



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Promotion 2005

**LA MOBILITE INTERNE AU CENTRE
HOSPITALIER BRETAGNE ATLANTIQUE**

**Comment valoriser la mobilité inter-services pour
l'intégrer à une politique de ressources humaines**

Arnaud SANDRET

Remerciements

Je tiens à remercier ici tous ceux qui ont permis la réalisation de ce mémoire :

Mes maîtres et enseignants durant mes scolarités multiples,

L'Ecole Nationale de Santé Publique, pour la formation initiale qu'elle nous propose,

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, son directeur, son équipe de direction, et l'ensemble des personnes qui m'ont accueilli, et notamment le pôle Stratégie Qualité Système d'information,

M. Dominique PENHOUE, pour son accompagnement de qualité en tant que maître de stage,

M. Jacques LAMBERT, pour m'avoir proposé ce beau sujet,

Mme Brigitte SAL-SIMON, dont les conseils m'ont aidé dans cette rédaction,

Ma famille,

Mes amis et camarades de promotion,

Laure.

Sommaire

Introduction	1
1 La mobilité à l'hôpital et au CHBA	3
1.1 La mobilité dans les hôpitaux	3
1.1.1 Le sens de la mobilité	3
A) Des mobilités	3
B) La mobilité interne inter-services	5
1.1.2 Dans la fonction publique hospitalière	6
A) Selon le droit et la jurisprudence	6
B) Selon nos enquêtes	9
1.2 La mobilité au CHBA jusqu'en 2004	16
1.2.1 Une description et analyse du système	16
A) Une description	16
B) Une analyse	19
1.2.2 Des commentaires et un problème de fond	24
A) D'une satisfaction formelle à une insatisfaction finale	24
B) Un problème de fond qui interroge la valorisation de la mobilité	27
2 Le changement utile et nécessaire ?	29
2.1 Pourquoi ?	29
2.1.1 Une réponse et un enjeu	29
A) Une réponse à des obligations	29
B) Un enjeu de GRH	33
2.1.2 Une action <i>proprio motu</i>	38
A) Un enjeu stratégique	38
B) Les contre arguments	42
2.2 Les perspectives et leurs déclinaisons au CHBA	43
2.2.1 Les perspectives dans une politique de changement	43
A) Les différentes possibilités	43
B) Des mises en œuvre, contrôles et déploiement différenciés	48
2.2.2 Une mise en œuvre générale à partir des évolutions de 2005	51
A) Les évolutions en 2005	51
B) L'accompagnement de cette mise en œuvre	53
conclusion	63
Bibliographie	65
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANAES : agence nationale d'accréditation des établissements de santé
ARH : agence régionale de l'hospitalisation
AS : aide soignant
ASH(Q) : agent des services hôteliers (qualifié)
CA : conseil d'administration
CAA : cour administrative d'appel
CE : conseil d'Etat
CH : centre hospitalier
CHBA : centre hospitalier Bretagne Atlantique
CHD : centre hospitalier départemental
CHS : centre hospitalier spécialisé
CNFPT : centre national de la fonction publique territoriale
CSS : cadre supérieur de santé
DHOS : direction des hôpitaux et de l'organisation des soins
DRH : direction des ressources humaines
DREES : direction de la recherches, des études, de l'évaluation et des statistiques.
DSI : direction des Soins Infirmiers
ENSP : école nationale de santé publique
ETP : équivalent temps plein
GPEC : gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
GRH : gestion des ressources humaines
HAS : haute autorité de santé
IBODE : infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat
IDE : infirmier diplômé d'Etat
MR : maison de retraite
NBI : nouvelle bonification indiciaire
PRHQS : pôle ressources humaines et qualité des soins
RH : ressources humaines
RTT : réduction du temps de travail
SLD : soins de longue durée
SRC / T : service de remplaçants contractuels titulaires
SSR : soins de suite et rééducation
T2A : tarification à l'activité
TA : tribunal administratif
UCSA : unité de consultation de soins ambulatoires

INTRODUCTION

« Madame, Mademoiselle,

En vous accueillant dans cet Etablissement, nous sommes tentés de vous poser une question : « Pourquoi avez-vous choisi cette profession » ?

La réponse, nous direz-vous, coule de source :

- *parce que nous avons besoin de nous créer une situation ;*
- *parce que nous la recherchions stable, et que nous espérons trouver à l'Hôpital ce qui nous convient matériellement et par goût.*

Ceci est bien, et répond à des préoccupations humaines.

Mais avez-vous profondément pensé au travail que nous aurez à accomplir dans l'emploi que vous recherchez ? »¹

A partir de ce document d'archive interne la question peut nous être retournée : avons-nous pensé à ce travail qu'elles auront à accomplir dans l'emploi qu'elles recherchent ?

C'est peut-être pour y réfléchir de nouveau, mais avec des préoccupations et des attentes d'aujourd'hui, que se pose la question de la mobilité inter-services au Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

Le thème de la mobilité interne est justement un de ceux qui figurent au second plan dans les manuels de gestion des ressources humaines. Pourtant, il mérite notre attention dans la mesure où il touche à de multiples problématiques contemporaines de management des hôpitaux : la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences bien sûr, mais également le recrutement, l'amélioration continue de la qualité et, plus profondément, certains enjeux de pouvoir interne à l'hôpital. Autant de sujets au cœur de l'actualité hospitalière.

Notre thème de départ, une situation problème, était une procédure de mobilité inter-services formellement satisfaisante mais dont les résultats étaient jugés décevants. Une analyse approfondie de cette situation a montré que par-delà le dispositif en place se trouvait une absence de valorisation de la mobilité.

D'où notre problématique : comment valoriser la mobilité inter-services pour l'intégrer à une politique de ressources humaines ?

¹ Anonyme, *Aide mémoire de l'hospitalier*, Centre Hospitalier P. CHUBERT, Vannes, s.d.

Il ne s'agit pas simplement de réécrire une procédure mais bien de renverser le paradigme des valeurs de l'ancienneté et de la mobilité, et ainsi de bâtir autour de ce dispositif de mobilité une politique de ressources humaines.

Notre propos dès lors présentera en un premier temps la mobilité à l'hôpital en général et au Centre Hospitalier Bretagne Atlantique en particulier, afin d'établir un état des lieux riche d'enseignements sur l'absence de valorisation de la mobilité interne.

Celle-ci nous conduira en un second temps à nous demander s'il est nécessaire de changer profondément cette situation et en ce cas comment l'intégrer à une véritable politique de ressources humaines.

1 LA MOBILITE A L'HOPITAL ET AU CHBA

1.1 La mobilité dans les hôpitaux

1.1.1 Le sens de la mobilité

On peut ici rechercher une définition de notre sujet. Or celle-ci n'est pas aisée dans la mesure où chaque établissement entend la mobilité plus ou moins à sa manière. Il nous faut donc la construire à partir de différentes sources.

Dans les manuels de ressources humaines, elle est évoquée sous deux aspects :

- Une mobilité subie, dans la mesure où on indemnise l'agent pour celle-ci² ;
- Une garantie fondamentale accordée au fonctionnaire, dont on peut légitimement interroger son aspect positif dans la mesure où elle a été évoquée précédemment comme une contrainte à indemniser³...

Cet aspect anecdotique est cependant à dépasser. De fait, c'est la pluralité des mobilités qu'il convient de présenter si l'on veut pouvoir cerner le sujet qui nous intéresse.

A) Des mobilités

Deux visions peuvent se révéler éclairante : l'une spatiale, l'autre fonctionnelle.

a) *Une vision spatiale*

En reprenant la littérature consacrée à ce sujet, et notamment les mémoires professionnels, on peut retenir classiquement plusieurs types de mobilité⁴.

² DERENNE O. et LUCAS A. *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière*, tome 2, *Le développement des ressources humaines*, Rennes, ENSP éditions, 2002, Chapitre 5, SACCO M.-Th. La gestion des ressources humaines dans les opérations de modernisation, pp. 231-288. La référence concerne le décret 2001-353 du 20 avril 2001.

³ Article 14 de la loi 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

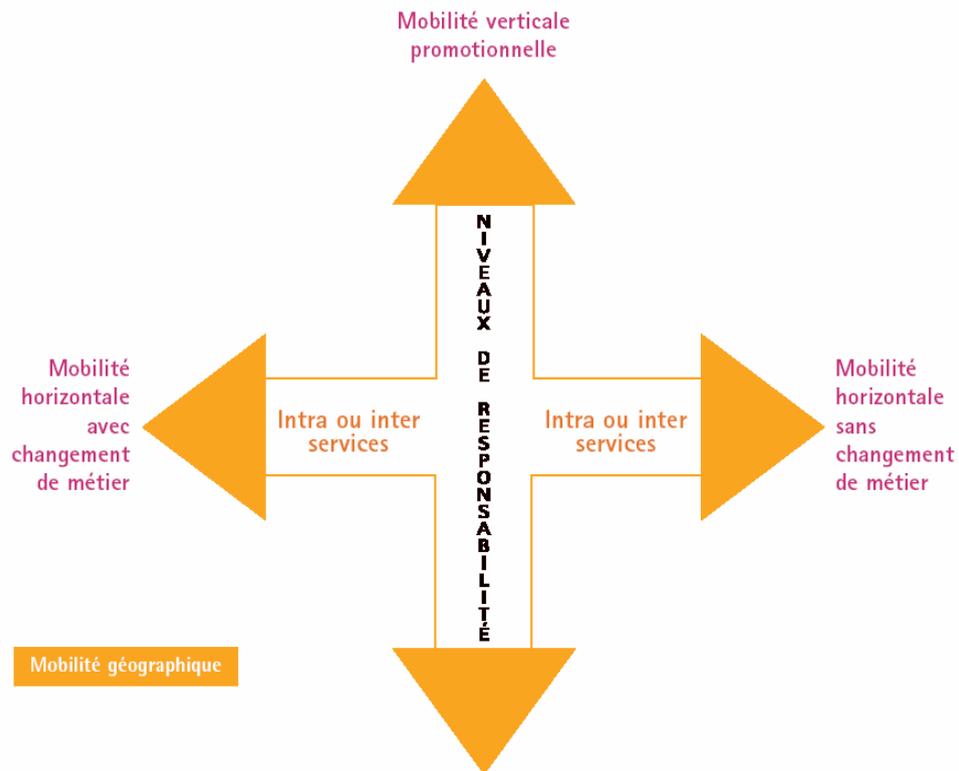
⁴ BIHAN D. *Restructuration et mobilité : de la contrainte à l'opportunité de devenir acteur de son projet*, mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, filière des Infirmiers Généraux, Rennes, 2001, 76p.

CHEDEVILLE P. *La mobilité au service de la polyvalence : un enjeu pour le directeur des soins*, mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, filière des Directeurs des soins, Rennes, 2002, 85p.

- La mobilité d'environnement (dont la mobilité géographique)
- La mobilité verticale, ou carrière (promotion)
- La mobilité horizontale, ou professionnelle (ou fonctionnelle)

Le schéma suivant, édité par la fonction publique territoriale⁵, les reprend :

Les types de mobilité interne



On notera que la mobilité géographique est à part sur ce schéma ; il s'agit en effet dans ce cas de déplacer le plan, et non de s'inscrire dessus.

DULAK E. *La gestion de la mobilité au service de la compétence*, mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, filière des Infirmiers Généraux, Rennes, 2001, 88p.

IMBERT M. *La mobilité : quels enjeux pour l'institution et pour les infirmières ?*, mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, filière des Infirmiers Généraux, Rennes, 1999, 69p.

STEINER D. *Politique de mobilité : gestion dynamique et partagée des ressources humaines*, mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, filière des directeurs des soins, Rennes, 2002, 74p.

⁵ ARANEDER J., LEPUT C., PREVOST C. et al., *La mobilité interne* éd. CNFPT, Paris, 2003, 19 p. Collection « Les diagnostics de l'emploi territorial », hors série n°4.

b) Une vision fonctionnelle

Selon cette vision fonctionnelle, la mobilité dans la fonction publique hospitalière recouvre quatre 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.
-
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 des changements 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.

En suivant ces catégories, la mobilité qui nous intéresse ici peut être définie comme une mobilité horizontale inter-services, sans changement de métier, ou bien d'une mobilité organisationnelle, mais à un échelon dépassant le simple poste de travail pour s'intéresser à l'emploi.

B) La mobilité interne inter-services.

Il convient maintenant de circonscrire cette mobilité.

On peut le faire négativement :

- Il ne s'agit pas de mobilité géographique puisque nous traitons d'un seul établissement. Cependant, sa configuration multi-sites (Vannes et Auray) nous empêche d'exclure totalement cette dimension dans la mesure où les agents appartiennent à deux bassins de vie distincts, avec les inconvénients en terme de

souhait de mobilité que cela implique.

- Il ne s'agit pas non plus de mobilité verticale, qui relève de la politique de promotion interne à l'établissement. La frontière est cependant tenue pour certains agents. Il s'agit des agents qui nourrissent un projet de promotion professionnelle (ex : des infirmiers souhaitant devenir cadres) et qui vont durant à peu près un an être placés comme « faisant fonction » de cadre ou d' « infirmier référent », généralement dans un service différent de celui dont ils viennent. On a donc bien ici une mobilité inter-services, mais qui s'inscrit dans un cadre différent, ce qui nous conduit à exclure ces personnes du cœur de notre sujet.
- Il ne s'agit pas non plus des personnes mutées « dans l'intérêt du service », entendons : du fait de difficultés que créaient ou rencontraient ces agents sur certains postes. Cependant, ils connaissent également une mobilité inter-services, qui parfois s'effectuent sur des postes vacants et proposés à la mutation dans le cadre de la procédure interne. Il ne s'agit cependant pas de personnes volontairement inscrites dans un projet personnel de mobilité, ce qui nous conduit également à les exclure du cœur de notre sujet.

Pour notre sujet, il s'agit bien plutôt d'une politique plus ou moins formalisée de changement définitif de service, au point de rencontre d'une part de la volonté de l'agent et d'autre part des moyens et de la volonté de l'institution.

1.1.2 Dans la fonction publique hospitalière

A) Selon le droit et la jurisprudence

a) *Le droit*

Le titre I du statut général de la fonction publique précise dans son article 14 que «*l'accès des fonctionnaires de l'Etat, des fonctionnaires territoriaux et des fonctionnaires hospitaliers aux deux autres fonctions publiques, ainsi que leur mobilité au sein de chacune de ces trois fonctions publiques, constituent des garanties fondamentales de leur carrière*»⁶.

Ce type de mobilité ne nous intéresse que partiellement, en tant que garantie accordée au sein d'une même fonction publique. Elle s'attache plus aux corps et grades de la fonction publique qu'à l'emploi occupé.

⁶ Loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, article 14.

C'est bien plutôt aux niveaux des principes que va se situer notre réponse.

En effet, le principe de mutabilité de service public, une des lois de Rolland, sert de fondement à cette politique et offre une grande marge de manœuvre à toute politique de mobilité interne. Pour leur part, les seules limites juridiques aux mutations, volontaires ou « dans l'intérêt du service », sont d'ordre jurisprudentiel et concernent des mesures de sanctions disciplinaires déguisées.

Un aperçu de la jurisprudence récente confirmera cet argument.

b) *La jurisprudence*

C'est un des grands arrêts de la jurisprudence administrative : les ministres, selon une décision du Conseil d'Etat de 1936, disposent d'un pouvoir réglementaire d'organisation du service. Il leur appartient en effet de « *prendre les mesures nécessaires au bon fonctionnement de l'administration placée sous leur autorité* »⁷ (CE, 1936, *Jamart*⁸).

Cette disposition concerne les ministres mais tout chef de service dispose, dans les mêmes conditions, du pouvoir d'organiser son service. C'est le cas, par exemple,

- pour un maire⁹,
- pour un directeur d'établissements public¹⁰,
- pour un directeur des services de l'État¹¹.

Nous sommes donc dans ce cas de figure.

⁷ CE, 1936, *Jamart* - Rec. Lebon p. 172

⁸ Conseil d'Etat : « Par l'arrêt *Jamart*, le Conseil d'État consacre l'existence d'un pouvoir réglementaire permettant aux ministres de prendre les mesures nécessaires à l'organisation de leurs services. Le ministre des pensions, mécontent de l'attitude de M. Jamart, avait pris une mesure lui interdisant l'accès aux centres de réforme, où l'appelait l'exercice de ses fonctions. Sur le recours de l'intéressé, le Conseil d'État annula la mesure prise mais l'intérêt de l'arrêt réside dans le considérant de principe par lequel il jugea que "*même dans le cas où les ministres ne tiennent d'aucune disposition législative un pouvoir réglementaire, il leur appartient, comme à tout chef de service, de prendre les mesures nécessaires au bon fonctionnement de l'administration placée sous leur autorité*" ». Sur http://www.conseil-etat.fr/ce/jurisp/index_ju_la23.shtml

⁹ CE, 25 juin 1975, *Riscarrat et Rouquairol*, Rec. Lebon p. 898

¹⁰ CE, 4 février 1976, *Section syndicale C.F.D.T. du centre psychothérapeutique de Thuir*, Rec. Lebon p. 970

¹¹ CE, 13 novembre 1992, *Synd. national des ingénieurs des études et de l'exploitation de l'aviation civile et Union syndicale de l'aviation civile C.G.T.*, Rec. Lebon, p. 966)

Cette jurisprudence a été depuis cette date constante.

Ainsi, un changement d'affectation est incontestablement de la compétence du pouvoir hiérarchique qui appartient en propre au directeur, chef d'établissement. Certes, le juge, lorsqu'il est appelé à contrôler la décision de changement d'affectation, va vérifier si cela ne cache pas une sanction disciplinaire¹². Cependant le changement d'affectation pris dans l'intérêt du service n'a pas à obéir à une procédure contradictoire voire disciplinaire¹³.

Les dernières décisions portant sur ce sujet apprécient seulement le caractère discriminant de ces mutations, mais ne remettent aucunement en question leur opportunité.

- La mutation d'un agent dans un emploi moins bien rémunéré que celui qu'il occupait précédemment entraîne sa réintégration dans l'emploi antérieur et le versement d'une indemnité différentielle à l'exception de la NBI qui est liée aux fonctions effectivement occupées¹⁴. Cet arrêt est cependant de portée relative dans la mesure où cette mutation apparaissait comme une sanction déguisée contre un agent dont les supérieurs hiérarchiques venait d'apprendre l'appartenance syndicale. Il n'en demeure pas moins que l'intérêt à agir de l'agent contre une mutation, mesure d'ordre intérieur, a été jugé recevable dans la mesure où il s'accompagnait d'une diminution de salaire. Sans doute la mutation interne, sans autre effet, peut-elle être jugée comme relevant toujours de la décision CAA de Paris, *Jerent*¹⁵, où cette mesure d'ordre intérieur ne pouvait faire l'objet d'un sursis à exécution.
- La mutation interne d'emploi sans incidence sur la situation statutaire de l'agent concerné n'est pas une sanction disciplinaire déguisée¹⁶
- Le changement d'affectation est assimilé à une sanction disciplinaire si les motifs avancés révèlent la manière de servir de l'intéressé¹⁷.

Ainsi, le directeur dispose en ce domaine de mobilité interne d'une grande liberté, et même d'une liberté totale à l'exception de sanction disciplinaire déguisée.

¹² CAA Paris, 1997, *Ministère des Affaires Sociales*

¹³ TA de Versailles, 1996, *Mlle G c/ Centre Hospitalier de Gonesse*

¹⁴ CAA Bordeaux, décembre 2002, *CHD Félix Guyon c/ Mme Grondin*

¹⁵ CAA de Paris, *Jerent*, juin 2001

¹⁶ CAA Paris, septembre 2004, *M. Boutaba c/ Centre Hospitalier de Gonesse*

¹⁷ CAA de Nancy, février 2005, *J-N Frutiére*

Les seules limites possibles restent toutefois les textes réglementaires qu'il a lui même édictés et qui s'imposent également à lui, tel un règlement intérieur. En ce domaine, il s'agira donc de ne pas déroger à des procédures existantes, négociées avec les partenaires sociaux par exemple, mais bien, au préalable, d'édicter de nouvelles règles de mobilité.

B) Selon nos enquêtes

a) *Le questionnaire*

Reste à savoir quel usage les directeurs d'hôpitaux font de cette liberté. Afin de situer le CHBA par rapport à ses congénères (d'autres établissements publics de santé), nous avons diffusé un questionnaire par l'intermédiaire du e-groupe de la promotion¹⁸, soit un public d'environ 80 établissements. Il s'agit d'une méthode de comparaison connue sous le nom de benchmarking. Afin de se connaître, il faut connaître les autres et trouver ainsi le meilleur étalon.

On trouvera comme élément de preuve le questionnaire en annexe.

Ces résultats sont quantitativement peu exploitables. En effet fin septembre, seuls cinq établissements avaient répondu à ce questionnaire. Cependant une exploitation qualitative pourra être menée puisque ce questionnaire disposait de nombreuses questions ouvertes, permettant de préciser la situation du Centre Hospitalier.

On ajoutera à cet échantillon non représentatif les échanges téléphoniques que nous avons pu avoir avec d'autres établissements, et les rencontres de directeur des ressources humaines ou de directeurs de soins que nous avons pu mener sur ce sujet. Ces échanges et rencontres étaient ciblés sur des personnes qui avaient pu mener des expériences originales.

Les réponses au questionnaire

Un biais statistique peut être trouvé dans la mesure où les établissements ayant répondu avaient tous mis en place un dispositif de mobilité interne formalisé ; leur réponse est sans doute le reflet de leur intérêt ou préoccupation sur ce sujet. Cependant il faut garder à l'esprit

¹⁸ e-groupe : liste de diffusion, ici celle des élèves de la 43e promotion de l'ENSP.

que nombre d'hôpitaux de petite taille ne sont pas concernés par cette problématique de procédure de mobilité, celle-ci pouvant se mener alors au cas par cas.

Les établissements du panel sont en revanche tous d'une certaine taille : on trouve en effet un CHU d'environ 2.000 lits et 4 Centres Hospitaliers de 1.000 à 1.250 lits.

Les résultats de cette enquête sont fournis infra.

Réponses au questionnaire

	CHU	M.	Ch.	L.	T.	Observations
Y a t il un dispositif de mobilité interne (ex pour une IDE passer d'un service à l'autre) formalisé dans votre établissement ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Unanimité des répondants (biais : intérêt pour le sujet)
Concerne-t-il seulement le personnel soignant (ou également les agents administratifs) ?	Non	Non	Oui	Oui	Non	Différence ; en rapport avec le système +/- élaboré
y a-t-il publication des postes vacants ? Périodicité	Oui Continue	Oui Continue ou 4 6/an	Oui	Oui 1/an	Non	Publication 4/5, souvent en continue. Le 5 ^e va en ce sens.
y a-t-il une fiche de souhaits de mobilité	Non	Oui (lors de l'entretien annuel)	Oui	Oui	Oui	4/5 oui. Lors de l'entretien : peut fausser l'expression
y a-t-il un système à points pour pondérer les différents candidats (ancienneté dans le service, pénibilité du service...)	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Y a-t-il une obligation de mobilité posée dans votre établissement ? Périodicité	Oui 3 ans pour certains soignants	Non (mais commence pour certains services)	Oui (pour certains postes)	Non	Non	Obligation rare mais en développement
Possibilité de stage « découverte » (un à 2 jours dans un service) ?	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui à 4/5. Moyens RH pour cela ?
Possibilité de stage « d'observation » (de 3j à une semaine) ?	Non	Oui	Oui	Oui (par except°.)	Oui	Oui à 4/5 idem.
a-t-il une doublure du nouvel arrivant à sa prise de fonction ? Suit-il une formation spécifique ?	Si techniquement nécessaire	Oui (si techniquement nécessaire et selon exp. du candidat)	Oui et formation	Non Formation : Oui	Oui Si néc	Doublure/ technicité du poste. Pas/accueil ou tutorat dans un service.
Position des acteurs institutionnels : La direction :	Volontaire	Contrôle du dispositif	Volontaire (polyvalence /pôles)	Nouvelle procédure en 2005	Recherche d'une procédure plus lisible et transparente	Volonté de changement sur ce sujet. (biais de non représentativité)
Position des acteurs institutionnels : Les instances :	Opposition syndicale à la	Contrôle du dispositif	Syndicats et DS formalisent	Expectative/nouvelle procédure	Idem.	Tout le panel des positions

	mobilité imposée		le dispositif			
Jugez-vous votre système satisfaisant ? pourquoi ?			En réactualisation	En attente d'évaluation	Agents demandent plus de transparence	2/3 : attente.
Souhait d'évolution en ce domaine à plus ou moins long terme ?			Plus anticipatif, GPEC	Système aujourd'hui non contraignant. Problème /services de gériatrie	Gr. de tr. : fiches de postes en cours.	Souhait d'aller plus loin. Problématique développée 1 fois : gériatrie.

Il est intéressant de noter que ces établissements se retrouvent sur plusieurs points :

- un système formalisé,
- l'absence de système de pondération des candidatures, dispositif très original sur lequel nous reviendrons.

Ensuite ces établissements à 4/5^e :

- publient les postes vacants,
- disposent de fiches de souhait des agents,
- offrent la possibilité de stages découverte ou d'observation,
- peuvent offrir une doublure à l'agent lors de sa nouvelle affectation.

Une dynamique sur le sujet peut également être notée. Nombre de réponses indiquent des évolutions ou réactualisations de la procédure et celui qui n'est pas dans cette configuration est allé le plus loin en posant un principe de mobilité obligatoire pour les soignants et non-soignants.

b) Les entretiens

Les entretiens téléphoniques ou par rendez-vous que nous avons pu mener nous ont également permis de situer le CHBA par rapport à d'autres établissements, notamment certains qui pouvaient être novateurs sur ce sujet.

Deux expériences méritent à cet égard d'être relatées. Leur point de départ se situent dans un ouvrage de ressources humaines¹⁹.

- Le premier exemple est celui de l'hôpital de Lannion²⁰ qui a mené une politique de mobilité des agents basée sur le volontariat et soutenue par l'institution.

Dans ce cas les agents exprimaient leurs souhaits de mobilité grâce à un questionnaire. Puis les candidatures étaient pondérées en fonction de l'agent: appréciation sur les trois dernières années ; ancienneté dans le service ; pénibilité de certains services ou de certains postes (gériatrie, travail de nuit...), selon des critères de la direction.

Un cadre de l'équipe de direction de l'époque nous a livré son analyse et nous l'incluons ici car elle offre une vision contextuelle de cette démarche :

Contexte de l'hôpital

C'est un CH où existait peu de mobilité, où les agents restaient longtemps dans le même service, sans évolution. A partir de cette situation fleurissaient des stéréotypes, des attitudes, sans aucune démarche d'amélioration ni de remise en cause.

Démarche

Partant de ce constat, la Commission des Soins Infirmiers a élaboré tout un projet tendant à favoriser la mobilité interne.

Première étape : publication des vacances de postes, deux fois l'an. Tous les postes, sauf exception, étaient publiés.

Deuxième étape : politique globale de mobilité. Principe acté aux instances.

Sur les feuilles de mobilité de chaque agent sont inscrits trois souhaits de mobilité. Puis a lieu un entretien avec le cadre et le cadre supérieur.

Limites :

Peu de croisement entre l'offre et la demande : il y a des services où personne ne veut aller, et d'autres où les demandes sont trop nombreuses. Donc il est possible :

-d'obtenir un de ces choix, ou

-d'avoir un nouvel entretien pour un autre poste, à l'initiative du cadre, ou

-... de ne pas bouger !

De fait, presque personne ne bougeait, et toutes les demandes étaient concentrées sur le même service.

Les cadres, très sollicités par cette activité chronophage, étaient en difficulté.

Compléments au dispositif :

¹⁹ DERENNE O. et LUCAS A. *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière*, tome 2, *Le développement des ressources humaines*, Rennes, ENSP éditions, 2002, Chapitre 2, COUNY S. Le recrutement, pp. 101-178.

²⁰ Ibid. p. 163.

Système à points :
Pour favoriser la mobilité de certains agents avait été instauré un système de points pour pondérer les demandes :

- Ancienneté dans le service : de 1 à 3
- Notation : de 1 à 3
- Pénibilité du service : de 1 à 3

→ Ce système a permis de prioriser les personnes méritantes, travaillant depuis longtemps dans un service difficile. Surtout, par ce système, on pouvait objectiver ces situations individuelles.

Le système a fonctionné bon an mal an pendant plusieurs années.

Facteurs favorables :

Il tenait en outre à plusieurs facteurs externes :

-L'environnement général :
Une région ouverte, de population assez hétérogène, assez favorable au changement.

-La direction :

Un souci partagé par les chefs d'établissement et les DRH.

Un management cohérent, dynamique, venant de la direction, permettant une reconnaissance identique des agents.

Comme on le voit, il s'agissait essentiellement, selon cette personne, de rassurer certains agents quant à leur possible mobilité. En effet les agents affectés auprès des personnes âgées craignaient d'être enfermés dans ce secteur. Ce système a permis de les rassurer et de faciliter le départ de ceux qui le souhaitaient. Aujourd'hui la direction a abandonné ce système et réfléchi à un autre dispositif de mobilité.

- Le second exemple du manuel est celui du CHS de Pontorson²¹, où a été posé une obligation de mobilité. Ce système se retrouve dans d'autres établissements psychiatriques et nous avons pu interroger la direction des soins du CHS de Navarre à Evreux qui nous a détaillé son système :

Le CHS de Navarre, depuis 1995 ou alentour, pratique une politique volontariste de mobilité interne du personnel soignant. Elle fait suite à une volonté du directeur qui a commencé par favoriser la mobilité entre personnel de jour et de nuit.

Actuellement, au sein de cette politique, deux procédures de mobilité co-existent :

la procédure de mobilité annuelle

Une règle simple anime cette politique : un poste donné ne peut être occupé plus d'un certain temps par un agent.

Ainsi les durées maximales sont :

En structure intra hospitalière de jour : 3 ans

En structure intra hospitalière de nuit : 4 ans

En structure extrahospitalière : 4 ans

²¹ Ibid. p. 164

Exception faite de la pédopsychiatrie : 5 ans.

Concrètement, au mois de septembre de chaque année, les agents reçoivent une fiche de vœux sur laquelle ils indiquent leur durée de séjour dans leur unité et leur proposition de mobilité, intra- ou extra sectorielle (au sens des secteurs de psychiatrie), avec lettre de motivation.

Le traitement des vœux se fait alors selon deux circuits.

Si la personne souhaite rester dans le même secteur, la fiche de l'agent est examinée par le cadre et le cadre supérieur de secteur.

Si la personne souhaite changer de secteur, sa demande est étudiée par la direction des soins et les cadres supérieurs. Pour les postes spécifiques (IDE à la maison d'arrêt, au centre de soins pour toxicomane, en liaison avec les centres d'hébergement et de réinsertion sociale...) les agents se portant candidat sur ces postes sont reçus, en entretien, par le Directeur des soins, le cadre supérieur et le cadre de santé afin d'analyser leur motivation et leurs qualités en fonction des aspects importants du poste à pourvoir. Le choix se fait à la fin des entretiens, réalisés à l'aide d'une grille. Les profils de poste ne sont en effet pas encore tous établis. Il en va de même pour les postes spécifiques tel par exemple celui d'infirmier à la maison d'arrêt d'Evreux.

Un courrier informe le candidat de l'issue de sa démarche. En cas de refus, la direction des soins lui offre la possibilité d'un rendez-vous. Cependant, peu de personnes en sollicitent un.

Pour les postes spécifiques, le nouvel arrivant est mis en doublon de la personne qui va changer de poste, pendant une période plus ou moins longue selon son degré de connaissance du nouveau secteur. S'il y a déjà travaillé, un mois de « doublon » suffit, sinon le tutorat dure de 3 à 6 mois.

Les remplacements de postes vacants en cours d'année

Si, entre temps, un poste en extra hospitalier ou en pédopsychiatrie se trouve vacant, il est mis, par voie d'affichage à la vacance de poste, au sein de l'établissement. Les candidatures sont étudiées de la même façon que pour une mobilité inter sectorielle.

Cette procédure est aussi utilisée pour les vacances de poste de cadre supérieur de santé et de cadre de santé.

Le plan de formation soutient cette politique. Les agents envisageant une mobilité prochaine peuvent demander à suivre une formation dans la perspective du poste qu'ils souhaiteraient occuper, même si cette formation est sans lien avec leur activité présente. Ils doivent seulement expliquer leur démarche auprès de leur cadre.

Ce système fonctionne depuis 1995 et semble « bien marcher ». Les premières années les mobilités ont été essentiellement intra sectorielles, mais depuis 2000, elles s'effectuent, de plus en plus, vers un autre secteur, grâce notamment au soutien des cadres supérieurs favorisant cette transversalité. Peu à peu, on assiste à un « décloisonnement » des secteurs au sein de l'hôpital.

Les partenaires sociaux pour leur part sont favorables à ce dispositif et font preuve de vigilance par rapport aux affectations, remplissant ainsi leur rôle.

Par ailleurs, cette politique sert aussi en communication externe en étant présentée comme un atout dans la politique de recrutement de l'hôpital :

lors de l'embauche d'un agent, il lui est demandé dans quelle unité il souhaiterait travailler, dans quelle unité il ne souhaiterait surtout pas travailler, notamment au début mais en parallèle un rappel lui est fait des obligations de continuité de service et de la réponse à apporter tout d'abord aux postes vacants.

Par la suite, et notamment lors de la première émission de vœux, il est rappelé à l'agent dans une unité non choisie qu'il peut d'ores et déjà émettre une candidature à un autre poste. C'est une règle à rappeler dans la mesure où la politique de l'établissement ne propose aux nouveaux arrivants que des postes en intra-hospitalier et de jour, afin notamment de leur faire découvrir le fonctionnement de l'établissement.

Ces deux expériences méritent d'être relatées largement dans la mesure où elles ouvrent des pistes possibles pour le CHBA. Surtout, on retiendra grâce à ces entretiens l'importance du contexte dans lequel ces expériences naissent et se déploient.

Ainsi, ce « benchmarking », quoique non scientifique, a permis de connaître la situation d'autres hôpitaux, novateurs ou non. Ils fournissent aussi des étalons grâce auxquels le CHBA va pouvoir être mesuré.

1.2 La mobilité au CHBA jusqu'en 2004

Le CHBA a disposé jusqu'en 2004 d'un dispositif développé et formalisé de mobilité interne. Ce dispositif a été mis en suspens en 2005, en attente d'un changement en ce domaine.

1.2.1 Une description et analyse du système

A) Une description

a) *Une présentation du système*

Ce système fonctionne en deux étapes.

Une première étape s'effectue en juin, avec la publication des postes proposés au mouvement interne. Ensuite les agents disposent des mois de juillet et d'août pour faire acte de candidature. Puis chaque candidat est reçu en entretien individuel par deux cadres de santé, en septembre – octobre. Une fiche de synthèse d'entretien est alors rédigée par les cadres qui apportent une appréciation motivée sur la candidature. Les candidats dont l'appréciation est « très favorable » sont affectés selon leur souhait, dans la mesure des places disponibles, et un premier mouvement du personnel pourra alors avoir lieu, en janvier.

Cependant une seconde étape s'effectue en octobre-novembre où sont proposés les postes restés vacants ainsi que les postes qui seront libérés suite au premier mouvement. Pour ceux-là la Direction des Soins propose des candidats aux cadres, sans obligatoirement tenir compte de l'avis de l'entretien. Il s'agit alors souvent d'une affectation à l'essai, dont l'évaluation est réalisée en juin n+1.

Cette affectation à l'essai repose sur deux éléments essentiels :

- ◆ La confiance du cadre de proximité dans la Direction des Soins
- ◆ Le caractère provisoire de l'affectation qui permet aussi à l'agent de changer d'avis.

Ce correctif semble bien fonctionner dans la mesure où les agents placés à l'essai ont tous ou presque reçu un avis favorable d'affectation l'année suivante lors de l'entretien avec les cadres.

b) Un calendrier de procédure

Plus précisément il convient de présenter dans ses dates cette procédure, en suivant le tableau suivant.

On précisera que pour les sigles employés le PRHQS (pôle ressources humaines qualité des soins) est ici une anticipation par rapport à la réalité organisationnelle puisque jusqu'en 2004 il s'agissait seulement de réunions en commun entre les deux directions.

Les dates présentées sont fournies de manière indicative et pouvaient fluctuer d'une année sur l'autre, l'essentiel étant ici de repérer la trame de fonctionnement.

B) Une analyse

Nous avons repris le bilan de cette procédure sur les trois dernières années.

Les tableaux que nous avons réalisés mettent en exergue l'attractivité de certains secteurs, voire de certains services.

En termes globaux, on pourrait juger que cette procédure a un impact limité mais non négligeable.

En effet, le nombre de postes offerts au premier mouvement était, pour les Infirmières DE, de 24 en 2002, 33 en 2003 et de 23 en 2004, à rapprocher du nombre total d'infirmières en exercice dans l'établissement qui est de 573 ETP en 2004.

Nombres de postes et de candidatures par catégories, 2002-2004.

		2002	2003	2004
IDE	Nombre de postes	24	50	40
	Nombre de candidatures	35	49	74
	Taux	1,45	0,98	1,85
AS	Nombre de postes	40	48	53
	Nombre de candidatures		81	79
	Taux		1,69	1,49
ASHQ	Nombre de postes	18	15	22
	Nombre de candidatures			3
	Taux			0,14

Plusieurs commentaires de ce tableau s'imposent.

Tout d'abord l'absence de données exhaustives sur les trois années pour les trois catégories. L'exhaustivité et la finesse des renseignements se sont développées continuellement de 2002 à 2004. Nous n'avons cependant pas souhaité mener des recherches plus avant qui n'auraient semble-t-il pas infirmé les tendances de ce tableau. Ainsi par exemple du faible nombre de candidatures d'ASHQ.

Si l'on rapporte le nombre de candidats au nombre d'agents de cette catégorie (approximation grossière basée sur les ETP), on obtient pour 2004 : 9,7% des IDE, 10,6% des AS, mais seulement 1,5% des ASHQ, alors que 10,8% des postes d'ASHQ sont publiés à la mobilité interne.

La catégorie professionnelle des ASHQ se distinguent très nettement dans ce tableau. Plusieurs éléments de réponse pourraient être avancés. Ces agents peuvent ne pas souhaiter bouger, soit parce qu'ils se trouvent bien dans leur secteur, ce qui serait une supposition sans doute trop optimiste, soit plutôt parce que cette démarche leur paraît vaine. Le « à quoi bon ? » serait leur position de repli, signe d'une démotivation dans leur travail. Une autre explication, tout autant valable, sinon plus, se base sur leur refus de ce système de sélection. Il repose en effet sur une démarche de type « recrutement », avec souhait de mobilité et entretien de motivation. Or cette façon de faire déplaît à une partie non négligeable du personnel qui pense « ne pas savoir se vendre » et ne pas avoir non plus à le faire.

A l'inverse, une assez grande similarité peut être notée entre les taux de candidature des AS et des IDE, à l'exception notable de 2003 pour les infirmières (le nombre de postes ayant doublé cette année-là sous les effets conjugués des mouvements de départ à la retraite et de l'ouverture du nouveau bâtiment d'accueil des urgences.

Ces taux sont cependant légèrement supérieurs chez les AS, catégorie qui semblerait la plus impliquée dans ce dispositif de mobilité. Or c'est aussi d'après les retours obtenus par les promoteurs de ce système une catégorie très critique vis-à-vis de ce système où « il faut se vendre ». C'est aussi la catégorie qui numériquement compte le plus de candidats refusés, ceci expliquant cela.

Les données recueillies nous permettent de livrer une analyse plus détaillée. En terme de secteur ou de services attractifs ou non en premier lieu, puis selon les postes, et enfin selon les profils des candidats.

a) *Une analyse par service et secteur d'activité*

Les tableaux établis pour cette analyse se trouvent en annexe.

Les taux d'attractivité de certains postes sont en effet le reflet de l'attractivité du service.

On pourrait ainsi établir un palmarès des services attractifs, ce que nous avons fait pour les infirmières.

Ainsi le palmarès des services les plus et moins attractifs serait le suivant :

Attractivité des services en fonction des ratios de candidatures, pour les IDE, 2002-2004

	2002	2003	2004
« Carré magique »	Chirurgie Ambulatoire	Rééducation Auray	Chirurgie vasculaire
	Rééducation, Vannes	Néphrologie	Stérilisation
	Alcoologie	Chirurgie digestive	Urgences
	Chirurgie digestive	Urgences	Hémodialyse
Le secteur le plus attractif	Rééducation	Rééducation	Hémodialyse
« Carré moldu²² »	Pneumologie	SLD Vannes	SLD Vannes
	SLD Vannes	Orthopédie	Tripode MR
	Orthopédie	Ophtalmologie	Gastro-entérologie
	Gastro-entérologie	Tripode MR	Bruyères SLD
Le secteur le moins attractif	SLD MR	SLD MR	SLD MR

Si le classement par secteur les plus et moins attractifs n'est guère surprenant, celui par services peut en revanche l'être plus. On notera par exemple la présence de services de chirurgie dans les deux « carrés », à l'encontre de l'*a priori* attractif qui pèse sur le secteur de chirurgie.

En outre, il ressort du « carré moldu » que les services auprès de personnes âgées sont peu voire pas attractifs, ce qui est une situation assez classique dans les établissements de santé aujourd'hui.

b) Une analyse par poste

Si le service est un indicateur pertinent, il convient de rechercher également quels sont les postes convoités, ce qui a été fait pour 2004.

Si l'on regarde les postes les plus convoités, un autre palmarès peut être établi :

En premier lieu viennent deux postes d'AS en réanimation, qui suscitent 22 candidatures. L'attrait de la discipline pourrait expliquer cet engouement, mais il ne faudrait pas négliger non plus le rythme de travail en 12 heures, original et pouvant de ce fait susciter l'intérêt des candidats (temps de travail accompli en un nombre de jours moindre).

²² Nous nous permettons ce clin d'œil aux romans pour jeunesse de J.-K. ROWLING dans lesquels sont appelés « Moldus » les personnes qui ne disposent pas de pouvoirs magiques.

Puis vient un poste d'IDE en consultations externes en chirurgie vasculaire. L'autre poste offert dans ce service, à 75 %, ne recueille, lui, aucun candidat. On peut aisément en déduire que ce n'est pas la discipline qui a été discriminante. Bien plutôt, on remarque une attractivité assez grande pour les postes à horaires de bureau, tendance confirmée dans d'autres établissements ainsi que nous l'ont appris nos contacts.

Viennent ensuite, avec 6 candidats, un poste d'AS en médecine interne et un autre en cardiologie.

Enfin, avec 4 candidats, un poste d'IDE en stérilisation (à 80%), un poste d'AS en chirurgie digestive et un poste d'IDE en orthopédie, de nuit.

Si l'on s'intéresse aux postes de nuit, on ne perçoit pas une réelle attractivité, en dépit de la valorisation indiciaire de ce type de poste.

Sur 2004 toujours, les 4 postes de nuit n'ont pas la même attractivité.

Le poste d'orthopédie connaît 4 candidats, un poste en gastro-entérologie 1 candidat, et les deux autres (SLD et cardiologie à 75%) aucun candidat.

Quant aux postes à temps partiel, leur attractivité n'est pas supérieure aux postes classiques, bien au contraire, comme le montre le tableau suivant :

Postes à temps partiel et candidatures, 2004.

Service	Grade	Quotité	Nombre de candidats
Cardiologie	IDE	75% Nuit	0
Gastro-entérologie	IDE	80%	1
Gastro-entérologie	AS	80%	0
Stérilisation	IDE	80%	4
Orthopédie	IDE	75%	0
Vasculaire	IDE	75%	0
Gynécologie	AS	75%	2
SSR	AS	80%	0
SLD	IDE	80%	0
SLD	AS (3 postes)	80%	0

12 postes à temps partiel ont été proposés en 2004.

9 d'entre eux n'ont pas eu de candidat.

Ce n'est donc sans doute pas sur ce type de postes que se situe la demande des agents. Il convient toutefois de tempérer ces chiffres par la faible attractivité, non pas forcément du

poste, mais bien souvent du service lui-même. Ainsi, aucun poste en SLD n'a eu de candidat. On n'oubliera pas non plus de signaler le revenu moindre que procurent des postes à temps partiel.

Ainsi l'analyse par poste ne permet pas de tirer de grande conclusion d'attractivité, exception faite des postes de consultations externes, poste à horaire de journée où l'infirmière bénéficie en outre assez souvent d'une certaine indépendance de travail.

c) Analyse par profil des candidats

Les services d'origine méritent d'être étudiés également, ne serait-ce que pour connaître les secteurs de fuite.

Un premier constat s'impose : celui de la prédominance des candidatures des personnes en SRT et SRC (service de remplaçants titulaires et contractuels), c'est à dire les « pools » de remplaçants.

Leur hégémonie dans les candidatures est indéniable, comme le montre le tableau suivant :

Origine des candidats, par catégorie, en nombre et pourcentage, 2004

Grade	SRT	SRC	SLD MR	Médecine	Chirurgie	autre	Total	%
IDE	15	22	3	8	3	2	53	38%
%	28%	42%	6%	15%	6%	4%	100%	
<i>Hors SRT/SRC</i>			18,75%	50%	18,75%	12,5%	100%	
AS	33	24	12	3	2	9	83	60%
%	40%	29%	14%	4%	2%	11%	100%	
<i>Hors SRT/SRC</i>			46%	11,5%	7,7%	34,6%	100%	
ASH et IBODE			1			1	2	1%
%			50%			50%	100%	
Total	48	46	16	11	5	12	138	
%	35%	33%	11,5%	8%	3,7%	8,8%	100%	
<i>Hors SRT/SRC</i>			36,3	25	11,4	27,3	100%	

On remarque que les candidats venant de pools de remplacement représentent 70% du total des candidats, aussi bien chez les IDE que chez les AS.

On touche ici au cœur du problème. Ce fort taux de remplaçants montre que le système était vicié. Il répondait à une attente d'affectation définitive de personnels remplaçants. Dès lors l'aspect de mobilité inter-services de ce dispositif est-il vidé de sa substance.

De l'avis de la direction le dispositif de SRT/SRC n'est d'ailleurs pas jugé satisfaisant et fait l'objet d'un re-examen de la part de la direction du pôle. De fait, les candidats soi-disant en remplacement sont souvent déjà présents dans le service où ils demandent leur affectation. Il s'agit donc d'une reconnaissance *de jure* de la situation présente.

Il reste valable malgré tout pour les autres candidats, c'est à dire 30% des effectifs en 2004 : 16 IDE et 1 IBODE, 26 AS et 1 ASHQ.

Pour ceux-ci on constate des origines principales diverses :

les candidats AS viennent surtout de SLD (12 personnes, 46% des non- remplaçants), et de divers services, dont du moyen séjour gériatrique.

Les candidats IDE viennent en revanche des services de médecine à 50% des non- remplaçants.

Ainsi, les non-remplaçants viennent en premier lieu des services de gériatrie (36%), mais non majoritairement.

1.2.2 Des commentaires et un problème de fond

A) D'une satisfaction formelle à une insatisfaction finale

Les commentaires sur cette procédure conduisent à la conclusion d'un échec.

a) *Un dispositif formellement satisfaisant, en dépit de sa lourdeur*

Une forme satisfaisante

Concernant la présentation formelle du dispositif, on peut reprendre une grille de démarche qualité par rapport à cette procédure :

- la démarche fait l'objet d'une procédure formalisée
- cette procédure est diffusée
- elle est connue
- elle est appliquée

On voudra pour preuve de cette connaissance les appels de candidats potentiels en 2005 vers la direction des soins, lorsque la procédure n'a pas été reconduite.

De manière formelle cette démarche était satisfaisante.

Elle avait de plus été conçue avec les cadres, qui avaient notamment réalisé la trame d'évaluation et d'entretien, ce qui pourrait assurer une égalité entre les candidats.

La lourdeur du dispositif

Une autre remarque de nature formelle s'impose et concerne la lourdeur du dispositif.

C'est tout d'abord une procédure qui couvre presque toute l'année, depuis l'examen des postes vacants à partir de mars jusqu'à l'affectation effective en janvier n+1.

C'est ensuite une procédure très chronophage :

- en temps d'entretiens par les cadres ou la direction
- en examen des situations, suite aux réclamations et appels des décisions d'approbation ou rejet des candidatures,
- en organisation de réunions/bilans,
- en prise en charge personnalisée par la direction des soins de la situation des candidats malheureux (préparation et négociation avec les cadres et l'agent pour un « placement à l'essai »), d'autant plus important que le taux d'affectation au premier tour sera élevé.

b) Une procédure d'entretiens qui ne parvient pas à des résultats d'affectation satisfaisants.

La forme des entretiens de motivation

La forme du recrutement, à savoir des entretiens de motivation, à l'instar d'un premier recrutement, ou d'une démarche entrepreneuriale privée, faisait l'objet de critiques de la part de certains candidats. Ils déploraient devoir «se vendre » lors d'un entretien, ce qu'ils pensaient ne pas savoir faire. Une formation leur était proposée, mais certains candidats n'osaient s'y inscrire, de peur de fâcher le cadre du service qui aurait pris ce souhait de mobilité comme une trahison...

Derrière cette critique formelle se cache de fait une faible culture de la mobilité au sein de l'établissement.

Les refusés, critiques du système

On notera par ailleurs que cette démarche de recrutement nourrit sa propre critique en ce que les refusés peuvent aisément basculer dans le camp des contestataires du système.

Il faut en effet signaler que les candidatures ne sont pas faites à un niveau global mais sont orientées vers un poste particulier. Ainsi le nombre d'insatisfaits est-il supérieur à la simple soustraction des candidats par rapport aux postes offerts. Il y avait par exemple 100% de taux de candidatures/ nombre de postes sur Auray en 2004 pour les infirmiers, mais dans le détail deux postes n'avaient pas de candidats et deux autres en avaient deux. Si l'on ajoute à cette vue arithmétique le résultat des entretiens de motivation, on tombe sur ce secteur à 3 candidats retenus pour 8 postes et 8 candidats.

De manière similaire on notera que pour les AS il y avait en 2003 81 candidats pour 48 postes, mais que 21 postes seulement ont été pourvus. Les autres sont restés vacants faute de candidats, mais aussi faute de candidats retenus. Restaient donc 28 postes vacants (plus 19 postes libérés), et surtout 60 candidats refusés (soit les $\frac{3}{4}$ des candidats). De même en 2004 pouvait-on compter 35 candidatures d'IDE refusées (63% des candidatures) et 58 candidatures d'AS (73%).

Il serait toutefois exagéré de considérer que ces candidats déçus basculent immédiatement dans le rang d'opposants au système. Tout d'abord parce que ces candidats savaient que certains postes étaient très convoités (jusqu'à 7 candidats sur un poste), ensuite parce que pour un certain nombre cette affectation n'aurait fait que reconnaître leur travail dans un service, travail qu'il effectue déjà comme remplaçant ; il ne s'agit dès lors que d'une non reconnaissance officielle, ce qui ne change par le travail au quotidien.

Un dispositif qui ne fournit pas les résultats escomptés

On retiendra que ce dispositif, élaboré, devait permettre la rencontre des motivations et agents et des attentes de l'institution.

Au regard des résultats, on peut raisonnablement parler d'un échec du dispositif.

A la fin du premier mouvement on constate en effet un taux d'affectation au mieux égal à 50%. Plus précisément pour 2004 :

- 50% des postes d'IDE,
- 40% des postes d'AS,
- 4,5% des postes d'ASHQ,

soit 36% des postes au total.

L'écart sera à combler par la Direction des soins à la suite d'intenses négociations et cet écart aura été accru par les places laissées vacantes du fait des départs du premier mouvement.

On a en effet souligné que le temps de négociation du second mouvement sera d'autant plus important que le taux d'affectation au premier tour sera élevé. Or, à plus de 50% de vacance, c'est le système personnalisé qui prévaut globalement dans les affectations dites de mobilité interne. Si l'on considère de surcroît les affectations de premier tour qui ne sont que les validations d'affectation à l'essai du second mouvement interne de l'année précédente, on peut raisonnablement penser que le système qui devait permettre une procédure standardisée et objective, avait perdu sa raison d'être.

B) Un problème de fond qui interroge la valorisation de la mobilité

a) *Un problème de fond*

Plus encore que sur la forme c'est le fond du dispositif qui est à interroger. Le système élitiste était détourné par les remplaçants et perturbé par les affectations forcées.

Un système élitiste

C'est en effet une procédure par nature « élitiste » selon la directrice des soins : les cadres recrutent pour leur service des personnes qui ne posent pas de difficulté ou qui sont déjà connus du service, comme contractuels par exemple. Le correctif apporté lors du second mouvement permet de pallier pour partie cette réticence, mais cependant ce système reste imparfait. Un agent d'un autre secteur d'activité (de la gériatrie vers la chirurgie par exemple) arrivera à l'entretien avec un *a priori* négatif de la part de ses évaluateurs, dont le cadre du service recruteur.

Un système utilisé à l'envers

Un tel système devait faciliter la mobilité inter-services en proposant une procédure standardisée et transparente. Or on constate que la population principale de ce dispositif est constituée des remplaçants, en SRT ou SRC qui recherchent au contraire une stabilité par une affectation dans un service. Il s'agit en d'une recherche d'affectation définitive dans le service de remplacement pour 45% des candidats SRC et SRT, lesquels candidats constituent 70% des effectifs participants.

Les mobilités forcées comme agents perturbateurs

En interférence à ce dispositif il faut faire état des mobilités forcées. En effet, pour des causes diverses, des agents peuvent se retrouver retirés du service ou ils travaillaient. Il faut alors rechercher une nouvelle affectation et celle-ci se trouvera naturellement dans ce vivier que constituent ces postes ouverts au mouvement interne.

Cette gestion des situations difficiles vient mécontenter plusieurs acteurs :

- Les cadres qui voient dans leur service non pas un des candidats retenus au cours de la procédure mais un « outsider » imposé par la direction et qui souvent pose des problèmes,
- Les candidats sur ce poste qui se voient préférée une personne moins méritante et moins motivée,

- L'agent réaffecté qui peut parfois ne pas apprécier cette mutation, sur un poste pourtant convoité par d'autres,
- La direction elle-même, contrainte par la nécessité mais consciente de l'impopularité de sa mesure.

On comprendra ainsi que, de manière préventive en quelque sorte, certains cadres de proximité montrent quelques réticences à ouvrir un poste au mouvement interne.

b) L'absence de valorisation de la mobilité interne

Si l'on établit le profil type des personnes affectées sur un poste vacant on notera qu'il s'agit soit :

- d'un remplaçant,
- d'une personne imposée par la direction, et souvent posant des problèmes,
- d'une personne venant d'un autre secteur, gériatrique par exemple (36% des non-remplaçants).

Il n'est pas surprenant dès lors de constater une valorisation, non pas de la mobilité, mais bien de l'ancienneté dans le service.

L'image de l'agent mobile n'est pas pour les soignants de l'hôpital un modèle auquel ils souhaiteraient s'identifier : c'est au choix un remplaçant, une personne fuyant la gériatrie, voire un agent « à problèmes ». Tout autre profil relèvera dès lors de l'exception, en terme de représentation mentale de la personne mobile.

C'est donc bien au contraire la stabilité qui est valorisée, et donc implicitement favorisée ou reconnue.

Il faut noter du reste que se constitue un cercle vicieux puisque les anciens agents ne bougeant pas, c'est au contraire sur les seuls nouveaux agents (et remplaçants) que s'effectueront les ajustements. D'où une dichotomie prononcée au CHBA entre les agents anciens, qui ne bougent pas du service, voire qui le régissent parfois, et les nouveaux, qui sont obligés d'être d'autant plus « mobiles ».

Le problème de la mobilité change alors de mesure. Il ne s'agit pas de réécrire une procédure, mais bien d'inverser le paradigme et de poser comme valeur non pas la stabilité, synonyme bien souvent d'immobilisme, mais la mobilité et les échanges de savoirs.

2 LE CHANGEMENT UTILE ET NECESSAIRE ?

Avant de se lancer dans un tel programme, à savoir non pas recomposer une procédure de mobilité, mais poser comme principe une valorisation de la mobilité, il convient de se demander s'il est utile et nécessaire de mener un tel changement.

Il s'agit donc de se demander pourquoi mener une telle politique de mobilité, en termes d'utilité et de nécessité, puis de voir comment le faire.

2.1 Pourquoi ?

Cette préoccupation de la mobilité semble aujourd'hui présente dans de nombreux hôpitaux. Faut-il y voir un simple effet de mode si fréquente dans le monde hospitalier, et dans le monde des ressources humaines ? On pourrait penser au contraire que la nécessité autant que l'utilité conduisent à un changement de politique.

La réponse à ce « pourquoi ? » se situe à deux niveaux. Il semble en effet que ce souhait de mobilité soit, à un premier niveau, une réponse à des préoccupations contemporaines. Mais à un second niveau, cette question relève de la stratégie d'un établissement, et doit dès lors être mise en parallèle avec de sérieux contre arguments à cette politique.

2.1.1 Une réponse et un enjeu

A) Une réponse à des obligations

C'est en premier lieu une réponse à des obligations, qu'elles soient économiques ou réglementaires qui peut motiver une politique de mobilité. Cette réponse comprend plusieurs dimensions.

a) *Une dimension économique*

La dimension économique du sujet est à considérer avant toute chose, du fait,

- d'une part du poids des dépenses en personnel dans le budget hospitalier : en 2004 le CHBA comptait presque 2.577 ETP en personnel non médical, tandis que les charges de personnel représentait 68% (116,1 millions) d'un budget d'exploitation de 171,7 millions d'euros,
- d'autre part de l'univers contraint dans lequel évoluent les budgets hospitaliers. On signalera seulement à titre d'illustration la réfaction en 2005 de 439.498 € au titre des objectifs d'économie sur les achats hospitaliers.

Dans ce contexte la dimension économique du sujet porte sur plusieurs aspects :

Le recrutement

Tout recrutement de personnel doit pouvoir s'effectuer à moindre coût, à niveau de compétences équivalent. Ce pourra être le cas lorsque le recrutement en interne sera moins coûteux que le recrutement externe. Ce peut être le cas si l'on considère les facteurs suivants :

- Moindre temps et coûts de recherche de personnels (publicité de postes dans des revues, réception de candidatures externes),
- Moindre coût d'apprentissage (le contexte du centre hospitalier est connu),
- Moindre frais de gestion de dossier (pas de constitution d'un dossier *de novo*),
- Prévision des mutations de postes et anticipation des mouvements, ce qui peut limiter les jours de latence (sans personnel affecté) parfois coûteux : emploi d'un remplaçant temporaire inadéquat et temps de « formation », heures supplémentaires pour le personnel restant...

On pourra s'étonner de mettre en balance ces deux modes de recrutement, le second (externe) intervenant en général à défaut du premier. Par ailleurs, tout poste occupé en interne devrait en libérer automatiquement un autre, tels des vases communicants.

Ce serait cependant sous-estimer la grande volatilité des effectifs soignants possibles sur une même période. Un secteur peut nécessiter une augmentation de moyens alors qu'à l'inverse d'autres peuvent avoir été sur-dotés ou se retrouver tels suite à une évolution négative de leur activité. Enfin, il ne faut pas oublier la possible consolidation d'un poste dans un service alors que ce poste était auparavant pourvu par le pool de soignants. Cet ensemble de facteurs conduisent à juger en partie infondée cette théorie des vases communicants.

Ce sera le cas dans notre centre hospitalier de référence et ce pour deux raisons. D'une part le volume des emplois est relativement important et permet une certaine volatilité du personnel soignant. D'autre part l'étude en charge de travail a été menée récemment et conduit à des réaménagements progressifs.

L'employabilité

Cet aspect a été évoqué plus haut. Le maintien de la polyvalence des agents est une garantie pour leur employabilité d'un secteur à l'autre. Si l'on peut dire, la mobilité conforte la mobilité.

A l'inverse, l'inemployabilité a un coût non négligeable pour la structure. On pense par exemple à des agents, tant soignants qu'administratifs, qui se sont « spécialisés » sur leur tâche et qui ne peuvent bouger, quand bien même la tâche qu'ils effectuent ne justifierait plus leur emploi. Certes, le statut de la fonction publique hospitalière permet de supprimer

certaines emplois²³, cependant cette disposition est rarement mise en œuvre. Surtout, il est préférable d'aborder les situations problématiques de reconversion impossible de personnels en amont par le maintien de cette employabilité.

C'est sur ce dernier aspect que se pose réellement la nécessité d'une politique de mobilité.

Les coûts d'apprentissage

Un élément non négligeable au niveau économique est le temps d'apprentissage nécessaire avant que l'agent puisse prendre ses fonctions de manière autonome. Ici un arbitrage est nécessaire entre :

- d'une part un fort investissement en formation continue et des heures/agents pour gérer cette politique de mobilité ainsi que les affectations,
- et d'autre part un investissement en formation plus réduit, quitte à devoir employer plus de moyens en personnels et en temps/agents avant une nouvelle affectation.

Il s'agit là d'une équation à deux inconnues que chaque hôpital peut résoudre. On précisera cependant que cette formule n'est pas transposable à tous les secteurs. Dans certains services en effet, un temps d'apprentissage avant la prise de poste est de toute façon nécessaire, du fait de la technicité de l'emploi sur lequel seront les agents (réanimation, hémodialyse).

Reste que l'égalité des deux formules peut être mise à mal par un dispositif de gestion de la mobilité coûteux en temps d'agents même en rythme de croisière...

La concurrence extérieure :

L'hôpital vit dans un univers concurrentiel, tant avec des établissements publics que privés. Cette concurrence ne se situe pas seulement au niveau de l'activité de l'un ou de l'autre, mais également au niveau des ressources en personnel.

Si l'on écarte l'activité libérale cet univers concurrentiel au niveau des agents joue en plusieurs directions.

Au niveau de Vannes cette concurrence s'incarne essentiellement dans une nouvelle clinique, née de la fusion de trois établissements privés en 2004. Au niveau du secteur n°4 de Bretagne, il peut y avoir des échanges entre Ploërmel et Vannes, mais les flux sont faibles. En revanche, sur la frontière ouest du territoire, les personnes installées à l'ouest d'Auray et à qui on proposerait un poste à Vannes pourraient préférer quitter le territoire et travailler dans le secteur n°3 (Lorient - Hennebont). Enfin au niveau inter-sectoriel, au-delà du cas précédent, des personnes résidant sur le territoire n°8 (Pontivy - Loudéac) sont pour

²³ article 92 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

ceux du sud de ce secteur dans l'aire d'attractivité de Vannes - Auray et viennent pour certains travailler au CHBA. Les prix de l'immobilier, élevés dans le secteur n°4, ainsi que l'atonie relative du marché du travail en centre Bretagne sont deux facteurs favorisant la séparation entre domicile et bassin d'emploi et conduisent parfois à des mouvements pendulaires importants.

La dimension économique on l'aura vu mêle utilité et nécessité du fait des contraintes budgétaires pesant sur un hôpital.

b) Une dimension de démarche qualité

La démarche qualité est une des dimensions les plus sensibles à cette politique poussant à la mobilité.

Avantages de la mobilité

Cette mobilité inter - services facilite en effet :

- Un échange de savoirs d'un service à l'autre, permettant la diffusion la plus large possible des bonnes pratiques soignantes,
- Une uniformisation des pratiques, du fait du développement d'une culture commune. Cet aspect est d'autant plus important que l'on touche ici à une égalité de traitement entre patients. A son terme, une démarche qualité doit permettre de garantir à chacun une égale qualité de prise en charge, quel que soit le service. En cela la mobilité interne joue un rôle non négligeable car il ne s'agit pas seulement de partager des procédures mais de donner corps à une démarche qualité.
- Corrélativement à cet aspect, toute arrivée de personnel dans une unité devrait être un aiguillon pour une remise en cause des pratiques professionnelles.
- Enfin doit pouvoir se développer grâce à cette mobilité une approche plus transversale des problèmes dans la mesure où ce personnel mobile est un « catalyseur » de comparaisons inter-services. A charge pour la direction qualité et la direction des soins d'utiliser cet aspect pour engager une dynamique au niveau du service.

Bien sûr, ces avantages ne sont effectif que si le savoir de l'arrivant est valorisé. Or, bien souvent, il doit se plier aux habitudes des anciens.

Une politique en amont

Si la démarche qualité perçoit de manière positive la mobilité, il ne faut pas oublier non plus qu'elle est un pré-supposé indispensable à toute politique en ce sens. En effet il n'est pas de

mobilité possible sans une uniformisation, même *a minima*, des pratiques professionnelles. Si les agents doivent être polyvalents, en revanche il ne faut pas que chaque agent ait l'impression de devoir réapprendre à travailler à chaque nouvelle affectation sous prétexte que « ici, on fait comme ça ».

D'où, en amont, une politique de démarche qualité qui aura permis au moins la mise par écrit d'un certain nombre de procédures internes au service, voire inter-services.

D'où également un lien très fort entre politique de mobilité et maintien de la polyvalence, par une mobilité interne au service.

B) Un enjeu de GRH

La dimension de gestion des ressources humaines de cette politique de mobilité répond d'une part aux souhaits des agents et d'autre part à ceux de l'institution.

a) *Les attentes des agents*

Les attentes des agents vis-à-vis d'une politique de mobilité sont multiples.

Il y a bien sûr les agents qui n'attendent rien ou à tout le moins rien de bon de cette politique. Un autre groupe d'agents attend de cette politique de mobilité la garantie de ne pas être cloîtré dans un secteur ou un service. A ceux-là plusieurs réponses peuvent être proposées, depuis la politique de candidature pondérée comme elle existait à Lannion jusqu'à une affectation à l'essai avec « droit au remord » pour les agents.

Il y a enfin les agents qui saisissent cette politique comme une opportunité.

D'aucuns en effet souhaitent pouvoir développer durant leur carrière un projet professionnel personnalisé, au mieux de leurs compétences et de leurs appétences. Ce souhait semble pouvoir être conciliable avec le dispositif de mobilité.

Il faut cependant craindre que ce pont de concorde ne se fonde parfois sur un malentendu. On pourra en effet voir éclore de faux projets qui ne sont de la part de jeunes agents que la forme déguisée de recherche de « niches » (poste à NBI, horaires confortables...) d'où par la suite ils ne souhaiteront pas se détacher.

Une place pour la mobilité horizontale ?

Surtout on peut se demander dans quelle mesure aujourd'hui il existe de réels projets professionnels d'agents pour une mobilité horizontale. En effet nous nous trouvons aujourd'hui dans une situation paradoxale.

D'une part les agents doivent travailler globalement plus longtemps qu'auparavant.

Deux éléments jouent en ce sens :

- l'allongement des durées de cotisation retraite,
- les modifications du dispositif de retraite anticipé jusque là très favorables qui régissaient la situation de fonctionnaires mères de trois enfants et disposant de 15 années de service. Pour tenir compte du droit conventionnel européen en matière d'égalité de rémunération entre les femmes et les hommes, l'article L 24 du code des pensions de retraite a été modifié par l'article 136 de la loi de finances rectificative pour 2004 et l'article R 37 du même code a été modifié par un décret du 10 mai 2005²⁴. Désormais, depuis le 12 mai 2005, date d'entrée en vigueur du nouveau dispositif, les parents de trois enfants ayant effectué 15 ans de services valables pour la retraite peuvent obtenir la liquidation de leur pension s'ils ont interrompu leur activité au moins deux mois pour chacun de leurs enfants.

Mais d'autre part les perspectives de carrière, des infirmiers notamment, sont beaucoup plus courtes qu'auparavant et permettent une promotion sur l'ensemble des échelons en un temps moindre.

Ainsi, les plus ambitieux d'entre eux optent pour une mobilité verticale et tentent de devenir cadres de santé. La question est de savoir dans quelle mesure ces projets verticaux ne se sont pas constitués à défaut de projet de carrière horizontaux. Elle revient à interroger les motivations des candidats cadres. Or, si l'on tient compte du fait que les postes les plus convoités dans les publications de postes de soignants sont notamment ceux en horaires de bureau, on peut se demander si dans cette quête au poste de confort la mobilité verticale n'est pas « le prolongement de la guerre par d'autres moyens » pour reprendre l'expression de Clausewitz.

Toutefois, un élément d'analyse est à écarter du débat ; la mobilité des jeunes agents. Elle peut en effet aussi bien être le fruit d'un projet professionnel que celui de la nécessité des besoins au sein d'un établissement, besoin auquel répondent surtout les jeunes soignants, du fait de leur polyvalence encore fraîche.

b) Les attentes de l'institution

Il convient de situer les attentes de l'institution dans son contexte.

Cette politique de mobilité ne peut se concevoir sans lien avec d'autres, plus larges, telle la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC).

²⁴ Décret n° 2005-449 du 10 mai 2005

Une politique qui s'intègre à la gestion des emplois et des compétences.

Cette gestion intéresse notre sujet à plus d'un titre.

En effet, si l'on retient comme définition que la gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences consiste en la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et de plans d'actions cohérents :

- visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines de l'établissement, tant en termes d'effectifs que de compétences²⁵,
- en fonction de son plan stratégique, ou au moins d'objectifs à moyen terme bien identifiés,
- et en impliquant le salarié dans le cadre d'un projet d'évolution personnelle²⁶,

on voit que notre sujet touche à ces préoccupations, tant dans l'adaptation des besoins et des ressources qu'en raison des projets professionnels des agents.

On sait par ailleurs les enjeux de GPEC contemporains et notamment démographiques, du fait du « papy-boom », quelques années seulement après la stabilisation de l'aménagement du temps de travail au sein des hôpitaux. On peut d'ailleurs à ce sujet considérer que d'une certaine manière l'aménagement du temps de travail et ses conséquences en ressources humaines a occulté un temps la politique de mobilité pour s'y substituer comme politique d'allocation des ressources humaines.

Pour notre sujet, il s'agit de passer d'une gestion administrative et statutaire, c'est-à-dire une gestion budgétaire des effectifs au coup par coup, à une véritable gestion des compétences, permettant l'acquisition et l'adaptation des compétences, voire, à plus long terme, une anticipation des métiers et un développement de ces compétences²⁷.

Il s'agit également de sortir de certaines confusions fréquentes entre l'emploi et le métier, ou, parfois, et plus tragiquement, d'une identité algébrique entre l'emploi et le poste. Cette distinction est d'autant plus délicate que certains agents, administratifs notamment, n'ont jusqu'à présent occupé qu'un seul poste depuis le début de leur carrière.

²⁵ « La compétence est la maîtrise d'un savoir-faire opérationnel requis à la réalisation d'activités dans une situation déterminée, et qui requiert des connaissances », in BARTHES R. *Gestion des emplois et des compétences*, (diaporama), copyright DHOS et Stratégence, diffusé à l'ENSP, 2005.

²⁶ DONIUS B. *La Gestion Prévisionnelle de l'Emploi, des Métiers et des Compétences* (diaporama), diffusé à l'ENSP, 2005.

²⁷ BARTHES R. *ibid.*

Une attente forte de la direction est le maintien de la polyvalence ou de la pluri-compétence des agents²⁸. En ce cas, non seulement un maintien de niveau est-il rendu possible mais encore cette polyvalence permet-elle la transférabilité des agents d'un service à l'autre. C'est, *mutatis mutandis*, le prolongement des « pools » de soignants, affectés d'un service à l'autre en fonction des besoins et des charges de travail. Seuls l'échelle de temps et le caractère définitif de la mutation diffèrent de ces pools de remplaçants.

Il convient d'insister sur ce point : sans polyvalence effective, pas de mouvement interne des agents. Or cette mobilité est une nécessité aujourd'hui.

- La tarification à l'activité (T2A) appelle une réactivité des moyens très rapide. L'hôpital est aujourd'hui tenu d'ajuster au plus près ses moyens à l'activité de ses services, soignants comme administratifs, qu'elle soit croissante ou décroissante. Il y va de la survie de certaines activités.
- Ces ajustements sont désormais possibles dans la mesure où les hôpitaux disposent d'outils d'appréciation des charges de travail des services de soin.

Restent donc les moyens humains, à maintenir à un haut niveau de polyvalence.

C'est pour ne pas l'avoir fait assez auparavant que nombre d'hôpitaux connaissent une ligne de fracture au sein de leur équipes, soignantes et -encore plus- administratives. D'un côté on trouve des agents à qui il n'a jamais été demandé de conserver cette polyvalence et qui de fait sont attachés à leur service ou direction, « à la vie à la mort ». De l'autre se trouvent les jeunes agents qui doivent en conséquence être d'autant plus polyvalents que le premier groupe n'est pas un groupe ressource en cas de réallocation des besoins humains d'un service ou d'une direction à l'autre. On hésite à parler de mobilité en ce cas.

Au CHBA le développement de cette GPEC, un objectif opérationnel du Contrat d'Objectifs et de Moyens, s'est décliné en plusieurs actions :

- formation de l'encadrement et de la DRH, à cette problématique,
- élaboration de tableaux de GPEC à partir de la pyramide des âges,
- constitution d'un comité de pilotage « profils de poste », afin de permettre l'élaboration de trames de profils et fiches de poste communs à l'ensemble des services,

²⁸ Nous faisons ici référence à certaines distinctions possibles mais que nous n'avons pas souhaité reprendre. Cf. CHEDEVILLE P. *La mobilité au service de la polyvalence : un enjeu pour le directeur des soins*, mémoire de l'École Nationale de Santé Publique, filière des Directeurs des soins, Rennes, 2002, 85p.

- diffusion du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière à l'encadrement et aux médecins²⁹.

L'attractivité

C'est une autre préoccupation de l'institution : rester attractif pour des professionnels, et notamment de jeunes professionnels. Or cette attractivité tient aux perspectives de carrière que l'on peut offrir à de nouveaux agents, et notamment une mobilité inter-services effective. Cette variété de services fait l'intérêt (et la difficulté) des hôpitaux par rapport à des cliniques, toutes peu ou prou spécialisées, mais encore faut-il que cette diversité ne figure pas que sur le papier.

Plusieurs éléments rentrent en ligne de compte pour concrétiser cette attractivité :

- l'absence de services dans lesquels on reste piégé,
- une mobilité possible tout au long de sa carrière, à court moyen et long terme,
- un bon usage de la mobilité des agents, qui sera d'autant plus pondérée qu'elle reposera sur un grand nombre d'agents.

Selon une étude récente de la DREES³⁰, les infirmiers sont fortement attirés par le secteur public, et ils vont plus souvent du privé vers le public que l'inverse. cependant, le nombre d'infirmiers libéraux s'accroît fortement dès la quatrième année suivant le diplôme, ce qui signifie pour l'hôpital une certaine fuite de ses agents après quelques années d'exercice hospitalier.

Une réponse aux experts visiteurs

Enfin, cette politique de mobilité est un élément dans la dynamisation de la gestion des ressources humaines tel que le CHBA était invité à mettre en œuvre.

En janvier 2004 le CHBA a reçu pour la première fois la visite des experts visiteurs de l'ANAES (désormais HAS). Si l'établissement a été accrédité (avec réserves), les recommandations des experts visiteurs concernant le management des ressources humaines (*largo sensu*) ont été un aiguillon pour la direction :

Le CHBA est invité à « dynamiser (s)a Gestion des Ressources Humaines »

Et les experts de développer :

²⁹ CHBA, *Revue du Contrat d'Objectifs et de Moyens*, septembre 2005.

³⁰ DREES, Les débuts de carrières des infirmiers sortis de formation initiale en 1998, série *étude*, document de travail, n° 46, avril 2005, 40 p.

« Dès la réalisation de la fusion, en 2000 et 2001 une dynamique a semblé s'instaurer au Centre Hospitalier Bretagne- Atlantique qui a mis en place des groupes de travail afin de définir de nouvelles procédures de gestion du personnel (accueil et intégration, évaluation), dynamique qui ne s'est pas poursuivie ensuite, malgré une volonté de participation clairement exprimée par les personnels et l'encadrement.

Actuellement, excepté un travail de poursuite d'élaboration et d'harmonisation des fiches de poste par les cadres, initié depuis fin 2003, on ne constate pas de dynamique de la direction des ressources humaines pour mettre en place une gestion du personnel qui soit en relation avec les projets restructurants en cours et avec les attentes des équipes en termes de management et de dialogue. »³¹.

Depuis lors cette recommandation a eu plusieurs effets sur le terrain, dont le plus notable est la fusion des directions des ressources humaines et des soins en un «Pôle Ressources Humaines et Qualité des Soins » (PRHQS), qui sera une entité unique pour dialoguer avec les équipes. Ce pôle a en outre repris plusieurs projets cités dans ce commentaire, tel le livret d'accueil, ou la formation de l'encadrement au management et aux entretiens d'évaluation.

2.1.2 Une action *proprio motu*

Cependant les hôpitaux ne situent pas leur action dans la seule réactivité. Non seulement ceux-ci peuvent-ils répondre aux attentes et demandes des uns et des autres sur ce sujet de la mobilité interne, mais bien plus cette politique revêt une dimension stratégique essentielle dont il nous faut désormais prendre la mesure.

A) Un enjeu stratégique

Comme dans toute leçon de stratégie il convient de distinguer le niveau stratégique du niveau tactique.

a) *Une bataille stratégique.*

Après avoir développé des arguments tenant de la rationalité économique, il faut désormais bien percevoir ce que cette question soulève de questions idéologiques.

Au regard des expériences extérieures, deux éléments retiennent notre attention :

³¹ ANAES, *Compte-rendu d'accréditation du centre hospitalier Bretagne- Atlantique*, septembre 2004, 18 p. , disponible sur le site de l'ANAES /HAS : www.anaes.fr

1. Cette politique concerne presque exclusivement le personnel soignant,
2. Elle s'est développée sous l'angle d'une mobilité obligatoire principalement dans des centres hospitaliers spécialisés. Or il n'est pas anodin que ce mouvement vienne de CHS car ils sont les hôpitaux incarnant à l'extrême une certaine culture hospitalière cloisonnée, chaque pavillon étant souvent un bastion d'un chef de service, maître de son secteur psychiatrique. On songe en cela à un établissement psychiatrique voisin du CHBA où les secteurs sont appelés du nom du chef de service : « la clinique untel », « la clinique unetelle ».

Fort de ces observations, on peut se demander dans quelle mesure cette politique de mobilité ne prend pas la forme d'une attaque contre le corps médical, ou plutôt contre des médecins concevant leur unité de soins comme une forteresse, et plus généralement contre une conception féodale des services hospitaliers.

A l'appui de cette thèse on remarquera que :

- Dans le secteur administratif il n'est que rarement établi de procédure écrite. Or c'est un domaine où la direction agit sans contrepouvoir, exception faite parfois des syndicats. Peut-être parfois des procédures y sont-elles formalisées mais en ce cas il conviendrait d'analyser s'il ne s'agissait pas alors de se positionner face aux partenaires sociaux, contre pouvoir potentiel. Ailleurs l'administration, que l'on taxe volontiers de procédurière, a été assez frileuse, soit que la nécessité d'une formalisation ne se posait pas, soit plutôt qu'elle n'avait pas de raison de se lier les mains.

Ce peut être également une bataille stratégique contre certaines équipes soignantes constituant un groupe dominant au sein de certains services, et contre lequel même les médecins n'ont pu lutter.

On songe à certain service du centre hospitalier, mais l'exemple est aisément transposable, où naguère les anciennes infirmières n'ont pas accepté le nouveau et jeune chef de service et l'ont contraint au repli dans une autre aile où il a pu exercer son art entouré des jeunes soignantes en butte également à cette vieille école.

En lien avec la Nouvelle Gouvernance

Mise en regard de la politique actuelle de nouvelle gouvernance³², on peut analyser cette politique comme une carte d'un jeu qui se redistribue actuellement.

³² Ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

Cette politique permet en effet à la direction de s'immiscer dans la vie des services, à un moment où on recherchera une gestion optimisée des moyens dans le cadre d'un financement à l'activité. Le Groupe I sera en effet l'un des postes les plus âprement discutés au sein des pôles tant sous l'angle de leur gestion et de leur meilleure allocation que sous celui des possibles délégations de gestion au sein des pôles.

Mais n'est-il pas trop tard ? Les pôles sont constitués sur une triarchie médicale-administrative-soignante et, selon les exemples extérieurs ayant depuis longtemps testé cette forme d'organisation, le couple médical - soignant se constitue contre le troisième membre.

D'où l'enjeu du niveau de gestion de cette mobilité interne, et bien sûr du degré de délégation conféré au pôle. Il s'agira de ne pas permettre au pôle de se constituer ou reconstituer en forteresse, en favorisant par exemple la mobilité inter- pôle sur la mobilité intra- pôle.

S'agit-il dès lors d'utilité ou de nécessité ? la simple nécessité ne saurait guider cette action, même si elle peut partiellement en être un moteur, mais il s'agit bien ici de mesurer son intérêt, parmi d'autres politiques institutionnelles.

b) Un échelon tactique

L'échelon tactique par rapport à cette politique de mobilité, et surtout de la valorisation de celle-ci au détriment de la stabilité, passe par une étude du positionnement des acteurs.

Le positionnement des acteurs

On peut utiliser à cet égard une grille de lecture assez simple mais fort utile pour classer les différents acteurs internes. Deux paramètres sont ainsi à prendre en compte : leur positionnement comme acteurs ou opposants au projet, d'une part, et d'autre part le caractère actif ou passif de leur positionnement.

Selon cette grille on peut voir ainsi :

	Passifs	Actifs
Partisans	-Une moitié des cadres -Les CSS	-Pôle RHQS et direction

	-Des agents (jeunes, en SRT) -Neutres : CA et personnels administratifs	
Opposants	-Une moitié des cadres (bougeant peu) -Des médecins -Des agents, ayant peur du changement	-Des médecins -Des agents y perdant : <ul style="list-style-type: none"> • NBI, • horaires de bureau, • domination du service -Des syndicats

Positionnement des acteurs

Une fois déterminées les positions des uns et des autres, il s'agit pour la direction de rendre passifs les opposants actifs et de rendre actifs les partisans passifs.

Opposants :

Il faut éviter l'union des oppositions réunissant agent, syndicats et médecins.

Pour cela un travail d'explication peut être nécessaire auprès de médecins, mais aucune garantie de succès ne peut être fournie.

L'opposition syndicale peut être réduite, notamment s'ils sont associés au processus de formalisation du dispositif. L'appréciation de la situation individuelle de certains agents peut aussi être un élément de positionnement, qu'il conviendra alors d'étudier.

Les situations individuelles de certains agents doivent rester à ce niveau. L'encadrement ou la direction peuvent s'assurer de cela.

Des couples « cadre-médecin » seront peut-être également à traiter au cas par cas afin de les désolidariser.

Enfin les agents ayant peur sont à rassurer. Cela est possible par exemple pour les agents depuis très longtemps sur leur poste et/ou qui partiraient d'ici par exemple 5 ans à la retraite, qui pourraient en ce cas ne pas être inclus dans le nouveau dispositif.

Une neutralité du personnel administratifs a été posée en considérant que dans un premier temps en tout cas seuls les soignants seraient concernés.

Partisans.

La recherche du soutien des cadres, en première ligne face aux médecins, ne sera possible que si eux-mêmes reçoivent le soutien de la direction, jusque dans ses aspects conflictuels. C'est une condition indispensable.

Par ailleurs les cadres supérieurs devront également soutenir leurs cadres et le feront d'autant plus volontiers que le nouveau dispositif pourrait leur accorder une certaine marge de manœuvre, au sein de pôles à constituer par exemple.

Enfin les agents moteurs devraient voir leur soutien récompensé, par une stabilisation de leur situation, une appréciation favorable ou une promotion le cas échéant. Le paradoxe est toutefois de récompenser les soutiens d'une politique de mobilité horizontale par une mobilité verticale.

B) Les contre arguments

Plusieurs arguments peuvent être opposés aux politiques de mobilité interne.

a) *Une spécialisation dans un univers complexe.*

Un premier argument tient compte de la complexité croissante du fonctionnement des hôpitaux et d'une forme de rationalisation des tâches qui peut alors être développée. En effet cette complexité due à un nombre croissant d'acteurs et à une technicité de plus en plus poussée des soins conduit naturellement à une taylorisation des tâches, source de gain de productivité. Non seulement par exemple les infirmières se spécialisent si l'on peut dire dans les soins de leur service, mais encore se spécialisent-elles parfois sur certains postes précis (un poste de consultation, un poste de nuit...). De même dans l'activité administrative peut-on voir dans un même bureau des agents prendre en charge exclusivement tel ou tel type de dossiers.

Cet argument ne manque pas de fond, mais une structure organisée de cette façon serait toutefois grandement fragilisée. En effet la logique taylorienne s'applique parfaitement à des tâches répétitives et ne nécessitant pas ou peu de technique. Le corollaire de cette industrialisation est que les personnes sont interchangeables.

Or une spécialisation poussée à l'hôpital, hormis quelques secteurs où elle est applicable, fait reposer l'activité sur quelques personnes ressources, et finalement la rend dépendante de ces personnes. On connaît cette réponse typiquement administrative aujourd'hui intolérable : « la personne qui se charge de ce type de dossiers est absente, rappelez ultérieurement », par exemple à son retour de congé maladie...

Ainsi voit-on que cet argument doit être repoussé et la recherche de la polyvalence, ou au moins l'interchangeabilité, par travail par binôme par exemple, doit être au contraire développée.

La question ne manque pas d'acuité dans la mesure où nombre d'hôpitaux sont justement aujourd'hui dans ce cas de figure et ne peuvent mettre en pratique une telle interchangeabilité. D'où, en amont, un effort en terme de formation pour remettre certains agents à niveau, lorsque cela est possible, et un travail de mise par écrit des procédures et protocoles de service.

b) La perturbation des équipes

On peut aisément avancer l'argument de la perturbation des équipes face à des changements constants dans le personnel d'un service, argument que ne manqueront pas d'avancer des cadres, des médecins et des membres du personnel.

Cet argument à y bien regarder est à la fois juste et dangereux.

Il est juste dans la mesure où l'activité soignante a besoin d'un minimum de stabilité et une proportionnalité raisonnable de mouvement doit être développée, mais on s'interrogera sur la justesse de cet argument en ce sens qu'aujourd'hui déjà existe une assez forte mobilité, due aux congés des uns, aux absences des autres. La différence réside en ce que cette mobilité est assez souvent subie, du fait de l'imprévision de certaines absences. On peut craindre en effet une confusion dans les esprits entre mobilité interne et remplacements impromptus, d'autant plus difficile que la structure d'accueil repose sur des personnes et non des fonctions.

A la suite de cette revue de détail des arguments en faveur d'une politique de mobilité intégrée à la politique des ressources humaines de l'établissement, on verra l'utilité et la nécessité de cette mobilité. Dans chaque dimension en effet on aura perçu ce double principe.

Surtout, on aura vu qu'au niveau stratégique se mêlent utilité et nécessité, dans le repositionnement des acteurs tel que nous le connaissons aujourd'hui.

2.2 Les perspectives et leurs déclinaisons au CHBA

2.2.1 Les perspectives dans une politique de changement

Tout en sachant que le dispositif en vigueur jusqu'en 2004 n'a pas été reconduit, il nous faut voir désormais quelles perspectives s'offrent au CHBA pour refonder sa mobilité et l'intégrer à une politique de ressources humaines.

A) Les différentes possibilités

Plusieurs pistes sont possibles pour gérer la mobilité

a) Une présentation de ces possibilités

Un système de permutation

Un tel système consiste à lister les souhaits de mobilité des agents et à partir de là de permutationner deux agents lorsque le service de l'un coïncide avec le souhait de l'autre. Il peut être raffiné par un jeu à trois permutations, mais son intérêt réside en sa grande simplicité.

Il reste basé sur le volontariat et fonctionne correctement pourvu que les souhaits des uns correspondent aux souhaits des autres, à l'instar d'un marché où se régulent l'offre et la demande. C'est évidemment une situation très rare et le parallèle avec un marché n'est pas pertinent dans la mesure où l'on ne dispose pas ici de variable d'ajustement.

Sous une forme obligatoire (où tout le monde bouge), ce système prendrait une tournure égalitariste inapplicable compte tenu de nombreux critères à prendre en compte : durée de service, date d'inclusion dans le système, accompagnement au nouveau poste... A l'échelle de l'établissement ce système est délicat à mettre en œuvre. Il peut toutefois être envisagé à un niveau inférieur, au sein d'un pôle par exemple.

Un système d'entretiens d'embauche

C'était la démarche que connaissait le CHBA pour sa politique de mobilité.

On a déjà évoqué ses inconvénients, et notamment la difficile participation de certains agents à une démarche de valorisation personnelle et de motivation. C'est d'une certaine manière le défaut de sa qualité que de faire reposer ce système sur la volonté des agents.

Un autre défaut est sa chronophagie, en temps d'entretien par les cadres, puis en suivi de cette démarche par le PRHQS. Il est possible de déconcentrer le système et le rendre ainsi plus efficient.

Enfin, un tel système venu du privé reproduit les défauts du privé et demeure intrinsèquement élitiste. Peut-être en outre ce type de recrutement est-il inadapté à certains postes ou à certaines catégories de personnels, notamment aux ASHQ et AS, parfois en difficulté pour formaliser leur projet.

Une politique de pondération des candidatures

On peut envisager également une politique de mobilité toujours basée sur le volontariat, mais dont les candidatures sont pondérées afin de rendre le système plus incitatif, ou de réduire certains blocages. Ainsi une pondération des candidatures pourrait-elle être effectuée en vue de favoriser la mobilité de certains secteurs (d'où le personnel ne souhaite

pas partir) où de certaines catégories de personnels (une catégorie professionnelle spécifique, ou bien une tranche d'âge d'agents...), charge à la direction en ce cas de fixer clairement ses priorités institutionnelles, dans son projet social par exemple.

Ce système qui met en exergue la volonté institutionnelle reste cependant fondée sur le volontariat des agents et peut dans une certaine mesure avoir des effets désincitatifs pour certains agents. En effet, si des agents seront heureux d'avoir cette possibilité de pouvoir quitter un secteur à tout moment, ce qui accorde d'autant plus de valeur à leur permanence dans ce même secteur, à l'inverse, d'autres agents se persuaderont que, quelle que soit leur motivation, ils ne seront pas prioritaires à la mobilité et considéreront leur séjour dans un service comme un mal à prendre en patience. Il faut donc en ce sens être prudent avec ce type de classement de priorités qui peut se retourner contre l'institution. Quelle place accordée alors par exemple à des agents aimant travailler auprès des personnes âgées si pour le reste du personnel il s'agit d'y «faire ses classes », et certainement pas de s'y attarder ?

Une politique d'incitation/sanction

Une autre politique, qui peut être complémentaire à un dispositif existant, est une politique d'incitation / sanction dans la promotion des agents. Si la notation reste le système le plus fréquent de progression d'échelon et de grade, il serait envisageable de limiter le passage au grade supérieur aux seuls agents ayant fait preuve de mobilité durant leur carrière, à l'instar de ce que pose le nouveau statut des directeurs d'hôpitaux³³. On lierait ainsi mobilité horizontale et mobilité verticale (la carrière).

L'incitation promotionnelle pourrait consister par exemple en un supplément de points dans la notation de l'agent, pourvu bien sûr que sa démarche soit basée sur le volontariat et strictement encadrée. D'autres outils de valorisation sont envisageables, comme par exemple l'inscription sur un liste de possibles candidats aux études promotionnelles (ou, versant coercitif : ne pas proposer de promotion verticale à des agents n'ayant pas fait preuve de mobilité horizontale).

La difficulté consisterait bien sûr à faire accepter ce principe par les partenaires sociaux.

Cela reste par ailleurs un système limité dans ses effets, alors que sa négociation pourrait être pour sa part assez longue et délicate. En d'autres termes, ce n'est pas l'action

³³ Décret n° 2005-921 du 2 août 2005 portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1°, 2° et 3°) de la loi du 9 janvier 1986

présentant le meilleur rapport coût/bénéfice. Un fort investissement de la direction serait sollicité pour des conséquences sur un faible nombre d'agents.

Une politique d'obligation de mouvement

Une autre possibilité consiste en une politique posant une obligation de mobilité pour tous les agents, ou à tout le moins tous les soignants de l'établissement, à l'instar de ce qui existe dans certains établissements, notamment psychiatriques.

Un principe d'une durée moyenne ou maximale d'exercice dans un service, ou un secteur, peut être posé, quitte à aménager ce principe pour certains postes particuliers, ou pour certains agents. C'est le dispositif en œuvre au CHS de Navarre, ainsi que nous l'avons présenté.

L'avantage de ce système est d'impliquer tous les agents, volontaires ou non, et de faire de cette mobilité inter-services une politique forte de l'institution. Posée pour tous, elle situe par ailleurs les agents sur une position d'égalité. Elle conduit enfin les agents à marche forcée vers la polyvalence.

Les démarches volontaires personnelles perdent cependant de leur sens, exception faite de quelques agents qui souhaiteront bouger selon une durée minimale de temps dans le service, situations à suivre de près.

Une politique d'une telle envergure doit en outre disposer des moyens nécessaires à sa mise en œuvre, et notamment à son lancement et à son accompagnement.

Enfin, elle doit faire face à des craintes et des oppositions importantes de la part des personnels.

Cette politique d'obligation ne présage pas de l'organisation concrète de cette mobilité. Plusieurs moyens restent possibles : permutation, entretien d'embauche et classement des candidats, pondération des candidatures...

b) *Un comparatif de ces possibilités*

On peut établir un comparatif de ces possibilités comme suit :

	Points forts	Points faibles
Permutation	-Simplicité de mise en œuvre -Proche des services	-Ne résout pas l'inadéquation entre l'offre et la demande -Complexe dans sa forme obligatoire
Entretiens de motivation	-Appréciation de la motivation des candidats	-Chronophage -Elitiste comme tout recrutement de ce type -Peut-être inadapté à certaines catégories de personnels
Pondération	-Transcrit la volonté institutionnelle -Décloisonne	-Moindre place à la motivation personnelle, effet désincitatif -Peut paradoxalement renforcer la ghettoïisation
Incitation/sanction	-Transcrit la volonté institutionnelle	-Faible rapport entre l'investissement de la direction et les résultats individuels
Obligation	-Transcrit la volonté institutionnelle -Egalité entre les agents -Chemin forcé vers la polyvalence	-Moindre place à la motivation personnelle -Système pouvant engendrer refus et crainte des personnels -Nécessite un fort accompagnement

B) Des mises en œuvre, contrôles et déploiement différenciés

a) *Des niveaux de mise en œuvre*

Une telle politique pose la question des niveaux pertinents d'action et de contrôle.

Niveaux de mise en œuvre

On peut envisager trois niveaux de mise en œuvre de cette mobilité.

- Un niveau inter-services

On peut concevoir un appariement de services entre lesquels s'exercera une mobilité des personnels. Ce niveau le plus bas possible permet de lier cette politique à des complémentarités de terrain, un agent découvrant un service nouveau mais similaire du précédent de par son secteur d'activité (médecine) ou ses pathologies (entre la gastro-entérologie et la chirurgie digestive par exemple). Une valeur ajoutée assez grande serait retirée d'une comparaison entre ces services. En termes de gestion, une politique de permutation entre deux ou trois services seraient envisageables.

Ce niveau, s'il permet une avancée mesurée vers une politique de mobilité, n'abat que peu de cloisons entre les services de soins, puisque au sein d'un même secteur on retrouvera des barrières à la mobilité. Cependant, une telle politique peut servir de trame de fond, quitte à ce que des mobilités plus audacieuses soient gérées autrement.

- Au niveau intra-pôle

La mobilité inter-services pourrait s'exercer en ce cas au sein des pôles. La nouvelle gouvernance offre une opportunité pour le déploiement de cette politique à ce niveau d'action. En effet dans certains établissements expérimentateurs les pôles disposaient d'une délégation de gestion étendue à certains domaines des ressources humaines, tel par exemple la gestion des mensualités de remplacement. Pourvu que les principes de gestion soient bien posés au niveau de la direction, laquelle assurerait en ce cas un contrôle de gestion, cet échelon peut se révéler le plus pertinent. Il disposera du reste de ressources en interne par le biais du membre administratif de la direction du pôle.

Reste en ce cas à gérer la mobilité inter-pôles et la situation de certains services originaux. On songe ici à l'UCSA, à l'unité mobile de soins palliatifs, aux addictologies...

- Au niveau de l'établissement

Ce niveau est de fait celui de la direction, réorganisée au CHBA en Pôle RHQS.

Son avantage est d'embrasser l'ensemble des secteurs d'activité et de permettre la mobilité la plus large possible, entre deux services diamétralement opposés par exemple.

Cependant cet échelon de gestion se révèle particulièrement lourd. Pour des établissements de moindre taille il peut se révéler pertinent dans la mesure où il permet de dépasser des blocages. Au CHBA il nécessiterait pour ce faire le soutien logistique d'un certain nombre d'agents, organisé en bureau, à l'instar de celui de la formation continue, ou alors un détachement temporaire de certains d'entre eux. Cependant, au delà de la simple gestion des dossiers, le temps des directeurs et de leurs adjoints serait fortement sollicité par le processus de pré-affectation dans la mesure où il ne s'agit pas d'une procédure froide s'appliquant indépendamment des situations individuelles des agents. En d'autres termes, la gestion humaine des dossiers (réception des sollicitations, arbitrages d'affectation, gestion des plaintes et des situations problématiques) relèverait du niveau de la direction, ce qui était le cas de la procédure précédente, avec les dysfonctionnements que l'on connaît.

Niveau de contrôle.

Partant du principe de séparation de l'action et du contrôle, deux niveaux se révèlent possibles, celui des pôles et celui de la direction

- Au niveau des pôles

Ce niveau est pertinent s'il s'agit de superviser une mobilité au niveau des services. Des arbitrages peuvent être rendus à ce niveau et un complément à des règles générales applicables à l'ensemble des secteurs peuvent être édictées au mieux des réalités et des difficultés de terrain. Cette action de gestion ne peut aller sans une action de conseil et de prospective que peut fournir également le pôle, avec le cas échéant l'aide technique de la direction.

On retrouve ici un argumentaire en faveur d'une politique de subsidiarité. Le meilleur niveau d'action est celui le plus proche du terrain, mais tout problème plus large que ce niveau doit être réglé à l'échelon supérieur.

Ce niveau on le voit mêle gestion et contrôle de gestion, pour le meilleur et pour le pire. Le meilleur consiste en une grande réactivité face à des difficultés rencontrées au niveau des services. Le pire peut être la perte de sens (au sens de direction à donner) dans une gestion au quotidien de toutes les situations difficiles. L'autre excès possible est le refuge dans le simple contrôle de gestion, sans édicton de règles internes ou résolutions de situations posant un problème.

- Au niveau de la direction

Celle-ci ne doit qu'exceptionnellement connaître des situations individuelles.

La direction peut inscrire son action dans un contrôle de gestion si cette dernière relève des pôles, ou de la gestion directement pour les situations ou secteurs hors pôles. On peut donc se trouver dans deux cas de figures :

- une tripartition action/gestion/contrôle avec trois niveaux différenciés
- une double mission de la direction : contrôle de gestion par rapport aux pôles ; gestion par rapport aux mouvements inter-pôles et services spécifiques.

b) Des complémentarités et les choix du CHBA

Ces différentes possibilités ne s'excluent pas obligatoirement. Il s'agit bien plutôt de développer l'architecture permettant une identification des différentes modalités d'intervention et de l'adaptation de cette architecture à la structure hospitalière.

La direction du CHBA a fait un choix de rupture avec la politique précédente de mobilité volontaire. Il s'agira bien plutôt de poser cette mobilité comme un principe. C'est comme nous le verrons le sens des travaux en cours.

Un autre principe directeur pourrait être l'inscription de cette politique dans le cadre de la future organisation des pôles.

Restent à déterminer les modalités pratiques de mise en œuvre au sein des pôles et pour les services spécifiques.

c) Un déploiement réaliste

Ce principe de mobilité obligatoire posé, il convient en effet de s'interroger sur son déploiement

Plusieurs possibilités se présentent :

- l'inclusion de tous les agents, dès la première année. Cette mise en œuvre nécessite une certaine mobilisation et prend le risque d'un échec rédhibitoire à toute poursuite du processus.
- La mise en œuvre pour une certaine catégorie d'agents seulement la première année. La mobilisation est alors plus concentrée.
- Une mise en œuvre progressive par âge. Par exemple tous les agents de plus de 10, 12 ou 15 ans d'ancienneté la première année. C'est un choix délicat dans la mesure où l'on se concentre sur le personnel le plus fragile en terme de mobilité et de volonté de mouvement. Surtout, c'est parmi cette population que se trouvent les postes les

plus attractifs (mais non exclusivement) et les «mettre aux enchères » uniquement pour une catégorie de personnels renforcera le dépit des autres agents, interdits de participation à cette vente aux enchères. C'est donc un choix à rejeter.

- Une mise en œuvre progressive à partir des plus jeunes, à savoir les nouveaux embauchés pour lesquels la règle du jeu serait fixée depuis le départ, est sans doute la politique la plus sage. Cette population contestera peu le dispositif dans la mesure où c'est une règle à laquelle elle a souscrit dès le départ, et qui peut du reste l'intéresser car elle lui offre à court terme des perspectives de carrière prometteuses. A cette population peuvent être adjointes les personnes volontaires, étant bien entendu pour celles-ci que la mobilité n'est pas une mesure ponctuelle mais a vocation à perdurer. Autrement dit ces personnes volontaires ne pourront pas rester sur le poste qu'elles convoitaient et qui les a poussé à s'inscrire. Une seconde précaution consiste à proposer des postes intéressants et variés aux candidats.

Deux solutions semblent réellement envisageables : une mise en œuvre progressive, par catégorie, ou en fonction du recrutement le plus récent.

2.2.2 Une mise en œuvre générale à partir des évolutions de 2005

Le CHBA, s'il a abandonné le précédent système, s'est toutefois engagé dans une réflexion sur sa politique de mobilité, préalable à toute mise en œuvre générale et encadrée.

A) Les évolutions en 2005

a) *L'abandon du précédent système*

Partant de ce constat, le Pôle RHQS n'a pas souhaité reconduire le dispositif en 2005. Il n'y a donc pas eu de publication de postes en juin dernier. Il s'agissait d'une position d'attente, d'autres projets importants devant être menés durant la même période, et avec des effectifs réduits à la direction des soins.

Or dès la fin de l'été un nombre assez important d'agents a commencé à se manifester auprès de la directrice des soins, afin de faire part de son souhait de mobilité.

Deux conclusions s'imposent :

1. En dépit de sa lourdeur il y a bien une attente du personnel en ce domaine, et le dispositif précédent semblait avoir été assez bien intégré.
2. Il fallait faire quelque chose.

b) La constitution d'un groupe de travail

Un groupe de travail a donc été constitué en septembre pour réfléchir sur la mobilité interne ainsi que sur les affectations. Des priorités ont été d'ores et déjà fixées à ce groupe :

1. établir une liste des postes de nuit RTT et organiser les affectations
2. évaluer le nombre de demandes volontaires de changement de service (titulaires, stagiaires),
3. recenser les agents stagiaires suite au concours sur titre,
4. recenser les agents reçus sur liste complémentaire ou non reçus pour lesquels un changement de service a été proposé par le jury,
5. lancer une démarche d'accompagnement.

Au terme de sa première réunion, des lignes directrices ont pu être définies.

- Un principe de mobilité a été posé, même si le caractère obligatoire n'a pour l'instant pas été retenu.
- Cette mobilité a été définie selon différents niveaux.

Au niveau du service, la mobilité de poste à poste a été posée. Même s'il ne concerne pas la mobilité inter-services, il a semblé important au groupe d'en faire un préalable à toute autre mobilité. La responsabilité du cadre a été rappelée en ce domaine, charge à lui de l'organiser, tout en respectant certains critères posés par ce groupe et que tout programme de maintien de la polyvalence intra-service devra respecter :

- Un certain rythme de changement,
- Une proportion d'agents, par catégorie
- Une durée de validité de la procédure.

Ce même principe de fonctionnement sera retenu au niveau supérieur au service.

A chaque niveau (service, secteur, inter-secteur et inter-site) se distinguera un responsable de cette mobilité (le cadre supérieur, le PRHQS) qui devra organiser sa mobilité en respectant les règles fixées par le groupe et validées par la direction. Il s'agit en fait de bâtir un référentiel de mobilité des ressources humaines au sein du CHBA à partir duquel se construiront les mobilités à chaque niveau.

Reste au groupe à définir de nombreux éléments :

- Les critères propres à chaque niveau,
- Les critères de sélection et d'appréciation des candidats (pondération des candidatures afin de ne pas biaiser le système et le réserver à une catégorie ou à un

statut d'agents), sous forme de grille d'entretien.

- Définir la succession chronologique de ces mobilités afin de réellement permettre une mobilité large et de ne pas la réduire à un seul niveau (ex : une mobilité totalement organisée au niveau du secteur et qui ne laisse pas de poste vacant hors celui-ci).
- Etablir un logigramme de cette mobilité qui précisera les étapes de cette mobilité et les responsabilités de chaque acteur.

Il importe de préciser que cette mobilité ne concernera pas seulement le personnel soignant. Parmi les premiers personnels administratifs on songe en effet tout d'abord, mais non exclusivement, aux secrétariats médicaux.

Enfin, il est bon de préciser que cette mobilité partira de la fiche de poste, réécrite à chaque vacance de poste et qui connaîtra une validité limitée ; elle rendra cette mobilité contractuelle entre le nouvel arrivant sur un poste et l'institution.

Que retient-on de cette mise en œuvre au CHBA ? On remarque une volonté de changer le paradigme en posant le principe de mobilité, même si toutes les conséquences de ce changement n'ont pas encore été évaluées par le groupe.

On remarque également une volonté d'agir à partir du terrain, afin que ces mesures de terrain fassent boule de neige.

B) L'accompagnement de cette mise en œuvre

La mise en œuvre globale d'une telle politique de mobilité obligatoire nécessite un environnement adéquat. On listera deux domaines d'action qui constitue l'environnement d'une telle politique : les outils d'accompagnement, d'une part ; le lien avec d'autres politiques, d'autre part.

a) *Les outils d'accompagnement*

Des outils d'accompagnement sont à promouvoir pour deux motifs :

1. réduire les appréhensions des agents et des services,
2. faciliter l'intégration et la prise de fonction effective.

On listera plusieurs de ces outils :

les stages découvertes et forums soignants

Nous appelons stage découverte un stage d'un ou deux jours dans un autre service, afin de « découvrir » un secteur d'activité, ou une prise en charge particulière. Les motivations des

agents peuvent être diverses. Il peut s'agir d'une prise de contact pour une mobilité future comme une curiosité pour un domaine inconnue.

Selon le plan pluri-annuel de formation continue il s'agit de « *permettre aux agents qui envisagent un changement de fonction ou de service de pouvoir intégrer une autre équipe afin de vérifier un projet professionnel* »³⁴. La durée de ce type de stage selon ce plan est de deux jours.

Un autre type de stage de deux jours existe au CHBA : il s'agit de « *stage par comparaison* », qui doivent « *permettre l'échange avec d'autres établissements en vue d'améliorer les pratiques* »³⁵.

Ces deux formations sont destinées à accueillir 16 et 6 personnes. Pourtant, ces stages sont peu répandus au CHBA. Selon les statistiques du service de formation continue, un seul agent en a bénéficié en 2003, un autre en 2004 et un troisième en 2005. Les agents les sollicitent peu et c'est essentiellement à la suite d'une proposition de la direction des soins que ces agents effectuent ces stages.

Cet aspect de découverte est cependant compensé par la mise sur pied d'un « *forum soignant* » depuis 2004 au CHBA. A cette occasion se tiennent des exposés par des agents présentant un aspect de leur métier, souvent par service, tandis que d'autres unités ont conçus des panneaux d'affichage. C'est pour le personnel impliqué l'occasion de faire découvrir aux autres agents son service ou secteur d'activité et surtout un aspect de prise en charge qui fait l'intérêt de son métier.

La deuxième édition de ce forum, après le succès de l'année passée, doit se tenir le 18 novembre 2005 et concernera elle aussi environ 200 agents.

Les stages d'observation

Il s'agit de stage d'une durée supérieure à deux jours. L'intérêt professionnel est supposé plus poussée et l'agent découvre alors une prise en charge alternative ou complémentaire à son activité.

On compte un stage de ce genre en 2003, 7 en 2004 et 2 en 2005. Les services sollicités ont été par exemple la réanimation ou la diabétologie. On ajoutera à cette liste non exhaustive un stage d'observation au bloc opératoire d'un soignant nouvellement affecté en chirurgie, à

³⁴ CHBA, *Plan pluri-annuel de formation continue*, mise à jour 2005

³⁵ *ibid.*

l'initiative d'un chirurgien. Il n'est pas nécessaire ici de préciser la complémentarité entre ces deux secteurs.

Le tutorat

Le tutorat se situe dans cette optique de facilitation de l'intégration de l'agent.

Deux formes de tutorat sont possibles.

- Le référent : pour répondre aux questions d'un agent nouvellement affectés dans un service peut lui être proposé un « tuteur » qui répondra à ses questions. Il s'agit d'un référent spécial, qui existe souvent de manière informelle. Dans la perspective d'une mobilité plus poussée, ce rôle sera à définir, voire à planifier avec par exemple le cadre qui peut prévoir tout moyen de répondre au mieux aux questions et angoisses des nouveaux agents
- Le tuteur en doublure : la personne est en ce cas pendant un certain temps en doublure d'un agent du service et se forme grâce à lui à ses nouvelles fonctions. Au CHBA elles n'existent que pour deux services : la réanimation et l'hémodialyse, où pour répondre à une prise en charge spécifique les cadres ont organisé un programme de formation progressive.

Le livret d'accueil du personnel

Support écrit d'accueil du nouvel agent, le livret d'accueil peut aider l'agent à découvrir non seulement son établissement mais également son nouveau secteur ou son nouveau service.

Selon les établissements, plusieurs supports ont été développé pour le nouvel agent :

- Un livret détaillé présentant tout l'établissement,
- Un abrégé de ce livret, sous format pliable,
- un mémento, qui tient dans une poche d'uniforme et reprend les informations à avoir sous la main
- des fiches plastifiées, glissables dans une poche, présentant le rythme des soins d'un service, selon des tranches horaires. Un service du CHBA propose ce type de document.

Les procédures et protocoles internes au service

Autre forme de mémento, la transcription des soins d'un service constituent une aide à la découverte des particularités de ce secteur et permet de limiter le temps d'explication orale, souvent plus approximatif.

L'utilité de la démarche qualité se retrouve ici.

b) En lien avec d'autres politiques

Cette politique de mobilité afin de connaître la meilleure intégration possible à une politique de ressources humaines doit se penser en relation avec d'autres politiques de l'établissement.

On citera précisément trois politiques ponctuelles corrélées à celle-ci, puis on insistera sur la politique de management de l'établissement, clé du changement.

Les études promotionnelles.

Si la mobilité horizontale est faible, qu'en est-il de la mobilité verticale ? Un détour par les études promotionnelles donnera un éclairage intéressant sur les volontés de mobilité interne, à défaut de pouvoir juger les mobilités externes et notamment les départs faute de perspective professionnelle, difficilement quantifiable à l'échelle du CHBA.

Entre 2000, date de la fusion entre les hôpitaux de Vannes et d'Auray, et 2005, il y a eu 108 départs au titre des études promotionnelles. Le nombre de départs est assez variable d'une année sur l'autre.

Années	AS	AP	IDE	IDE spécialisé	Cadre	Total
2000	7	1		3		11
2001	6	15		3	2	26
2002	7		1	2	2	12
2003	7		2	4	5	18
2004	8		1	3	2	14
2005	8	2	4	2	5	21
2006 (prev)	8		3	3	6	20

Nombre de départs en études promotionnelles depuis 2000.

(En 2001 le FMES a financé la formation de 15 AS en AP dans le cadre de la restructuration de la maternité)

On constate un nombre de départs en dents de scie, une année sur deux se trouvant au-dessus la moyenne de 17 départs/an (hors 2006). Cependant une tendance se dessine à la hausse du nombre de personnes concernées par ces formations.

Cependant ces études promotionnelles ne sont mises en œuvre que pour répondre aux besoins de l'établissement déduite de la GPEC, et c'est le nombre de candidats pour chaque

catégorie d'études qu'il serait bon de considérer. Sans reprendre année par année pour chaque catégorie de personnel le nombre de candidats, on peut faire deux commentaires sur cette demande d'études promotionnelles :

- les besoins en infirmières spécialisées (IADE, IBODE, et Puéricultrice) correspondent aux souhaits des agents et l'adéquation entre l'offre et la demande est assez élevée.
- Le nombre de postes offerts aux ASH fait des études promotionnelles le principal outil de mobilité, en termes quantitatifs. Cette mobilité est en tout cas certaine (8 départs/an) et connaît plus de succès que les souhaits de mobilité inter-services : 3 candidats en 2004. C'est le seul endroit où les deux mobilités sont en concurrence directe et évaluable ; on constate en ce cas une préférence pour la mobilité verticale, ce qui est peu surprenant.

Reste à voir dans quelle mesure le déploiement d'une politique intégrée de mobilité inter-services impactera la mobilité verticale.

Le recrutement

C'est une politique qui est à la fois à l'entrée et à la sortie de cette démarche de mobilité.

Elle est à l'entrée de cette politique car c'est à ce niveau que se noue le contrat de recrutement qui fixera les règles du jeu de cette mobilité interne, dans le cadre du projet professionnel de l'agent.

Mais elle se situe également à la sortie du processus car la mobilité interne est un argument d'attractivité, on pourrait même dire un « argument de vente », du CH par rapport à des candidats externes, telles des cliniques spécialisées. En ce sens, une politique de non mobilité ne peut que jouer en défaveur du CH ne joue pas un de ses atouts et qui basera son attractivité sur d'autres critères.

C'est en outre un aspect essentiel de cette politique si l'on décide d'un déploiement progressif de cette politique. En ce cas les nouveaux agents seront les premiers intéressés par cette politique.

Dès cette étape on doit situer l'agent dans une projet professionnel comprenant une évolution de carrière, un management par objectifs et un lien avec l'évaluation de ces mêmes agents.

L'évaluation

La procédure d'évaluation est une nouveauté qui se met progressivement en place au sein de chaque fonction publique. Elle se situe au cœur des problématiques contemporaines de gestion des ressources humaines.

Si l'on sait l'intérêt qu'il y a, en soi, à pouvoir évaluer et pas seulement noter des agents, en fonction de la réalisation d'objectifs contractuels (même si l'engagement « contractuel » est discutable dans la mesure où les parties en présence ne sont pas sur un pied d'égalité), son importance cette politique est un complément indispensable à toute politique de mobilité interne.

En effet l'évaluation peut tout d'abord être un élément d'appréciation de l'agent permettant de faire évoluer son projet professionnel, et pourquoi pas orienter un agent dans un autre secteur ou service où il se réalisera mieux.

Ensuite l'évaluation peut permettre si sa mise en place est correctement effectuée, une appréciation des candidatures à un poste à pourvoir dans le cadre de la mobilité interne. Il faut bien voir que le système de jury n'est d'une certaine manière qu'un palliatif à tout autre moyen d'appréciation des candidats et de leur motivation. Il n'est en conséquence pas déraisonnable d'envisager une gestion des ressources humaines plus intégrée où l'appréciation du candidat par le biais de l'évaluation sera un vrai outil de gestion utilisable en d'autres domaines, telle par exemple la mobilité interne.

Au CHBA la formation des cadres au management et aux entretiens d'évaluation doit donner lieu à la rédaction d'un cahier des charges préalable au lancement de la consultation, démarche qui sera engagée dans les prochains mois³⁶.

Une politique managériale

Ces deux politiques ne sont que des exemples d'une politique managériale des ressources humaines au sein d'un établissement.

Cette politique multiforme doit pour sa part se déployer au quotidien, et sur de nombreux aspects.

Elle peut être présentée selon différentes approches. Nous en avons retenu deux.

1°) Selon une grille de l'HAS

On peut penser ici aux cinq fonctions d'un management de qualité en établissement de santé, telles que définies dans le guide pour l'autodiagnostic de l'HAS de janvier 2005³⁷ : prévoir, organiser, décider, motiver, évaluer.

³⁶ CHBA, *Revue du Contrat d'Objectifs et de Moyens*, septembre 2005

³⁷ HAS, Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé, Saint-Denis, 2005, 40 p.

On retiendra ici pour notre sujet l'importance de deux fonctions relativement à notre sujet : la motivation et l'évaluation.

La mobilité est un élément pour la motivation des agents dans le cadre de leur projet professionnel. On retiendra à cet égard la référence 4: « les responsables motivent les acteurs en favorisant leur adhésion et leur implication »³⁸. Cette politique peut s'inscrire parfaitement dans ce cadre.

L'évaluation personnelle est pour sa part un des éléments d'une politique d'évaluation. la référence 5 «les responsables favorisent le développement d'une culture de l'évaluation impliquant les acteurs » comporte notamment un élément d'appréciation sur cette politique : élément n°3 : « un processus d'évaluation des personnels est mis en place : il apprécie notamment l'efficacité et l'efficacité au regard d'objectifs préalablement définis et acceptés »³⁹.

Le CHBA comme tout établissement de santé s'est engagé dans la préparation du second processus d'accréditation et pourra se baser sur ce guide pour mener son auto-évaluation en ce domaine.

2°) Selon une liste de difficultés potentielles

L'ensemble de cette politique de mobilité doit être soutenue par une valorisation de la polyvalence des agents. Elle est en effet un présupposé pour établir cette politique.

A cet égard un article de Géraldine DREVET liste certaines difficultés faisant obstacle à cette politique⁴⁰.

On peut les reprendre et pour chaque difficulté qui est point e voir comment on peut résoudre ou réduire celle-ci.

Cette grille pourra en effet être un tableau de bord du manager qui entend mener à partir de celle-ci une politique incr mentelle de gestion des ressources humaines.

³⁸ id. p.34

³⁹ Id. p.35

⁴⁰ DREVET G. La polyvalence, une réponse stratégique et organisationnelle à promouvoir, *Gestions Hospitalières*, février 2001, pp. 108-117.

Quoi ?	Qui ?	Comment ?
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Organisation du travail et gestion du temps</u> 		
Un management fondé sur l'affectif	Cadres, CSS, PRHQS	Formation des cadres au management Politique de gestion des cadres par le PRHQS
La faiblesse des compétences en organisation des cadres	Cadres, CSS	Formation des cadres au management, GRH
L'insuffisance de mesure des fluctuations qualitatives et quantitatives de la charge de travail	DSSI	Evaluation de la charge de travail
L'absence de règles de fonctionnement formelles et communes	DRH, PRHQS Direction Qualité	Protocoles généraux formalisés et connus.
Une gestion des soins et des techniques fréquemment hermétiques aux non-initiés (réserve de produits connus de quelques-uns seulement...)	Cadres Direction Qualité	Transparence et communication à l'intérieur du service
Une gestion du temps difficile (temps émietté pour le personnel soignant également)	PRHQS	Anticipation, prise en compte du temps soignant
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Conditions de travail</u> 		
La pénibilité du travail soignant, génératrice de stress et d'absentéisme	PRHQS	Politique de RH : transparence, communication, égalité
Une surcharge de travail réduisant la marge de manœuvre individuelle	PRHQS	Une bonne formation peut réduire le temps perdu
La non-valorisation de la polyvalence	PRHQS	Prise en compte dans l'évaluation et la promotion

La baisse de la qualité de vie au travail	PRHQS CHSCT	Au cas par cas ou solutions institutionnelles
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Communication, coordination, concertation</u> 		
Le sentiment d'une communication verticale tronquée	Direction, PRHQS, CSS, Cadres	Management transparent, politique institutionnelle de communication
Les déficiences d'une communication latérale interservices	CSS, DSSI, cadres	Rencontres interservices, stages découvertes
Le service hospitalier, une zone de promiscuité source d'échanges plus affectifs que professionnels	Cadre, CSS, PRHQS	Conseils de service
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Formation</u> 		
La formation continue, un lieu de réflexion et d'échanges à promouvoir en concertation avec les agents	PRHQS Formation continue	Elargissement de la composition du conseil de formation continue
La sous-utilisation de formes éducatives plus informelles (tutorat, compagnonnage)	PRHQS Cadres	A développer dans chaque service.
Une forte demande des personnels de cours d'actualisation des connaissances par les médecins	Médecins, cadres	Mise sur pied et formalisation de temps de formation pour le personnel soignant (en annexe au conseil de service ?)

CONCLUSION

En cette année Jules Verne, nous ne pouvons que nous référer au Nautilus et à sa devise : « mobilis in mobile », mobile dans l'élément mobile.

Pourtant, au CHBA comme dans de nombreux hôpitaux, la figure du Nautilus a assez peu inspiré les établissements qui ont souvent au contraire favorisé, ou laissé se favoriser, une grande stabilité au sein des équipes soignantes et administratives.

Aujourd'hui, la mobilité de l'environnement extérieur, ainsi que des soucis de fluidité interne, conduisent les hôpitaux à faire leur désormais cette devise. Est-ce un hommage indirect au XIXe siècle de Jules Verne, ce XIXe siècle hygiéniste pour lequel toutes les questions sanitaires trouvaient leur réponses dans la circulation des éléments ?

Plus concrètement, on insistera en conclusion sur la dimension managériale et décisionnelle du sujet. Il s'agit bien ici de proposer un outil d'adaptation aujourd'hui sous-utilisé, et de l'intégrer à une politique générale de ressources humaines dont l'architecture et les priorités relèvent de la direction. C'est à ce niveau, avec de tels outils, que se bâtit la politique des ressources humaines d'un hôpital.

Pour l'intérêt du personnel,

Pour le service rendu au patient,

Sans pour autant bâtir d'utopies romanesques.

Bibliographie

Ouvrages

BONMATI J.M., VINCENT G. *Les ressources humaines à l'hôpital : un patrimoine à valoriser*. Paris, Berger-Levrault, 1998, 325p.

CADIN L., GUERIN F. *La gestion des ressources humaines*. Paris, Dunod, 2003, 124p.

DERENNE O. et LUCAS A. *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière, tome 1 : Le fonctionnaire hospitalier et sa carrière*, Rennes, ENSP éditions, 2004, 338p.

DERENNE O. et LUCAS A. *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière, tome 2 : Le développement des ressources humaines*, Rennes, ENSP éditions, 2002, 298 p.

HART J., MUCCHIELLI A. *Soigner l'hôpital, diagnostics de crise et traitements de choc*, Paris, éditions Lamarre, 2003, 168p.

ROWLING J-K. *Harry Potter à l'école des sorciers*, Paris, Gallimard jeunesse, 1998.

VERNE J., *20.000 lieues sous les mers*, Flammarion, 2005.

Monographies et diaporamas

Anonyme, *Aide mémoire de l'hospitalier*, Centre Hospitalier P. CHUBERT, Vannes, s.d

A.N.A.E.S., *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, Saint-Denis, actualisation juin 2003, 136 p.

A.N.A.E.S., *Compte-rendu d'accréditation du centre hospitalier Bretagne- Atlantique*, septembre 2004, 18 p.

ARANEDER J., LEPUT C., PREVOST C. et al., *La mobilité interne*, éd. CNFPT, Paris, 2003, 19 p. Collection « Les diagnostics de l'emploi territorial », hors série n°4.

BARTHES R. *Gestion des emplois et des compétences*, (diaporama), copyright DHOS et Stratégence, diffusé à l'ENSP, 2005.

C.H.B.A., *Revue du Contrat d'Objectifs et de Moyens*, septembre 2005.

C.H.B.A., *Plan pluri-annuel de formation continue*, actualisation 2005.

C.H.R.U. de Rennes, Direction du Personnel et des Ecoles, *Les parcours de mobilité professionnelle* (diaporama), actualisation mai 2002.

DONIUS B. *La Gestion Prévisionnelle de l'Emploi, des Métiers et des Compétences* (diaporama), diffusé à l'ENSP, 2005.

H.A.S., *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*, Saint-Denis, 2005, 40 p.

Articles

AUDRIC S., NIEL X., D.R.E.E.S. La mobilité des professionnelles de santé salariés des hôpitaux publics. *Etudes et résultats - DREES*, N° 169, avril 2002, 8p.

BONMATI J.M. Le DRH et la mobilité, *Technologie et santé*, N°33, n° spécial, septembre 1998.

DIETERLE N. La mobilité interne : une crainte à conjurer, *la gazette des communes*, n°1409 du 09 juin 1997

DUBARRY A. La mobilité interne, une pratique à conforter, *La gazette des communes*, n° 1745 du 7 juin 2004.

DREVET G. La polyvalence, une réponse stratégique et organisationnelle à promouvoir, *Gestions Hospitalières*, février 2001, pp. 108-117.

FRIMAT I. Favoriser la mobilité interne, une nouvelle priorité, *La gazette des communes*, n°1726 du 26 janvier 2004.

LEPRAT B. Orléans organise la mobilité, *la Gazette des communes*, n°1468 du 14 septembre 1998.

PAQUIER J. Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences : les nouveaux outils, *La gazette des communes*, n°1570 – 23 octobre 2000

SAN JULLIAN M. Mobilité : les nouveaux enjeux. *Objectif soins*, n° 128, août-septembre 2004, pp. 17-18.

TAUPIN S., LEPUT C. La mobilité interne, levier des ressources humaines *La gazette des communes*, n°1712 du 13 octobre 2003.

MARQUIER R., D.R.E.E.S., Les débuts de carrières des infirmiers sortis de formation initiale en 1998, série *étude*, document de travail, n° 46, avril 2005, 40 p.

Mémoires

BIHAN D. *Restructuration et mobilité : de la contrainte à l'opportunité de devenir acteur de son projet*, mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, filière des Infirmiers Généraux, Rennes, 2001, 76p.

CHEDEVILLE P. *La mobilité au service de la polyvalence : un enjeu pour le directeur des soins*, mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, filière des Directeurs des soins, Rennes, 2002, 85p.

DULAK E. *La gestion de la mobilité au service de la compétence*, mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, filière des Infirmiers Généraux, Rennes, 2001, 88p.

IMBERT M. *La mobilité : quels enjeux pour l'institution et pour les infirmières ?*, mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, filière des Infirmiers Généraux, Rennes, 1999, 69p.

STEINER D. *Politique de mobilité : gestion dynamique et partagée des ressources humaines*, mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, filière des directeurs des soins, Rennes, 2002, 74p.

Ressources Internet

Conseil d'Etat :

<http://www.conseil-etat.fr/>

Ecole Nationale de Santé Publique : centre de ressources pédagogiques :

<http://www.ensp.fr/doc/>

Haute Autorité de Santé :

<http://www.anaes.fr>

Ministère de la santé, direction de la recherches, des études, de l'évaluation et des statistiques (D.R.E.E.S.)

<http://www.sante.gouv.fr/drees/>

Liste des annexes

-Questionnaire aux établissements, envoyé via la liste de diffusion de la promotion :

-Tableaux présentant les nombres de postes et de candidats IDE, ainsi que les taux d'attractivité de ces postes, par services et secteur (et site), 2002 , 2003 et 2004 ;

Questionnaire DRH mobilité

Référence de la personne répondant (nom, fonction, email ou tel)

Contexte de l'établissement

1°) Y a-t-il un dispositif de mobilité interne (ex pour une IDE passer d'un service à l'autre) formalisé dans votre établissement ? OUI NON

Si oui pourriez-vous me les adresser en PJ ?

2°) Concerne-t-il seulement le personnel soignant (ou également les agents administratifs) ? OUI NON

Plus précisément y a-t-il

publication des postes vacants ? OUI NON

périodicité

une fiche de souhaits de mobilité OUI NON

un système à points pour pondérer les différents candidats (ancienneté dans le service, pénibilité du service...) OUI NON

3°) Y a-t-il une obligation de mobilité posée dans votre établissement ? OUI NON

périodicité

4°) un agent a-t-il la possibilité d'effectuer un stage dans un autre service :

- un stage que l'on dira « découverte » (un à 2 jours dans un service) ? OUI NON

- ou un stage que l'on dira « d'observation » (de 3j à une semaine) ? OUI NON

5°) Y a-t-il une doublure du nouvel arrivant à sa prise de fonction ? OUI NON

Suit-il une formation spécifique ? OUI NON

Position des acteurs institutionnels :

La direction :

Les instances :

Jugez-vous votre système satisfaisant ? pourquoi ?

Souhait d'évolution en ce domaine à plus ou moins long terme ?

2002					
Service	Nombre de postes	Nombre de candidats	Attractivité	Par secteur	%
Cardiologie	1	0	0%	Médecine	69%
Gastro-entérologie	4	1	25%		
Pneumologie	7	5	71%		
Rhumatologie	1	3	300%		
Chirurgie dig. et viscérale	2	6	300%	Chirurgie	325%
Ortho-traumatologie	1	0	0%		
Anesthé. Chir. Ambulatoire	1	7	700%		
Rééducation fonctionnelle	1	6	600%	Rééducation	600%
Alcoologie	1	4	400%	Addiction	400%
Decker (M. séj.)	1	2	200%	Moyen séj	150%
Tripode (M. Séj.)	1	1	100%		
Maisons du Lac	3	0	0%	SLD + MR	0%
	24	35	225%		

2003					
Service	Nombre de postes	Nombre de candidats	Attractivité	Par secteur	
Cardiologie	1	1	100%	médecine	83%
Neurologie	2	2	100%		
Néphrologie	2	3	150%		
Infectieux	2	0	0%		
Gastro	6	3	50%		
Pneumologie	4	3	75%		
Rhumatologie	1	3	300%		
Chirurgie dig .et viscérale	2	3	150%	chirurgie	50%
Ortho-traumatologie	4	1	25%		
Ophtalmo	2	0	0%		
Urgences	5	6	120%	urgences réa	88%
Réanimation	3	1	33%		
Rééducation fonctionnelle	1	6	600%	rééducation	320%
St Gildas SSR	4	10	250%		
Decker	1	2	200%	moyen séjour	200%
Tripode (SLD)	1	0	0%	SLD + MR	50%
Maisons du Lac (SLD)	6	2	33%		
Loch (MR)	3	3	100%	AURAY	163%
	50	49	127%		

2004					
Service	Nombre de postes	Nombre de candidats	Attractivité	Par secteur	%
Cardiologie	3	5	167%	médecine	108%
Gastro-entérologie	4	2	50%		
Pneumologie	4	4	100%		
Médecine Pratel	1	2	200%		
Ortho-traumatologie	4	8	200%	chirurgie	300%
Vasculaire	2	9	450%		
Stérilisation	1	4	400%		
Urgences	3	10	333%	Urg. – réa.	280%
Réanimation	2	4	200%		
Hémodialyse	1	3	300%	hémodialyse	300%
Rééducation fonctionnelle	1	6	600%	rééducation	425%
Tripode SSR	1	1	100%		
St Gildas SSR	2	10	500%		
Decker	2	1	50%	moyen séj	50%
Maisons du Lac (SLD)	4	1	25%		
Loch (MR)	3	3	100%	SLD MR	56%
Tripode (MR)	2	1	50%	AURAY	188%
	40	74	225%		