



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Directeur des Soins**  
**Promotion 2006**

---

**L'affectation des infirmières dans les  
secteurs ambulatoires, comment associer  
mobilité et compétences.**

---

**Jean-Yves BOILEAU**

---

# Remerciements

---

Je remercie toutes les personnes qui ont accepté d'être interviewées et celles qui ont partagé avec moi leurs connaissances et leurs savoirs.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Nos constats, notre questionnement.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 L'affectation des infirmières dans les secteurs ambulatoires et consultations externes.....</b>	<b>3</b>
1.1.1 Le constat d'une pratique d'affectation .....	3
1.1.2 Une démarche différente.....	4
1.1.3 Mobilité et compétences, des liens possibles.....	4
<b>1.2 L'intérêt professionnel et la problématique.....</b>	<b>5</b>
<b>1.3 La question de recherche et quelques sous-questions.....</b>	<b>7</b>
<b>1.4 Les hypothèses.....</b>	<b>7</b>
<b>2 Approche théorique des différents éléments des hypothèses .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1 La mobilité .....</b>	<b>9</b>
2.1.1 Une définition de la mobilité .....	9
2.1.2 Les différentes formes de mobilité .....	10
2.1.3 Les facteurs d'influence de la mobilité .....	11
<b>2.2 Quelle politique de mobilité peut-on envisager à l'hôpital ? .....</b>	<b>12</b>
2.2.1 La mobilité, un droit peu exploré par les agents et par l'institution .....	12
2.2.2 La mobilité, un outil de gestion des crises .....	12
2.2.3 Des enjeux importants.....	12
2.2.4 Des objectifs complémentaires .....	14
2.2.5 Des limites .....	15
2.2.6 La mobilité, un outil de la compétence.....	16
<b>2.3 Pour valoriser la compétence individuelle et développer les compétences collectives.....</b>	<b>17</b>
2.3.1 Des éléments de définition .....	17
2.3.2 Evolution du modèle de la compétence.....	18
2.3.3 De la formation à la compétence .....	19
2.3.4 De la compétence individuelle aux compétences collectives.....	19
2.3.5 Les compétences collectives comme levier d'action .....	21
<b>2.4 La polyvalence.....</b>	<b>22</b>
<b>2.5 La Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.....</b>	<b>22</b>
2.5.1 La GPEC : un concept au développement progressif .....	22

2.5.2	Une proposition de définition .....	23
2.5.3	Les objectifs de la GPEC.....	23
<b>2.6</b>	<b>Les alternatives à l'hospitalisation ou secteurs ambulatoires à l'hôpital ....</b>	<b>24</b>
<b>2.7</b>	<b>Synthèse de l'approche théorique.....</b>	<b>25</b>
<b>3</b>	<b>Approche compréhensive par enquête.....</b>	<b>27</b>
3.1	Le cadre de l'enquête .....	27
3.2	Les entretiens.....	28
3.3	Présentation des résultats.....	28
3.3.1	Les infirmières.....	29
3.3.2	Les cadres de santé.....	33
3.3.3	Les directeurs des soins et directeurs des ressources humaines .....	38
3.3.4	Les médecins, les partenaires sociaux et la politique de mobilité .....	44
3.3.5	La mobilité et les pôles .....	45
3.4	Synthèse de l'enquête et vérification des hypothèses.....	45
<b>4</b>	<b>Préconisations ou propositions d'actions .....</b>	<b>49</b>
4.1	Un engagement fort de la direction.....	49
4.2	Un plan d'action concerté autour d'un travail collectif et pluridisciplinaire	50
4.3	Un contrat négocié avec les professionnels.....	52
4.4	Une gestion humaine des situations complexes : postes aménagés, nécessité de mobilité, de compétences.....	53
4.5	Un entretien d'affectation .....	54
4.6	Un tutorat nécessaire, un temps de formation indispensable .....	54
4.7	Des écrits.....	55
4.7.1	Profils de postes.....	55
4.7.2	Procédures, fiches techniques .....	56
4.8	Une évaluation régulière .....	56
4.8.1	Le processus individuel d'évaluation : .....	56
4.8.2	Le processus collectif d'évaluation du dispositif.....	57
	<b>Conclusion.....</b>	<b>59</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>61</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

CH : centre hospitalier

CS : cadre de santé

CSS : cadre supérieur de santé

DRH : direction ou directeur des ressources humaines

DS : direction ou directeur des soins

FPH : fonction publique hospitalière

GPEC : gestion prévisionnelle des emplois et compétences

HAD : hospitalisation à domicile

IDE : infirmière diplômée d'état

SICS : service infirmier de compensation et de suppléance

T2A : tarification à l'activité

VAE : validation des acquis de l'expérience

## INTRODUCTION

Depuis la réforme hospitalière de 1991<sup>1</sup>, les établissements hospitaliers ont entrepris un large mouvement de restructuration et de réorganisation de leurs activités. Ce mouvement s'est amplifié avec les ordonnances de 1996<sup>2</sup>. Le contexte hospitalier du moment, les réformes incitent fortement au regroupement d'activités, à la mise en commun de moyens matériels, techniques et humains. Cela a pour conséquences, un regroupement des activités au sein de plateaux d'hospitalisation traditionnelle, de consultations, de structures de prise en charge ambulatoire. Au-delà des réorganisations des locaux, il a fallu repenser les organisations de travail, trouver une adéquation entre moyens et compétences.

La politique d'investissement engagée pour la remise à niveau du parc hospitalier public et privé, dans le cadre du plan hôpital 2007, accélère le regroupement des activités des plateaux techniques et médico-techniques (blocs opératoires explorations fonctionnelles) secteurs ambulatoires (hôpitaux de jour et de semaine, consultations externes). Cela s'accompagne d'un nécessaire partage des moyens, des compétences. L'ajustement permanent des moyens à des prises en charge différenciées, à l'évolution des techniques, à la demande des usagers, au développement du travail en réseau, nécessite de la part des professionnels des capacités d'adaptation et des connaissances sans cesse renouvelées. De plus, le travail en complémentarité avec des professionnels différents, le décloisonnement de l'hôpital, l'ouverture sur l'extérieur, sont autant de facteurs qui justifient la mobilité des professionnels infirmiers sur les secteurs de prise en charge ambulatoire.

La mobilité, démarche qui est initiée dans les hôpitaux depuis le début des années 1990, suscite beaucoup de questions et les écrits sont nombreux. Cependant sa mise en œuvre est particulièrement difficile car elle se heurte à la peur du changement. Culturellement à l'hôpital, l'appartenance au service est plus forte que l'appartenance à l'institution, donc la mobilité interne est un chantier difficile à mener. Il faut le faire partager par tous les acteurs : direction, professionnels paramédicaux, médecins, partenaires sociaux. Cela demande un engagement fort de l'équipe de direction et de l'encadrement.

---

<sup>1</sup> Loi n° 91-748 du 31 Juillet 1991 portant réforme hospitalière

<sup>2</sup> Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Le directeur des soins de par son expertise, sa connaissance des professionnels peut apporter sa contribution à la mise en œuvre d'une politique de gestion de la mobilité des infirmières<sup>3</sup> qui s'appuie sur des professionnels compétents, pour maintenir, partager et transmettre les savoirs.

La compétence, concept qui a tout d'abord été développé dans le domaine de la pédagogie est, depuis le milieu des années 1980, repris par les entreprises. Depuis le début des années 1990, cette montée en première ligne de la compétence est en partie due aux nouvelles exigences de compétitivité, à la complexité des situations de travail et au développement de la GPEC. L'arrivée de la réforme sur la VAE, et donc la nécessité pour les professionnels entrant dans ce processus d'avoir des expériences différentes, fait de la mobilité un atout pour la validation de compétences acquises.

Les nombreux départs en retraite, le risque d'une perte de connaissance, de savoir faire, donc de compétences, peuvent avoir des conséquences en terme de prise en charge des patients.

Enfin, dans nos établissements, il y a un paradoxe entre les agents contractuels et les agents titulaires : les premiers étant très mobiles sur des remplacements de courte durée, les seconds étant immobiles sur un poste « à vie » surtout dans les secteurs de consultations externes, explorations fonctionnelles et hôpitaux de jour.

Il nous paraît important de s'interroger sur les raisons d'une culture de la mobilité, comme outil de maintien des compétences, peu développée actuellement au sein des établissements hospitaliers. Il nous faut questionner les organisations qui conduisent à maintenir des professionnels sur des postes pendant de nombreuses années au risque de provoquer une usure professionnelle, un défaut d'adaptation. Une politique de gestion de la mobilité dans les secteurs de prise en charge ambulatoire est encore plus nécessaire que dans les autres secteurs, du fait du confort lié au rythme de travail et aux contraintes physiques moins fortes que dans les services traditionnels.

---

<sup>3</sup> Lire partout infirmier, infirmière

# **1 Nos constats, notre questionnement**

Dans le contexte de restructurations, de regroupements des secteurs de prise en charge ambulatoire, de la mise en œuvre des pôles, la mobilité et la compétence des professionnels infirmiers sont-elles complémentaires et/ou antagonistes ?

## **1.1 L'affectation des infirmières dans les secteurs ambulatoires et consultations externes**

### **1.1.1 Le constat d'une pratique d'affectation**

Au cours de notre expérience professionnelle, nous avons constaté que l'affectation des infirmières dans les secteurs de prise en charge ambulatoire se faisait très souvent sur des critères de santé ou de situations sociales et familiales complexes.

Ces postes considérés comme moins contraignants en charge de travail et en horaires, permettent de régler les situations de certaines infirmières, soit pour des raisons de santé, soit pour des situations familiales et sociales difficiles. Ces affectations ne sont pas soumises à un réexamen périodique de la situation de l'infirmière. De ce fait, ces postes sont occupés par les mêmes personnes pendant de nombreuses années sans renouvellement possible, sauf lors de départ en retraite.

Ce mode de fonctionnement a des conséquences à plusieurs niveaux. Tout d'abord un cloisonnement entre les secteurs ambulatoires et les autres services car il y a peu de contacts établis, de passerelles, sous forme de remplacement, d'échanges de pratiques. Ensuite une prise en charge des patients qui devient routinière au fil du temps sans remise en cause des pratiques, des organisations. Les innovations sont peu fréquentes, par exemple, dans la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques : diabète, asthme, mucoviscidose.

Ces postes étant des postes à contraintes limitées, du point de vue des agents des unités d'hospitalisations complètes, il en résulte une certaine animosité à l'égard des infirmières de ces secteurs considérés comme des « nantis ». A cela s'ajoute le cloisonnement des différents secteurs qui ne permet pas une collaboration, un partenariat efficace au service d'une prise en charge soignante de qualité.

Dans un tel contexte il est difficile pour le cadre de santé de concilier situation personnelle et compétences professionnelles. De même, il s'en suit une certaine insatisfaction de la direction des soins qui doit à la fois prendre en compte des situations professionnelles complexes et mettre en place des organisations efficaces pour assurer des soins de qualité.



### **1.1.2 Une démarche différente**

Au cours de notre exercice professionnel, dans le cadre d'un regroupement d'activités ambulatoires sur un même plateau, nous avons pu participer à un autre mode d'affectation des infirmières sur ces secteurs. En effet, suite à un travail entre la direction des soins, la direction des ressources humaines et l'encadrement du secteur, nous avons décidé d'affecter les infirmières sur la base d'un profil de poste, d'un projet professionnel, pour un temps déterminé (3 ans).

L'objectif de cette démarche étant, dans un premier temps, de construire une équipe aux compétences diverses qui s'associe pour prendre en charge des patients de services très différents. Dans un second temps, fournir des prestations qui répondent aux exigences des patients mais aussi des médecins intervenant sur cette structure. Dans un processus de gestion des ressources humaines, il est nécessaire de permettre à une majorité de professionnels infirmiers de bénéficier de l'accès aux secteurs ambulatoires.

A chaque fois, l'affectation s'est faite sur la base d'un réel projet de partage et d'acquisition de compétences. Cela nous a permis d'apporter une véritable plus-value à la prise en charge des patients. Le partage d'expérience s'est traduit par la mise en œuvre de passerelles (dossiers patients uniques, fiches de synthèses, staffs) entre les secteurs ambulatoires et les secteurs d'hospitalisation. Nous avons constaté, de la part des infirmières, une volonté d'apporter des connaissances nouvelles mais aussi un désir de s'inscrire dans un processus de prise en charge globale du patient, dans son parcours de soins : moins de rupture, une plus grande complémentarité des acteurs.

Cependant, bien que ces expériences soient positives, nous nous questionnons sur le temps nécessaire pour acquérir les compétences indispensables au travail dans ces secteurs. Ensuite comment elles peuvent se transmettre entre les professionnels pour développer la prise en charge du patient dans un parcours de soins coordonnés. Enfin comment cela contribue au développement de projets professionnels pas uniquement dans une perspective d'évolution verticale.

### **1.1.3 Mobilité et compétences, des liens possibles**

De manière plus générale, dans les établissements, la mobilité s'inscrit dans la politique de gestion des ressources humaines. Elle est associée à la nécessité de maintenir les compétences, d'en acquérir de nouvelles, de maintenir un niveau d'employabilité des professionnels.

La mobilité suscite beaucoup de questions sur sa mise en œuvre, sur les avantages et les inconvénients pour les agents. La spécialisation toujours plus grande des infirmières ne facilite pas cette démarche.

*« Si les bienfaits de la mobilité interne sont reconnus par tous, rares sont les collectivités à avoir investi dans ce domaine. Il faut en effet avoir une connaissance approfondie de ses agents et de ses métiers. Les chefs de service hésitent à « libérer » leurs bons collaborateurs, et les agents préfèrent s'enraciner dans leur poste, quitte à friser l'ennui. Le brassage des métiers, des compétences et des personnalités reste à faire.<sup>4</sup> »*

## **1.2 L'intérêt professionnel et la problématique**

La mobilité et la gestion des compétences sont des thèmes d'actualité dans la fonction publique et pour ce qui nous concerne dans les hôpitaux. En effet, les restructurations, le développement de partenariats nouveaux, nous obligent à réfléchir sur les organisations de soins les plus adaptées aux demandes de spécialisation, aux exigences des usagers. Dans un contexte de nombreux départs en retraite, une des questions qui se pose souvent à l'encadrement c'est de maintenir les savoirs et savoirs faire, de les transmettre, mais aussi de les améliorer. En ce sens, une politique de mobilité négociée dans les secteurs ambulatoires et les consultations externes permet de maintenir un excellent niveau de compétence des infirmières et une adaptabilité constante.

Le directeur des soins contribue à la mise en œuvre d'organisations de travail qui apportent des soins de qualité avec des professionnels formés et compétents. Cela se fait dans un contexte complexe de gestion des carrières et des compétences, comme nous l'avons écrit précédemment, d'un fort développement des spécificités, d'une ouverture sur l'extérieur de plus en plus importante et aussi dans un contexte de concurrence.

La compétence des infirmières est une préoccupation du directeur des soins. Nous devons en collaboration avec la direction des ressources humaines et l'encadrement définir les profils des professionnels recherchés et les moyens à mettre en œuvre pour maintenir cette compétence. La mobilité peut être un de ces moyens, elle est aussi un levier de développement des projets professionnels.

---

<sup>4</sup> LEPRAT B. -Dossier - La mobilité interne : manque de souffle-. La gazette des communes, des départements, des régions, 1998,

Pour Wladimir Iazykoff<sup>5</sup> la mobilité doit être accompagnée et valorisée : « *si les comportements de mobilité correspondent à des stratégies, des attentes et des choix d'orientations, ces comportements doivent surtout être légitimés par les entreprises, devenant par là une caractéristique essentielle de leurs systèmes de recrutement et de stratification interne.* »

La mobilité est aussi un facteur de décloisonnement, de partage d'expériences, de complémentarités. C'est pourquoi, dans le cadre de la mise en œuvre des pôles, elle doit être affichée dans la politique institutionnelle. Il y a des liens forts entre mobilité, compétence, polyvalence dans la mise en œuvre et la gestion des moyens humains affectés au pôle. L'ajustement des équipes aux activités nécessitera de la part des responsables de pôles une attention particulière aux possibilités de remplacement d'une unité à l'autre et donc aux compétences des professionnels. Les enjeux de pouvoir entre les différents acteurs doivent aussi être pris en compte. Il faut trouver un équilibre entre des médecins souhaitant la « stabilité de leur personnel », des professionnels pris entre le désir d'acquérir des compétences et la peur du changement, des directions des soins devant assurer des soins de qualité avec des professionnels compétents, sans oublier une raréfaction des moyens.

Enfin, dans le cadre de notre prochain poste, nous allons être amené à préparer le regroupement des activités de consultations et ambulatoires sur un plateau unique avec cohabitation de toutes les spécialités. Il importe que nous puissions dans un premier temps repérer les compétences nécessaires dans les différents services, les mettre en lien, mais aussi les entretenir pour assurer une prise en charge de qualité.

Nous avons choisi de cibler notre travail autour des infirmières, car dans les secteurs ambulatoires, elles sont les acteurs permanents. En effet, les autres professionnels de santé n'interviennent que ponctuellement. Elles représentent le socle de l'organisation et sont garantes du bon déroulement de la prise en charge des usagers.

---

<sup>5</sup> IAZYKOFF W. -Organisations et mobilités, pour une sociologie de l'entreprise en mouvements- Ed. L'Harmattan – Paris : 1993 – p 29

### 1.3 La question de recherche et quelques sous-questions

« En quoi l'instauration de la mobilité des infirmières, en secteur ambulatoire<sup>6</sup>, optimise le partage et le développement des compétences ? »

- **Sous-questions**

« Dans la filière de prise en charge ambulatoire jusqu'où peut-on aller en matière de mobilité sans provoquer d'insécurité pour le patient et assurer des soins de qualité ? »

« Est-ce qu'il y a un lien entre compétence et stabilité professionnelle ? »

« L'affectation des infirmières dans les secteurs ambulatoires doit-elle se faire sur la base de pré-requis clairement identifiés ? »

« La mobilité instaurée de façon contractuelle peut-elle se maintenir dans le temps ? »

« Peut-on développer un sentiment d'appartenance dans ce type de fonctionnement, de quel ordre et dirigé vers qui (Secteur, service, unité) ? »

### 1.4 Les hypothèses

- La mobilité des infirmières, dans les secteurs ambulatoires, parce qu'elle prend en compte des savoirs différents, incite au partage d'expériences et contribue au développement des compétences collectives.
- La mobilité des infirmières dans ces secteurs évite une spécialisation accrue et diminue le risque d'épuisement professionnel.
- La mobilité permet de développer les capacités d'adaptation des professionnels infirmiers et d'assurer leur employabilité tout au long de leur carrière.

Suite à ces constats et ce questionnement nous avons choisi de construire notre travail en trois étapes.

Dans un premier temps, pour nous permettre d'aller plus avant dans la recherche, à partir de la littérature, nous allons chercher à comprendre les différentes notions abordées dans nos hypothèses et plus particulièrement les concepts de mobilité, de compétences, dans un développement de la GPEC et des alternatives à l'hospitalisation.

Dans un second temps, par la réalisation et l'analyse d'entretiens, l'étude de divers documents, nous vérifierons notre questionnement et nous cernerons les éléments d'une politique d'affectation, de mobilité, de gestion des compétences dans les secteurs ambulatoires.

Enfin, en relation avec les analyses précédentes, la dernière partie de notre travail sera consacrée aux contributions du directeur des soins, à la mise en œuvre d'une politique de mobilité et de gestion des compétences des infirmières, dans les secteurs ambulatoires.

---

<sup>6</sup> Lire partout secteur ambulatoire et consultations externes

## 2 Approche théorique des différents éléments des hypothèses

### 2.1 La mobilité

Dans ce paragraphe nous allons essayer de délimiter les différentes dimensions de la mobilité au sein des établissements de santé. Après une définition générale nous évoquerons les différentes formes de mobilité, les facteurs d'influence, l'intérêt d'une politique de mobilité générale ou ciblée. Nous nous arrêterons sur la mobilité interservices et ses conséquences en terme de changement et de développement des compétences.

#### 2.1.1 Une définition de la mobilité

Il s'agit de donner ici une définition de la mobilité et de la resituer dans le contexte hospitalier, pour ce faire, nous ferons référence à la définition de la mobilité issue de l'encyclopédie Universalis et reprise par Monique Pengam et Corinne Sliwka dans leur ouvrage<sup>7</sup> :

*« L'ensemble des mécanismes statistiquement significatifs qui décrivent, soient les mouvements des individus à l'intérieur du système professionnel au cours de leur existence, soit les mouvements des individus d'une génération au regard de la suivante ou des suivantes. »*

Ce qui va retenir notre attention dans ce travail, c'est la première partie de cette définition. La mobilité est caractérisée par une notion de mouvement à l'initiative de l'agent, donc à un acte volontaire qui prend en compte les représentations qu'a cet agent de son entreprise et de ce qu'elle peut lui apporter :

*« L'individu potentiellement ou réellement mobile est d'abord acteur de soi dans le mouvement et acteur de sa propre mobilité par le biais des images et des représentations qu'il a des systèmes organisés, de ses atouts et de ses possibilités de réussite. »<sup>8</sup>*

Compte tenu de cela, il nous paraît nécessaire d'évoquer les différentes formes de mobilité en lien avec l'activité professionnelle.

---

<sup>7</sup> PENGAM M et SLIWKA C. -Changement de poste, changement de fonction : les compétences des cadres de santé à l'épreuve de la mobilité- Ed Lamarre- Paris : 2006 – p1

<sup>8</sup> IAZYKOFF W. – Op. Cit. - p 22

## 2.1.2 Les différentes formes de mobilité

- La mobilité se présente sous différentes formes :

➤ La mobilité géographique ou externe qui correspond à un changement d'établissement et d'employeur.

➤ La mobilité fonctionnelle qui pour Nicole Raoult<sup>9</sup> s'envisage selon trois dimensions :

- La mobilité professionnelle (ou horizontale) :

*« Elle correspond à un changement de métier (ou d'emploi). Ce changement demande à l'agent de faire appel à des compétences qu'il n'exerçait auparavant ou du moins pas de la même manière. »<sup>10</sup>*

C'est un changement de la nature du travail que l'on peut retrouver dans les fonctions d'infirmières hygiénistes, d'infirmières stoma-thérapeutes, mais aussi les infirmières qui exercent au sein des unités mobiles de prise en charge de la douleur ou des soins palliatifs. Il s'agit pour ces professionnelles d'acquérir des compétences spécifiques tout en restant dans le même domaine professionnel.

- La mobilité d'environnement :

*« Elle correspond à ce qui est le plus souvent dénommé mutation. Le même type d'activité, dans la même qualification, avec le même grade hiérarchique est exercé dans un autre lieu de travail, dans une autre équipe, avec un autre responsable. »<sup>11</sup>*

Pour notre travail nous considérerons que cette mobilité correspond à un changement de service d'une infirmière au sein d'une même structure où la connaissance de l'environnement est en partie acquise.

- La mobilité catégorielle :

*« Il s'agit de la promotion. C'est une mobilité qui conduit un agent à quitter un emploi pour un autre, impliquant un accroissement des responsabilités. Elle est le plus souvent, sanctionnée par un changement d'échelon, de grade, de qualification, mais aussi par une augmentation de la rémunération. »<sup>12</sup>*

Cette dimension peut s'identifier au passage d'une fonction d'infirmière à une fonction de cadre de santé. Il s'agit d'un changement de statut.

---

<sup>9</sup> RAOULT N. –Gestion prévisionnelle et préventive des emplois, des compétences en milieu hospitalier – Ed L'Harmattan- Paris : 1991.

<sup>10</sup> Ibid

<sup>11</sup> Ibid

<sup>12</sup> Ibid

### 2.1.3 Les facteurs d'influence de la mobilité

Pour compléter cette approche de la mobilité et faire le lien avec notre choix de définition, nous revenons sur l'importance de l'environnement dans la mobilité et pour cela nous ferons référence au travail de Monique Pengam et Corinne Sliwka<sup>13</sup> qui distinguent deux types de mobilités par rapport à l'environnement :

*« La mobilité imposée par l'environnement, c'est-à-dire produite par celui-ci. »*

C'est le cas des situations de restructuration avec disparition de certains services, de regroupement d'activités.

*« La mobilité choisie qui est plus à l'instigation des individus. Dans ce cas de figure, la personne est prête à changer mais doit tout de même se préparer à ces changements. »*

D'une part, il s'agit bien pour nous dans le contexte d'évolution de nos structures hospitalières, de s'interroger sur une politique de mobilité qui prenne en compte ces deux aspects. Dans notre démarche de questionnement par rapport aux secteurs ambulatoires nous devons intégrer ce qui est du domaine du choix de l'infirmière, mais aussi ce qui nous est imposé par les restructurations, réorganisations. Donc, nos préconisations par rapport à une démarche de mobilité des infirmières prendront en compte l'environnement.

Au-delà de l'environnement professionnel, la mobilité est très souvent influencée par des facteurs très personnels comme le choix d'un poste à temps partiel, le choix d'un poste à horaires « aménagés », d'un poste de nuit et encore bien d'autres situations.

Elle est aussi influencée par l'ambiance au travail et la perception qu'en a l'agent : *«L'importance des facteurs subjectifs, dans les motivations au mouvement, souligne aussi fortement le rôle de sa propre compréhension du milieu et l'acquisition d'un statut d'acteur dans la réalisation du mouvement. »<sup>14</sup>*

D'autre part, dans la fonction publique hospitalière, la mobilité constitue une garantie fondamentale de la carrière des professionnels. Ainsi, il est nécessaire que cette mobilité soit organisée dans les établissements par des règles explicites et connues des professionnels de santé.

---

<sup>13</sup> PENGAM M. et SLIWKA C. – Op. Cit. – p 6

<sup>14</sup> IAZYKOFF W. – Op. Cit. – p 22

## **2.2 Quelle politique de mobilité peut-on envisager à l'hôpital ?**

### **2.2.1 La mobilité, un droit peu exploré par les agents et par l'institution**

Même si la mobilité fait partie des droits des agents de la fonction publique, elle est peu pratiquée par les agents eux-mêmes et peu développée dans les politiques institutionnelles. Elle est souvent vécue comme une contrainte par la grande majorité des agents. Cependant, les directions tentent de la promouvoir et de l'organiser selon des méthodes propres, qui à chaque fois sont très liées au contexte de l'établissement et au positionnement des partenaires sociaux et médicaux.

Parmi ces méthodes, nous pouvons mentionner les bourses aux postes vacants, la permutation ou la rotation dans les emplois, la création de pool infirmier, l'adoption d'un principe formel ou informel de propositions d'affectations tous les quatre ou cinq ans. La mobilité prend ainsi des formes diverses qui engendreront des changements plus ou moins conséquents sur l'individu au travail. L'opportunité d'une restructuration avec regroupement des activités ambulatoires peut être, nous semble-t-il, un moment privilégié pour mettre en œuvre une démarche de mobilité contractualisée entre les services traditionnels et les services ambulatoires.

### **2.2.2 La mobilité, un outil de gestion des crises**

La mobilité interne est un moyen d'assurer la continuité et la sécurité des soins face aux situations de crise dans l'hôpital. Dans ces situations, ce sont bien souvent les agents contractuels qui sont les plus mobiles, et qui doivent faire preuve de grandes capacités d'adaptation face à des situations très différentes et parfois peu maîtrisées par eux. Ceci a bien souvent pour conséquence de rendre ces agents très hostiles à une mobilité négociée dès qu'ils ont obtenu un poste fixe.

L'hôpital est un établissement public, bénéficiant de l'autonomie juridique et financière. Sa marge de manoeuvre par rapport à la gestion du personnel demeure certaine. Ainsi, il n'existe pas de procédure générale organisant la mobilité au sein de l'établissement. Chacun garde donc une autonomie dans l'organisation de sa politique de mobilité.

### **2.2.3 Des enjeux importants**

La mobilité n'est pas un but à atteindre mais un moyen. Maintenir, développer des compétences et détecter des potentiels, tels sont les enjeux. Elle répond à des objectifs stratégiques managériaux mais aussi à des contraintes environnementales.



Dans les secteurs ambulatoires, aux consultations externes, il est nécessaire d'avoir des infirmières aguerries qui ont acquis une forte expérience professionnelle afin de répondre aux situations de soins complexes et multiples, dans un temps très court.

La mobilité peut représenter un projet collectif qui mobilise les hommes autour d'objectifs à atteindre (développement des prises en charges ambulatoires, développement ou maintien d'une activité, adaptation de la structure à la demande de soins). Elle constitue un moyen pour introduire de la souplesse dans les systèmes organisés, en comptant sur les hommes, plus que les structures.

Les contraintes de gestion obligent les établissements à s'assurer de la bonne utilisation des ressources humaines et la mobilité des professionnels fait partie des outils de gestion. La tarification à l'activité (T2A) appelle une réactivité des moyens très rapide. L'hôpital est aujourd'hui tenu d'ajuster ses moyens à l'activité des services, qu'elle soit croissante ou décroissante.

La mobilité impose une remise en cause, une volonté de dynamisme. Elle induit une modification de comportement. Cette dynamique profite à la fois à l'agent et à l'institution. A l'établissement, elle permet d'assurer une parfaite adéquation des moyens aux demandes de soins. Pour l'agent, elle est un moyen de progression professionnelle et personnelle, elle est un facteur de motivation certain.

*« La mobilité est à la fois un moteur du changement et un moyen d'adaptation aux modifications de l'environnement pour des systèmes qui évoluent grâce à un processus de désorganisation, réorganisation. »<sup>15</sup>*

*« Envisager des circuits de carrière qui permettraient de se préparer à ces futurs alternatifs dont on ne peut jamais préciser ce qu'ils seront, mais dont on sait qu'ils requerront des hommes capables de vivre en professionnels dans l'incertitude et le flou. »<sup>16</sup>*

Ces deux phrases résument parfaitement les enjeux pour les établissements de mener une politique de mobilité et pour les agents, leur intérêt de s'inscrire dans ce processus.

Les enjeux d'une politique de mobilité dans les secteurs ambulatoires se situent, nous semblent-ils, à plusieurs niveaux :

☞ Il faut veiller au décloisonnement de ces secteurs et les inscrire dans un parcours de soins coordonnés. Un usager qui est suivi en hospitalisation de jour ou aux consultations est potentiellement un usager des unités d'hospitalisation complète. Il est important que

---

<sup>15</sup> IAZYKOFF W. – Op. Cit. – p 148

<sup>16</sup> Ibid

des synergies se développent entre les infirmières des différents secteurs afin d'assurer une parfaite continuité de prise en charge.

☞ Il est nécessaire d'assurer la possibilité, aux différentes infirmières qui le souhaitent, de travailler dans ces services. Au-delà des horaires et du principe d'équité, c'est bien souvent dans les secteurs ambulatoires que se développent des actions d'éducation, de conseil, de suivi thérapeutique. Ces actions de santé publique sont très valorisantes pour le développement des compétences infirmières et pour l'évolution de celles-ci dans une démarche horizontale de progression professionnelle.

☞ Dans la gestion des postes aménagés, il nous semble qu'une évaluation régulière des situations et une contractualisation de ces postes, soient des facteurs de motivation et d'intégration pour les agents qui bénéficient de ces postes.

☞ Les alternatives à l'hospitalisation complètes se sont développées récemment dans les établissements publics et bien souvent de façon accessoire en limite des unités d'hospitalisations complètes. Cela n'a pas permis aux infirmières de développer des compétences spécifiques face aux situations de prise en charge de courte durée. Donc, lors des regroupements de ces activités, il est difficile de trouver les compétences nécessaires à des prises en charges de courte durée et très différenciées, pour cela il est important de constituer un vivier de compétences.

## **2.2.4 Des objectifs complémentaires**

### **A) Pour l'agent :**

La mobilité peut être choisie par l'agent, comme nous l'avons écrit précédemment, afin de concilier ses obligations professionnelles et les contraintes de la vie familiale (problèmes de santé, d'ordre privé). Dans ce cas, il appartient aux directions des soins et des ressources humaines de respecter les droits sociaux des agents. Pour ce faire, nous essayons d'adapter l'emploi à la situation de l'agent. A défaut, nous lui proposons un changement de poste par une politique de gestion des emplois « adaptés ou aménagés ».

La mobilité s'inscrit aussi très souvent dans un projet personnel de maintien ou d'augmentation des compétences, dans un projet professionnel d'évolution de carrière. L'agent aura dans ce cas la volonté de connaître les postes vacants et de savoir ce qu'ils peuvent lui apporter en matière de développement personnel et d'atteinte de ses objectifs.

Cette mobilité doit être recherchée et encouragée par les directions, car si elle contribue à favoriser la motivation, elle est aussi porteuse d'une amélioration de la performance des professionnels concernés. L'intérêt de l'agent rejoint l'intérêt du service. Il s'agit là de mettre en place une démarche de diffusion des postes vacants et de recensement des projets des agents, à partir des entretiens annuels d'évolution professionnelle.

*«L'individu réagit à la mobilité, volontaire ou forcée en fonction de sa propre trajectoire, de ses aspirations et de sa situation au sein d'un groupe. »<sup>17</sup>*

## **B) Pour l'établissement**

La mobilité est un levier de changement, d'ouverture, d'enrichissement professionnel. Elle contribue au décloisonnement et favorise le partage d'expériences. En effet, si les professionnels mobiles sont accueillis comme des vecteurs d'information et non comme des éléments perturbateurs, ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients par un questionnement des organisations et par un apport d'expériences différentes. Il s'agit d'encourager la mobilité, de la rendre plus spontanée, plus volontaire.

A la mobilité il est possible d'associer les mots suivants : employabilité, polyvalence, flexibilité mais aussi autonomie. Derrière une mobilité négociée ou contractualisée, il s'agit de concilier à la fois les objectifs personnels de l'agent mais aussi des objectifs institutionnels de gestion des carrières et de maintien de l'employabilité des professionnels tout au long de leur vie professionnelle.

Dans un contexte de forte concurrence, de restructurations, il est en permanence nécessaire d'adapter les moyens aux activités, de maintenir ainsi les compétences des professionnels, et la mobilité contribue fortement à cela. Cette mise en concurrence est renforcée par les procédures d'évaluations et d'accréditations. La qualité des soins et l'amélioration de la prise en charge des usagers sont un instrument de cette évaluation des établissements ; alors une meilleure utilisation des professionnels permet de les obtenir. Ainsi, la nécessité de faire coïncider au mieux l'offre de personnel à la demande de soins, conduit les cadres de santé et les directeurs des soins à demander une plus grande mobilité aux professionnels.

### **2.2.5 Des limites**

#### **A) Une mise en œuvre complexe**

Même si les auteurs s'accordent sur les bienfaits de la mobilité celle-ci n'en reste pas moins difficile à mettre en œuvre dans nos établissements.

*« L'état d'errance est une période de probation, d'épreuves au cours desquelles le voyageur, grâce à son déplacement incessant, échappe à l'enchaînement des causes extérieures et devient un homme libre. »<sup>18</sup>*

---

<sup>17</sup> IAZYKOFF W. – Op. Cit – p 143

<sup>18</sup> Ibid – p 43

Par cette formule, Wladimir Iazykoff qualifie le parcours des jeunes compagnons qui effectuent leur tour de France pour acquérir la compétence nécessaire à l'exercice de leur métier. La mobilité serait de son point de vue, liée à la jeunesse, au besoin de se construire professionnellement, c'est-à-dire au temps de formation. Au début de la vie professionnelle il y aurait un besoin de stabilité, puis ensuite de nouveau un besoin de changement. C'est sûrement à ce niveau là que nous devons mettre en place un système de repérage de ce besoin de changement. Cependant, cela constitue un challenge nouveau pour nos structures, car bien souvent la mobilité est imposée aux professionnels infirmiers dans les premières années de leur prise de fonction. Elle apparaît légitime pour parfaire l'apprentissage des nouvelles infirmières. Elle est souvent vécue comme une rupture lorsqu'elle est mise en œuvre chez des professionnelles confirmées.

## **B) Des représentations et des résistances**

La mobilité excessive est souvent considérée comme une marque d'insatisfaction au travail ou d'instabilité de l'infirmière. Dans les services, trop de changements peuvent être révélateurs de dysfonctionnements. A contrario, une stabilité forte du personnel infirmier est considérée comme un indice de bon fonctionnement.

La mobilité renvoie à une idée de mouvement et le mouvement est facteur de risques. Pour les agents, c'est l'appréhension du changement d'une manière générale. C'est la peur de l'inconnu, la perte d'habitudes, la rupture avec un environnement rassurant. C'est aussi l'inquiétude de ne pas être performant, de commettre des erreurs et éventuellement de rater son changement professionnel. Le changement est un travail long qui suppose en partie de faire le deuil de ses savoirs précédents pour se construire d'autres savoirs. Il faut passer d'un travail supposé maîtrisé à un autre travail méconnu et donc il y a une prise de risque que l'agent a peur de ne pas maîtriser.

Pour les cadres, au-delà d'un discours favorable à la mobilité, le départ d'un agent est toujours précédé ou accompagné de craintes quand à son remplacement, aux capacités du nouvel agent et à la nécessité d'assurer ou non un encadrement.

### **2.2.6 La mobilité, un outil de la compétence**

Tout d'abord, il ne s'agit pas de mettre en difficulté le fonctionnement des services par des changements de professionnels à un rythme trop soutenu. Nous nous devons d'être vigilant sur les règles de mobilité. Pour permettre aux acteurs de coopérer efficacement dans la mise en œuvre d'un projet de soins, il faut qu'ils restent en poste suffisamment longtemps pour acquérir les compétences nécessaires à leur exercice professionnel dans le secteur ; pour qu'ils soient en mesure de transmettre et partager leurs compétences.

La mobilité dans les secteurs ambulatoires doit être un moyen de dynamisation continue de l'organisation pour en améliorer ses performances et son image de marque. Elle constitue aussi un vivier de compétences.

Il ne faut pas opposer compétence et mobilité, la deuxième étant un outil au service de la première.

*« Des mutations ou des mobilités trop rapides mettent en péril la mémoire collective et risquent d'empêcher ou de faire perdre les effets d'apprentissage. Des temps de tuilage peuvent être nécessaires pour préserver une architecture collective des compétences. Mais la compétence collective peut dans certains cas exiger une recombinaison périodique des membres d'un équipage. »<sup>19</sup>*

## **2.3 Pour valoriser la compétence individuelle et développer les compétences collectives**

### **2.3.1 Des éléments de définition**

En effet, la compétence n'existe pas en soi, c'est un « agit » de la pratique qui vise la praxis, source d'émergence de savoirs implicites contenus dans l'action. Par les relations qu'elle suscite au sein du groupe professionnel « elle provoque la conscientisation, la compréhension voire la formalisation de la pratique. La praxis qui devient ainsi signifiante transforme en savoirs chez le sujet les informations obtenues dans les occupations quotidiennes. »<sup>20</sup>

Plusieurs définitions de la compétence sont présentés par les auteurs cependant de nombreux points d'accord existent. La compétence est liée à l'action, elle permet d'agir et c'est dans l'action que l'on peut la repérer. Elle n'existe pas en soi, elle est le résultat du regard d'autrui sur une façon d'agir. C'est le jugement d'autrui qui établit la compétence. Elle est contextuelle et toujours liée à une situation professionnelle. La compétence se caractérise par des savoirs qui la constituent. Elle s'exprime sous forme de capacités intégrées, structurées, combinées, construites.

La définition consensuelle est sans doute celle adoptée à l'occasion des X<sup>èmes</sup> journées internationales de la formation sous l'égide du MEDEF : « La compétence professionnelle est une combinaison de connaissances et de savoir faire, d'expérience et de comportement s'exerçant dans un contexte précis. Elle se constate lors de sa mise en œuvre en situation professionnelle, à partir de laquelle elle est validée. C'est donc à l'entreprise qu'il appartient de la repérer, de l'évaluer, de la valider et de la faire évoluer. »

---

<sup>19</sup> LE BOTERF G. -Construire les compétences individuelles et collectives-, Editions d'organisation, Paris : 2004, p 192

<sup>20</sup>LE MEUR G. - Les nouveaux autodidactes - Ed Chronique Sociale, 1998

### 2.3.2 Evolution du modèle de la compétence

Philippe Zarifian<sup>21</sup> et Guy Le Boterf<sup>22</sup> portent un regard similaire sur l'émergence et l'évolution du modèle de la compétence dans les entreprises. Pour eux, le contexte socio-économique et la nécessité de performance économique ont beaucoup influencé la notion d'évaluation des compétences. Pour ces deux auteurs les entreprises n'ont pas attendu les années 90 pour se préoccuper des compétences de leurs employés. La question actuellement est de déterminer ce que signifie la notion de compétence : être compétent en 2000 par rapport à 1950 ce n'est plus la même chose. Parmi les facteurs contribuant à modifier l'approche compétence nous pouvons citer : le défi de la compétitivité, la tertiarisation de l'économie, l'instabilité des situations et des contextes de travail, le développement d'une économie du savoir, l'intérêt croissant des individus pour les compétences.

On ne peut plus se limiter à assimiler la compétence à une capacité à tenir un poste ou à une connaissance. Etre compétent c'est de plus en plus être capable de gérer des situations de plus en plus complexes.

Toujours d'après les mêmes auteurs, la compétence peut se définir autour de quatre dimensions : individuelle, professionnelle, organisationnelle et sociale. Pour exprimer et résumer ces quatre dimensions nous ferons référence à Philippe Zarifian<sup>23</sup> qui définit la compétence comme :

☞ La prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté.

☞ Une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforme, avec d'autant plus de force que la diversité des situations augmente.

☞ La faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer des domaines de coresponsabilité.

☞ Mobiliser les acteurs autour des prises en charges c'est ce que l'on attend des infirmières dans les services ambulatoires. En effet les acteurs sont nombreux à intervenir, la prise en charge des patients est pluridisciplinaire. Le fonctionnement de ces structures repose essentiellement sur le cadre de santé et les infirmières, donc ils doivent développer des capacités de mobilisation des autres professionnels au service de soins de qualité.

---

<sup>21</sup> ZARIFIAN P. – Objectif compétences – Ed. Liaisons – Paris : 2001. 203 p

<sup>22</sup> LE BOTERF G. – Op. Cit.

<sup>23</sup> ZARIFIAN P. - Op. Cit. -

### **2.3.3 De la formation à la compétence**

La qualification (diplôme, formation) permet de fixer les bornes du licite et de l'illicite dans l'intervention de professionnels sur le corps d'autrui. Elle ne fait que postuler la capacité réelle des professionnels de santé à intervenir pertinemment.

La formation initiale des infirmières est généraliste, elle doit permettre à la future professionnelle d'acquérir les connaissances qui lui serviront pour travailler dans l'ensemble des services.

Tout au long de leur parcours professionnel, il appartient aux professionnels de maintenir et d'augmenter leurs savoirs. La formation continue, les formations promotionnelles, la mobilité professionnelle sont des moyens, et il convient aux DRH et DS de les mettre en œuvre et d'avoir une démarche incitative envers les professionnels. L'environnement étant de plus en plus mouvant, le maintien de l'employabilité des professionnels devient un objectif majeur des directeurs des soins (organisation qualifiante). Faire acquérir l'essentiel de la compétence en formation initiale n'est pas l'objectif premier, mais favoriser les conditions du développement des compétences tout au long du parcours professionnel à venir est une ambition autrement plus complexe. Le véritable investissement en terme de compétences et de qualification est de valoriser le capital humain.

L'apprentissage expérientiel favorise par effet de répétition, l'acquisition et la production de compétences confortant l'hypothèse que le travail peut produire des effets formateurs et que l'expérience peut être formative.

Apprendre à agir avec compétence, c'est développer une capacité d'action efficace face à des situations différentes que nous arrivons à maîtriser, parce que nous disposons à la fois des connaissances nécessaires et de la capacité à les mobiliser à bon escient, en temps opportun pour régler de façon adaptée ces situations. Pour ce faire, il est indispensable que le professionnel fasse preuve de capacités d'adaptation, qui sont développées dans le processus de mobilité.

### **2.3.4 De la compétence individuelle aux compétences collectives**

En quoi les éléments constitutifs de la compétence individuelle d'une infirmière peuvent-ils être mis au service des autres pour constituer une compétence collective essentielle dans la prise en charge des patients dans leur parcours de soins ?

Face à la complexité des situations rencontrées dans les secteurs ambulatoires, il nous semble que nous pouvons gagner en performance et en qualité si toutes les infirmières sont en mesure de partager leurs connaissances et leur savoir faire.

*« La compétence collective résulte de la qualité de la coopération entre les compétences individuelles. »<sup>24</sup>*

Dans la littérature, les compétences collectives sont définies comme un combinatoire de savoirs différenciés mis en situation, en vue d'atteindre un objectif commun. C'est un processus évolutif, un construit social, une source de performance qui relève d'intelligences en action. Cela suppose de savoir interagir avec les connaissances et les compétences d'autrui et avec des réseaux de ressources collectives.

Il s'agit de développer des compétences collectives sans spécialisation. Nous devons pouvoir construire nos organisations sur un groupe professionnel. Dans une organisation de plateau ambulatoire où les patients sont issus de services différents (pneumologie, diabétologie, cardiologie, chirurgie etc.), il est nécessaire que chaque infirmière puisse devenir poly-compétente. Les postes de travail ne peuvent pas être occupés par une seule personne et de manière définitive. Tour à tour chacune peut être appelée à occuper le poste de l'autre sans que cela soit dommageable pour la prise en charge du patient. Il en est de même dans les secteurs de consultations où pour assurer une continuité de prise en charge sans rupture, tout au long de l'année, il est essentiel que les compétences soient partagées par toutes les infirmières. *« Dans une équipe ou un réseau, chacun est en situation de dépendance cognitive par rapport aux compétences et connaissances des autres. La gestion des compétences doit aussi porter une attention particulière aux compétences relais, au traitement des interfaces. La redondance est parfois nécessaire elle permet de remédier aux absences et d'assurer des tâches en commun »<sup>25</sup>*

Selon Chantal Cateau<sup>26</sup>, les auteurs démontrent que l'émergence du concept de « compétences collectives » est issue des ressources d'une équipe de travail, composées d'interactions entre l'individuel, le collectif et le changement dans les organisations. Ainsi, le travail ne repose plus sur une prescription de tâches, mais sur d'autres capacités générées par les situations de travail. Les transformations affectant l'organisation ont pour effet de remettre en cause les habitudes de travail et une routine confortable.

---

<sup>24</sup> LE BOTERF G. – Op. Cit. - p 176

<sup>25</sup> LE BOTERF G. – Op. Cit. – p 191

<sup>26</sup> CATEAU C. – « A propos des compétences collectives » Soins Cadres, février 2002, n° 41



### 2.3.5 Les compétences collectives comme levier d'action<sup>27</sup>

Pour faire face à l'évolution des métiers, le développement des compétences collectives s'inscrit dans la continuité de la compétence individuelle par la formation tout au long de la vie professionnelle.

Le principal levier d'action se situe au niveau des individus dans leur volonté ou capacité à coopérer, à interagir les uns avec les autres pour donner des soins de qualité. La compétence collective émerge des compétences individuelles lors des coopérations/collaborations, entre les professionnels. Ces situations de coopération permettent de construire ensemble des représentations partagées de problèmes à résoudre, de situations à traiter. Cela contribue à favoriser l'action de chaque agent dans les situations complexes. Les compétences individuelles en coopérant permettent de développer des compétences collectives et dans l'autre sens les compétences collectives contribuent à valoriser les compétences individuelles.

Pour réussir cela il est important que chaque professionnel soit capable de partager avec les autres, de s'adapter à l'autre dans un milieu en plein bouleversement et en ce sens la mobilité est un vecteur essentiel du développement des coopérations et ainsi des compétences collectives.

Pour Guy Le Boterf<sup>28</sup>, la première décennie du millénaire mettra au premier plan les compétences collectives pour plusieurs raisons :

☞ La complexité des situations professionnelles à gérer fera de plus en plus appel à de multiples savoirs et contributions pour poser et résoudre un problème, concevoir un projet, gérer un processus d'innovation.

☞ L'organisation du travail en équipes polyvalentes, le management par projet, la gestion des processus, le travail en réseau avec des co-traitants appellent à un véritable maillage des intelligences.

☞ Le développement de l'économie du savoir et de l'information conduit à la mise en place d'une véritable gestion des connaissances destinée à créer un capital de savoirs et savoirs faire collectifs.

Nous ne pouvons pas parler de la mobilité et de la compétence sans faire référence à la polyvalence dans un premier temps et ensuite à la GPEC, pour inscrire parfaitement notre démarche dans une politique générale de gestion des ressources humaines.

---

<sup>27</sup> LE BOTERF G. – Op. Cit. – p 176

<sup>28</sup> LE BOTERF G. – « la mise en place d'une démarche compétence » - Revue Personnel, Août – septembre 2000, n°412

## 2.4 La polyvalence

La polyvalence est un sujet qui ne laisse personne indifférent à l'hôpital. Dès que l'on parle de mobilité, ce qui vient en premier lieu comme réponse de la part des professionnels, c'est le développement de la polyvalence. La polyvalence inquiète car elle est associée à un changement constant de service et donc à l'instabilité professionnelle.

*« La polyvalence résulte de la mobilisation des savoirs, du transfert de l'ensemble des capacités de leur développement et traduit ainsi l'extension des compétences et des savoirs. »<sup>29</sup>*

Comme nous l'avons écrit précédemment la formation d'infirmière est une formation généraliste. Ensuite, au cours de leur carrière, en fonction des services dans lesquels elles vont exercer, les infirmières se spécialisent. Les infirmières qui demeurent généralistes ou plus généralement polyvalentes sont celles qui ont intégré les SICS ou les pools, car d'un jour à l'autre elles doivent aller travailler dans des services très différents.

Une démarche de mobilité, en fonction du rythme auquel elle s'établit, peut se rapprocher de la polyvalence, mais cela ne constitue pas le cadre de notre recherche.

En référence au travail de Géraldine Drevet<sup>30</sup>, la polyvalence peut être aussi un approfondissement du travail au sein du même secteur, un élargissement du travail limité à des secteurs de même spécialités ou de spécialités différentes.

Dans notre recherche, nous associons la polyvalence à la diversité des situations de travail rencontrées, dans un même service ou secteur, au cours d'un poste de travail. L'infirmière d'hôpital de jour est polyvalente sur le service car les patients accueillis ont des pathologies très différentes. Dans cette situation l'infirmière polyvalente a des compétences qui lui permettent d'agir efficacement dans un domaine délimité.

## 2.5 La Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences<sup>31</sup>

### 2.5.1 La GPEC : un concept au développement progressif

Elle est apparue dans le milieu de l'entreprise au milieu des années 1980 bien souvent dans le contexte des «plans sociaux». En effet, il s'agissait de trouver les moyens de reclasser les professionnels licenciés, par la mise en place de bilans de compétences. Elle investit la sphère publique au cours des années 1990 (circulaire

---

<sup>29</sup> PONCET-BODINIER A. – La polyvalence des infirmières : un élément dynamique de changement – Mémoire ENSP – 1999 – 70 p

<sup>30</sup> DREVET G. – « Polyvalence : pour ou contre » - Objectif soins – Décembre 2002

<sup>31</sup> DONUIS B. – la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences - Cours ENSP Mai 2006

Rocard de 1989 relative à la modernisation du service public) ainsi que les établissements de santé (1991 : nomenclature des emplois types, textes relatifs aux contrats d'objectifs et de moyens en 1997, guide méthodologique en 1998, les référentiels ANAES).

Les protocoles Aubry et Guigou ont accentué le développement d'une démarche GPEC en créant le droit au « bilan de compétences », l'observatoire des métiers de la FPH, en publiant le répertoire des métiers de la FPH.

## **2.5.2 Une proposition de définition**

La gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences consiste en la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et de plans d'actions cohérents :

- visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines de l'établissement, tant en terme d'effectifs que de compétences,
- en fonction de son plan stratégique, ou au moins d'objectifs à moyen terme bien identifiés,
- et en impliquant le salarié dans le cadre d'un projet d'évolution personnelles.

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

Le plan stratégique permet la définition et la stabilité des orientations générales (avoir la vision de ce que sera l'établissement à 5 ans)

La réduction des écarts qui suppose de disposer des référentiels.

L'implication du salarié est nécessaire pour associer à une approche conceptualisée les aspirations individuelles.

La GPEC est une approche plurielle :

- dans une démarche qui est à la fois ascendante et/ou descendante,
- sous des aspects offensifs et/ou préventifs,
- qui prend en compte les aspects collectifs et/ou individuels,
- avec des dimensions quantitatives et/ou qualitatives.

## **2.5.3 Les objectifs de la GPEC**

- Identifier les facteurs-clés d'évolution de la structure considérée, en référence à ses missions, à ses objectifs et en fonction, notamment, des évolutions technologiques.

- Projeter les conséquences prévisibles sur les besoins qualitatifs et quantitatifs déterminés pour les prochaines années.

- Repérer les populations susceptibles d'être confrontées au risque d'inadaptation aux emplois, tant du point de vue des qualifications que du nombre de postes.

- Diagnostiquer les écarts entre les besoins et les ressources.
- Dédurre des actions à mener pour rapprocher les ressources des besoins.

Pour atteindre ces objectifs il faut réunir un certain nombre d'atouts.

☞ Tout d'abord s'appuyer sur une volonté politique, inscrite dans la durée qui se manifeste sous forme d'une impulsion institutionnelle unique de l'élaboration du projet social à l'action quotidienne de l'équipe de direction.

☞ Inscire cette démarche dans la durée par des orientations stables, en donnant du temps au temps.

☞ S'appuyer sur un mode de management participatif qui permette aux acteurs de l'hôpital de s'engager dans la démarche.

Avant d'aborder l'analyse de nos entretiens, nous souhaitons revenir sur le contexte de notre questionnement : les secteurs ambulatoires dans lesquels nous incluons volontairement les consultations externes car les liens sont nombreux et les problématiques de postes similaires. Une démarche de mobilité formalisée vaut pour les deux secteurs compte tenu des raisons évoquées précédemment.

## **2.6 Les alternatives à l'hospitalisation ou secteurs ambulatoires à l'hôpital**

Les structures alternatives à l'hospitalisation ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet, d'en diminuer la durée ou de permettre aux patients d'être soignés dans leur cadre de vie habituel (HAD). Les progrès de la technique médicale, la recherche de rationalité économique et le souci d'une prise en charge globale du patient, doivent contribuer au développement de ces structures. Ce développement se fait lentement car il se heurte bien souvent à des obstacles culturels et à une insuffisance de coordination des acteurs dans la prise en charge du patient.

On distingue trois grands types d'alternatives à l'hospitalisation :

- ☞ Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour et de nuit.
- ☞ Les structures pratiquant l'anesthésie et/ ou la chirurgie ambulatoire.
- ☞ Les structures dites d'hospitalisation à domicile.

Pour notre travail nous ne nous intéresserons qu'aux deux premières.

Ces structures doivent être bien identifiables pour l'usager et faire l'objet d'une organisation spécifique. Elles sont organisées en unités de soins individualisées et disposent en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel. Elles permettent la mise en œuvre d'investigations à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels, de traitements. Dans ce type de structures, le patient

n'est hospitalisé qu'une partie de la journée pour recevoir ces soins. Il en est de même pour les structures pratiquant l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire.

Les secteurs ambulatoires ne se sont développés que très récemment dans les hôpitaux publics en retard par rapport au secteur privé. Pendant longtemps les activités représentaient un à deux lits dans chaque service. Ce n'est que lorsque les hôpitaux ont entrepris des programmes de reconstruction, restructuration que ces activités ont été regroupées au sein de services clairement identifiés avec des professionnels affectés de façon permanente. Trouver des professionnels compétents pour assurer les soins dans ces secteurs relève des missions du directeur des soins. Mais il nous appartient aussi d'inscrire ces affectations dans un processus de gestion des carrières des infirmières et de développement des compétences.

## **2.7 Synthèse de l'approche théorique**

La mobilité est caractérisée par une notion de mouvement, le plus souvent à l'initiative de l'agent. L'organisation, dans laquelle évolue le professionnel, incite ou n'incite pas à ce mouvement. En effet, le contexte du travail influence cette mobilité.

Dans le cadre d'une mobilité négociée, l'objectif de la démarche institutionnelle, engagée, est de maintenir, développer, les compétences individuelles. Ces compétences individuelles doivent pouvoir s'associer, se partager, pour favoriser la coopération des acteurs et assurer un haut niveau de soins. La mobilité, moteur de changement et d'adaptation, est indispensable dans le contexte actuel de réduction des moyens et de regroupement des activités.

Elle peut être mise en œuvre globalement sur l'institution ou ne concerner que certains domaines d'activités comme les hôpitaux de jour et/ou consultations externes. Cette démarche s'inscrit aussi, pour les directions des ressources humaines et directions des soins, dans la volonté d'assurer la transmission des savoirs et de s'inscrire dans une démarche de gestion des emplois et des compétences dans un contexte de départs en retraite nombreux, de carrières plus longues et de situations individuelles complexes.

L'employabilité des infirmières est une préoccupation des directeurs des soins, car l'évolution des structures hospitalières fait que des secteurs d'activités disparaissent et d'autres se développent (chirurgie et gériatrie). Dans les secteurs ambulatoires, la mobilité doit permettre aux professionnels de s'adapter en permanence à l'évolution des prises en charges, à des exigences des usagers sans cesse renouvelées. Cette démarche qui associe mobilité et partage de compétences s'inscrit aussi dans un processus de formation tout au long de la vie professionnelle.

## **3 Approche compréhensive par enquête**

### **3.1 Le cadre de l'enquête**

Pour conduire notre étude nous avons choisi deux établissements, de dimensions différentes (1500 lits et 500 lits), s'inscrivant dans une démarche active de développement de la mobilité des professionnels paramédicaux, aussi bien pour les secteurs de prise en charge ambulatoire que pour l'ensemble de l'établissement.

Le niveau de définition de la politique de mobilité est différent dans les deux établissements. Ils pratiquent tous les deux une politique d'affectation sur un temps limité dans leurs hôpitaux de jour et aux consultations externes, mais la mise en œuvre n'est pas identique comme nous le verrons dans les résultats des entretiens. Actuellement, ils sont tous les deux dans une démarche d'encouragement de la mobilité par l'élaboration de règles pour l'ensemble de l'établissement. Au cours de la présentation des résultats nous reviendrons sur les « chartes de mobilité » des deux établissements et les documents complémentaires à cette politique de mobilité (grille d'entretien d'évolution, évaluation).

Pour ces deux établissements il s'agissait de mener une enquête prospective auprès des acteurs des secteurs ambulatoires (infirmières, cadres de santé, cadres supérieurs de santé) sur leur perception de la démarche de mobilité. Ensuite, nous avons voulu resituer cette démarche dans le cadre général d'une politique de mobilité institutionnelle (directeurs des ressources humaines, directeurs des soins) et essayer de faire ressortir les outils qui peuvent accompagner les professionnels dans la mobilité.

Pour répondre à notre question de départ, nous avons cherché à confronter les avis des différents acteurs actifs dans une politique de mobilité aussi bien dans les secteurs ambulatoires qu'au niveau de l'institution, cela nous a permis de mieux comprendre les mécanismes qui concourent à la réussite d'un tel projet.

Nous sommes aussi allés enquêter dans un troisième établissement (CHU de 2000 lits et places) auprès d'une infirmière et d'un cadre de santé d'un hôpital de jour. Dans cet établissement, il s'agissait de revenir sur une expérience de mobilité négociée, mise en place dans les secteurs ambulatoires sans traduction dans la politique institutionnelle de l'établissement. Ainsi, nous souhaitons voir quatre années après la mise en œuvre de cette démarche, comment cela se traduit au moment du renouvellement de l'équipe. Quels sont les enseignements que nous pouvons en retenir dans le cadre de nos actions, en qualité de directeur des soins, pour une démarche de mobilité négociée réussie ?

## 3.2 Les entretiens

Les entretiens ont eu lieu suite à un accord et une prise de rendez-vous individuel avec les professionnels concernés.

- Catégories de professionnels interrogées<sup>32</sup>

Entretiens à plusieurs niveaux : directeurs des ressources humaines (2), directeurs des soins (2), cadres supérieurs de santé (2), cadres de santé (3), infirmières (5).

- Les limites

Ces entretiens ont eu lieu sur le mode semi-directif. Bien que ce type d'entretien soit un outil qualitatif de repérage des représentations, son analyse est difficile car elle se veut la traduction d'un discours construit.

De nombreuses interactions peuvent influencer la situation d'entretien et donc son interprétation comme par exemple le contexte, les objectifs perçus ou le statut de l'interviewer. Cela suppose le recours à des modes d'analyse de contenu dont chacun sait qu'ils peuvent être sujets à interprétation.

L'échantillon enquêté étant limité au niveau des structures et du nombre d'acteurs, ce travail ne peut se prévaloir d'un quelconque caractère statistique ou scientifique. Cependant, ces limites ne remettent pas en cause l'utilisation des propos recueillis au cours des entretiens qui permettent l'accès aux représentations et aux attitudes développées par les interviewés.

## 3.3 Présentation des résultats

Cette présentation reprend les grands thèmes et les sous-thèmes des guides d'entretiens. Puis des idées-clés définissent les représentations communes exprimées par chacun des interviewés. Ces idées-clés regroupent des phrases témoins qui sont directement extraites des entretiens et sélectionnées pour leur représentativité.

Pour faciliter la lisibilité, les propos des acteurs sont identifiés par des sigles (IDE, DS, DRH, CS, CSS) accompagnés de la lettre de leur hôpital d'appartenance (A, B, C).

---

<sup>32</sup> Annexes I à IV : guides d'entretiens

### 3.3.1 Les infirmières

#### A) Leur carrière

Nous avons souhaité connaître le déroulement de carrière des IDE afin de percevoir la part de la mobilité. Nous pensons que cela peut influencer les représentations du changement, de la mobilité et de l'acquisition de compétences.

IDE 1A	Octobre 1972 : Pneumologie 1 mois, 4 mois aux Urgences Chirurgicales. Mars 1973 : Cardiologie soins intensifs de jour quelques semaines puis 2 ans et demi de nuit sur la Cardiologie, Dermatologie et Maternité. Passage de jour en cardiologie soins intensifs pendant 8 ans : envie de changer. Urgences SMUR pendant 8 ans. Puis changement de poste (quelques mois en médecine gériatrique puis en moyen séjour). Opportunité d'un poste dans le service de consultations externes en 1996 : affectation dans ce service depuis cette date.
IDE 2A	De 1976 à 1982 : chirurgie digestive et générale. Depuis 1982 : consultations externes : <b>24 ans.</b>
IDE 1B	Octobre 1993 à octobre 2005 : Oncologie à l'APHP. Depuis Octobre 2005 : Hôpital de jour CH B.
IDE 2B	Diplômée depuis 1993 : 3 mois en Cardiologie en CHU, 3 mois en médecine dans un autre CH. 7 ans dans le service d'Hématologie du CH B de jour et de nuit. depuis 5 ans en HJ.
IDE 1C	Février 1981 à février 1991 de nuit en Cardiologie. De 1991 à 1999 sur l'équipe SICS de jour, à temps partiel. De 1999 à 2002 en Médecine interne polyvalente, à temps partiel. Depuis 2002 à l'Hôpital de jour de médecine, pneumologie, allergologie.

Sur les cinq infirmières interviewées seulement trois (IDE 1A, 2B, 1C) s'inscrivent dans une démarche de mobilité. Cependant, les durées de travail se situent dans une fourchette de 7 à 10 ans dans le même service, pour les cinq infirmières. Une des cinq (IDE 2A) est depuis 24 ans dans le service de consultations externes du CH A.

#### B) Leur affectation dans le secteur de consultations externes et d'hôpital de jour

Pour les deux infirmières qui travaillent aux consultations externes (IDE 1A et 1B), l'affectation dans le service fait suite à des problèmes de santé et familiaux pour l'une, et au « besoin d'avoir des horaires réguliers » pour l'autre. « Moi je ne suis pas venue ici



parce que j'en avais envie, on m'a proposé, l'opportunité a voulu..., je ne pouvais pas dire non par rapport à ma santé et à ma situation familiale » (IDE 1A).

Ceci rejoint ce que nous avons observé dans nos constats d'une part. D'autre part il est à noter que les deux infirmières qui travaillent aux consultations externes sont en poste depuis 10 ans pour l'une et 24 ans pour l'autre. Cela peut laisser supposer que les problématiques qui ont contribué à leur affectation, ont été réglées depuis plusieurs années.

Pour les trois autres infirmières, l'affectation est le résultat d'une candidature de leur part suite à un avis de poste vacant. Dans le cas d'une des infirmières, le poste étant un temps partiel cela lui « permettait de concilier vie personnelle et vie professionnelle » (IDE 1B).

### **C) Les liens entre expérience (connaissances, compétences) et recrutement**

Il semble que les expériences professionnelles antérieures aient contribué à leur recrutement. Cela est clairement exprimé par quatre d'entre elles lors des entretiens. « La surveillante, si elle m'a choisie c'est que je venais de chirurgie et donc je connaissais les chirurgiens » (IDE 2A). « Mon affectation dans ce service s'est faite sur la base de mes compétences en oncologie » (IDE 1B). « Le choix s'est fait sur mes connaissances en hématologie, chimiothérapie » (IDE 2B). « Ma candidature a été retenue parce que j'avais une expérience en médecine mais aussi en pneumologie, parce que j'avais travaillé sur le SICS » (IDE 1C).

Les infirmières emploient plus facilement les mots de « connaissances », « d'expérience » pour signifier ce qui peut représenter de la compétence. Seule l'IDE 1B utilise le terme de compétence.

### **D) Leur perception des avantages des postes dans les secteurs ambulatoires**

Les infirmières reconnaissent toutes que le rythme de travail dans ces secteurs est un avantage certain : pas de week-end de travail, des horaires plus réguliers sur la journée. Elles modulent ces avantages par ce qui peut représenter des contraintes pour certaines. « Oui c'est vrai, on a nos week-ends, mais dans la semaine on n'a pas de temps à nous, on n'a pas d'heure pour finir » (IDE 1A). « On a l'avantage de ne pas faire de week-ends, de fériés.....mais cependant les journées de travail peuvent être longues » (IDE 1B). Dans ces justifications nous pouvons penser qu'il s'agit de diminuer les avantages du poste, par rapport aux collègues des autres secteurs, pour ne pas être considérées comme des « nantis ». D'ailleurs nous pouvons noter que lorsqu'il s'agit d'évoquer ces avantages, les infirmières emploient le « on » impersonnel, peut-être pour se dédouaner individuellement.

## E) Leur perception de la mobilité

La mobilité est perçue par les infirmières comme nécessaire mais en même temps les incertitudes générées par le mouvement, par le changement de poste, sont des freins. La décision de changer est souvent une décision individuelle, parfois longue à prendre.

« Au bout de 8 ans je me suis dit que je devais partir, je vais partir mais où ? » (IDE 1A)

La pluridisciplinarité du poste est d'ailleurs évoquée par elles comme une raison suffisante pour ne pas changer ou pour augmenter le temps de présence dans ce type de service. « Cela fait 24 ans que je suis dans le service, je n'ai pas vu le temps passer et vraiment j'ai toujours appris quelque chose, comme on tourne sur les différents secteurs, on ne tombe pas dans la routine » (IDE 2A). « 3 ans c'est court dans un service comme celui-ci, moi au bout de 3 ans je n'avais pas l'impression de tout avoir appris, cinq ans c'est bien car nous avons acquis suffisamment d'expérience pour être à l'aise dans le service mais aussi pour pouvoir la réinvestir ailleurs » (IDE 2B).

Dans la situation de cette infirmière, la mobilité au bout de la troisième année ne s'est pas faite car il n'y pas eu de candidate pour le poste. Ce qui est intéressant dans son expression, c'est qu'elle fait le lien entre le temps d'apprentissage, le temps de la maturité, de la compétence dans le poste et le temps de la performance où le réinvestissement ailleurs est possible. Cela fait référence aux écrits de Patricia Benner<sup>33</sup> : « *L'infirmière compétente travaille depuis au moins trois ans dans un service, elle maîtrise la situation, elle sait s'organiser, perçoit les variations de comportement des malades, elle est capable de faire face aux imprévus avec efficacité* ».

« *On trouve des infirmières performantes chez celles qui travaillent sur une même population de malades depuis trois à cinq ans* ».

Ceci nous questionne quant à la limite de temps qui doit être proposée dans le cadre d'une mobilité négociée. La perception de la mobilité au bout de 3 ans par les infirmières des hôpitaux de jour est négative. Ce qui ressort de leurs expressions c'est ; « je n'ai pas le choix », « 3 ans c'est court », « j'aimerais rester dans le service ». La démarche d'accompagnement à la mobilité doit être particulièrement développée par les cadres et les cadres supérieurs. Il s'agit de préparer l'infirmière au changement suffisamment longtemps à l'avance (6 mois ?).

---

<sup>33</sup> BENNER P.- De novice à expert – Excellence en soins infirmiers – Inter éditions – Paris : 1995 – pp 27-31

## **F) L'acquisition de compétences, le partage des compétences au sein des secteurs ambulatoires**

Comme nous l'avons écrit précédemment l'expérience antérieure des infirmières a toujours contribué à leur recrutement. Dans ce paragraphe nous allons mettre en évidence comment elles ont acquis les compétences nécessaires à la prise en charge des patients. Globalement, il semble que cette acquisition de compétences nouvelles se fasse « sur le tas », par l'observation des collègues et par la réalisation des gestes. Peu de temps de formation sont organisés sauf aux consultations externes de l'hôpital A où toutes les infirmières nouvellement recrutées bénéficient de 15 jours d'encadrement.

L'importance de documents de référence prend tout son sens aux yeux des infirmières interviewées. Les procédures, protocoles et autres fiches techniques sont autant d'éléments qui favorisent l'apprentissage et l'acquisition de compétences. Pour ce qui concerne le CH C, le choix qui a été fait d'associer, lors de l'ouverture, plusieurs compétences différentes, a permis le partage et le transfert de compétences. « Le tutorat entre nous a été notre mode de formation interne, comme par exemple en allergologie, en cancérologie ».

## **G) La polyvalence interne au service de la compétence, dans les secteurs ambulatoires**

Les secteurs concernés par nos entretiens sont des secteurs polyvalents. Le plateau de consultations de l'hôpital A regroupe l'ensemble des activités de consultations de l'établissement. A l'hôpital B, l'hôpital de jour est le seul de l'établissement et de ce fait il prend en charge des patients de chirurgie, de médecine, de cancérologie (activité majeure), planning familial. Enfin, dans le troisième établissement, l'hôpital de jour de 22 places assure les prises en charge de pneumologie (cancérologie, allergologie), de médecine interne (diabétologie, maladies infectieuses, gériatrie aiguë). Nous sommes donc dans un exercice professionnel de polyvalence interne au sein d'un même secteur de travail. Les infirmières valorisent cette polyvalence qui leur permet de développer leur capacité d'adaptation et renforce leurs compétences.

« Dans ce service on touche à tout, vraiment tout, nous sommes très polyvalentes, il n'y a pas de routine possible » (IDE 1B). « La polyvalence c'est une ouverture, cela permet de réguler les rythmes de travail » (IDE 2A). « Pour moi la polyvalence du service n'est pas une contrainte c'est un avantage » (IDE 1C).

Cette polyvalence, si elle est vécue positivement par les infirmières en place, semble être un frein, pour certaines infirmières, à venir travailler dans les secteurs ambulatoires, d'une part. « L'hôpital de jour ici effraie certaines de mes collègues car la polyvalence est forte » (IDE 2B).

D'autre part, cette polyvalence justifie que les postulantes à ces postes aient acquis de l'expérience. Les infirmières interviewées considèrent qu'il faut avoir plusieurs expériences professionnelles avant d'envisager de venir travailler en secteur ambulatoire. « Pour venir travailler en hôpital de jour, il faut avoir capitalisé plusieurs expériences dans d'autres services, au moins deux » (IDE 2B). « Des connaissances plus larges que celles que j'avais en arrivant ici, avoir de l'expérience, deux ou trois expériences professionnelles antérieures » (IDE 1B).

Nous pouvons dire que la mobilité permet d'acquérir des connaissances, de l'expérience donc des compétences. De ce fait, elle renforce les capacités d'adaptation des infirmières et les rend plus aptes à faire face à la polyvalence des secteurs ambulatoires. Cette polyvalence évite la spécialisation des infirmières. « En venant travailler dans ce service, je ne me suis pas spécialisée, au contraire je suis redevenue généraliste. J'étais spécialisée dans mon ancien service » (IDE 2B).

### **3.3.2 Les cadres de santé**

Au nombre de trois les cadres de santé exercent tous uniquement sur les secteurs ambulatoires, le cadre C est responsable d'un hôpital de jour et d'un plateau de consultations externes. Ils ont tous un parcours de mobilité professionnelle horizontale depuis qu'ils sont titulaires de leur diplôme de cadre de santé. Les cadres supérieurs sont responsables de secteurs qui comportent à la fois des structures ambulatoires mais aussi des services d'hospitalisation complète. Le cadre supérieur du CH B a été cadre de l'hôpital de jour et des consultations externes au moment de leur ouverture.

#### **A) Les conditions d'affectation des infirmières dans les secteurs ambulatoires**

Les conditions d'affectation sont différentes entre le secteur de consultations externes et les hôpitaux de jour. Aux consultations externes (CH A), les postes d'infirmières sont considérés comme des postes « aménagés » et donc les affectations se font, pour une partie, après le passage devant la « commission postes aménagés » et pour une autre partie, après appel à candidatures. La démarche de mobilité est mise en place depuis 3 ans et sous conditions, comme nous le verrons dans le cours de cet exposé. Dans nos entretiens nous avons cherché à connaître le mode d'affectation dans les secteurs de consultations du CH B et du CH C.

Aux consultations du CH B l'affectation se fait aussi sur un principe associant la gestion du handicap à l'hôpital et la mise en œuvre de la mobilité. « Aux consultations externes la situation est un peu différente (par rapport à l'hôpital de jour) puisque nous avons toujours des IDE en situation de handicap mais aussi des professionnelles qui sont dans le contrat mobilité ». (CSS B)

Sur le plateau de consultations du CH C depuis l'ouverture de la structure, il n'y a pas de professionnels en situation de postes aménagés.

En ce qui concerne les hôpitaux de jour du CH B et du CH C, les affectations d'infirmières se font suite à un appel à candidatures, et pour 3 ans. Ces postes ne rentrent pas dans le cadre de la gestion du handicap. Cette procédure existe depuis 2000 pour le CH B et depuis l'ouverture en 2002 pour l'hôpital de jour du CH C. Elle est aussi appliquée à l'hôpital de jour du CH A comme nous l'indique le cadre supérieur de santé. « A l'hôpital de jour de chirurgie, la mobilité est inscrite dans le profil de poste, les IDE ne doivent pas rester plus de 3 ans, cela se passe bien, les professionnels sont informés et ils comprennent ».

A travers ces expériences d'affectation, nous pouvons dire qu'il est encore difficile de concilier la gestion des postes dits « aménagés » et une démarche de mobilité sur les secteurs ambulatoires. Nous verrons comment les deux établissements concernés ont essayé de trouver des solutions à cette problématique.

### **B) Perception des choix qui guident les infirmières à venir travailler dans les secteurs ambulatoires**

Cette perception est de deux ordres. Tout d'abord pour les cadres, le souhait de venir travailler dans les secteurs ambulatoires, est souvent influencé par la perspective de bénéficier, pendant un temps donné, d'horaires plus compatibles avec une organisation familiale. Cependant, cela est à moduler, car la pluridisciplinarité des prises en charge est à la fois un atout mais aussi un frein aux candidatures. « Je ne pense pas que les horaires fassent maintenant partie des critères de choix uniques des IDE pour venir travailler en HJ », « Les infirmières qui postulent actuellement sont surtout attirées par la diversité des prises en charge » (CS B), « Il y a des IDE qui voudraient bien venir pour les horaires mais la polyvalence leur fait peur », « Parfois nous sommes dans une situation paradoxale de poste vacant à l'hôpital de jour et pas de candidature » (CSS B). Cette situation observée dans un établissement mérite d'envisager, quelles peuvent en être les raisons. En effet cet établissement de proximité voit actuellement ses activités recentrées sur la médecine, la gériatrie et sur les prises en charges ambulatoires dans le cadre d'un partenariat avec le CHU le plus proche et la clinique privée.

Dans les autres établissements (centres de référence du secteur sanitaire) nous ne retrouvons pas ce discours chez les cadres de santé.

### **C) Intérêts de la mobilité**

Les cadres sont favorables au principe de la mobilité dans leur service et cela pour plusieurs raisons.

Bien sûr, le premier point concerne le rythme et les conditions de travail qu'ils considèrent tous comme plus favorables que dans les services traditionnels.

Ensuite, la polyvalence des prises en charge, si elle permet d'acquérir des compétences, de créer une dynamique de groupe au bout de quelques années, est vécue

comme « stressante » par certaines infirmières qui souhaitent « se poser ». La polyvalence du service est à la fois un avantage et un handicap : elle favorise l'employabilité des professionnels mais peut être insécurisante au long cours. « La polyvalence demande de la part des infirmières de grandes capacités d'adaptation, lorsque que l'on a en même temps une forte activité de chirurgie et de chimiothérapie, cela génère du stress et ça peut être épuisant à long terme » (CS B).

Une des conséquences de cette situation serait que les infirmières restant plus longtemps dans le service, se spécialisent sur des prises en charges spécifiques. Nous avons remarqué ce souhait dans l'entretien de l'IDE 1C, « J'aimerais rester dans le service.....continuer à travailler en allergologie, le passage une semaine en allergologie ce n'est pas suffisant, il faut y être plusieurs semaines ».

Enfin, l'absence de mobilité est un facteur de cloisonnement entre les services ambulatoires et les services d'hospitalisation complète. Pour les cadres, la collaboration entre les secteurs est nécessaire pour assurer une continuité de prise en charge des patients. Ce sont en grande majorité les mêmes patients qui fréquentent à des moments différents de l'évolution de leur maladie les différents services, surtout dans les secteurs de médecine. Cette collaboration semble difficile à mettre en œuvre, « Pour ce qui est du décroisement, de la création de liens avec les services d'hospitalisation nous n'avons pas atteint nos objectifs, le partage d'expériences est encore peu développé. Cela tient sûrement au fait que pour l'instant le brassage des infirmières n'est pas assez important » (CS C).

#### **D) Le lien entre mobilité et partage de compétences**

Ce lien entre la mobilité, l'acquisition et le partage des compétences dans les services ambulatoires n'a pas été facile à mettre en évidence, car il n'existe pas d'entretiens annuels formalisés dans aucun des trois établissements.

Le CH B met en place à partir de cette année, un entretien « d'évolution, évaluation » s'appuyant sur les compétences professionnelles acquises et à acquérir. Les cadres disent que l'arrivée d'une nouvelle infirmière est un moment privilégié pour s'interroger sur les organisations et sur les éléments nécessaires à une intégration plus rapide. Dans ce sens, nous retrouvons ce que nous avons évoqué dans notre approche conceptuelle : les agents mobiles étant vecteurs d'information, ils contribuent ainsi à améliorer la qualité des soins par un questionnement des organisations. « L'arrivée d'une nouvelle infirmière est toujours une occasion pour les autres de se poser des questions, de revoir l'organisation, je trouve cela très intéressant et particulièrement dynamisant pour le service. » (CS B).

Pour le CH B la politique de mobilité sur les secteurs ambulatoires a été mise en œuvre à partir de l'année 2000, cela a semble t'il permis de « dynamiser » le fonctionnement de l'hôpital de jour. « Nous avons eu des démissions, des départs anticipés à la retraite mais maintenant l'HJ est devenu un secteur performant où les infirmières veulent venir travailler car la pluridisciplinarité des prises en charge leur permet d'acquérir de l'expérience et de la compétence. » (CSS B)

La compétence est recherchée au moment des entretiens de recrutement par les cadres dans un objectif d'opérationnalité de l'infirmière et aussi parce que les conditions d'encadrement sont limitées. C'est pourquoi les cadres de santé souhaitent que les infirmières qui postulent aient au moins deux expériences professionnelles.

### **E) Le rythme de la mobilité**

Ce rythme de la mobilité est différent entre les établissements A d'un côté et B, C de l'autre. Dans le premier, le principe de la mobilité a été instauré récemment et il semble difficile à mettre en œuvre compte tenu de l'histoire. De plus il y a deux situations de mobilité : les agents qui sont dans une procédure de postes aménagés, dont la situation est réexaminée tous les 3 ans et les autres dont la mobilité s'inscrit dans un rythme de 5 à 7 ans.

Dans les autres établissements, la mobilité est établie, pour les secteurs ambulatoires, sur un rythme de 3 ans. La perception des cadres est différente l'une de l'autre. « Le rythme de 3 ans c'est une fourchette basse, je pense que 4 à 5 ans me paraît bien, d'ailleurs c'est ce qui est préconisé dans les derniers documents du groupe de travail sur la mobilité. » (CS B). « Je crois que le principe de 3 ans est bon, même si cela doit se prolonger de 6 mois pour leur permettre de trouver le poste qu'elles veulent » (CS C).

Plus que le rythme de la mobilité, les cadres des deux hôpitaux de jour sont attentifs d'une part, au maintien des compétences en limitant le nombre des départs en même temps et d'autre part, à l'accompagnement au départ et à l'arrivée.

### **F) L'accompagnement à la prise de fonction et au départ : une clé de la réussite de la mobilité dans les secteurs ambulatoires**

- A l'arrivée

Tous les cadres insistent sur ce besoin d'accompagnement car il conditionne l'adaptation rapide au poste et l'intégration dans l'équipe. Par rapport à cela ils sont vigilants sur le rythme des départs mais aussi sur les compétences des professionnelles recrutées. Les équipes infirmières dans les HJ sont peu conséquentes (4) et il faut veiller « au maintien de toutes les compétences ». « Je veille à ce que la mobilité n'entraîne pas de perte de compétence donc je suis vigilante au rythme des départs et aux compétences

des infirmières recrutées. Par exemple, la dernière infirmière recrutée avait des compétences en chimiothérapie » (CS B).

A l'hôpital de jour du CH B, le cadre a mis en place une procédure d'encadrement pour tout ce qui concerne la reconstitution des cytotoxiques, pour l'accueil et la prise en charge des patientes du planning familial. Dans les autres domaines, il considère que « les infirmières ont reçu une formation généraliste et qu'elles doivent être en mesure de faire face aux situations de soins d'un patient de médecine ou de chirurgie ». Cependant, pour favoriser leur intégration, il a formalisé la majorité des prises en charge sous forme de protocoles, procédures, en collaboration avec les médecins et les infirmières. Ce cadre insiste aussi sur le fait que l'infirmière qui arrive « soit en mesure de pointer ses difficultés, ce dont elle a besoin pour être à l'aise dans la prise en charge des patients ».

A l'hôpital de jour du CH C, le cadre demande que toute infirmière qui postule, ait au moins une expérience professionnelle et si possible dans un des domaines d'activité de l'hôpital de jour. Cela lui permet de centrer l'encadrement sur les secteurs non appréhendés par l'infirmière, « Lors de l'arrivée d'une nouvelle infirmière, je vois avec elle quels sont les domaines où elle est la plus à l'aise et en fonction de cela nous construisons son encadrement. En règle générale, je lui demande de s'associer à une collègue dans des prises en charge qu'elle ne connaît pas. » (CS C)

- Au départ

Avant l'échéance de 3 ans chaque cadre déclare recevoir l'IDE concernée, en général 6 mois avant, pour construire avec elle son projet professionnel et essayer de déterminer les secteurs d'activité où elle souhaiterait aller travailler. Ensuite, ils leur demandent d'être vigilante aux postes qui paraissent à l'affichage et de rencontrer le directeur des soins. Pour le cadre B ces départs ne posent pas forcément de problème aux infirmières car « avec la polyvalence acquise à l'hôpital de jour, elles n'ont pas de difficultés à être retenues sur les postes ». Cette vision optimiste est partagée par les infirmières mais aussi par le directeur de soins. D'après les entretiens, il semble que les infirmières préparent facilement leur départ lorsque la procédure de mobilité est clairement énoncée.

Pour le cadre C, les départs se sont tous produits par anticipation des 3 ans fatidiques et ils s'inscrivent dans un projet professionnel : « Une infirmière qui venait de Pneumologie, après son passage à l'hôpital de jour, a choisi d'aller travailler en Diabétologie. Une autre s'est installée comme infirmière libérale estimant que son passage à l'hôpital de jour lui avait permis d'acquérir la polyvalence nécessaire aux soins à domicile ». Il semble que cette démarche de mobilité négociée incite les infirmières à se construire un véritable projet professionnel. Elles sont actrices de leur évolution



professionnelle et s'inscrivent dans un processus de progression. Ce cadre insiste beaucoup sur les entretiens annuels pour construire le projet professionnel des infirmières.

Nous pouvons constater que ces démarches d'accompagnement mises en œuvre par les cadres sont des éléments qui favorisent à la fois l'intégration du nouvel agent, mais aussi son départ dans le cadre d'un projet professionnel construit. Cependant, ces démarches ne sont pas formalisées à ce jour. Elles dépendent complètement de la volonté du cadre en poste ; que se passerait-il si un cadre n'avait pas le même intérêt pour l'accompagnement des infirmières ? Cette démarche doit s'inscrire dans un projet plus global d'accompagnement des infirmières dans leur parcours professionnel, dans la politique de gestion des emplois et des compétences. Cela doit faire partie du projet social et du projet de soins pour « *faciliter les changements aux conséquences bénéfiques sur la carrière et ouvrir d'autres perspectives de carrière* »<sup>34</sup>.

L'implication du cadre de santé est très importante dans cette démarche de mobilité comme nous le constatons à travers nos entretiens. Il est le relais d'une démarche institutionnelle et il contribue largement à la bonne articulation de la mobilité avec la nécessité d'assurer des soins de qualité. Dans sa démarche d'encadrement des professionnels mobiles, il doit pouvoir bénéficier des outils d'évaluation des compétences nécessaires au recrutement et à l'accompagnement des infirmières. Dans les entretiens avec les directeurs de soins, après avoir pris connaissance de leur perception de la mobilité, nous avons cherché à mettre en évidence quel était leur niveau d'engagement dans la politique de mobilité de l'établissement.

### **3.3.3 Les directeurs des soins et directeurs des ressources humaines**

Nous choisissons de traiter les entretiens des directeurs des soins et des directeurs des ressources humaines dans le même chapitre, car ils sont tous les deux membres de l'équipe de direction et donc participent à l'élaboration de la politique de l'établissement, et plus particulièrement à celle de la gestion des emplois et des compétences. Lorsque nous aurons des avis différents ou complémentaires nous le préciserons. Au-delà de la mobilité dans les secteurs ambulatoires nous avons voulu inscrire ces entretiens dans le cadre général d'une politique de mobilité, car nous pensons que l'un ne va pas sans l'autre.

---

<sup>34</sup> Guide méthodologique pour l'élaboration, négociation du projet social – DHOS - 2000

## **A) Perception de la mobilité interne**

La mobilité interne est perçue comme un élément indispensable de la gestion des emplois et des compétences, car elle doit permettre de favoriser le maintien des compétences et le transfert de ces compétences aux jeunes professionnels.

La mobilité est aussi décrite par les deux DRH comme une source d'enrichissement professionnel et d'amélioration de la compétence individuelle. En ce sens, ils considèrent que la mobilité permet l'employabilité des professionnels tout au long de leur carrière. Cependant, cette mobilité ne doit pas se faire à un rythme trop rapide car elle serait source « d'incompétence ».

La compétence et l'employabilité des professionnels sont les préoccupations des directeurs, car dans le cadre de la politique hospitalière il s'agit que chaque établissement puisse s'adapter à la demande de soins de son territoire de santé, dans des délais de plus en plus courts. Un autre item repris par le DRH B, concerne le cloisonnement des services, il considère que la mobilité peut « casser le cloisonnement ».

## **B) Pourquoi une politique de mobilité**

Dans les deux établissements il a été décidé de mettre en œuvre une politique de mobilité qui soit plus coercitive qu'incitative et à cela les directeurs des ressources donnent plusieurs raisons :

« Bien qu'inscrite dans les projets d'établissements, la mobilité des agents ne fonctionne pas bien lorsqu'elle est uniquement basée sur le volontariat. Ce qui a pour conséquence de diminuer d'année en année le nombre de postes offerts à la publication » (DRH A) ou « Malgré la publication des postes, la mobilité est loin d'être suffisante » (DRH B). Tous les deux font part d'un grand nombre de postes occupés par les mêmes agents depuis « beaucoup trop d'années ». Ils considèrent que cela a des conséquences sur la gestion des compétences : un agent affecté, depuis très longtemps dans une même unité, est trop spécialisé, il n'est plus polyvalent. Dans un contexte de mutualisation des moyens, cette spécialisation a pour conséquence d'alourdir les procédures d'adaptation aux postes. Le DRH A souhaite une plus grande polyvalence des professionnels car dans la mise en œuvre de la « nouvelle gouvernance » « cette polyvalence sera recherchée pour améliorer la performance du pôle ». Pour le DRH B, l'enjeu de développer les compétences, réside dans le besoin d'avoir des professionnels qui puissent s'adapter à la situation de l'établissement et à son évolution (CH de proximité).

Les deux directeurs des soins insistent sur la nécessité de favoriser la mobilité des professionnels infirmiers et cela pour trois raisons principales.

Tout d'abord ils évoquent la qualité des soins : « Le fait de rester longtemps dans le même service entraîne l'habitude, la routine, cela diminue l'autocritique et la curiosité

aussi. » (DS A) Puis l'impact sur les compétences : « Voir un autre fonctionnement, appréhender d'autres techniques de soins permettent d'acquérir de nouvelles compétences » (DS B). Enfin un principe d'équité : « C'est permettre à tous les agents de pouvoir changer si leur premier choix n'a pas été un vrai choix » (DS A). Dans ce cas présent, le directeur des soins évoque la situation des professionnels qui sont affectés dans les secteurs gériatriques et qui ensuite ont beaucoup de difficultés pour changer de secteur par absence de postes vacants. Dans cette structure, le secteur des personnes âgées représente 40% des lits d'hospitalisation.

Les directeurs des soins déclarent qu'une politique de mobilité sur l'ensemble de l'institution est nécessaire. Actuellement ce dont ils souffrent : c'est de peu de postes offerts au mouvement annuel, en opposition avec le nombre de demandes de changements de service, surtout dans les secteurs où les contraintes physiques sont plus importantes (gériatrie, médecine, oncologie). Cette équité est aussi recherchée pour équilibrer les modes de fonctionnement entre les agents contractuels et les agents titulaires dans le CH A : « On ne peut pas demander à des jeunes professionnelles d'être opérationnelles l'été, de palier aux congés annuels, et ne pas demander aux infirmières titulaires d'être plus mobiles qu'elles le sont actuellement » (DRH A).

Ils s'accordent tous pour dire que la mobilité doit être effective dans tous les secteurs où la spécialisation n'est pas requise.

### **C) La mobilité dans les secteurs ambulatoires et la gestion des « postes aménagés »**

- Mobilité dans les secteurs ambulatoires

Tous les directeurs jugent la mobilité dans les secteurs ambulatoires comme nécessaire car elle permet « à un maximum de professionnels de bénéficier à un moment de leur carrière d'un temps professionnel moins lourd en terme de contraintes horaires et physiques » (DRH B) ; « l'hôpital de jour c'est quand même un service assez privilégié au niveau des conditions de travail » (DS A). Cette mobilité devrait s'effectuer à un rythme plus fréquent que dans les services traditionnels entre 3 et 5 ans pour 5 à 7 ans pour les autres services.

Dans le cadre de la gestion des risques professionnels, le DRH B considère que le passage par l'hôpital de jour ou les consultations externes peut permettre à certains professionnels de « repartir du bon pied », « d'éviter des maladies professionnelles ».

- Secteurs ambulatoires et « postes aménagés »

Les agents qui bénéficient de « postes aménagés » et qui travaillent dans les secteurs ambulatoires sont soumis dans les deux établissements au principe de la mobilité. Ce principe s'applique à chaque fois après avis de la « commission des postes aménagés » pour le CH A et du médecin du travail dans le CH B. Cependant, cette procédure d'application récente ne concerne que les nouveaux agents affectés depuis 3 ans, alors qu'il y a encore des infirmières affectées sur ces postes depuis de nombreuses années, comme nous l'avons observé dans nos entretiens.

#### **D) La mobilité encadrée : les principes des chartes de mobilité**

- Principes généraux

« La charte de mobilité doit être un savant dosage entre plus de postes à l'affichage et l'équilibre personnel des agents » (DRH A).

« La charte de mobilité édicte des grands principes qui ne doivent pas être perçus comme un carcan » (DRH B).

La charte mobilité est une des premières démonstrations de la volonté institutionnelle d'inscrire la mobilité dans les esprits.

Dans ces deux phrases nous percevons la nécessité de favoriser la mobilité mais aussi le souci d'inscrire cette démarche sur le long terme. Il y a une volonté de s'inscrire dans une culture de mobilité. Il y a aussi la recherche d'un équilibre entre ce qui peut être demandé et ce qui sera réalisé. Dans ce sens, la démarche de l'établissement B d'obtenir une mobilité de 25% des agents sur une année, est apparue rapidement intenable et inacceptable pour les responsables et l'ensemble des partenaires (sociaux et médicaux). La charte de mobilité a pour avantage d'établir les règles qui guideront l'action de l'encadrement et des professionnels.

- La charte de mobilité vue par chaque établissement<sup>35</sup>

Le CH A: dans le cadre du projet d'établissement 2006–2010 la mobilité interne constitue un axe prioritaire du projet social. Il s'agit d'établir un nouveau protocole relatif à la mobilité des personnels qui s'attachera à accélérer le processus de mobilité dans l'établissement. Ce processus doit permettre de proposer à chaque agent des possibilités

---

<sup>35</sup> Annexe V : Charte de mobilité CH B

d'affectation correspondant à son projet professionnel. Les raisons qui justifient cet intérêt pour la mobilité interne sont :

- Le fait d'être affecté au cours d'une carrière professionnelle au sein de plusieurs unités permet, incontestablement, d'améliorer la polyvalence des personnels et d'enrichir les compétences individuelles.
- Une mobilité régulière au sein de l'hôpital permet de donner à chaque agent l'opportunité de mettre en œuvre son projet professionnel.

Cette démarche s'appuie sur un questionnaire adressé à l'ensemble des personnels au cours de l'année 2005, qui a montré que plus de 70% des agents de l'établissement considèrent le système actuel comme insatisfaisant (parution une fois par an de l'ensemble des postes, candidature, entretien, affectation, au bout de 3 ans sans obtention d'un poste, affectation obligatoire avec pour effet le blocage du système). 59% des agents sont favorables à l'instauration d'un système d'affectation limité dans le temps, basé sur des règles transparentes et connues de tous. Pour 98% des agents, la mobilité apporte un enrichissement dans la carrière professionnelle. Pour ceux qui répondent que la mobilité n'apporte pas d'enrichissement personnel, ils mettent en évidence la non reconnaissance de la mobilité comme plus-value.

Résultats des réponses au questionnaire : (ces réponses sont données en accord avec le DRH A)

☞ 20% des agents permanents de l'établissement dont une très grande majorité de soignants. L'ensemble des professionnels associe la mobilité à un changement de service.

☞ La procédure actuelle est mal connue des agents : défaut de communication. Non respect de cette procédure par les cadres de santé.

☞ La mobilité est trop favorable pour les agents contractuels, et pas assez pour les titulaires.

☞ La prise en compte des compétences individuelles et des profils de poste est insuffisante lors des choix de la nouvelle affectation.

☞ Manque de respect de la procédure actuelle sur la « mobilité ».

☞ Formation d'adaptation à l'emploi insuffisante.

☞ 60% des agents considèrent qu'il faut limiter le temps d'affectation dans un service. La durée la plus souvent préconisée est de 5 ans.

☞ Revoir le déroulement des entretiens préliminaires aux affectations, une procédure unique et largement diffusée.

Cette charte de mobilité actuellement en cours de négociation avec les partenaires sociaux et médicaux indique le rythme de la mobilité, le pourcentage d'agents devant s'inscrire dans ce processus (25%). Elle reprend le dispositif (commission postes aménagés) permettant d'affecter, pour une période transitoire (3 ans), un certain nombre

d'agents sur des postes dits « adaptés » aux pathologies médicales ou aux difficultés personnelles. Ce dispositif préconise que tous les services doivent proposer des postes « adaptés », afin d'éviter de créer des « niches » de ce type de postes. Le fait de limiter la durée d'affectation oblige l'agent concerné à mettre en œuvre toutes les dispositions lui permettant de stabiliser sa situation. Il est acteur de son projet.

Le CH B : Dans le cadre du projet d'établissement 2003-2007, le projet social s'est engagé à :

- Mener une réflexion sur la mobilité au sein de l'institution.
- Edicter une charte de la mobilité.
- Définir les outils partagés destinés à favoriser la mobilité.
- Développer les formations d'accompagnement lors d'un changement d'affectation.
- Créer les conditions du développement de la mobilité par une meilleure connaissance des services.

Afin d'atteindre ces objectifs, un groupe de travail pluridisciplinaire a été constitué et a travaillé au cours du premier semestre 2005 à la réalisation d'un document qui précise :

- La définition de la mobilité.
- Les effets attendus de la mobilité.
- Les éléments du dispositif.

Les éléments majeurs du dispositif sont, d'une part, une charte de mobilité qui reprend les objectifs de la mobilité et qui est déclinée pour chaque situation de travail et, d'autre part, la mise en œuvre d'un entretien annuel « d'évolution, évaluation »<sup>36</sup> qui doit permettre aux agents de s'inscrire dans « un projet d'intention professionnelle ».

La démarche engagée par les deux établissements cherche à enclencher le processus de mobilité des personnels. Elle est plus coercitive dans le CH A, plus pédagogique dans le CH B. Dans cet établissement l'équipe de direction compte beaucoup sur l'entretien « d'évolution, évaluation » pour favoriser le processus. L'ensemble des cadres a été formé à ce type d'entretien et à la mise en évidence des compétences acquises et requises pour occuper un poste. C'est une implication large de la direction des soins qui doit s'engager dans une démarche d'accompagnement des cadres et des agents. Une large campagne d'information est prévue sur le thème de la mobilité.

---

<sup>36</sup> Annexe VI : guide d'entretien d'évaluation, évolution

## **E) L'accompagnement de la politique de mobilité, tous secteurs confondus**

Cet accompagnement s'appuie selon les directeurs sur des principes simples :

- Diffusion de l'ensemble des postes vacants.
- Diffusion des profils de poste.
- Un entretien systématique avec l'encadrement.
- Possibilité pour les agents qui changent de rencontrer leurs collègues.
- La mise en place d'un tutorat et d'un temps de formation dans les secteurs très polyvalents (Hôpitaux de jour), très techniques (réanimation, soins intensifs).

« Ce travail doit être fait avec la direction des soins. C'est l'encadrement qui doit éclairer la DRH sur le dispositif d'accompagnement » (DRH A).

« Nous avons défini des critères d'encadrement en fonction de la spécificité du service dans les secteurs les plus techniques » (DS A).

### **3.3.4 Les médecins, les partenaires sociaux et la politique de mobilité**

Au cours de notre démarche exploratoire, nous n'avons pas rencontré de médecins, ni de représentants syndicaux. Cependant, nous avons pu, dans nos entretiens avec les directeurs des ressources humaines et les directeurs des soins, recueillir quelles étaient les positions adoptées par ces partenaires dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de mobilité.

Au sein du CH A tous les syndicats ont participé au groupe de travail, ils se sont positionnés favorablement pour les principes de mobilité et le projet de charte. Un seul syndicat s'est opposé au principe d'une mobilité « imposée », lui préférant une mobilité basée sur le volontariat. Au sein du CH B la position des syndicats est identique avec toujours un syndicat se positionnant contre la charte de mobilité.

Concernant les médecins, la situation est différente entre les deux établissements. En effet dans le CH B, les médecins n'ont pas souhaité participer au groupe de travail. Ils ont considéré que cela relevait complètement du rôle et des missions de la direction. Au sein du CH A les médecins se sont opposés au taux de 25% des agents devant changer de service à partir de l'année 2007. Par la suite, dans le cadre du groupe de travail, un compromis a été trouvé qui intègre un taux de mobilité autour de 10%. Ce qui finalement semble satisfaire l'ensemble des partenaires, car dans cet établissement à partir de 2007 il y aura beaucoup de départs en retraite, ce qui « permettra d'amorcer la pompe de la mobilité ».

### **3.3.5 La mobilité et les pôles**

Bien que nous n'ayons pas intégré la mise en place des pôles dans la formulation de nos hypothèses, nous avons souhaité recueillir l'avis de l'ensemble de nos interlocuteurs sur l'incidence des pôles dans le cadre d'une politique de mobilité institutionnelle.

Tous s'accordent pour dire que la mobilité au sein du pôle sera renforcée. La nécessité de performance va se développer et de ce fait il faudra en permanence adapter les moyens humains aux activités. Cette mobilité intra-pôle est très liée aux types de services composant le pôle ; ceci est une problématique pour les cadres supérieurs qui s'interrogent sur les possibilités qu'ils auront de former et d'accompagner les agents. « Je ne sais pas ce que sera cette mobilité mais je pense que de toute façon on ne pourra pas faire autrement dans les situations critiques » (CSS A).

Pour ce qui concerne la mobilité inter-pôles, les professionnels interrogés s'inquiètent d'un possible renforcement des cloisonnements. Cependant, concernant les secteurs ambulatoires des deux établissements A et B, ils resteront communs à l'ensemble de la structure, donc le principe de la mobilité n'est pas remis en cause. En ce qui concerne les autres services, les DRH et DS s'accordent pour dire que la politique de mobilité doit être inscrite dans le projet social et donc mise en œuvre pour tous. « Une politique générale de mobilité prend tout son sens dans cette mise en œuvre des pôles, c'est pourquoi nous avons inscrit dans notre projet que la mobilité serait intra et inter pôles » (DS A), « Le directeur des soins doit toujours être associé au recrutement et les postes vacants doivent paraître sur l'ensemble de la structure » (DS B).

## **3.4 Synthèse de l'enquête et vérification des hypothèses**

Au cours de nos entretiens nous avons pu appréhender la mobilité dans les secteurs ambulatoires, dans trois établissements différents. Cette mobilité s'inscrit dans un cadre assez contraint pour les hôpitaux de jours, avec un rythme de mobilité imposée à toutes les infirmières. Ce rythme est fixé à 3 ans dans les trois établissements, nous n'avons pas pu savoir pourquoi 3 ans et pas plus (4 ou 5 ans). Ce rythme satisfait globalement les cadres, un peu moins les infirmières, mais cela semble assez compréhensible. La mobilité est un changement et comme tout changement il est difficile de le concrétiser. Cependant, ce seuil correspond d'après la littérature au moment où les professionnels deviennent compétents dans leur poste, ce qui nous est confirmé par les infirmières et qui mérite d'être pris en compte pour déterminer le « bon rythme » de la mobilité. L'exercice professionnel dans les secteurs ambulatoires permet de développer la polyvalence des infirmières par des prises en charges pluridisciplinaires, ce qui est particulièrement valorisé par les acteurs.



Nous avons aussi pu mesurer l'importance de l'accompagnement des infirmières à leur prise de poste mais aussi au moment de leur départ. Pouvons-nous penser que lorsque ce changement s'inscrit dans un processus obligatoire il doit être mieux accompagné ? L'accompagnement à la prise du poste et au changement de poste est peu formalisé. Cela fonctionne plus selon l'intérêt que le cadre de santé y porte. En tant que directeur des soins nous pensons que dans une démarche de valorisation de la mobilité, ce temps d'accompagnement ne doit pas être négligé. Sur les secteurs de consultations externes, la mobilité est plus difficile à mettre en œuvre bien qu'inscrite dans la démarche institutionnelle. Cela tient essentiellement au fait que ces secteurs sont encore trop souvent les seuls à accueillir des professionnels en situation de handicap ou de difficultés personnelles. Cela demande de notre part, dans une gestion partagée des ressources humaines, de réfléchir à toutes les possibilités qui peuvent être offertes à ces professionnels et cela dans tous les services.

La mobilité dans les secteurs ambulatoires a souvent précédé une politique de mobilité sur l'ensemble de l'institution. Dans deux établissements cette mobilité est inscrite dans les projets sociaux et est considérée par les directeurs comme une priorité dans le cadre de l'évolution des structures hospitalières. Cette perception est différente en fonction de la situation de l'établissement, de référence ou de proximité. Pour les directeurs des soins et des ressources humaines, la mobilité est un outil qui permet d'assurer la qualité des soins. En effet, par l'acquisition de connaissances, de compétences, les professionnels développent des capacités d'adaptation et sont plus facilement polyvalents.

La mobilité est vue positivement du côté des dirigeants, cependant cette perception doit être partagée par l'ensemble des acteurs de l'hôpital. Si généralement les syndicats considèrent que la mobilité peut être un atout, ils sont plus réservés sur une politique de mobilité encadrée. Du côté des médecins il semble que la mobilité des infirmières soit encore perçue négativement, surtout dans les secteurs où se développe une certaine forme de spécialisation : endoscopie, explorations fonctionnelles, d'où la nécessité de les associer à la réflexion.

Enfin dans le cadre du développement des pôles, les dirigeants et les cadres de santé souhaitent que les principes de mobilité inter-pôles soient clairement explicités pour ne pas favoriser le cloisonnement et ne réserver la mobilité qu'aux situations d'agents qui ne donnent plus satisfaction. Pour cela, les cadres supérieurs ont un rôle important à jouer, leur appartenance institutionnelle doit leur permettre d'avoir une vision qui dépasse le secteur ou le pôle.

Ces principaux résultats contribuent à vérifier nos hypothèses.

Nous en avons formulé trois :

**1) La mobilité des infirmières, dans les secteurs ambulatoires, parce qu'elle prend en compte des savoirs différents, incite au partage d'expérience et contribue au développement des compétences collectives.**

Cette hypothèse n'est que partiellement vérifiée en terme d'expression des compétences collectives. Si les personnes interviewées s'accordent pour dire que la mobilité dans les secteurs ambulatoires favorise le partage d'expériences, l'acquisition de compétences nouvelles, il n'est pas fait référence à la notion de compétences collectives. Cependant, à travers les propos du cadre et de l'IDE du CH C, nous pouvons dire que la démarche mise en oeuvre lors de l'ouverture de ce service s'inscrivait dans un « combinatoire de savoirs différenciés mis en situation en vue d'atteindre un objectif commun ». Dans le cadre de « l'entretien d'évolution, évaluation », le CH B cherche à mettre en évidence les compétences individuelles. Nous pouvons penser que cette démarche se complètera par un dispositif construit associant l'ensemble des professionnels autour de projets, de démarche par processus qui font appel « à une dépendance cognitive par rapport aux compétences et connaissances des autres », et par-là même sont des manifestations des compétences collectives.

**2) La mobilité des infirmières dans ces secteurs évite une spécialisation accrue et diminue le risque d'épuisement professionnel.**

Les infirmières et les cadres interviewés ont tous mis en évidence que le passage d'une infirmière aux consultations externes et à l'hôpital de jour permet de développer sa polyvalence. Les professionnelles en font toutes un moyen de lutter contre la routine et contre l'épuisement professionnel. Ce qui revient à dire que la pluridisciplinarité des prises en charge dans les secteurs ambulatoires est facteur de développement de la polyvalence et évite la routine. D'ailleurs les infirmières parlent de « spécialisation » lorsqu'elles doivent quitter le secteur ambulatoire pour une unité d'hospitalisation complète.

**3) La mobilité permet de développer les capacités d'adaptation des professionnels infirmiers et d'assurer l'employabilité tout au long de leur carrière.**

Nous avons parfaitement perçu dans nos entretiens que la mobilité améliore les capacités d'adaptation des infirmières et encore plus, semble t'il, quand elles ont exercé dans les secteurs ambulatoires pour les raisons évoquées précédemment. L'employabilité des professionnels est l'objectif principal visé par les directeurs des ressources humaines lorsqu'ils souhaitent développer une politique de mobilité plus coercitive. Cette démarche se situe dans le besoin d'adapter les moyens humains aux besoins de compétences pour assurer des soins de qualité dans une enveloppe financière de plus en plus contrainte.

## 4 Préconisations ou propositions d'actions

Nous inscrivons nos propositions d'actions dans un cadre plus large de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Notre objectif vise à maintenir et à développer les compétences des professionnels infirmiers, pour permettre de répondre aux exigences de besoins de soins des patients. Il s'agit aussi d'assurer à tous les agents un parcours professionnel attrayant et une réponse aux désirs d'évolution professionnelle.

Notre démarche a aussi pour objectif de prendre en compte notre prise de poste. Nous prenons nos fonctions dans un établissement qui va être reconstruit dans sa totalité. Dans le cadre de cette construction, les activités ambulatoires sont regroupées. En effet le développement des alternatives à l'hospitalisation complète est un point fort du projet. Les consultations externes elles aussi vont être regroupées et positionnées au rez-de-chaussée du bâtiment. Cette opportunité fonctionnelle peut-elle permettre de mettre en place une organisation des activités de soins, dans les secteurs ambulatoires, qui reprenne les éléments posés dans nos hypothèses ?

A partir de nos constats, de notre démarche exploratoire dans la littérature et sur le terrain, nous allons essayer de faire émerger des préconisations qui peuvent nous servir de base de travail à la démarche d'organisation des activités de soins dans ce nouvel établissement. Cette démarche intègre la mobilité dans les secteurs ambulatoires et les moyens de favoriser le développement des compétences individuelles et collectives pour donner des soins de qualité. Dans ses missions le directeur des soins « coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement », mais aussi « il participe, en liaison avec le corps médical et l'encadrement des services administratifs, logistiques, socio-éducatifs et techniques, à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins »<sup>37</sup>.

### 4.1 Un engagement fort de la direction

Notre action en qualité de directeur des soins s'inscrit sous l'autorité hiérarchique du directeur d'établissement. Nous sommes membres de l'équipe de direction et nous devons participer à la définition et à la mise en œuvre de la politique de l'établissement.

La politique de mobilité est intégrée dans le projet social pour affirmer la volonté des dirigeants à s'assurer de la compétence des professionnels tout au long de leur

---

<sup>37</sup> Décret 2002-550 du 19/04/2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.

carrière, et de leur capacité d'adaptation aux situations de travail évolutives dans le contexte hospitalier. Cette démarche qui exprime une volonté d'affichage de gestion des compétences, formalisée dans le projet social, doit être aussi affirmée dans le projet de soins. Elle est valorisée par un processus d'élaboration de parcours professionnels et de construction de portefeuille de compétences, par une politique de promotion professionnelle. Elle demande une collaboration étroite entre le directeur des soins et le directeur des ressources humaines.

Il ne nous semble pas possible de dissocier une politique de mobilité contrainte sur les secteurs ambulatoires, d'une politique globale d'incitation à la mobilité dans l'ensemble des services de l'établissement. Le principe d'équité, évoqué lors des entretiens par les directeurs, doit s'appliquer à tous les professionnels. En effet, si les contraintes de poste sont moins fortes dans les secteurs ambulatoires (horaires fixes, absence de week-ends travaillés) et justifient la mobilité, il n'en demeure pas moins que ces agents doivent pouvoir accéder à tous les secteurs lors de leur procédure de changement de service. Ils ne doivent pas être limités par une absence de mobilité sur les autres services. Ceci s'applique aussi aux agents des secteurs de gériatrie qui se plaignent de ne pas pouvoir accéder à d'autres postes.

Derrière cet engagement de l'équipe de direction, il y a la nécessité de valoriser la mobilité à tous les niveaux et donc d'entreprendre une démarche partenariale de concertation avec l'ensemble des acteurs pour les convaincre de son intérêt, pour l'agent mais aussi pour le service et pour l'institution. Dans ce dispositif de communication et de concertation, le directeur des soins occupe une place stratégique de par son rôle hiérarchique sur l'ensemble de l'encadrement et ses missions précédemment énoncées.

Son rôle se situe au niveau de la participation et de la décision. Au niveau de la participation, en collaboration avec le DRH, il contribue à définir la politique de mobilité et sa mise en œuvre. Il participe aux recrutements et propose les affectations. Au niveau de la décision, il définit les procédures d'accueil et d'intégration des professionnels soignants. Il est chargé de l'évaluation des professionnels dont il est responsable et dans ce sens, doit favoriser le développement des outils de cette évaluation afin de valoriser les compétences acquises et à acquérir.

## **4.2 Un plan d'action concerté autour d'un travail collectif et pluridisciplinaire**

La mobilité, un outil de gestion des compétences, inscrite dans la politique de l'établissement, fait l'objet d'une large concertation entre les différents acteurs institutionnels.

Comme nous l'avons constaté à travers nos entretiens, organiser la mobilité interne des professionnels demande l'adhésion de tous les acteurs et parmi ces acteurs,

les médecins occupent une place importante. Il semble que leur perception de la mobilité soit négative. La mobilité est encore trop souvent vécue comme instabilité et le risque perçu est de ne pas pouvoir constituer une équipe fixe qui sera « rassurante » et compétente. L'arrivée de nouveaux professionnels doit être un temps d'affirmation d'une politique de soins, d'explicitation des modes de prises en charge. Elle n'est en aucun cas une perte de temps. Elle permet de réinterroger la pratique et de formaliser des procédures, s'inscrivant parfaitement dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles. Le fait d'être infirmière dans un service depuis 10 ou 15 ans ne doit pas constituer le seul critère d'évaluation de la compétence. Les objectifs de performance de l'institution doivent être partagés par tous. Cela nous est rappelé par la deuxième procédure d'accréditation (chapitre II, ressources transversales), «La qualification, la compétence et la motivation des acteurs contribuent, pour une grande part, à la qualité de la prise en charge des patients. » Pour cela, l'établissement se doit de s'assurer «du maintien de niveau des compétences et de leur évolution »<sup>38</sup>. Dans cette démarche, il est demandé à l'établissement de montrer comment il motive ses agents en favorisant la synergie et la valorisation du travail, collectif et individuel. La mobilité, inscrite dans un projet global de développement professionnel, est un moyen de la performance et de la qualité des soins.

La mobilité n'est pas l'instabilité et la polyvalence contribue au développement de la compétence individuelle. Les projets de services et maintenant les projets de pôles doivent intégrer la mobilité comme outil de gestion des compétences. Pour cela, il est important de mobiliser les cadres autour d'un projet de mobilité dans les secteurs ambulatoires et les unités d'hospitalisation.

Les cadres de santé à l'interface entre l'équipe infirmière, les médecins et la direction doivent être associés à la mise en œuvre de cette politique de mobilité incitative. Les cadres comme les médecins vivent parfois la mobilité comme une perte de « leurs meilleures infirmières » pour d'autres moins performantes. L'implication des cadres suppose que le directeur des soins impulse un travail sur la culture de l'encadrement, associé à l'optimisation des ressources humaines de l'établissement. La mise en œuvre d'un projet de mobilité doit requérir une approbation de tous les acteurs, une conviction de tous les partenaires de direction et bien sûr une adhésion de l'encadrement infirmier. Cette association doit se faire dès la mise en place de la réflexion sur les principes et les outils de la mobilité. Elle contribuera à définir le rythme de cette mobilité, mais aussi comment elle doit être gérée pour permettre la valorisation des compétences et

---

<sup>38</sup> AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES)-Manuel d'accréditation des établissements de santé- deuxième procédure –Direction de l'accréditation et

connaissances. Elle prendra aussi en compte tous les éléments qui facilitent l'intégration, mais aussi le départ des agents.

En application des dispositions de la circulaire du 3 juillet 2001, la détermination des actions de modernisation sociale, découlant du projet social, doit être fondée sur la négociation interne avec les organisations syndicales. Les syndicats sont un partenaire qui doit participer au plan d'action. Bien souvent les syndicats perçoivent comme une perte de liberté un processus de mobilité encadrée. En les associant à un groupe de travail pluridisciplinaire, il s'agit de leur permettre d'exprimer leurs craintes et leurs attentes. La gestion des ressources humaines requière un large débat avec les syndicats.

Le plan d'action concerté définira la politique générale de publication, diffusion des postes. Il indiquera la procédure à suivre et les personnes à rencontrer, à contacter. Il fixera les bases du rythme de la mobilité en fonction des spécificités.

### **4.3 Un contrat négocié avec les professionnels**

Nous ne pouvons pas parler de contrat au sens juridique du terme, il s'agit d'une règle édictée qui sert de curseur pour enclencher la mobilité.

Cela se traduit dans les faits par l'élaboration de la charte de mobilité, qui permet d'informer l'ensemble des professionnels sur les principes retenus par l'institution et les raisons qui conduisent à retenir ces principes. Cette charte, précise dans l'information qu'elle donne, ne doit pas rendre le système trop rigide. Elle doit constituer un socle commun autour duquel la négociation est possible entre le cadre, le professionnel et la direction des soins. Si la mobilité est affichée comme un facteur d'enrichissement professionnel, elle peut être accompagnée de mesures plus incitatives voire coercitives à condition que les règles soient bien édictées.

Lorsque nous évoquons cette négociation possible autour de la charte nous pensons au rythme de la mobilité. Nécessaire, ce rythme de mobilité doit être défini pour l'ensemble de l'institution. Cependant, nous avons pu constater que celui-ci avait parfois besoin d'être adapté à la situation professionnelle mais aussi à la situation du service.

Ainsi dans les hôpitaux de jour, cette règle doit pouvoir s'adapter aux effectifs. Nous pensons que la mobilité ne doit pas mettre en difficulté le fonctionnement du service. Pour nous, dans ces secteurs où l'effectif infirmier se situe, entre trois et cinq infirmières avec bien souvent des professionnelles à temps partiel, il faut limiter la mobilité à une infirmière par an, ce qui permet d'assurer une qualité d'encadrement mais aussi

une qualité des soins. Ceci nous conduit à aborder le processus d'accompagnement des agents qui s'inscrivent dans la mobilité.

La notion de projet professionnel est à redéfinir, celui-ci n'étant pas uniquement lié à l'« ascension sociale ». Il est important dans un contexte de changement fort de favoriser l'adaptation aux emplois.

Il nous semble que pour inscrire la mobilité dans la durée, cela doit être une démarche individualisable à partir de règles négociées avec les partenaires sociaux. Il est vraiment nécessaire de rendre l'agent acteur de son projet professionnel. S'il doit comprendre que la mobilité est absolument nécessaire à l'adaptation de la structure aux besoins de soins, il doit aussi pouvoir s'inscrire dans un processus de progression personnelle lui permettant de rester compétent et polyvalent, de pouvoir progresser dans les emplois.

#### **4.4 Une gestion humaine des situations complexes : postes aménagés, nécessité de mobilité, de compétences**

Comment concilier la mobilité et assurer une gestion satisfaisante des infirmières sur les postes aménagés dans les secteurs ambulatoires ?

Pour faire suite à nos constats, nous avons exploré, lors de nos entretiens, l'affectation d'infirmières sur les « postes aménagés ». Les secteurs ambulatoires ont été, pendant de nombreuses années, le réservoir de ce type de postes avec des conséquences négatives en matière de service rendu et de performance de prise en charge des usagers.

Les secteurs ambulatoires comme les autres services sont amenés à accueillir des professionnels en difficulté, que ce soit pour des problèmes de santé ou de situation personnelle difficile. Comme nous l'avons vu dans les deux centres hospitaliers (A et B), l'affectation se fait sur la base d'un contrat de 3 ans révisable en fonction de l'évolution de la situation. Ceci nous paraît aller dans le bon sens puisqu'il y a une volonté d'engager le professionnel dans un processus dynamique de gestion de sa situation. Cela doit être accompagné d'une démarche de valorisation du professionnel. Celui-ci, au-delà de sa situation doit s'engager dans un processus d'acquisition de compétences et d'évolution professionnelle.

Les règles de recrutement, d'accueil, d'encadrement, sont les mêmes que pour tout autre agent. Le poste en secteur ambulatoire ne doit pas être une finalité mais plus un tremplin pour repartir sur un projet professionnel, cette affectation se faisant très souvent après une longue interruption de temps de travail. C'est pourquoi les notions de mobilité et de compétences doivent être prises en compte lors de l'affectation.

## **4.5 Un entretien d'affectation**

Nous nous situons dans une démarche où l'ensemble des postes vacants fait l'objet d'une diffusion en interne, permettant à chaque agent de se positionner sur un ou plusieurs postes. Chaque agent candidate par écrit. Une procédure d'entretien est organisée, elle engage les cadres supérieurs et les cadres. Sur la base de profils de poste ou de grille d'entretien, ils sont amenés à choisir le ou les candidats qui sont affectés après accord de la direction des soins et des ressources humaines. Cet entretien doit permettre de détecter les potentialités de l'agent à s'adapter au poste. Il s'agit, au travers de son parcours professionnel et des compétences acquises, de percevoir ses capacités d'adaptation et de polyvalence. Pour accompagner les cadres dans cette démarche, il peut être intéressant de prévoir une formation à la conduite d'entretien.

Comme nous l'avons constaté lors de nos entretiens, l'accompagnement des agents lors d'une démarche de mobilité est un moment à ne pas négliger. L'entretien annuel « d'évolution et d'évaluation » proposé par le CH B me semble répondre à cet accompagnement à la mobilité. Il permet à l'infirmier d'exprimer ses besoins et ses souhaits en matière de mobilité. Cet entretien s'appuie sur un bilan des compétences acquises qui sont autant de possibilités de s'inscrire dans une nouvelle prise de poste.

Lors de notre enquête, les cadres de santé et les infirmières ont tous mentionnés l'importance que revêt l'entretien d'accueil.

Cet entretien avec le cadre de santé doit permettre de poser les bases d'une intégration rapide et de qualité. Il porte sur le parcours de l'agent sur les compétences acquises. Au cours de cet entretien le cadre va chercher à détecter les potentialités du professionnel et il va aussi rechercher les axes à développer. Cet entretien doit faire l'objet d'un compte-rendu écrit et il pose les bases de l'encadrement.

Il permet :

- De présenter le fonctionnement du service, ses objectifs, la fonction à remplir.
- De lui faire visiter le service et rencontrer ses collègues.
- De remettre l'ensemble des documents formalisés : au-delà du profil de poste dont il a déjà pris connaissance au moment de sa candidature, il convient de lui indiquer là où il trouvera les protocoles, fiches techniques.
- De poser les bases de son encadrement.

## **4.6 Un tutorat nécessaire, un temps de formation indispensable**

C'est à travers une véritable démarche d'intégration et d'accompagnement que l'on peut rendre la mobilité « plus vivable pour les médecins » pour reprendre une expression utilisée par un des DRH.



Dans une démarche d'intégration des infirmières, lors d'un changement de service, il est important qu'elles puissent bénéficier d'un encadrement individualisé leur permettant d'acquérir les compétences nécessaires à la maîtrise du poste.

Cet encadrement facilitera la prise de fonction effective et l'intégration. Il aura été précédé de l'entretien d'accueil avant prise de poste.

Ce tutorat mobilise toutes les infirmières mais aussi les médecins dans la définition des principes qui seront appliqués dans sa mise en œuvre. Le tutorat a pour objectif de faciliter l'intégration du nouvel agent.

Deux formes de tutorat sont possibles :

Le référent : pour répondre aux questions d'une infirmière nouvellement affectée en secteur ambulatoire, il peut lui être proposé un « référent tuteur » qui répondra à ses questions. Dans les hôpitaux de jour cette action peut facilement être appliquée car en règle générale l'infirmière ne travaille pas seule dans un secteur, elle est souvent à proximité d'une collègue dans le cadre de prises en charge coordonnées.

Le tuteur : l'infirmière nouvellement affectée bénéficie d'un temps d'encadrement par une collègue confirmée. Ce temps d'encadrement doit être déterminé à l'avance par les procédures d'accueil et d'intégration et par le bilan de l'entretien d'accueil. Cette procédure a été mise en place mais non formalisée par le cadre du CH C.

Il s'agit, dans les deux situations, d'avoir le souci de partager des connaissances acquises.

Les autres possibilités que nous pouvons aussi mettre en œuvre pour favoriser l'accueil et l'intégration sont des stages de découverte. Mais dans ce type de procédure, il convient de parfaitement définir le cadre de la mise en œuvre car il ne s'agit en aucun cas de multiplier ce type de stages.

La formation continue se situe à un niveau plus avancé dans la prise de poste. Nous pensons que pour qu'elle puisse apporter une plus-value à l'agent, celui-ci doit être en mesure de définir ces besoins précisément. Cela n'est possible qu'après un temps d'exercice dans un poste.

## **4.7 Des écrits**

### **4.7.1 Profils de postes**

Le travail par les compétences : la mise en parallèle des compétences acquises et validées et les compétences requises ou à acquérir, est un principe fondamental dans la mise en place d'un dispositif de mobilité interne. Pour permettre de les mettre en parallèle il faut avoir exprimé les compétences sous forme de capacités, et avoir mis en œuvre un dispositif de repérage comme le profil de poste ou la fiche métier.

Le profil de poste est un outil fondamental pour la gestion des ressources humaines au sein de la collectivité. Il est absolument nécessaire dans la mise en œuvre de la politique de mobilité car il permet de repérer les compétences requises pour un poste de travail. La diffusion des profils de postes doit permettre aux agents de construire leur projet professionnel, en mettant en valeur leur expérience et les compétences acquises en fonction des compétences recherchées. L'agent doit pouvoir, lors de l'entretien de recrutement interne, au regard du profil de poste, mettre en avant les compétences qu'il a et comment il peut les réinvestir sur un autre poste.

Dans le cas des postes dans les secteurs ambulatoires, le profil de poste met en évidence les pré-requis nécessaires pour venir travailler dans ces secteurs. Parmi ces pré-requis, l'expérience professionnelle est mentionnée. Elle aura fait l'objet d'une négociation entre la direction des soins, les cadres et les médecins. L'accès des postes d'infirmières dans les secteurs ambulatoires doit être proposé à des infirmières ayant acquis des expériences c'est un fait, mais cependant il ne doit pas être dissuasif par des critères trop discriminants.

#### **4.7.2 Procédures, fiches techniques**

Il est nécessaire d'accompagner l'accueil et l'encadrement du professionnel par un développement des procédures et fiches techniques. Encore trop souvent peu de techniques sont écrites et validées d'où un « parcours du combattant » pour le nouvel arrivant. Nous devons, en qualité de directeur des soins et dans le cadre de nos missions, contribuer au développement des écrits sur les procédures de prises en charge. Cette action doit permettre d'harmoniser les pratiques et ainsi de favoriser le développement des compétences collectives.

### **4.8 Une évaluation régulière**

Pour nous, cette évaluation se situe à deux niveaux : un processus individuel d'évaluation des professionnels et aussi une évaluation du dispositif de mobilité mis en œuvre.

#### **4.8.1 Le processus individuel d'évaluation :**

L'évaluation est assortie d'un engagement mutuel. Elle ne se résume pas à un bilan et à une note. Il lui faut être moteur d'une amélioration de la performance individuelle et collective et donc tourné vers l'avenir. Il doit y avoir une contractualisation entre l'évaluateur et l'évalué en terme de résultats attendus et de moyens à mettre en œuvre. L'objectif consiste à remettre en perspective la situation d'un collaborateur. Par rapport à cette démarche d'évaluation, le travail effectué par le CH B est intéressant. Les objectifs de l'entretien « d'évaluation et d'évolution » professionnelle sont de :

- Permettre à l'agent de se situer dans ses missions, dans son évolution professionnelle dans les projets du service et de l'établissement.
- Permettre au cadre de mieux connaître et situer l'agent dans ses missions, ses objectifs, ses aspirations et d'envisager les moyens à mettre en œuvre pour valoriser et développer ses compétences.

L'entretien annuel doit permettre de pointer les indicateurs de réussite ou d'échec du projet. Ce moment est un moment de rencontre entre le cadre et l'agent qui doit être un temps d'échanges sur un projet professionnel et sur un projet institutionnel de développement de la mobilité, pour valoriser les compétences.

#### **4.8.2 Le processus collectif d'évaluation du dispositif**

Même si les règles sont fixées il est important de s'interroger sur la validité à court, moyen et long terme d'un dispositif de mobilité.

Cette évaluation s'appuiera sur des critères quantitatifs (nombre de postes inscrits au mouvement annuel, ancienneté des agents dans les services), mais aussi sur des critères qualitatifs (le développement des procédures d'accueil et d'encadrement, l'élaboration de référentiel de compétences, le partage d'expérience entre les services).

Une politique de mobilité demande un engagement de tous les acteurs. Cependant, les cadres de santé et cadres supérieurs doivent être convaincus de son intérêt encore plus maintenant qu'hier, avec la mise en œuvre des pôles. En effet, nous sommes meilleurs à plusieurs que tout seul. Dans ce processus, le directeur des soins a pour mission de fédérer l'encadrement autour d'un projet de prise en charge des patients faisant de la mobilité, un axe de développement de la qualité des soins à travers le partage d'expériences et le développement d'une démarche de management par les compétences.

## CONCLUSION

Les évolutions organisationnelles des établissements réinterrogent nos pratiques en terme de gestion des ressources humaines. C'est un enjeu fort, que de développer les compétences des professionnels. Le travail dans les établissements évolue considérablement en fonction de la situation de celui-ci, sur l'échiquier de l'offre de soins dans un territoire de santé. L'adaptation des structures, des prises en charges, des emplois est en permanence questionnée. Dans l'adaptation des emplois à la demande de soins, la mobilité du personnel est une réponse car elle permet de maintenir, développer les compétences indispensables pour appréhender les situations de changement. Nous sommes passés d'une situation où le poste pouvait être acquis à vie, à un contexte en mouvement permanent où de nouveaux métiers apparaissent et d'autres disparaissent.

L'infirmière généraliste de par sa formation ne l'est plus de par son exercice professionnel, ce qui n'est pas sans poser de problèmes en terme d'adaptation aux situations de travail. C'est pourquoi définir et mettre en œuvre une politique de mobilité doit être un point important des projets sociaux et de soins.

Dans les secteurs de prise en charge ambulatoires, compte tenu des possibilités d'affectation et des raisons qui guident ces affectations, la contractualisation de la mobilité des infirmières, pour un maintien des compétences collectives et une adaptation aux exigences des patients et des professionnels, est encore plus nécessaire qu'ailleurs. L'enquête de terrain a montré que dans ces secteurs, quand la prise en charge est pluridisciplinaire, elle permet de développer la polyvalence des professionnels et les rend plus aptes à s'adapter ailleurs. Dans ces secteurs à forte technicité, les professionnels qui ne seraient pas mobiles peuvent devenir rapidement des experts de la polyvalence interne isolés dans un secteur à contraintes limitées. Ceci ayant des conséquences sur la collaboration avec les autres secteurs.

La mobilité doit être envisagée comme un moyen de capitalisation de connaissances, d'acquisition de compétences dans une dynamique de développement du métier d'infirmière. Elle est l'affaire de tous les acteurs hospitaliers et elle constitue un défi managérial pour la direction des soins dans la perspective de la mise en œuvre des pôles. Rien ne serait plus dangereux que de voir s'installer une mobilité intra pôle qui renforcerait l'isolement, le cloisonnement. Il s'agit de maintenir une cohérence institutionnelle et un égal accès de tous les professionnels à tous les postes.

Les demandes des usagers sont multiples et complexes, face à cela, les professionnels doivent être en capacité de donner des réponses adaptées, dans un souci de fournir des soins de qualité. En ce sens, la mobilité des professionnels infirmiers, au service d'un développement des compétences collectives, est un élément de cette qualité.

---

# Bibliographie

---

- **OUVRAGES**

BRENNER P. *De novice à expert – Excellence en soins infirmiers*. Paris : Inter éditions, 1995, 252 p

CROZIER M. et FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*. Paris : éditions du seuil, 1977, 500 p

DERENNE O. et LUCAS A., al... *Le développement des ressources humaines volume 2*. Rennes : éditions ENSP, 2005, 444 p

GONNET F. et LUCAS S. *L'hôpital en questions*. Paris : éditions Lamarre, 2003, 272 p

HART J. et LUCAS S. *Management hospitalier, stratégies nouvelles des cadres*. Paris : éditions Lamarre, 2002, 180 p

IAZYKOFF W. *Organisations et mobilités, pour une sociologie de l'entreprise en mouvements*. Paris : éditions logiques sociales, l'Harmattan, 1993, 170 p

KOURLISKY F. *Du désir au plaisir de changer*. Paris : éditions Dunod, 2004, 332 p

LE BOTERF G. *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris : éditions d'organisation, 2004, 244 p

PENGAM M. et SLIWKA C. *Changement de poste, changement de fonction : les compétences des cadres à l'épreuve de la mobilité*. Paris : éditions Lamarre, 2006, 163 p

RAOULT N. *Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier*. Paris : éditions l'Harmattan, 1991

REYNAUD J.D. *Les règles du jeu*. Paris : éditions Armand Colin, 2004, 348 p

STRAUSS A. BASZANGER I. *La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : éditions logiques sociales, l'Harmattan

ZARIFIAN Ph. *Compétences et stratégies d'entreprise* Paris : éditions Liaisons, 2005, 191 p

- **ARTICLES DE PERIODIQUES**

CATEAU C. « A propos des compétences collectives » Soins Cadres, Février 2002, n°41, pp 36-37

CHABOISSIER M et LETOURNEAU D. « De la notion de compétences à celle de validation des acquis » Soins Cadres, Février 2002, n°41, pp 27-31

COUDRAY M.A. et BARTHES R. « Le management hospitalier à la croisée des chemins » Gestions Hospitalières, Janvier 2006, pp 18-23

DARRAS E. «La compétence infirmière, un défi pour le cadre ». Soins Cadres, Août 2003, n°47, pp 22-26

DREVET G. « Polyvalence infirmière dans les unités de soins » Objectif soins, Décembre 2002, n°111, pp I-XIV

DUMAS S. « Du décloisonnement à la mobilité : la richesse des autres ». Objectif soins, Décembre 2001, n°91, pp IX-X

LE BOTERF G. « La mise en place d'une démarche compétence : quelques conditions de réussite » Personnel, Août Septembre 2000, n°412, pp 35-43

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

LE BOTERF G. « Gestion des compétences, définitions, nécessité, faisabilité.... » Gestions Hospitalières, Décembre 2005, pp 772-776

MAGGI I. « De la compétence au professionnalisme », Objectifs soins, Mars 2003, n°114, pp VII-XII

PAYEN C., HACHE M.C., KINDT J.P. «La bourse des emplois au CHU de Lille, une gestion de la mobilité interne ». Gestions Hospitalières, Juin Juillet 1995, pp 477-478

PENSO-LATOUCHE A. « Pour en finir avec le savoir être » Soins Cadres, Février 2002, n°41, pp 43-45

SAN JULIAN M. « Mobilité, les nouveaux enjeux ». Objectif soins, Août Septembre 2004, n°128, pp 17-18

SAN JULIAN M. « La mobilité, oui mais... ». Objectif soins, Décembre 2001, n°91, pp XI-XII

TEULLIER R. « Construire ensemble les connaissances pour nourrir les compétences ». Soins Cadres, Février 2002, n°41, pp 23-26

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

- **THESES ET MEMOIRES NON PUBLIES**

CHEDEVILLE P. *La mobilité au service de la polyvalence : un enjeu pour le directeur des soins*. Mémoire de directeur des soins : ENSP 2002, 85 p

CARTRON M. *Des infirmières plus mobiles pour une meilleure qualité des soins*. Mémoire d'Infirmier Général ENSP 1997, 86 p

DULAK H. *La gestion de la mobilité au service de la compétence*. Mémoire d'Infirmier Général ENSP 2001, 81 p

FILIPPI M. *La cohésion du service de soins infirmiers et la mobilité au service du malade.* Mémoire d'Infirmière Générale ENSP 1995, 70 p

IMBERT M. *La mobilité : quels enjeux pour l'institution et les infirmières ?* Mémoire d'Infirmière Générale ENSP 1999, 69 p

PONCET BODINIER A. *La polyvalence des infirmières : un élément dynamique de changement.* Mémoire d'Infirmière Générale ENSP 1999, 70 p

REMY P. *La gestion des postes aménagés à l'hôpital : pourquoi pas une plus value pour l'institution.* Mémoire de directeur des soins : ENSP 2004, 81 p

STEINER D. *Politique de mobilité : gestion dynamique et partagée des ressources humaines.* Mémoire de directeur des soins : ENSP 2002, 60 p

- **TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES**

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1991 – LOI N° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

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

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002 – DECRET N° 2002-550 du 19 avril 2002 portant création du statut particulier du corps des directeurs des soins

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2001 - CIRCULAIRE DHOS/P1/2001 N°335 du 3 juillet 2001 relative au projet social et au volet social des contrats et de moyens des établissements de santé financés par dotation globale

- **AUTRES DOCUMENTS**

HAS (ANAES) Manuel d'accréditation des établissements de santé. 2<sup>ème</sup> procédure d'accréditation. Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, septembre 2004, 113 p

MATILLON Y. Rapport de mission « Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé » Août 2003, 84 p

---

## Liste des annexes

---

Annexe I : Grille d'entretien des infirmières

Annexe II : Grille d'entretien des cadres et cadres supérieurs de santé

Annexe III : Grille d'entretien des directeurs des soins

Annexe IV : Grille d'entretien des directeurs des ressources humaines

Annexe V : Charte de mobilité CH B

Annexe VI : Guide d'entretien d'évolution, évaluation du CH B



## **ANNEXE I : Grille d'entretien des infirmières**

1) Pouvez-vous me parler de votre carrière professionnelle ?

Postes occupés ?

Combien de temps ?

Les raisons de vos changements de postes ?

2) Quelles sont les raisons qui vous ont conduite à être affectée dans ce secteur ?

Qui vous ont fait postuler sur ce poste ?

Comment avez-vous été affectée sur ce poste ?

3) Comment avez-vous acquis les compétences nécessaires à l'exercice de votre fonction ici ?

Avez- vous bénéficié d'une période d'encadrement ?

Quels sont les documents qui vous ont aidé pour acquérir les techniques de soins ?

4) Estimez-vous que pour travailler dans ce service il soit nécessaire d'avoir de l'expérience ?

5) Quels ont été les points forts et les points faibles de votre intégration dans ce service ?

6) Que vous a apporté votre travail dans ce service ?

Quelles sont les compétences que vous avez acquises ?

Que retenez-vous de cette expérience ?

7) Comment envisagez-vous la suite de votre carrière ?

8) Que pensez-vous du principe de mobilité sur les secteurs ambulatoires ?

8) Que pensez-vous du rythme de la mobilité sur l'HJ ou les Consultations externes ?

## **ANNEXE II : Grille d'entretien des cadres et cadres supérieurs de santé**

1) Pouvez-vous me parler des principes d'affectation des infirmières à l'hôpital de jour et aux consultations externes ?

Affectations sur principe de mobilité ?

Affectations sur postes aménagés ?

Pouvez-vous me parler des principes de mobilité de votre service ?

2) Comment vous y participez ?

3) Comment accompagnez-vous cette mobilité ?

Quel encadrement ?

Pourquoi ?

Quels sont les outils que vous proposez aux infirmières pour s'intégrer ?

4) Quelles sont les incidences de cette mobilité sur l'organisation du service ?

5) Comment est perçue cette mobilité par les médecins ?

6) Pouvez-vous me donner les éléments qui contribuent à l'acquisition des compétences nouvelles dans le service ?

Pré-requis ?

En quoi la pluridisciplinarité est un plus pour les IDE ?

7) Le rythme de la mobilité vous satisfait-il ?

En quoi 3 ans est-ce suffisant ?

Souhaiteriez-vous augmenter le temps de présence de infirmières sur ces postes ?

8) Accompagnez-vous les IDE dans leur démarche de changement de service ?

De quelle façon ?

9) Pouvez-vous me parler de la politique de mobilité de votre établissement ?

Charte de mobilité ?

Avantages de la démarche ?

Inconvénients ?

10) Comment êtes-vous associés à cette politique de mobilité ?

Accompagnement aux entretiens ?

Evaluation des compétences ?

11) Quelle peut être la démarche de mobilité dans le cadre de la mise en œuvre des pôles ?

### **ANNEXE III : Grille d'entretien des directeurs des soins :**

- 1) Quelle place accordez-vous à la mobilité interne du personnel infirmier dans votre établissement ?
- 2) De quelle façon vous participez à la définition des règles de cette mobilité ?
- 3) En quoi une mobilité contractualisée est un atout pour l'établissement ?
- 4) Doit-elle s'appliquer dans tous les secteurs de la même façon et pourquoi ?
- 5) En quoi la mobilité est facteur de décroisement entre les services ?
- 6) Quel lien faites-vous entre mobilité et compétences ?
  - Polyvalence
  - Adaptation
- 7) Quel accompagnement proposez-vous aux agents ?
  - Encadrement, tutorat ?
  - Formations ?
- 8) Comment sont impliqués les cadres et les cadres supérieurs ?
- 9) Affectations sur postes aménagés ?
- 10) Comment est perçue la politique de mobilité par les médecins et les partenaires sociaux ?
- 11) La mobilité et la mise en place des pôles, quelles perspectives ?

#### **ANNEXE IV : Grille d'entretien des directeurs des ressources humaines :**

- 1) Pouvez-vous me parler de la mobilité et me donner votre point de vue en qualité de DRH ?
- 2) Quelle place accordez-vous à la mobilité des infirmières et pourquoi ?
- 3) Quels sont les éléments qui facilitent la mobilité ?
- 4) En quoi la mise en œuvre de la Charte de mobilité est nécessaire et qu'en attendez-vous ?
- 5) La mobilité doit-elle être la même dans tous les secteurs et pourquoi ?
- 6) Quelle est la politique de gestion des professionnels en difficulté ?
- 7) Quel accompagnement pouvez-vous proposer aux agents qui sont mobiles ?
- 8) Comment associez-vous l'encadrement à cette politique de mobilité ?
- 9) Comment associez-vous les médecins et les partenaires sociaux ?
- 10) Que pensez-vous de l'impact de la mise en œuvre des pôles sur la mobilité interne ?

**ANNEXE V : Charte de mobilité CH B :**



## CHARTRE DE MOBILITE AU CENTRE HOSPITALIER

- ✓ Respecter le principe d'équité entre tous les agents.
- ✓ La mobilité peut être un acte volontaire ou non volontaire.
- ✓ Elle doit prendre en compte le projet d'évolution professionnelle de l'agent et les nécessités du service.
- ✓ Elle doit être envisagée :
  - pour les agents de nuit, sur la base d'un contrat de 5 ans renouvelable 1 fois ;
  - pour les agents affectés sur des services à repos fixes (Hôpital de jour, S.I.C.S., Consultations externes, C.M.P.), sur la base d'un contrat de 4 ans ;
  - pour les autres agents affectés de jour, après 5 années d'exercice dans le même service.
- ✓ Elle doit tenir compte des fiches de postes.
- ✓ Elle s'appuie sur une diffusion des postes vacants dans l'Etablissement.
- ✓ Une aide à la prise de poste sera mise en place ainsi qu'un suivi individualisé des demandes des agents.
- ✓ Une évaluation annuelle du dispositif sera réalisée.





## CHARTRE DU TEMPS PARTIEL AU CENTRE HOSPITALIER DE

- ✓ Principe d'équité entre tous les agents.
- ✓ L'organisation du service prévaut sur les obligations personnelles des agents, celles-ci devant tenir compte des nécessités du service.
- ✓ Le temps de travail d'un agent à temps partiel est égal au prorata de la durée de travail d'un agent à temps plein. Le nombre de repos hebdomadaire est fixé à 4 jours pour 2 semaines. Deux d'entre eux, au moins, devant être consécutifs dont 1 dimanche.
- ✓ Il n'est pas fixé de limite supérieure au pourcentage d'agents à temps partiel par service. Une réflexion doit être menée, par fonction, afin d'en déterminer les règles de fonctionnement (mercredi, week-end, vacances scolaires, jours fériés, horaires, rythme des cycles).
- ✓ L'attribution du temps partiel de droit ou sur autorisation n'est pas de droit dans le service d'origine.
- ✓ Le temps partiel, sur autorisation, sera accordé pour 12 mois (sauf exception) avec renouvellement à 2 périodes de l'année, le 1<sup>er</sup> juin et le 1<sup>er</sup> décembre.
- ✓ Le temps partiel est attribué par tacite reconduction dans la limite de 3 ans. A l'expiration et en cas de nouvelle demande, celle-ci est réétudiée et peut faire l'objet d'un refus après avis de l'encadrement, de la Direction des Soins et de la Direction des Ressources Humaines.



**ANNEXE VI : Guide d'entretien d'évolution, évaluation du CH B**



## GUIDE PRATIQUE

### "ENTRETIEN D'ÉVALUATION ET D'ÉVOLUTION PROFESSIONNELLES"

#### ➤ PREAMBULE

L'entretien d'évaluation et d'évolution professionnelles est un moment privilégié de dialogue entre l'agent et son responsable hiérarchique direct. Il permet de prendre du recul par rapport au quotidien, de se rendre vraiment disponible pour faire ensemble le bilan d'une année de travail et envisager l'avenir.

Nous vous rappelons que le contenu et le compte-rendu de cet entretien restent confidentiels entre l'agent et son responsable hiérarchique. Seules les fiches "souhaits professionnels de l'agent" et "besoins en formation" sont transmises pour exploitation à la DRH et à la formation continue.

Pour le bon déroulement de cet entretien, chacun doit avoir à sa disposition la même information et les mêmes moyens. C'est pourquoi ce guide s'adresse à tous. Il se veut une aide et un outil de travail à l'usage des évalués comme des évaluateurs.

#### ➤ PRÉPARATION DE L'ENTRETIEN

Avant la participation à l'entretien, il est important de se poser certaines questions :

- Quels ont été les faits significatifs de l'année écoulée ?
- Quelles ont été vos missions au cours de l'année écoulée, votre contribution au projet du service, de l'institution ?
- Quelles sont celles qui vous motivent le plus ?
- Quelles sont celles qui vous motivent le moins ?
- Quels sont vos points forts et vos points à améliorer au regard du profil de poste ?
- Les objectifs fixés l'année précédente ont-ils été atteints ? Pourquoi ?
- Quels moyens vous ont aidé ? quels moyens vous ont manqué ? (organisation, information, formation, équipement...)
- Qu'aimeriez-vous changer, améliorer, développer pour l'année à venir ?
- Quelles sont les évolutions professionnelles que vous envisagez à court, moyen et long termes ?
- Quels sont vos besoins en formation ?

## ➤ CONTENU DE L'ENTRETIEN

### 1. *Faits significatifs*

L'entretien débute par un échange qui doit favoriser la libre expression de l'agent sur son travail, sur ses points de satisfaction, sur ses difficultés éventuelles. Le responsable exprime également son point de vue sur la contribution de l'agent au cours de l'année écoulée.

### 2. *Bilan des objectifs*

Au vu des objectifs fixés l'année précédente, l'agent et le responsable analysent l'ensemble les raisons pour lesquelles les objectifs ont été atteints ou pas.

Ce bilan peut se faire en distinguant trois domaines :

- **Missions et activités liées au poste**
  - Toutes les missions et activités ont-elles été accomplies conformément aux attentes de qualité, d'efficacité ?
- **Contribution au projet de l'unité, de l'institution**
  - Quelles ont été les contributions à la mise en œuvre de changements, d'évolutions ?
  - Quelle a été la participation à des groupes de travail, à des instances ?
- **Développement professionnel et personnel**
  - Quelles sont les compétences et qualités professionnelles à améliorer, à valoriser ?

Il est également utile d'analyser dans ce bilan la pertinence des moyens mis en œuvre et notamment les formations suivies durant l'année.

### 3. *Objectifs pour l'année à venir*

Il s'agit ici de se projeter dans l'avenir et de définir ensemble les résultats à atteindre prioritairement par l'agent au cours de l'année à venir.

Les objectifs fixés doivent être peu nombreux (un à trois) et assortis d'un délai. Leur atteinte doit être observable ou mesurable (si nécessaire les accompagner d'indicateurs). Enfin ils doivent être réalisables par l'agent et accompagnés d'une réflexion sur les moyens à mettre en œuvre, y compris la formation.

### 4. *Evolution professionnelle*

L'agent exprime ses souhaits de développement ou d'évolution professionnelle y compris dans le cadre du service.

Le responsable lui fournit toutes informations, tous conseils ou moyens pour l'aider à élaborer, valider, à réaliser son projet.

Les fiches "souhaits professionnels de l'agent" et "besoins en formation de l'agent" sont renseignées en fin d'entretien.

En ce qui concerne la formation, il est important de ne pas se limiter aux actions proposées par l'établissement et de faire émerger de nouveaux besoins si nécessaire.

#### ➤ CONCLUSION DE L'ENTRETIEN

Le compte-rendu est rédigé pendant ou à la fin de l'entretien et relu en commun. Les différents documents font l'objet de signatures conjointes. Une copie du compte-rendu est remise à l'agent. L'original est conservé par le responsable pour faciliter le suivi des objectifs. Il est restitué au cours de l'entretien suivant.

#### ➤ SUIVI DE L'ENTRETIEN

L'entretien d'évaluation ne remplace pas le dialogue régulier et les échanges dans le travail. Il doit au contraire favoriser et renforcer la communication tout au long de l'année.

Il est d'autant plus riche qu'il permet de faire émerger des questions, des idées nouvelles qui ne donnent pas lieu à des réponses ou à des décisions immédiates mais qui ouvrent sur des réflexions et des échanges ultérieurs.

**Compte-rendu**  
**Entretien d'évaluation et d'évolution professionnelles**  
Année : .....

Nom, prénom de l'agent : ..... Nom, prénom du responsable : .....  
Emploi / fonction : ..... Fonction : .....  
Service, unité : .....

**I. FAITS SIGNIFICATIFS DE L'ANNEE ECOULEE**

- Exprimés par l'agent : .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....
- Exprimés par le responsable : .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**BILAN DES OBJECTIFS DE L'ANNEE ECOULEE**

	<b>Rappel des objectifs</b>	<b>Bilan</b>	<b>Analyse et commentaires</b>
<b>Missions, activités liées au poste</b>			
<b>Contribution aux projets de l'unité, de l'institution</b>			
<b>Développement professionnel et personnel</b>			

II. OBJECTIFS POUR L'ANNEE À VENIR

	Objectifs, délais	Indicateurs	Moyens à mettre en oeuvre
Missions, activités liées au poste			
Contribution aux projets de l'unité, de l'institution			
Développement professionnel et personnel			

III. EVOLUTION PROFESSIONNELLE

Souhaits exprimés par l'agent	Point de vue du responsable (le cas échéant)

Date de l'entretien : .....

Signature de l'agent : .....

Signature du responsable : .....

**Souhaits professionnels de l'agent**  
**Entretien d'évaluation et d'évolution professionnelles**  
Année : .....

Nom, prénom de l'agent : ..... Nom, prénom du responsable : .....  
Emploi / fonction : ..... Fonction : .....  
Service, unité : .....

**NB : ce document est rempli par l'agent au moment de l'entretien et transmis par le cadre à la DRH. Il ne constitue pas un engagement réciproque et ne remplace pas les demandes officielles. Il permet de recueillir les vœux des agents à un moment donné.**

**Vous souhaitez (précisez votre projet)**

- Changer de rythme de travail (temps partiel, jour / nuit) : .....
- Changer de secteur ou de service : .....
- Passer un concours : .....
- Participer à une mission extérieure au service, à l'établissement : .....
- Changer de fonction, grade, établissement : .....
- Changer de position statutaire (disponibilité, cessation progressive d'activité, congé de fin d'activité, retraite) : .....

**Vous n'avez pas de souhait à exprimer**

Date de l'entretien : ..... Signature de l'agent : ..... Signature du responsable : .....  
(vu et transmis)

**Besoins de formation de l'agent**  
**Entretien d'évaluation et d'évolution professionnelles**  
Année : .....

Nom, prénom de l'agent : ..... Nom, prénom du responsable : .....  
Emploi, fonction : ..... Fonction : .....  
Service, unité : .....

**NB : cette fiche est remplie conjointement par l'agent et le responsable au moment de l'entretien et transmise au Service Formation. Chaque agent ayant formulé des besoins sur cette fiche devra confirmer son inscription au Service Formation une fois le plan de formation valide et diffusé.**

**Besoins exprimés (précisez votre projet)**

1. Formation(s) liée(s) au poste, à l'emploi occupé, aux objectifs fixés, au projet de service et / ou d'établissement : .....
2. Formation(s) de préparation à un concours, un examen : .....
3. Action(s) qui ne relèvent pas du plan de formation continue (bilan de compétences, validation des acquis de l'expérience, congé de formation professionnelle...) : .....
4. Autre(s) : .....

**Pas de besoins exprimés**

Date de l'entretien : ..... Signature de l'agent : ..... Signature du responsable : .....