



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion : **2006-2008**

Date du Jury : **décembre 2007**

**Vers une évolution de la mobilité interne
dans les établissements de santé
ou comment transformer une simple réponse aux
souhaits du personnel en levier stratégique de la
politique de gestion des ressources humaines.**

Le cas du CHU de Reims

Julia LE GOUGUEC

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement :

- M. Jaspard, Directeur des Ressources Humaines du CHU de Reims, pour m'avoir suggéré cet intéressant sujet.
- Mme Greysik, Directeur des Soins au CHU de Reims, pour avoir accepté de répondre à mes questions et pour m'avoir indiqué les personnes les plus à même de m'éclairer sur la mobilité au CHU de Reims.
- Mme Cambresy, cadre de santé du pôle orthopédie traumatologie
Mme Cliche, cadre de santé responsable du pool soignant
Mme Liagre, responsable de la mobilité interne à la DRH
Mme Trubert, attaché d'administration hospitalière à l'Hôpital Maison Blanche
M. Morin, responsable de la mobilité interne à la DSSI
pour avoir accepté de m'accorder un entretien.
- L'ensemble des infirmières et aide-soignantes qui ont accepté de répondre à mes questions.
- Mme Coudrier, Directeur Général du CHU de Reims, pour m'avoir permis de réaliser mon stage et mon mémoire au sein du CHU de Reims, pour m'avoir donné l'occasion d'accéder à toute l'information nécessaire pour mon mémoire comme pour ma formation dans son ensemble.

Sommaire

Introduction	1
1. La mobilité interne au sein des établissements de santé, une réponse plurielle aux enjeux de gestion de ressources humaines	6
1.1. La mobilité une réponse aux évolutions générales du monde de la santé	6
1.1.1 Démographie.....	6
1.1.2 L'évolution des métiers et des pratiques professionnelles.....	7
1.1.3 L'adaptation à la logique du SROS	9
1.2. La mobilité, une réponse aux enjeux internes de gestion des ressources humaines.....	11
1.2.1 La compétence	11
1.2.2 La motivation	12
1.2.3 La polyvalence.....	16
2. Diagnostic de la mobilité interne au CHU de Reims.....	22
2.1. Etat des lieux.....	22
2.1.1 La mobilité du personnel non-soignant	22
2.1.2 La mobilité du personnel soignant	25
2.1.3 Les pools de remplacement.....	27
2.2. Forces et faiblesses de la politique de mobilité interne du CHU de Reims	30
2.2.1 Des procédures efficaces mais perfectibles.....	30
2.2.2 Des objectifs trop restreints	32

3. Vers une politique de mobilité interne plus ambitieuse	40
3.1 Axes d'amélioration de la procédure de mobilité interne.....	40
3.1.1 Communication et unité de la position institutionnelle	40
3.1.2 Equité et transparence	41
3.1.3 Formation et accompagnement	44
3.2 Une refonte de la politique institutionnelle de l'établissement en matière de mobilité	46
3.2.1 Une politique fondée sur des objectifs élargis.....	46
3.2.2 L'articulation entre la politique institutionnelle de l'établissement en matière de mobilité et la politique intra-pôle	49
Conclusion	55
Bibliographie.....	57
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARH Agence Régionale de l'Hospitalisation
CHU Centre Hospitalier Universitaire
DRH Direction des Ressources Humaines
DSSI Direction des Services de Soins Infirmiers et Paramédicaux
EHPAD Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ENSP Ecole Nationale de la Santé Publique
IADE Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
IBODE Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat
IDE Infirmier Diplômé d'Etat
MCO Médecine Chirurgie Obstétrique
ORL Oto-Rhino Laryngologie
RTT Réduction du Temps de Travail
SROS Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

Introduction

« Léger, l'enfant se plaît dans la mobilité, le vieillard dans la gravité. » Ainsi parlait Caius Cornélius Gallus. Des siècles plus tard, cette opposition entre mobilité et stabilité subsiste malgré l'intervention engagée d'une des figures de la vie politique française : « Mobilité et stabilité ne sont pas antinomiques : un cycliste n'est stable sur sa bicyclette qu'en avançant.¹ »

Citations « illustres » mises à part, une des premières choses qui frappe lorsque l'on s'intéresse à la mobilité, c'est le manichéisme et la subjectivité qui frappent cette notion. Deux visions de la mobilité existe dans l'opinion, soit celle-ci est synonyme d'incompétence, d'instabilité, de manque de persévérance, soit elle est considérée comme la « panacée », sœur de curiosité intellectuelle, de dynamisme, d'ouverture d'esprit...Il y a eu, en vérité, peu de véritables interrogations sur les objectifs et les intérêts de la mobilité interne au travail.

La mobilité est de ce fait un outil de ressources humaines sous exploité dans les établissements de santé. Alors qu'elle peut permettre, entre autres, d'influer sur la Gestion Prévisionnelle des Effectifs et des Compétences (en termes d'effectifs, comme en termes de compétences), de motiver le personnel ou de s'adapter aux évolutions du monde de la santé, la politique de mobilité des établissements de santé reste le plus souvent réduite à un rôle de satisfaction et de régulation des agents en demande de mobilité.

➤ La mobilité interne dans les CHU

Une étude sur la mobilité interne dans les CHU a permis de mesurer ce phénomène². Le constat principal est l'absence de ce que l'on pourrait appeler une véritable politique de mobilité. Les avantages et les inconvénients de la mobilité n'ont pas été formellement identifiés. Il n'y a pas de philosophie de la mobilité. Plutôt que d'une politique de mobilité interne, on peut parler de procédure de mobilité interne, visant à réguler au mieux un état de fait : les agents expriment des demandes de mobilité. Les objectifs de la procédure

¹ Chirac, Jacques, *La France pour tous*,

² Une vingtaine de CHU ont été sondés dans le cadre de cette étude ; trois seulement ont répondu. Etant donné qu'il s'agit de CHU de taille différente, répartis dans des régions très diverses, que les réponses aux questions ont été très similaires, nous partons du principe que l'échantillon retenu est relativement représentatif, même si nous reconnaissons toutes les limites liées au faible nombre de réponses obtenues.

sont dans tous les établissements les mêmes : la transparence de l'information et des affectations, la réponse dans un délai relativement bref aux demandes des agents.

La mobilité, toujours facultative, dans certains cas encouragée, est favorisée par rapport au recrutement externe. Un des volets de la procédure concerne les agents en reclassement, les agents en demande de réintégration, en demande de temps partiel ou de reprise de temps plein, qui sont prioritaires. La mobilité est encadrée ; les agents doivent s'engager à rester un temps minimum dans un service.

La publication de postes sur intranet constitue une pratique en progression. Souvent, il existe des fiches de souhait de mobilité interne. La sélection des candidats à la mobilité est toujours faite par le cadre concerné. La formation est rarement un appui à la mobilité. Rarement également, sont mis en place des systèmes de stage ou de tutorat pour favoriser la mobilité interne.

Les enjeux de ressources humaines de la mobilité interne cités au-dessus ne semblent pas être des moteurs à la définition de la politique et de la procédure de mobilité interne des CHU. L'enjeu principal en termes de ressources humaines est de répondre à une demande du personnel. Bien entendu, la volonté de favoriser la mobilité interne plutôt que le recrutement est en général influencée par une conception positive de la mobilité synonyme de compétence et de motivation. Mais dans de nombreux hôpitaux cette conception cohabite avec une vision négative de la mobilité synonyme de difficultés relationnelles et d'incompétence.

➤ Problématique

A l'origine de ce travail sur la mobilité, une interrogation du Directeur des Ressources Humaines du CHU de Reims. La mobilité est un thème du projet social de l'établissement, qui n'a pas encore été développé, faute de pouvoir répondre à la question suivante : quelle politique de mobilité interne pour quels objectifs ?

Avant d'envisager de refondre les procédures et la politique de mobilité interne, la Direction des Ressources Humaines voulait être en mesure de s'appuyer sur un travail démontrant le bien fondé de la mobilité, au-delà des opinions contrastées existant à ce sujet. En fonction des objectifs définis et du contexte de mise en oeuvre de la nouvelle gouvernance, le travail demandé est de proposer des pistes pour une évolution, voire une refonte de la politique de mobilité interne de l'établissement.

Suite à un travail de prospection dans les établissements de santé, la problématique s'est précisée : comment faire de la mobilité interne, un levier stratégique de la politique de gestion des ressources humaines ?

Cette problématique est à replacer dans un contexte : la nouvelle gouvernance. L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 impose une nouvelle organisation des hôpitaux en pôles.

Chaque pôle, constitué de disciplines médicales plus ou moins liées entre elles, est coordonné par un responsable médical de pôle, un cadre de santé et un cadre administratif. L'objectif de la réforme est d'appliquer le principe de subsidiarité dans la gestion des hôpitaux français, par le biais d'une délégation de gestion, définie de manière plus ou moins large selon les établissements. Il s'agit à la fois de favoriser une gestion plus proche du « terrain » et d'offrir aux personnels hospitaliers, et en particulier aux médecins, la possibilité de s'investir dans la gestion de l'hôpital.

Chaque pôle élabore un contrat, cosigné par le Responsable de pôle, le Directeur général et le Président de la CME, qui fixe les objectifs d'activité, de qualité, de recherche à atteindre. En cas de respect des engagements du contrat, celui-ci peut donner lieu à un intéressement, qui selon la politique de la Direction Générale de l'établissement, portera sur tel ou tel domaine. Le contrat correspond à la déclinaison annuelle d'un projet de pôle étendu sur une période plus longue et censé incarner l'unité du pôle.

La délégation de gestion en matière de ressources humaines peut, selon les établissements, rester limitée à la gestion des mensualités de remplacement, ou être étendue à la gestion des affectations à l'intérieur du pôle, au plan de formation du pôle, au choix des candidatures internes et externes sur liste validée par la DRH.

A terme, on imagine bien que la gestion des ressources humaines va s'en trouver modifiée. La majorité du personnel a d'ailleurs pris la mesure des changements à venir. Au CHU de Reims, les agents ont manifesté des inquiétudes et des questionnements sur l'évolution de la mobilité interne et de la polyvalence, avant même que la direction n'ait abordé de façon officielle ces thèmes. La mise en place des pôles doit permettre de décroiser les unités et les services d'un établissement. Si l'intéressement devient un véritable élément de cohésion, le développement de la mobilité interne intra-pôle risque alors d'être plus facile à mettre en place. La nouvelle gouvernance peut constituer un nouveau cadre opportun à la mise en place d'une gestion plus souple du personnel.

➤ Délimitation du sujet de l'étude

On distingue trois types de mobilité : la mobilité d'environnement (géographique), la mobilité verticale (promotionnelle), la mobilité horizontale (changement dans la nature du travail ou changement d'appartenance organisationnelle)³. Dans ce travail, la mobilité interne horizontale est la seule considérée ; on s'intéressera au cas de l'infirmier qui change de service mais pas à celui de l'infirmier qui devient cadre.

La mobilité verticale est également un aspect très important de la gestion des ressources humaines, mais il semble que ce type de mobilité soit déjà bien pris en compte dans les établissements de santé (financement par les établissements des études d'infirmiers, de cadres, de manipulateurs radio....). Face en particulier aux difficultés démographiques que rencontrent certaines professions, les hôpitaux ont pris la mesure de l'importance de la mobilité interne promotionnelle.

Ce mémoire s'interroge sur la politique générale de l'établissement en termes de mobilité. Seront traitées la mobilité du personnel soignant et du personnel non-soignant. Cependant, l'analyse de la mobilité du personnel soignant sera plus approfondie en raison de l'homogénéité des métiers, qui permet de se pencher plus à fond sur les deux métiers principaux : aide-soignants et infirmiers. Etant donné la variété des métiers non-soignants et donc des moindres possibilités de mobilité, deux cas essentiellement ont été étudiés : les agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ) et les secrétaires.

L'étude porte sur les établissements de santé en général et se penche plus particulièrement sur le cas du CHU de Reims.

La méthodologie utilisée pour réaliser ce travail se fonde essentiellement sur un recueil d'informations (informations institutionnelles, mémoires de l'ENSP, ouvrages et articles divers) et sur des entretiens semi-directifs.

➤ Plan

La première phase de cette étude définit les problématiques auxquelles la mobilité interne peut apporter une réponse. Ensuite un diagnostic de la mobilité interne au CHU de Reims a été réalisé, au regard des objectifs qu'une politique de mobilité interne peut atteindre.

³ Sandret, Arnaud, *La mobilité interne au centre hospitalier Bretagne Atlantique*, mémoire de l'Ecole nationale de la Santé Publique, filière des directeurs d'hôpital, Rennes, 2005.

Enfin, la dernière partie de l'étude livre ses conclusions : elle identifie des axes d'amélioration de la procédure actuelle, et propose une refonte de la politique prenant acte de la nouvelle existence des pôles.

1. La mobilité interne au sein des établissements de santé, une réponse plurielle aux enjeux de gestion de ressources humaines

1.1. La mobilité une réponse aux évolutions générales du monde de la santé

1.1.1 Démographie

La question de la démographie se pose avec une certaine acuité dans le domaine de la santé. La fonction publique hospitalière est déjà confrontée à des difficultés de recrutement pour certaines catégories de professionnels : les Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat (IADE), les Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'Etat (IBODE) par exemple. Cette tension risque de se transformer en pénurie ces prochaines années. En effet, sur la période 2003-2015, 41% des effectifs de 2002 partiront en retraite⁴.

Il risque d'y avoir une forte pénurie de kinésithérapeutes, d'orthophonistes et de manipulateurs d'électroradiologie médicale.

Les postes d'aides-soignants à pourvoir seront particulièrement nombreux du fait de deux mouvements concomitants : les départs massifs à la retraite et l'augmentation des besoins dans certaines spécialités. Etant donné les *numerus clausus* applicables aux médecins et aux infirmières, il est probable que, dans un contexte de maîtrise des dépenses, les recrutements soient orientés vers les aides-soignants et les services d'aide à la personne, qui pourraient alors être chargés d'une partie des tâches d'aide aux malades et aux personnes âgées, anciennement dévolues aux infirmières.

Le manque de personnel infirmier risque d'être moins important, puisque que les quotas actuels entraînent dès 2007 une augmentation globale des effectifs, mais des tensions pourront apparaître selon la spécialité, la région, le secteur et le lieu d'activité.

Concernant la filière technique et administrative, les difficultés se posent moins en termes d'effectifs qu'en termes de qualité du recrutement. Dans les 8 prochaines années, des départs massifs en retraite sont prévus tandis que parallèlement, les besoins vont

évoluer vers des compétences plus expertes et une montée générale du niveau de qualification. Or, la faible attractivité du secteur hospitalier se combine avec une concurrence accrue des secteurs d'activité, pour les métiers non-spécifiques à l'hôpital⁵.

Parallèlement à cette évolution de la démographie dans la fonction publique hospitalière, les besoins des secteurs sanitaire et médico-social changent. Ainsi, le secteur des personnes âgées, malheureusement peu attractif, recèle des besoins d'emplois énormes. Le recrutement risque d'être tendu sur ce secteur.

Dans un contexte de concurrence accrue sur le marché de l'emploi entre public et privé, et mêmes entre hôpitaux publics, l'attractivité d'un établissement est un élément déterminant. Cette attractivité repose sur des éléments indépendants de la gestion des ressources humaines, comme le secteur géographique ou la taille de l'établissement mais aussi sur des données sur lesquelles une politique de ressources humaines pro-active peut avoir de l'impact. La mobilité peut être un des leviers d'action du directeur des ressources humaines et du directeur des soins. Une politique de mobilité bien menée peut permettre de renforcer la motivation au travail des professionnels, et créer une dynamique particulière susceptible de motiver des jeunes soignants. Des études nord-américaines⁶ ont identifié les principaux facteurs d'attractivité des établissements de santé : l'autonomie dans le travail et la capacité à s'organiser soi-même, les modes de management (donner du sens au travail) et une gestion de carrière personnalisée (formation, mobilité professionnelle). La mobilité interne, facteur de dynamisme et de motivation est une des réponses aux difficultés démographiques.

1.1.2 L'évolution des métiers et des pratiques professionnelles

Certaines évolutions des pratiques professionnelles et des métiers peuvent entraîner des difficultés que la mobilité interne pourrait en partie régler. Ainsi, la gériatriation des patients risque d'avoir un impact fort sur la motivation des personnels. L'observatoire national des emplois et métiers de la fonction publique hospitalière souligne que : « *la représentation du métier chez les jeunes entrants est très orientée vers*

⁴ Observatoire national des emplois et métiers de la fonction publique hospitalière, *Facteurs d'évolution probable à moyen et à long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics impactant les ressources humaines et les organisations*, mars 2007.

⁵ ⁵ Observatoire national des emplois et métiers de la fonction publique hospitalière, *Facteurs d'évolution probable à moyen et à long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics impactant les ressources humaines et les organisations*, mars 2007.

⁶ Idem. Cf « magnet hospital »

une approche technique que l'on ne retrouve, compte tenu de la faible proportion des lits de court séjour actif, que très rarement à la première affectation en sortant de l'école. »

De plus en plus une dissociation est faite entre soins techniques et soins plus relationnels, les premiers étant beaucoup plus valorisés que les seconds. Les soignants « condamnés » aux services de soins les moins techniques risquent de connaître des phénomènes de désenchantement, de démotivation et de turn over, tandis que les autres risquent de s'enfermer dans une pratique essentiellement technique peu souhaitable dans le cadre de la prise en charge globale du patient. Dans ce contexte, la mobilité apparaît essentiel tant pour la préservation de la qualité des soins, que pour la motivation des agents.

Par ailleurs le métier d'infirmière change ; les infirmières sont amenées à produire et à consommer de plus en plus d'information (gestion du dossier patient par exemple). Il s'agit, dans ce contexte, de développer un rapport intelligent à la connaissance, de ne pas devenir prisonnier des outils (des protocoles par exemple), de développer un esprit scientifique et non pas une capacité applicative : capacité à identifier les limites, à chercher à comprendre. Le rôle des infirmières expérimentées est, à cet égard, important voire crucial. Un travail doit être réalisé sur une composition optimale des équipes soignantes entre jeunes recrues, soignants expérimentés et très expérimentés. C'est l'équilibre entre ces trois types d'acteurs qui peut conférer à une équipe le dynamisme et l'expertise nécessaire à son bon fonctionnement dans un univers de plus en plus complexe. Une politique de mobilité interne dynamique est un excellent outil pour une composition équilibrée des équipes.

De nouveaux métiers de soignant émergent comme le métier de coordonnateur de soins. Le coordonnateur de soins est la personne qui, dans une unité de soins, coordonne la prise en charge des patients. Ce métier exige des compétences qui permettent d'évaluer et de faire la synthèse d'une situation clinique, de porter un jugement sur la situation d'un patient, de l'orienter et de coordonner sa prise en charge. Comme le souligne l'observatoire national des métiers de la fonction publique hospitalière⁷, ce n'est pas l'adaptation aux nouvelles techniques qui posent des problèmes aux soignants, mais la capacité à conserver une vue d'ensemble de la prise en charge des patients dans un contexte où la durée moyenne de séjour est de plus en plus réduite. Le profil du coordonnateur de soins est le plus souvent celui d'une infirmière clinicienne. Celle-ci ne

⁷ Observatoire national des emplois et métiers de la fonction publique hospitalière, *Facteurs d'évolution probable à moyen et à long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics impactant les ressources humaines et les organisations*, mars 2007.

peut être en mesure d'appréhender la globalité du séjour du patient si elle a toujours été cantonnée aux mêmes tâches dans le même service. La mobilité interne apparaît alors essentielle pour assurer la formation et conforter l'expérience de ces futures infirmières cliniciennes.

1.1.3 L'adaptation à la logique du SROS

Le plan Hôpital de 2007 a modifié vers davantage de souplesse l'organisation et la planification de l'évolution de l'offre de soins. Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), rénové et renforcé, est désormais conçu comme un outil central de la régulation de l'offre de soins. La répartition quantitative souhaitable des activités et des équipements par bassin de santé figure désormais dans son annexe. Cette répartition est arrêtée par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) indépendamment d'un encadrement national. Toutes les autorisations sont simplifiées et déconcentrées au profit des ARH (auparavant les autorisations relevaient de la compétence du ministre de la santé) et sont désormais ramenées à 5 ans, conformément à la durée du SROS. Le niveau de la capacité en lits à appliquer lors d'un regroupement ou d'une conversion d'activité est désormais négocié dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens.

Selon l'article. 6121-1 du Code de la santé publique, le SROS :

- a pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins (...)
- vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé. Le schéma doit fixer des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficience de l'organisation sanitaire
- tient compte de l'articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville et le secteur médico-social et social, ainsi que l'offre de soins des régions limitrophes et des territoires frontaliers.

Ainsi, le schéma dessine-t-il un « paysage » à cinq ans, révisable, en tout ou partie à tout moment, en proposant des redéploiements, restructurations et coopérations.

Par ailleurs, le Plan Hôpital 2007 met l'accent sur le développement de structures alternatives à l'hospitalisation. Or, comme le souligne l'Observatoire national des emplois et métiers de la fonction publique hospitalière, « le développement des réseaux, de l'hospitalisation à domicile et plus généralement de toutes les structures alternatives à

l'hospitalisation classique participe d'un mouvement général de graduation des prises en charges(...) Dès lors, les fusions vont probablement se multiplier, mais plus certainement les coopérations, les mutualisations de moyens, les reconversions et les restructurations d'établissement ou de service. »

On le voit, la répartition de l'offre de soins hospitaliers sur le territoire n'est plus figée mais changeante ; les autorisations d'activité ne sont plus systématiquement renouvelées, les blocs opératoires et les maternités de petits hôpitaux sont les premiers concernés par les fermetures. Dans un contexte aussi mouvant, il apparaît nécessaire que le personnel soit préparé à la mobilité et ne la perçoive pas forcément comme un changement négatif imposé de l'extérieur. Si la mobilité interne est développée et valorisée dans les établissements de santé, les mobilités forcées liées à des restructurations seront peut-être moins vécues comme un drame.

1.2. La mobilité, une réponse aux enjeux internes de gestion des ressources humaines

1.2.1 La compétence

La compétence est une notion très subjective, et par conséquent extrêmement dure à définir. De nombreux sociologues se sont penchés sur la question et il existe quasiment autant de définition de la compétence que de sociologues de la compétence. Dans ce cadre, comment définir la compétence du soignant ? Florence Giqueaux⁸ a mené une étude sur la conception de la compétence dans le monde hospitalier. C'est le résultat de ses réflexions que nous décrivons ici.

La conception de la compétence des soignants en milieu hospitalier serait définie par deux aspects : la légitimité et « *la confiance forgée à l'épreuve des faits.* » La prégnance du concept de légitimité est révélée par l'existence des décrets de compétence, qui tracent la limite entre ce que tel ou tel soignant est habilité à faire. Comme le souligne Florence Giqueaux, « *à une place dans la hiérarchie hospitalière correspond une présomption de compétence.* » La construction sociale de la compétence passe par la construction « *d'un champ de compétence. Il faut le rattachement d'un territoire dans le champ de la pratique à une catégorie d'acteurs.* »

L'autre aspect de la compétence est « *la confiance forgée à l'épreuve des faits* », c'est à dire la maîtrise : la maîtrise d'un rôle dans une équipe, la maîtrise d'une place dans cette équipe, la maîtrise face à des situations rares et difficiles. Cette conception de la compétence n'est guère propice à la mobilité interne ; à partir du moment où une infirmière est infirmière, elle est naturellement décrétée compétente. Par ailleurs, la maîtrise d'un rôle, d'une place dans une équipe, des situations difficiles est liée à l'expérience et à l'ancienneté. La conception qui prédomine à l'hôpital milite en faveur de la stabilité. Cette conception est ancienne et explique, par exemple, pourquoi les soignants des pools de remplacement ont longtemps été considérés comme moins compétents.

Un nouvel aspect de la notion de compétence à l'hôpital vient encore renforcer cette tendance à la non mobilité. De plus en plus les soignants se spécialisent « à

l'image des médecins, pour devenir les soldats d'une médecine d'experts construite autour de références de bonnes pratiques relatives à l'exercice de la médecine et des soins infirmiers. » La spécialisation dans certaines disciplines aiguës pousse à s'enfermer dans une stabilité des équipes soignantes. Cependant, les soignants sont aussi confrontés à la nécessité de développer une prise en charge globale des patients « *dans un souci de recréer l'intégrité du malade, brisée par l'hyper spécialisation.* » Dans cette optique, la mobilité apparaît essentielle, qui permet de ne pas s'enfermer dans une spécialité ou dans des actes techniques mais oblige à prendre du recul et à réfléchir sur une prise en charge plus globale du patient.

Si la notion de compétence individuelle peut militer, dans une certaine mesure, en faveur de la stabilité, il faut prendre également en compte la notion de compétence collective. Or, comme le souligne les travaux de Patricia Benner⁹, l'équipe de soignants idéale est composée de « novices » et d' « experts ». La compétence collective se construit dans la cohérence de la composition d'une équipe où les qualités et les faiblesses de chacun se complètent de façon adéquate. Elle est à la fois faite de l'ouverture et de la curiosité des plus jeunes, de l'expérience et de la maîtrise des plus anciens. Cet argument milite en faveur d'une mobilité régulée afin de disposer d'équipe équilibrée et compétente.

1.2.2 La motivation

Les théories de la motivation

Les théories de la motivation ont produit de nombreuses définitions de la notion de motivation. Celle de Vallerand et Thill a l'avantage de faire consensus dans la communauté des psychologues : « *la motivation relève d'une construction hypothétique élaborée dans un but descriptif des forces internes et/ou externes susceptibles d'être à l'origine du déclenchement, de la direction, de l'intensité et de la persistance du comportement*¹⁰. » Cette définition a l'avantage de mettre l'accent sur les caractéristiques

⁸ Giqueaux, Florence, *De l'épreuve à l'œuvre, Regard sur le développement des compétences des soignants en milieu hospitalier*, L'Harmattan, Savoir et Formation, Paris, 2001.

⁹ Benner, Patricia, *De novice à expert : excellence en soins infirmiers*, InterEditions, Paris, 1995.

¹⁰ Thill EE, Vallerand RJ, *Introduction au concept de motivation*. In Thill EE, Vallerand RJ, *Introduction à la psychologie de la motivation*. Laval (Québec), Ed. Etudes vivantes/Vigot, 1993 : 3-39.

internes (personnelles) et externes (conditions de travail, contexte, emploi...) comme déclencheurs hypothétiques de l'action.

Cette définition posée, différents modèles développés par les théoriciens de la motivation identifient ces facteurs de motivation internes et externes. Le modèle de Maslow¹¹ établit une hiérarchie des besoins, au sommet duquel il place le besoin de reconnaissance d'autrui et le besoin de réalisation de soi. Nous verrons plus loin comment une politique de mobilité bien menée peut permettre de combler ces deux besoins et d'accroître la motivation des personnels.

Le modèle d'Herzberg¹² identifie deux catégories de facteurs intervenant de façon différente dans la motivation. Les premiers facteurs, dits « motivateurs », seraient à l'origine de la satisfaction. Ce sont les facteurs de la motivation puisqu'ils favorisent les efforts de l'individu pour satisfaire les besoins auxquels ils correspondent : accomplissement de soi, travail en tant que tel, responsabilité et possibilités d'avancement. Les seconds facteurs, dits extrinsèques peuvent produire de l'insatisfaction mais ont peu de lien avec la satisfaction. Il s'agit des conditions de travail, de l'hygiène, de l'ambiance, des relations avec la direction. Dans ce modèle, la mobilité interne trouve sa place parmi les facteurs de motivation si elle favorise l'accomplissement de soi, l'intérêt du travail, l'accroissement des responsabilités.

La théorie classique de Deci et Ryan¹³ repose sur le principe que la motivation interne est suscitée par le besoin de chaque travailleur de se sentir compétent et autodéterminé. L'individu cherche à satisfaire des besoins de compétence à travers l'accroissement de ses capacités à agir efficacement sur l'environnement par l'accumulation de connaissances et d'expériences. L'individu tend par ailleurs à être à l'origine de son comportement. Il perçoit alors son environnement de travail comme acceptant son autonomie, de telle sorte que cela majore son sentiment d'autodétermination et renforce sa motivation. La mobilité volontaire qui permet à l'individu de s'autodéterminer en construisant son parcours professionnel, et de mieux agir sur son environnement en accumulant les expériences, rentre dans ce cadre.

¹¹ Maslow, A, *A theory of human motivation*, The Psychological Review, 1943, numéro 50.

¹² Herzberg, F, *Le travail est la nature de l'homme*, EME, Paris, 1971.

¹³ Deci EL, Ryan RM, "A motivational approach to self : integration in personality". In Dienstbier RA. Ed. *Perspectives on motivation: Nebraska symposium on motivation*, Lincoln, University of Nebraska Press, 1990.

Une autre théorie classique, celle des caractéristiques de l'emploi d'Hackman et Oldham¹⁴, permet de concevoir la mobilité comme facteur de motivation. Selon ce modèle, il existe 5 caractéristiques du travail qui influenceraient la motivation interne : la variété des compétences, la nature de la tâche, le sens de la tâche, l'autonomie et le feed-back. L'individu est motivé lorsque les caractéristiques de son emploi lui permettent de satisfaire trois types de besoin de développement personnel. L'individu doit se considérer responsable des résultats de son travail, donc se sentir autonome. Il doit être conscient du sens de son travail et, enfin, il doit avoir un retour sur les résultats de celui-ci.

La mobilité peut parfaitement être intégrée dans ces différents modèles comme facteur de motivation. Elle peut contribuer à satisfaire les besoins de reconnaissance d'autrui et de réalisation de soi, définis par Maslow. Elle peut correspondre aux facteurs de motivation, définis par Herzberg en permettant l'accomplissement de soi, le développement de la responsabilité et l'intérêt du travail. Elle est une des modalités de l'accroissement des compétences et des expériences identifiées par Deci et Ryan. Enfin, elle peut être intégrée dans la théorie des caractéristiques de l'emploi d'Hackman et Oldham. On l'a vu, la motivation repose essentiellement sur la reconnaissance, l'accomplissement de soi, les responsabilités, l'autonomie de l'individu, le sens qu'il peut donner à son travail. Une politique de mobilité doit permettre de favoriser ces différents facteurs de motivation.

Un exemple de politique de mobilité fondée sur la motivation

Les travaux de Patricia Benner¹⁵ sur la compétence et la motivation des soignants intègrent parfaitement ces théories et proposent une politique de mobilité adaptée aux différents enjeux de la motivation.

Son étude, sous-tendue par les théories de l'incitation et des jeux de pouvoir, met en avant le fait qu'une infirmière experte (au-delà de 5ans dans un service) peut devenir un handicap dans une équipe de soignants. En effet, si celle-ci a l'impression à la fois de maîtriser parfaitement son métier et de ne plus être en mesure d'évoluer dans l'institution, elle peut être tentée de mettre en œuvre différentes stratégies pour conserver son pouvoir

¹⁴ Hackman JR, Oldham, GR, "Motivation through the design of work : test of a theory." In *Organizational Behavior and Human Performance*, 1976.

¹⁵ Benner, Patricia, *De novice à expert : excellence en soins infirmiers*, InterEditions, Paris, 1995.

fondé sur l'expertise : restreindre l'accès à l'expertise de ses collègues moins anciennes, contester les décisions de la direction grâce à une légitimité forte, liée au soutien du médecin qui l'identifie comme le pilier de son équipe infirmière.

L'ouvrage de Patricia Benner a été à l'origine d'un important travail sur la mobilité interne mené par la directrice des soins du centre hospitalier de Bayeux. S'inspirant des théories avancées dans De novice à expert : excellence en soins infirmiers, celle-ci a entrepris de rencontrer l'ensemble des infirmières dites « expertes » de son hôpital. A l'issue de ces entretiens, le constat était le suivant : de nombreuses infirmières expérimentées auraient aimé changer de service mais la peur du changement les empêchaient de franchir ce pas.

La directrice des soins leur a alors proposé une solution de compromis. Elle a demandé aux différentes « expertes » quels services les tentaient. Ensuite, à chaque fois qu'une occasion d'effectuer un remplacement dans un de ces services s'est présentée, le poste a été proposé prioritairement à une de ces infirmières, avec la possibilité de conserver ses horaires et de négocier ses vacances. A l'issue de la période de remplacement, chaque experte a été réintégrée dans son service.

Ensuite, deux cas de figure se sont présentés : certaines parmi ces infirmières ont souhaité rester dans leur service d'origine, d'autres ont voulu être affectées dans le service où elles avaient effectué le remplacement. Dans ce cas, la priorité leur a été donnée dès qu'un poste s'est libéré.

Cette mobilité sur mesure n'a pu être réalisée qu'en s'assurant de l'accord des cadres concernés. Des contrats internes entre la DSSI et ces cadres ont été passés pour éviter que l'incidence de ces mouvements sur les RTT et les horaires ne viennent perturber l'organisation des services. Ce nouveau système de mobilité a été interrompu chaque année au mois de juin pour éviter des départs de remplacement pendant la période sensible des congés annuels.

Aux commencements de cette expérience, seulement une petite minorité d'infirmières expertes a accepté de s'engager dans cette voie. Puis, on a assisté à une lente montée en charge du processus qui s'est progressivement généralisé

Différents constats se sont dégagés de cette expérience : les infirmières expérimentées retrouvent très vite une expertise dans un nouveau service (1 à 2 mois),

leur motivation augmente, leur expérience dans un autre service est considérée comme un point fort dans la nouvelle équipe.

Certaines infirmières ont souhaité continuer à faire des remplacements puis ont demandé à être intégrées au pool pour des remplacements dans des services assez proches techniquement de leur service d'origine.

La mobilité a été utilisée dans cette expérience comme un outil de motivation du personnel. La directrice de soins du centre hospitalier de Bayeux parle de « *moyen non matériel de reconnaissance de l'expertise du personnel* ». La mobilité a concerné les plus expérimentées et a été présentée comme un moyen de faire profiter d'autres services de l'expertise de certaines infirmières. Celles-ci se sont senties valorisées, d'où un regain de motivation.

1.2.3 La polyvalence

« *Née du besoin de rompre avec l'organisation taylorienne du travail, la polyvalence vise à regrouper des tâches de nature différente conférant un élargissement et/ou un enrichissement de la fonction.*¹⁶ » Voici comment Géraldine Drevet, spécialiste de la polyvalence à l'hôpital, définit ce terme.

La polyvalence entretient des liens étroits avec la mobilité. Elle en est une forme particulière, une forme réduite. Elle ne réside pas dans des changements de poste mais dans un élargissement des tâches. Ce type de mobilité, étalée sur un temps court et cyclique, est soit géographique soit sectorielle. A la différence de la mobilité traditionnelle, elle est continue et circonscrite ; elle n'évolue pas par à coup ni ne couvre un éventail de postes très large. La polyvalence et la mobilité se favorisent l'une l'autre ; elles participent de la même dynamique de mouvement et de développement des parcours professionnels. Une politique de mobilité bien définie peut faire progressivement évoluer les esprits et rendre les agents moins réticents face à la polyvalence. La polyvalence peut par ailleurs être un volet particulier d'une politique de mobilité.

Pourquoi favoriser la polyvalence? Celle-ci reste encore largement appréhendée, au sein des équipes soignantes, comme une mesure ponctuelle de régulation des

¹⁶ Drevet, Géraldine, *La polyvalence, une réponse stratégique et organisationnelle à promouvoir*, in *Gestions hospitalières*, février 2001, n° 403.

effectifs, comme un principe d'organisation du travail incompatible avec deux impératifs essentiels : la qualité de la prestation et la compétence des professionnels.

G. Drevet souligne cependant les bénéfices que la polyvalence peut engendrer :

- bénéfiques pour le patient assuré de la continuité des soins
- bénéfiques pour le personnel grâce au développement des compétences individuelles et collectives, grâce à une meilleure répartition des charges de travail entre les services et dans le temps,
- bénéfiques pour l'institution qui peut concilier objectifs économiques et respect de la qualité des soins, tout en proposant aux agents un plus large choix de parcours professionnels.

Pour cela, néanmoins, il est nécessaire que la polyvalence soit sectorielle, managée et organisée. La polyvalence sectorielle « renvoie à une répartition qualitative de l'activité de soins dans son ensemble, tout en respectant la cohérence globale de la mission collective soignante.¹⁷ » Il s'agit de dessiner les contours du champ d'activité des soignants, contours qui seront plus large que le périmètre du service. G. Drevet définit plusieurs cas de figure.

Une infirmière peut intervenir soit :

- dans un même domaine d'activité sur une seule spécialité (par exemple, plusieurs services de médecine neurologique)
- dans un même domaine d'activité sur deux spécialités (services de médecine urologique et néphrologique)
- dans une même spécialité sur plusieurs domaines d'activités (la cardiologie en médecine, chirurgie, consultation, réanimation...)
- dans un même secteur géographique (chirurgie cardiaque et gériatrie).

La polyvalence doit également être managée, c'est à dire que la définition du périmètre de la polyvalence doit dépendre, d'une part des moyens (formation, tutorat, stage de découverte...) qui pourront être mis en œuvre pour garantir la compétence du personnel sur l'ensemble du champ d'activité défini, d'autre part d'un certain nombre de critères dont l'historique et l'organisation du secteur. Des outils de pilotage, aide précieuse à la décision, peuvent être mis en place pour assurer une gestion objective des personnels.

¹⁷ Idem.

Enfin, la polyvalence doit être organisée. Il s'agit d'homogénéiser l'ensemble des pratiques individuelles et collectives, l'organisation des activités de soins, l'organisation matérielle des services, les protocoles de soins.

Le tableau ci-dessous récapitule les modalités de mise en œuvre d'une polyvalence bénéfique pour tous : patients, personnel, institution.

Polyvalence sectorielle			
Un même domaine d'activité sur une spécialité	Un même domaine d'activité sur deux spécialités proches	Une même spécialité sur plusieurs domaines d'activité	Un même secteur géographique
<i>Exemple : médecine neurologie</i>	<i>Exemples : médecine urologie, néphrologie</i>	<i>Exemple : cardiologie (médecine, chirurgie, consultations, réa, soins intensifs)</i>	<i>Exemple : chirurgie cardiaque et gériatrie</i>

Polyvalence managée		
Equipe d'IDE polyvalentes et expérimentées	Rotation égalitaire et systématique des IDE (ni trop longue ni trop courte) sur des services complémentaires :	Répartition des effectifs en fonction de la charge de travail sur plusieurs unités d'un même pavillon (2 à 3 services d'une même pathologie)
<ul style="list-style-type: none"> - sur un secteur de remplacement limité - avec une durée limitée - voire en début de carrière avant de se fixer 	<i>1^{er} exemple : hospitalisation-consultation-endoscopie</i> <i>2nd exemple : réanimation et suivi d'hospitalisation</i>	

Polyvalence organisée				
Organisation des transmissions/soins : -harmonisation des protocoles -procédures écrites	Organisation des transmissions/ environnement, à savoir informations écrites sur : - fonctionnement de l'hôpital - fonctionnement du domaine d'activité - fonctionnement du service de soins	Organisation matérielle des services homogène : -rangement uniforme du matériel -classement repérable par couleur -personne-ressource	Réunions planifiées -inter secteurs -intra service	Formation : -stages inter services avec progression cohérente -réactualisation des connaissances

Exemple de mise en œuvre de la polyvalence infirmière¹⁸

¹⁸ Drevet, Géraldine, *La polyvalence, une réponse stratégique et organisationnelle à promouvoir*, in Gestions hospitalières, février 2001, n° 403.

Dans son article¹⁹, G. Drevet insiste également sur la nécessité de respecter trois étapes dans la mise en place de la polyvalence dans un établissement : la décision politique prise par le directeur de l'établissement, la mise en œuvre stratégique assurée par la DRH et la DSSI et enfin, la mise en œuvre opérationnelle garantie par les cadres, qui sont les plus à même de définir le secteur, le management et l'organisation de la polyvalence en fonction des caractéristiques propres du secteur dont ils ont la charge. « *La polyvalence relève d'une politique managériale définie dans le volet social du projet d'établissement. L'étape politique franchie, il s'agit de définir l'étape stratégique qui relève de la direction des ressources humaines et de la direction du service infirmier. Enfin, l'étape stratégique assortie de son plan d'action permettra à l'étape opérationnelle d'être conduite par le cadre du service. La polyvalence relève donc d'une décision politique et d'une mise en œuvre stratégique et opérationnelle. Jouer la polyvalence constitue, en effet, un excellent axe stratégique car il permet de préparer le redéploiement et l'évolution des métiers et carrières dans l'avenir proche. La polyvalence permet enfin d'utiliser pleinement les compétences internes et évite les dépenses consacrées au personnel intérimaire²⁰. »*

¹⁹ Drevet, Géraldine, *La polyvalence, une réponse stratégique et organisationnelle à promouvoir*, in *Gestions hospitalières*, février 2001, n° 403.

Nous avons ainsi identifié 6 objectifs d'une politique de mobilité ; d'une part, des objectifs liés à l'évolution générale du monde de la santé : la régulation des difficultés démographiques, l'adaptation à l'évolution des métiers et des pratiques professionnelles, une meilleure adéquation à la logique du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire ; d'autre part, des objectifs répondant aux enjeux internes de gestion des ressources humaines : l'amélioration de la compétence, l'augmentation de la motivation, la valorisation de la polyvalence.

Ces objectifs sont rarement pris en compte dans la définition des politiques de mobilité des établissements de santé. Nous analyserons la politique et la procédure de mobilité du CHU de Reims à l'aune de ces 6 objectifs. La politique de mobilité s'oriente-t-elle vers la réalisation de ces objectifs ? La procédure de mobilité permet-elle de les atteindre ? Nous établirons d'abord un état des lieux de la politique et de la procédure de mobilité du CHU de Reims avant d'en analyser les forces et les faiblesses.

²⁰ Hart, J. , Mucchielli, A. , *Soigner l'hôpital, diagnostics de crise et traitements de choc*, éditions Lamarre, 1994, p. 141, 142.

2. Diagnostic de la mobilité interne au CHU de Reims

2.1. Etat des lieux

La gestion de la mobilité interne au CHU de Reims est fonction du public concerné. Les agents dits « non soignants », à savoir essentiellement les ASH, les brancardiers, les secrétaires médicales, les administratifs et les ouvriers, relèvent de la responsabilité de la direction des ressources humaines, tandis que le personnel soignant (aide-soignants et infirmiers) dépend de la direction des soins infirmiers et paramédicaux.

Comme une politique générale de mobilité n'a pas été définie au niveau de l'établissement, la DRH et la DSSI ont adopté des procédures différentes. La philosophie de la mobilité n'est d'ailleurs pas tout à fait la même dans ces deux directions. Il n'y a pas de travail en commun sur ce thème, chacun des acteurs concernés considérant qu'il s'agit de deux publics et donc de deux domaines complètement différenciés. Les responsables de la mobilité ne sont amenés à travailler ensemble que lorsqu'un agent se trouve à la frontière entre le monde soignant et non soignant, par exemple dans le cas du reclassement d'une infirmière en secrétaire médicale pour des raisons de santé. Très récemment, des initiatives de travail en commun ont été prises avec la distribution, au personnel soignant et administratif concerné (7% du personnel est mobile chaque année sur l'ensemble de l'établissement) d'un questionnaire de satisfaction.

2.1.1 La mobilité du personnel non-soignant

La politique de mobilité

La politique de mobilité n'est pas réellement définie au sein de la direction des ressources humaines. Il n'y a pas forcément de volonté d'encourager la mobilité, puisque les avantages d'une politique de mobilité active n'ont pas été identifiés. Il s'agit plutôt de démontrer la proximité et la réactivité de la direction en recevant individuellement les agents dans un objectif plus large de cohésion sociale au sein de l'établissement. Le principe de l'entretien individuel avec l'agent souhaitant ou devant bouger fait ainsi partie de « la charte d'engagement pour l'accompagnement au changement » née d'une négociation entre la DRH et les syndicats.

La plupart des mesures phares d'une politique de mobilité volontariste sont absentes : pas de possibilité de stage « découverte » ou de stage d'observation dans un autre service, pas de tutorat, pas de prise en compte de la mobilité interne dans la définition des programmes de formation continue.

Cependant, l'institution s'interroge sur sa politique de mobilité. La définition d'une politique de mobilité est un des axes du projet social de l'établissement. A ce titre, cinq objectifs ont été mis en avant :

- meilleure articulation des souhaits des agents et des besoins de l'institution
- valorisation de la mobilité reposant sur une meilleure connaissance de l'institution, une meilleure information des personnels, une gestion plus dynamique
- meilleure articulation du management de proximité et de la mobilité en évitant une gestion anarchique tout en ayant conscience des nécessités du service public
- décloisonnement pour favoriser la connaissance des logiques qui régissent le fonctionnement de l'institution
- développement d'une procédure d'accueil des nouveaux arrivés qu'il s'agisse d'une mutation ou d'un recrutement.

Parmi ces 5 objectifs, deux seulement annoncent les avantages que peut présenter une politique de mobilité volontariste : meilleure articulation des souhaits des agents et de l'institution, décloisonnement. Les thèmes « *définir la politique de mobilité interne* », « *mettre en place des procédures pour accompagner les agents lors des restructurations ou des évolutions d'activité* », « *valorisation des compétences et des emplois* », « *accompagner les projets professionnels personnels et aider à la définition des plans de carrière* » sont traités séparément. La réflexion sur les objectifs d'une politique de mobilité est à mener.

La procédure de mobilité

La procédure de mobilité est la suivante : l'agent qui souhaite une mobilité, adresse une lettre à la DRH, où il explique sa motivation à changer. Le cadre doit donner son accord avant que la procédure de mobilité ne soit lancée mais s'il n'avance pas de raisons valables à un refus, on passe outre son opposition. Chaque agent formulant une demande de mobilité est reçu à la DRH, dans la plupart des cas par la responsable de la mobilité interne, dans certains cas plus délicats tels que les mobilités forcées liées aux évolutions de l'activité, par le directeur des ressources humaines. A l'issue de l'entretien, une fiche est créée dans un fichier rassemblant toutes les demandes de mobilité. Ensuite,

lorsqu'un poste est vacant, la responsable de la mobilité interne consulte son fichier et fait des propositions au cadre concerné et à l'agent, en fonction de la correspondance entre le poste, la demande et les compétences de l'agent. Le cadre et l'agent se rencontrent. A l'issue de cette entrevue, si les deux parties sont d'accord, la mobilité a lieu. Deux critères sont privilégiés pour proposer un poste à un agent plutôt qu'à un autre : l'ancienneté de la demande et l'urgence (par exemple, personne endettée qui souhaite retrouver d'urgence un temps plein).

Les publications de postes dans les services et sur l'intranet restent l'exception même s'il y a une réelle volonté de développer ce mode de communication. Cet état de fait s'expliquerait par la nécessité de procéder à des mobilités « urgentes », et par les délais supplémentaires qu'engendre la publication. Lorsqu'il y a publication, le poste est ouvert à tous ; il n'y a pas de priorité pour les personnes ayant formulé une demande de mobilité. Les candidatures sont recueillies à la DRH puis envoyées au service qui a l'obligation de rencontrer tous les candidats. A l'issue des entretiens, le cadre, et le chef de service dans certains cas, choisissent un agent.

Les causes de la mobilité

Un entretien avec la responsable de la mobilité révèle que la mobilité des agents « non soignants » est rarement la manifestation d'une volonté de construire un parcours professionnel. La mobilité n'est pas perçue comme une opportunité de carrière mais comme la solution à des difficultés autrement irrésolubles. Ainsi, outre les changements de temps de travail, les réintégrations et les reclassements médicaux, la mobilité entre deux services est liée dans 70% des cas à des problèmes relationnels dans le service d'origine. Par ailleurs, près d'un tiers des mobilités pour les agents non-soignants correspond à des sorties du pool de suppléance (phénomène qu'on ne retrouve absolument pas dans la mobilité des non soignants). Il s'agit alors d'une mobilité considérée comme ascensionnelle, orientée vers plus de stabilité.

Les catégories de personnel les plus touchées par la mobilité sont également un révélateur de la valeur attribuée à la mobilité. Ce sont les agents les moins qualifiés et les plus concernés par la pénibilité du travail, à savoir les ASH, qui sont les plus mobiles. D'une part, parce que la similarité de leur travail dans les différents services rend la mobilité aisée, d'autre part parce que la difficulté de leur travail les fait inspirer au changement. Les secrétaires médicales, au contraire, bougent très peu. Les catégories

de personnel concernées et les causes de la mobilité révèlent que la mobilité, loin d'être une valeur, n'est qu'une réponse à de difficultés particulières.

Les chiffres de la mobilité

Le nombre d'entretiens de mobilité pour les agents non-soignants est estimé à une quinzaine par mois. Le nombre de mobilité est à peu près le même, une quinzaine, alors que le nombre de recrutement par mois est d'environ 20. On dénombre 180 mobilités de non-soignants par an sur une population de 2654. Sur ces 180 postes ouverts à la mobilité, 15 ont été publiés. Ces chiffres révèlent que les demandes de mobilité des agents sont bien prises en compte mais que rien n'est fait pour favoriser la mobilité de ceux qui n'expriment aucune demande. Ainsi, seuls 15 postes sur les 180 ont été publiés, ce qui n'est pas fait pour ouvrir de nombreuses vocations à la mobilité. La mobilité interne n'est privilégiée par rapport au recrutement extérieur que s'il existe une demande interne de mobilité sur un poste donné. Si aucune demande n'a été faite le poste est ouvert directement au recrutement extérieur.

2.1.2 La mobilité du personnel soignant

La politique de mobilité

La politique de mobilité est plus aboutie pour le personnel soignant. Les avantages de la mobilité sont bien identifiés. La directrice des soins parle d'« enrichissement professionnel », de « remise en question » des pratiques professionnelles, de développement de la poly-compétence. L'intérêt de la mobilité étant bien identifié, la volonté de la direction des soins est de sensibiliser tout le personnel soignant à cette possibilité. Des objectifs indicatifs sont définis en terme de fréquence des mobilités : tous les 5 à 7 ans pour les infirmières, tous les 8 ans pour les cadres, tous les 10 ans pour les cadres supérieurs. Lors de l'évaluation annuelle de chaque agent, le cadre doit l'interroger sur la possibilité d'une mobilité volontaire. Au recrutement, il est signifié aux agents qu'ils peuvent bénéficier de mobilités volontaires tout au long de leur carrière.

Cependant, même si la direction des soins reconnaît la nécessité d'encourager la mobilité, cet encouragement reste limité ; des mesures phares comme le tutorat, les stages "découverte" ou d'observation sont absentes. Les objectifs indicatifs sont très loin

d'être atteints et rien n'est prévu pour inciter les agents à les respecter. Par ailleurs une très large marge de manœuvre est laissée aux cadres. La mobilité des agents de nuit, dont tous s'accordent à dire qu'elle est nécessaire, demeure du ressort des services. On trouve ainsi des services qui n'imposent aucune mobilité aux agents de nuit, d'autres qui demandent aux agents de travailler « de jour » deux semaines ou un mois par an, d'autres encore qui exigent une mobilité complète entre le jour et la nuit. De même, rien ne permet de vérifier que les cadres abordent la question de la mobilité volontaire lors de l'entretien annuel d'évaluation. Lorsque l'agent est compétent, le cadre a rarement intérêt à le voir partir ; il semble alors peu probable qu'il l'amène sur le sujet de la mobilité.

La procédure de mobilité

La procédure de mobilité est moins formalisée à la direction des services des soins infirmiers et paramédicaux qu'à la direction des ressources humaines. Tous les ans, une note de service est diffusée avec un formulaire de demande type expliquant aux agents la démarche à suivre en cas de souhait de mobilité. C'est au cadre ensuite de faire remonter les demandes des agents. Suite au recueil de ces demandes, un fichier est mis à jour. Lorsqu'un poste se libère, la sélection du candidat à la mobilité se fait selon des critères variables. En général, deux facteurs sont pris en compte : l'ancienneté de la demande et la possibilité de recruter rapidement sur le poste que l'agent mobile va laisser vacant. La DSSI envisage de s'orienter vers une publication des postes. Le système a été finalisé il y a quelques mois et les quelques postes qui ont été publiés ont été pourvus très rapidement.

Les causes de la mobilité

Les déterminants de la mobilité semblent ne pas être les mêmes pour les soignants et les non-soignants. La motivation des soignants à changer de service paraît plus fondée sur une curiosité professionnelle que par le besoin d'apporter une solution à des problèmes relationnels insolubles. La mobilité est, pour certains soignants, un moyen de renforcer l'intérêt de leur travail. Ceci s'illustre par le succès grandissant du pool de suppléance. Le travail au pool, autrefois considéré comme une punition, fait chaque année l'objet de plus en plus de demandes. Le public des demandeurs de mobilité est, à l'inverse de ce qu'on observe chez les non-soignants, le plus qualifié. Les infirmières sont plus mobiles que les aides soignantes parce qu'elles ont plus l'opportunité de changer de

service grâce aux nombreux départs en retraite, mais aussi parce qu'elles veulent découvrir de nouveaux services et diversifier leurs compétences.

Les chiffres de la mobilité

Concernant le personnel soignant, la mobilité interne est très clairement privilégiée par rapport au recrutement extérieur. Le rapport est en moyenne d'un recrutement pour deux mobilités pour les aide-soignantes, et de un recrutement et demi pour deux mobilités pour les infirmières sur la période 2002-2006. Les mobilités sont depuis 2002 en moyenne de 150 par an pour les infirmières sur une population de 1660 infirmières et de 95 par an pour les aides-soignantes sur une population de 1180 aide-soignantes, soit 245 mobilités par an pour l'ensemble du personnel soignant (2339 personnes).

2.1.3 Les pools de remplacement

Le pool soignant

Le cas du pool de suppléance pour les soignants est intéressant à étudier puisque son organisation repose sur une mobilité poussée à l'extrême. Le pool est un service de remplacement à destination de l'ensemble de l'hôpital. Il comprend 5 ASH de nuit, 55 aide-soignantes et 75 infirmières chargées de remplacer les absences de courte durée de nuit et les absences de longue durée de jour. Un pool attractif et efficace peut constituer un signal fort en faveur de la mobilité interne dans l'établissement. Le fonctionnement du pool de suppléance au CHU de Reims repose sur une philosophie de la mobilité développée par le cadre de ce service. Cette philosophie repose sur différents principes.

° D'abord, la mobilité doit être volontaire ; les personnes travaillant au pool doivent toutes être volontaires. Les nouveaux embauchés, à qui il est proposé un poste au pool, ont toujours le choix d'être recruté dans un service traditionnel. Lorsqu'un agent veut sortir du pool, sa demande est examinée en priorité par rapport aux demandes de mobilité émanant des services traditionnels.

° La mobilité doit permettre d'allier les qualités des nouveaux arrivants et des plus anciens. Les uns apportent leur dynamisme, leur absence de peurs et de

questionnements face au changement, les autres leur expertise et leur compétence technique. La composition du pool est, à cet égard, assez variée : on trouve des jeunes diplômés et des personnes ayant déjà eu une expérience dans les services traditionnels. Il y a, par contre, peu de très anciens, qui sont rarement volontaires pour un changement de mode de travail aussi radical. Le recrutement est volontairement mixte entre anciens et nouveaux.

° La mobilité des agents du pool repose sur la poly-compétence ; même s'il est tenu compte des préférences des agents pour leur affectation sur tel ou tel service, ceux-ci sont tenus d'être totalement mobiles et doivent pouvoir travailler dans n'importe quel service de l'hôpital.

° La mobilité est valorisée. Le pool a longtemps été considéré comme une voie de garage pour les agents qui ne convenaient pas aux services. L'arrivée d'un nouveau cadre à la tête du pool, il y a 15 ans, a permis de faire évoluer cet état des choses. Un travail de valorisation du pool, fondé sur une structuration des règles de ce service, a permis de conférer au pool un statut de professionnalisme. Le pool est devenu un service à part entière, grâce à la définition de droits et d'obligations pour les agents, l'établissement de profils de poste et de grille d'évaluation de fin de remplacement. Les agents doivent s'engager sur le projet du pool. La responsabilisation est d'autant plus nécessaire que les agents disposent d'une autonomie assez large. Cette politique a permis de rendre le pool attractif ; on recense une liste d'attente de 20 à 30 personnes pour travailler au pool.

° La mobilité est organisée. Deux types d'agents travaillent au pool : les agents de jour qui n'assurent que les remplacements longs programmés et les agents de nuit qui font des roulements de deux à trois nuits par service. Les besoins de ces différents publics en termes de compétences sont bien analysés par la responsable du pool, qui favorise l'intégration et la connaissance chez le personnel de jour, l'adaptabilité et la polyvalence chez le personnel de nuit.

Le pool est l'exemple d'une mobilité bien structurée au sein de l'établissement. Bien entendu, le fonctionnement d'un pool de suppléance ne peut être pris pour modèle pour développer une politique de mobilité sur l'ensemble de l'établissement. Néanmoins, l'existence d'un noyau dur de mobilité bien structuré et attractif est un point fort pour mener une politique de sensibilisation à la mobilité.

Les pools de remplacement pour le personnel non-soignant

Le fonctionnement et le type de personnel travaillant dans les pools non soignants illustrent à quel point la mobilité est peu valorisée parmi le personnel non soignant. Il existe 4 pools de personnels non-soignant : un pool de secrétaires médicales et un pool d'ASHQ pour chacun des deux sites principaux de l'hôpital. Le personnel est constitué majoritairement de contractuels. Selon l'une des attachées d'administration hospitalière chargées des pools, lorsqu'on trouve un agent titulaire au pool, « c'est mauvais signe ». Lorsqu'une personne est embauchée au pool en tant que contractuel, elle gravit la première marche vers un emploi de titulaire. Les agents du pool passent entre 6 mois et 2 ans maximum dans le pool avant d'être titularisés.

Si les secrétaires médicales du pool sont bien perçues dans les services, les ASHQ ont plus de mal à être intégrées. Sur le site Maison Blanche, les secrétaires assurent des remplacements de longue durée, essentiellement des remplacements de congés de maternité, alors que les ASHQ viennent en renfort de 5 à 7 jours quand on constate plusieurs absences dans un même service. Elles sont considérées comme des « bouche trous », à qui on laisse les plus mauvais horaires.

Il n'y a pas réellement de politique de pool, fondée sur la valorisation de l'adaptabilité et de la polyvalence, comme c'est le cas pour le pool de soignant, mais plutôt une gestion des remplacements visant à satisfaire les services dans les plus brefs délais.

2.2. Forces et faiblesses de la politique de mobilité interne du CHU de Reims

2.2.1 Des procédures efficaces mais perfectibles

A l'initiative conjointe de la DSSI et de la DRH, un questionnaire de satisfaction a été adressé aux personnes ayant effectué une mobilité dans la première partie de l'année 2007. L'exploitation des réponses obtenues montre une satisfaction globale des agents effectuant une mobilité. 95 % des agents non-soignants s'estiment très satisfaits ou satisfaits des délais pour obtenir une mobilité tandis que 49% des soignants ont attendu entre 0 et 3 mois pour que leur vœu de mobilité se réalise, 12% de 3 à 6 mois. L'intégration dans le nouveau service fait 100% d'heureux à la DRH et 91% à la DSSI. Le nouveau poste répond aux attentes de 83% du personnel soignant et de 100% du personnel non-soignant. Ce type de différence peut peut-être s'expliquer en partie par la moins grande facilité à appréhender un poste de soignant (davantage d'interlocuteurs, de techniques et de protocoles inconnus) avant de l'occuper. Enfin, alors que très peu d'agents non soignants mobiles envisagent de redemander une mobilité dans un avenir proche, 24% des soignants voudront de nouveau être mobiles : 20% pour changer d'horaires de travail, 30% parce qu'ils ne sont pas satisfaits, 50% pour évoluer professionnellement

La satisfaction des agents est donc globalement bonne. Cependant les procédures de mobilité utilisée, tant à la DRH qu'à la DSSI, sont perfectibles.

A la DRH, chaque agent exprimant une demande de mobilité interne est reçu. Cette rencontre est très importante en termes d'affichage : la DRH est à l'écoute et considère les souhaits des agents. Cette rencontre est également importante pour cibler les demandes de mobilité, pour bien comprendre qu'elles sont les attentes des « demandeurs de mobilité ». La DRH obtient d'ailleurs un « score » de 100% pour la satisfaction des agents quant à l'adéquation du poste à leurs attentes. L'entretien individuel « automatique » peut également permettre d'alléger la gestion de la mobilité en décourageant toutes les personnes qui exprimeraient une demande sur fiche mais ne sont pas prêtes à bouger réellement. La perspective d'un entretien peut faire réfléchir les plus indécis sur l'opportunité d'exprimer une demande de mobilité.

Le fichier rassemblant toutes les demandes de mobilité avec commentaires de la personne ayant mené l'entretien est un moyen simple d'obtenir une bonne adéquation

entre poste proposé et poste souhaité. Une telle procédure a, par rapport à la publication de poste, l'avantage de la souplesse, de la marge de manœuvre qu'elle laisse à l'administration pour gérer les urgences et ce qu'elle considère comme des priorités. Les deux critères de priorisation quand deux candidats correspondent à un poste (ancienneté de la demande et critère d'urgence) sont fondés et équitables. La grande faiblesse d'un fichier par rapport à des publications est qu'il ne permet pas d'encourager la mobilité. Seules les personnes ayant formulé une demande peuvent bouger. Il est impossible de se décider à faire une mobilité au moment où l'on voit qu'un poste intéressant se libère. Exprimer une demande de mobilité revient à se lancer dans un inconnu total ; seules les personnes s'estimant mal loties vont prendre ce risque. L'outil que constitue le fichier est adapté à une politique de mobilité interne peu ambitieuse, qui n'encourage absolument pas la mobilité. Il s'agit d'une gestion de l'urgence et des demandes.

La procédure de mobilité mise en place par la DSSI est beaucoup moins formalisée. Ceci pourrait constituer un point négatif si les agents n'étaient pas très au courant des possibilités de mobilité interne, mais ils le sont. Aucune rencontre n'est prévue à la DSSI quand un agent exprime une demande de mobilité. On peut le regretter car un entretien avec un responsable de la mobilité peut permettre de souligner l'importance conférée par l'institution à la mobilité interne et de mieux cerner les attentes de l'agent. Le questionnaire de satisfaction révèle que l'adéquation du poste aux attentes de l'agent est mieux réalisée (100% des cas pour les personnels non soignants, 83% pour les soignants), lorsqu'une rencontre a eu lieu.

Un fichier est établi rassemblant les demandes de mobilité communiquées par les cadres. L'accès d'un agent à une mobilité est fonction de deux critères : l'ancienneté de la demande et la possibilité de recruter sur le poste laissé vacant par l'agent effectuant la mobilité. L'avantage de ce système est qu'il est très souple, qu'il fonctionne sur un principe de réalité et qu'il facilite largement le travail de gestion des effectifs de la DSSI. L'inconvénient est le manque d'équité ; les agents sur les postes les plus difficiles et les moins courus sont également ceux qui ont le moins la possibilité d'être mobiles. Ce type de situation peut entraîner des phénomènes de découragement. On voit dans le questionnaire que si la grande majorité des agents soignants obtiennent une mobilité dans l'année qui suit leur demande, 15% d'entre eux n'ont toujours pas effectué de mobilité un an après.

La publication, système beaucoup plus juste, puisqu'il laisse une chance à chacun, se met en place très progressivement.

2.2.2 Des objectifs trop restreints

La politique de mobilité du CHU de Reims a un objectif essentiel : permettre aux agents qui le souhaitent d'effectuer une mobilité interne. L'ensemble des objectifs que peut se donner une politique de mobilité interne ne sont pas identifiés. Pour autant, est-ce que la procédure de mobilité interne répond aux objectifs que nous avons définis plus haut : régulation de la démographie, accompagnement de l'évolution des métiers et des pratiques professionnelles, valorisation de la compétence, renforcement de la motivation, amélioration de la polyvalence, réponse à la flexibilité imposée par le SROS ?

La réponse aux enjeux démographiques

Une politique de mobilité interne dynamique a été identifiée comme un des facteurs de régulation des difficultés démographiques rencontrées par le secteur hospitalier. La politique du CHU de Reims, ni assez dynamique ni assez visible, ne permet pas d'atteindre cet objectif.

Les agents ne ressentent pas la présence d'une véritable politique institutionnelle qui pourrait flatter l'image de l'établissement en soulignant le dynamisme et la personnalisation de la gestion des ressources humaines.

On l'a vu plus haut, le recrutement des aides-soignantes, amenées à prendre plus de responsabilités du fait de l'évolution de la démographie infirmière, risquent de poser des difficultés dans l'avenir. Or aucun travail n'a été mené pour rendre plus attractive la carrière de l'aide-soignante.

La mobilité dans les filières administratives est encore moins valorisée alors même que l'hôpital sera amené à embaucher du personnel administratif de plus en plus qualifié, et donc de moins en moins enclin à rester toute sa vie dans un même poste. Si le CHU veut augmenter ses possibilités de recruter des administratifs compétents alors que le secteur hospitalier n'est pour ces filières que peu attractif, un travail sur la carrière et la mobilité du personnel administratif est à mener.

En ce qui concerne la gériatrie des soins, rien n'est fait pour affronter ce changement, alors que la filière gériatrique est très peu valorisée. Le personnel des maisons de retraite reste souvent figé dans les EPHAD, faute de pouvoir effectuer une mobilité, la priorité à la mobilité étant en partie déterminée par la facilité à recruter sur le

poste laissé vacant par la personne mobile. Le personnel des EPHAD, confiné dans son secteur, perd peu à peu une partie des compétences techniques nécessaires en MCO. La mobilité devient impossible, on assiste à un enfermement dans un cercle vicieux de diminution de la compétence, qui ne permet pas de donner une image dorée de la gériatrie et de recruter.

La réponse à l'évolution des métiers et pratiques professionnelles

La politique de mobilité interne du CHU de Reims répond-elle à un objectif d'accompagnement de l'évolution des métiers et des pratiques professionnelles ? En ce qui concerne l'évolution des métiers soignants vers une prise en charge des personnes âgées, nous l'avons vu plus haut, la politique du CHU ne répond pas à cet objectif.

En ce qui concerne la nécessité d'avoir des soignants expérimentés à la fois dans certaines spécialités très techniques mais aussi dans des spécialités mettant davantage l'accent sur le relationnel, afin de disposer de professionnels complets capables d'assurer une prise en charge globale du patient dans un monde de plus en plus cloisonné et spécialisé, le pari n'est qu'en partie gagné. La mobilité des soignants est relativement importante mais elle n'est pas encadrée dans des profils de carrière valorisés par la direction. La mobilité, souvent réalisée entre disciplines assez proches, ne permet pas toujours aux soignants de disposer d'une vision globale du patient.

L'apparition de nouveaux métiers infirmiers, comme celui de coordinateur de soins dans un service, chargé d'assurer l'unité de la prise en charge, semble ne pas avoir été prise en compte. La mobilité n'est donc pas modulée afin de créer ce type de poste.

La réponse à l'objectif de développement des compétences

Qu'en est-il de la mobilité au service d'une compétence collective ? Il semble que la politique de mobilité actuelle assure un équilibre entre les nouvelles venues et les « anciennes » dans un service. Les agents interrogés au CHU, mobiles ou non mobiles, soulignent la nécessité de disposer de ces deux profils différents dans une équipe. Actuellement, les jeunes professionnelles, plus mobiles que les anciennes, assurent le renouveau et insufflent un certain dynamisme, tandis que les anciennes sont les gardiennes de l'expérience et de la spécialisation du service. La mobilité assure

naturellement ce « métissage » sans qu'il soit nécessaire de guider les parcours de mobilité.

La réponse à l'objectif du SROS

La logique du SROS et de la tarification à l'activité impose au CHU une flexibilité dans la répartition de ses activités, qui amène des mobilités « forcées ». Actuellement, la réponse aux difficultés des agents confrontés à une situation de ce genre est apportée par un accompagnement social. L'agent est reçu par le directeur des ressources humaines, qui tente ensuite de lui trouver un poste répondant le mieux à ses souhaits. Cependant, comme la mobilité n'est pas particulièrement valorisée dans l'établissement, et en particulier parmi le personnel administratif, ces mobilités sont souvent très mal vécues.

La réponse à l'objectif de renforcement de la motivation

La réponse à l'enjeu de ressources humaines que constitue la motivation est en partie apportée par la politique de mobilité de l'établissement. Les agents de l'établissement qui souhaitent effectuer une mobilité ont la possibilité de le faire. Leur demande est prise en compte dans des délais assez brefs et les résultats des questionnaires réalisés par la DRH et la DSSI révèlent un taux de satisfaction élevée. Le fait, pour les agents, de pouvoir obtenir une mobilité quand ils le souhaitent est un facteur fort de motivation. Cela renforce le sentiment d'autodétermination de l'individu dans son travail, défini par Deci et Ryan comme facteur essentiel de la motivation.

Par contre, le besoin de reconnaissance d'autrui n'est pas pris en compte puisque la mobilité n'est pas valorisée. La mobilité n'est pas conçue comme un outil de valorisation et de reconnaissance des personnels comme ça a pu être le cas à Bayeux. Le parcours professionnel des soignants ne fait pas l'objet d'un travail particulier. La motivation liée à l'accomplissement de soi, aux responsabilités et aux possibilités d'avancement s'en trouve minorée. Par ailleurs, certains agents rencontrent une démotivation au travail. Suite à une trop grande stabilité dans le même service, l'ennui les gagne mais ils n'ont néanmoins pas le courage de s'exposer à un changement qui leur fait peur. La politique de mobilité interne du CHU de Reims ne permet pas de redonner une motivation à ce type d'agent.

La réponse aux enjeux de la polyvalence

Il n'existe pas de politique de polyvalence formalisée au sein de l'établissement. La politique de mobilité n'appréhende pas véritablement cet aspect. La gestion de la polyvalence reste exclusivement du domaine des cadres, qui font le choix ou non d'introduire un élargissement des tâches au sein de leur service. Dans la majorité des services, il n'existe pas de polyvalence organisée. Cependant, certains cadres ont introduit une polyvalence sous différentes formes. Deux services du CHU de Reims sont emblématiques d'une politique de polyvalence menée avec succès.

Le cadre supérieur du service d'orthopédie traumatologie a mis en place en 1995 une politique de polyvalence, jugée par beaucoup, cadres et agents, efficace à terme mais trop offensive. Un système de mobilité obligatoire entre les unités du service a permis aux agents de bien connaître l'ensemble des tâches réalisées dans le service. Cependant, le rythme du changement, tous les 6 mois pendant 3 ans, a été assez mal vécu par les agents, ayant le sentiment d'être éternellement ballottés entre les unités. Les cadres également ont pu mal vivre un turn over trop rapide du personnel, leur imposant une gestion particulièrement fine du service, et leur donnant l'impression de ne plus pouvoir se reposer sur une équipe autonome et compétente. A l'issue de cette rotation, les équipes sont redevenues fixes mais la polyvalence des soignants entre les différentes unités a permis de mieux assurer les remplacements lors d'absences ponctuelles mais aussi d'assurer une gestion plus souple des horaires de travail.

Le cadre de santé de l'actuel pôle locomoteur (orthopédie, traumatologie, rhumatologie) envisage de tirer partie des enseignements de l'expérience du cadre précédent. La rotation entre les unités a permis effectivement aux agents de devenir polyvalents. Le cadre veut reproduire ce système mais de façon plus progressive et moins radicale afin d'éviter la désorganisation des équipes et le découragement des agents. La rhumatologie a déménagé récemment (février 2007) afin de se rapprocher du reste du pôle. Ce déménagement a provoqué un bouleversement dans le fonctionnement du service. Aussi le cadre envisage-t-il un temps d'adaptation avant de lancer sa politique de polyvalence dans le pôle : la rotation prévue ne concernera que deux IDE à la fois sur le pôle et le changement d'unité sera d'une durée de deux mois. Ce changement, restreint dans le temps et en termes d'effectifs, risque d'être moins contraignant et moins effrayant pour les agents.

La polyvalence à l'intérieur du pôle est un thème que le cadre de santé a déjà abordé avec les agents. Ceux-ci sont, pour la majorité, habitués à la polyvalence. Face

aux réfractaires, le cadre a avancé les arguments suivants : la polyvalence dans le pôle permettra d'améliorer le bien-être du patient, de donner plus de souplesse à l'organisation des congés ; les patients des différents services du pôle sont souvent relativement similaires (en particulier les pathologies rachidiennes) ; la polyvalence sera conduite raisonnablement dans le respect des compétences de chacun et dans le souci de la garantie de la qualité des soins. Le cadre pense cependant, que malgré les arguments avancés, les soignants considèrent la polyvalence avant tout comme une contrainte.

Le service de neurochirurgie est certainement un des pionniers de la polyvalence au CHU de Reims. Celle-ci a été mise en place en 1977, à l'arrivée du cadre actuel du service. De gros problèmes d'absentéisme et de gestion des effectifs désorganisaient le fonctionnement du service. Le cadre a alors progressivement imposé une polyvalence dans les trois unités du service, qui prennent en charge le même type de patient. La polyvalence n'a concerné que les remplacements dans un premier temps, puis elle s'est étendue progressivement jusqu'à ce que le personnel ne soit plus rattaché à une unité mais dépende seulement du service. Un planning commun est désormais établi pour le service dans son ensemble. Lorsque le service a été refait, toutes les unités ont été conçues et organisées de la même manière. Les agents ont bénéficié de davantage de souplesse dans la gestion des horaires et de l'opportunité de travailler à temps partiel en contrepartie de leur polyvalence.

La polyvalence devra encore être développée dans le cadre de la constitution du pôle tête/cou comprenant les services de neurochirurgie, d'ORL, d'ophtalmologie et d'odontologie. Le plan architectural de reconstruction de l'hôpital prévoit notamment la création d'un service de semaine regroupant l'ophtalmologie (15 lits), la neurochirurgie (5 lits), et l'ORL (10 lits) autour d'un bureau infirmier commun. Le cadre de neurochirurgie pense qu'il serait nécessaire que des échanges de personnel ait lieu entre ces trois services avant l'échéance de 2012 (la première tranche du nouvel hôpital sera livrée à cette date).

La polyvalence telle qu'elle existe au CHU de Reims porte t-elle en elle-même les bénéfices pour le patient, le personnel et l'institution identifiés par G. Drevet ? Remplit-elle les conditions nécessaires pour être optimale, à savoir est-elle sectorielle, managée et organisée ?

La polyvalence au CHU de Reims ne s'est pas mise en place selon le schéma descendant développé par G. Drevet²¹. La polyvalence n'a fait l'objet ni d'une décision politique, exprimée dans le projet social d'établissement, ni d'une mise en œuvre stratégique assurée par la DRH et la DSSI. Dans certains services de l'hôpital, la polyvalence est opérationnelle. Elle est mobilisée pour répondre à des contraintes d'effectifs fortes mais n'est pas consacrée comme outil de développement des compétences. Il paraît vraisemblable, cependant, qu'un positionnement institutionnel voit bientôt le jour ; la création du nouvel hôpital, qui prévoit des unités communes à plusieurs spécialités, et la constitution des pôles tendent à rapprocher les équipes et à faire fonctionner ensemble des services aujourd'hui cloisonnés.

Pour le moment, la polyvalence existe dans certains services, dont deux que nous avons cité plus haut. Dans les deux cas examinés, les cadres semblent avoir suivi intuitivement le modèle de G. Drevet.

La polyvalence est sectorielle, c'est à dire qu'elle est circonscrite. Les deux cadres interrogés soulignent qu'en matière de polyvalence « il ne faut pas faire n'importe quoi ». Celle-ci doit être définie par un périmètre de tâches relativement similaires. Les contours de la polyvalence sont, dans les services d'orthopédie traumatologie et de neurochirurgie, facilement appréhendables par les soignants.

La polyvalence est managée, c'est à dire qu'elle tient compte de données historiques concernant le service, des changements récents (déménagement de la rhumatologie), de la spécificité de certaines tâches. Les règles sont fixes, même si elles ne sont pas écrites.

La polyvalence est également organisée ; l'organisation matérielle et l'agencement des unités ont été prévus de manière à faciliter la polyvalence. Par ailleurs, cette nécessité d'harmoniser l'organisation géographique et matérielle des unités a bien été prise en compte par la Direction Générale et la DSSI. Le nouvel hôpital prévoit des unités conçues à l'identique. Parallèlement, un groupe de travail composé d'un directeur des soins et de cadres, dénommé QUORUS, établit un référentiel d'organisation d'une unité de soins, qui sera diffusé dans tous les services, permettant aux nouveaux arrivants dans une unité de s'y repérer plus facilement.

En conclusion, il semble que les conditions nécessaires à la réalisation de la polyvalence soient prises en compte. La volonté institutionnelle de favoriser la polyvalence, bien qu'elle ne soit pas encore exprimée, semble être sous-jacente dans un

²¹ Drevet, Géraldine, *La polyvalence, une réponse stratégique et organisationnelle à promouvoir*, in *Gestions hospitalières*, février 2001, n° 403.

certain nombre de projets. Il reste encore beaucoup à faire, surtout en termes de valorisation des compétences et de suivi des parcours professionnels. Le terrain semble cependant bien préparé à la mise en place d'une véritable politique de polyvalence, volet d'une politique plus large de mobilité.

La politique de mobilité du CHU de Reims a pour objectif principal de répondre aux souhaits des agents en demande de mobilité. L'ensemble des objectifs d'une politique de mobilité ne sont pas identifiés. La procédure est efficace par rapport à l'objectif fixé : les agents en demande de mobilité sont satisfaits de la réponse à leurs attentes. Cependant, la politique n'est pas incitative et ne répond que partiellement à l'ensemble des 6 objectifs que nous avons définis.

A partir de ce constat, nous avons identifié 3 axes d'amélioration de la politique de mobilité : la communication, l'équité, l'accompagnement au changement. Conformément à ces objectifs d'amélioration, nous définissons une nouvelle procédure de mobilité pour l'établissement. Par ailleurs, la polyvalence est un volet délaissé de la politique de mobilité, nous proposons alors un schéma de mise en œuvre de la polyvalence permettant d'articuler la politique institutionnelle de mobilité et la réalisation de la polyvalence au sein des pôles.

3. Vers une politique de mobilité interne plus ambitieuse

3.1 Axes d'amélioration de la procédure de mobilité interne actuelle

3.1.1 Communication et unité de la position institutionnelle

La première étape en vue de favoriser la mobilité interne dans l'établissement est d'afficher une position institutionnelle unique, partagée par la DRH et la DSSI. Une communication trop intense et trop brutale risquerait d'inquiéter le personnel, déjà confronté aux changements liés à la mise en place des pôles mais un affichage en douceur reste nécessaire. Le projet d'établissement, le projet social et le projet de soins pourraient affirmer dans les mêmes termes la volonté de favoriser et d'encourager une mobilité interne, mesurée, volontaire et orientée vers des objectifs définis. Il s'agit de bien identifier ce vers quoi tend la mobilité. Un accompagnement à la mobilité, fondé sur la définition d'un parcours professionnel cohérent, pourrait être une mesure phare exprimant la volonté de la direction d'encourager la mobilité mais pas n'importe laquelle, ni n'importe comment. La « charte d'engagement pour l'accompagnement au changement » pourrait afficher un engagement de suivi du parcours professionnel des agents mobiles qui le souhaitent, permettant d'assurer une cohérence dans les choix de mobilité et de proposer un service de conseil aux agents concernés. Ce suivi pourrait être confié aux personnes de la DRH et de la DSSI actuellement chargées de la mobilité, préalablement formées à ce type de méthode.

Il semble également préférable que la politique et la procédure de mobilité soient les mêmes à la DRH et à la DSSI. Que les demandes de mobilité des agents soignants et non-soignants soient traitées séparément, cela semble assez logique étant donné la diversité des métiers concernés. Cependant, une seule politique définie au niveau institutionnelle, et une seule procédure commune aux deux publics permettraient de donner plus de lisibilité et plus de cohérence à l'ensemble du dispositif.

La position de l'établissement, les modifications de la « charte d'engagement pour l'accompagnement au changement », la nouvelle mesure d'accompagnement pourront faire l'objet d'articles dans le journal interne du CHU. Des mini-reportages ponctuels sur les parcours de mobilité les plus cohérents et les plus satisfaisants pour les agents et les cadres concernés seront également les bienvenus.

3.1.2 Equité et transparence

Une des principales faiblesses de la politique actuelle est le manque d'équité et de transparence des procédures. Les « non-soignants » désireux de réaliser une mobilité sont reçus individuellement, un bon point en termes de lisibilité de la procédure de mobilité. Cependant, les critères de priorisation des demandes, bien qu'équitables (sont traitées en priorité les demandes de mutation correspondant à une urgence médicale ou sociale et les demandes les plus anciennes) ne sont pas clairement énoncés.

La procédure pour les non-soignants est, quant à elle, assez peu équitable. Respectant un principe de réalité, la DSSI n'accorde une mutation que si elle est en mesure de remplacer la personne qui part. Il s'ensuit des phénomènes d'enfermement dans certains secteurs, dont notamment la gériatrie et les EPHAD. Paradoxalement, moins le poste d'un agent est attractif, moins il a la possibilité d'obtenir une mutation.

Comme nous l'avons souligné plus haut, il paraît nécessaire de définir une procédure commune DSSI/ DRH.

Quelque soit la politique de mobilité d'un établissement et les objectifs qu'elle se fixe, la procédure de mobilité se doit de répondre à certains critères : elle doit être efficace, c'est à dire qu'elle doit permettre la mobilité des agents volontaires, elle doit être équitable et transparente. Quelles procédures permettent d'atteindre ces trois objectifs ?

Il s'agit tout d'abord de distinguer deux types de mobilité, la mobilité liée à des raisons sociales ou médicales de la mobilité dite « traditionnelle », souhaitée dans le cadre d'un parcours professionnel. Les enjeux de ces deux catégories de mobilité sont différents, c'est pourquoi il semble plus judicieux de leur apporter des réponses différentes par le biais de procédures différentes.

Deux outils principaux sont actuellement utilisés dans la gestion des procédures de mobilité : le fichier rassemblant les demandes de mobilité et la publication de poste. Le fichier permet à la direction de disposer d'une large marge de manœuvre, puisque c'est elle qui régule l'offre et la demande de postes. Sa gestion est cependant assez lourde et l'équité n'est pas toujours respectée. La publication de poste a l'avantage d'être un mécanisme extrêmement transparent, dont l'organisation est moins chronophage pour l'administration. Ce système repose sur l'ajustement de l'offre et de la demande et peut sembler plus équitable. Néanmoins, il demeure très élitiste et risque d'entraîner une surcharge de travail pour les cadres.

Que proposer pour le CHU de Reims ? Nous exposerons ici une procédure de mobilité articulée en trois axes, fonction du public concerné.

La mobilité pour raisons sociales ou médicales

Comme nous l'avons dit plus haut, il convient de distinguer la mobilité pour raison sociale ou médicale de la mobilité traditionnelle. Il faut, dans tous les cas, que la DSSI et la DRH disposent de variables d'ajustement pour les cas particuliers de reclassement médicaux ou de profondes difficultés sociales. Il s'agit de réserver un pourcentage défini de postes vacants pour ce type de mobilité. Ce pourcentage sera fixé en fonction des chiffres actuels de la mobilité pour raisons sociales ou médicales. Pour bénéficier de cette procédure dérogatoire, une mobilité devra répondre à des critères fixes, préétablis. Il apparaît intéressant de conserver l'idée d'un entretien individuel et d'un fichier pour permettre à l'administration d'agir avec le plus de souplesse dans les situations d'urgence.

La mobilité traditionnelle

Deux solutions différentes peuvent être proposées pour la gestion de la procédure de « droit commun ».

- La publication de poste

La mobilité traditionnelle pourra, quant à elle, être gérée par le biais de la publication de postes. Pour éviter que les entretiens de mobilité deviennent trop chronophage pour les cadres qui recrutent, des conditions pour postuler pourront être fixées. Le CHU de Rennes impose ainsi trois pré requis à la mobilité : l'agent doit soit travailler dans la même unité depuis 2 ans soit être dans une équipe de remplacement soit avoir subi une mutation ou une réintégration récente. Ces conditions, qui semblent pertinentes, pourraient être reprises à Reims. La publication de postes pourrait avoir lieu 3 ou 4 fois par an. Des appels à candidatures ponctuels viendront en complément si besoin au cours de l'année.

Quels sont les avantages et les inconvénients de la procédure exposée ci-dessus ? Le système de la publication est un système par nature élitiste ; seuls

les meilleurs ou ceux considérés comme tel (services les plus techniques) risquent d'avoir accès à la mobilité. Certains, les « refusés du système », risquent d'être découragés et très critiques face à ce type de procédure. On peut également souligner la difficulté de certains agents à entrer dans une démarche de valorisation personnelle et à accepter le principe de la concurrence. Néanmoins, un système élitiste de mobilité est un signal fort en faveur de la mobilité puisqu'elle devient alors ce qu'on propose aux meilleurs. Un autre inconvénient de la procédure de publication est qu'elle supprime la variable d'ajustement dont dispose actuellement la DSSI dans la gestion des effectifs. Des difficultés peuvent par ailleurs survenir si les demandes de mobilité ne correspondent pas à l'offre et que de nombreux agents postulent sur certains postes et très peu sur d'autres.

Les avantages de la publication sont cependant bien réels. Il s'agit d'un système équitable et transparent, dont la gestion est moins lourde que le système du fichier. Il s'agit par ailleurs d'une procédure incitative à la mobilité.

- La gestion par fichier

La gestion par fichier est une deuxième procédure tout aussi acceptable ; le choix dépend de la philosophie (élitiste ou égalitaire) de la politique de mobilité. Si la procédure par fichier est retenue, il semble pertinent de généraliser l'entretien individuel qui permet, comme nous l'avons vu plus haut, d'obtenir un meilleur ajustement entre les souhaits des agents et leur mobilité effective. Des conditions à la mobilité, les mêmes que celles définies dans le cadre de la publication de postes, pourraient permettre de réguler les demandes de mobilité et de ne pas rendre trop lourde l'organisation des entretiens individuels. Des critères de priorité à la mobilité fixes, connus et justes pourront permettre d'insuffler au système actuel davantage d'équité et de transparence. La procédure fichier à l'inconvénient de sa lourdeur. Elle n'est pas du tout incitative à la mobilité, et telle que décrite ici, elle supprime également la variable d'ajustement de la DSSI pour la gestion des effectifs. Les avantages sont de taille : le système donne sa chance à tous et il garantit une mobilité sur l'ensemble des postes vacants, et non pas seulement sur les plus alléchants.

Un troisième volet pourrait être ajouté à la procédure de mobilité pour la gériatrie et les EHPAD. Il s'agit d'éviter les phénomènes d'enfermement dans ces secteurs qui engendrent des situations de malaise au travail, parfois en partie responsables des phénomènes de maltraitance. La mobilité pourrait être obligatoire dans les 6 ans pour les jeunes diplômées (un quota de postes vacants leur seraient réservés). Ce système permettrait d'ailleurs de faciliter les recrutements dans les EHPAD. Pour les personnes plus anciennes et éloignées depuis longtemps des services de soins classiques, il serait intéressant de développer des parcours de mobilité entre les différents services des EHPAD et de les encourager fortement.

3.1.3 Formation et accompagnement

Dans le cadre de la politique de mobilité, le volet formation et accompagnement au changement est assez peu développé au CHU de Reims. L'ensemble des soignants interrogés, du directeur des soins à l'infirmière en passant par le cadre de santé évoque un temps soignant insuffisant pour mettre en place ce type de dispositif. Les stages de découverte qui conduiraient les agents à quitter leur service pour aller « flâner » dans un service où les effectifs sont complets ne sont pas forcément vus d'un bon œil. Plus que ce type de stage, qui, proposés à tous les agents, risqueraient de désorganiser les services, la possibilité de bénéficier d'une période d'essai de deux semaines (délai suffisant pour appréhender les caractéristiques d'un nouveau poste et assez court pour ne pas générer des coûts trop importants d'organisation de la mobilité) pourrait être donnée à tous les agents mobiles qui le souhaitent.

L'accompagnement est également un aspect à développer. Actuellement, il existe un guide « d'accompagnement aux nouveaux agents » diffusés dans les services, qui l'adaptent comme bon leur semble. La promotion du tutorat pourrait apporter de nombreux bénéfices : la nomination d'un tuteur unique par agent mobile aurait l'avantage de rassurer les candidats à la mobilité, d'acter le fait que le nouvel arrivant a besoin d'un accompagnement, de valoriser les infirmiers expérimentés en leur donnant un rôle de référent.

Le développement de parcours de mobilité cohérents comme évoqué plus haut pourrait permettre une meilleure correspondance entre les actions de formation continue proposées par l'établissement et les besoins de formation liés à la mobilité. Il est en effet difficile de proposer une formation individuelle à chaque agent mobile. Cependant, lorsque la mobilité s'inscrit dans un parcours professionnel anticipé, il serait intéressant de donner l'occasion à l'agent concerné de suivre une formation, n'ayant peut-être rien à voir avec son poste du moment, mais utile en amont d'une mobilité planifiée.

3.2 Une refonte de la politique institutionnelle de l'établissement en matière de mobilité

3.2.1 Une politique fondée sur des objectifs élargis

Comme nous l'avons exposé dans la première partie de ce mémoire, une politique de mobilité d'un établissement de santé peut viser divers objectifs : une régulation partielle des difficultés liées à la démographie, une meilleure adaptation à l'évolution des métiers et des pratiques professionnelles, une anticipation des transformations liées à la logique du SROS, une amélioration de la compétence individuelle et collective des professionnels, une augmentation de la motivation, une meilleure perception de la polyvalence. La refonte de la politique institutionnelle de l'établissement en matière de mobilité passe par l'identification des objectifs de la mobilité et des moyens mis en œuvre pour les atteindre.

Nous avons déjà proposé un système de mobilité regroupant plusieurs procédures adaptées à différents types de mobilité. Ce système doit permettre d'atteindre les différents objectifs d'une politique de mobilité. Nous verrons par quels biais.

L'objectif de régulation des difficultés démographiques

Quelle réponse donner aux enjeux démographiques auxquels sont confrontés les établissements de santé ? La procédure que nous avons décrite plus haut s'inscrit dans une politique de mobilité visant à atteindre un objectif de régulation des effectifs. En effet, de manière générale, le dynamisme d'une politique de ressources humaines proposant aux agents un suivi personnalisé de leur carrière, des formations adaptées à leurs souhaits d'évolution, et un travail sur le développement des compétences individuelles et collectives peut être un facteur d'attractivité.

Un des principaux enjeux de la démographie soignante concerne la gériatrie croissante des métiers de soins. Or, nous l'avons vu, les EHPAD et la gériatrie ne sont pas des secteurs particulièrement attractifs. La procédure que nous avons décrite pour les maisons de retraite peut pallier en partie cette difficulté. Le principe d'une mobilité obligatoire dans un service de soins classique dans les 6 ans suivants une première affectation dans un secteur de personnes âgées pourrait permettre de vaincre la résistance à entrer dans ce secteur, de peur de ne pouvoir en sortir. Par ailleurs, la

présence de jeunes diplômés pourrait permettre de redorer le blason de services souvent dépréciés. De la même manière, l'existence de parcours de compétences entre les différents secteurs de prise en charge des personnes âgées pourrait insuffler un certain dynamisme aux équipes.

L'objectif d'adaptation à l'évolution des métiers et des pratiques professionnelles

Comment faire de la politique de mobilité un catalyseur des transformations nécessaires liées à la définition de nouveaux métiers et pratiques professionnelles ? Il s'agit de mener un travail sur la définition de ces nouveaux métiers, et de s'interroger en particulier sur les parcours de mobilité garantissant la compétence de nouveaux types de professionnels. Nous avons évoqué dans la première partie le développement du métier d'infirmier coordinateur de soins, gardien de la continuité de la prise en charge dans les services où la durée moyenne de séjour est très faible et les soins très morcelés. Ce métier nécessite à la fois des compétences cliniciennes importantes et une vision globale de la prise en charge du patient. Des parcours « types » à géométrie variable pourrait être établi pour faire émerger au sein de l'hôpital des personnes en mesure de pratiquer ce nouveau métier.

La valorisation de la filière gériatrique à travers la politique de mobilité répond également à une exigence d'adaptation aux évolutions des métiers induites par la démographie de la population française.

La politique de mobilité doit aussi répondre à l'évolution des pratiques professionnelles. Le métier d'infirmier a évolué vers davantage de production et de consommation d'informations diverses et variées. L'équilibre de la composition des équipes entre agents plus ou moins expérimentés doit permettre aux nouveaux arrivants de conserver la distance nécessaire par rapport à ce qui ne constituent que des outils.

L'objectif d'adaptation à la logique du SROS

Comment la politique de mobilité que nous avons décrite prétend-elle répondre aux objectifs du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) ? L'existence d'une politique de mobilité active peut rendre moins douloureuse la perspective d'une mobilité forcée. Par ailleurs, ce type de mobilité rentrera dans la catégorie des

mobilités liées à des raisons médicales ou sociales. Les agents bénéficieront donc d'une procédure particulière, leur donnant la priorité sur les postes qu'ils désirent. Le développement de la polyvalence au sein de l'établissement, volet que nous aborderons un peu plus loin, permettra également une reconversion plus facile du personnel en cas de non renouvellement d'une autorisation d'activité.

L'objectif d'amélioration de la compétence individuelle et collective

Comment la nouvelle politique de mobilité répond t-elle à l'objectif d'amélioration des compétences individuelles et collectives ? La mobilité du personnel soignant lui permettra de développer outre ses compétences techniques, des compétences relationnelles. Le parcours de mobilité doit pouvoir prendre en compte cette double exigence de compétence pour former des professionnels complets. La mobilité assurant une mixité des équipes, elle donne naissance à des équipes mixtes, composées de personnel jeune et moins jeune, mobile et non mobile garantissant une compétence collective.

L'objectif d'augmentation de la motivation

Comme nous l'avons vu plus haut, la reconnaissance, la réalisation de soi, le développement de la responsabilité et de l'intérêt au travail, l'autonomie sont autant de facteurs qui concourent à la motivation au travail. C'est justement en tenant compte de cette réalité que nous nous sommes positionnés sur le principe d'une mobilité volontaire. La mobilité doit conduire à la réalisation d'objectifs mais n'est pas une fin en soi, c'est pour cela qu'elle doit respecter certains critères pour être bénéfique. Une mobilité forcée, outre le mécontentement et le climat social qu'elle pourrait créer dans un établissement, enlève aux agents la perception qu'ils peuvent avoir de leur autonomie au travail, les force à se détourner d'un travail qui les intéressent et qu'ils font souvent bien, les déresponsabilise et fait abstraction de la réalisation de soi. C'est parce qu'elle est une source de forte démotivation que la mobilité forcée ne doit être envisagée que dans certains cas particuliers où elle sera plutôt vécue comme une opportunité (le cas des jeunes qui arrivent en maison de retraite). La mobilité doit avant tout être source de satisfaction au travail et un moyen de réalisation de soi par l'élargissement des compétences (développement de parcours de compétences) et l'atteinte d'objectifs déterminés par l'agent lui-même.

L'objectif de développement de la polyvalence

Une politique de mobilité active et bien ressentie par le personnel pourrait permettre de lever les suspicions qui planent sur la polyvalence. Nous verrons dans la suite du mémoire comment nous envisageons l'articulation entre la politique de mobilité de l'établissement et les mesures concernant la polyvalence, très attendues avec la constitution des pôles.

3.2.2 L'articulation entre la politique institutionnelle de l'établissement en matière de mobilité et la politique intra-pôle

L'articulation entre la mise en œuvre de la polyvalence dans les pôles et la politique de mobilité de l'établissement

La polyvalence est un volet de la politique de mobilité qui sera amenée à prendre de l'ampleur dans le cadre de la nouvelle gouvernance. Actuellement, au CHU de Reims, la polyvalence existe seulement dans certains services. Or, prenant acte de l'organisation en pôles, le projet de nouvel hôpital²² prévoit des bureaux infirmiers communs pour des disciplines différentes dans de nombreux pôles. On peut ainsi citer le cas de l'endocrinologie et de dermatologie, de la cardiologie et de la chirurgie vasculaire, de la neuro-chirurgie et de l'ORL. Dans un tel contexte, local et national, la définition d'une politique de polyvalence s'impose.

La politique de mobilité d'un établissement doit pouvoir être déclinée en trois volets :

- la politique de mobilité affichée au niveau institutionnel
- en son sein, la définition des grands principes de mise en œuvre de la polyvalence,
- et enfin la mise en œuvre opérationnelle de la polyvalence laissée à la responsabilité des cadres sous réserve de respecter le périmètre fixé au niveau institutionnel.

²² Le Plan Directeur du CHU de Reims étalé jusqu'en 2015 se traduira par une profonde réorganisation architecturale de l'établissement, dont l'essentiel des bâtiments seront reconstruits.

Voici les questions auxquelles doit répondre la position institutionnelle d'un établissement en matière de polyvalence.

- A qui s'applique la polyvalence ? On peut poser le principe d'une polyvalence obligatoire au sein des pôles quand l'existence d'un bureau infirmier commun pour plusieurs spécialités médicales ou de difficultés liées à la gestion des effectifs rendent nécessaire cette évolution.
- Jusqu'où va la polyvalence ? Pour ne pas porter atteinte à la compétence des professionnels et à la sécurité des patients, la polyvalence doit être sectorielle, c'est à dire limitée soit à un même domaine d'activité sur deux spécialités proches (médecine en urologie et néphrologie), soit à une même spécialité sur plusieurs domaines d'activité (cardiologie : médecine, chirurgie, réanimation...).
- Comment la polyvalence est-elle managée ? Il semble plus équitable et plus simple d'adopter le principe d'une polyvalence égalitaire qui concerne tous les agents d'une même catégorie.
Plusieurs possibilités s'offrent aux pôles :
 - chaque agent peut passer un temps minimum dans chaque unité du pôle (système de rotation du personnel pendant une période déterminée) pour permettre en suite des ajustements plus aisés.
 - une équipe commune peut être mise en place pour des services aux spécialités très proches
 - sur des postes très spécifiques, un agent peut être formé dans un pôle pour remplacer pendant les congés un collègue dont l'absence désorganise tout le service.
- Comment la polyvalence est-elle organisée ? L'organisation de la polyvalence est déjà en cours de réalisation à travers les travaux du groupe QUORUS sur l'organisation et le fonctionnement d'une unité de soins type. Par ailleurs, dans le nouvel hôpital, les unités sont conçues selon un schéma identique. Il faudra simplement réaffirmer la volonté d'une harmonisation des outils, des organisations et des fonctionnements.

Une fois ces principes affirmés au niveau institutionnel, il paraît plus approprié de confier la mise en oeuvre opérationnelle de la polyvalence aux cadres de santé. Ceux-ci se verront notamment confier 3 rôles essentiels dans l'application de la polyvalence : un rôle de communication, un rôle de diagnostic des compétences, un rôle de contrôle.

Il reviendra au cadre de justifier et d'argumenter les choix réalisés parmi les solutions offertes dans le cadre institutionnel. En fonction des caractéristiques de l'équipe qu'il coordonne, le cadre sera le mieux en mesure de décider quel type de polyvalence est adapté et quels arguments seront les mieux reçus par le personnel.

Si le cadre est le mieux placé pour mettre en oeuvre la polyvalence, c'est aussi parce qu'il est le seul à pouvoir réaliser le diagnostic de compétence des agents et de l'équipe dans son ensemble, préalable à la réalisation de la polyvalence. Pour faire le choix parmi les différentes options proposées, il faut connaître les compétences et les possibilités d'adaptation dont on dispose. Le cadre pourra également inscrire la notion de polyvalence dans certains référentiels de postes (fixer l'étendue du champ d'action, la nature et la fréquence de la polyvalence, les compétences requises, les conditions d'exercice...) et proposer les formations nécessaires à la réalisation de la polyvalence.

Enfin, le cadre sera le mieux à même de contrôler la bonne application de la polyvalence et de mesurer ses résultats en termes de qualité des soins (qui doit rester inchangée), d'organisation du travail (qui doit être plus souple), et de conditions de travail (qui doivent s'améliorer notamment par le biais d'une meilleure régulation de la charge de travail)

<p>Polyvalence= un objectif à négocier</p> <ul style="list-style-type: none"> -s'appuyer sur le personnel volontaire ayant de bonnes capacités d'adaptation -ou donner les moyens aux plus réticents de se former préalablement dans un objectif d'enrichissement professionnel -ne pas inscrire la polyvalence comme palliatif d'un sous-effectif chronique du personnel -encourager la cohésion d'équipes de proximité 	<p>Organisation consensuelle et cohérente</p> <ul style="list-style-type: none"> -circonscrire la polyvalence inter services à des secteurs prédéfinis (proximité de domaine ou de discipline médicale ou bien géographique) -organiser les remplacements impromptus -harmoniser les outils de travail sur l'ensemble des services : *un compte-rendu tapé de la visite du médecin (...) *des protocoles de soins uniformisés (...)
<p>Reconnaissance de la polyvalence</p> <ul style="list-style-type: none"> -valoriser la compétence de l'infirmière polyvalente -statut d'infirmière polyvalente à rémunérer en conséquence 	<ul style="list-style-type: none"> *un classeur sur l'organisation du service *des notices d'utilisation des matériels *un répertoire des règles et habitudes instituées *un rangement uniformisé de la pharmacie
<p>Communication Coordination/Concertation</p> <ul style="list-style-type: none"> -développer le travail en pluridisciplinarité -instaurer un dialogue cadres/équipes pour organiser les solutions de remplacement en fonction des compétences -investissement personnel accompagné par l'équipe 	<ul style="list-style-type: none"> -accompagner le remplaçant : *fonctionnement par binôme (1 titulaire du service et un remplaçant) *accueil personnalisé, même rapide pour les transmissions des informations essentielles *éviter les remplacements d'une journée *ne pas déplacer indûment les personnels *promouvoir un changement de service tous les cinq ans
<p style="text-align: center;">Formation</p> <ul style="list-style-type: none"> -recyclage des infirmières sur les gestes à effectuer en remplacement -cours par des médecins sur les pathologies, sur les techniques de soins -stages pratiques en double avec le titulaire en dehors des situations de crise -augmenter le nombre d'heures de stage en formation initiale 	

Tableau « méthode de mise en place de la polyvalence »²³

Voici un tableau que l'on peut considérer comme un guide de bonnes pratiques dans la réalisation de la polyvalence.

²³ Drevet, Géraldine, « Polyvalence : pour ou contre ? », in *Objectif soins*, n°111, décembre 2002.

L'articulation entre la politique de mobilité de l'établissement et la mobilité intra pôle

Il semble intéressant de favoriser la mobilité intra pôle, d'une part parce que si les agents sont mobiles dans le pôle ils seront plus aptes à être polyvalents, d'autre part parce que cela renforcera l'existence des pôles (entités encore relativement abstraites dans de nombreux établissements) et le sentiment d'appartenance du personnel à un pôle. La mobilité intra pôle risque, par ailleurs, d'être moins source d'appréhension que la mobilité d'un secteur à un autre ; la nouvelle gouvernance pourrait participer à la relance de la mobilité.

La gestion de la mobilité dans le pôle pourrait constituer un volet de la délégation de gestion. La délégation de gestion en matière de ressources humaines peut s'étendre au suivi du budget, à la gestion des mensualités de remplacement, à la gestion des affectations à l'intérieur du pôle, au choix des contractuels de remplacement, au plan de formation et à la gestion des affectations à l'intérieur du pôle. La gestion de la mobilité interne s'inscrit parfaitement parmi ces différents volets de la délégation de gestion. Une délégation de gestion dans ce domaine, si elle est encadrée, ne remet pas en cause l'uniformité de la position institutionnelle (la philosophie de la politique institutionnelle est posée au niveau de la direction) et permet de mettre en application le principe de subsidiarité. Introduire l'organisation de la mobilité dans la délégation de gestion pourrait en outre permettre d'alléger la gestion de la mobilité au niveau de la DSSI et de la DRH.

Le cadre de santé et le cadre administratif de chaque pôle pourraient fixer l'organisation de la mobilité dans le pôle en dehors des procédures existant pour l'établissement mais en respectant la position institutionnelle. La mobilité doit rester facultative pour être un facteur de motivation, elle doit être encadrée afin de demeurer un outil de valorisation de la compétence (pour accéder à une mobilité, il faut soit travailler depuis au moins deux ans dans la même unité soit avoir subi une mutation ou réintégration récente). La procédure retenue par le pôle doit être équitable, c'est à dire qu'elle doit permettre à tous les agents du pôle d'avoir accès à l'information et de postuler sur le poste s'ils remplissent les conditions requises. Un travail de communication devra être mené auprès des cadres pour éviter qu'ils ne restent sur des positions types « tu ne piques pas mes bons agents, je ne te pique pas les tiens ». Des possibilités de permutation entre deux agents, très difficiles à mettre en œuvre sur l'ensemble d'un établissement, pourraient être encouragées et voir le jour. La mobilité intra pôle pourrait être un objectif social de certains contrats de pôle, décliné en sous objectif d'accompagnement et de tutorat, de gestion des compétences, de satisfaction des agents mobiles et non mobiles .

Conclusion

La mobilité interne, perçue le plus souvent, soit comme une cible à atteindre à tout prix, soit comme un dysfonctionnement majeur dans la gestion du personnel, doit être réexaminée sous l'angle de ses objectifs. Six objectifs ont été identifiés : la régulation de la démographie paramédicale, l'adaptation à la logique du SROS, le suivi de l'évolution des métiers et des pratiques professionnelles, l'augmentation de la motivation, l'amélioration de la compétence, la valorisation de la polyvalence.

La politique du CHU de Reims n'identifie pas clairement ces 6 objectifs, et ne les atteint que partiellement. Une refonte de la politique, fondée sur des objectifs élargis, permettrait de donner plus d'ampleur à ce volet de la politique sociale de l'établissement. La procédure de mobilité gagnerait à être à la fois uniformisée, pour clarifier la position institutionnelle, et plus ciblée pour répondre à des problématiques différentes : mobilité pour raisons médicales et sociales, mobilité dite « classique », cas particulier de la mobilité des personnes travaillant dans les EHPAD.

Par ailleurs, trois axes principaux d'amélioration de la procédure actuelle ont été identifiés : l'équité, l'accompagnement et la communication. Il semble également intéressant de définir un volet polyvalence au sein de la politique de mobilité, volet nécessaire dans le contexte de la mise en place des pôles et de la création du nouvel hôpital. La mobilité intra pôle pourra, par ailleurs, faire l'objet d'une délégation de gestion et ses modalités pourront être intégrées comme objectifs du volet social dans certains contrats de pôle. La nouvelle gouvernance sera ainsi un levier pour la politique de mobilité, la politique de mobilité un catalyseur de la formation et de l'existence réelle des pôles.

Bibliographie

➤ **Ouvrages**

Benner, Patricia, *De novice à expert : excellence en soins infirmiers*, InterEditions, Paris, 1995.

Chedeville, Patricia, *La mobilité au service de la polyvalence : un enjeu pour le directeur des soins*, Mémoire de l'ENSP, 2002.

Dietrich, Anne, Pigeyre, Frédérique, *La gestion des ressources humaines*, Repères La Découverte, Paris, 2005.

Gilbert, Patrick, *La gestion prévisionnelle des ressources humaines*, Repères La Découverte, Paris, 2006.

Giqueaux, Florence, *De l'épreuve à l'œuvre, Regard sur le développement des compétences des soignants en milieu hospitalier*, L'Harmattan, Savoir et Formation, Paris, 2001.

Sandret, Arnaud, *La mobilité interne au centre hospitalier Bretagne Atlantique, Comment valoriser la mobilité inter-services pour l'intégrer à une politique de ressources humaines ?*, Mémoire de l'ENSP, Rennes, 2005.

Observatoire national des emplois et métiers de la fonction publique hospitalière, *Facteurs d'évolution probable à moyen et à long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics impactant les ressources humaines et les organisations*, mars 2007.

➤ **Revue**

Audric, Sophie, Niel, Xavier, « La mobilité des professionnels de santé salariés des hôpitaux publics », *DREES, Etudes et Résultats*, n°169, avril 2002.

Drevet, Geraldine, « La polyvalence, une réponse stratégique et organisationnelle à promouvoir », *Gestions hospitalières*, février 2001, n°403.

Drevet, Géraldine, « Polyvalence : pour ou contre ? », *Objectif soins*, décembre 2002, n°111.

Le Lan, Romuald, « Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail » , *DREES, Etudes et Résultats*, n°373, février 2005.

Liste des annexes

Annexe 1 Grille d'entretien « responsables des pools»

Annexe 2 Grille d'entretien « aide-soignantes et infirmières non mobiles »

Annexe 3 Grille d'entretien « aide-soignantes et infirmières mobiles »

Annexe 4 Grille d'entretien « responsables de la mobilité, directeurs des soins, directeurs des ressources humaines »

Annexe 5 Grille d'entretien « cadres de santé ayant mis en place la polyvalence dans leur service »

ANNEXE 1

Grille d'entretien « responsables des pool »

1) Qui sont les agents du pool ?

- Quels types d'agents sont présents dans le pool (IDE/AS/ASH/médico-techniques) ?
- Comment sont recrutées les personnes du pool ? Quel profil est favorisé : les débutants, les nouveaux embauchés qui ont déjà une expérience ailleurs, des personnes qui viennent des services dans le cadre d'une mobilité (forcée ou volontaire) ?
- Ne pensez-vous pas que des agents déjà expérimentés seraient opérationnels plus vite ?
- Quel est le degré d'expertise des personnes qui travaillent au pool ? Le même que dans les services, moins bon, meilleur ?
- Comment sont perçus les agents du pool dans les services (hiérarchie officielle) ?

2) La mobilité

- Quelle est la durée moyenne qu'un agent passe au pool avant d'avoir un emploi dans un service et/ou inversement ?
- Y a-t-il des personnes qui passent leur vie professionnelle dans le pool ?
- Quelle politique est favorisée ?
- Quels sont les souhaits des agents sur ce sujet ?
- Que pensez-vous de la politique de mobilité de l'établissement ?

3) Organisation

- Comment est organisé le pool : regroupement par spécialités, existence de services différenciés ?
- Quels types de remplacement effectue le pool ?
- Combien y a-t-il de cadres ?
- Quel est l'effectif du pool ?

4) Politique

- Quelle est votre politique en tant que responsable du pool ?
- On m'a dit que vous aviez revalorisé l'image du pool auprès des agents, comment avez-vous fait ?

ANNEXE 2

Grille d'entretien « AS et IDE non mobiles »

- Où avez-vous travaillé auparavant ?
- Depuis combien de temps êtes-vous IDE ou AS ?
- Pourquoi avez-vous choisi le CHU de Reims ?
- Pourquoi n'avez-vous jamais fait de mobilité ?
- Quels sont selon vous les avantages et les inconvénients de l'absence de mobilité ?
- Que pensez-vous de la compétence des agents mobiles ?
- Comment définissez-vous votre rôle au sein de votre équipe ?
- Certains hôpitaux ont mis en place un certain degré de polyvalence entre les unités à l'intérieur d'un pôle, grâce notamment à un renforcement de la formation. Q'en pensez-vous ?
- Que pensez-vous de la politique de mobilité interne de l'établissement en termes d'information (en général et par le cadre lors de l'entretien d'évaluation), de réactivité, de politique (mobilité volontaire notamment) ?
- Vous a-t-on parlé de la mobilité lors de votre entretien de recrutement ?

ANNEXE 3

Grille d'entretien « AS et IDE mobiles »

- Où avez-vous travaillé auparavant ?
- Depuis combien de temps êtes-vous IDE ou AS ?
- Pourquoi avez-vous choisi le CHU de Reims ?
- Quels sont les avantages et les inconvénients de la mobilité ?
- Que vous apporte la mobilité ? Et plus particulièrement en termes de compétences ?
- Souhaiteriez-vous que plus d'agents soient mobiles ? Pourquoi ?
- A votre avis, pourquoi la majorité des agents n'est pas volontaire pour la mobilité interne ?
- Vous a-t-on parlé de la mobilité lors de votre entretien de recrutement ?
- Vers quels types de services vous orientez-vous prioritairement ? Pourquoi ?
- Etant donné votre propension à la mobilité, comment définissez-vous votre rôle au sein de votre équipe ?

ANNEXE 4

Grille d'entretien « responsables de la mobilité, directeurs des soins, directeurs des ressources humaines »

1) Philosophie

- Avez-vous formalisé une politique de mobilité interne ?
- Le recrutement externe est-il favorisé par rapport à la mobilité interne ?
- Le personnel est t-il défavorable à la formalisation de la politique de mobilité ? Pourquoi ?
- Les médecins sont-ils défavorables à la formalisation de la politique de mobilité ? Pourquoi ?
- Les cadres seraient-ils favorables à la définition d'une politique formalisée ?

2) Modalités de mise en œuvre

- Quels ont les chiffres de la mobilité ? Quel pourcentage du personnel est concerné ? Quel type de personnel ? Pourquoi ?
- Y a t-il une publication des postes vacants ? A quelle périodicité ?
- Comment est réalisée la sélection des candidats quand plusieurs agents postulent sur le même poste en interne ?
- Existe t-il une possibilité de stage découverte (un à deux jours dans un service) ou d'observation (3 jours à une semaine) dans un autre service ?
- Existe t-il des formes de tutorat pour faciliter l'intégration des nouveaux arrivants dans les services ?
- Y a-t-il une prise en compte de la mobilité interne dans la définition des programmes de formation continue ?

3) Résultats

- Quel est le taux d'absentéisme dans votre établissement ?

- Lorsque la mobilité est une nécessité (restructuration de service, maladie), comment le vivent les agents ?

- Quels sont les avantages et les inconvénients de l'absence d'une formalisation de la politique de mobilité interne dans votre établissement ?

- Quelle politique mettez-vous en place pour motiver le personnel, rendre plus attractifs les postes proposés par votre établissement ?

- Quelle politique est menée pour favoriser la poly compétence des agents et le décroisement des services ?

- Remarques complémentaires