ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

Filière des Infirmiers Généraux

Promotion 2001

Date du Jury : **25 et 26 octobre 2001**

Restructuration et mobilité : de la contrainte à l'opportunité de devenir acteur de son projet.

Dominique BIHAN

S o m m a i r e

Pages

INTRODUCTION

1 - LE CONTEXTE GENERAL 1
2 - IDENTIFICATION DU PROBLEME 2
3 - LES HYPOTHESES 6

PREMIERE PARTIE : LES CONCEPTS AU SERVICE DE LA COMPREHENSION DE LA PROBLEMATIQUE

1 – LA MOBILITE 7
1-1 Les éléments de définition 7
1-2 Les différentes dimensions de la mobilité 8
1-2-1 La mobilité fonctionnelle 8
1-2-2 La mobilité géographique 8
1-3 La politique de gestion de la mobilité dans la Fonction Publique Hospitalière 9
1-3-1 La politique de mobilité dans un contexte général 9
1-3-2 La mobilité dans un contexte de restructuration 10
1-4 Les objectifs de la mobilité 11
1-4-1 Le redéploiement du personnel 11
1-4-2 La reconversion 12
1-4-3 La polyvalence 12
1-5 Les intérêts de la mobilité 12
1-5-1 Les intérêts de l'agent 12
1-5-2 Les intérêts pour l'organisation 12
1-6 Les limites de la mobilité 13
1-7 Les spécificités de la mobilité générées par les restructurations 13
1-8 La relation entre une attitude de stabilité et mobilité pour le personnel soignant 14

2 – LE CHANGEMENT ET SA RELATION AVEC L'INDIVIDU AU TRAVAIL 16
2-1 Le paradoxe entre permanence et changement 17
2-2 L'approche systémique comme clé de la conduite du changement 17
2-3 Un regard psychologique : le rapport entre changement et émotions 18
2-4 L'approche sociologique : la sociologie des organisations 19
2-4-1 L'analyse stratégique 19
2-4-2 La notion d'acteur et sa relation avec le changement 20
2-4-3 L'évolution de la notion d'acteur à l'hôpital 21
2-5 La résistance au changement 21

3 – LE PROJET 22
3-1 Les éléments de définition 22
3-2 Les différents niveaux du projet 23
3-3 Les théories de la pédagogie du projet 23
3-3-1 Le projet procède du désir 24
3-3-2 Le projet procède du besoin 24

DEUXIEME PARTIE : COMPREHENSION DE LA MOBILITE DANS UN CONTEXTE DE RESTRUCTURATIONS PAR L'ANALYSE D'ENTRETIENS REALISES DANS DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

1 – PRESENTATION DE LA DEMARCHE 25

1-1 Identification du cadre de l'investigation et des personnes interrogées 25
1-2 Le choix du recueil d'informations 27
1-2-1 L'entretien, un événement de paroles construit 27
1-2-2 La conception des grilles d'entretiens 27

2 – PRESENTATION DES RESULTATS 28

2-1 Synthèse des entretiens réalisés auprès des DRH, DSSI, IG 28
2-2 Synthèse des entretiens réalisés auprès des cadres de proximité 35
2-3 Synthèse des entretiens réalisés auprès des IDE et AS 41
2-3-1 Identification des personnes interrogées 41

3 – ANALYSE DES DONNEES RECUEILLIES EN RELATION AVEC LES HYPOTHESES FORMULEES 47

3-1 Un changement réussi s'appuie sur une politique où l'individu est acteur de son changement 47
3-1-1 Les déterminants témoins de la réussite de la politique de gestion de la mobilité imposée 47
3-1-2 Les attitudes des soignants au regard de cette politique d'accompagnement à la mobilité imposée 49
3-2 La mise en œuvre d'une démarche d'accompagnement à la construction d'un projet professionnel facilite l'acceptation à la mobilité 51
3-2-1 Les finalités de la mise en œuvre de la démarche d'accompagnement 51
3-2-2 Un constat d'absence de projet professionnel 52
3-2-3 Vers la construction d'un projet d'adaptation 52
3-3 La mise en œuvre d'une politique de gestion des ressources humaines, partagée entre DRH et DSSI introduisant une dynamique de mobilité volontaire, doit aider à l'acceptation d'une mobilité imposée 53
3-3-1 La politique de mobilité 53
3-3-2 La relation entre mobilité volontaire et mobilité imposée 54
3-4 Conclusion de l'analyse 55

TROISIEME PARTIE : L'ANALYSE AU SERVICE DE LA PROPOSITION D'ACTION

1 – LES PREAMBULES DU PLAN D'ACTION 56

1-1 Un plan d'action en relation avec la spécificité de la situation 56
1-2 Un plan d'action situé entre actions collectives et un soutien individuel 57
1-3 Un plan d'action qui formalise une politique de mobilité 57

2 – LES FONDEMENTS DU PLAN D'ACTION 57

2-1 Un plan d'action construit en collaboration avec l'équipe de Direction 57
2-2 Une mise en œuvre organisée autour d'un collectif de travail pluridisciplinaire efficient 58
2-2-1 Des partenaires investis selon leurs expertises à l'aide à la construction du projet de l'agent 58
2-2-2 Un partenaire privilégié : le cadre soignant 59
2-3 Un dialogue social régulier 59
2-4 Une politique qui considère l'agent acteur de son changement 59

3 – LA CONCEPTION DU PLAN D'ACTION 60

3-1 La démarche d'accompagnement social 60
3-1-1 Une phase de conception du dispositif 60
3-1-2 Une phase de mise en œuvre 61
3-1-3 Une gestion des postes 61
3-1-4 La phase d'évaluation 61
3-2 Une politique de mobilité 62
3-2-1 Introduire une dynamique de mobilité 62
3-2-2 Apporter une lisibilité de l'offre d'emploi 63
3-2-3 Faciliter un sentiment d'appartenance à l'ensemble de l'établissement 63

CONCLUSION 64

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

Liste des sigles utilisés

DRH	Direction des Ressources Humaines
DSSI	Direction du Service de Soins Infirmiers
IG	Infirmier Général
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
AS	Aide Soignant
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
FASMO	Fonds d'Accompagnement Social à la Mobilité

INTRODUCTION

1 - LE CONTEXTE GENERAL

L'hôpital évolue, réagit aux sollicitudes de son environnement et s'adapte. Il subit la pression conjuguée des évolutions technologiques, architecturales, économiques, sociologiques, sociales et politiques. Il s'inscrit dans un système de santé dont la mission est de répondre aux besoins de soins de la population avec une exigence de qualité et de rationalité. Afin d'assumer cette mission l'hôpital doit s'inscrire dans la dynamique de recomposition de l'offre de soins amenant la nécessité d'opérations de modernisation des établissements de santé ; opérations qui ont pour conséquence des restructurations d'établissements posant généralement la question de la mobilité du personnel. Ainsi introduite par les ordonnances de 1996, cette politique d'adaptation de l'offre de soins entraîne des bouleversements conséquents du parc hospitalier qui se traduisent par de nombreuses formes de restructurations. Il peut s'agir de fusions juridiques, publics-publics, publics-privés, de regroupements d'activités sous différentes formes comme des fédérations, des coopérations, de suppressions d'activité, et/ou de sites, de transfert d'activités, des conversions de disciplines.

Des transformations plus ou moins conséquentes, repérées sur tout le territoire, témoignent d'une participation générale à cette mouvance d'opérations de recomposition de l'offre de soins.

Des transformations qui induisent, dans un système complexe où la gestion des ressources humaines est un enjeu important de l'organisation hospitalière, des bouleversements conséquents tant sur le plan organisationnel que sur le plan humain.

Des transformations vécues le plus souvent par le personnel hospitalier comme une imposition extérieure sans compréhension des réelles finalités source d'inquiétudes et de sentiment de "perte".

Des modifications d'organisation qui auront pour conséquence des mouvements de personnel se traduisant par des mobilités imposées qui seront fonctionnelles et/ou géographiques allant même jusqu'à des reconversions de métier.
Des changements collectifs et individuels que l'on pourra qualifier de petite révolution culturelle. Un Directeur d'un centre hospitalier en situation de fermeture écrivait dans une revue interne : "C'est avant toute chose un événement marquant dans la vie professionnelle des personnels qui y travaillent. Il emporte des conséquences importantes en termes de modifications des habitudes, des pratiques professionnelles ; il oblige à des remises en question, à un important investissement pour actualiser les compétences notamment lorsque le changement de lieu de travail conduit à une affectation dans une discipline nouvelle (.….) Il oblige ceux qui ont un long passé professionnel à abandonner l'attachement au site pour adopter une identité institutionnelle. Dans bien des cas il s'agit là d'une petite révolution culturelle" (1).

2 - IDENTIFICATION DU PROBLEME

Chargée de mission dans l'accompagnement des restructurations dans un CHU multi-sites, j'ai pu constater que ces changements avaient des incidences multiples portant sur les organisations de travail ainsi que sur le personnel.
En effet, les restructurations ont des incidences sur les organisations et modifient les repères de travail. On peut identifier selon les changements opérés les impacts suivants :
Les fermetures de services auront pour conséquence des modifications de l'environnement de travail avec une rupture d'équilibre des équipes entraînant une remise en cause identitaire, individuelle et collective. De cette rupture pourra émerger pour le personnel concerné un sentiment de doute quant à la capacité d'adaptation à une nouvelle situation de travail associée à celle de perte d'un passé.

(1) CHAPITEAU - "Le point de vue de ceux qui ont testé la charte d'accompagnement social". Projet d'établissement et accompagnement social. TONIC. Le journal des Hospices Civils de Lyon n° 93 – 2ème trimestre 2000.

- Les transferts d'activités sont porteurs de constructions de nouvelles organisations de travail et de constitution de nouvelles équipes.
- Les fusions et regroupements d'activité portent sur la nécessité d'un assemblage culturel entre les différents services et la reconstruction d'un collectif de travail tourné sur la mise en commun de valeurs fédératrices.
- Les changements de mode de prise en charge des patients demandent des réorganisations de travail avec de nouveaux principes de gestion du personnel.
- La réalisation d'opérations architecturales entraîne la conception de nouveaux espaces de travail.

Des incidences multiples sur les organisations de travail qui portent essentiellement sur le collectif de travail entraînant des effets de ruptures et de pertes des situations antérieures. "Certains auteurs prétendent même que les dérèglements ainsi engendrés peuvent être qualifiés de stress professionnel" (1). A cet effet négatif, on pourra repérer des dynamiques de reconstructions et de créativité dans la construction de nouveaux projets de service.

Aux incidences sur l'organisation du travail et le collectif s'ajoute une incidence sur :

- L'individu et l'image de l'homme au travail dans le sens où le travail est un lieu de réalisation de soi "le travail est en général une source importante de satisfaction narcissique" (2). Ces transformations retentissent alors sur l'individu en terme de modification de l'environnement de travail avec des inquiétudes quant à sa capacité d'adaptation, son avenir professionnel, son obligation de changement de cadre de travail, modifications qui peuvent engendrer des attitudes de refus, de déni, de révolte. Des attitudes qui peuvent être lourdes de conséquences sur la motivation au travail, allant même jusqu'à la menace de conflit social.
- La nature même des emplois et leur modification ou transformation ; il peut s'agir de redéploiements sur des postes équivalents mais aussi des changements de métiers avec des reconversions à envisager.

(1) CAGNOLI Sylvianne – "Changement organisationnel et blessure narcissique" – Soins cadres – n° 32 - 4ème trimestre 1999 – page 46
(2) Ibid

Des restructurations qui induisent une rupture, une crise, un choc, vécus entre le rationnel et l'émotionnel, un changement profond collectif et individuel, entraînant une nécessité de mouvement du personnel. Des restructurations qui évoquent une situation où l'on est passé d'un état où la stabilité était la règle et le changement l'exception, à un état où le changement est la règle et la stabilité l'exception. Voulues ou subies, les restructurations sont des réponses d'adaptation dont le fondement est le changement.

Au centre d'une variété de changements les restructurations amènent à la mobilité des hommes, des structures, des métiers ; une mobilité individuelle et collective volontaire ou forcée qui a des répercussions à la fois sur la vie professionnelle et personnelle.

Face à cette situation de changement aux multiples facettes introduisant un mouvement du personnel, les politiques de gestion des ressources humaines et des organisations restent plus volontiers fondées sur la valorisation de la stabilité et les incitations aux mouvements demeurent timides aussi bien :

- **Au niveau du statut de la fonction publique dont les textes relatifs aux personnels hospitaliers encouragent peu la mobilité.**
- **Qu'au niveau des politiques d'établissement où la mobilité est aujourd'hui intégrée dans le discours et devient un impératif de gestion des ressources humaines mais reste le plus souvent au niveau de l'incitation, basée sur le volontariat et n'est que très exceptionnellement imposée. L'organisation hospitalière génère ainsi des contradictions entre une volonté à promouvoir la mobilité et les principes affichés par les politiques de gestion des ressources humaines : non-reconnaissance de la mobilité comme valeur professionnelle, absence de formalisation de la mobilité lors du recrutement et tout au long du parcours professionnel, absence de contrat de durée sur les postes de travail.**

- **Qu'à celui des cadres de proximité qui assoient le plus souvent leur management sur des équipes stables limitant la turbulence d'équipes mouvantes.**
- **Qu'à l'organisation du travail cloisonnée en unités fonctionnelles favorisant peu l'échange entre équipes.**
- **Qu'à la nature même du travail de haute technicité nécessitant des compétences pointues.**
- **Qu'à l'attitude du personnel soignant attaché à un site, un service, une équipe, où la mobilité est vécue souvent comme une contrainte par la grande majorité des agents. "La mobilité est encore peu pratiquée à l'intérieur des établissements où elle est souvent vécue comme une contrainte pour la majorité des agents" (1).**

Une résistance à la mobilité qui trouve ses racines au niveau du statut de la fonction publique hospitalière, des politiques d'établissement, des attitudes de l'encadrement, de l'organisation du travail, de la nature du travail et enfin de l'attachement du personnel soignant à travailler dans un même environnement.

C'est à partir de ce constat de situation antagoniste entre un impératif de mobilité du personnel, enjeu de réussite des restructurations, et cette prédisposition que l'on rencontre au sein de l'organisation hospitalière à maintenir une attitude favorable à la sédentarité que l'on peut s'interroger sur :

Comment passer d'une logique de sédentarité à une logique de mobilité le plus souvent imposée ?

Quelle gestion des ressources humaines les établissements hospitaliers peuvent-ils mettre en place pour faciliter le passage d'une stratégie imposée à une stratégie comprise ?

Quel sera le rôle du Directeur du Service de soins dans cette problématique ?

---

(1) MOQUET-ANGER Marie-Laure – La mobilité dans la fonction publique hospitalière – Juri Santé Actualité – 1997 – n° 17 – p. 22

3 - LES HYPOTHESES

De cette problématique peuvent se dégager les hypothèses suivantes :

- Un changement réussi s'appuie sur une politique où l'individu est acteur de son changement.
- La mise en œuvre d'une démarche d'accompagnement à la construction d'un projet professionnel facilite l'acceptation à la mobilité.
- La mise en œuvre d'une politique de gestion des ressources humaines partagée entre Direction des Ressources Humaines et Direction du Service de Soins Infirmiers introduisant une dynamique de mobilité volontaire doit aider à l'acceptation de mobilité imposée lors des restructurations.

Afin de mieux cerner cette situation antagoniste entre stabilité et mobilité qui pose le problème de la dialectique entre changement et permanence et essayer de saisir quels seraient les éléments susceptibles de favoriser ce passage d'une stratégie imposée à une stratégie comprise pour le personnel soignant, nous aborderons en première intention :

- Le concept de mobilité : sa définition, ses différentes dimensions, ses enjeux pour l'institution en restructuration et le personnel.
- Puis nous poursuivrons notre recherche des éléments de compréhension par le concept de changement et sa répercussion sur l'individu au travail à travers l'approche systémique, un regard psychologique et un abord à travers la sociologie des organisations.
- Enfin nous terminerons cette première partie réservée à l'approche théorique des concepts par la notion de projet : sa définition, ses différentes approches, la capacité de projection et d'adaptation.

La seconde partie sera réservée à une étude sur le terrain permettant, à travers un questionnement organisé autour des acteurs considérés comme déterminants, de vérifier le bien-fondé des hypothèses énoncées.
Enfin en lien direct avec l'analyse précédente nous pourrons considérer le rôle et la proposition d'action organisée par la DSSI.

PREMIERE PARTIE

LES CONCEPTS AU SERVICE DE LA COMPREHENSION DE LA PROBLEMATIQUE

1 - LA MOBILITE

Afin de mieux cerner la mobilité sous toutes ses dimensions, nous commencerons par donner une définition de celle-ci puis nous évoquerons les différentes formes de mobilité et nous poursuivrons par la mobilité dans une organisation en situation de restructuration.

1-1 Les éléments de définition

Le dictionnaire Petit Larousse définit la mobilité comme étant "la facilité à se mouvoir, à être mis en mouvement, à changer, à se déplacer".

Le mot mobile est issu du latin mobilis "qui se meut" et de movere "se mouvoir".

A cette notion de mouvement qui caractérise la mobilité s'associe volontiers une notion d'acte volontaire. "La mobilité doit concerner en priorité le personnel volontaire faute de quoi, elle risque de supprimer le sentiment d'appartenance à un groupe qui seul permet de faire jouer les solidarités dans la prise en charge du travail". De même elle doit présentée comme qualifiante" (1).

Ainsi définit comme un mouvement à l'initiative de l'agent, Wladimir IAZYKOFF ajoute "l'interdépendance des facteurs subjectifs dans la motivation au mouvement et souligne fortement le rôle de la compréhension du milieu et l'acquisition d'un statut d'acteur dans la réalisation du mouvement" (2).

La mobilité enfin s'intègre dans une organisation et l'on peut dire que c'est de l'entreprise que dépend une part essentielle de la mise en mouvement des individus.

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

---

(1) LERT France – "Mobilité Stabilité des Infirmières" – Informations hospitalières – Oct/Nov. 1987 spécial n° 15 – p. 40

(2) IAZYKOFF Wladimir – Organisations et mobilités – Edition L'Harmattan 1993 – p. 22

1-2 Les différentes dimensions de la mobilité

Les ouvrages traitant de la gestion des ressources humaines considèrent la mobilité sous différentes dimensions.

1-2-1 *La mobilité fonctionnelle*

Elle est fondée sur le principe de séparation de grade et de l'emploi. Le plus souvent réalisée à l'intérieur d'un même établissement, elle se concrétise par un changement d'affectation sur proposition de la hiérarchie ou la demande de l'agent.
Cette mobilité fonctionnelle recouvre des réalités diverses qui conduisent l'agent soit :

- à changer de métier de base ou d'emploi, c'est la mobilité professionnelle ou horizontale qui demande à l'agent de faire appel à des compétences nouvelles ; c'est une mobilité qui peut nécessiter une reconversion.
- à changer de cadre d'activité en conservant la même profession ; c'est la mobilité d'environnement qui se caractérise par le même type d'activités dans la même qualification mais exercées dans un autre lieu de travail, dans une autre équipe, avec un autre responsable. Elle correspond à ce qui est le plus souvent nommé la mutation.
- à accroître son champ de responsabilités ; c'est la mobilité catégorielle ou verticale dans le cadre d'une promotion. Elle est le plus souvent sanctionnée par un changement d'échelon, de grade, de qualification.

1-2-2 *La mobilité géographique*

Dans la fonction publique, elle correspond à un changement d'établissement et d'employeur puisque chaque établissement est une personnalité juridique. Fonctionnant sur un principe de volontariat, elle implique un changement de résidence personnelle.

1-3 La politique de gestion de la mobilité dans la Fonction Publique Hospitalière

1-3-1 *La politique de mobilité dans un contexte général*

Garantie fondamentale des fonctionnaires, la mobilité peut être choisie délibérément par l'agent, le plus souvent afin de concilier ses obligations professionnelles et les contraintes familiales.
Comme nous l'avons déjà souligné les textes relatifs aux personnels hospitaliers encouragent peu la mobilité.

La mobilité dans la Fonction Publique recouvre 4 réalités :

1- Les changements de statut hiérarchique.
2- Les changements dans la nature du travail.
3- Les changements d'appartenance organisationnelle.
4- Les changements de lieu de travail.

Chacun de ces niveaux est associé à des formes de mobilité différentes :

1- Les changements de statut hiérarchique sont des changements d'ordre professionnel associés ou non à une promotion. La mobilité sera alors verticale ou horizontale ; c'est par exemple l'infirmière qui devient cadre de santé.
2- Les changements dans la nature du travail correspondent à des changements d'activité dans le même domaine professionnel. Ils s'associent à une évolution technique comme par exemple la mise en activité d'une nouvelle imagerie.
3- Les changements d'appartenance organisationnelle correspondent aux changements de poste de travail ; c'est le cas de changement de service ou de site en interne et de mutation vers une autre administration en externe.
4- Les changements de lieu de travail qui peuvent engendrer des changements de résidence ; on parlera de mobilité géographique ou de mobilité spatiale si le changement de résidence ne s'impose pas.

La mobilité prend ainsi des formes diverses qui engendreront des changements plus ou moins conséquents sur l'individu au travail.
L'hôpital est un établissement public, bénéficiant de l'autonomie juridique et financière. Sa marge de manœuvre par rapport à la gestion du personnel demeure certaine. Ainsi, sous réserve des statuts particuliers de fonctionnaires hospitaliers, 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 interne.**

1-3-2 ***La mobilité dans un contexte de restructuration***

Les opérations de modernisation par le bouleversement qu'elles entraînent reposent le problème de la mobilité du personnel hospitalier et de l'emploi.
Le législateur conscient des enjeux et "soucieux d'offrir aux agents concernés par une opération de restructuration toutes les possibilités qui leur permettent d'envisager la poursuite de leur carrière dans la fonction publique, sans écarter à cet égard aucune des voies susceptibles de leur être statutairement proposés" (1) met en place différentes solutions juridiques facilitatrices dans la mise en œuvre de ce mouvement imposé.
Ainsi, le décret du 29 décembre 1998 (2) institue une indemnité de départ volontaire au profit des fonctionnaires, agents stagiaires et contractuels sous certaines conditions.
La circulaire du 23 mars 1999 relative aux fonds d'accompagnement social sollicite les chefs d'établissement dans l'élaboration d'un plan d'accompagnement social soumis aux instances consultatives.
Afin d'apporter une aide, une indemnité exceptionnelle d'aide à la mobilité est organisée ; il s'agit du fonds d'accompagnement social pour la modernisation sociale des établissements de santé : "FASMO" géré par la Caisse des Dépôts et Consignations.

---

(1) Circulaire DH/FH1 n° 99-182 du 23 mars 1999 relative au fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé.
(2) Décret n° 98-1220 du 29 décembre 1998 instituant une indemnité de départ volontaire au profit des fonctionnaires, agents stagiaires et agents contractuels en fonction dans leur établissement.

Ces fonds financent des actions d'amélioration des conditions de travail et, à ce titre, apportent des aides individuelles destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de recomposition et de modernisation.
Ces soutiens portent sur une aide à la mobilité géographique, aide au départ volontaire, aide à la formation et projet de reconversion, aide à la mise en place de cellules d'accompagnement social.
Une politique sociale, qui marque une évolution dans la prise en compte de la mobilité imposée, cependant il apparaît qu'il persiste encore de nombreux freins à la mobilité géographique et fonctionnelle, particulièrement en ce qui concerne les coopérations entre secteurs privés et publics du fait des différences de statut.

1-4 Les objectifs de la mobilité

La mobilité, conçue comme l'un des instruments d'une bonne allocation des ressources humaines, n'est pas une finalité en soi, on ne met pas une politique de mobilité en place sans objectifs sous-jacents.
La mobilité peut recouvrir divers objectifs suivant les contextes.

1-4-1 ***Le redéploiement de personnel***

"*La notion de redéploiement n'a pas un contenu uniforme et peut recouvrir des modalités différentes impliquant des problèmes de nature et de complexités diverses. Tantôt elle recouvre la ré-affectation de postes libérés par des départs naturels, tantôt de nouvelles répartitions ou distributions d'effectifs ou bien il va s'agir non seulement de distribuer autrement des postes et des personnes, mais aussi de reconvertir celles–ci pour les adapter à de nouvelles activités dans un autre secteur, tantôt enfin la mobilité géographique viendra se surajouter à la complexité de l'opération" (1).*

(1) *LAMY Yves: Gérer et accompagner les redéploiements dans les établissements sanitaires et sociaux- Rennes – Nouvelle édition ENSP 1995*

1-4-2 ***La reconversion***

Il peut s'agir aussi de reconversion nécessitant l'apprentissage d'un nouveau métier en raison des mutations technologiques.

1-4-3 ***La polyvalence***

La mobilité peut aussi avoir comme objectif, dans une volonté d'augmenter le potentiel de compétences ou de répondre à une réalité de décélération d'activité, la polyvalence du personnel.

1-5 Les intérêts de la mobilité

La mobilité conjugue à la fois processus organisationnel et devenir individuel. Elle présente des avantages tant pour l'agent lui-même que pour le service et par ricochet pour les usagers du service public hospitalier.

1-5-1 ***Les intérêts de l'agent***

Garantie fondamentale des fonctionnaires, la mobilité peut être choisie par l'agent afin de concilier ses obligations professionnelles et personnelles.

Elle sera également un moyen d'étendre ses compétences et ainsi un élément facilitateur dans l'évolution de son projet professionnel.

1-5-2 ***Les intérêts pour l'organisation***

- **Une meilleure gestion du personnel**

Pour l'entreprise la mobilité permet d'assurer une meilleure utilisation des ressources humaines.

Dans un contexte de démarche de qualité, faire coïncider au mieux l'offre de personnel à la demande de soins variable d'un jour à l'autre est une nécessité pour les Directions. On peut identifier également qu'elle facilitera la gestion des postes "aménagés".

- Une amélioration de la communication

En facilitant la mobilité du personnel on peut supposer une meilleure compréhension et des échanges plus fructueux entre les différents services permettant ainsi un décloisonnement des équipes.

- Un enrichissement de l'organisation

L'incitation à la mobilité interne a une influence sur la variété et l'étendu des compétences des agents employés.

La mobilité externe est un facteur d'ouverture de l'entreprise dans le sens où elle renouvelle son capital de connaissances.

- Une dynamique dans le mouvement

"La mobilité interne, surtout sous forme de missions, influence en la facilitant la mobilité externe parce qu'elle permet de se créer des contacts à l'extérieur" (1).

La mobilité engendre la mobilité. (2)

1-6 Les limites de la mobilité

La mobilité est un enjeu conséquent dans la gestion de l'organisation en situation de changement. Cependant elle est à organiser avec prudence car l'hôpital est un lieu de haute technicité nécessitant des compétences spécifiques à chaque spécialité. La mobilité devra alors prendre en compte les seuils limites de compétences jugés indispensables dans chacun des services.

"Le mouvement provoque un déséquilibre une rupture, voire l'anomie dans la configuration de l'environnement et des relations habituelles et oblige à un rétablissement d'ordre psychologique à l'occasion de chaque mutation" (3).

1-7 Les spécificités de la mobilité générées par les restructurations

Les réorganisations qui peuvent impliquer des coopérations entre public et privé bouleversent des métiers, le contenu des qualifications professionnelles, transforment des structures, des groupes de travail, font ressurgir la question de la mobilité du personnel et vont même poser la mobilité comme enjeu de réussite des restructurations.

Cet impératif de mobilité n'est pas spécifique à la fonction publique hospitalière.

(1) IAZYKOFF Wladimir – Organisation et mobilité – Edition L'Harmattan 1993 – p. 109
(2) Ibid – p. 111
(3) Ibid – p. 115

En effet la situation professionnelle n'est plus garantie à vie dans de nombreux secteurs et dans les domaines publics la sécurité de l'emploi passe de plus en plus par la mutation, le changement de fonction, voire de régions ; les notions de carrière ne sont plus aussi évidentes qu'auparavant.

Ces réorganisations qui engendrent un mouvement de personnel apportent des particularités dans la gestion de la mobilité.

En effet l'association restructuration et mobilité génère des spécificités :

La mobilité est présente sous toutes ses formes et s'intéresse aussi à la mobilité interne à l'établissement qu'à la mobilité entre établissements.

Le nombre de personnes concerné est important et touche toutes les catégories professionnelles.

Dans cette situation on ne peut plus aborder la mobilité sous l'angle d'un mouvement volontaire mais **il faut la considérer comme une mobilité imposée** qui va nécessiter une attention particulière en terme d'accompagnement.

Restructuration et mobilité sont associées. La mobilité permet de répondre aux besoins des restructurations. "La mise en place de la mobilité est en phase avec la mise en réseaux inter établissements, en osmose complète avec la politique de restructuration des sites hospitaliers. Elle anticipe sur les échéances qui nous attendent à court et moyen termes" (1).

1-8 La relation entre une attitude de stabilité et mobilité pour le personnel soignant

Stabilité et mobilité sont des attitudes antagonistes qui semblent avoir un lien avec la façon dont l'individu se positionne au sein de son entreprise.

Le modèle évoquant une attitude de stabilité est attaché à son entreprise, il porte de l'intérêt au collectif de travail, la dimension relationnelle est important ; l'engagement est sa relation de travail : il a envie de donner de sa personne pour son travail.

"A l'inverse (…) le modèle évoquant la mobilité n'est pas attaché à l'entreprise et poursuit sa trajectoire individuelle" (2).

(1) BONMATI J.M. - Le DRH et la Mobilité – Technologie Santé n° 33 – Septembre 1998 – p. 73
(2) CABIN Philippe – Les relations de travail à l'épreuve. Sciences Humaines. Juin/Juillet/Août 2001 hors série n° 33 – p.35

Renaud Sainsaulieu lors d'une étude menée en 1991 montrait que les types de rapports que les individus entretiennent avec leur travail et leurs collègues étaient distribués selon le métier, le statut, le grade, la taille de l'entreprise. Pour lui le personnel soignant se situe dans le modèle professionnel : des individus motivés par le contenu de leur travail. Ils mêlent une forte sociabilité avec le souci du métier. Ils sont proches de leurs collègues et de leurs chefs tout en étant intéressés par ce qu'ils font.

Une autre étude réalisée par un élève Directeur (1) montre que l'attachement du personnel soignant n'est pas de même niveau suivant la fonction exercée :

Le cadre n'a pas le sentiment d'appartenir à un corps, son attachement se situe au niveau de l'hôpital.

Les infirmiers, à l'évocation de mutation, indiquent qu'ils préfèrent exercer leur métier dans une autre structure plutôt que de changer de métier.

Pour les aides soignants, leur identité n'est pas constituée par le travail mais par l'intégration au sein d'une équipe.

Ces deux études et l'expérience professionnelle témoignent que le personnel soignant est un personnel tourné vers une attitude de stabilité qui attache une forte importance à la dimension relationnelle et l'appartenance à un groupe dans sa satisfaction au travail.

Stabilité et mobilité posent la dialectique entre changement et permanence.

La mobilité est l'occasion de redéfinir des stratégies individuelles, d'effectuer des choix et des projets professionnels et personnels. Cependant l'individu réagit à la mobilité volontaire ou forcée, en fonction de sa propre trajectoire, de ses aspirations et de sa situation au sein du groupe. Cela le différencie des autres individus et rend impossible une rationalité du rapport collectif aux mouvements.

---

(1) BOUDET Philippe – Fédérer des énergies à l'hôpital culture et histoire d'entreprise – Mémoire Directeur ENSP 1995/1997

Après cette approche descriptive de la mobilité, de ses intérêts, de ses limites, de l'identification de ses spécificités et ses enjeux dans un contexte d'organisations en situation de restructuration, on peut comprendre que la mobilité est un processus complexe qui implique aussi bien l'institution que l'individu.
Dans le cas des restructurations, elle prend une autre dimension et devient un mouvement imposé qui va engendrer une attention particulière au phénomène de changement qu'elle implique.
En résumé, la mobilité doit être considérée comme un changement, qui s'inscrit dans un bouleversement organisationnel conséquent imposé à un personnel dont les relations de travail sont fondées autour d'un modèle professionnel peu enclin au mouvement.
Aussi notre cadre théorique se poursuivra par l'approche du processus de changement et de la démarche envisagée afin de passer d'une stratégie imposée à une stratégie comprise.

2 - LE CHANGEMENT ET SA RELATION AVEC L'INDIVIDU AU TRAVAIL

Le changement n'est pas une idée nouvelle ni même à la mode. Les trois premières écoles prestigieuses de la philosophie grecque avaient déjà posé le problème du changement et de la permanence. Dans notre monde professionnel et social, des changements et des adaptations se produisent en permanence : les techniques médicales évoluent, les modes de management se modifient, les organisations hospitalières se restructurent impliquant un mouvement de personnel.

Pour mieux saisir ce phénomène et ses relations à l'individu, des notions seront proposées : le paradoxe entre changement et permanence, une approche systémique, un regard psychologique et une approche sociologique à travers la sociologie des organisations.

2-1 Le paradoxe entre permanence et changement

Permanence et changement posent le problème d'un antagonisme de logiques entre stabilité et mouvement.

Héraclite fut le premier à mettre en évidence le rapport dialectique entre changement et permanence.

Changement et permanence sont décrits selon les auteurs comme intimement liés "la prise de conscience du changement ne peut s'effectuer que par rapport à la permanence mais celle-ci est aussi difficilement perceptible que celui-là" (1).

Watzlawick étudie lui aussi la relation paradoxale entre permanence et changement, pour lui "permanence et changement doivent être envisagés ensemble, en dépit de leur nature apparemment opposée. Cette idée, loin d'être obscure ou difficile, est une application précise du principe général selon lequel toute perception et toute pensée sont relatives et opèrent par comparaison et par contraste" (2).

Il apparaît que la coexistence de logiques différentes est un phénomène fréquent. Selon notre histoire personnelle, notre formation, nos objectifs, le contexte dans lequel nous nous trouvons, nous privilégions une logique.

2-2 L'approche systémique comme clé de la conduite du changement

L'approche systémique est centrée sur les interactions du système plutôt que sur ses éléments isolés ; le système est considéré comme un ensemble d'éléments en interaction liés par un ensemble de relations de telle sorte que toute modification d'un élément va entraîner une modification de certains autres.

La démarche systémique situe les éléments, les individus dans leur contexte interactionnel et prend en considération les interdépendances et les rétroactions. Elle parcourt le futur en cherchant les étapes à atteindre à partir de l'analyse systémique du présent. Le passé est considéré comme un réservoir de ressources et d'apprentissages utiles. Le passé, le présent et le futur sont envisagés de manière circulaire, interdépendants et évoluant conjointement. Toute entrée d'information dans le système va être acceptée ou rejetée ; lorsque l'information est acceptée il se produit un réaménagement des interactions entre les éléments. Le changement est le passage pour ce système d'un état stable à un autre état stable.

(1) KOURILSKY – BELLIARD F. Le changement, un processus complexe et paradoxal. Du désir au plaisir de changer – Inter Editions Paris – 1995 – p. 164

(2) WATZLAWICK P. WEAKLAND J. FICH R. : Changements – Editions du Seuil – 1975 – p. 19

❖ **Les niveaux du changement**

Cette approche, marquée par les apports de Grégory Bateson, distingue **deux niveaux de changements** : l'un prend place à l'intérieur du système qui lui-même reste inchangé, l'autre modifie le système lui-même.

Le système qui intervient à l'intérieur du système est appelé **changement de type 1 nommé *l'homéostasie***. C'est celui qui permet au système de maintenir son équilibre La modification s'opère simplement au niveau des éléments du système. Les changements relèvent d'une **adaptation** qui s'opère au fur et à mesure des situations à gérer et un problème à résoudre en assurant la permanence du système.

Le changement de type 2 nommé *évolution* se caractérise par le fait que c'est le système lui-même qui se modifie ou qui est modifié. L'accès au changement 2 dans un système humain nécessite que les règles qui le régissent subissent des transformations. Il implique une modification des connaissances et des représentations.

Le changement de type 2 a toujours la forme de changement de logique.

La distinction entre les deux niveaux de changement est facile à concevoir en théorie mais plus complexe à repérer en situation concrète ; cependant il apparaît nécessaire de les distinguer afin de répondre par une solution adaptée.

2-3 Un regard psychologique : le rapport entre changement et émotions

Ainsi décrit comme pouvant se situer à deux niveaux, le changement doit être considérer comme une crise, il est synonyme de mutation, de transformation mais aussi de déformation, d'altération, de rupture avec les automatismes. "*Changer nécessite souvent de se débarrasser de ses automatismes. Mais pour cela il faut prendre en compte ses émotions : celles cachées dans les automatismes, mais aussi celles qu'éveillent les nouveaux comportements"* (1).

Abandonner les automatismes pour changer nécessite souvent une phase de désapprentissage évocatrice de régression. L'émotion infiltre l'ensemble de nos comportements en amont du savoir, du pouvoir, du vouloir et tout changement même s'il est considéré comme positif pour l'individu représente un coût sur le plan émotionnel.

(1) EMERY Jean-Luc. Le rôle des émotions – Sciences Humaines hors série n° 28 – Mars Avril Mai 2000 – p. 14

La place de l'émotion est centrale dans le processus de changement et gérer le comportement humain dans le changement, c'est accepter sa dimension émotionnelle.

Dans tout changement et particulièrement ceux induits par les restructurations, on se situe entre le rationnel et l'irrationnel. "*Notre rationalité ne suffit à convaincre, l'émotionnel a aussi besoin être entendu et rassuré*" (1).

2-4 L'approche sociologique : la sociologie des organisations

C'est surtout la sociologie des organisations, également appelée la sociologie des acteurs, qui fournit les cadres théoriques pour penser le changement.

La sociologie des organisations est l'étude des régularités qui régissent le fonctionnement d'ensemble humain organisé ; son fondement repose sur le concept que l'individu a non seulement une main et un cœur mais aussi une tête, c'est à dire une liberté. "C'est un agent autonome qui est capable de calcul et de manipulation et qui s'adapte et invente en fonction des circonstances et des mouvements de ses partenaires"(2). Elle considère les hommes au travail comme des êtres responsables de leurs choix, ces choix n'étant pas seulement dictés par leur personnalités mais aussi par ce qu'ils ont l'intention de faire de leur vie professionnelle ou personnelle. Elle analyse l'organisation comme un système politique résultant du jeu des acteurs.

2-4-1 *L'analyse stratégique*

Formalisée par Mrs Crozier et Friedberg, cette méthode d'intervention sociologique vise à décortiquer les systèmes d'action en mettant en évidence les stratégies des acteurs, les jeux d'alliance et les relations de pouvoir.

Trois postulats soutendent cette conception

1. Les individus n'acceptent jamais d'être traités comme des moyens au service de buts que les organisateurs fixent à l'organisation. Chacun a ses objectifs, ses buts propres.

(1) Groupe LAENNEC – Accompagner les restructurations. Gestions Hospitalières Avril 1999 – p. 269
(2) CROZIER M. et FRIEDBERG E. – L'acteur et le système – Editions du Seuil – 1977 – p. 45

2. Dans une organisation tout acteur garde une possibilité de jeu autonome qu'il utilise plus ou moins. "L'organisation est considéré comme une série de jeux auxquels participent les différents acteurs organisationnels et dont les règles formelles et informelles en définissent les possibilités de *gains* et de *pertes* des uns et des autres" (1).
3. Dans ces jeux de pouvoirs, les stratégies sont toujours rationnelles mais d'une rationalité limitée. Chaque agent a sa stratégie personnelle, joue son propre jeu dans le cadre du système d'action dont il fait partie, et cherche à augmenter son pouvoir, ainsi qu'à développer l'étendue de la zone placée sous sa responsabilité.

2-4-2 ***La notion d'acteur et sa relation avec le changement***

Ainsi considérée, la sociologie des organisations a démontré que tout système d'organisation est un construit humain, au sens où il est la résultante de négociations d'échanges, de compromis entre les acteurs qui soutiennent des enjeux. **L'acteur** est la figure centrale au sein de l'organisation, il est considéré comme un individu qui participe à une action et qui a des intérêts communs. N'est acteur que celui qui est dans une logique d'action et qui a un projet.

Dans cette conception le changement est défini comme une rupture, qui entraîne des bouleversements dans les habitudes ; source *d'insécurité* pour les acteurs.

Cependant Crozier souligne que "les membres d'une organisation ne sont pas attachés de façon passive et bornée à leurs routines. Ils sont tout à fait prêts à changer très rapidement s'ils sont capables de trouver **leur intérêt dans les jeux qu'on leur propose.** Les habitudes ont pour eux beaucoup moins d'importance qu'on ne le croit. En revanche, ils ont une appréciation très raisonnable et presque instinctive des risques que peut présenter pour eux le changement" (2).

"Tout changement est accepté dans la mesure où l'acteur pense qu'il a des chances de gagner quelque chose et, en tout cas, sent qu'il maîtrise suffisamment les leviers et les conséquences du changement" (3).

Cependant pour que les acteurs y trouvent de l'intérêt il faut que les choses soient claires, le flou ne permet pas la représentativité, ne facilite pas la démarche de changement.

---

(1) CROZIER M. et FRIEDBERG E. – L'acteur et le système – Editions du Seuil – 1977 – p. 114
(2) CROZIER M. et FRIEDBERG E. – L'acteur et le système – Editions du Seuil – 1977 – p. 386
(3) BERNOUX Philippe – La sociologie des organisations – Editions du Seuil – 1985 – p. 206

Tout changement n'aura de chance de réussir que si on peut percevoir des capacités nouvelles : des capacités à communiquer, à échanger, à raisonner, et s'intégrer dans de nouvelles formes d'action collective.

2-4-3 *L'évolution de la notion d'acteur à l'hôpital*

A l'hôpital, la notion d'acteur évolue à travers le cadre législatif aussi bien en ce qui concerne le patient que pour le personnel. En 1991, la loi hospitalière évoque la participation des acteurs, il s'agit du droit du patient, de la création de la commission des soins infirmiers et des conseils de services. Les ordonnances de 1996 évoluent vers la responsabilisation des acteurs.

2-5 La résistance au changement

Tout changement est comme nous l'avons vu une crise, une rupture ; il provoque l'apparition de forces contraires qui tendent à revenir à la situation antérieure.

A cet état de fait imposé, l'individu peut répondre par une attitude de résistance.

"La résistance s'apparente à ce que les psychologues cliniciens appellent précisément une « résistance » : un retrait par rapport à l'action, un manque à faire, plus qu'une opposition franche" (1).

L'individu affronte un changement lorsque les avantages et intérêts lui apparaissent supérieurs aux inconvénients, mais cette appréciation est aussi bien objective que subjective et dépend :

- De la personnalité de l'individu ; le changement est générateur d'anxiété, il déstabilise et provoque suivant les personnalités des réactions de défense.
- De sa capacité à rompre avec ses points de repères qui peuvent être : spatiaux, temporels, comportementaux et relationnels.
- De sa compréhension et de sa perception des enjeux du changement.
- De sa capacité à trouver de l'intérêt à changer.

Sa conduite n'est pas absurde, elle a toujours un sens : pour qu'un individu adopte un nouveau comportement, il faut qu'il accepte de renoncer à celui qu'il adoptait jusque là.

La résistance au changement est une attitude rationnelle qui signifie que l'on résistera en fonction des risques encourus avec le changement.

(1) KONINCK Frédéric – Résister au changement : une attitude rationnelle. Sciences Humaines – hors série n° 28 – Mars Avril Mai 2000 – p. 30

L'approche du concept de changement vu à travers ces notions, nous éclaire sur la dimension complexe et déstabilisante du changement et la place essentielle de l'acteur capable d'accepter le changement dans sa propre capacité à trouver de l'intérêt dans le jeu qu'on lui propose et de percevoir de nouvelles capacités. Il nous apparaît ainsi que pour mettre en perspective cette dynamique à devenir acteur de son changement, il sera pertinent d'aborder le concept de projet professionnel comme élément facilitateur d'une démarche d'accompagnement d'une mobilité imposée.

3 - LE PROJET

La notion de projet est en vogue et a tendance à se banaliser : "Cette vogue du projet dans un même mouvement embrasse les conduites identitaires, les conduites créatives et innovantes, les conduites soucieuses de se dire signifiantes, les conduites aptes à se reconnaître autonomes, autant de formulations qui tentent d'approcher ce que plus ou moins confusément dans notre magie verbale nous désignons par projet" (1).

3-1 Les éléments de définition

A la lecture du dictionnaire, le projet est défini comme ce que l'on a l'intention de faire, de projeter ; c'est dans la combinaison du rêve à la réalité que repose la spécificité du projet.

Dans notre culture, le terme projet est d'invention relativement récente avec comme synonyme : dessein, intention, finalité, objectif, but, visée.

Le mot projet vient du latin *projicere* "jeter en avant". C'est le participe passé de ce verbe, *projectum*, qui formera en vieux français "project". Pour signifier l'action de jeter en avant, le grec ancien disposait du verbe *proballein* qui forgera le mot français "problème". Ainsi Projet et Problème sont étroitement liés et expriment tous deux l'action de se jeter en avant ; on peut alors penser **qu'il n'y a pas de projet sans problème de départ et de problème sans projet de le résoudre**.

(1) BOUTINET Jean-Pierre – Anthropologie du projet – Edition Pierre universitaire de France Paris – 1990 – p.1

A cela, BOUTINET définit le projet comme "l'intention de réalisation d'une œuvre, d'un travail, d'une action, intention suscitée par une motivation, animée par une implication continue, affirmée par une orientation de valeur. Cette intention se réalise par un trajet tenant compte des conditions de l'environnement et des évènements prévus et imprévus de son histoire. Le projet se définit constamment et progressivement, il se rectifie par sa réalisation en cours" (1).
Cette définition montre le côté dynamique et impliquant de la construction du projet suscité par une motivation ; le projet devient une démarche volontaire, vecteur d'une transformation de comportement de passif et résigné vers un comportement d'actif et acteur. ; il oblige l'individu à savoir ce qu'il veut et comment il souhaite s'orienter par la réalisation. "Derrière le projet se profile la capacité d'un acteur à décider par lui-même, à choisir, à rejeter, à agir sur son environnement" (2).

3-2 Les différents niveaux du projet

Les projets peuvent être individuels ou collectifs.

Les projets individuels sont plus liés aux étapes professionnelles et personnelles de la vie. Ils se concrétisent dans des projets professionnels, des projets de retraite. C'est une *démarche individuelle*.
Les projets collectifs sont plus orientés vers des projets de réorganisation d'établissements ou des démarches collectives vers une nouvelle organisation de service.
Ces projets mettent en action l'ensemble des personnels et nécessite de se fédérer autour d'une action commune.

3-3 Les théories de la pédagogie du projet

Deux théories soutendent la pédagogie du projet : la notion de projet qui procède du désir et celle de l'adaptation qui procède du besoin.

(1) BOUTINET Jean-Pierre – Anthropologie du projet – Edition Presses Universitaires de France 1990
(2) BOUTINET Jean-Pierre – Les multiples facettes du projet – Sciences Humaines n° 39 Mai 1993 – p. 23

3-3-1 ***Le projet procède du désir***

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

Projet d'emploi, projet de compétences, projet de carrière contribuent à spécifier le projet vocationnel de l'adulte.

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

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

3-3-2 ***Le projet procède du besoin***

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

"L'adaptation procède du besoin, tandis que la projection est de l'ordre du désir" (1).

La vie humaine s'est construite sur une capacité d'adaptation qui lui a permis de survivre dans tous les milieux. Mais cette capacité mobilise des compétences souvent identiques quel que soit le milieu. Elle est donc essentiellement répétitive et repose sur un **comportement de soumission**.

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

---

(1) VASSILEFF Jean – Projets et insertion. Eduquer et former – Sciences Humaines 1998 p. 143

DEUXIEME PARTIE

COMPREHENSION DE LA MOBILITE DANS UN CONTEXTE DE RESTRUCTURATIONS PAR L'ANALYSE D'ENTRETIENS REALISES DANS DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

1 - PRESENTATION DE LA DEMARCHE

1-1 Identification du cadre de l'investigation et des personnes interrogées

La première partie, le cadre théorique, est celui de la réflexion et de la recherche d'une compréhension de la problématique du passage d'une logique de sédentarité à une logique de mobilité imposée ou d'un changement imposé à un changement "compris" pour le personnel soignant dans le cadre de restructurations.
La seconde partie est réservée à vérifier les trois hypothèses énoncées à travers une étude dans des établissements hospitaliers en situation de modernisation ayant conduit des mouvements de personnel.
Concrètement l'étude s'est réalisée dans deux établissements hospitaliers publics en restructuration.

Pour l'un, il s'agissait d'une fusion de deux centres hospitaliers de 800 lits situés dans deux villes distantes de 25 kilomètres , "un mariage de raison", "le mariage de la carpe et du lapin", une union de mentalités différentes qui se poursuit par des restructurations avec des regroupements d'activités, des fermetures de services, des délocalisations d'un site sur l'autre des réorganisations multiples, des déménagements et aménagements de nouveaux locaux.
Des réorganisations qui ont pour conséquence un vaste mouvement de personnels titulaires (172 changements d'affectation de titulaires et de contractuels) soignants.

L'étude a été réalisée deux ans après cette vague de mobilité.

Quant à l'autre établissement, il s'agit d'un CHU de 2130 lits multi sites (5 sites) répartis sur une distance de 25 kilomètres. En relation avec le projet d'établissement, une restructuration aux formes diverses a été programmée : fermetures de sites, ouvertures de centre avec regroupements de différentes disciplines, réorganisations et construction de nouveaux locaux. Une réorganisation en pleine activité qui entraîne des changements importants particulièrement dans l'organisation globale du travail et le mouvement du personnel avec de nombreux redéploiements. Il est évoqué dans cette structure une forte culture de site.

L'étude, dans ces deux établissements s'est réalisée par l'intermédiaire d'entretiens effectués en première intention auprès des acteurs considérés comme déterminants dans la conduite de ce changement de logique du personnel soignant c'est à dire :

1. Les responsables stratégiques de la gestion du personnel, les DRH, la DSSI et des IG de chacun des établissements.
2. Des gestionnaires des ressources humaines en relation directe avec le personnel soignant : des cadres soignants en situation de conduite de mouvement de personnel.
3. Des soignants ayant vécu des situations de mobilité imposée consécutive à une restructuration : des cadres, un Infirmier Diplômé d'Etat, des Aides Soignants.

L'objectif de ce travail de terrain n'est pas de faire une étude comparative entre les deux établissements dont la culture et l'histoire sont différentes mais plutôt de se situer dans une complémentarité d'analyses de situation.

Il aurait été intéressant de pouvoir analyser cette question de mobilité imposée du personnel soignant dans un contexte de fusion entre des établissements publics et privés ; on peut en effet supposer que cette situation entraîne d'autres difficultés de mise en dynamique de changement.

1-2 Le choix du recueil d'informations

1-2-1 *L'entretien, un événement de paroles construit*

Le choix de l'entretien comme outil de recueil de données est apparu préférable à d'autres méthodes d'enquête.

En effet la conduite d'entretiens semi-directifs laisse une latitude à l'expression du "ressenti et vécu" pour l'interrogé et une attitude d'écoute attentive et d'empathie de la part de l'interrogateur. Une relation d'échanges qui apparaît comme adaptée dans ce contexte de changement chargé d'émotionnel.

Les entretiens se sont déroulés en deux phases :

- Un temps de prise de contact avec présentation du cadre de la recherche et prise de rendez-vous.
- Un entretien d'une durée d'une heure enregistré dans le respect des personnes interrogées sous le contrat de confidentialité.

La grande disponibilité et la sincérité des personnes sont à souligner et je tiens particulièrement à remercier certaines qui, bien que relatant des situations difficiles et douloureuses, ont su donner de leur temps et de leur présence pour répondre à cette demande.

1-2-2 *La conception des grilles d'entretiens*

Ces entretiens semi-directifs ont été soutenus par une grille de questions (aide au déroulement), relativement souples celles-ci étaient rédigées de façon différenciée suivant les catégories de personnes interrogées.

En ce qui concerne les dirigeants, l'objectif était de :

- Identifier le type de mobilité généré par les restructurations.
- Vérifier le niveau de la politique institutionnelle mise en place au regard de la mobilité interne du personnel.
- Comprendre comment les établissements donnés se sont organisés pour que le personnel soignant accepte le changement.
- Evaluer l'impact de ce changement imposé sur la dynamique de construction de projet professionnel.

En ce qui concerne les cadres de proximité de :

- Saisir le degré de mobilité des agents dont ils ont la responsabilité et leur positionnement managérial vis à vis de la mobilité.
- Comprendre leur rôle dans l'accompagnement du mouvement du personnel
- Situer leurs attentes par rapport à l'institution dans cette problématique

En ce qui concerne les soignants de :

- Percevoir leur degré de mobilité antérieur.
- Saisir les difficultés engendrées par ce changement imposé.
- Entrevoir leur implication dans la construction de leur projet professionnel.

2 - PRESENTATION DES RESULTATS

2-1 Synthèse des entretiens réalisés auprès des DRH, DSSI, IG

Question n°1

Quels types de mobilité la restructuration a-t-elle généré pour le personnel soignant ?

La mobilité dans les cas évoqués s'est présentée sous plusieurs formes :

- **Une mobilité fonctionnelle** qui s'est concrétisée par des changements d'appartenances organisationnelles avec des changements de locaux, d'équipes de travail, de nature de travail : changements de spécialité, des modifications des techniques de travail.
- Des changements de site qui engendrent **des mobilités géographiques ou spatiales** entraînant des temps de trajet différents et des modifications d'organisation avec des incidences sur la vie personnelle.
- Des départs volontaires dans le cadre d'une aide à la mobilité.

Dans les deux établissements évoqués, il n'existe pas de mobilité professionnelle de type reconversion pour le personnel soignant.

Question n° 2

Le degré de mobilité des agents avant la restructuration ?

Le personnel soignant est considéré comme peu mobile ; certains ont 15 à 20 ans de présence dans le même service. Il est imagé pour certains dirigeants comme : "*un coquillage qui s'accroche aux rochers, avec le sentiment d'être titulaire de leur poste de travail".*

Les cadres soignants apparaissent également peu mobiles ; dans l'un des établissements, sur une période de 6 ans, 2 cadres sur 25 présents avaient changé de service.

Question n° 3

L'établissement a-t-il mis en place une politique de mobilité ?

Dans aucun des deux établissements interrogés une politique de mobilité institutionnalisée est affichée.

Cependant, il existe un mouvement tendant vers **une incitation** à la mobilité : *"La mobilité est facilitée mais pas organisée".*

Cette incitation est fondée sur un principe de **volontariat,** organisée avec des règles, des procédures, des critères de sélection, des contrats de durée pour les postes de nuit et en journée dans un établissement.

Dans les deux établissements, un dispositif d'incitation à la mobilité volontaire à l'initiative de l'agent est affiché.

Des obstacles sont évoqués à la mise en place d'une politique de mobilité :

- Le personnel soignant qui n'est pas enclin à bouger, l'appartenance à l'équipe et au site est relatée comme très forte.
- Les conditions de travail avec des différences d'horaires de travail en 8 H ou en 12 H ne facilitent pas les changements
- La distinction des profils et des motivations des agents : le profil chirurgical motivé dans le soin de réparation ou le profil plus médical orienté vers le soin d'accompagnement.
- Le corps médical peu favorable au mouvement de personnel apprécié pour ses compétences spécifiques.

Question n°4

Avez-vous mis en place un dispositif d'accompagnement pour gérer ces mouvements ?

Dans les deux contextes de restructurations imposants une mobilité de personnel, des dispositifs ont été mis en place. Ces dispositifs sont très structurés et reposent sur :

- **Une démarche d'accompagnement collective et individuelle.**
- **Une gestion administrative des dossiers et un accompagnement personnalisé.**
- **Un fondement : l'agent est acteur de sa stratégie de choix de poste.**

"C'est un travail construit pour permettre aux agents titulaires de retrouver une place dans l'organisation".

Ce dispositif est décrit en plusieurs phases :

1/ Une phase d'accompagnement collectif de préparation et d'information des équipes.

Elle est considérée comme une phase explicative de sensibilisation et peut durer un an. "*L'objectif est de faire entendre que le service va fermer et que les agents devront se préparer à changer d'activité, voire de site".*

" La nécessité est d'informer les personnes au fur et à mesure et de ne pas laisser le doute s'installer, les intégrer à la démarche, il faut qu'ils se sentent acteurs".

La difficulté rencontrée dans cette étape c'est le manque de compréhension et de signification du sens apporté aux fermetures : *"on ferme pour fermer".* On ressent à la fois cette très grande nécessité pour les Directions de gérer le processus d'information, mais parfois le manque de lisibilité qui ne facilite pas l'anticipation nécessaire à cette démarche de changement : *"on ne savait pas si on avait ou non les postes, ni le droit aux aides à la mobilité de la part des tutelles".*

2/ Une phase d'accompagnement individuelle

Cette phase a pour objectifs nommés : "de faire grandir les agents et les pousser à faire autre chose, révéler leurs potentiel. "De permettre aux professionnels de se prononcer sur leurs souhaits de postes" ; "c'est un investissement important pour que la décision de choix de poste vienne de l'agent, qu'il ait une part d'autonomie".
"C'est un temps qui permet aux agents d'exprimer leurs sentiments, de préciser leurs contraintes d'ordre individuel, familial ou matériel, d'expliciter leur projet professionnel, de réfléchir sur leurs besoins en formation".
Tout en étant à l'écoute des souhaits des agents, les principes généraux de ce dispositif sont annoncés comme : "être en lien avec l'adéquation homme / poste en lien avec la demande individuelle, en lien avec la cohérence des équipes".

Cet accompagnement est décrit en deux temps :

- **Un temps d'entretiens individuels** d'une durée pouvant être de deux heures réalisés d'après une grille construite ; suivant les établissements, ces entretiens sont effectués par la DSSI ou par les cadres de proximité.
  Il s'agit à la fois d'une conduite de réflexion portant sur le cursus professionnel, la détermination des profils, l'identification des forces et faiblesses, ses motivations, l'adéquation entre les contraintes de sa vie professionnelle et sa vie personnelle.
  Ces entretiens doivent permettre à l'agent de l'aider à se situer dans une stratégie de choix qui se formalise par la rédaction d'une fiche de mobilité. Les agents ont la possibilité de porter 3 options pouvant porter sur un choix de mobilité fonctionnelle et/ou géographique. A ces entretiens de formalisation des choix de changements des propositions de postes sont faites aux agents.
  Dans des cas complexes, une aide extérieure d'un consultant peut être proposée afin de réaliser un bilan de compétences ceci pour l'un des établissements interrogés.
- **Un temps consacré à l'aide à l'adaptation et la découverte du nouveau service ou site**
  Ce temps s'organise autour de stages d'adaptation, de rencontres avec les équipes et le cadre afin d'aider à choisir et prendre confiance en soi.

3/ Une phase de mise à disponibilité des postes

L'objectif est de laisser le maximum de possibilité et de lisibilité de choix de postes pour les agents en situation de mobilité imposée. Des dispositifs qui suivant les cas représentent le gel des stagérisations, la mise en place de bourse interne de postes vacants.

4/ Une phase dite administrative

De réalisation et de présentation de dossiers d'aide à la mobilité auprès des tutelles permettant aux agents intéressés de bénéficier d'indemnité de départs volontaires à la retraite et d'obtenir des frais de dédommagement aux déplacements.

5/ Une phase d'innovation dans les règles de gestion du personnel en situation de restructuration

Dans ce contexte les règles de gestion du personnel sont modifiées :
Les arbitrages sur les choix des candidats aux postes souhaités sont réalisés par rapport à des critères d'ancienneté , ancienneté dans la discipline et dans la fonction et non sur des critères de compétences.
La demande de l'agent sur le poste souhaité est prioritaire. Ni le cadre de proximité ni le chef de service ne peut opposer un avis.

Ces dispositifs décrits reposent sur des principes et témoignent d'une attention particulière à l'accompagnement apportée pour faciliter ce changement imposé et donner aux agents la possibilité de se situer dans une position de choix. Ils sont fondés sur un principe de réalité d'adéquation entre l'écoute des souhaits des agents et les besoins d'emploi de l'institution.
"*Ce dispositif a permis de formaliser les choses et à rassurer le personnel, dans les esprits, il existe une attention particulière lors des mobilités imposées*".

Question n° 5

Quels sont les partenaires ?

Suivant les organisations, les partenaires de ce dispositif d'accompagnement sont plus ou moins conséquents, organisés et nommés d'après les stratégies. *"On n'a pas été incohérent entre nous mais nous n'avions pas de plan de communication".*

Les partenaires nommés sont : la DRH, la DSSI, et les IG, les cadres supérieurs et de proximité, le médecin du personnel, les gestionnaires de carrière, l'assistante sociale, des consultants extérieurs, la formation continue.

Suivant les organisations le cadre de proximité est plus ou moins impliqué : il peut être très sollicité et participer à l'aide à la construction de choix de poste ou bien plus en retrait *: "Les cadres étaient tellement mal eux-mêmes qu'ils ne pouvaient pas être capables d'aider les agents à se mettre dans une démarche de projet". "Les cadres ont une implication différente suivant leur propre compréhension ou l'acceptation de la situation".*

Dans les cas observés, la collaboration DRH, DSSI apparaît indispensable tant au niveau de la stratégie que de la mise en œuvre de la démarche. "*En tant qu'IG nous devons porter le projet".*

Question n° 6

Quel est aujourd'hui votre sentiment par rapport à cette gestion de la mobilité imposée ?

Cette gestion est ressentie comme **un travail conséquent** particulièrement dans la préparation psychologique à apporter aux agents pour les conduire vers une démarche d'acceptation de la situation et de dynamique de changement. *"C'est un gros travail de préparation psychologique et de persuasion".*

C'est une gestion difficile dans la mesure où l'on bouscule les habitudes ; *"il n'est jamais plaisant de bousculer les agents". "Pour les AS qui ont dû changer de site, de temps de travail, de spécialité, c'est difficile, il faut faire le deuil d'une équipe alors que pour certains cela faisait 15 ans qu'ils travaillaient ensemble".*

"Ce qui est difficile, c'est de sortir les agents de l'appartenance à la spécialité (la gériatrie) et de les faire grandir et les entraîner vers d'autres perspectives".

C'est une gestion qui demande **une compréhension du sens du changement** par l'ensemble des personnes en situation de mobilité. *"Les équipes étaient prêtes à bouger, ce n'est pas le problème, le problème c'est de comprendre pourquoi ; l'IDE, l'AS n'ont pas une lecture de l'établissement, elles voient leur service".*

Question n° 7

Y-a-t-il des attitudes dominantes face à cette gestion du changement ?

Les attitudes dominantes décrites spontanément auprès des dirigeants accompagnateurs d'une démarche de changement imposée sont :

- **L'exigence de transparence** et de lisibilité de l'information et des orientations aussi bien pour les organisateurs que pour le personnel. *"Etre transparent avec eux et dire les choses". "La nécessité d'informer les gens au fur et à mesure, ne pas laisser s'installer le doute, les intégrer à la démarche".*
- **Le respect** des agents envers les engagements pris.
- **Etre moteur dans la démarche.** *"Entraîner les agents dans la dynamique du changement en les aidant à repérer leurs potentiels, les agents ne se rendent pas compte de leur potentiel".*
- **L'organisation** dans la gestion du personnel et des dossiers.

Question n° 8

Avez-vous constaté si cet accompagnement imposé avait révélé l'opportunité de construction de projets professionnels ?

A cette question les dirigeants interrogés ont des difficultés à répondre. *"Je ne pourrai pas répondre, a priori cela n'a pas déclenché de dynamique de projets professionnels".* Il n'y a pas d'évaluation faite sur les constructions de projets consécutive aux mobilités imposées. Les réponses sont plus de l'ordre de l'appréciation. Certains ont l'impression que ces changements ont induit un mouvement et modifié les représentations face à la stabilité. *"Les agents savent maintenant qu'à tout moment en tenant compte de leur desiderata ils peuvent se voir affecté ailleurs et même sur un autre site ; c'est important les gens sont plus mobiles dans leur tête".*

Cette démarche semble avoir révélé peu de projet professionnel ; les responsables notent : *"quelques projets cadres, certains en ont profité pour changer de spécialité*".
Il faut souligner que pour l'un des établissements, l'élaboration d'un projet professionnel pour un IDE est synonyme d'une mobilité géographique pendant le temps de la formation.

2-2 Synthèse des entretiens réalisés auprès des cadres de proximité

Les entretiens ont été réalisés auprès de 7 cadres en situation de conduite de mouvement de personnel consécutive à des restructurations : 5 cadres responsables de service dans le centre hospitalier en fusion, 2 cadres dans le CHU en restructuration.

Le choix des personnes interrogées s'est réparti autour de 5 cadres ayant la responsabilité d'agents en situation de quitter le service et de 2 autres en position « d'accueil » d'agents venant de vivre une mobilité.

Identification du contexte – questions 1-2-3

Nombre d'années d'exercice du cadre dans le service.

Description du type de restructurations et de l'impact sur la mobilité.

Typologie des personnels concernés.

Evaluation de l'ancienneté moyenne des agents du service avant les restructurations

Ces éléments sont résumés dans le tableau récapitulatif ci-après.

TABLEAU RECAPITULATIF DES QUESTIONS 1 – 2 - 3

Ancienneté du cadre dans le service	Type de restructuration vécue	Impact sur le changement	Personnel concerné	Appréciation de la mobilité du personnel	Projet du cadre
20 ANS	Fermeture du service Absence de projet collectif.	Changement d'appartenance organisationnelle. Mobilité fonctionnelle et/ou spatiale	Cadre IDE AS	Très stable. 20 ans d'ancienneté. Mono expérience pour certains.	Mobilité fonctionnelle. Changement de spécialité puis départ volontaire.
16 ANS, n'a jamais quitté le site	Délocalisation du service sur l'autre site. - projet collectif.	Changement du lieu de travail. Mobilité spatiale.	Cadre IDE AS	Peu mobile. *"Certains sont aussi enracinés que moi".*	Mobilité spatiale avec l'équipe puis départ volontaire.
17 ANS, a organisé le 1er service	Regroupement de deux services de site différent Augmentation de la capacité en lits x 2	Changement de l'organisation du travail de l'espace. Accueil des agents en situation de mobilité.	IDE AS	Très stable. *"J'avais du personnel qui pour la plupart était là depuis l'ouverture".*	
8 ANS	Fermeture du service. Absence de projet collectif.	Changement d'appartenance organisationnelle. Mobilité fonctionnelle et/ou spatiale.	Cadre IDE AS	Ancienne.	Changement de spécialité
10 ANS	Réorganisation de l'équipe de soignants.	Changement d'organisation. Accueil des agents en situation de mobilité.	IDE AS	Ancienne.	
4 ANS	Transfert du service d'un site sur l'autre. Modification du type de prise en charge des patients.	Changement du lieu de travail et d'organisation. Mobilité spatiale et d'environnement.	Cadre IDE AS	Age moyen de l'équipe 40 ans. Equipe ancienne. 5 AS et 5 IDE ont plus de 15 ans d'ancienneté dans la spécialité et sur le site.	Mobilité spatiale et accompagnement de l'équipe dans le changement de site.
10 ANS	Fermeture du site. Regroupement sur un autre site distant de 20 km	Changement du lieu de travail. Mobilité spatiale et fonctionnelle	Cadre IDE AS	Très ancien, le personnel a organisé sa vie familiale autour du site.	Pas de décision de prise.

Ils nous renseignent sur les éléments suivants pouvant avoir un impact sur la dynamique de changement du personnel :

- 5 cadres ont plus de 10 ans d'ancienneté et plus dans le service.
- Les types de restructuration sont multiples avec pour certains des projets collectifs et d'autres des fermetures sèches.
- La nature des changements est différente et engendre l'essentiel des dimensions de la mobilité décrite dans le cadre conceptuel.
- Cette mobilité touche toutes les catégories : les cadres, les IDE, les AS. L'ancienneté du personnel du service est considérée comme *"stable, peu mobile, ancien dans l'équipe*". Il s'agit là d'une appréciation, aucun chiffre n'a été donné.
- Les cadres sont impliqués dans une démarche personnelle de changement avec des positionnements soit d'accompagnement d'équipes dans des projets collectifs soit dans des projets plus individuels de départ volontaire.

Question n° 4

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

Il existe une incitation à la mobilité variable suivant le management du cadre.

- Pour certains dont le management peut être qualifié comme fondé sur une relation affective et fusionnelle *"c'est la famille, d'ailleurs on se voit toujours malgré la fermeture du service".* La notion d'équipe solidaire est correcte avec une conception de philosophie de soins organisée. La perspective d'inciter les agents au mouvement n'est pas envisagée *"quand on est bien on n'a pas forcement envie de partir".*
- Pour d'autres la mise en dynamique de changement est partagée entre un souci de :

1/ Progression individuelle et d'incitation à des projets de carrière pour les agents dont la compétence est repérée : école des cadres, formations vers des spécialisations.

2/ D'orientation vers d'autres services dans le cadre de difficultés ou de lassitude liées aux conditions de travail.

3/ D'amélioration des compétences. *"J'ai organisé une mobilité jour- nuit surtout pour les IDE entre le personnel de jour et de nuit fixe ; le personnel de nuit passe de jour 2 à 3 mois par an dans la période de sa convenance avec un encadrement renforcé".*
4/ Enfin pour d'autres, le mouvement du personnel fait partie d'une conception ou est lié à une attitude personnelle. *"Je suis dans la dynamique de dire que bouger permet de se construire". "Je ne suis pas un cadre qui garde les agents sous mon aile, il n'y a pas que là qu'on est bien ; j'ai moi-même bougé".*
Les attitudes apparaissent comme différentes et liées à la personnalité du cadre ou au contexte mais on peut constater qu'il existe peu d'incitation formalisée.

En parallèle à cette relative dynamique de mouvement s'oppose une réalité de préserver une stabilité et un équilibre d'équipe construite sur des valeurs, le besoin d'une capacité à préserver **une qualité relationnelle** aussi bien au niveau des patients, des familles que des agents entre eux *"face au nombre important de décès dans le service, il y a des gens précieux dans l'équipe, dans le soutien et la capacité à garder le sens de l'humour*", **une exigence de compétences pointues.** "*Je n'incite pas les gens compétents dans le service à bouger car former du personnel c'est dur, je ne peux pas dormir si les gens ne sont pas aptes à tenir le service*".
Les initiatives d'incitation à la mobilité se décrivent comme **:**

- L'organisation de stages de découverte d'autres services ou de sites
- Une rotation entre les emplois de jour et de nuit
- Une évocation au moment de l'évaluation annuelle basée sur le bien-fondé de bouger pour enrichir son cursus professionnel
- L'aide à la structuration des dossiers de mutation
- Une incitation à la participation aux choix de postes.

Question n° 5

Avez vous joué un rôle dans l'accompagnement du personnel en situation de mobilité ?

Tous les cadres interrogés décrivent des rôles joués dans l'accompagnement du personnel. Ce rôle est décrit comme une démarche d'accompagnement collective et individuelle.

- **La démarche collective** porte essentiellement sur :

- l'information qui est considérée comme indispensable car les agents sont dans une incertitude importante et cela évite les rumeurs.
- La communication, plusieurs soulignent l'importance de groupes d'échange ou d'écoute pour que chacun exprime ses inquiétudes, son ressenti, ses interrogations. "*Elles avaient besoin d'entendre ce que pensait la copine".*
- L'ajustement des compétences évaluées nécessaires à acquérir pour prendre en charge les patients. L'ajustement se fait par exemple par l'intermédiaire de formations à l'informatique, au dossier individualisé des patients, aux transmissions ciblées.

- **L'accompagnement individuel** s'organise autour :

- D'une attitude de sécurisation pour les plus inquiets. "*Il y avait des agents en grande interrogation et en difficultés par rapport à leur organisation personnelle, un temps de départ ½ heure plus tôt générait une organisation plus complexe avec une tierce personne pour emmener les enfants".*

- D'une démarche d'intégration des agents venant de vivre une mobilité imposée qui se concrétise par :
  - L'organisation d'un accueil et d'une sensibilisation équipés à recevoir les agents ; cet accueil est réalisé grâce à un entretien individuel avec le cadre et une présentation du service.
  - L'élaboration de pratiques de soins communes "*on a fait des fiches techniques, des protocoles en tenant compte de l'avis de chacun*".
  - la mise en place de stages de d'observation sur une période de 15 jours pour affirmer si le poste choisi correspondait bien au souhait de l'agent.

- D'un accompagnement à la construction du projet de mobilité par l'intermédiaire d'une attitude d'écoute et de réponse aux sollicitations, d'une aide à la mise en forme du dossier professionnel, et à la formalisation du projet de formation.

Les attitudes dominantes évoquées pour gérer cet accompagnement sont :

- la confiance dans l'information, "*il faut pouvoir transmettre aux agents des informations pas toujours très pointues*".
- Le maintien de la sécurité de soins pour le patient, sécurité dans l'organisation de travail, dans la bonne marche et utilisation du matériel, dans la connaissance des compétences des agents.
- L'identification des règles et des principes connus de tous particulièrement en ce qui concerne les critères de sélection dans le choix des postes.
- La relation de négociation qui est permanente et à tous les niveaux.

Question n° 6

Avez-vous rencontré des difficultés dans la gestion du personnel pendant cette période de mouvement ?

L'identification des difficultés rencontrées par les cadres dans cette situation de mobilité est multiple et complexifiée par des changements nombreux où beaucoup de repères sont bousculés.

Les difficultés exprimées reposent sur :

- Un manque de confiance dans l'information donnée. *"J'ai le sentiment que l'administration n'a pas tout dit sur l'avenir de l'hôpital".*
- Un sentiment d'abandon et de peu de soutien vis à vis des médecins et des directions "*j'ai fermé la porte seule*".
- Une gestion complexe :

  A l'appréhension à reconstruire une équipe composée d'éléments venant de subir mobilité spatiale dans un contexte de conflit entre les deux services en restructuration, il faut gérer en même temps tout ce qui concerne la sécurité : le matériel, les plannings en tenant des compétences nouvelles.
- Une perte dans la qualité de relation personnelle "*se réhabituer à de nouveaux partenaires, se refaire un réseau, ça demande un investissement personnel important".*
- Le maintien des compétences répondant à un travail de qualité tout en accompagnant le personnel vers le changement. "*Le personnel était dans la crainte, le travail passait en dernier, le problème numéro 1 c'était la mutation*".

L'équilibre entre le maintien des seuils de compétences et des respects de choix de mobilité est exprimé. "*On ne peut pas organiser une fuite de tout le personnel."*

- Un temps très long de latence avant une fermeture complète qui démotive les équipes "*on aurait besoin d'un accompagnement collectif d'aide à l'écoute et à se reconstruire*".

Question n° 7

Quelle est votre appréciation de cet accompagnement de mobilité imposée ?

Bien que vécue par sa dimension et sa complexité comme une démarche difficile à conduire ; les cadres interrogés renvoient une image relativement positive aussi bien pour eux que pour le personnel.

Pour eux en tant que manager, cet accompagnement au changement évoque un sentiment de *réussite* et *satisfaction* d'avoir surmonté les difficultés. "*Pour moi c'est une bonne expérience, on a été capable".*

Pour les agents, les cadres évoquent des retours plutôt positifs "*avec du recul certains disent que ça a du bon de bouger".*

Il semble s'installer une dynamique de mouvement à l'initiative du personnel lié au fait que certains ont pris confiance en eux et mesuré leur capacité d'adaptation.

2-3 Synthèse des entretiens réalisés auprès des IDE et AS

2-3-1 *Identification des personnes interrogées*

Dix entretiens ont été réalisés auprès des soignants concernés par une mobilité dans un contexte de restructuration :

- six IDE : quatre exerçant dans l'établissement en fusion, deux issues du CHU en restructuration.
- quatre AS exerçant dans l'établissement en fusion.

Tableau récapitulatif des questions 1 et 2

Quelle était votre situation avant le redéploiement : ancienneté dans l'unité, le site ?

De quelle mobilité s'agit-il ?

Le tableau ci-après résume les informations recueillies.

TABLEAU RECAPITULATIF DES QUESTIONS 1 – 2

GRADE	ANCIENNETE DANS LA PROFESSION	ANCIENNETE SUR LE SITE	ANCIENNETE DANS L'UNITE	TYPE DE CHANGEMENT ET MOBILITE ENGENDREE
IDE	10 ANS	10 ANS	7 ANS	Changement de site : mobilité spatiale Changement de spécialité : mobilité fonctionnelle
IDE	20 ANS	20 ANS	12 ANS	Changement de spécialité et de rythme de travail : mobilité fonctionnelle
IDE	23 ANS	20 ANS 1 changement d'établissement	20 ANS *A fait l'ouverture du service*	Changement de spécialité : mobilité fonctionnelle
IDE	24 ANS	9 ANS 3 changements d'établissement	4 ANS	Changement de spécialité : mobilité fonctionnelle
IDE	25 ANS	4 ANS 2 changements d'établissement	4 ANS	Changement de spécialité : mobilité fonctionnelle Changement de site : mobilité spatiale
IDE	10 ANS	5 ANS 2 changements d'établissement	5 ANS	N'a pas encore changé, souhaite rester dans la même spécialité
AS	12 ANS	20 ANS	2 ANS	Changement de site : mobilité spatiale Changement de spécialité : mobilité fonctionnelle
AS	25 ANS	18 ANS 4 changements d'établissement	8 ANS	Changement de spécialité : mobilité fonctionnelle
AS	17 ANS	16 ANS	6 ANS	Changement de site : mobilité spatiale Changement de spécialité : mobilité fonctionnelle
AS	24 ANS	24 ANS	16 ANS	Changement de site : mobilité spatiale Changement de spécialité : mobilité fonctionnelle

Ce tableau révèle :

- Une ancienneté importante dans la profession, tous les soignants rencontrés ont plus de 10 ans d'ancienneté.
- L'ancienneté sur le site est importante : 7 ont 10 ans et plus, 5 ont changé d'établissement.
- L'ancienneté dans l'unité est moins conséquente ce qui laisse supposer une certaine mobilité interne au site.

Une mobilité de site et/ou de spécialité pour certains ; des agents ont changé deux fois de site, le deuxième changement était un changement volontaire rendu possible sur proposition de l'IG à la suite de mutations de site imposées.

Question n° 3

Est-ce que changer de spécialité ou de fonction fait partie de votre projet professionnel ?

Sur les 10 soignants rencontrés 7 sont plutôt favorables à la mobilité.

La mobilité est décrite comme **une démarche volontaire de l'agent** et se définie comme :

- Une association entre un choix professionnel et personnel

"*Je suis restée longtemps en horaire 12 heures pour gérer ma vie personnelle avec mes enfants maintenant je ne choisirai plus ces horaires trop fatigants".*

"*La mobilité voulue c'est un choix personnel, consécutif à une évolution personnelle".*

- La mobilité permet un enrichissement de la vie professionnelle, un enrichissement au niveau de l'acquisition de compétences mais aussi dans la découverte de nouvelles organisations de travail, elle est décrite comme un moyen de garder de l'intérêt un travail

"La mobilité, on voit toujours autre chose, *c'est ce qui rend le métier intéressant*".

"J'ai souvent changé de service , je me dis faire une carrière entière dans le même service c'est dommage, on est dans la routine des systèmes de travail".

Bien que décrite comme une démarche positive d'évolution et d'enrichissement, la mobilité demande une adaptation de la vie professionnelle et personnelle. C'est un investissement de la personne liée à un intérêt dans la satisfaction au travail. Cette satisfaction peut se situer dans la technicité mais aussi dans la relation au sein de l'équipe.

"La mobilité n'a pas d'intérêt si on aime la spécialité et surtout si la relation dans l'équipe est forte avec un sentiment de solidarité".

Ce nécessaire besoin de relationnel fort exprimé peut évoquer une demande de sécurité ; sécurité dans la connaissance avec l'environnement du service, sécurité avec l'équipe qui joue un rôle de "soupape" face aux multiples tensions.

Question n° 4

Comment avez-vous vécu le changement d'affectation consécutif à la restructuration ?

Dans ce contexte, le changement prend l'allure d'événement chargé plus ou moins d'émotion.

L'appréciation du changement imposé est personnel ; chacun le vit de façon différente avec des modes expressions extrêmes ; pour certains, c'est la "*descente aux enfers*" pour d'autres c'est une étape qui demande de l'investissement personnel mais s'avère positive. Dans tout les cas, la mobilité est vécue comme **imposée, on n'est pas dans le registre du choix** et les appréciations sont de deux ordres .

1/ Pour certains le changement est vécu comme un élément positif ; deux se sont clairement exprimés dans ce sens ; l'un ayant vécu un changement de spécialité après 20 ans d'ancienneté dans la même unité, l'autre un changement d'appartenance fonctionnelle. Pour le premier, l'obligation de changement était vécue comme une opportunité de rompre avec une lassitude de travail dans la spécialité. "*ça tombait au moment où je commençais à m'épuiser par rapport aux patients soigner".*

Pour le second, il est lié à une perception de gain, gain pour le patient, gain pour le personnel. "*Je suis contente d'avoir bougé ça n'a pas eu de conséquence sur ma vie personnelle, maintenant le service est au cœur de l'hôpital , je suis allée vers un mieux au niveau des conditions de travail : locaux neufs, lits à hauteur variable, les patients et le personnel ont plus de confort*".

Ces changements même s'ils demandent un investissement de la personne ont un impact relatif sur la vie professionnelle et personnelle et sont jugés comme positifs avec une perception d'avoir trouvé de l'intérêt et du sens pour le soin donné aux patients et pour le personnel.

2/ Pour d'autres, le changement est vécu comme beaucoup plus négatif ; on est toujours dans le registre du non choix mais l'intérêt évoqué précédemment est remplacé par un sentiment de perte, de difficultés. *"Quand on demande de partir , ce n'est pas un choix, on a de la nostalgie , il faut faire le deuil du service".* Suivant le type de mobilité, l'impact sur la vie professionnelle et personnelle est plus ou moins conséquent ; cependant la mobilité imposée est synonyme d'un effort d'adaptation .

- Effort dans la remise à niveau des compétences ; ce n'est pas la difficulté jugée comme majeure , elle est ressentie uniquement pour les IDE et est comblée par des formations "*l'adaptation a été rapide au niveau des compétences :15 jours de formation ".*
- Effort dans l'adaptation des modifications des conditions de travail : les notions de changement de rythme de travail sont évoquées entraînant une obligation de reconsidérer les organisations entre vie personnelle et professionnelle. *"Ce qui a été le plus difficile c'est le changement de rythme de travail, un mois de jour un mois de nuit* ". Les notions de trajets augmentés sont largement évoquées comme source de perturbation et d'insécurité ; "*la mobilité sur un autre site ça chamboule tout, 35 km de trajet*, *on nous a mis des navettes à disposition , mais c'est sans intérêt pour moi car il faut conduire et j'avais la responsabilité du groupe". "La mobilité imposée dans le cadre d'une fusion c'est déstabilisant, c'est tout sauf banal, il faut en vouloir".*

- La difficulté régulièrement évoquée se situe dans la perte de l'appartenance à une équipe ou un site, liée à une perception d'insécurité
  "ce qui freine la mobilité c'est la peur de ne pas retrouver des équipes *solidaires"* et/ou dans la perte du réseau relationnel établi au sein du site. Ce sentiment de perte est majoré par une représentation négative et une méconnaissance de l'autre site.
- Enfin la mobilité imposée est associée pour l'agent à une perte de considération et de reconnaissance.

Le sentiment d'être des "pions" est souvent évoqué.

Ce sentiment est lié

- soit à la non perception des enjeux et de l'avenir de l'hôpital avec le reproche de ne pas avoir eu droit à une information claire *"j'aurai voulu une vraie information même s'ils ne savaient pas, mais il n'y avait pas d'information d'adulte à adulte ; ils nous prenaient pour des pions ; c'est un manque de reconnaissance de ne pas être tenu au courant sur l'avenir de l'hôpital".*
- soit à un manque de confiance dans les règles du dispositif d'accompagnement "*on avait un choix sans avoir un choix, il y avait des postes et des agents, si ça collait tant mieux sinon tant pis pour l'agent*".
- soit enfin au sentiment de <u>non reconnaissance du travail fourni</u> "*quand on est titulaire on se croit en attente de plus d'égards surtout si depuis plusieurs années on donne satisfaction*".

"*On n'est pas considéré en tant que personne, j'ai l'impression d'être un pion, je ne suis plus investi dans les projets de service, je fais mon travail c'est tout, l'important c'est le patient*".

<u>Question n° 5</u>

<u>Avez-vous eu une aide dans l'accompagnement de ce changement imposé ? par qui ? le soutien correspondait-il à vos attentes et besoins?</u>

Pour la majorité des personnes interrogées <u>un soutien est évoqué</u>, un seul agent témoigne d'une solitude ; dans la majorité des cas, ce soutien est identifié comme collectif et individuel apporté par divers intervenants. En première intention est nommé **l'IG** qui apporte un soutien individuel par l'intermédiaire d'entretiens à la réflexion et la construction de la stratégie, de choix de postes et à la réponse donnée. Ensuite **le cadre de proximité** est évoqué dans un rôle essentiellement collectif d'aide au changement "*le cadre a eu un rôle important dans la préparation du changement*".

La formation apparaît également comme un élément <u>facilitateur de l'adaptation</u> au changement ; une formation basée sur une évolution des compétences à la prise en charge des patients et la connaissance de la nouvelle équipe.

Des outils sont enfin notés comme une aide ; il s'agit d'imprimés laissant la possibilité d'expression de choix formulés par ordre de priorité.
Ce soutien est ressenti comme ayant des limites des demandes supplémentaires sont formulés au niveau collectif.
Là encore cette formulation d'aide se situe dans une demande de réelle information sur les échéanciers et le devenir de l'hôpital *"on n'était pas au courant".*
Une autre formulation de demande de soutien apparaît dans une demande collective de temps d'écoute et de parole pour les équipes "*on a besoin d'un accompagnement d'équipe, il faut un temps et un espace pour pouvoir parler*".

Question n° 6

Est-que-ce changement imposé a modifié vos projets professionnels ?

Aucune démarche de construction de projet professionnel n'apparaît dans ces propos à l'exception d'un projet de formation universitaire.
Des freins à la dynamique de construction de projet apparaissent.
Les soignants rencontrés lient la construction d'un projet professionnel à l'avenir de l'hôpital ; l'environnement identifié comme incertain ne contribue pas à la dynamique de projet "*les repères ne sont pas stables, alors quand on a des bases solides, on reste".*
L'exigence d'une mobilité géographique lors d'une formation en lien avec un projet est également une limite à la réalisation de celui-ci.
Le manque d'ambition et l'âge sont aussi des facteurs d'absence de projet

3 - ANALYSE DES DONNEES RECUEILLIES EN RELATION AVEC LES HYPOTHESES FORMULEES

L'analyse portera sur trois niveaux au regard des trois hypothèses formulées .

3-1 Un changement réussi s'appuie sur une politique où l'individu est acteur de son changement

3-1-1 ***Les déterminants témoins de la réussite de la politique de gestion de la mobilité imposée***.

A/ Une stratégie innovante fondée sur le concept de l'agent acteur de son changement

Les Directions rencontrées considèrent la mobilité imposée par les restructurations comme une situation complexe, difficile à manager, nécessitant un accompagnement social et l'organisation de nouvelles règles de gestion du personnel .

La mobilité qui prend des formes diverses : fonctionnelle, géographique, départ volontaire, s'inscrit dans un contexte de mouvement général de changement.

En réponse à cette situation, des démarches d'accompagnement social innovantes sont mises en place par l'intermédiaire de dispositifs structurés, témoins d'une attention particulière et spécifique portée aux agents.

Ces dispositifs sont construits en collaboration par les DRH et DSSI suivant une stratégie politique de démarche de projet édifiée autour d'actions collectives et individuelles dont le fondement clairement énoncé repose sur une conception de l'agent acteur, dynamique dans la situation de changement.

A cette intention découle une mise en œuvre du dispositif décrit en plusieurs phases. Une phase d'information et de communication visant à rendre lisibles et compréhensifs les objectifs des restructurations et l'avenir de l'établissement, une phase administrative de gestion de dossiers, une phase d'aide individuelle à la formulation et la construction de projets professionnels prenant en compte les contraintes institutionnelles, professionnelles et personnelles .

B/ La démarche d'accompagnement s'appuie sur la contribution de plusieurs collaborateurs.

Impulsée par les dirigeants des établissements, les démarches d'accompagnement social s'appuient dans la mise en œuvre sur divers collaborateurs. Lorsqu'il s'agit de personnel soignant, les cadres de santé en relation directe avec leur personnel jouent un rôle déterminant dans la gestion.

Cependant on peut entrevoir que leur contribution à la démarche est plus ou moins efficiente suivant leur propre compréhension et acceptation des objectifs, des restructurations et leur capacité à manager des équipes en situation de changement.

Leur rôle est décrit par eux-mêmes comme empirique, réactif aux évènements, situé entre des actions collectives d'information et de communication, de négociation, d'actions individuelles de sécurisation, d'aide à l'intégration des agents et d'accompagnement à la réflexion dans la construction de projets de mobilité.

A travers ces données, on perçoit que cette implication dans la démarche reste à l'initiative du cadre avec parfois un sentiment de solitude et d'abandon vis à vis des Directions et des chefs de service .
D'autres collaborateurs comme : le service de formation, la médecine du personnel, l'assistante sociale et un consultant extérieur sont mentionnés comme des soutiens à la démarche de mise en dynamique de la mobilité.

C/ Un dispositif qui repose sur des attitudes dominantes

Le souci de permettre à chacun de trouver une place dans l'institution en conciliant motivation, vie personnelle et exigences de gestion des emplois conduit les dirigeants vers à des attitudes repérées comme dominantes. Ces attitudes sont d'une part de gestions rigoureuses, du personnel, de la sécurité des soins, de repérage, des niveaux de compétences, du matériel nouveau et les dossiers d'aide à la mobilité en direction des tutelles .Et d'autre part d'attitudes que l'on peut qualifier de gestion des ressources humaines, de respect des agents dans les engagements pris d'aide aux repérages des potentiels, d'écoute, de questionnements autour des interrogations.

D/ Les indicateurs de réussite

Il n'existe pas d'évaluation à la démarche d'accompagnement social des indicateurs de réussite sont évoqués ; au niveau général, il s'agit de constat d'absence de conflit social. Au niveau des cadres, il apparaît une satisfaction dans la capacité à surmonter les difficultés rencontrées.
La perception de dynamique de mouvement est mentionnée grâce à une mise en confiance dans l'organisation et la mise en œuvre du dispositif.

3-1-2 **Les attitudes des soignants au regard de cette politique d'accompagnement à la mobilité imposée**

Le cadre conceptuel signifie que le changement est complexe dans sa gestion et que l'individu répond suivant des paramètres professionnels et personnels.

A cette politique d'accompagnement social fondée sur l'agent acteur dans son projet et dynamique dans sa démarche de changement, les soignants rencontrés situent **la mobilité imposée comme un évènement bouleversant la vie professionnelle et personnelle hors du registre du choix et se positionnent dans l'acceptation ou la résistance suivant leurs stratégies personnelles, leurs aspirations et leurs situations au sein du groupe.**

A/ L'acceptation au changement

L'acceptation au changement est envisagé si l'agent à un sentiment **d'obtention d'un gain.** Le gain peut être vécu sous forme d'une opportunité à rompre avec une sensation de situation de routine dans le travail ou bien **dans l'intérêt** perçu à l'amélioration dans la prise en charge du patient ou des conditions de travail.

A l'intérêt s'associe volontiers la perception d'une compréhension du sens donné aux bouleversements imposés qui demandent dans tous les cas à l'individu un effort d'adaptation, mais l'aide dans sa capacité de projection.

B/ La résistance au changement

La sensation **de perte** provoque une attitude de résistance. Le sentiment de perte est ressenti à plusieurs niveaux :

- Perte d'appartenance à une équipe, une culture de site.

Sentiment très fort chez les soignants dont les relations au travail sont basés sur la technicité et le relationnel avec le patient et sa famille mais aussi avec les membres de l'équipe. Ce sentiment de perte d'appartenance est associé à une perception d'insécurité fondée sur la méconnaissance et la représentation négative du site ou du service inconnu.

- Perte dans les repères de travail.

Cette perte est potentialisée par une incompréhension du sens et des objectifs des restructurations. L'agent n'a pas d'éléments d'explication jugés suffisants pour saisir les raisons de son effort d'adaptation. Il reste dans la nostalgie du passé avec le besoin de faire le deuil des situations antérieures.

❖ Perte de considération et de reconnaissance.

Cette impression est liée au fait que l'individu à besoin d'être reconnu en tant que personne dans sa relation de travail, c'est sa logique de personne humaine.

Au cours des entretiens, les soignants ont évoqué à plusieurs reprises une impression de perte de considération et de reconnaissance ; dans le travail lui-même et dans le fait que l'agent peut s'attendre à des égards vis à vis du travail rendu ; dans le manque d'information et de communication synonyme pour eux d'un manque de respect et de reconnaissance dans la personne adulte responsable et enfin dans la perception d'avoir été leurré dans la finalité du dispositif d'accompagnement au niveau des possibilités d'obtention des postes.

Une impression de perte qui se traduit de façon brutale par l'affirmation "*on est des pions*".

Cette analyse du contenu des propos permet d'affirmer l'hypothèse qu'un changement réussi s'appuie sur une politique d'accompagnement social où l'agent est considéré comme acteur de son changement. Cependant, cette affirmation n'apparaît pas comme suffisante. En effet, pour que la réussite soit partagée, perçue comme positive et acceptable par l'individu, il faut que celui-ci trouve de l'intérêt et du sens dans les finalités des restructurations pour lui même mais aussi pour la qualité des soins offerts au patient.

"Tout changement est accepté dans la mesure où l'acteur pense qu'il a des chances de gagner quelque chose et en tout cas, sent qu'il maîtrise suffisamment les leviers et les conséquences du changement. Celui-ci doit se raisonner en terme de pouvoir : celui qui a le sentiment de perdre ne peut que refuser le changement ou tenter de le freiner" (1).

3-2 La mise en œuvre d'une démarche d'accompagnement à la construction d'un projet professionnel facilite l'acceptation à la mobilité .

3-2-1 *Les finalités de la mise en œuvre de la démarche d'accompagnement*

Les entretiens réalisés auprès de l'encadrement témoignent d'une démarche organisée fixée dans un cadre de soutien et d'aide auprès des agents en situation de mobilité imposée.

(1) BERNOUX Philippe . La sociologie des organisations - Editions du seuil - 1985 p. 206

Ce soutien vise à la réalisation d'un processus positionnant l'agent acteur de son projet professionnel. Les objectifs énoncés vont dans ce sens : faire grandir professionnellement les agents, les aider à révéler leurs potentiels, les amener à réfléchir sur leur cursus, leur permettre par un questionnement d'organiser et de hiérarchiser des priorités en cohérence avec leurs professionnelles et personnelles.
Nous sommes bien dans un cadre d'une démarche ou l'encadrement engage l'agent dans une position de réflexion, de décision, de choix sur son avenir professionnel, de construction de projet.
"Derrière le projet se profile la capacité d'un acteur à décider par lui-même, à choisir, à rejeter, à agir sur son environnement" (1).

3-2-2 ***Un constat d'absence de projet professionnel***

En sachant que le contexte cité impose en majorité pour les soignants des redéploiements sans obligation de changement de métier et qu'il n'existe pas d'évaluation sur l'impact des restructurations dans la dynamique de construction de projets professionnels ; les responsables constatent que les projets professionnels sont à la marge : quelques projets d'évolution de carrière ou de spécialisation. L'accompagnement n'a pas déclenché un mouvement de construction de projets ; seule une impression de modification des représentations des agents face à la stabilité est évoquée.

3-2-3 ***Vers la construction d'un projet d'adaptation***

Le cadre théorique présenté a permis de faire une distinction entre le projet qui procède du désir demandant à l'individu des capacités de projection et le projet qui procède du besoin nécessitant des capacités d'adaptation.
Les soignants interrogés ont précisé à plusieurs reprises que la mobilité n'était pas dans le registre du choix et synonyme d'un effort d'adaptation. Les aides à la l'acceptation de la mobilité imposée sont reconnues sous l'angle d'un soutien à la stratégie de choix de postes. Il apparaît difficile pour eux de concevoir un projet professionnel dans la mesure où l'environnement est incertain, peu favorable au risque d'un changement de fonction ou de grade.

---

(1) BOUTINET Jean-Pierre. Les multiples facettes du projet - Sciences humaines - n° 39 Mai 1993.

La mobilité imposée amenant une réflexion dans la construction de stratégie de choix de postes apparaît se distinguer de la notion de construction d'un projet professionnel qui s'inscrit dans une démarche personnelle et choisie.
Les entretiens semblent signifier que la mobilité imposée est davantage révélatrice d'une adaptation : adaptation aux nouvelles techniques, aux circuits, aux relations avec les nouvelles équipes et relève ainsi d'un changement de niveau 1.
La deuxième hypothèse pourrait ainsi être enrichie d'une précision : la mise en œuvre d'une démarche d'accompagnement à la construction d'un projet d'adaptation facilite l'acceptation à la mobilité

3-3 La mise en oeuvre d'une politique de gestion des ressources humaines, partagée entre DRH et DSSI introduisant une dynamique de mobilité volontaire, doit aider à l'acceptation de mobilité imposée

3-3-1 *La politique de mobilité*

Comme nous l'avons déjà souligné dans le cadre conceptuel, la mobilité n'est pas une finalité en soi, elle est conçue comme un instrument au service d'une adéquation entre une bonne allocation des ressources humaines et une qualité des soins.
L'étude réalisée auprès des établissements montre une certaine attitude de stabilité de l'ensemble des soignants. Une mobilité interne au site existe mais devient inexistante entre sites.
Le personnel est jugé le plus souvent comme peu mobile par l'encadrement et marque un attachement à son service, son site .
Les dirigeants rencontrés témoignent qu'il n'existe pas de politique de mobilité dans leur établissement ; ils évoquent plus volontiers un mouvement tendant vers une incitation à la mobilité fondée sur un principe du volontariat. On identifie une attention et l'organisation de dispositifs réglementés pour faciliter la demande de changement de service.
Les propos recueillis évoquent toute la prudence et les obstacles à l'élaboration d'une politique de mobilité plus incitatrice.
Pour les cadres de proximité, aucune règle n'est fixée : chacun manage le mouvement de son équipe suivant ses propres conceptions, ses impératifs de maintien de compétences et l'équilibre relationnel de son équipe.

3-3-2 ***La relation entre mobilité volontaire et mobilité imposée***

Le cadre conceptuel nous enseigne sur le fait que la mobilité ne peut être envisagée que dans le cadre d'un acte volontaire.

L'étude nous a monté qu'il existait peu de liens entre mobilité volontaire et mobilité imposée.

Pour le personnel rencontré, la mobilité volontaire est caractérisée comme une démarche individuelle, de l'ordre du choix personnel, à bouger en relation avec une volonté d'évolution. Elle est vécue comme un enrichissement au niveau des compétences et de la découverte d'autres organisations de travail.

Bien que la mobilité volontaire soit jugée comme positive par les soignants, ceux-ci restent ambivalents entre une attitude de mobilité et de sédentarité. La sécurité et la solidarité dans la relation de l'équipe de travail ont un impact fort sur une démarche personnelle de mouvement. La relation d'équipe joue un rôle de "soupape" face aux multiples tensions.

La mobilité imposée apparaît être d'un autre registre ; c'est un bouleversement profond, déstabilisant chargé d'émotion, qui n'est pas vécu au niveau du choix personnel. Les contraintes apparaissent comme prioritaires aussi bien pour la vie professionnelle que personnelle .

N'étant pas basé sur un même registre, il apparaît difficile de conclure sur le fait qu'une politique de mobilité volontaire peut être facilitatrice d'une acceptation à la mobilité imposée .

Cependant on s'aperçoit que parfois ce n'est pas le changement en lui-même qui pose problème, ni le manque de compétences mais plutôt une perte de confiance dans la capacité à s'adapter et la peur d'affronter un inconnu perçu comme différent et hostile.

Dans ce sens une politique de dynamique du mouvement, qui valorise la mobilité, conduit à modifier les représentations et facilite la connaissance entre services et sites peut être considérée comme facilitatrice d'un changement imposé.

3-4 Conclusion de l'analyse

L'analyse proposée nous renseigne sur la relation étroite entre restructurations et mobilité imposée et l'ampleur du changement qu'elles imposent particulièrement au niveau de la gestion des ressources humaines. Elle nous éclaire sur la pertinence des politiques de gestion des ressources humaines mises en place pour gérer cette nouvelle situation qui bouscule les modes de gestion habituelles.

De ce travail on peut retirer les constats suivants :

Ce mouvement imposé bouleverse les attitudes des agents hospitaliers plutôt portés sur des attitudes de sédentarité, attachés fortement à un service, une culture de site. Les dirigeants conscients de l'impact humain sur la réussite de la modernisation des établissements de santé mettent en place des dispositifs d'accompagnements sociaux innovants fondés sur le concept de l'agent, acteur et dynamique de sa démarche de changement.

La mise en œuvre de ces dispositifs sollicite la contribution de collaborateurs et particulièrement de l'encadrement soignant qui répond de façon différenciée suivant sa propre compréhension et acceptation des objectifs de modernisation.

En réponse à cette gestion de mouvement imposé, jugée délicate, le personnel soignant interrogé, réagit en fonction de sa propre trajectoire, de sa logique d'action, de son appréciation de la vérité de l'information et de la communication et de sa perception d'obtention d'intérêts ou de sentiment de perte.

En fonction de ces éléments, il se situe en position d'acceptation ou de résistance au changement.

Les Directions rencontrées témoignent qu'il n'existe pas de politique de mobilité institutionnelle et soulignent les obstacles à sa mise en place.
Elles préfèrent évoquer la création d'une dynamique tendant vers l'incitation à la mobilité fondée sur un principe de volontariat.

TROISIEME PARTIE

L'ANALYSE AU SERVICE DE LA PROPOSITION D'ACTION

Riche de l'élargissement des connaissances théoriques sur les concepts de mobilité, de changement et de projet professionnel ; le cadre conceptuel présenté nous a donné des éléments de réflexion afin de mieux saisir le passage d'un changement imposé à un changement compris .

L'analyse de l'enquête réalisée nous renseigne d'une part sur l'ampleur du bouleversement généré par le mouvement du personnel induit par les restructurations et d'autre part sur l'attention portée par les dirigeants pour manager cette situation jugée difficile. A l'issu de ce constat et des hypothèses affirmées, un plan d'action pourra être proposé. Il prendra la forme d'une démarche d'accompagnement social pour répondre à la gestion de la mobilité imposée et d'une politique de gestion pour développer la dynamique de mobilité.

Ce plan d'action pourrait s'adresser à l'ensemble du personnel . Cependant dans le cadre du travail présenté, il se limitera au personnel soignant et au rôle de la Direction du Service de Soins Infirmiers dans cette conduite de projet.

1 LES PREAMBULES DU PLAN D'ACTION

1-1 <u>Un plan d'action en relation avec la spécificité de la situation</u>

Chaque structure hospitalière a une culture, une histoire, des ressources différentes, aucune situation de restructuration ne peut être considérée comme identique.

Le plan d'action proposé ne pourra donc être considéré comme un modèle.

Des principes dominants seront proposés, mais la démarche d'accompagnement ne pourra être élaborée qu'à la suite d'un diagnostic de l'environnement, des spécificités de l'établissement et de ses ressources.

1-2 Un plan d'action situé entre actions collectives et un soutien individuel

Il faut envisager, comme nous le montre l'analyse, que chaque individu réagit à la mobilité en fonction de sa propre trajectoire et de son attachement à un groupe de travail. Aussi il apparaît essentiel de préserver dans toute démarche d'accompagnement un soutien personnalisé à l'écoute des émotions engendrées par cette rupture.

1-3 Un plan d'action qui formalise une politique de mobilité

Le projet d'action a pour objectif de faciliter l'acceptation de la mobilité imposée. A cet effet, il mettra en place une politique de mobilité volontaire dynamique d'une attitude de mouvement.

2 - LES FONDEMENTS DU PLAN D'ACTION

2-1 Un plan d'action construit en collaboration avec l'équipe de Direction

Il faut considérer ce plan d'action comme une stratégie politique d'établissement sous la responsabilité du Directeur d'établissement, basé sur la collaboration de plusieurs acteurs.

Le législateur a confié au chef d'établissement de »*définir et de conduire un projet de modernisation et de son plan d'accompagnement social dans le respect des procédures de concertations… « (1).*

La Direction des ressources humaines a pour mission de gérer l'ensemble des personnels de l'hôpital et de mettre en place une politique de ressources humaines, ce domaine est limité dans l'affectation des soignants car c'est la Direction du service de soins infirmiers qui propose les affectations .

Le décret du 18 octobre 1994 (2) situe l'Infirmier Général, Directeur du Service des Soins Infirmiers, membre de l'équipe de Direction. Son rôle par rapport à la gestion des ressources humaines se situe au niveau de la participation et de la décision.

---

(1) Circulaire DH/FH 1 n° 99.182 du 23 Mars 1999 relative au fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé.

(2) Décret n° 94.904 du 18 Octobre 1994 modifiant le décret du 18 Octobre 1989 portant statut particulier des Infirmiers Généraux de la fonction publique hospitalière.

Au niveau de la participation, il contribue à la mise en oeuvre des politiques visant à l'évolution de l'organisation du travail et participe à la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences qui relève de son domaine de sa compétence. Il participe aux recrutements et propose les affectations .

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

Son rôle dans le projet de réorganisation de la politique de mobilité et la conduite du changement va se situer au niveau de la construction de la stratégie politique ainsi que celui de la mise en œuvre en étroite collaboration avec la Direction des Ressources Humaines.

2-2 Une mise en œuvre organisée autour d'un collectif de travail pluridisciplinaire efficient

L'analyse a montré le degré de bouleversement induit par la mobilité imposéE ainsi que l'attention prise pour aider les agents à se situer dans une attitude d'acceptation du changement .

Afin de couvrir l'ensemble des besoins de management d'équipe en mouvance et de gérer les ressources humaines dans ce contexte, la mise en œuvre de démarche d'accompagnement social s'appuie la collaboration de partenaires .

2-2-1 ***Des partenaires investis selon leurs expertises à l'aide à la construction du projet de l'agent*** .

- Des partenaires neutres, hors hiérarchie sont sollicités suivant leurs expertises. Il s'agit du service de formation dans le cadre d'un soutien à l'élaboration du projet professionnel et la construction de plan de formation d'adaptation d'emploi.
- De l'Assistante sociale et du Médecin du personnel pour cerner les difficultés d'aptitudes au travail.
- De conseillers ressources humaines pour une aide aux agents à la construction des stratégies de choix de postes .
- De consultants externes dans le cadre d'une aide aux bilans de compétences.

2-2-2 ***Un partenaire privilégié : le cadre soignant***

La gestion de la mobilité lors des restructurations s'insère dans un changement au multiples facettes.

Le cadre, de par sa fonction de management de proximité et d'interface joue un rôle essentiel dans la conduite du changement.

La réussite d'une politique de mobilité suppose un travail sur la conception du management des cadres.

Les éléments repérés fondamentaux sont : l'information ascendante et descendante à traiter et transmettre de façon adaptée, la communication avec l'ensemble des membres de l'équipe, la conduite d'équipe en difficultés, l'accueil des agents redéployés, l'identification des besoins en formations d'adaptation à l'emploi, l'aide à la dynamique d'ébauche de la construction d'un projet professionnel .

Des missions multiples et complexes qui nécessiteront une attention particulière et une réflexion organisée par la DSSI, proposées à l'encadrement sur le management et l'accompagnement du changement.

2-3 <u>Un dialogue social régulier</u>

Nous avons constaté tout au long de l'enquête, combien le changement génère d'incertitude et tout le poids du sentiment d'insuffisance de l'information et de communication particulièrement sur le devenir et les objectifs des modernisations.

La lisibilité des orientations, la compréhension des principes de gestion de la mobilité, sont des facteurs de réussite de l'accompagnement. Des informations et des communications régulières sont à organiser par la Direction envers l'ensemble des personnels concernés.

2-4 <u>Une politique qui considère l'agent, acteur de son changement</u>

Dans un principe de prendre en compte les situations individuelles et de conduire l'agent vers une dynamique de construction de projet, la politique sociale aura pour objectif essentiel de considérer l'agent acteur de son changement.

3 – LA CONCEPTION DU PLAN D'ACTION

Le plan d'action sera proposé selon deux niveaux :

- Une proposition de démarche d'accompagnement social dans le cadre de la gestion de la mobilité imposée.
- La mise en place d'une dynamique de mobilité volontaire.

3-1 La démarche d'accompagnement social

La démarche peut être envisagée selon différentes phases.

3-1-1 *Une phase de conception du dispositif*

Cette phase de préparation sera guidée par une analyse du diagnostic de la situation et de l'évaluation de complexité de l'opération ainsi que l'appréciation, l'attitude des agents face à la perceptive de mobilité imposée.

Un état des lieux de l'ensemble du mouvement et de sa répartition en catégories professionnelles sera négocié en équipe de Direction puis avec les partenaires sociaux. Dès lors une anticipation sur la disponibilité des postes offerts pourra s'envisager .

C'est au cours de cette phase que seront discutés les principes de base de la démarche d'accompagnement et mise en place une cellule d'accompagnement clarifiant les rôles de chacun .

Dès cette phase, les cadres seront engagés et soutenus dans la conduite de démarche de changement par une information officielle de la Direction, suivie d'une formation à la conduite de changement et de la gestion d'équipe.

Cette phase d'élaboration est synonyme de temps, de partage de compréhension du sens de la modernisation, de sensibilisation à la mobilité, d'évaluation des ressources humaines en adéquation avec les restructurations et d'innovation dans l'élaboration de nouvelles règles et outils de gestion.

C'est une phase où la DSSI responsable et animatrice du service de soins joue un rôle déterminant au niveau de la stratégie et la dynamique dans la conduite de la démarche.

3-1-2 ***Une phase de mise en œuvre***

Cette phase se caractérise par des actions collectives et individuelles fondées sur la conception de l'agent acteur de son projet et sur la dynamique d'encouragement et d'accompagnement à la mobilité.

Les actions collectives porteront essentiellement sur l'information et la communication à l'ensemble des équipes concernées.

Les temps de communication seront programmés autour d'une information sur les finalités des restructurations et la présentation des principes et des règles du dispositif mis en place.

Selon les situations, des entretiens collectifs pourront être envisagés dans l'objectif d'entraîner les agents dans un processus collectif de réflexion autour de la construction de projets.

Suivant les niveaux d'information, les actions collectives pourront être animées par les Directions, mais aussi par les cadres au sein de leur service.

Les actions individuelles se feront sous formes d'entretiens d'aide à la réflexion et à la construction de projets de l'agent à plusieurs niveaux.

Au niveau des cadres, il s'agit d'aider les agents à la valorisation de leurs compétences, de recenser les savoir-faire, les connaissances, les réalisations, de mettre à jour les motivations.

A un autre niveau qui pourra être celui des conseillers ressources humaines, il s'agira d'aider l'agent par un questionnement approprié à l'identification de ses priorités et à construire une hiérarchisation de ses choix.

3-1-3 ***Une gestion des postes***

Cette gestion est la mise en adéquation entre les souhaits formulés par les agents et les disponibilités de postes. C'est une phase de négociation et d'ajustement.

3-1-4 ***La phase d'évaluation***

Comme dans toute démarche de projet, l'évaluation est un temps qui consiste à mesurer la réussite et les écueils relatifs à la politique mise en place.

Cette évaluation doit porter sur le dispositif lui même et le personnel. Il peut s'organiser par l'intermédiaire de questionnaires afin de mesurer le niveau de satisfaction de l'encadrement accueillant des agents redéployés, au niveau des agents dans l'objectif de connaître leur appréciation sur l'adaptation au poste proposé et la satisfaction dans la prise en charge de leur mobilité. Des études d'indicateurs de mobilité et de réalisation de projets professionnels générés par les restructurations pourront être envisagées afin de cerner l'impact des restructurations sur la dynamique de mobilité et de construction de projet professionnel.

Cette démarche d'accompagnement social est une démarche complexe qui demande la disponibilité de l'ensemble des dirigeants de l'hôpital. Lorsqu'il s'agit du personnel soignant, la Direction du Service des Soins Infirmiers est particulièrement impliquée dans la conception et la mise en œuvre.

3-2 Une politique de mobilité

La mobilité imposée bouscule les principes de gestion et révèle souvent l'absence de mobilité du personnel. Aussi à cette situation de changement, la DSSI pourra saisir l'opportunité de proposer de créer une politique de mobilité volontaire incitatrice.

Nous avons constaté toute la prudence à respecter dans l'élaboration d'une politique de mobilité, cependant on a pu remarquer que certaines difficultés au mouvement provenaient d'un doute à la capacité d'adaptation et la peur de l'inconnu considéré comme hostile.

A ce constat diverses propositions peuvent être envisagées .

3-2-1 *Introduire une dynamique de mobilité*

L'objectif est de ne pas laisser les agents fixes sur un même poste sur de longue durée et de valoriser la mobilité.

Le temps est à considérer avec l'organisation et le type de spécialité. Mais on peut, après négociation, envisager lors du recrutement un principe de contrat de mobilité et considérer l'effort de mobilité comme un indicateur d'appréciation lors des évaluations annuelles .

3-2-2 ***Apporter une lisibilité de l'offre d'emploi***

La mise en place de bourse de l'emploi peut faciliter la dynamique de mobilité

Les objectifs de cette bourse sont d'identifier le marché de l'emploi vacants ou ceux qui le deviendront et d'aider les agents à se situer dans l'organisation et préparer des projet professionnels.

3-2-3 ***Faciliter un sentiment d'appartenance à l'ensemble de l'établissement***

Les services de soins sont le plus souvent cloisonnés dans leur propre structure et organisation, le personnel s'identifie et se réfère uniquement comme un agent du service. L' objectif est de créer une connaissance et une circulation des agents entre eux, ainsi que le sentiment d'adhérer à une entité d'établissement.

Pour cela on pourra envisager de mettre en place des stages de découverte entre services et entre sites.

Cette politique de mobilité reste du domaine du volontariat et incite les cadres à être moteurs, dans cette dynamique de changement, d'une attitude de stabilité à une attitude de mobilité qui pourra être un atout facilitateur dans la conduite de mobilité imposée lors des restructurations.

CONCLUSION

L'étude réalisée a pour essence de répondre à un questionnement autour de la gestion d'une situation antagoniste entre un impératif de mobilité du personnel, enjeu de la réussite des restructurations et la prédisposition des centres hospitaliers à générer une attitude de sédentarité.

L'enquête réalisée positionne la modernisation des établissement de santé comme un événement bouleversant générateur d'une mobilité imposée multi formes en direction de tout le personnel.

Face à cette situation de gestion complexe, les Directions ont mis en place des politiques de ressources humaines innovantes. Ces politiques reposent sur le concept de l'agent, acteur et dynamique de son projet de changement . Pour cela, des dispositifs d'accompagnement social sont mis en place avec la collaboration de divers partenaires disponibles et experts dans le soutien à l'élaboration de projets professionnels.

A cette démarche construite suivant une stratégie institutionnelle, les agents répondent selon leur propre logique et se positionnent en acceptation ou résistance au changement.

Ainsi pour que le dispositif soit synonyme d'une réussite partagée, il faut que l'agent concerné trouve du sens et de l'intérêt dans la finalité des restructurations pour lui même ainsi que pour la qualité des soins offerts aux patients.

La définition de la mobilité imposée situe celle-ci hors du domaine du choix et de la construction de projet professionnel fondé sur le désir. Il s'agit dans le cadre de mobilité imposée de projet d'adaptation fondé sur le besoin .

A cette gestion complexe d'un passage d'une stratégie imposée à une stratégie comprise, des éléments comme le dialogue social fondé sur l'information et la communication seront essentiels.

En parallèle à la démarche d'accompagnement social élaborée en réponse à la gestion de la mobilité imposée, on pourra proposer, en faisant référence à l'affirmation "la mobilité engendre la mobilité" (1), la conception d'une politique de mobilité volontaire incitatrice et génératrice d'une dynamique de mouvement.

(1) IAZYKOFF Wladimir – Organisation et mobilité – Edition L'Harmattan 1993 – p. 109

Bibliographie

DOCUMENTS PUBLIES

LIVRES :

BERNOUX Philippe – La sociologie des organisations – Edition du Seuil – Collection Points - 1985.

BOUTINET Jean-Pierre – Anthropologie du projet – Paris – Edition Presse Universitaire de France – 1990.

CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard – L'acteur et le système – Edition du Seuil – Collection Points – 1977.

GONNET Françoise – L'hôpital en question – Edition Lamarre – Paris – 1992.

IAZYKOFF Wladimir – Organisation et mobilité – Edition L'Harmattan – 1993.

KAUFMANN Jean-Claude – L'entretien compréhensif – Edition Nathan – Collection 128 Paris – 1996.

KOURILS KY – BELLIARD – Du désir au plaisir de changer – Inter éditions – Paris – 1995.

RAOULT Nicole – Gestion précisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier – Edition L'Harmattan – Paris – collection "pour l'emploi" - 1991.

WATZLAWICK P. – WEAKLAND J. – FICH R. – Changements – Edition du Seuil – 1975.

PERIODIQUES :

BONMATI J.M. – Le DRH et la mobilité – Technologie Santé – Septembre 1998 - n° 33 – p. 69 à 73.

BOUTINET Jean-Pierre – Les multiples facettes du projet – Sciences Humaines n° 39 – Mai 1993 – p. 20 à 24.

CABIN Philippe – Les relations de travail à l'épreuve – Sciences Humaines – hors série n° 33 - Juin/Juillet/Août 2001 – p. 35 à 37.

CAGNOLI Sylvianne – Changement organisationnel et blessure narcissique – Soins cadres n° 32 – 4ème trimestre 1999 – p. 46 à 48.

CHAPITEAU – Le point de vue de ceux qui ont testé la charte d'accompagnement social – TONIC – Revue des Hospices Civils de LYON n° 93 – 2ème trimestre 2000.

EMERY Jean-Luc – Le rôle des émotions – Sciences Humaines – Hors série n° 28 – Mars/Avril/Mai 2000 – p. 14 à 16.

KONINCK Frédéric – Résister aux changements : une attitude rationnelle – Sciences Humaines – Hors série n° 28 – Mars/Avril/Mai 2000 – p. 28 à 30.

LAMY Yves – Gérer et accompagner les redéploiements dans les établissements sanitaires et sociaux – RENNES Edition ENSP – 1995.

LERT France – Mobilité stabilité des Infirmières – Informations hospitalières – numéro spécial n° 15 – Octobre/Novembre 1987.

LAENNEC Groupe – Accompagner les restructurations – Gestions hospitalières – Avril 1999 – p. 261 à 265.

MOQUET-ANGER Marie-Laure – La mobilité dans la fonction publique hospitalière – Actualité Juri Santé 1997 – n° 17 – p. 20 à 23.

TABLE RONDE – Restructuration et mobilité des personnels, les terrains d'entente – Espace social européen – 29 mars 1996 – p. 27 à 30.

SPECIAL COLLOQUE – Les aspects humains et sociaux des restructurations hospitalières – Bulletin de l'association pour le développement des ressources humaines dans les établissements sanitaires et sociaux – n° 11 – Mai 2001.

VASSILEFF Jean – Projets et insertion – Sciences Humaines 1998 – p. 139 à 146.

TEXTES LEGISLATIFS :

- Circulaire DH/FH1 n° 99.182 du 23 mars 1999 relative au fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé.
- Décret n° 98.1220 du 29 décembre 1998 instituant une indemnité de départ volontaire au profit des fonctionnaires, agents stagiaires et agents contractuels en fonction dans leur établissement.
- Décret n° 94.904 du 18 octobre 1994 modifiant le décret n° 89.758 du 18 octobre 1989 portant statut particulier des Infirmiers Généraux de la fonction publique hospitalière.

DOCUMENTS NON PUBLIES

BOUDET Philippe – Fédérer les énergies à l'hôpital, culture et histoire d'entreprise – mémoire formation Directeur ENSP 1995/1997.

IMBERT Martine – La mobilité – quels enjeux pour l'institution et pour les infirmières – mémoire formation Infirmier Général ENSP 1999.

THIRIAT Marie-Françoise – Restructurations hospitalières – Quel enjeu pour l'homme et les équipes – mémoire formation Infirmier Général ENSP 1997.

CONGRES – SEMINAIRES – CONFERENCES :

- Congrès : Association nationale des Cadres Infirmiers et médico-techniques – ANCIM.
Le cadre soignant et la gestion des ressources humaines lors des restructurations – PARIS – Septembre 2000 .

- Séminaire : Gens du Public, Gens du Privé : à propos des rapprochements des établissements de santé. – RENNES – ENSP 21/22 Juin 2001 – Département MATISS – Groupe IMAGE – Groupe LAENNEC – Université PARIS-DAUPHINE.

- Conférence : Restructuration et enjeux pour le personnel – Place et rôle de l'Infirmier Général – ENSP RENNES 2000.

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Grille d'entretiens auprès des DRH – DSSI – IG

ANNEXE 2 : Grille d'entretiens auprès des Cadres de proximité

ANNEXE 3 : Grille d'entretiens auprès des IDE – AS.

ANNEXE 1

GRILLE D'ENTRETIENS AUPRES DES DSSI – DRH - IG

Vous venez de gérer un personnel soignant dans une situation de restructuration.

1 Quels types de changement cette situation a-t-elle généré pour le personnel ?

2 Quel était le degré de mobilité des agents avant la restructuration ?

3 La mobilité du personnel fait-elle l'objet d'une politique d'établissement ?
Quels en sont les principes ?

4 Avez vous mis en place un dispositif pour gérer ces mouvements ?
Sur quels principes étaient-ils basés ?

5 Quel a été votre rôle dans cette gestion du personnel en situation de mobilité imposée ?
Aviez-vous des partenaires ?

6 Quel est aujourd'hui votre sentiment par rapport à cette gestion des redéploiements de personnel ?
Y a-t-il des attitudes dominantes à avoir lors de ces changements ?

7 Cette situation a-t-elle modifié votre politique de gestion du personnel au quotidien ?

8 Avez-vous constaté si cette obligation de mobilité avait révélé l'élaboration de projet professionnel ?

ANNEXE 2

GRILLE D'ENTRETIENS AUPRES DES CADRES DE PROXIMITE

Vous venez de gérer une situation de restructuration entraînant un mouvement de personnel.

1 De quel type de mobilité s'agissait-il ? Sur quel personnel ?

2 Depuis combien de temps êtes-vous responsable du service ?

3 Quel était l'ancienneté moyenne de vos agents avant les mouvements ?

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

5 Avez-vous joué un rôle dans l'accompagnement du personnel en situation de mobilité ? Lequel ?
Aviez-vous des partenaires ?

6 Avez-vous rencontré des difficultés dans la gestion du personnel pendant cette période de mouvement ?
De quel ordre ? Sur quel personnel ?
Avez-vous bénéficié d'une aide ?

7 Quel est aujourd'hui votre sentiment face à cette mobilité induite par les restructurations ?

8 Cette situation de changement imposé a-t-elle modifié votre conception de management au quotidien ?

ANNEXE 3

GRILLE D'ENTRETIENS AUPRES DES SOIGNANTS EN SITUATION DE MOBILITE CONSECUTIVE A DES RESTRUCTURATIONS

Dans le cadre des restructurations de l'établissement vous venez de vivre un changement de poste.

1 De quel changement s'agit-il ?

2 Quelle était votre situation dans le service avant le redéploiement ? :
Ancienneté dans le service, dans l'hôpital, nombre de postes occupés.

3 Est-ce que changer de spécialité fait partie de votre projet professionnel ?

4 Comment avez-vous vécu le changement d'affectation ?

5 Avez-vous eu une aide dans l'accompagnement de ce changement ? Par qui ?
Est-ce que ce soutien correspondait à vos attentes ou besoins ?

6 Aujourd'hui que diriez-vous de ce changement de lieu de travail en terme d'accompagnement ? d'adaptation ? de compétences ?

7 Est-ce que ce changement imposé a modifié vos projets ?