».

Au sein de la fonction publique hospitalière, 91% des agents ont choisi leur mobilité. Mais pour 37% d'entre eux, la mobilité n'a pas engendré de progression hiérarchique.

¹⁷ FOURNEL J, DESFORGES C, DOUBLET X, GRIMONPREZ P-E, MIRAU C, SALAS F, Inspection Générale de l'Administration, Inspection Générale des Affaires Sociales, Inspection Générale des Finances, Octobre 2013, « *Affectation et mobilité des fonctionnaires sur le territoire* », Editeur : Inspection des finances, 228 pages, page 14

1.1.5 Des exemples d'organisation de la mobilité dans les structures de soins.

Plusieurs établissements de santé ont organisé la mobilité des personnels soignants avec par exemple le CH de Perpignan. L'objectif premier de cette organisation est de mettre en adéquation les compétences des agents avec les besoins de la structure. Ainsi, « *La mobilité interne est un compromis permanent entre les besoins de l'établissement, les compétences disponibles et les aspirations des agents* ». ¹⁸

Le deuxième objectif est l'augmentation de la performance. Elle participerait alors à la progression des agents et à la promotion professionnelle. En effet, « *Facteur de gestion de carrière, elle joue un rôle d'ascenseur social en facilitant la progression des agents et en développant la performance ; elle répond ici à un enjeu social* ». ¹⁹

Au CH de Perpignan, la mise en place de la mobilité a permis d'adapter les moyens humains aux besoins de la structure. Elle participe donc à la gestion des emplois et des compétences sur le plan de la gestion des ressources humaines. De plus, elle améliore la performance et permet la promotion sociale au sein de la structure.

Le CHU de Nancy a mis en place depuis 2013 une cellule de mobilité évoluant en unité chargée de l'accompagnement individuel des parcours professionnels. Ainsi, « *Depuis 2013, la cellule de mobilité du CHRU de Nancy a permis l'accompagnement individualisé de plus de 3500 agents sur des projets de mobilité interne et externe* ». ²⁰

En effet, dans le cadre de restructurations importantes au sein du CHRU de Nancy, une « cellule mobilité » a permis d'accompagner les agents vers des reconversions. Ce dispositif a eu le soutien de l'ARS. Au regard des difficultés financières, le CHRU de Nancy a engagé une réflexion sur la mobilité des personnels. Cette mobilité a été intégrée dans le projet social de l'établissement. Des outils ont été élaborés comme : des supports d'entretien d'évaluation, des documents pour les souhaits de mobilité, une cartographie des emplois. Ils ont permis d'ajuster au mieux les emplois aux besoins de l'établissement. Le CHRU de Nancy a ainsi maintenu son niveau de performance par la mise en œuvre d'une politique de mobilité.

¹⁸ BELLOT C, MONIER A-M, RUMEAU, Janvier et Février 2016, « Optimisation de la mobilité interne au centre hospitalier de Perpignan », *Techniques Hospitalières* 755, Page 22

¹⁹ BELLOT C, MONIER A-M, RUMEAU, Janvier et Février 2016, « Optimisation de la mobilité interne au centre hospitalier de Perpignan », *Techniques Hospitalières* 755, Page 22

²⁰ PECKER S, Janvier et Février 2018, « Accompagnement des parcours professionnels au CHRU de Nancy, Un dispositif innovant », *Revue Hospitalière de France*, n°580, Pages 39 et 39

D'autres établissements comme le CHU de Toulouse ou l'AP-HM ont mis en place des programmes de mobilité dans des contextes économiques contraints. La mobilité des agents est donc de plus en plus présente dans l'univers des centres hospitaliers. Elle répond le plus souvent à des enjeux financiers.

Elle n'est pas toujours perçue comme un outil participant au développement des compétences comme elle est annoncée par le directeur général de l'ANAP dans son programme de mobilité professionnelle: « *La mobilité professionnelle est présente dans tous les établissements via des outils très utilisés comme les bourses d'emplois, les formations. Souvent réduite à sa dimension procédurale «contrainte», elle doit pourtant être considérée comme une source de richesse pour les professionnels de la santé. Elle leur permet en effet d'évoluer, d'enrichir leurs pratiques professionnelles. Certains établissements l'ont bien compris et utilisent la mobilité et l'amélioration de l'employabilité comme un levier d'attraction pour les professionnels et, par voie de conséquence, comme un levier de la performance* ». ²¹

1.1.6 Les stratégies individuelles de mobilité

La mobilité peut être une affaire personnelle et d'autres facteurs interviennent dans les choix des cadres de santé à vouloir être mobiles. Les cadres de santé sont issus de professions paramédicales et ont souhaité, au cours de leur carrière, occuper un poste d'encadrement.

Est ce un souhait? Ces choix répondent-ils à une stratégie ? Est ce lié à leurs parcours, leurs ambitions personnelles, leurs perceptions de la fonction cadre ? Est ce lié à leurs origines sociales ?

Nous pouvons imaginer que des stratégies se mettent en place pour obtenir un poste de cadre de santé. Cette démarche s'accompagne d'une mobilité. La mobilité devient ainsi un moyen d'obtenir une promotion professionnelle. Au regard d'un directeur des soins, cette mobilité peut être une mise à l'épreuve des professionnels de santé dans leurs désirs d'occuper un poste d'encadrement. Aussi, parmi les cadres de santé, il n'est pas rare de voir des agents accepter une mobilité dans le cadre de la promotion professionnelle et éventuellement d'accéder à un poste de cadre supérieur de santé.

²¹ L'ANAP, 2011, « *Améliorer la gestion des ressources humaines, Mobilité professionnelle, Recueil des pratiques observées* », Préface, 66 pages.

Lorsque l'on parle de mobilité, la place de l'institution est fondamentale. D'une part, une politique de mobilité peut être mise en place pour l'ensemble des professionnels et en l'occurrence pour les cadres de santé.

D'autre part, le directeur des soins associé au directeur des ressources humaines travaillent conjointement au repérage des « talents » ou des agents les plus « méritants » pour les encourager à évoluer et ainsi les « contraindre » indirectement à devenir mobiles. Ainsi, les liens entre mobilité et promotion professionnelle sont étroits.

La mobilité peut être à l'origine de l'évolution de carrière pour un agent. Et, la progression de l'agent au sein d'une structure ne peut se concevoir que si l'agent intègre ce processus de mobilité.

1.1.7 La mobilité institutionnelle au service des compétences ?

L'élaboration d'une politique de mobilité peut être une occasion pour le cadre de santé de construire son propre parcours professionnel à condition qu'il puisse répondre aux enjeux institutionnels. Il paraît donc essentiel pour les équipes de direction de pouvoir proposer des parcours valorisants et dynamiques.

La mobilité peut-elle faire partie des leviers, aux mains des directions, pour inscrire les cadres de santé dans une forme de progression leur permettant de s'adapter à toutes les situations rencontrées dans le cadre de leur exercice professionnel? Les cadres sont-ils suffisamment prêts à la sortie des IFCS ? Ont-ils suffisamment d'outils pour affronter les changements récents de notre système de santé ?

Les compétences cadres ne sont pas « figées dans le marbre », elles doivent évoluer en fonction des contextes en mutation permanente.

Aussi, les cadres en fonction, ont besoin d'acquérir de nouvelles compétences et de modifier leurs savoir faire face aux nouvelles contraintes imposées des organisations hospitalières. Ainsi, la configuration par pôles et, dernièrement, la constitution des GHT sont des transformations pouvant avoir des impacts sur les « attendus » d'une direction vis à vis des cadres de santé. Ces derniers sont au cœur des changements et des organisations. Ils doivent, pour cela, acquérir de nouvelles compétences afin d'entraîner les équipes de soins vers l'avenir. Les directions, et en particulier les directeurs, doivent être attentifs aux besoins du personnel d'encadrement en terme de connaissances et de savoirs.

De plus, ils doivent avoir conscience que la mobilité peut constituer un réel levier d'amélioration des compétences des cadres de santé. Tout cela pour faire face aux défis de demain.

1.2 La professionnalisation des cadres est un long processus entre compétences, expériences et reconnaissance.

1.2.1 La professionnalisation

La professionnalisation est le fait de se professionnaliser. Pour Guy Le Boterf, se professionnaliser consiste à entrer dans « *un processus permettant de construire et développer ses compétences* ». ²²

Le mot professionnalisation vient du mot profession. Ce mot est issu du latin « *professio* » qui signifie déclaration. Au niveau collectif, le mot de profession, correspond à un ensemble de personnes exerçant une même activité.

Le terme de professionnalisation est employé à la fois sur le champ de la formation et du travail. Dans le modèle anglo-saxon et selon Richard Wittorski, la professionnalisation correspond à une adaptation au contexte économique afin d'acquérir des marchés. En France, elle se définit par une appartenance à une profession. La profession constitue alors une place hiérarchique dans les organisations de travail. Ainsi, selon le modèle français, la professionnalisation a un lien avec un corps de métier et une représentation de celui-ci dans la société.

Le terme de professionnalisme est défini dans le dictionnaire Larousse comme étant « *l'état, statut de quelqu'un qui exerce une activité, un métier en tant que professionnelle expérimenté* ». L'autre définition possible dans la Larousse est « *la qualité de quelqu'un qui exerce une activité avec une grande compétence* ».

Aux frontières des deux conceptions, la professionnalisation répond à des enjeux soit économiques, soit organisationnels. En effet, sur le plan économique, elle permet d'augmenter la performance et ainsi de répondre aux besoins de clients potentiels.

²² LE BOTERF G, Année 1994, « *De la compétence, Essai sur un attracteur étrange* », Paris Editions d'Organisation, 129 Pages.

Sur le plan professionnel, elle a pour objectif d'accroître les compétences et de permettre aux individus de s'adapter aux changements. Aussi, la professionnalisation se réalise par la formation initiale organisée par « métier », à l'exemple des infirmiers.

Celle-ci est complétée par une formation sur « le tas », informelle, mais correspondant en grande partie à une expérience dite « éducative ». Pour Le Boterf, « *la professionnalisation est au carrefour du sujet, des situations professionnelles qu'il a rencontrées et des situations et parcours de formation qu'il a suivis* ». ²³

Guy le Boterf considère qu'il existe aujourd'hui une demande croissante de professionnalisme. En effet, la compétitivité et la performance sont de plus en plus présentes y compris dans le milieu médical. De plus, le domaine de la santé doit répondre à des exigences de plus en plus soutenues de la part des usagers.

A l'instar des démarches qualité, les institutions sont obligées de répondre aux demandes des patients pour avoir la confiance appropriée. Il est vrai que les « affaires » du sang contaminé et de la vache folle ont plongé les établissements dans une forme de « remise en question » des pratiques et ont été les déclencheurs de processus d'amélioration à la fois de la qualité et de la performance.

Aussi, pour répondre à des critères qualité au sein d'une structure, des compétences sont nécessaires et doivent être développées. C'est pourquoi, il est demandé aux professionnels de maîtriser des compétences initiales pour exercer un métier mais également de pouvoir développer, tout au long de leur carrière, des capacités nouvelles pour s'adapter aux situations. En effet, les contextes de travail évoluent et les schémas d'organisations sont modifiés. Si nous prenons l'exemple des hôpitaux publics, nous sommes passés d'une logique de pôle à une logique de GHT en moins de douze ans. Les professionnels sont donc confrontés à ces changements et doivent parfois travailler avec des incertitudes. C'est pourquoi, les établissements ont besoin de professionnels sachant affronter les changements permanents.

Cette adaptabilité aux changements est liée à la capacité de développer de nouvelles compétences. Pour Richard Wittorski, la professionnalisation est un long processus où s'entrechoquent les connaissances avec les situations réelles. Les compétences se développent alors au contact de l'expérience de terrain et construisent ainsi une identité professionnelle.

²³ WITTORSKI R, 2008, « *La professionnalisation* », Editions Savoirs, L'harmattan, 136 Pages, Page 41
Fabrice DIOT- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2018

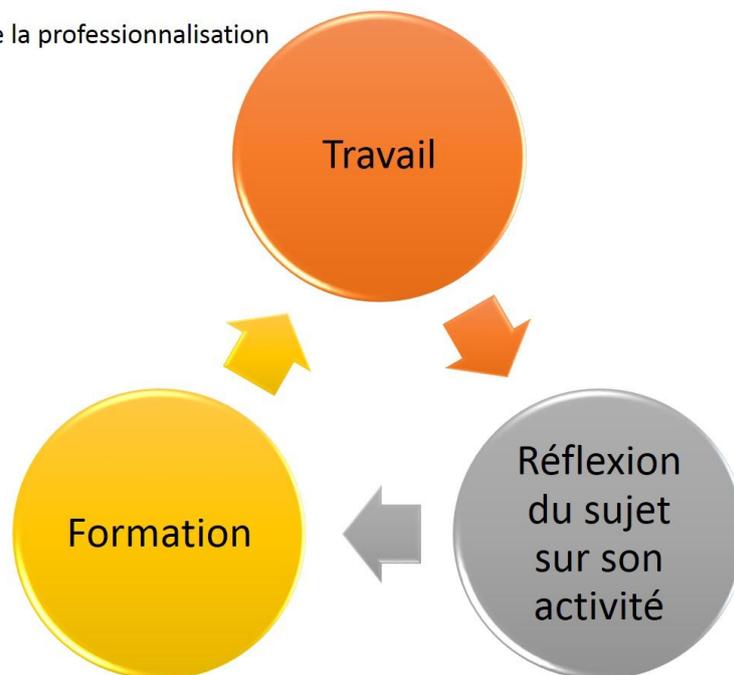
La professionnalisation demande, en premier lieu, l'acquisition de compétences professionnelles par la formation initiale et continue.

Elle consiste, ensuite, à se construire une identité professionnelle et à être reconnue comme telle au sein d'une organisation par son activité.

Enfin, un positionnement de réflexion sur les activités réalisées consolide la reconnaissance professionnelle de l'individu dans la structure.

Schéma des temps de professionnalisation²⁴

Les trois temps de la professionnalisation



D'après R. Wittorski. La professionnalisation

La professionnalisation s'appuie, ainsi, sur un triptyque mettant en interaction : la compétence, l'identité et la reconnaissance.

Le processus de professionnalisation est individuel. Ainsi, pour Guy Le Boterf, « *seules les personnes peuvent se professionnaliser si elles le souhaitent et si elles s'engagent dans des projets d'acquisition et de développement de compétences* ». ²⁵

La professionnalisation est d'abord un investissement personnel.

²⁴ BOURDAT M, 15 Février 2016 « Professionnalisation : De quoi parle t'on ? » *Le blog de la formation professionnelle et continue*, disponible sur internet : <https://www.formation-professionnelle.fr>

²⁵ LE BOTERF G, 1^{er} Avril 2016, « *Professionnaliser : Construire des parcours personnalisés de professionnalisation* », Editions Eyrolles, 139 Pages, Page 69

1.2.2 Le concept de compétence

Selon le Grand Larousse Universel, le mot compétence vient du latin « *competentia* » qui signifie juste rapport. Dans le sens commun, il correspond à l'aptitude d'une autorité à effectuer certains actes. En embryologie, la compétence est l'aptitude d'un tissu récepteur qui, pendant un temps déterminé de l'ontogenèse, réagit d'une façon positive à l'action d'un tissu inducteur pour donner un territoire ou un organe défini.

Pour Philippe Mérieu, la compétence est un « *savoir identifié, mettant en jeu une ou des capacités dans un champ notionnel ou disciplinaire déterminé. Plus précisément, on peut nommer compétence la capacité d'associer une classe de problèmes précisément identifiée avec un programme de traitement déterminé* »²⁶.

Une compétence s'inscrit donc dans un cadre donné et fait appel à un ensemble de connaissances et/ou de capacités. Elle doit ainsi permettre de résoudre un problème rencontré par une série d'actions appropriées.

La définition adoptée par le parlement européen, le 26 septembre 2006, est la suivante : « *Une compétence est une combinaison de connaissances, d'aptitudes (capacités) et d'attitudes appropriées à une situation donnée* »²⁷.

Les compétences clés sont celles qui fondent l'épanouissement personnel, l'inclusion sociale, la citoyenneté active et l'emploi. La définition retenue dans le texte français est la suivante: « *Chaque grande compétence du socle est conçue comme une combinaison de connaissances fondamentales pour notre temps, de capacités à les mettre en œuvre dans des situations variées mais aussi d'attitudes indispensables tout au long de la vie, comme l'ouverture aux autres, le goût pour la recherche de la vérité, le respect de soi et d'autrui, la curiosité et la créativité* ».

La compétence n'est donc pas seulement un ensemble de connaissances techniques pour résoudre des situations complexes mais elle est également la capacité à évoluer tout au long de sa carrière avec des aptitudes personnelles en lien avec « l'ouverture d'esprit » et l'épanouissement personnel.

²⁶ Centre MEIRIEU P, 14 Janvier 2016, « *Apprendre...oui mai comment* ». 24^{ème} Edition, Issy les Moulineaux, ESF Editeur, Collection Pédagogies, 192 Pages

²⁷ Résolution législative du Parlement européen sur la proposition de recommandation du Parlement européen et du Conseil sur les compétences clés pour l'éducation et la formation tout au long de la vie (COM(2005)0548 – C6-0375/2005 – 2005/0221(COD))

Ainsi, la compétence renvoie également à des qualités individuelles permettant d'interagir avec les autres pour s'améliorer et améliorer la société. La compétence peut également se définir par la maîtrise de trois savoirs : le savoir faire, le savoir être et le savoir vivre.

L'OCDE a une vision économique de la compétence et la considère comme étant: « *les connaissances, qualifications, compétences, et autres qualités possédées par un individu et intéressant l'activité économique* ». ²⁸ Dans une recherche constante d'efficacité et de « rentabilité », les compétences doivent répondre à des objectifs d'ordre financiers. Le développement de celles-ci correspond à des enjeux économiques. La compétence répond alors à une problématique d'efficacité et ne prend pas toujours en compte les volontés individuelles des agents.

Le lexique du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière ²⁹ accessible en ligne indique que la compétence « *est un ensemble de savoir-faire opérationnels, de connaissances générales et techniques et de comportements professionnels, structuré, mobilisé et utilisable en fonction des activités à réaliser dans des situations de travail actuelles et futures. C'est aussi la maîtrise d'un savoir-faire opérationnel relatif aux activités d'une situation déterminée, requérant des connaissances associées à ces savoir-faire et des savoir-être* ».

« *La compétence est donc tributaire de la situation à laquelle elle doit répondre pour permettre à l'individu d'être compétent. La mobilisation des compétences se fera différemment d'une activité à l'autre, le résultat dépend de la combinaison des ressources et des moyens pour atteindre l'objectif escompté. «La compétence est inséparable de l'action et elle ne peut être véritablement appréhendée qu'au travers de l'activité par laquelle elle s'exprime et dont elle permet la réalisation* ».

A la question posée par Guy le Boterf : « *Qu'est ce qu'un professionnel compétent* » ?

Sa réponse est la suivante ³⁰ :

²⁸ Centre pour la recherche et l'innovation dans l'enseignement, L'investissement en capital humain, une comparaison internationale, Année 1998

²⁹ Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Le répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie, fonction publique hospitalière, www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/Glossaire.html

³⁰ LE BOTERF G, 1^{er} Avril 2016, « *Professionaliser : Construire des parcours personnalisés de professionnalisation* », Editions Eyrolles, 139 Pages, Page 27

- « Il prend, en temps opportun, des initiatives pertinentes dans des situations complexes, incertaines ou inédites ;
- il se distingue par son intelligence des situations ;
- il ne laisse échapper aucun détail important de la demande du client ou de la situation problème à traiter ;
- il met en œuvre des « pratiques professionnelles » pertinentes tout en combinant et mobilisant des ressources personnelles appropriées dans des contextes particuliers ;
- il coopère de façon efficace et fait appel si nécessaire à des ressources qu'il ne possède pas lui même pour comprendre et agir ;
- il tire régulièrement des leçons de l'expérience pour transposer et apprendre à apprendre ;
- il agit en conformité avec une éthique de service par rapport à ses clients ».
-

L'évolution des compétences est un moyen de mieux répondre aux exigences nouvelles des restructurations que connaissent aujourd'hui certains établissements de santé. De plus, les compétences ne se décrètent pas, elles se vivent et s'évaluent à travers l'expérience du professionnel face à des situations de travail. Dans la fonction publique hospitalière, des référentiels de compétences existent pour définir les métiers de la santé. Mais les référentiels ne suffisent pas pour aider les individus à savoir prendre des décisions, savoir anticiper et savoir se positionner par rapport à des difficultés rencontrées dans l'activité professionnelle. Ainsi, pour Guy Le Boterf, « *Les compétences des référentiels sont des abstractions certainement utiles mais des abstractions. Seules les personnes existent* ». ³¹

Enfin, Guy le Boterf considère que la question par rapport aux compétences n'est pas : quelles compétences faut-il pour pouvoir exercer un emploi ?

Mais : en quoi ce nouvel emploi offre t-il des opportunités pour construire de nouvelles compétences ?

Les situations de travail et l'expérience peuvent donc être « professionnalisantes. » L'ancienneté n'est pas le facteur favorisant la professionnalisation. En effet, le professionnel se construit de son expérience à condition qu'il mette en place un travail réflexif et une distanciation des situations vécues.

³¹ LE BOTERF G, 1^{er} Avril 2016, « *Professionnaliser : Construire des parcours personnalisés de professionnalisation* », Editions Eyrolles, 139 Pages Page 24

1.2.3 Les compétences « attendues » des cadres de santé

Deux rapports récents définissent les compétences attendues pour les cadres de santé travaillant dans des unités de soins.

Ainsi, le document de travail de la DGOS³² en 2012, à travers les activités des cadres de santé, définit les compétences nécessaires pour exercer la profession. Ce référentiel s'attache aux compétences qui correspondent « au cœur de métier » et indique que la formation se fait tout au long de l'expérience professionnelle. Ce document définit la compétence des cadres de santé comme étant *"la maîtrise d'un savoir-faire opérationnel, relatif aux activités d'une situation déterminée, requérant des ressources associées : connaissances, démarches d'analyse et de raisonnement, ... La compétence est toujours observable, mesurable et sujette à apprentissage. Elle peut être spécifique à un métier ou transverse à plusieurs métiers. »*

Le rapport de Chantal De Singly met l'accent sur la formation continue des cadres et stipule que *"De même que la formation initiale doit préparer les futurs cadres à des responsabilités et des organisations en fortes transformations, la formation continue doit permettre cette adaptation aux cadres en fonction »*.³³ Dans ce rapport, la mobilité est perçue comme un levier managérial vis à vis du personnel de l'encadrement. Ainsi, il est indiqué que *"La mission encourage vivement ces actions qui favoriseront les mobilités et suggère en retour l'accueil à l'hôpital de cadres ayant des expériences dans d'autres mondes professionnels »*.³⁴ La formation continue des cadres de santé est un outil de développement de leurs compétences et la mission recommande de l'inscrire dans un projet managérial.

Les compétences se construisent tout d'abord par une formation initiale apportant les connaissances nécessaires à l'exercice de la profession. Un référentiel de compétences est alors à leur disposition. Mais cette formation initiale ne suffit pas pour s'adapter aux changements actuels de notre système de santé. Les cadres peuvent disposer d'un programme de formation continue afin de développer leurs compétences. Avec leur expérience professionnelle, les cadres développent également une identité professionnelle.

³² Ministère des Affaires sociales et de la santé, Direction Générale de l'Offre de soins, décembre 2012, Diplôme de Cadre de santé, Référentiels d'activités et de compétences, Document de travail, 39 Pages

³³ DE SINGLY C, 11 septembre 2009, « *Rapport de la mission cadres hospitaliers* », Ministère de la santé et des sports, 124 Pages, Page 56

³⁴ DE SINGLY C, 11 septembre 2009, « *Rapport de la mission cadres hospitaliers* », Ministère de la santé et des sports, 124 Pages, Page 59

Pour définir l'identité professionnelle, Anne-Marie Fray et Sterenn Picouveau considèrent que *"L'homme choisit son métier en fonction de sa personnalité, de ses aspirations, de ses capacités, de ses expériences mais aussi de sa sensibilité à un secteur ou à une activité précise"*.³⁵ L'identité professionnelle se construit donc dans un cadre qui est l'ensemble des aptitudes ou compétences attendues dans une structure de la part de l'institution. Le métier de cadre de santé, comme on l'a vu précédemment, possède des référentiels de compétences. A côté de ces « normes » institutionnelles, l'individu se construit dans l'organisation avec ce qu'il « est ».

Ainsi, l'identité professionnelle n'est pas figée, elle se construit au fur et à mesure en fonction des expériences et des vécus de l'individu. Pour Claude Dubar, *« l'identité professionnelle est le fruit de l'éducation, d'expériences, de choix, d'habitudes, de rencontres. Elle n'est donc pas une caractéristique intrinsèque de la personne, elle se construit et évolue dans le temps »*.³⁶ L'expérience est alors reconnue comme un outil de construction professionnelle. La reconnaissance professionnelle se construit par la capacité à s'adapter aux situations nouvelles. Les cadres sont au cœur des changements que connaît actuellement l'hôpital public. Ils doivent aujourd'hui être performants et avoir des aptitudes personnelles à entraîner les équipes vers de nouvelles organisations. La performance des cadres ne se mesure pas seulement par l'aptitude à répondre à toutes les compétences d'un référentiel donné mais à pouvoir évoluer et progresser grâce à des compétences développées par d'autres biais dont fait partie la mobilité. Les directeurs des soins peuvent être au cœur d'un processus qui consisterait à valoriser l'expérience professionnelle et la mobilité du personnel d'encadrement afin d'en faire une « valeur ajoutée ».

La mobilité peut être un moyen d'avoir la connaissance des différentes organisations au sein d'une structure. Les cadres de santé ne sont plus exclusivement issus du corps infirmiers. Ils ne sont plus des « surveillants » ou des « supers » infirmiers. Ils ont une place particulière dans l'organigramme hospitalier, ils ont un rôle central dans l'évolution actuelle des services notamment avec la création des GHT. L'organisation d'une mobilité au sein d'un établissement peut les aider à découvrir d'autres services, d'autres organisations de travail, d'autres modes de management et ainsi se situer au centre des pratiques pour mieux les faire évoluer.

³⁵ FRAY A-M, STERENN P. Année 2010, « Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail », *Management & Avenir*, vol. 38, no. 8, Page 19

³⁶ FRAY A-M, STERENN P. Année 2010, « Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail », *Management & Avenir*, vol. 38, no. 8, Page 33

Nous voyons également que le rapport de Chantal De Singly considère la mobilité comme une opportunité de développement des compétences. La mission va plus loin en terme de mobilité car au niveau de l'encadrement elle «*encourage vivement ces actions qui favoriseront les mobilités et suggère en retour l'accueil à l'hôpital de cadres ayant des expériences dans d'autres mondes professionnels* ». ³⁷

Il reste au directeur des soins à mettre en place un accompagnement à cette mobilité pour tous les cadres de santé qui souhaitent entrer dans ce processus de professionnalisation. Il s'agira alors de voir quels sont les outils nécessaires pour aider ces agents au sein des établissements de santé et quels ont été les résultats d'une telle politique managériale ?

³⁷ DE SINGLY C, 11 septembre 2009, « *Rapport de la mission cadres hospitaliers* », Ministère de la santé et des sports, 124 Pages, Page 59

2 Une approche exploratoire conduite sur le terrain par des entretiens semi-directifs

Suite à l'approche théorique sur les deux concepts de mobilité et de professionnalisation et en inscrivant la question de départ sur les carrières des cadres de santé, l'objectif de l'enquête est de pouvoir montrer : en quoi l'organisation d'une politique de mobilité par le Directeur des soins peut contribuer à la professionnalisation des cadres de santé?

Dans un premier temps, l'enquête doit permettre de montrer que l'organisation d'une mobilité peut ne pas être systématique dans les établissements de santé et en particulier pour les cadres de santé.

Dans un second temps, l'enquête s'attachera, si possible, à établir des liens éventuels entre la mobilité et l'augmentation des compétences pour les cadres de santé.

La difficulté de l'enquête a été de trouver des établissements réalisant des politiques de mobilité et en particulier au niveau du personnel d'encadrement. Peu d'établissements affichent cette politique de mobilité comme nous venons de le voir dans la partie théorique.

Les centres hospitaliers de Nancy et de Perpignan ont une volonté de progresser dans cette voie. L'enquête montrera alors l'application réelle sur le terrain. Pour les autres établissements, il sera intéressant de voir quelles visions ils véhiculent de la mobilité par rapport à la professionnalisation des cadres.

2.1 Méthode de l'enquête

La méthode choisie est un relevé d'entretiens téléphoniques sur la base des hypothèses posées. Ces entretiens ont été semi-directifs avec comme support un questionnaire établi au préalable (cf. Annexe 1). Cette méthode permet de réaliser un nombre d'entretiens suffisamment représentatif de ce que l'on peut observer sur le sujet.

2.1.1 Population enquêtée

Les professionnels consultés sont en premier lieu les directeurs des soins. Ils peuvent être coordonnateurs des soins ou directeurs des soins adjoints. Un directeur des soins m'a orienté vers le cadre supérieur de santé chargé de la mobilité des professionnels.

Dans un second temps, j'ai souhaité interroger les cadres de santé pour connaître leur point de vue sur la question du lien entre mobilité et professionnalisation. Ceux qui ont répondu aux questionnaires sont ceux qui ont été mobiles dans leur établissement.

Enfin, j'ai voulu questionner les directeurs des ressources humaines qui ont publié des articles sur le sujet. Un seul m'a répondu favorablement.

2.1.2 Terrain de l'enquête

Dans le cadre de cette enquête, j'ai souhaité consulter des établissements de toutes tailles. Cela va du CHU, à l'hôpital de proximité. La majorité des établissements sont de taille moyenne avec 1000 lits d'hospitalisations et sont pour la plupart des hôpitaux supports dans leur GHT. La prise de contact de ces établissements s'est faite par courrier électronique. Le site de la FHF a été la première ressource pour trouver les coordonnées des coordonnateurs et directeurs des soins. Quant aux cadres de santé, les directeurs des soins m'ont communiqué la liste des cadres susceptibles de répondre à mon enquête. Au total, vingt entretiens ont été réalisés par téléphone. En priorité, ce sont 14 directeurs des soins qui ont été interrogés (6 issus d'un CHU, 7 d'un CH et 1 d'un CHS), suivis de 5 cadres de santé (3 issus d'un CH et 2 d'un CHU) et un directeur des ressources humaines dont l'établissement avait affiché une politique de mobilité pour les cadres de santé.

2.1.3 Outils utilisés

Dans le cadre des entretiens téléphoniques, une grille de questions a été préparée en amont afin de pouvoir balayer les thèmes majeurs de ce travail, à savoir, l'existence ou non d'une politique de mobilité, la collaboration de la direction des soins avec la direction des ressources humaines, l'évaluation des compétences des cadres de santé. Pour ces derniers, il était important de recueillir leurs ressentis par rapport à leurs vécus au sein de leurs propres parcours professionnels.

2.1.4 Limites de l'enquête

Dans ce travail de recherche, je n'ai consulté que les cadres de santé qui ont été mobiles. Les directeurs des soins des structures ont accepté que je puisse appeler les cadres ayant connu une mobilité dans leurs établissements. L'enquête s'est attachée à montrer les vertus de la mobilité. La « non mobilité » peut avoir également ses vertus pour des raisons qui sont liées au contexte de la structure et à la spécialisation des services.

La taille de la structure peut se révéler être un handicap à la mobilité. Plus la structure est petite et plus l'offre de mobilité est réduite. De plus, les métiers cadres « spécialisés » travaillant dans les services médico techniques tels que le laboratoire, l'imagerie médicale ou le bloc opératoire ne sont pas les métiers cadres les plus mobiles.

2.2 Présentation du questionnaire semi-directif

Le questionnaire a été construit en trois parties relatives aux hypothèses de départ :

- La mobilité des cadres correspond à une stratégie managériale de la part des directeurs des soins.
- Cette stratégie s'inscrit dans une collaboration avec la DRH et dans la gestion des parcours professionnels des cadres de santé.
- La mobilité favorise le développement des compétences et maintient une dynamique de projets pour les cadres de services.

Les principales questions posées :

- Avez vous mis en place une politique de mobilité pour tous les agents et à fortiori pour les cadres de santé ?
- Pensez vous organiser une politique de mobilité des cadres dans votre établissement ?
- Quels sont pour vous les préalables à cette mobilité ?
- Existents-ils des freins à la mobilité des cadres ?
- Avez vous observé une amélioration des compétences pour les cadres mobiles ?
- Avez vous envisagé une mobilité au sein du GHT ?
- Qu'attendez vous des cadres de proximité en terme de compétences ?
- Quelle collaboration avez vous mis en place avec la direction des ressources humaines dans le cadre des affectations des cadres de santé ?

- Avez vous intégré la mobilité dans la gestion des parcours professionnels ?
- Existe t-il un lien entre mobilité et promotion professionnelle ?

3 Analyse des résultats

3.1 La mobilité est un enjeu managérial

3.1.1 La mobilité est un enjeu institutionnel dans le management des cadres de santé.

Un grand nombre de directeurs interrogés reconnaissent que la mobilité des cadres de santé est un enjeu important permettant de maintenir le personnel d'encadrement dans une dynamique de projets. Les établissements ont très peu mis en place de politique réelle de mobilité des cadres. Par contre, des dispositifs de « bourse à l'emploi » ou de publication de postes via le réseau intranet de l'établissement facilitent les mobilités pour l'ensemble des personnels et en particulier des cadres de santé. La mobilité n'est donc pas programmée. L'affichage des postes de cadres disponibles est accessible, et sur de gros établissements, ce dispositif permet une mobilité facile. Pour les plus petits établissements, les mobilités sont réduites et les seuls postes susceptibles d'être disponibles se situent parfois dans les IFSI.

Au regard de la direction des soins, la mobilité est de plus en plus souhaitée par les cadres de santé. Dans les faits, les directeurs des soins ne sont pas les initiateurs de la mobilité du personnel d'encadrement. Très peu de directions ont organisé cette mobilité. Elle émerge essentiellement au cours des entretiens d'évaluation réalisés par les cadres supérieurs ou les cadres de pôles. La mobilité des cadres de santé est également à l'ordre du jour lorsque l'un d'entre eux se trouve en difficulté dans son service ou suite à une mésentente avec le chef de service. Le cas extrême est le « burn out ». La mobilité est alors la solution de secours.

Cependant, tous les directeurs de soins admettent que la mobilité des cadres de santé est nécessaire pour plusieurs raisons.

D'une part, elle permet aux cadres de ne plus rester dans leur zone de confort et d'acquérir des compétences d'adaptation. Ces capacités sont de plus en plus demandées de nos jours dans le cadre des restructurations des établissements de santé.

D'autre part, les cadres acquièrent, de cette façon, de nouvelles compétences pouvant les aider à gérer des projets transversaux en lien avec des exigences institutionnelles. Ils s'inscrivent plus dans les démarches de certifications. Ils acquièrent ainsi des expertises différentes et ont des regards nouveaux sur des organisations. Ils évitent alors l'installation dans une certaine « routine ».

Enfin, les cadres de santé deviennent acteurs de leur carrière et peuvent accéder à la promotion professionnelle. Les directions demandent une mobilité avant d'accéder à la fonction de cadre supérieur de santé. La mobilité a une fonction « formatrice » car elle permet à ceux qui aspirent à des fonctions d'encadrement supérieur d'avoir un positionnement correspondant aux différentes expériences vécues et ainsi d'avoir une vision globale de la structure.

La mobilité au sein des GHT reste marginale pour les personnels soignants et, à fortiori, pour les cadres de santé. Cette forme de mobilité s'observe essentiellement pour les soignants spécialisés, infirmiers anesthésistes et infirmiers de bloc opératoire.

3.1.2 La mobilité permet une meilleure adaptabilité aux changements

La mobilité des cadres permet d'avoir des professionnels qui ne se retrouvent pas dans un fonctionnement connu, dans une seule organisation de travail. Les cadres mobiles ne sont donc pas « mono organisation » et sont obligés de s'adapter aux services dans lesquels ils décident de muter. Les cadres de santé ne ressentent pas toujours l'utilité d'une mobilité et restent dans leur service « *tant qu'ils prennent du plaisir à ce qu'ils font* ». Cependant, il est avéré que les cadres peu mobiles sont moins efficaces dans leur travail et sont en difficulté par rapport à l'instauration de nouveaux projets. Les cadres sont plutôt « *frileux* » à être mobiles et préfèrent rester dans leur zone de confort. « *Ils ne veulent pas se mettre en insécurité psychologique* ». Mais une fois la mobilité validée, les directeurs des soins observent que les cadres s'adaptent aux situations et savent « *rebondir* » sur de nouvelles missions. « *Ce sont dans ces conditions d'insécurité que l'on augmente ses compétences* ». L'exemple d'un cadre rééducateur muté dans un service de soins a permis à celui-ci de découvrir un autre cadre de travail et de proposer des améliorations novatrices dans l'organisation des soins. Pour cela, les cadres mobiles doivent s'approprier de nouveaux schémas d'organisation. Ils doivent également dépasser leurs craintes et faire leurs preuves. Enfin, ils doivent « *éviter d'avoir des œillères et des à priori* » pour manager les équipes de la meilleure manière.

Les directeurs des soins déplorent que certains cadres gardent des réflexes « anciens » et ne s'inscrivent pas dans une logique de parcours de soins. « *La mobilité pourrait les aider à travailler sur ces parcours plus facilement sans qu'ils se replient sur eux-mêmes* ». Changer de service est un moyen de revoir ses certitudes sur son métier et de remettre en question ses connaissances afin de s'adapter au nouveau service et à son organisation.

La filière cadre permet la mobilité. Et, pour les directeurs des soins, « *un cadre doit voir ce que sera demain, anticiper les évolutions des structures, et participer aux éventuelles coopérations* ». « *Les cadres ne doivent plus avoir une vision archaïque de leurs fonctions* ». La mobilité fait partie intégrante du métier et les cadres de santé « *doivent intégrer qu'ils sont au service d'une institution et non d'un service de soins* ». Aussi, dans le cadre des restructurations où il est demandé à l'ensemble du personnel soignant de faire acte de disponibilité et d'adaptabilité pour aider les services voisins, les cadres se doivent de montrer l'exemple en acceptant d'être mobiles. Dans cette transition de la profession de la « *surveillante au cadre de santé* », la mobilité sert d'exemple à un métier qui doit aujourd'hui se faire reconnaître par son adaptabilité à tous les services.

La profession de cadre de santé est ainsi reconnue par des compétences essentiellement managériales et non celles liées aux spécificités des services. Les cadres de santé ne sont plus des « *super infirmiers* » mais des managers au service de la structure dans sa globalité.

3.1.3 La mobilité facilite l'acquisition de nouvelles compétences

Un petit nombre de directeurs des soins estime que la mobilité n'intervient en rien dans l'acquisition de compétences. Le management des compétences des cadres est avant tout de repérer si leur positionnement est correct. « *Il doit être juste à sa place* ». La question des compétences intervient, par la suite, avec les connaissances techniques nécessaires au métier. Pour les autres directeurs des soins, il semble presque évident que la mobilité accroît les compétences des cadres.

Certains cadres savent prendre la main et organisent, eux mêmes, leur mobilité pour développer leurs compétences en vue, par exemple, d'une promotion professionnelle. Pour beaucoup de directeurs des soins, la formation des cadres de santé est complétée par le vécu, l'expérience et les situations de travail rencontrées au cours de leur exercice professionnel.

Aussi, par ses différents aspects, la mobilité peut participer à cette formation. *« Elle est formatrice quand on s'oblige à désapprendre et à apprendre de nouvelles notions »*. *« La mobilité est formatrice quand on accepte de se mettre en zone d'insécurité »*.

Il est difficile pour les directions de prouver que la mobilité augmente systématiquement les compétences des cadres. Mais les directeurs des soins convaincus affirment que : *« La mobilité permet d'acquérir de nouveaux savoir faire...d'ailleurs, j'ai été moi même mobile et j'ai pu développer certaines compétences »*. La mobilité permet d'accroître les compétences si elle n'est pas subie et si les cadres sont volontaires dans leur choix de changer de service. A défaut de développer les compétences, *« la mobilité a l'avantage d'enlever les œillères »* et d'avoir un autre regard sur sa profession.

Les directeurs des soins mettent en avant que ce ne sont pas uniquement le développement des compétences qui est recherché dans la mobilité mais plutôt la notion de polyvalence. Ainsi, la mobilité se gère en fonction des compétences. Les cadres qui souhaitent rester « maître » de leur avenir et bâtir un projet professionnel, se donnent les moyens d'être mobiles pour accroître leurs connaissances et leurs savoir faire. Les directions des soins accompagnent alors favorablement ces agents et les aident à s'accomplir.

Pour conclure, les directeurs des soins abordent la mobilité comme un potentiel levier pour augmenter les compétences des cadres de santé dans des contextes choisis, c'est à dire, avec des cadres volontaires dans la démarche. Dans ces cas là, la mobilité développe les savoirs, savoir faire, et les savoir être. *« Toutes les organisations sont intéressantes et plus vous vous y plongez, plus vous gagnez en compétences »*.

3.1.4 La mobilité aide à la gestion des carrières des cadres de santé

La mobilité des cadres est gérée par les directeurs des soins. En collaboration avec les directeurs des ressources humaines, ils sont les responsables des carrières des cadres dans l'établissement. Le degré de collaboration diffère d'un établissement à un autre mais dans tous les cas, les directeurs des soins gardent la main sur les décisions d'affectations. Les directeurs des ressources humaines valident alors les choix réalisés. La collaboration doit être « vigilante ».

Les évaluations annuelles sont réalisées, en premier lieu, par les cadres supérieurs ou cadres de pôles. Dans le cadre de la formation continue, le DRH et beaucoup de

directeurs des soins interrogés, estiment que la mobilité pourrait être intégrée dans le plan de formation continue. Lorsque les cadres sont en difficulté dans leur service, ils sont le plus souvent pris en charge directement par le directeur des soins et la mobilité est un moyen d'échapper à des conflits avec les équipes médicales et non médicales. Les directeurs des soins sont attentifs au bien être de leurs cadres de proximité. Beaucoup de directeurs des soins s'accordent sur le principe que les cadres de proximité devraient être mobiles environ tous les 5 ans.

Dans un établissement, la mobilité des cadres et les gestions de carrières sont gérées par les pôles et les cadres supérieurs de santé. Le directeur des soins est alors consulté pour avis. L'accession à la fonction de cadre supérieur s'accompagne d'une mobilité obligatoire. La promotion des cadres de santé et des cadres de pôles est synonyme d'une mobilité. Pour le DRH, « *la mobilité accélère la promotion professionnelle* ». Ce n'est pas systématique et certains cadres sont mobiles sans que l'accession à l'encadrement supérieur soit envisagée.

Pour une autre partie des directeurs de soins, il n'est pas envisageable d'imposer une mobilité aux cadres de santé. Les cadres sont considérés comme « cooptés » par les chefs de services. Et, tant que les cadres sont « bien » dans leur poste, il n'y a pas de raisons de les changer de service. Pour ces directeurs des soins, la mobilité ne rentre pas dans un plan de carrière et le management des compétences ne se fait pas par la mobilité. Sur un établissement, le directeur des soins considère que la mobilité est un « vœux pieux » et que nous pouvons parfois habiller certains projets de « *satén* » sans que l'on puisse réellement l'appliquer sur le terrain. En effet, pour être effective, une politique de mobilité est soumise à certaines contraintes liées au contexte et aux difficultés actuelles des établissements. Ainsi, les restrictions budgétaires, les plans de retour à l'équilibre, et le manque de solidarité entre les pôles ne favorisent pas une politique de mobilité. De plus, en fonction de la taille de l'établissement, l'offre de mobilité peut être réduite et les chefs de pôles interviennent souvent sur les affectations des cadres. Ainsi, le directeur des soins affirme que « *la mobilité augmente les compétences si elle est mise en place pour de bonnes raisons* ».

Aussi, quelles peuvent être les « *bonnes raisons à la mobilité* » ?

Tout d'abord, la mobilité doit répondre à un projet professionnel. Elle ne doit pas être mise en place sous contrainte. Si elle est formalisée dans une politique d'établissement, elle doit être annoncée aux cadres lors de leur prise de poste.

Elle peut difficilement être envisagée en dessous de 5 ans de service pour que le cadre ait le temps d'initier et d'évaluer ses projets de service.

Enfin, la mobilité ne doit pas servir de sanction mais être envisagée comme un moyen de construire sa propre carrière professionnelle. Ainsi, la mobilité ne sera jamais totale. Elle contribue à la promotion professionnelle, mais elle est rarement formalisée.

Elle est proposée et encouragée en particulier lors des évaluations annuelles ou lors des retours des cadres de formation de l'IFCS. Les directeurs des soins la souhaitent mais ne savent pas « *comment la mettre en place* ». Pour ceux qui ont réussi à la formaliser, avant le développement des compétences, le projet de mobilité prône une recherche de polyvalence. Les directeurs des soins sont attachés à l'entente des cadres avec le chef de service et considèrent que ce binôme constitue la clef de voûte de toute organisation de travail. Cependant, les freins à la mobilité liés à un désaccord des chefs de service tendent à diminuer.

Et, pour un établissement, les directions préparent les cadres dans leur parcours professionnel à envisager une mobilité au sein du GHT. Dans tous les cas, il est difficile de faire un lien direct entre la mobilité et le développement des compétences. Pour un directeur des soins, « *les cadres mobiles sont plus dynamiques que les cadres non mobiles* ».

Nous pouvons juste conclure que la mobilité est formatrice et participe pour certains cadres à leur évolution de carrière.

3.2 La Mobilité est une « affaire personnelle ».

3.2.1 La mobilité est de plus en plus souhaitée par les cadres de santé.

Parmi les cadres interrogés, la mobilité est liée aux générations. Les nouveaux cadres de santé sont plus mobiles. Les cadres peu mobiles sont ceux qui ont connu des modes de fonctionnement « anciens » où l'infirmière du service devenait « la surveillante » et connaissait les moindres recoins de l'unité de soins. Dans ce système, le cadre devient cadre par l'ancienneté et l'expérience. Il est reconnu par l'équipe comme le « super infirmier ». L'ensemble de la communauté médicale reconnaît alors les compétences de l'infirmier devenu cadre de santé avant de lui demander d'avoir des qualités de

management des équipes. Ce fonctionnement permet aux professionnels de santé évoluant dans la structure de réaliser l'ensemble d'une carrière dans le même service. Aujourd'hui deux générations de cadres se côtoient, ceux qui croient en la mobilité et en font une force pour leur carrière et ceux qui ne changent pas de service se sentant indispensables et ne pouvant imaginer un jour quitter le service qui les a vu naître « cadre de santé ».

Dans un premier temps, la mobilité des cadres de santé est un état d'esprit correspondant à la volonté de ne pas s'installer dans une zone de confort. Ils veulent sans cesse progresser. Les cadres mobiles ont tendance à l'être de « leur propre chef » sans que l'institution le leur impose. Ils considèrent que la mobilité fait partie intégrante de leur métier. Ils ne se voient pas rester dans un service plus de 5 à 6 ans. Nous pouvons alors présumer que la mobilité est une affaire de personnalité.

Dans un second temps, les cadres les plus mobiles voient leur carrière se construire sur des missions confiées par l'institution et non comme une appartenance à un service dans lequel ils seraient prisonniers des « coutumes » et des « habitudes ». Les cadres mobiles souhaitent garder leur liberté par rapport à leur travail. Ils sont prêts à quitter la structure et faire un autre métier si les objectifs donnés par la direction ne correspondent plus à leurs aspirations. Nous pouvons ainsi considérer que la mobilité de ces cadres est faite d'opportunités, de projets et de missions à accomplir dans un temps donné. Il ne s'agit pas de s'inscrire dans la durée dans un même service mais de trouver une « *respiration nouvelle* » sur des travaux et réalisations dépassant le cadre de l'unité de soins ou de pôle. C'est à cette seule condition, sur un métier considéré comme « difficile », que les cadres de santé trouvent toutes leurs motivations à continuer et persévérer dans la voie du management des équipes.

Enfin, pour les cadres mobiles, la mobilité a été un moyen d'accroître leurs compétences au même titre que la formation continue. Les IFCS ne préparent pas obligatoirement les cadres de santé aux nombreuses exigences de la profession. La question de la mobilité au sein des IFCS n'est pas un point forcément abordé. Et pourtant, les cadres de santé y trouvent leur survie et le moyen de progresser dans la structure. La mobilité est donc un formidable vecteur de promotion professionnelle qui n'est pas valorisé à sa juste valeur. Les agents dits « mobiles » estiment qu'ils sont devenus cadres grâce à leurs changements de services et leurs différentes expériences. La mobilité devient alors un outil de GPEC permettant d'avoir des cadres prompts à s'inscrire dans de nouveaux projets institutionnels et dans le changement.

3.2.2 La mobilité des cadres de santé suppose des « prédispositions ».

Les cadres mobiles donnent des raisons à leur mobilité. Ils justifient leur mobilité par le fait qu'ils ont toujours souhaité changer de service et n'envisagent en aucune manière de rester dans une unité plus de 5 ans. Ils étaient déjà mobiles lorsqu'ils étaient infirmiers. Pour un d'entre eux, ayant fait une carrière militaire auparavant, la mobilité est « naturelle ». Elle fait partie du métier de cadre de santé. « *La mobilité est une conception propre à chaque cadre* ». « *La mobilité est dans mes gênes, j'ai fait plusieurs métiers* ».

Les cadres qui choisissent d'être mobiles s'inscrivent dans une durée limitée au sein d'un service ou dans la réalisation d'une mission. Ils considèrent qu'ils ont à apporter leur énergie et leur envie pour un travail mais disent s'épuiser avec le temps. Aussi, pour eux, la mobilité est une obligation, il ne la voit pas comme une contrainte, ils ont toujours été mobiles et comptent le rester dans l'établissement au sein duquel ils travaillent. D'ailleurs, si la structure ne peut plus leur offrir cette mobilité, ils envisagent éventuellement de la quitter voire de faire un autre métier. « *Je suis prête à une mobilité géographique et pourquoi pas travailler en supermarché* ».

La mobilité est donc un « état d'esprit », une envie d'aller de l'avant et, pour beaucoup, un moyen de conserver leur liberté en terme de parcours professionnel. Aussi, pour certains la mobilité devient « *une affaire de survie* » dans un métier de plus en plus exigeant et astreignant.

3.3 La mobilité participe au « bien être » des cadres de santé

3.3.1 La mobilité est une ressource de motivation pour les cadres de santé

Les cadres mobiles trouvent donc dans la mobilité, la possibilité de se ressourcer et de pouvoir continuer un travail qu'ils aiment. Pour eux, la mobilité construit leur capacité d'adaptation et ils perçoivent leur métier comme des missions à mener. La culture du projet est forte pour les cadres mobiles. Ils se sentent utiles uniquement s'ils ont un travail à réaliser dans un temps défini au départ. Ils trouvent ainsi leur motivation dans l'idée qu'ils arrivent avec un regard neuf pour modifier des organisations et apporter des améliorations dans la prise en charge des patients ou dans les pratiques infirmières. Lorsque leur travail est accompli, ils ont tendance à s'ennuyer et ne souhaitent pas se « *reposer sur leurs lauriers* », ils souhaitent alors changer de service. Ils reconnaissent que la mobilité n'est pas forcément obligatoire pour maintenir la motivation au travail mais

leur leitmotiv est d'avoir toujours des projets pour se réaliser et prendre du plaisir. Ils sont dynamiques et s'inscrivent facilement dans les projets de restructurations. Ils disent, également, que les directeurs des soins les sollicitent plus sur les projets dits « transversaux » et qu'ils ne savent pas dire « non ». Pour eux, « *il est essentiel de se remettre en question, de perdre sa zone de confort, pour avancer et amorcer des projets avec les équipes* ». A leur prise de fonction comme cadre de santé, ils reconnaissent avoir fait des erreurs de managements. Aussi, pour ne pas « *être prisonnier de leurs erreurs* », ils décident d'être mobiles afin de pouvoir travailler avec d'autres équipes. La mobilité est alors un moyen d'avoir de nouveaux challenges, de créer de l'émulation auprès des équipes et d'avoir plus confiance en leurs capacités de managers.

Les raisons de leur mobilité sont:

« L'envie de développer de nouvelles compétences »

« Maintenir sa motivation en gérant des équipes différentes à la fois médicales et paramédicales »

Les cadres sont nombreux à vouloir cette mobilité pour garder cette motivation au travail. Le métier de cadre de santé est multiple, il est très différent d'un service à un autre. C'est une richesse pour les cadres qui se donnent les moyens de vouloir voir d'autres pratiques et d'autres organisations. Les cadres mobiles prônent leur « liberté » et sont demeurés maîtres de leurs choix de service. Ils sont restés « mobilisés et motivés » car ils ont toujours eu le choix de leurs affectations. Pour eux, la mobilité se construit autour de missions confiées par la hiérarchie que l'on accepte ou non. La mobilité leur permet surtout de ne pas entrer dans une « routine » qu'ils ne supporteraient pas et dans laquelle ils ne pourraient pas continuer à assurer leur fonction de façon satisfaisante.

3.3.2 La mobilité permet le « devenir cadre »

Les cadres interrogés sur leur mobilité expriment que le fait d'avoir changé de services leur a permis de construire petit à petit leur « identité cadre ». Pour tous, la formation à l'IFCS ne fait pas d'eux des cadres. Ils le deviennent par leurs diverses expériences et la découverte tous les 5 à 6 ans de nouveaux services. Dans un établissement, les cadres avaient travaillé sur leur propre mobilité considérant qu'elle était le moyen pour eux de développer des compétences et d'améliorer leurs pratiques managériales.

Ce travail collectif était également l'opportunité d'enclencher une mobilité des cadres de santé entre les services de soins et les IFSI. En effet, il peut y avoir des apports de la pédagogie au management et inversement. Avoir pratiqué dans les différents domaines est un atout supplémentaire pour les uns et les autres. Cette « mixité » IFSI / services de soins aurait permis aux cadres d'acquérir des compétences supplémentaires dans leur exercice quotidien.

Ce projet de mobilité initié par les cadres de l'établissement en question n'a jamais été mis en place au plus grand désarroi de l'équipe d'encadrement. En effet, les cadres sollicités pour ce mémoire de fin d'étude, sont tous d'accord pour dire que l'on ne naît pas cadre après un an de formation à l'IFCS mais qu'on le devient par les expériences et les savoirs acquis grâce aux situations rencontrées sur le terrain. « *La mobilité permet l'ouverture d'esprit* ». Elle est peu abordée dans la formation des cadres de santé. Elle permet « *d'améliorer son relationnel avec les équipes* ».

Elle permet également de modifier ses modes de managements et de les adapter aux contextes. Selon leurs propres dires, les cadres deviennent « *plus tolérants* » vis à vis des équipes et sont « *plus performants* » dans la gestion des équipes. Ils y trouvent alors « *un certain équilibre* ». Ils ne recherchent pas forcément une promotion professionnelle par la mobilité mais plutôt un certain bien être et une qualité de vie au travail satisfaisante. Certaines qualités d'observations et comportementales s'aiguisent avec la mobilité : « *On a un œil plus rapide, on voit vite les comportements des acteurs et on sait ce qu'on vient chercher* ».

De plus, « *avec une base de données liées à l'expérience, vous emmagasinez des raisonnements, c'est alors plus facile pour nous de prendre les décisions nécessaires* ». La mobilité est donc perçue par les cadres comme une manière de se construire ou de se reconstruire. Si l'offre de mobilité n'est pas assurée, des cadres partent et décident parfois de quitter la profession.

Enfin, une mobilité organisée avec l'IFSI pourrait constituer une offre de progression des compétences pour les cadres en exercice dans les services des soins. D'ailleurs les cadres des services ne comprennent pas que la mobilité ne soit pas imposée aux cadres de l'IFSI. En effet, « *comment peuvent-ils enseigner les nouvelles pratiques infirmières alors qu'ils n'ont pas été dans un service pour beaucoup depuis plus de dix ans ?* ».

Les cadres veulent la mobilité, elle les autorise à sortir de leur zone de confort, elle leur permet de changer et de réajuster leurs modes de management. Cependant, elle est pour

eux insuffisamment formalisée malgré un accord unanime des cadres et de la direction des soins sur le fait que la mobilité possède des bienfaits sur les compétences, la polyvalence et le développement des aptitudes aux changements.

3.3.3 La mobilité : entre la professionnalisation et la qualité de vie au travail des cadres de santé

Les attendus des directeurs des soins par rapport aux cadres de proximité

Les directeurs des soins interrogés ont le souhait de mettre en place une politique de mobilité des cadres au sein de leurs établissements. Ils sont unanimes pour dire que cette mobilité doit s'organiser avec la direction des ressources humaines dans le cadre de la GPEC. Ils pressentent tous que la mobilité est un moyen d'augmenter les compétences des cadres sans en avoir de preuves tangibles. En effet, des exemples de parcours professionnels montrent que la mobilité a été bénéfique pour des cadres volontaires et motivés. D'autres sont restés dans leur service mais ont pu également développer leurs compétences.

Enfin, des cadres dits « mobiles » n'ont eu aucun bénéfice de leur parcours et se trouvent en difficulté dans tous les services où ils ont été affectés. La mobilité peut donc s'organiser et s'afficher mais le projet professionnel autour de la mobilité se construit au cas par cas. La mobilité est donc difficilement généralisable.

Le rôle des directeurs des soins est d'être attentif aux parcours des cadres de proximité. Il est nécessaire d'être à l'écoute des malaises et des « mal être » qui peuvent révéler des défauts de compétences ou des insuffisances. La formation continue peut aider les cadres de proximité. La mobilité est également un levier possible à condition de l'avoir présentée en amont et de la proposer après négociation avec les cadres en question.

Les attentes des directeurs des soins en terme de compétences des cadres de proximité sont diverses et non uniformes. La professionnalisation s'articule pour les directeurs des soins autour de trois aspects qui sont les connaissances, le comportement et l'état d'esprit. Autrement dit, les directeurs de soins attendent d'eux un savoir, un savoir faire et un savoir être.

Au niveau du savoir, il est attendu d'un cadre qu'il possède des connaissances sur:

- La santé publique et clinique
- L'évaluation des pratiques
- La gestion de la qualité et de la sécurité des soins
- La conduite de projet
- L'organisation de son service
- Les pathologies des patients

Au niveau du savoir faire, les directeurs des soins attendent d'un cadre qu'il sache:

- Discuter les projets et partager les décisions avec son équipe
- Donner du sens aux pratiques de soins
- Travailler en équipe
- Communiquer
- Etre attentif à son équipe et faire un management de proximité
- Se positionner et avoir une « posture cadre »
- Savoir se remettre en question

Quant au savoir être, des notions sont souvent citées telles que:

- Le courage
- La loyauté
- Le respect des autres
- Le dynamisme
- La rigueur
- La confiance
- La bienveillance

Face à ses compétences attendues, l'expérience de plusieurs services permet de confronter ces savoirs avec des équipes et des organisations différentes. Les cadres sont alors obligés d'adapter leurs savoirs aux situations. Des efforts sont alors nécessaires en terme de communication, de management et de positionnement face à une équipe nouvelle. De plus, la mobilité ne permet aux cadres de regarder les projets nouveaux que par le regard d'un seul service. L'expérience de plusieurs services ouvre le champ des possibles et permet d'avoir une vision plus large de l'institution et d'affirmer son positionnement vis à vis de la direction.

Comme on l'a vu précédemment, la mobilité entretient un certain dynamisme chez les cadres mais elle permet d'avoir des cadres plus enclins à avoir un regard institutionnel et non de service.

En quoi la mobilité des cadres favorise les qualités de courage, de dynamisme, de bienveillance et de loyauté vis à vis des directions ?

En quoi le regard du cadre sur ses missions s'élargit grâce à la mobilité ?

Les attentes des cadres souhaitant une politique de mobilité

Les cadres mobiles sont tous convaincus que la mobilité les a fait « cadre ». Ils se sentent libres et ne sont pas prisonniers de leurs certitudes. Sans cultiver le doute, ils sont « pro-mobilité » soit par nature, soit parce qu'ils pensent que la fonction publique est une institution qu'il faut servir en acceptant de changer de services ou de métiers. La force des cadres dits « mobiles » est qu'ils sont prêts à relever tous les défis et notamment ceux relatifs à la mise en place des restructurations. Ils sont en tout cas les plus à même à partager avec les équipes leur savoir faire. Ils agissent principalement avec ce qu'ils sont et leurs savoirs être. Ils pensent que le métier cadre est passionnant à condition de rester maître de son destin au sein de l'institution. Ils sont plus volontaires, plus disponibles, et sont les plus sollicités dans les établissements pour répondre à des projets majeurs. Ils n'ambitionnent pas forcément une promotion professionnelle et n'attendent pas une reconnaissance exceptionnelle. Ils sont tous convaincus qu'ils ont beaucoup à faire pour améliorer le service rendu aux patients. Pour eux, la satisfaction au travail est le moteur de leur énergie. La mobilité peut les aider à maintenir cet engouement et cette ferveur et les encourager à se réaliser au mieux dans leur métier.

4 Préconisations >

La mobilité n'est pas garante du développement des compétences pour les cadres de santé. Elle apporte expérience, adaptabilité et conduit les agents aux changements. Les conditions de la mobilité doivent pour cela être préparées par la direction des soins. La mobilité du « dernier moment » c'est à dire celle devant se mettre en place rapidement sans que le cadre l'ait souhaitée ne constitue pas les meilleures conditions pour prendre un poste dans un nouveau service. Aussi, la mobilité dite « choisie » doit être privilégiée. Certains dispositifs sont des aides à la décision pour les cadres de santé. On peut ainsi citer les bourses à l'emploi et la mise en place d'une « réelle politique de mobilité ». D'autres dispositifs peuvent également fonctionner avec une politique liée à la gestion des carrières au sein de l'établissement. Dans tous les cas, la mobilité doit être mise en avant et valorisée par l'institution. Il ne s'agit donc plus de voir la mobilité comme un échec mais comme un moyen de réaliser d'autres projets et de développer les compétences des cadres de santé. La mobilité devient alors le passage obligé pour la promotion professionnelle.

4.1 Une politique de mobilité institutionnelle

4.1.1 Affichage d'une politique de mobilité cadre de santé pour exemplarité

Tous les établissements ne mettent pas en place une politique de mobilité dans leurs établissements. Pour certains directeurs des soins, elle ne semble pas utile car elle ne pourrait pas être généralisée à tous les agents et à toutes les catégories socio professionnelles et notamment aux cadres de santé. Pour ceux qui l'ont mise en place, ils sont conscients qu'elle ne peut être « totale » mais qu'elle permet aux agents désirant être mobiles de s'inscrire dans la démarche. Elle autorise ainsi l'établissement à la proposer et à la recommander. Mais que signifie une politique de mobilité?

Une politique de mobilité est une volonté affichée de la direction et des directions associées à ce projet (direction des soins et direction des ressources humaines) de mettre en place une mobilité au sein de la structure de façon presque obligatoire. Elle s'appuie sur des objectifs précis qui peuvent être : le développement des compétences, le maintien de la motivation au travail, et le principe d'équité par rapport à l'accès à certains services. Cette mobilité devient alors structurelle. Elle ne constitue pas la « panacée » pour inciter les agents à être mobiles mais elle permet aux dirigeants d'inciter les agents à

vouloir une mobilité. Elle peut permettre à beaucoup d'entre eux d'avoir la possibilité de découvrir d'autres services. Afficher une politique de mobilité est un aussi un moyen de signifier que les agents, dans la fonction publique, sont titulaires d'un poste et non d'un service. Les agents ont parfois tendance parfois à oublier que la dimension de leur poste de travail ne s'arrête pas aux frontières d'un service ou d'un pôle.

Pour mettre en place un politique de mobilité, plusieurs acteurs doivent être associés à la démarche et, et en particulier, les organisations syndicales. Elles reçoivent souvent des agents en difficulté et savent que la mobilité est parfois utile pour éviter des « burn-out » ou des conflits latents dans les services de soins. Elles ont souvent conscience de certaines inégalités dans les organisations d'un service à un autre. Avec les principes d'égalité et de solidarité envers les agents, elles ne sont pas forcément hostiles à la mobilité. Aussi, une politique de mobilité ne pourra exister réellement qu'avec un accord de principe des organisations syndicales sur le sujet.

Un politique de mobilité ne peut pas, par la suite, être déployée sans la participation des cadres à la démarche. Les cadres doivent être associés à ce projet de mobilité car ils constituent les premiers acteurs et les premiers revendicateurs auprès de leurs équipes. La politique de mobilité repose sur eux. Ils communiquent auprès de leurs équipes le projet et ils reçoivent en premier les agents souhaitant une mobilité. Si l'équipe de direction est initiatrice de la démarche, les cadres la mettent en application.

La communication de la politique de mobilité ne doit pas uniquement reposer sur les cadres de santé. Une communication officielle doit avoir lieu dans les instances. Dans un premier temps au conseil de surveillance, mais également auprès des agents par des informations écrites. Les articles dans les bulletins hospitaliers, les lettres d'informations, les notes officielles sont de bons supports pour informer l'ensemble du personnel. Lors de nouvelles embauches, les nouveaux arrivants peuvent être avertis à l'oral lors du recrutement et par écrit dans le livret d'accueil.

Enfin, une manière intéressante de faire valider une politique de mobilité est de l'intégrer comme un outil de promotion professionnelle pour les agents qui souhaitent être mobiles. Il est essentiel de valoriser leur mobilité par des outils ou des dispositifs la reconnaissant comme un atout dans le parcours professionnel de l'agent.

Pour finir, la politique de mobilité n'aura de valeur et ne sera reconnue que si elle s'applique à tous les agents de l'établissement y compris les cadres de santé. La mobilité des cadres ne peut donc pas être isolée. Elle répond à une politique globale de

l'établissement. Elle est ainsi considérée comme un élément partagé par tous. Le message est le même pour tous, l'agent n'appartient pas à un service ou à un pôle, il est agent de la fonction publique hospitalière et la mobilité est fait partie intégrante de son statut de fonctionnaire.

Pour un directeur des soins, la politique de mobilité doit être affichée dans le projet de soins et une évaluation régulière de cette démarche doit être rendue auprès des instances et des organisations syndicales.

4.1.2 La Direction des soins doit rester maître de la mobilité

La mobilité des cadres de santé est l'affaire des directeurs des soins. Comme il a été vu auparavant, elle peut constituer un levier managérial pour les directeurs des soins. Aussi, dans le cadre d'un projet de soins, elle peut être un enjeu pour l'équipe d'encadrement et la direction de l'établissement. Les cadres de proximité sont les principaux acteurs du changement dans un hôpital. Ils constituent le trait d'union entre les projets d'établissement et les services. Ils mettent en place l'organisation souhaitée par les directions. Ils sont les liens entre les agents et les directions. Sans eux, la direction des soins serait démunie pour faire évoluer les pratiques et les organisations au sein des services. Aussi, la mobilité des cadres de santé peut parfois faire partie du projet de soins et contribuer à les maintenir dans une dynamique de progrès et de recherche d'amélioration des organisations. Pour cela, une politique de mobilité peut être mise en place et les directeurs doivent être attentifs aux besoins de mobilité de la part de cadres. La direction des soins doit donc centraliser les informations sur la mobilité et doit être le moteur de celle-ci.

Les évaluations des cadres de santé et la promotion professionnelle des cadres sont l'apanage des directions des soins. Ainsi, les directions des soins doivent s'emparer de la question de la mobilité et, à défaut de l'avoir organisée, elles doivent centraliser au maximum les demandes.

Sur le plan des compétences des cadres et de leur évolution, la direction des soins doit garantir que les agents sont à leur place et possèdent un positionnement adapté aux équipes dont ils ont la charge. Un cadre de santé peut dysfonctionner, ne pas avoir les aptitudes à un poste de travail ou ne pas s'épanouir dans le travail qu'il réalise au quotidien pour de multiples raisons. Dans ces situations, la direction des soins doit permettre aux équipes d'encadrement de trouver leurs issues.

Le bien être au travail des cadres est la garantie d'un management bienveillant auprès des équipes. Un cadre motivé dans ses activités va donner le meilleur de lui-même pour son service. Aussi, la mobilité doit être perçue comme un outil aux mains des directeurs des soins pour maintenir ce bien être et cette motivation.

La direction des soins doit également travailler sur le sujet de la mobilité avec la direction des ressources humaines. Dans les établissements connaissant des restructurations dans le cadre de PRE par exemple, la mobilité des agents est de plus en plus présente et les directions doivent organiser les changements de service. Les deux directions les plus exposées à cette procédure sont la direction des soins et la direction des ressources humaines. Toutefois, les directeurs des soins sont les mieux placés pour choisir les agents. En effet, la connaissance individuelle des cadres de proximité et leurs aspirations sont dans les mains de la direction des soins. Elle seule, peut ajuster les affectations. La direction des soins apporte son avis par rapport aux procédures de mutations de services. Elle valide la démarche et peut, dans certains cas, émettre un avis favorable ou une opposition. Le binôme DRH / DS doit collaborer dans toutes les décisions de mobilité : un consensus doit être trouvé avant de valider l'affectation d'un cadre dans un nouveau service.

Ce travail commun permet de construire par l'intermédiaire de la mobilité un parcours professionnel individualisé et adapté aux attentes de l'agent. La mobilité peut alors être perçue comme un moyen de promouvoir la promotion professionnelle des cadres de santé.

4.2 Une collaboration DS et DRH indispensable

4.2.1 Bourse à l'emploi

Afin de faciliter la mobilité des agents au sein d'un établissement, il semble intéressant de mettre en place une bourse à l'emploi leur permettant de connaître les postes disponibles. Les bourses à l'emploi sont ainsi organisées dans les structures qui ont une politique de mobilité. Ce dispositif est interne aux établissements. Il a comme support le site intranet de l'hôpital. Le premier avantage est l'accessibilité à condition bien sûr que tous les agents aient accès à un poste de travail informatique. Le deuxième avantage est un affichage rapide en toute transparence. Tous les agents peuvent consulter les emplois libres en toute discrétion et avoir le contenu des fiches de postes. Ils peuvent ainsi

enclencher par la suite, des démarches auprès des responsables des services concernés, cadres supérieurs de santé ou cadre de proximité. L'organisation d'une bourse à l'emploi suppose cependant des prérequis et une démarche commune.

En effet, dans un premier temps, pour qu'un poste soit dit « vacant » c'est à dire susceptible d'être à l'affichage, des éléments doivent être recueillis par la direction des ressources humaines et la direction des soins afin de valider la fiche poste, le profil de candidat recherché et éventuellement réviser le poste en fonction des nouvelles organisations du service. Lorsqu'un poste devient vacant, l'opportunité de redéfinir le poste est possible et le recrutement doit se réaliser en fonction des nouveaux besoins du service. Les cadres de proximité peuvent être associés à la démarche pour les recrutements d'un infirmier ou d'un aide soignant. Dans un second temps, l'affichage du poste doit permettre au plus grand nombre de postuler. Pour cela, chaque agent doit pouvoir avoir accès à intranet sur des postes de travail qui se situent dans des lieux permettant discrétion et confidentialité. Dans certains établissements, l'accès à un portail agent peut être prévu autorisant ainsi une consultation à partir du domicile ou d'un téléphone portable, grâce à des codes d'accès personnels. Aujourd'hui, les accès à intranet sont majoritairement situés dans les salles de soins ou dans les bureaux et ne permettent pas de visualiser les emplois affichés de façon discrète.

Par la suite, une procédure écrite doit accompagner l'emploi d'une bourse à l'emploi. Cette procédure doit définir les conditions de mise en ligne d'un emploi. Elle doit également décrire les différents accès à la bourse à l'emploi. Si l'outil informatique est défaillant, l'affichage peut se faire « papier » avec un document distribué et affiché dans tous les services. Il est également important de déterminer des échéances et des dates butoirs dont les agents devront tenir compte pour pouvoir postuler. Il faudra ensuite, assurer les entretiens nécessaires au recrutement. Les personnes à contacter doivent connaître le poste et en avoir été les auteurs, sous contrôle de la DRH pour la forme, bien entendu. Les choix peuvent se réaliser à l'aide de critères définis avec la direction des soins et la direction des ressources humaines. Une fois le choix terminé, les agents doivent être avertis de façon officielle par un courrier et une date d'affectation dans le nouveau service.

Au delà de la procédure de recrutement, la démarche doit être individualisée en tenant compte des expériences de l'agent, de ses aspirations, de ses qualités et de ses objectifs dans le futur. L'individualisation est essentielle pour repérer « les talents » et éviter de réaliser des affectations qui répondent à des fuites et non à des projets personnels et professionnels.

De plus, tout au long de la démarche, l'agent doit rester libre de l'arrêter à tout moment. En effet, il est possible que l'agent souhaitant changer de service se rende compte au cours de l'entretien de recrutement, que le poste ne correspond plus à ses aspirations. Aussi, il est essentiel de lui indiquer que son affectation ne sera effective que lorsqu'il aura confirmé par écrit sa volonté de rejoindre le nouveau service.

La bourse à l'emploi peut être organisée de diverses manières et des calendriers mensuels peuvent être mis en place à l'année pour déterminer dans le mois, les temps d'affichage, les temps d'entretiens et les temps de réponses. Ainsi, nous pouvons imaginer que du 1er au 10 du mois, les postes sont affichés et les agents peuvent postuler. Du 11 au 20 du mois, les entretiens se déroulent pour tous les candidats. Et du 21 au 31, les réponses sont transmises aux agents pour qu'ils puissent prendre le poste au 1er du mois suivant.

La bourse à l'emploi est efficace si elle est connue par tous les agents. Elle peut faire l'objet d'un paragraphe dans le livret d'accueil. Elle doit surtout être structurée et répondre à des protocoles définis à l'avance entre la direction des soins et la direction des ressources humaines afin que les mobilités se réalisent dans des logiques de transparence et d'objectivité.

4.2.2 Promouvoir la promotion professionnelle des cadres de santé

En quoi la mobilité ne pourrait-elle pas être un élément reconnu dans la gestion des carrières et avoir une reconnaissance dans le cadre de la promotion professionnelle?

Aujourd'hui, les cadres mobiles sont reconnus pour leur polyvalence et leurs compétences augmentées par le biais de leurs expériences dans des services différents. Il est à remarquer que les cadres ayant fait des efforts de mobilité ne sont pas valorisés systématiquement au sein de l'institution. Il est difficile d'avoir dans les établissements publics une valorisation financière. Elle est pour l'instant impossible. La valorisation peut, par contre, se mettre en place par l'intermédiaire de la promotion professionnelle. Il est possible d'accorder, à ceux qui ont souhaité une mobilité et rendu service à la structure, un accès favorisé à des formations nécessaires à leur évolution. Il ne s'agit pas d'accorder un privilège à ceux qui sont mobiles par rapport à ceux qui ne le sont pas. Il s'agit seulement de reconnaître les efforts consentis pour s'adapter aux services dans lesquels les cadres décident de travailler et de leur octroyer la possibilité d'accéder à des formations spécifiques. Un cadre de santé d'un service de soins décidant de travailler en

pharmacie doit pouvoir prétendre à des formations sur les circuits des médicaments ou les bonnes pratiques de stérilisation. L'offre de formation doit être plus ouverte pour ceux qui sont mobiles. Cette procédure doit être affichée, transparente et validée par les instances.

La mobilité devient alors un levier managérial dans la promotion professionnelle des cadres de santé. Nous l'avons vu précédemment, les cadres mobiles n'aspirent pas obligatoirement à devenir cadre supérieur de santé ou directeur des soins. Par contre, pour ceux qui ont ce type de projet, la mobilité est fortement recommandée sans qu'elle soit écrite dans une démarche d'amélioration des compétences. Aussi, la direction des soins et la direction des ressources humaines peuvent rédiger un protocole commun stipulant que pour toute promotion professionnelle, la mobilité sera prise en compte afin de départager les candidats. Ceci serait un moyen supplémentaire de valoriser la mobilité.

En effet, la mobilité a l'avantage de repérer les cadres pouvant s'adapter à tous les services et aux situations qu'ils ont rencontrées au cours de leur exercice. La fonction de cadre de santé doit permettre d'être polyvalent. Confronter les cadres à des services différents avec des enjeux et des équipes différents permet de mieux évaluer un cadre dans son positionnement de personnel encadrant. Les cadres sont attendus sur leurs compétences à manager les équipes. Selon les activités réalisées, le cadre doit être capable de proposer des améliorations dans l'organisation du travail, il doit acquérir un leadership lui permettant de mener à bien les projets à la fois du service et ceux demandés par l'institution notamment dans le cadre des procédures d'accréditation. La mobilité permet ainsi de repérer les cadres de santé susceptibles d'évoluer dans la structure voire de devenir un jour directeur des soins. La mobilité peut alors prendre sa place au delà d'un simple développement de compétences comme partie intégrante de la formation continue. Elle n'est pas inscrite dans le plan de formation de l'agent mais elle peut, au sein d'un établissement, avoir une reconnaissance partagée entre la direction des soins et la direction des ressources humaines. Elle peut devenir un des leviers principaux de la promotion professionnelle.

4.3 Management des cadres de santé

4.3.1 Repérer les cadres ayant un projet de mobilité

Lorsqu'un affichage d'une politique de mobilité n'est pas mis en place, il est important que les agents sachent, tout de même, qu'ils ont une possibilité de mobilité au sein de la structure. La bourse à l'emploi est alors un outil intéressant mais qui privilégie plus les grands établissements que les petits établissements. L'offre y est automatiquement plus réduite. Aussi, pour le sujet qui nous intéresse, les cadres de santé doivent sentir auprès de la direction des soins que lorsqu'ils auront besoin d'une mobilité, ils seront entendus et écoutés. Ainsi, le rôle de la direction des soins en lien avec la direction des ressources humaines est d'informer les cadres de santé sur les possibilités de choisir un autre service si le besoin s'en fait ressentir. Tous les cadres ne demanderont pas spontanément une mobilité considérant que sans politique de mobilité institutionnelle, c'est à la direction de faire les choix d'affectation en fonction des besoins. C'est pourquoi, la direction peut transmettre des messages auprès des cadres en leur indiquant que pour tout projet de mobilité « la porte reste toujours ouverte ». Les cadres savent alors qu'ils peuvent rencontrer la direction sur le sujet et que leur souhait sera entendu. La direction des soins est la plus indiquée pour répondre à ce type de demandes. Il peut également être envisagé que des cadres supérieurs et/ou des cadres de pôle aient la même fonction sur le sujet.

Le lien laissé ouvert avec les cadres de proximité permet à la direction des soins de présenter les solutions et de faire des propositions. Ainsi, le directeur des soins peut organiser lui-même le départ éventuel du cadre de santé d'un service et préparer par la suite son remplacement. Il est en capacité, également, d'en informer les praticiens hospitaliers, les chefs de service, les chefs de pôles et de les rassurer sur un mouvement qui pourrait déstabiliser l'équipe médicale.

Lorsque la mobilité des cadres n'est pas formalisée dans un établissement, il est important que ces derniers sachent qu'à tout moment ils peuvent avoir un interlocuteur qui les conseille et les oriente dans leur projet professionnel. Le directeur des soins peut alors être sollicité et peut amorcer les négociations avec tous les acteurs concernés par la mobilité. L'établissement doit se montrer ouvert à tous les désirs de mobilité. Il n'y a pas toujours de solutions immédiates. Mais le cadre de santé sait que sa demande est prise en compte.

Lorsqu'une offre de mobilité se présente, l'agent sera averti et pourra garder le choix de l'accepter ou de la refuser.

Les atouts de ce type de démarche sont que les cadres en difficulté peuvent à tout moment être entendus et pour ceux qui ont un projet de mobilité, une réponse leur sera donnée. Il existe toujours une inégalité entre les grands et les petits établissements dans cette organisation au coup par coup. Les autres avantages sont que les directions deviennent actrices de la mobilité et s'impliquent dans la démarche une fois que le souhait de changer de service est formulé. Le directeur des soins a alors l'impérieux devoir de prendre en compte les possibilités et d'examiner les solutions respectant les « équilibres » dans la structure. Cela suppose donc au préalable d'une bonne connaissance des services, des acteurs et des organisations. Enfin, en laissant « la porte ouverte » aux cadres sur leur volonté de changer de service, l'établissement s'engage dans une mobilité choisie et non imposée par la structure. Elle sera alors mieux acceptée, mieux comprise, elle entrera dans un projet éventuel d'évolution professionnelle.

Le revers d'une organisation à la demande est que les mobilités peuvent être perçues comme inégalitaires et ainsi ne satisfaire que ceux qui osent les demander. C'est pourquoi, il est fondamental de connaître les cadres de proximité, d'avoir leur confiance et de les informer régulièrement. La mobilité n'est pas la solution à toutes les difficultés dans leurs services. Mais, si cette mobilité entre dans un projet personnel cohérent et voulue, elle peut être envisagée. La direction des soins devra par la suite mettre tout en œuvre pour que les souhaits se réalisent et soient l'exemple de réussite, de bien être et de meilleure qualité de vie au travail.

4.3.2 L'évaluation annuelle est une opportunité de sonder les motivations

Le moment des évaluations des agents peut être un temps consacré à la mobilité. Les évaluations des cadres de proximité sont réalisées dans la majorité des établissements par les cadres supérieurs de santé. Les cadres supérieurs de santé, quant à eux, sont évalués à leur tour par les directeurs des soins. Ce rendez vous annuel est une opportunité pour tous les agents de discuter de leurs objectifs et de leurs souhaits pour l'année à venir. La question de la mobilité peut alors faire partie de la discussion pour les cadres et leur encadrement. Les cadres peuvent ainsi demander à changer de service considérant qu'ils ont achevé les projets qu'ils avaient programmés.

Les directeurs des soins peuvent également leur proposer une mobilité considérant qu'au bout de 5 à 6 ans, un changement de service pourrait motiver les cadres dans de nouveaux projets avec des équipes différentes.

Les entretiens d'évaluation sont organisés avec des grilles d'évaluations pré-établies permettant de mesurer les progrès des cadres en fonction des objectifs fixés les années précédentes. L'ensemble des projets réalisés par les cadres est restitué et il est demandé aux cadres de fixer de nouveaux objectifs pour l'année suivante. La mobilité peut alors faire partie de ces objectifs et être demandée à chaque entretien d'évaluation pour tous les cadres et les cadres supérieurs de santé. Les évaluations sont aussi un bon outil pour repérer les cadres en difficulté dans leurs services. En effet, il est primordial que les cadres supérieurs, réalisant les évaluations des cadres de proximité, soient formés aux entretiens. De plus, des formations sur le thème des parcours professionnel et sur l'offre de formation continue peuvent être utiles aux cadres supérieurs de santé afin de pouvoir orienter le mieux possible les cadres de proximité. En effet, l'accompagnement des cadres de proximité commence par un état des lieux du service et par une mise en place d'objectifs.

Au cours des entretiens, la mobilité peut permettre de proposer une progression et une évolution à l'agent au sein de la structure. Il n'y a pas obligatoirement une notion de temps dans l'idée mobilité. Elle peut être exprimée à chaque entretien annuel. Les cadres fonctionnent habituellement par un management participatif avec des projets de service liés aux organisation ou aux pratiques professionnelles. Lorsque ces projets sont achevés, soit les cadres en bâtissent de nouveaux, soit ils considèrent qu'ils ont apporté « leur pierre à l'édifice » et décident de changer de service. Dans d'autres cas, les directeurs des soins peuvent repérer des cadres en difficulté par rapport à la conduite de projets et éventuellement en perte de dynamisme dans leur service. Dans les deux cas, la mobilité peut être discutée au moment de l'entretien d'évaluation. Bien évaluer les cadres de santé est un enjeu majeur au sein d'un établissement. L'évaluation permet la progression. Elle met le cadre dans une dynamique positive et l'entraîne à vouloir changer. Dans ce changement éventuel, la mobilité peut être un levier managériale des cadres supérieurs de santé ou des directeurs de soins.

Les cadres supérieurs de santé doivent donc être partie prenante dans ce travail et avoir les formations adéquates pour accompagner les agents. Ils doivent percevoir la mobilité comme un moyen de maintenir les cadres dans la structure en les engageant dans de nouveaux challenges. Les cadres de proximité restent ainsi motivés et enthousiastes. Ils trouvent du sens à leur travail et reconnaissent l'institution comme un structure pouvant

leur offrir un métier enrichissant et passionnant. Travailler sur les évaluations est ainsi un moyen de fidéliser les cadres dans la structure.

Les directeurs des soins doivent pour cela définir le degré d'autonomie des cadres supérieurs de santé concernant les décisions d'affectations et de changements de services. Quelle autonomie peut-être laissée aux cadres supérieurs de santé sur le volet ressource humaine concernant la mobilité des cadres? A mon avis, la confidentialité des entretiens entre cadre de proximité et cadres supérieurs de santé doit être respectée. Par contre, les décisions de changement de service doivent être validées par la direction des soins et la direction des ressources humaines. Ainsi, comme nous allons le voir au chapitre suivant, les décisions de mobilité sont du ressort des directions et en particulier de la direction des soins pour le personnel soignant non médical.

4.4 Les IFCS doivent être les porte paroles de la mobilité.

Les instituts de formation des cadres de santé peuvent être les premiers initiateurs de projets de mobilité. Parmi les cadres de santé interrogés, ils ne se souviennent pas avoir eu des informations sur leur éventuelle mobilité dans le métier de cadre de santé. Ils sont informés que ce métier peut avoir deux facettes: celui de manager et celui de formateur. Les modules et les stages sont organisés en conséquence et permettent de développer ces deux compétences. Dans les entretiens, les cadres de santé des services de soins indiquent que la mobilité vers l'IFSI est presque impossible. En effet, les cadres formateurs ne souhaitent pas changer de métier et postuler dans les services de soins. Il est vrai que le contexte actuel des hôpitaux avec de nombreuses restructurations n'encourage pas les cadres de l'IFSI à venir rejoindre des postes de gestion. De plus, les témoignages des cadres de proximité et le récit de leurs difficultés face aux changements qui s'opèrent et se profilent peuvent les faire hésiter à intégrer des services de soins. Pourtant, la formation des cadres de santé permet de travailler dans les deux métiers. Les nouveaux cadres s'orientent sur une des filières et les mouvements de la formation vers les services sont plus rares. Par contre, les cadres qui se retrouvent en difficulté dans leur carrière sont orientés régulièrement vers les IFSI. Il conviendrait de rappeler aux nouveaux cadres arrivant dans les établissements que leur carrière peut les amener à être mobiles et à travailler indifféremment en formation ou en gestion. Les IFCS ne rappellent pas aux cadres en formation que le métier d'encadrement est riche et diversifié et que leur parcours professionnel répond à des principes du service public.

Aussi, les IFCS devraient rappeler aux cadres en formation que la mobilité est partie intégrante du métier auquel ils aspirent. D'autre part les directeurs des soins doivent permettre aux cadres de santé d'avoir une mobilité « choisie » entre les postes de gestion et de formation afin de maintenir des compétences de terrain dans les IFSI. De plus, les cadres formateurs peuvent apporter une approche différente de la fonction de management auprès des équipes. Les compétences des cadres peuvent être ainsi en mouvement si les cadres peuvent alternativement être au cours de leur carrière à la fois formateur et gestionnaire. Les IFCS peuvent porter ce message aux cadres en formation afin qu'ils intègrent l'idée que leur carrière n'est pas figée dans un seul type de métier.

L'ensemble des préconisations citées ci dessus n'est réalisable que dans certaines conditions et certaines situations. Les hôpitaux ne sont pas égaux face à la mise en place d'une politique de mobilité. En effet, certaines structures connaissent de réelles difficultés de recrutement des cadres de santé. Aussi, les directions de soins confient parfois des services de soins supplémentaires en gestion aux cadres qui sont déjà en place. Il est difficile, dans ce contexte, de vouloir créer une mobilité chez les cadres. De plus, les compétences des cadres de santé dépendent de l'offre de formation continue proposée par les établissements. Cette offre diffère en fonction des budgets alloués et des situations financières des hôpitaux.

Enfin, dans le cadre de la promotion professionnelle, les cadres de santé ont plus ou moins de chance de devenir cadre supérieur de santé ou de prétendre à une formation type Master si l'établissement a la capacité ou non de les financer. C'est pourquoi, une politique de mobilité doit d'abord s'adapter à la situation de la structure.

Pour finir, les préconisations ne peuvent être effectives sans la volonté du directeur de l'établissement de prôner la qualité, la sécurité et la bienveillance auprès des professionnels de santé. Les objectifs de la mobilité doivent ainsi répondre à des exigences institutionnelles. Elles peuvent être revendiquées par toutes les directions et la direction des soins y tient un rôle essentiel. Les cadres se reconnaîtront dans une politique de mobilité s'ils comprennent que l'intérêt de l'établissement est supérieur à celui des pôles et des services. Cet intérêt doit correspondre à des priorités qui peuvent être :

- L'accueil des patients
- La qualité des soins
- La sécurité des soins
- La bienveillance
- Adapter l'offre de soins aux besoins de santé d'un territoire

Conclusion

La mobilité n'est donc pas automatiquement synonyme de développement de compétences pour les cadres de santé. Elle sera sans aucun doute un des leviers majeur pour préparer l'avenir dans les changements de prises en charge des patients. L'hôpital public est à un tournant. Il devra s'adapter à un contexte économique difficile et savoir garder ses valeurs de service pour tous, en préservant la qualité de l'accueil et des soins. Il devra également s'ouvrir à l'extérieur, faire participer de nouveaux acteurs et s'associer avec de nouveaux professionnels. L'hôpital de demain est en gestation et les cadres de santé sont les « activateurs » de cette transformation. Ils doivent ainsi être prêts et garder le cap. Leur motivation doit être sans faille et ils doivent acquérir de nouvelles compétences, être adaptables, et devenir force de propositions. Les directeurs des soins sont les interlocuteurs privilégiés des cadres de santé. Ils déploient une stratégie managériale permettant de maintenir l'envie de progresser et de rester maître de son chemin dans un monde professionnel qui évolue sans cesse. Certains trouvent alors leurs voies et progressent au sein de la structure. D'autres se sentent « bien » dans ce qu'ils font et peuvent aussi avoir besoin de changer pour maintenir « la flamme » qui anime leurs projets. Puis, certains cadres de santé quittent parfois leur métier parce leurs aspirations ne correspondent plus à ce qu'ils font au quotidien. La mobilité est la manière de proposer au cadre de changer, elle leur permet de se réinscrire dans des projets. La mobilité ne convient pas à tout le monde. Mais elle est une opportunité supplémentaire offerte aux directeurs des soins pour aider les cadres à poursuivre leur carrière dans un métier de plus en plus exigeant.

Les cadres rencontrés au cours de ce travail sont convaincus que la mobilité leur a apporté des compétences et des savoir faire uniques qu'ils n'auraient pas acquis s'ils étaient restés dans un même service. Ils ont surtout appris à être eux mêmes, c'est à dire à manager des équipes avec ce qu'ils sont. La formation d'un cadre ne se décrète pas avec un diplôme de fin d'étude. Le métier de cadre s'éprouve chaque jour auprès des équipes et ce dans l'ensemble des services. La mobilité permet ainsi de voir l'essentiel. Les technicités des services s'effacent parfois devant la qualité de management. Il ne suffit pas de connaître tout de son service pour devenir un cadre accompli. Il est plus important de conduire ses équipes avec bienveillance afin de leur montrer l'avenir. Les cadres mobiles n'ont pas peur de demain, ils restent optimistes quant à l'avenir des établissements publics de santé. Changer de service consiste à faire le deuil de ce qu'ils étaient pour repartir vers de nouveaux projets et de nouvelles aventures.

C'est pourquoi, engager une politique de mobilité au sein des équipes d'encadrement permet de créer un élan constructif où tous les acteurs se sentent concernés. La mobilité des cadres peut faciliter celle de tous les autres acteurs qui composent la structure. Les personnels non soignants intègrent alors qu'une carrière ne se fait plus dans un seul service mais qu'elle se bâtit au fil des expériences multiples par la connaissance de diverses unités. Nous pouvons ainsi présumer que la mobilité peut devenir une thérapie à l'ennui et au mal être dans le travail. D'ailleurs un autre sujet d'étude pourrait être amorcé après celui-ci sur les liens entre mobilité et qualité de vie au travail.

Bibliographie

Ouvrages

Centre MEIRIEU P, 14 Janvier 2016, « *Apprendre...oui mai comment* ». 24^{ème} Edition, Issy les Moulineaux, ESF Editeur, Collection Pédagogies, 192 Pages

Centre pour la recherche et l'innovation dans l'enseignement, Année 1998, "*L'investissement en capital humain, une comparaison internationale*", Paris OCDE, 121 Pages

CHAUVET E, RAYNAUD R, LANDOUR J, « *Mobilités professionnelles* », 15 Mai 2009, TNS SOFRES, Conseil d'orientation pour l'emploi, 61 Pages

LE BOTERF G, 1^{er} Avril 2016, « *Professionaliser : Construire des parcours personnalisés de professionnalisation* », Editions Eyrolles, 139 Pages

LE BOTERF G, Année 1994, « *De la compétence, Essai sur un attracteur étrange* », Paris Editions d'Organisation, 129 Pages.

PENGAM M, SLIWKA C, Juin 2006, « *Changement de poste, changement de fonction : Les compétences des cadres à l'épreuve de la mobilité* », Rueil-Malmaison Lamarre, 163 Pages

PERETTI J-M, Septembre 2015, « *Dictionnaire des ressources humaines* », 2^{ème} Edition, Editions Vuilbert, 288 Pages

WITTORSKI R, 2008, « *La professionnalisation* », Editions Savoirs, L'harmattan, 136 Pages

Articles

BARTHES R, Août 2010, « L'évolution de la fonction cadre », *Soins Cadres* n°75, Août 2010, Page 22

BELLOT C, MONIER A-M, RUMEAU J, Janvier et Février 2016, « Optimisation de la mobilité interne au centre hospitalier de Perpignan », *Techniques Hospitalières* 755

BOURDAT M, 15 Février 2016 « Professionnalisation : De quoi parle t'on ? » *Le blog de la formation professionnelle et continue*, disponible sur internet : <https://www.formation-professionnelle.fr>

FRAY A-M, STERENN P. Année 2010, « Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail », *Management & Avenir*, vol. 38, no. 8, Page 33

LAINÉ F, Année 2010, « «La mobilité professionnelle : facteurs structurels et spécificités de l'Île-de-France », *Economie et Statistique*, n° 432-433, Page 37

PECKER S, Janvier et Février 2018, « Accompagnement des parcours professionnels au CHRU de Nancy, Un dispositif innovant », *Revue Hospitalière de France*, n°580, Pages 39 et 39

Référentiels

L'ANAP, 2011, « *Améliorer la gestion des ressources humaines, Mobilité professionnelle, Recueil des pratiques observées* », Préface, 66 pages.

DE SINGLY C, 11 septembre 2009, « *Rapport de la mission cadres hospitaliers* », Ministère de la santé et des sports, 124 Pages, Page 59

FOURNEL J, DESFORGES C, DOUBLET X, GRIMONPREZ P-E, MIRAU C, SALAS F, Inspection Générale de l'Administration, Inspection Générale des Affaires Sociales, Inspection Générale des Finances, Octobre 2013, « *Affectation et mobilité des fonctionnaires sur le territoire* », Editeur : Inspection des finances, 228 pages

Ministères des Affaires sociales et de la santé, Direction Générale de l'Offre de soins, décembre 2012, Diplôme de Cadre de santé, Référentiels d'activités et de compétences, Document de travail, 39 Pages

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Le répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie, fonction publique hospitalière
www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/Glossaire.html

Textes Règlementaires

Conseil d'Etat, Section, du 7 février 1936, 43321, publié au Recueil Lebon

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors.

<https://www.legifrance.gouv.fr> .

Loi n° 2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique. <https://www.legifrance.gouv.fr>

Résolution législative du Parlement européen sur la proposition de recommandation du Parlement européen et du Conseil sur les compétences clés pour l'éducation et la formation tout au long de la vie ([COM\(2005\)0548](#) – C6-0375/2005 – [2005/0221\(COD\)](#))

Mémoire

CHEDEVILLE P, Année 2002, « *La mobilité au service de la polyvalence: un enjeu pour les directeur des soins* », Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Questionnaire à destination des Directeurs des soins et des cadres de santé

<p>La mobilité des cadres correspond à une stratégie managériale de la part des directeurs des soins.</p>
<p>Observez vous une ancienneté des cadres plus importante dans votre établissement depuis la mise en œuvre d'une mobilité dans votre établissement? Avez vous beaucoup de mouvements de cadres vers d'autres établissements?</p>
<p>Les cadres sont-ils plus volontaires sur les projets institutionnels depuis la mise en place d'une politique de mobilité?</p>
<p>Les cadres acceptent-ils mieux les contraintes et les changements depuis qu'ils sont mobiles?</p>
<p>Avez vous généralisé une politique de mobilité à tous les agents? Les cadres sont-ils inclus dans cette démarche? Quels sont les agents qui en sont exclus et pour quelles raisons? Qu'en est-il pour les cadres supérieurs de santé?</p>
<p>Pensez vous que la mobilité des cadres peut s'organiser de la même manière que celle des autres agents de l'établissement? Ne faut-il pas des préalables à cette mobilité et lesquels?</p>
<p>Existent-ils des freins à la mobilité liés à la fonction ou au positionnement des cadres de santé dans la structure?</p>
<p>La mobilité favorise le développement des compétences et maintient une dynamique de projets pour les cadres de services.</p>
<p>Avez vous des indicateurs montrant une amélioration des compétences des cadres depuis la mise en œuvre de leur mobilité? Ont-ils progressé dans la structure? Ont-ils montré plus d'appétence à progresser et éventuellement à changer de métier?</p> <p>Les cadres sont-ils plus pertinents dans la manière de manager leur équipe? Ont-ils acquis plus d'expérience leur servant à mener des projets à bien? Ont-ils développé des réseaux et travaillent-ils plus en collaboration avec leurs collègues? Existent-ils de l'entraide entre cadres de santé?</p>
<p>Les cadres, ont-ils développé d'autres compétences que celles demandées par les</p>

référentiels présents dans l'établissement?
Pour vous, comment définiriez-vous un cadre de santé professionnel? La mobilité peut-elle alors être un outil contribuant à la professionnalisation des cadres?
Quelles sont les compétences nouvelles nécessaires aux cadres de santé pour mener à bien les projets de coopérations actuellement en cours dans les établissements de santé et notamment les GHT? Envisagez vous des mobilités pouvant se mettre en place dans les GHT?
Cette stratégie s'inscrit dans une collaboration avec la DRH et dans la gestion des parcours professionnels des cadres de santé
Collaborez-vous avec votre collègue directeur dans les affectations des cadres dans les services de soins? Qui est le détenteur de la décision? Comment s'organisent les choix d'affectations et les mobilités des cadres de santé?
Intégrez-vous la mobilité des cadres dans le programme de formation continue? Est ce que cette mobilité s'accompagne de formation organisée en complément à une nouvelle prise de poste ?
Comment sont organisées les évaluations des cadres de santé? Les objectifs de mobilité des cadres répondent-ils aux besoins dans les services? Comment les mobilités des cadres sont gérées auprès des équipes médicales?
Quelles sont les autres collaborations avec d'autres services ou d'autres directions ? Sont-elles indispensables pour réussir une politique de mobilité des cadres dans un établissement?

DIOT

Fabrice

Décembre 2018

Filière Directeur des Soins

Promotion 2018

La mobilité: un outil managérial dans la professionnalisation des cadres de santé

Résumé :

Les personnels hospitaliers sont mobiles en raison de contraintes organisationnelles. Les cadres de santé ont à organiser cette mobilité. Qu'en est-il pour eux mêmes ? Sont-ils soumis à cette mobilité, de quelle manière ?

Aujourd'hui les cadres de santé participent à la réorganisation de l'hôpital public. Ils doivent s'adapter et acquérir des nouvelles compétences. Quelles sont-elles ?

La mobilité n'est pas toujours reconnue comme un outil de développement des compétences. Elle est parfois perçue de façon péjorative, souvent assimilée à une situation d'échec.

Cependant, la mobilité peut être accompagnée et organisée. Les directeurs des soins peuvent l'impulser pour lier projet institutionnel et projet professionnel.

Il est alors nécessaire de trouver des dispositifs adaptés en fonction de la taille des établissements.

Aussi, dans cette difficile équation managériale, les directeurs des soins doivent proposer des solutions permettant aux cadres de santé d'évoluer dans leurs fonctions.

Mots clés :

Mobilité, Cadre de santé, Professionnalisation, Compétences, Carrière, Motivations.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.