



EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire
social et médico-social**

Promotion : **2019- 2020**

Date du Jury : **novembre 2020**

**La mobilité interne :
Un levier managérial de
développement des compétences**

Sabine CARRETERO

Remerciements

Nous tenons à remercier particulièrement Arnaud Campéon, enseignant de l'EHESP, premier interlocuteur de notre réflexion, pour ses précieux conseils dans la phase de démarrage dans un contexte inédit de crise sanitaire, il a permis un cheminement de la pensée et surtout il a su donner du sens et de la motivation à ce travail.

Nous remercions chaleureusement la directrice de l'EHPAD maître de stage, ainsi que tous les professionnels rencontrés qui se sont exprimés sur le sujet avec beaucoup de disponibilité et de professionnalisme.

Nous sommes reconnaissante envers notre conseiller en parcours de formation, qui nous a épaulée dans ce travail, il a toujours su rassurer, motiver. Sa disponibilité en temps de crise sanitaire n'a pas été comptée et nous mesurons combien cet investissement a permis de continuer d'avancer malgré les doutes, les angoisses.

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à Marilyne Touffet, collègue de promotion mais avant tout une amie, qui a su trouver les mots de motivation pour mener à terme ce travail.

Enfin ce travail a été soutenu sans faille par notre famille qui même loin a toujours cru à notre projet professionnel et a su trouver les mots d'encouragement et de soutien. Je les remercie tous infiniment.

Nous dédions ce travail à notre maître du stage extérieur avec qui nous avons beaucoup appris et qui nous a quittés le 30 avril 2020 après un combat contre une longue maladie.

Sommaire

Introduction	1
1 L'EHPAD d'aujourd'hui : une évolution constante et rapide.....	9
1.1 Une organisation sectorisée	9
1.1.1 L'EHPAD Y: une organisation représentative de la sectorisation	9
1.1.2 Le public accueilli.....	10
1.2 Le travail d'équipe : une organisation formalisée	13
1.2.1 Des équipes dédiées et spécialisées par secteur.....	13
1.2.2 Une adaptation nécessaire à l'évolution des EHPAD	17
2 Promouvoir une organisation de travail apprenante	21
2.1 La mobilité, un concept protéiforme	21
2.1.1 La mobilité : une réponse aux enjeux internes de gestion des ressources humaines	21
2.1.2 De la compétence à la polyvalence, préface de la mobilité	30
2.2 Les enjeux stratégiques de la mobilité	33
2.2.1 Comment relever le défi de la compétence	33
2.2.2 Une organisation capacitante en faveur de la mobilité	38
3 Les pistes de recommandations.....	43
3.1 Les enjeux du parcours professionnel interne.....	43
3.1.1 La communication clé de la réussite	43
3.1.2 Une dynamique formalisée du parcours gradué.....	45
3.2 Un plan d'action partagé.....	49
3.2.1 Le nécessaire respect de l'équité et la transparence	49
3.2.2 Un parcours intégrant la formation et l'accompagnement	50
Conclusion	53
Bibliographie	55
Liste des annexes.....	59

Liste des sigles utilisés

AMP: Aide Medico Psychologique

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

AS: Aide-Soignant(e)

ASG : Assistant(e) de Soins en Gériatrie

ASH : Agent des Services Hospitaliers

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CTE: Comité Technique d'Etablissement

CV: Curriculum Vitae

CVS : Conseil de Vie Sociale

DESSMS : Directeur (trice) d'Etablissement Sanitaire, Social, et Médico-Social

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DRH : Direction des Ressources Humaines

EHESP : École des Hautes Études de Santé Publique

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées dépendantes

FFCS : Faisant Fonction Cadre de Santé

GIR : Groupe Iso Ressource

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

IDE : Infirmier (e) Diplômé(e) d'État

IFSI: Institut de Formation en Soins Infirmiers

PASA : Pôle d'Activité et de Soins Adaptés

RH: Ressources Humaines

UCC : Unité Cognitive Comportementale

UHR : Unité d'Hébergement Renforcé

Introduction

Pour un célèbre homme politique¹ :

« Mobilité et stabilité ne sont pas antinomiques : un cycliste n'est stable sur sa bicyclette qu'en avançant ».

Pour Henry Mintzberg les limites de la taylorisation des organisations sont critiquables :

« La spécialisation n'est pas une panacée, loin s'en faut ; au contraire, la spécialisation du travail est la source de nombreux problèmes, notamment de communication et de coordination »²

Mises à part ces citations célèbres, la mobilité est un sujet qui révèle beaucoup de subjectivité et de controverses auprès des professionnels. Les visions s'affrontent selon les individus, que nous soyons dans des missions opérationnelles ou dans des missions managériales. Pour autant, la mobilité semble s'avérer être un outil de gestion de ressources humaines, qu'elle soit formalisée au travers de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, ou qu'elle soit l'outil de gestion de l'absentéisme ou de régulation du temps de travail. Dans ce dernier cas, la mobilité apparaît comme insatisfaisante, palliant ponctuellement et sans stratégie véritable une gestion de ressources humaines défailante.

Le rôle de la direction d'un établissement est de ce fait de proposer une réflexion constructive de la mobilité interne, et ce, afin de s'adapter aux évolutions organisationnelles et professionnelles de l'établissement. Définir les objectifs de la mobilité interne, ainsi que les moyens mis en place pour y répondre sont des enjeux majeurs dans le management actuel des EHPAD. Face à la pénurie de professionnels, face aux recrutements de nouvelles générations de professionnels, face à un absentéisme important, nous sommes invités à proposer des modes de fidélisations, des modes organisationnels donnant du sens et de la valeur aux métiers de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

¹ Jacques Chirac

² MINTZBERG, Henry. Structure et dynamique des organisations. Paris : Editions d'organisation, 1982, p. 90.

Pour Erwan Ollivier³, les organisations des établissements médico-sociaux reposent sur des compétences multiples. C'est la mise en articulation de l'ensemble des fonctions qui contribue au management de la performance. Et, l'enjeu est de répondre à l'évolution des missions des EHPAD, tout en développant la performance dans la gestion des ressources humaines et la qualité des accompagnements proposés.

En effet, aujourd'hui les EHPAD apparaissent comme les établissements de dernier recours pour les personnes âgées dont le maintien à domicile a épuisé toutes les solutions d'accompagnement, les missions se spécialisent. Le public accueilli présente une augmentation de la dépendance, avec une entrée de plus en plus tardive et une exigence d'accompagnement de qualité toujours recherchée pour les aînés.

Ainsi les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sont confrontés à de nombreuses réorganisations et à l'évolution d'un public accueilli avec une prégnance des maladies neurodégénératives et démences. Ces changements se produisent dans un contexte où l'attractivité du secteur fait défaut.

De fait, nous observons, une organisation sectorisée dans la plupart des EHPAD, avec des services classiques, dont la mission est d'accompagner la grande dépendance physique, et des services spécialisés ou protégés qui se concentrent dans l'accompagnement de personnes présentant des troubles neurodégénératifs ou des démences. Les compétences demandées pour mener à bien ces missions évoluent et se spécialisent en parallèle. Au sein des établissements, les équipes de professionnels, se fixent dans leurs missions et se sectorisent au rythme de la répartition en services, secteurs ou quartiers, du public accueilli. Des expertises professionnelles sont développées, s'adaptant ainsi aux typologies des résidents accueillis.

En conséquence, une recherche d'efficience des organisations au travers d'une réflexion sur le développement d'une politique de mobilité interne a fait l'objet d'une des missions confiées pendant le stage de professionnalisation. Plus précisément, à l'occasion d'une réorganisation des secteurs de l'établissement, et un questionnaire dédié aux équipes soignantes portant sur leur souhait d'affectation, le constat d'une mobilité empêchée a émergé.

³ Michel Louazel, Alain Mourier, Erwan Ollivier, Roland Ollivier, sous la direction de presses EHESP 2018, le management en santé, préface de Cécile Courrège, Gestion et conduite des organisations en santé.

En effet, plusieurs soignants affectés en secteur spécialisé ont émis le souhait d'être positionnés dans les secteurs classiques, cependant les professionnels des secteurs classiques ne souhaitent modifier leur affectation. Pour autant, les arguments en faveur de ces changements devaient être pris en compte tant ils étaient liés à l'expression de la pénibilité, de la perte de sens, de l'épuisement professionnel de certains, d'être depuis des années en secteur spécialisé où la charge mentale, le stress, étaient devenus insupportables. Cela entraînait une crainte de maltraitance de la part des soignants. Et, d'un autre côté, nous ne pouvons pas ignorer les arguments contraires qui mettaient en avant la nécessité d'avoir des compétences spécialisées pour être dans l'accompagnement de personnes atteintes de maladies neurodégénérative ou démentes.

De ce constat, et de ces freins à organiser une politique de mobilité, plusieurs questions se sont posées.

Après avoir effectué des recherches empiriques, la problématique qui s'est dégagée est la suivante :

En quoi la mobilité interne peut-elle être un levier managérial stratégique propice au développement des compétences des agents ?

De cette problématique, deux hypothèses se sont imposées :

- Une organisation adaptée et novatrice favorisant l'autonomie des opérateurs permet le développement des compétences et la mobilité interne
- La mobilité interne est un levier managérial à développer et à instituer dès le recrutement pour favoriser le développement des compétences.

Dans un premier temps, nous dresserons le panorama des EHPAD en contextualisant la situation, la deuxième partie sera consacrée à éclairer la mobilité interne au sein des établissements pour personnes âgées, enfin les pistes de recommandations clôtureront ce travail.

Méthodologie :

La méthodologie prévue :

Le terrain de référence sera les EHPAD, les professionnels des EHPAD et les résidents des EHPAD. (La politique de mobilité va impacter les organisations des EHPAD), afin de réaliser un recueil de données satisfaisant, l'étude va viser les directions des EHPAD, les équipes soignantes et les résidents. L'EHPAD collabore avec les EHPAD du département

où nous avons effectué le stage, soit 35 au total à travers une association A, avec l'accord de notre maître de stage ces 35 EHPAD seront le principal terrain d'enquête.

Entretiens direction :

Enquête des directeurs d'EHPAD sur la politique de mobilité interne :

- Construction de questionnaire sur l'existence d'une politique de mobilité et les données de pilotage. Envoi du questionnaire au réseau A .

Test du questionnaire auprès de notre maître de stage avant diffusion.

⇒ Données de pilotage (absentéisme, recrutement, organisation, avis sur la mobilité, volet financier du dispositif de mobilité) : le but est de recueillir leur opinion sur la mobilité, les freins et les leviers en termes de management.

Entretiens professionnels :

Enquête auprès des professionnels (AS, AMP, ASG) de deux EHPAD (un avec une politique de mobilité, un autre sans politique de mobilité, et des entretiens auprès de représentants du personnel Donc environ 5-10 entretiens au total.

-Entretiens semi-directifs : les freins et les leviers pour la mobilité. L'évaluation de la qualité des accompagnements.

- Les entretiens seront enregistrés avec l'accord des agents et retranscrits dans leur intégralité, afin de procéder à l'analyse.

Entretiens résidents :

Entretiens semi-directifs :

- Auprès des résidents, entretiens avec les représentants des usagers (présidents des CVS et membres du CVS. L'objectif est de recueillir leur avis entre stabilité et mobilité du personnel d'accompagnement.

⇒ Qualité de l'accompagnement : les éléments favorisants

⇒ La stabilité des professionnels : conséquences

⇒ La mobilité des professionnels : conséquences

- Les entretiens seront enregistrés avec l'accord des usagers et retranscrits dans leur intégralité afin de procéder à l'analyse

L'objectif de ce recueil de données est d'objectiver au travers des différents points de vue, la pertinence d'une politique de mobilité interne. Les aspects : organisationnels, qualité de vie au travail, qualité de l'accompagnement, gestion RH et finances seront interrogés.

La méthodologie réellement mise en œuvre :

L'impact de la Covid-19 est venu modifier la méthodologie prévue. Si la méthodologie pensée en amont nous semblait pertinente au regard du thème traité, nous avons été obligée de l'adapter pour répondre à une situation de crise sanitaire qui nous a mobilisée pendant de longs mois et qui a empêché la disponibilité des interlocuteurs identifiés en amont.

Ainsi, pour mener à bien ce travail, nous avons réalisé des entretiens téléphoniques avec des acteurs (soignants, cadres de santé, directeurs) du réseau de l'EHPAD où nous avons effectué le stage. Nous avons pris en note les réponses et construit un journal de bord, sur lequel nous nous sommes appuyée pour réaliser ce travail. Notre réseau professionnel (soignants, cadres de santé et deux directeurs d'EHPAD) a été sollicité par mail, avec uniquement le thème de la mobilité et des compétences, pour recueillir leurs avis, leur représentation, leurs expériences. De nombreuses propositions de lectures, de documents ont permis, d'étoffer la bibliographie et enrichir notre réflexion.

Pour autant, le matériel empirique recueilli a été considérablement réduit, par rapport à celui prévu en méthodologie initiale.

Des questionnaires (soignants, encadrement, et résidents) ont été proposés dans deux EHPAD. (*Annexe 2 page 61*). Ainsi, une analyse quantitative et qualitative a pu être réalisée. Le choix des questionnaires s'explique par le contexte de la crise sanitaire, la disponibilité des acteurs de terrain étant amoindrie.

Ce travail s'appuie sur quatre matériaux empiriques différents :

- un journal de terrain dans lequel ont été recueillis les entretiens formels et informels au cours du stage
- un registre d'observation alimenté au cours de différentes réunions (conseil d'administration, CHSCT, CTE, réunion de direction, cellule de crise, conseil de la vie sociale)
- l'analyse des questionnaires
- les résultats d'un focus groupe : issus d'un travail réalisé à la demande de la directrice de l'EHPAD, dans le cadre d'une gestion de conflit inter-équipe. Ce travail a consisté à élaborer des groupes de 4 ou 5 professionnels (AS, ASH, IDE) permettant les échanges sur la représentation des métiers, sur le travail d'équipe et sur les organisations. Même si à la base ce travail ne portait pas sur la mobilité interne et le développement des compétences, les éléments exprimés et la synthèse faite ont permis de dégager des pistes de réflexions pour ce travail de recherche. Des verbatim seront utilisés au cours de la rédaction du mémoire.

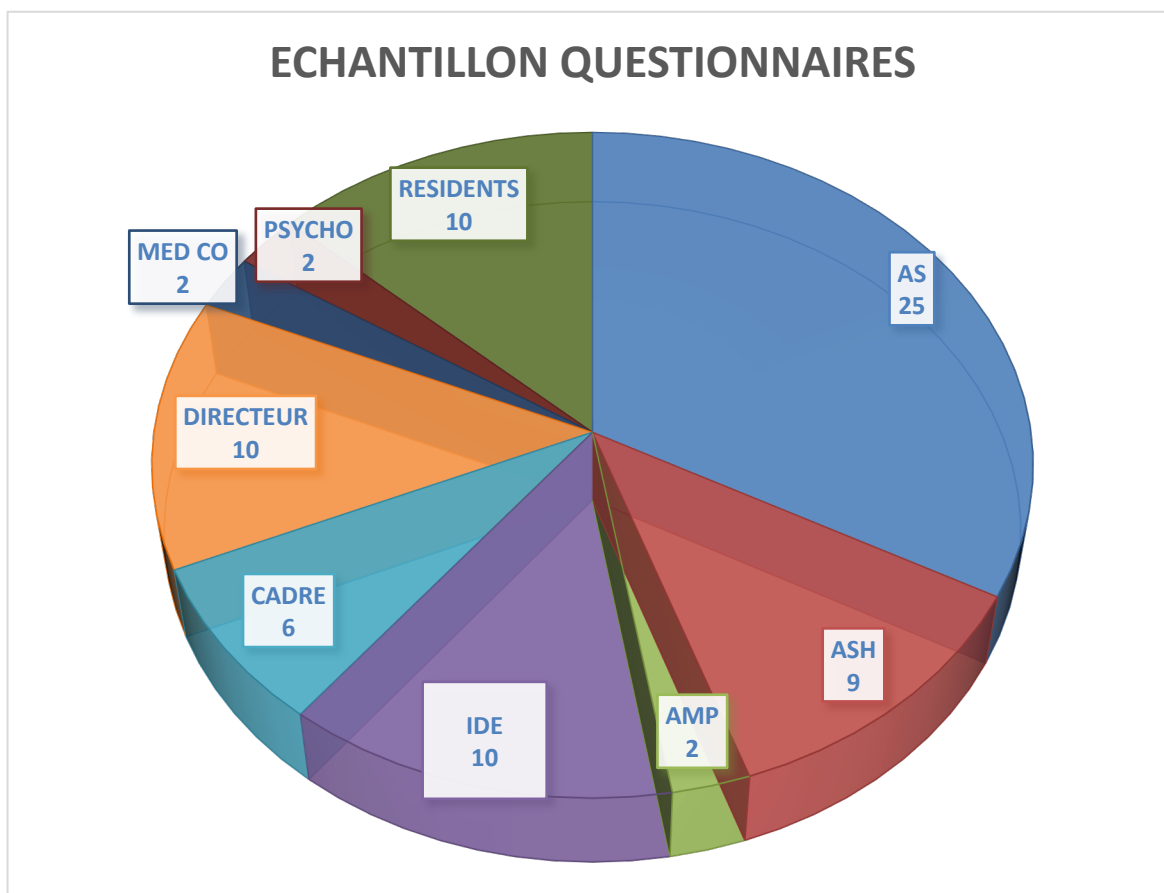
Ce travail trouve donc ses limites, dans les conditions dans lesquelles il s'est déroulé, avec un début tardif, une disponibilité moindre, des terrains d'enquêtes indisponibles, une insuffisance d'apport méthodologique pour raison de fermeture d'école, ainsi que l'impossibilité d'accéder à la bibliothèque.

A ce stade d'élaboration d'une méthodologie adaptée, nous avons rencontré une période de grand doute, mais les mots encourageant du conseiller en parcours de formation ont permis d'accompagner ce travail :

« Cette crise nous a appris à nous directeurs, qu'il faut savoir mener à bien nos projets avec humilité et sans forcément aller au fond des choses comme on l'aurait aimé. On passe sur certains critères qui nous semblaient indispensables avant, un directeur doit continuer à avancer quelles que soient les circonstances et savoir s'adapter »

C'est ce que modestement nous avons tenté de faire tout au long de la construction de ce mémoire.

L'échantillon questionné se répartit comme suit :



Les chiffres de cette répartition correspondent au nombre de personnes ayant répondu. Le faible taux de questionnaires ne permettait pas d'établir des pourcentages représentatifs dans le contexte de cet échantillon.

Cette répartition prend en compte les réponses aux questionnaires reçus : 100 distribués ou envoyés (toute fonction confondue) : 76% de taux de réponse. L'échantillon est représentatif des métiers en EHPAD.

Dix résidents pour lesquels un questionnaire a été établi en amont, mais a aussi fait l'objet d'une rencontre physique avec un échange plus ouvert. L'enquête auprès des résidents n'a pu se faire que dans l'EHPAD du lieu du stage.

Dix directeurs d'EHPAD, à qui le questionnaire a été transmis par mail. Il s'agit d'EHPAD public ou associatif à but non lucratif, dans trois régions différentes (Nouvelle Aquitaine, Bretagne, Occitanie). A noter que 100% des directeurs destinataires du questionnaire ont répondu. Le questionnaire pour les directeurs a été testé par notre maître de stage, afin de s'assurer de la lisibilité des questions.

Rappelons les limites de cette enquête, qui n'a concerné pour les professionnels, que deux EHPAD différents. Les entretiens prévus sur site n'ont pas pu être réalisés, certains se sont fait par téléphone, les échanges peuvent avoir rencontré certaines réserves sans une présentation physique préalable. De plus, les entretiens n'ont pas pu être enregistrés, ils ont fait l'objet de notes prises pendant l'entretien, et lorsque les réponses aux questions permettaient d'appuyer un point de vue pertinent pour le sujet traité, elles ont fait l'objet de reformulation et de notes précises valant de verbatim. Les entretiens téléphoniques ont duré trente minutes en moyenne.

1 L'EHPAD d'aujourd'hui : une évolution constante et rapide

1.1 Une organisation sectorisée

1.1.1 L'EHPAD Y: une organisation représentative de la sectorisation

L'EHPAD Y est un établissement public autonome situé dans une commune de 900 habitants au dernier recensement. Un château est à l'origine de l'EHPAD Y aussi appelé Résidence. Son bâtiment principal date du dix-huitième siècle.

Le château et sa métairie, qui appartenaient à un pharmacien, ont été légués à la commune en 1890 pour la création d'un hôpital, des religieuses s'y succéderont jusqu'en 1979. L'établissement passera sous statut public en 1932 et sera transformé en maison de retraite publique en 1984. En 1992, une crèche est créée dans un bâtiment rénové attenant.

La Résidence devient établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) le 28 novembre 2002.

Depuis, de nombreux travaux et transformations ont permis d'adapter le bâtiment afin de répondre aux besoins des personnes accueillies.

L'EHPAD, aujourd'hui est organisé en quatre quartiers sur deux niveaux. Au rez-de-chaussée il est composé de deux quartiers classiques : **M** (20 chambres) et **C** (17 chambres). A l'étage sont localisés deux quartiers : **H** (secteur classique de 19 chambres) et **B** (secteur protégé de 28 chambres). Le pôle d'activité et de soins adaptés (PASA) de 14 places est au rez-de-chaussée et en rez-de-jardin l'accueil de jour de 6 places

Depuis une dizaine d'années, cinq réorganisations importantes ont été mises en place répondant à une augmentation de la charge de travail, avec un public de plus en plus dépendant, mais également devant des demandes d'admissions fréquentes pour des personnes atteintes de maladies neurodégénératives ou démences (60 à 70% des demandes). Et, d'un accueil sur tout l'établissement, progressivement les admissions se sont centralisées dans un quartier unique « **B** ». La dernière réorganisation date de janvier 2020, ainsi toutes les personnes atteintes de maladies neurodégénératives ou démences sont regroupées au sein de ce quartier.

C'est également, dans cette configuration que le pôle d'activité de soins adaptés (PASA) est organisé. Ce pôle répond à des critères dictés par l'autorité de tarification et parmi eux,

l'obligation de professionnaliser les accompagnements. Des professionnels spécialement formés aux techniques de soins et de communication adaptées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies neurodégénératives interviennent dans le PASA. L'équipe est composée d'un ergothérapeute, d'assistants de soins en gérontologie, et d'un psychologue pour les résidents et leurs familles.

Ainsi, pour travailler dans ce quartier, des compétences spécifiques, ainsi que des aptitudes relationnelles sont indispensables. Les formations initiales des aides-soignants sont généralistes, et un perfectionnement s'avère nécessaire. Pour autant, le constat de pénurie vient confronter cette volonté de professionnalisation. Il convient d'admettre que les recrutements s'avèrent de plus en plus difficiles :

« Aujourd'hui quand je reçois un CV, je l'appelle immédiatement, et souvent nous le recrutons, avant on avait une liste de CV, maintenant, on n'en a pas et c'est bien dommage, mais on recrute ce qu'on peut, pas ce qu'on veut »

Une responsable Ressources Humaines d'un EHPAD.

En tout état de cause, les équipes sont dédiées à un quartier, avec des professionnels qui y sont affectés soit par choix, soit par obligation. Certes des formations sont organisées au sein de l'établissement, cependant, elles ne répondent pas entièrement aux besoins. Libérer du personnel pour les former, n'est pas simple d'après la responsable RH, il faut pallier l'absentéisme important (12%) et souvent alors qu'il y a 10 à 12 inscrits, seule la moitié des effectifs est présente. Cela pose la question des possibilités de formation et du ratio de personnel pouvant en bénéficier.

L'EHPAD est situé dans une zone rurale, entouré de plusieurs établissements pour personnes âgées. Les recrutements font aussi face à la concurrence des employeurs qui sont tous confrontés aux mêmes problématiques.

1.1.2 Le public accueilli

Le secteur de la personne âgée est en mutation constante. Les dossiers de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS) sur les conditions de travail en EHPAD, décrivent le contexte dans lequel évoluent les professionnels. On peut lire l'évolution vers une médicalisation accrue qui doivent répondre aux besoins croissant d'un public de plus en plus âgé. En France, fin 2015, 728 000 personnes fréquentent un établissement d'hébergement pour personnes âgées ou y vivent, soit 10 % des personnes âgées de 75 ans ou plus et un tiers de celles âgées de 90 ans ou plus. Huit

sur dix sont accueillies en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). L'hébergement temporaire ou l'accueil de jour concernent 4 % des personnes âgées accompagnées. Les résidents sont de plus en plus âgés : la moitié a plus de 87 ans et 5 mois, contre 86 ans et 5 mois fin 2011.

Âge moyen à l'entrée des résidents en 2015, selon le type d'établissement

Catégorie d'établissement et statut juridique	Nombre de personnes entrées au cours de l'année 2015	Moyenne	Dispersion		
			Premier quartile	Médiane	Troisième quartile
Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	246 300	85 ans et 8 mois	82 ans	86 ans et 11 mois	90 ans et 11 mois
EHPAD privés à but lucratif	65 640	86 ans et 5 mois	82 ans et 11 mois	87 ans et 6 mois	91 ans et 4 mois
EHPAD privés à but non lucratif	66 730	85 ans et 7 mois	81 ans et 10 mois	86 ans et 9 mois	90 ans et 11 mois
EHPAD publics	113 940	85 ans et 3 mois	81 ans et 7 mois	86 ans et 7 mois	90 ans et 8 mois
EHPAD publics hospitaliers	52 460	84 ans et 9 mois	80 ans et 11 mois	86 ans et 3 mois	90 ans et 6 mois
EHPAD publics non hospitaliers	61 490	85 ans et 8 mois	82 ans et 2 mois	86 ans et 11 mois	90 ans et 10 mois
Logements-foyers	18 970	80 ans et 9 mois	75 ans et 4 mois	83 ans et 0 mois	87 ans et 10 mois
EHPA (non EHPAD)	5 000	84 ans et 8 mois	80 ans et 11 mois	86 ans et 4 mois	90 ans et 7 mois
Unités de soins de longue durée¹	20 860	83 ans et 8 mois	79 ans et 3 mois	85 ans et 3 mois	90 ans
Ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées	291 120	85 ans et 2 mois	81 ans et 5 mois	86 ans et 7 mois	90 ans et 8 mois

1. Établissements de soins longue durée et hôpitaux ayant une activité de soins de longue durée.
Lecture • Au cours de l'année 2015, 246 300 personnes sont entrées en EHPAD, à l'âge moyen de 85 ans et 8 mois. Un quart des résidents entrés cette année avaient moins de 82 ans et un quart avait plus de 90 ans et 11 mois. La moitié des entrants avait plus de 86 ans et 11 mois.
Champ • France, établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour. Résidents entrés dans l'établissement en 2015.
Source • DREES, enquête EHPA 2015.

Les femmes sont majoritaires et plus souvent seules que les hommes ; 91 % d'entre elles n'ont pas de conjoint. Les personnes accueillies en 2015 sont plus dépendantes qu'en 2011 : plus de huit sur dix sont classées en GIR 1 à 4 et 93 % des résidents n'étant pas hébergés en logement-foyer ont besoin d'une aide à la toilette.

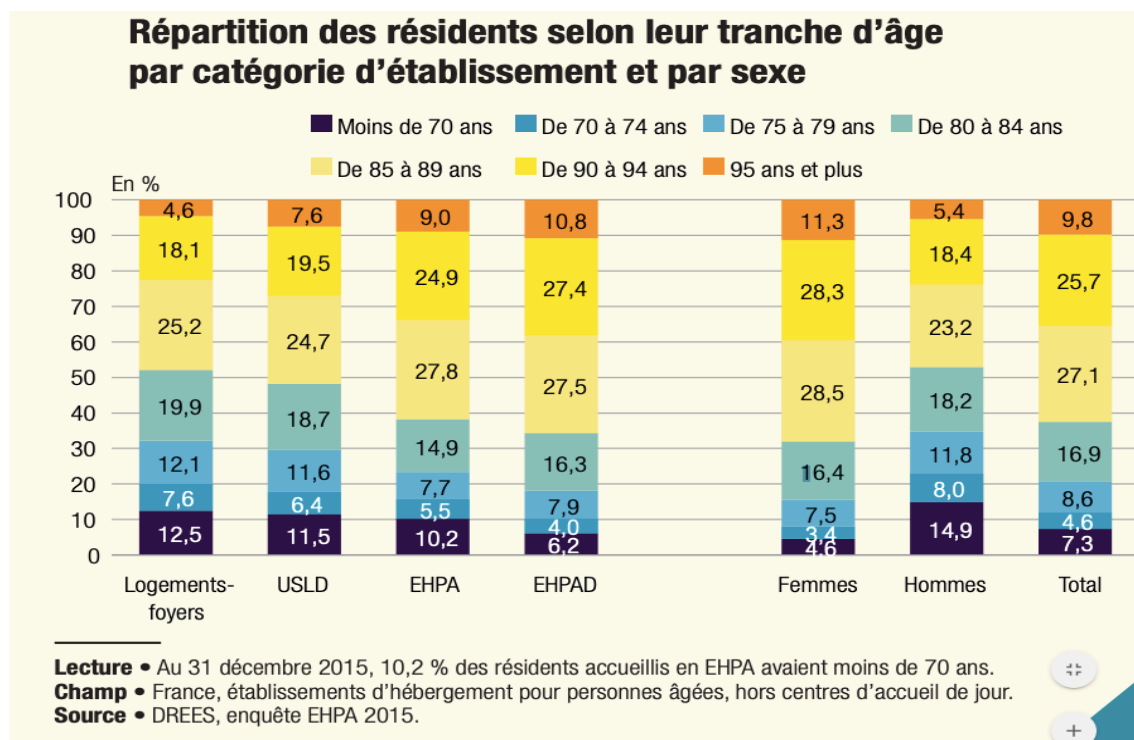
Enfin, parmi les résidents, près de 260 000 souffrent d'une maladie neurodégénérative. La population des établissements d'hébergement pour personnes âgées est en renouvellement permanent.

Ainsi, un quart des personnes accueillies au 31 décembre 2015 sont arrivées dans l'établissement au cours de l'année ; 55 % viennent de leur domicile ou de celui d'un proche. Un tiers des personnes ayant rejoint un établissement en 2015 l'ont quitté la même année.⁴

Cette entrée tardive est une chance pour la personne âgée, les politiques du maintien à domicile favorisent le vieillissement à la maison. Cependant, l'arrivée en EHPAD coïncide souvent avec une grande perte de l'autonomie qu'elle soit physique ou psychique. Cette médicalisation implique un renforcement de la qualification du personnel, garante de qualité

⁴ Etudes et Résultats de l'enquête DRESS 2015 publiés en juillet 2017
 Sabine CARRETERO - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - 2020

de l'accompagnement apporté. Nous constatons un recul de l'âge moyen d'entrée en établissement qui est passé de 80, 2 ans il y a 25 ans à 85, 06 ans en 2015⁵.



A la lecture de ce tableau, nous pouvons retenir que pour les EHPAD, 65,7% des personnes accueillies ont plus de 85 ans.

Au 1^{er} janvier 2016, 66,6 millions d'habitants sont comptés en France. L'avancée en âge des générations du baby-boom, ainsi que l'allongement de la durée de vie des français accentuent le vieillissement de la population. En effet, les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 18,8% de la population. Concernant les personnes âgées de plus de 75 ans représentent près d'un habitant sur dix au 1^{er} janvier 2016.

Comme établi précédemment, les EHPAD accueillent de plus en plus de personnes âgées dépendantes à l'autonomie réduite. Selon la DRESS plus du tiers d'usagers sont atteints de démence, et bénéficient d'une prise en charge spécifique en EHPAD pour des troubles cognitifs ou comportementaux (unités protégées, PASA, UHR, UCC). D'après le rapport de la caisse nationale de solidarité CNSA, les usagers en EHPAD présenteraient en moyenne huit pathologies (hypertension 59%, démence 55%, troubles du comportement 48% ; syndrome abdominal 44%, état dépressif 38%, dénutrition 27%, insuffisance cardiaque 21% et diabète 15%)

⁵ Direction Nationale Economie Sociale et solidarité_Observatoire des EHPAD, Avril 2015.

Les EHPAD accueillent également d'autres profils d'usagers avec des besoins différents comme les maladies neurodégénératives précoces, des handicaps. Cette évolution dans l'accompagnement demande de développer des compétences spécifiques et adaptées à la typologie du public accueilli. La question de compétence émerge, alors au travers de la réflexion sur la mobilité, soit qu'elle motive cette mobilité, soit qu'elle la freine au prétexte d'insuffisance ou d'inadaptation.

1.2 Le travail d'équipe : une organisation formalisée

1.2.1 Des équipes dédiées et spécialisées par secteur

Lorsque nous nous intéressons au travail d'équipe, il est nécessaire de définir dans un premier temps le terme équipe. Pour le dictionnaire Larousse, une équipe est ainsi définie :

« Groupe de personnes travaillant à une même tâche ou unissant leurs efforts dans le même dessein »

Dans l'ouvrage de Monique Formarier⁶ « Équipe, travail d'équipe », le travail d'équipe est défini selon Abrami et Cauvin comme suit :

Selon Abrami :

« Une équipe peut être définie comme étant un groupe de personnes interagissant afin de se donner ou d'accomplir une cible commune, laquelle implique une répartition des tâches et la convergence des efforts des membres de l'équipe ».

Selon Cauvin :

« Une équipe est le lieu où se développent les solidarités, où se renforcent les actions de chacun par le jeu des échanges, où s'unifie l'activité, où se crée un esprit commun ».

Lors d'un travail sur la cohésion d'équipe que nous avons réalisé au sein de l'EHPAD, la question du travail d'équipe a été débattue. Si la grande majorité des aides-soignants ont bien défini le travail d'équipe comme un travail de plusieurs individus qui ont un objectif commun, il en ressort que la particularité des membres qui composent une équipe influence les conditions de travail.

⁶ Formarier, M. (2012). Équipe, travail en équipe. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition* (pp. 180-182). Toulouse, France: Association de Recherche en Soins Infirmiers. doi:10.3917/arsis.forma.2012.01.0180.

« On se connaît bien, on n'a pas besoin de se parler, on va directement à l'essentiel ».

« Quand il y a un nouveau, on perd du temps, faut tout lui expliquer ».

Les protocoles, les procédures, les fiches de poste, les déroulés des tâches, sont formalisés au sein de l'EHPAD, mais nous pouvons constater qu'il existe toujours un écart entre travail prescrit et travail réel.

Les professionnels ont une marge d'autonomie, et c'est sur cette marge que les écarts se mesurent. En fonction de la formation, des expériences professionnelles, des représentations du métier, chacun s'approprie les organisations. La reproduction collective des pratiques n'est pas uniforme.

Ainsi former une équipe, c'est autant d'ingrédients différents qui doivent collaborer afin d'œuvrer vers l'objectif commun : l'accompagnement de qualité pour chaque résident, aussi unique dans leur besoin et leur personnalité. Si nous prenons une métaphore culinaire, les membres d'une équipe seraient les ingrédients d'une recette, leur mélange, leur temps de contact, leur ajout dans la recette doivent respecter une procédure établie pour donner un résultat final digeste et cohérent. Le travail d'équipe ne peut pas se décréter, il est le résultat d'un processus subtil, qui lorsqu'il donne satisfaction, il admet peu les changements.

Ce travail sur la cohésion d'équipe a révélé également l'attachement aux membres composant cette équipe et le sentiment d'appartenance, avec la crainte de

« Devenir un nouveau membre, ce n'est pas facile, souvent j'ai l'impression d'être, comme un cheveu dans la soupe ».

« Moi j'ai déjà changé d'équipe, c'est compliqué au début, il faut vraiment s'accrocher parce qu'on a l'impression de rien savoir-faire, on connaît pas les résidents, on a l'impression d'être un boulet ».

« Moi je n'y arrive pas, les fois où j'ai été remplacé dans d'autres quartiers, je me sentais inutile, je me rends compte que lorsqu'un nouveau débarque on n'est pas forcément sympa, on voudrait qu'il soit efficace comme nous mais bon.... »

Ces propos recueillis lors des focus groupe sont assez unanimes, sur 38 professionnels rencontrés, l'attachement à leur équipe a été clairement verbalisé, même si paradoxalement certains ont également listé les difficultés de :

« Supporter une collègue avec qui on s'entend pas, c'est le plus difficile pour moi, les résidents difficiles, les familles, ça, ça va, mais une collègue avec qui on s'entend pas, c'est invivable ».

« Heureusement que même au sein de mon équipe on tourne parce qu'avec certaines c'est difficile, on n'a pas la même façon de travailler ».

« Oui avec certains c'est quasiment impossible, ils se prennent pour le chef, je ne vois pas pourquoi, ils donnent des ordres, moi je fais mon boulot comme je veux, je me fiche des autres ».

Ces rencontres de travail ont permis de dégager les dynamiques d'équipe, qui se construisent sur des bases de collaborations, mais aussi d'affrontement, de concurrence, l'identification des leaders, avec le fonctionnement de groupes, les meneurs, les suiveurs, les fortes personnalités, les intravertis. Rappelons que les groupes de travail étaient constitués de professionnels de plusieurs quartiers différents, et chacun s'est exprimé de façon libre et directe.

Pour comprendre le concept travailler en équipe, il faut traiter le concept « équipe ». Ces deux concepts sont distincts et complémentaires. Le terme équipe a une étymologie qui remonte au Moyen Âge. Il était utilisé dans le langage des marins, il est alors synonyme d'équipage. Nous pouvons voir ici la forte symbolique du terme équipe, avec cette analogie au terme équipage qui fait souvent référence à la solidarité de ses membres.

Le travail d'équipe serait donc un ensemble d'individus, partageant des valeurs, des modalités d'actions, des process de réalisation d'actes poursuivant un objectif partagé. En d'autres termes plusieurs professionnels qui partagent une même finalité et un même but à atteindre, définit le travail d'équipe.

Lorsque nous avons réalisé un travail sur les représentations des métiers avec les AS, AMP, ASH et ASG dans le cadre de la mission sur la politique de mobilité nous avons rencontré en petit groupe de quatre professionnels pour échanger sur leur représentation, mais aussi sur leur définition de l'équipe et du travail d'équipe⁷.

⁷ Diaporama de synthèse en annexe

Pour les professionnels, une équipe se définit par un objectif commun, une complémentarité, de la solidarité et du respect du travail de chacun. Ils ajoutent que ce serait « idéal » si cette théorie correspondait à leur réalité. Les tensions, les mésententes, les discordes semblent être des éléments fréquents qui composent leur représentation de l'équipe. Les notions de formation initiale ou de compétences expérientielles sont également évoquées soit comme des leviers, mais aussi comme des freins. En effet, les professionnels indiquent qu'il est nécessaire d'avoir acquis des compétences spécifiques pour travailler en secteur spécialisé, ce secteur fermé reste opaque, de l'ordre de l'imaginaire parfois pour certains professionnels exerçant en secteur classique.

« Sincèrement ça fait 12 ans que je travaille ici, je n'ai jamais compris comment ils fonctionnent aux B, (quartier spécialisé) pour moi c'est des OVNIS, ils demandent toujours des renforts, ils sont déjà plus nombreux que nous, alors je ne comprends pas ce qu'ils font. »

Ces représentations engagent les directions des EHPAD dans des organisations favorisant le développement des compétences, et de transformer les freins en véritables leviers d'organisation performante.

D'après le dossier de la DRESS de 2016 sur les conditions de travail en EHPAD, le collectif de travail se situe entre solidarité et concurrence. Même si le travail en EHPAD est un travail collectif, la répartition des tâches répond à un processus particulier qui se répartit entre les tâches à accomplir et la cohésion des individus pour les réaliser. Cette répartition des tâches constitue à elle seule un enjeu majeur.

Dans une organisation sectorisée, les habitus se développent pour s'installer de façon formelle au travers de protocoles, procédures, ou règlement de fonctionnement. Même si la répartition se fait souvent de façon informelle et qu'elle repose sur une culture orale, elle peut souffrir d'un sentiment d'injustice sur la charge de travail par certains membres d'une équipe.

Le rôle de l'encadrement est de veiller à une formalisation de cette répartition des tâches tout en veillant à respecter les compétences nécessaires. Ainsi, les principes de partage du travail répondent obligatoirement à des règles institutionnelles.

Les soignants rencontrés et interrogés, au sujet de la définition d'une équipe, sont assez unanimes, une équipe fonctionne lorsque ses membres sont solidaires et font preuve de réciprocité dans cette charge de travail. La constitution des équipes n'est pas un gage de fonctionnement efficient, et lorsqu'un nouveau professionnel arrive ou lors de départ la

somme des individualités s'en trouve changée. Dans ce cas il s'agit de recréer une dynamique de groupe, de redéfinir les objectifs. Le rôle de la hiérarchie est primordial à ce niveau. Qu'il s'agisse du cadre de proximité ou de la direction, les équipes ne peuvent fonctionner que si la cohérence est observée à tous les niveaux décisionnels.

La mobilité interne vient interroger les dynamiques d'équipes. Elle ne peut pas être improvisée, ou informelle. Elle devra répondre à des règles connues de tous, faire preuve de transparence, mais au-delà s'adapter aux individus et aux collectifs propres à chaque établissement.

1.2.2 Une adaptation nécessaire à l'évolution des EHPAD

Ces éléments de contexte et empiriques, nous montrent à quel point l'alchimie du travail d'équipe est la conséquence d'un équilibre subtil et fragile. Un nouvel arrivant peut déséquilibrer ou favoriser la cohésion d'équipe, pour autant présager de l'impact de ces arrivées ou départs de professionnels au sein d'une équipe constituée n'est pas l'évidence du management.

Néanmoins, la compétence d'adaptation est primordiale, elle permet d'évoluer au sein d'organisations différentes en apportant son savoir-faire mais également son savoir-être. Ce qui semble toutefois nécessaire est de pouvoir mettre en œuvre les facteurs favorisant cette adaptation.

Comme décrit précédemment, le public accueilli évolue fortement, les professionnels arrivant dans le milieu du travail de l'accompagnement des personnes âgées ne ressemblent plus aux professionnels précédents. Citons à ce propos un directeur au sujet des nouveaux recrutés :

« Aujourd'hui, les jeunes diplômés ont beaucoup d'exigences, ils demandent un planning presque à la carte, la vie personnelle est leur préoccupation principale, en plus ils savent qu'ailleurs ils trouveront facilement, alors ils restent quelques mois et si ça ne leur convient pas, et ben ils partent. Ils ne sont pas attachés à l'établissement. C'est problématique, il va falloir qu'on invente une autre façon de manager ces professionnels, les règles, les normes, le cadre ne leur convient pas »

Nous faisons face à deux évolutions majeures, l'une concernant le public accueilli et la deuxième dirigée vers des professionnels dont les managements actuels ne sont plus adaptés. Les professionnels demandent de la reconnaissance, de l'autonomie :

« On nous dit toujours ce qu'on a à faire et comment il faut le faire, mais on connaît notre boulot, et puis c'est nous qui sommes auprès des résidents, on sait comment il faut faire, toutes ces procédures, protocoles c'est pas la vraie vie »

Une aide-soignante.

Concernant la mobilité interne, dont nous étudierons le concept ci-après, la vision ou la représentation des agents reste disparate, pour certains 80% (issu de l'analyse des questionnaires) c'est une nécessité, à condition qu'elle soit juste et pour tout le monde, elle permet de développer des compétences, une remise en question des pratiques, elle redonne du sens au travail, pour d'autres au contraire (20%) elle est inutile, juste intéressante pour les directions qui peuvent affecter les agents là où il y en a besoin. Elle ne permet pas de développer des compétences, puisque les affectations sont courtes et ponctuelles.

Néanmoins, au cours de ce travail de recherche, il nous a semblé important de croiser la politique de mobilité interne comme levier de management avec la problématique de recrutement et des nouveaux professionnels.

Quelques lectures ont pu venir éclairer par leur définition, ce qu'aujourd'hui les auteurs désignent comme les générations Y et avec lesquelles, les EHPAD vont devoir évoluer pour répondre à leur mission d'hébergement pour personnes âgées.

Pour Marie Desplats et Florence Pinaud dans leur ouvrage Manager la génération Y⁸⁸ :

« Les entreprises commencent à transformer leurs modes de management sous l'influence de la nouvelle génération. Ses débuts dans le monde du travail ont connu quelques heurts. Et c'est encore le cas aujourd'hui dans les entreprises les moins aptes à s'adapter au changement. Certains accusent encore parfois les nouvelles recrues et les jeunes diplômés de se montrer vraiment très différents de leurs aînés. On leur reproche de temps en temps d'être exigeants, infidèles, peu malléables et parfois même arrogants. On reconnaît leurs facultés d'adaptation, leur inventivité et

⁸⁸ Desplats, M., Pinaud, F. (2015). *Manager la génération Y*. Paris: Dunod.
doi:10.3917/dunod.pinau.2015.01.

leur rapidité. Mais on blâme leur indiscipline, leur impertinence et leur impatience. Ce sont les enfants des baby-boomers, ils ont de 20 à 35 ans, ils font partie de la génération Y ».

Elles expliquent que la génération Y :

« Nourris au régime numérique et habitués à être en permanence « connectés », les jeunes de 20-35 ans sont bien différents de leurs aînés. »

Ce bref aperçu de l'évolution des profils de professionnel permet de ne pas omettre l'incidence sur les modes de management et en particulier sur la mise en place des politiques de mobilité interne. Il est nécessaire également de rajouter un élément de contexte essentiel en termes de mixité de génération formant une équipe de travail.

En effet, pour Dominique Méda et Patricia Vendramin dans leur ouvrage Réinventer le travail⁹:

« Il y a un questionnement autour de la capacité de groupes d'âge différents à travailler ensemble dans une bonne compréhension mutuelle, avec, en filigrane, une hypothèse à tester qui est celle de la distanciation des jeunes à l'égard du travail et des conséquences que cela entraîne »

Or, comme il a été décrit précédemment, le fragile équilibre d'une équipe doit nous engager à une réflexion mesurée et prudente lorsque nous souhaitons développer des politiques de management. Nous développerons au chapitre 2.2.2 un modèle d'organisation novateur qui pourrait permettre de répondre à l'évolution nécessaire des EHPAD.

La perspective de la mobilité interne comme levier de management, doit nous faire tout d'abord comprendre ce que mobilité signifie, comment elle s'envisage et quels en sont les principaux attributs.

⁹ Méda, D., Vendramin, P. (2013). *Réinventer le travail*. Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.meda.2013.01.

2 Promouvoir une organisation de travail apprenante

2.1 La mobilité, un concept protéiforme

2.1.1 La mobilité : une réponse aux enjeux internes de gestion des ressources humaines

La culture de la mobilité est un concept qui prend des significations et des représentations différentes, selon que nous nous plaçons du côté des agents ou de celui des managers.

Du côté des agents, elle peut être interprétée comme des opportunités offertes aux managers afin d'établir une approche prévisionnelle des métiers et des compétences, ou plus fréquemment une possibilité de compenser l'absentéisme. Dans ce cadre, la mobilité interne est mal vécue, parce qu'imposée et sans de réels dialogues. Comme le témoigne cette cadre de santé, longtemps infirmière en EHPAD et qui par mail a souhaité nous faire part de sa représentation de la mobilité interne :

« Dans un premier temps j'ai surtout vu « mobilité interne » qui m'a renvoyé en arrière à une époque où la hiérarchie aurait voulu que le personnel soignant au sein de notre Ehpad puisse travailler dans toutes les unités. 3 unités de 40 résidents. En tant qu'IDE très investie dans mon unité, j'y ai vu un manque de considération de notre travail mais surtout une manière de pouvoir boucher des trous dans un planning. La prise en charge des résidents mais aussi des familles demande de la confiance et un certain investissement qui ne peut pas être le même quand tu gères 40 et 120 résidents »

Ce qui est intéressant dans ce témoignage, c'est qu'elle décrit ce qu'elle a perçu en tant qu'infirmière, mais qu'elle rajoute ensuite, comment elle l'a intégré en tant que cadre de santé :

« Ensuite j'ai été sur internet pour voir...je suis tombée sur des textes qui parlaient de stratégie, de plan opérationnel... de mobilité horizontale, verticale . Il était question de stratégie en entreprise adaptable ou pas à la structure hospitalière ? En tout cas ça m'a fait réfléchir à la mobilité et la compétence. J'ai rencontré des IDE et des cadres dans mon parcours qui m'ont apporté des compétences multiples et diverses qui m'ont aidée dans ma vie professionnelle. Compétences que j'ai pu partager ensuite dans un service de géranto-psy en tant

que FFCS. Les compétences de chacun amènent un climat de confiance au sein des équipes qui permet d'avancer dans des projets. »

Nous retrouvons dans la littérature des études qui confirment que la mobilité sert ce transfert de connaissance, comme le laisse supposer le témoignage ci-dessus. En effet, d'après l'ouvrage : Le transfert de connaissance intra-organisationnel : Une approche par les mouvements de mobilité interne (Omn.Univ.Europ.) (French Edition)

« Celle-ci entraînerait en effet dans son sillage, le déplacement des connaissances du salarié, Complexe, la mobilité interne révèle cependant des réalités diverses (changement de métier, de service, déplacement géographique, ...) »

Dans l'ouvrage : RH et mobilité interne : Processus et accompagnement de la mobilité interne au Conseil Régional Nord-Pas de Calais (Omn.Univ.Europ.) (French Edition), La mobilité interne n'est qu'en partie intégrée, dans les styles de management. La place des accompagnateurs, managers et chargés de mobilité reste à construire en développant une vision partagée des ressources humaines de l'institution. De même, il est rajouté que la gestion de la connaissance est devenue cruciale pour la compétitivité des entreprises, interrogeant ainsi les démarches envisageables pour valoriser, pérenniser, transférer et créer la connaissance organisationnelle. Il s'agit donc d'étudier la mobilité interne, comme moyen de transférer la connaissance dans l'organisation.

La gestion des équipes et de leurs compétences à travers la mobilité nécessite de trouver un équilibre entre la stabilité soignée souhaitée par les résidents et leurs familles et le désir pour le personnel de développer des compétences ou au contraire la peur du changement, et d'assurer un accompagnement de qualité et spécialisé auprès des résidents.

« Il ne faut pas non plus que ça change trop souvent, les personnes âgées ont besoin de stabilité »

La fille d'une résidente

« Moi, j'aime bien connaître les gens qui s'occupent de moi, j'aime pas les nouveaux, ils me connaissent pas, alors non je veux pas que ça change »

Un résident

« J'aime bien les nouveaux, ça change un peu, toujours les mêmes c'est lassant à force. Non ça me dérange pas du tout que ça change, l'important c'est qu'ils soient

gentils et qu'ils prennent le temps, parce que des fois, ils ont pas le temps et c'est ça qui me dérange »

Une résidente

Selon Jocelyne Abraham¹⁰ :

« La mobilité permet de générer des ressources qualitatives dans une perspective de gestion de ressources humaines à long terme en luttant contre la fuite des compétences et en favorisant leur redéploiement interne. »

Helene Burzlaff et Jean-Pierre Le Padellec¹¹ considèrent la mobilité comme un outil de régulation de la gestion des flux d'effectifs et de compétences au service de la stratégie et de la performance de l'entreprise. Le contexte économique auquel l'organisation doit faire face est dans ce cas davantage pris en compte. La mobilité, alors considérée comme un outil de gestion des ressources humaine se présente sous différentes formes :

- Elle peut être définie comme synonyme de souplesse, de flexibilité, lorsqu'il s'agit de mobiliser dans les secteurs qui en besoin à court ou long terme.
- Elle peut être un outil de progression des carrières en organisant des parcours professionnels prédéfinis.
- Elle peut être envisagée comme une contrainte imposée au soignant qui se doit de répondre aux exigences de mobilité définies par l'employeur.

Depuis les cinq dernières années, des organisations évolutives sont régulièrement mises en place. C'est depuis ces changements réguliers que la problématique de la mobilité interne se pose au sein de l'établissement. Le dictionnaire Larousse définit la mobilité comme :

« La facilité à se mouvoir, à être mis en mouvement, à changer, à se déplacer »¹².

Dans un contexte professionnel, Helen Burzlaff et Jean-Pierre Le Padellec considèrent que :

« La mobilité professionnelle consiste à passer d'un point A à un point B : changement de lieu, de fonction, de statut ou encore de métier »¹³

¹⁰ Jocelyne Abraham, mobilité interne et polyvalence : efficience et création de ressources-2001

¹¹ Helen Burzlaff, Jean pierre Le Padellec-La stratégie du mouvement-2001

¹² Le petit Larousse, édition 2010

¹³ Helen Burzlaff, Jean pierre Le Padellec-La stratégie du mouvement-2001

Nicole Raoult parle de mobilité d'environnement :

« Le même type d'activité, dans une même qualification avec le même grade hiérarchique, est exercé dans un autre lieu de travail, dans une autre équipe avec un autre responsable »¹⁴

Selon l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP¹⁵), au regard des dispositifs observés dans les établissements de santé, nous pouvons classer les différentes typologies de mobilité comme suit :

<p>Individuelle : Processus individuel de mobilité qui traduit une évolution professionnelle et s'inscrit dans le processus de gestion de carrière.</p>	<p>Contrainte : Mobilité subie par l'individu du fait d'un changement.</p>
<p>Collective : Processus collectif de mobilité qui s'inscrit dans le cadre de la transformation d'une activité ou l'évolution d'un métier.</p>	<p>Anticipée : Mobilité déclenchée dans le cadre d'une prévision de changement ou d'évolution des métiers (GPEC)</p>
<p>Fonctionnelle : Mobilité avec changement de métier ou de périmètre d'intervention.</p>	<p>À chaud : Mobilité déclenchée dans le cadre d'un changement en cours impactant les effectifs.</p>
<p>Géographique : Mobilité avec changement de localisation géographique.</p>	<p>Horizontale : Mobilité transverse à « iso compétences » sans changement important du contenu du travail.</p>
<p>Choisie : Mobilité à l'initiative de l'individu.</p>	<p>Verticale : Mobilité transverse avec changement important du contenu du travail. Promotion.</p>

¹⁴ Nicole Raoult, gestion prévisionnelle des emplois et des compétences en milieu hospitalier.

¹⁵ ANAP-Améliorer la gestion des ressources humaines-Mobilité professionnelle-2012

« La mobilité recouvre une dimension assez large lors de la perspective d'un changement d'établissement ou plus circonscrite lors d'une succession d'emplois ou de changement d'affectation. Elle est un des leviers de la politique des ressources humaines »

Rachel Ruthmann Thomas, Directrice adjointe des ressources humaines du CHU de Nancy

Le concept de mobilité est donc très large et tient compte du contexte, des situations individuelles ou collectives, ou encore s'inscrit dans un choix, une contrainte ou dans un projet professionnel de promotion.

Au travers de toutes ces définitions, nous pouvons déduire, que la mobilité est un terme générique qui prend son sens selon le qualificatif qui lui est attribué.

La mobilité interne qui nous intéresse pour ce travail de recherche pourrait ainsi se résumer :

Une mobilité au sein du même établissement, sans changer d'employeur, en gardant sa fonction, au sein d'une autre équipe de travail, ce qui correspondrait à exercer sa fonction au sein d'un autre secteur, avec une autre équipe de travail et correspondant à une succession d'expériences qui amènerait l'agent à développer ses compétences en se confrontant à des situations professionnelles diversifiées, contrairement à la spécialisation qu'il peut développer au sein d'une seule unité.

Ainsi la mobilité peut être considérée comme un levier de développement de compétences. Pour autant, cette mobilité peut être interprétée comme la volonté de flexibilité, de polyvalence de la part des professionnels :

« Moi je suis carrément contre, ça arrange la direction de mettre en place la politique de mobilité, c'est plus facile pour les plannings, on peut remplacer partout, et c'est pas parce que je vais aller un jour dans le service protégé que je vais devenir compétente... » Propos recueilli auprès d'un représentant du personnel au sein de l'EHPAD

Les Directions par contre expriment leur souhait de mettre en place de la mobilité, à condition qu'elle soit réfléchie et partagée :

« Cela fait des années qu'on réfléchit à formaliser une politique de mobilité, je ne peux pas dire que la mobilité interne est absente chez nous, mais c'est toujours individuel, ça répond souvent à une problématique d'un agent qui soit est en conflit avec le reste de l'équipe, soit que l'évaluation de ses compétences n'est pas bonne. Alors on essaie de le tester dans une autre équipe »

Nous retrouvons également dans la revue soins cadre 2009 des témoignages de directeurs argumentant la nécessité d'organiser la mobilité interne dans leurs établissements :

« Les restructurations d'unités, les déménagements successifs pour cause de travaux obligent les directions à organiser le redéploiement des soignants. Dans le meilleur des cas, une préparation en amont s'organise avec les équipes, lorsque c'est possible, ces expériences sont parfois réussies et majoritairement bien vécues par les agents redéployés. Mais l'absence de préparation d'anticipation sont sources d'insatisfaction. »

Cet extrait d'un entretien avec un directeur d'EHPAD montre l'importance de « penser la mobilité ». En fait, le principe de mobilité n'est pas une fin en soi, il se situe dans une démarche explicitée et compréhensible et dans un contexte qui tient compte des compétences des professionnels, de la capacité de formation et du projet de l'établissement et des secteurs. Le positionnement institutionnel reste indispensable.

Le constat fait par de nombreux directeurs ou cadres de santé depuis quelques années est l'essoufflement de l'organisation sectorisée avec des équipes dédiées.

« Certaines équipes sont à bout de souffle, on le voit bien, l'absentéisme est plus important, l'expression d'une insatisfaction revient toujours lors des entretiens annuels »

Cadre de santé d'un EHPAD.

Lorsque la mobilité est abordée, on y retrouve des thèmes divers comme la polyvalence, la flexibilité, la résistance au changement, le sentiment d'appartenance, le travail en équipe, le besoin de stabilité, la spécialisation des compétences ou au contraire l'ouverture aux compétences expérientielles. D'ailleurs, la polyvalence est souvent employée en lieu et place de la mobilité. Il nous a semblé intéressant à ce stade de préciser le concept de polyvalence pour expliquer en quoi mobilité et polyvalence étaient à ce point liées dans les représentations professionnelles.

La polyvalence est définie par le Larousse comme :

« La qualité d'une personne qui a plusieurs spécialités, plusieurs compétences »

Certains auteurs assimilent la polyvalence à une pluri-compétence. En effet, la polyvalence d'après sa définition consiste à posséder une palette de compétences mobilisables dans toutes les situations. En synthèse nous pourrions proposer un processus selon lequel la mobilité développerait la polyvalence et ainsi favoriserait l'acquisition des compétences multiples et mobilisables.

Nous pouvons constater que cette représentation protéiforme de la mobilité et le sens qu'on lui donne brouillent le message. Les entretiens réalisés (même s'ils ont été peu nombreux) révèlent les visions qui s'affrontent selon les agents, les directeurs, les représentants du personnel ou les résidents. Cette vision s'affronte même au sein d'une même fonction, la part individuelle est représentative de l'idée que nous nous faisons de la mobilité comme élément de développement de compétence. Les professionnels interrogés s'accordent pour dénoncer la pénibilité du travail et de l'accompagnement au sein des secteurs protégés :

« Ici c'est plus compliqué, il faudrait être un pour un, les résidents, ils ont besoin d'un accompagnement de proximité, tout le temps, on peut pas leur faire la toilette et passer à quelqu'un d'autre comme on le fait dans le secteur classique, déjà ça prend du temps parce qu'ils sont opposant, le refus de soin ici c'est pas rare, il faut souvent négocier, c'est pas pour rien si on fait des formations sur la relation, la communication, les pathologies neurodégénératives. »

« Moi, je préfère travailler aux B (secteur protégé), je trouve ça plus intéressant, mais c'est vrai que c'est fatiguant et que j'envie mes collègues des M (secteur classique), c'est moins prenant »

Ces mêmes professionnels expriment leur difficulté à rester longtemps dans ces secteurs protégés, et pour autant à l'occasion de réorganisation ne saisissent pas cette opportunité pour demander un changement de secteur. Un formulaire était à renseigner pour choisir l'affectation, aucune demande de changement n'a pu être observée.

La DRESS indique dans son document de travail de septembre 2016 sur l'étude qualitative des conditions de travail dans les EHPAD, que la charge mentale propre aux typologies de résidents présentant des troubles neurodégénératifs entraînent un accroissement de la charge mentale pour les professionnels. Ce rapport précise que les

difficultés d'exercice liées aux risques occasionnés par la démence sont clairement identifiées par les soignants.

Ces constats sont confirmés par les professionnels interrogés :

« Il y a beaucoup de violence dans ce secteur, on se fait cracher dessus, on peut prendre des coups de pieds ou de poings, alors que nous on est là pour aider, c'est démoralisant certaines journées, on se demande pourquoi on fait ce métier... »

« Pour moi le stress c'est la fugue, quand je m'aperçois qu'il manque un résident et qu'on ne sait pas où il est, c'est l'angoisse, on commence à chercher partout, on imagine le pire et même parfois je me dis que je pourrais finir en prison pour négligence, mais on est pas beaucoup, alors on peut pas être derrière chaque résident, c'est usant au bout d'un moment »

« Le compliqué c'est l'agressivité entre eux, il faut garder son calme et essayer de protéger les résidents d'éventuels coups, mais des fois ça dérape et j'ai déjà eu des résidents avec des cocards, après il faut expliquer à la famille, on a l'impression que c'est nous qui les maltraitons, j'avoue que par moment ça me pèse beaucoup »

D'après le rapport de la DRESS de 2016¹⁶, l'affectation des soignants dans les unités protégées ou spécialisées se fait majoritairement sur la base du volontariat. L'accompagnement de ce public spécifique est vécu comme éprouvant, il faut faire face aux cris, aux pleurs, aux angoisses, à la répétition des gestes et discours, à la violence. Ceci peut expliquer en partie l'épuisement des professionnels et interroge la possibilité de pouvoir proposer une mobilité pour un secteur moins impacté par cette typologie de résident.

Sur les deux EHPAD, où la question de ces conditions de travail a été abordée, les avis autant des professionnels que de l'encadrement sont unanimes, le constat ci-dessus est partagé. Et, même si l'affectation se fait effectivement sur la base du volontariat, il arrive que des nouveaux recrutés soient affectés dans ces secteurs, alors que ce n'est pas leur choix, cela se fait faute de candidats plus expérimentés des autres secteurs, ou par absence d'une politique de mobilité.

¹⁶ DRESS : Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagées- Septembre 2016 N°5 Rémy Marquier, Thomas Vroylandt (DREES) Marie Chenal, Pierre Jolidon, Thibaut Laurent, Clémence Peyrot, Thomas Straub, Camille Toldre (ENEIS Conseil)

L'EHPAD qui a mis en place une politique de mobilité, n'est quand même pas à l'abri de manque de professionnels pour garantir la mobilité ; en effet, certains témoignages font remonter :

« Même si on a une politique de mobilité, on sait que certains professionnels sont trop fragiles à la base, il faut avoir le dos solide pour travailler ici, donc certains on les laisse dans les secteurs plus cool. » Une cadre de santé

De plus, la DRESS évoque le syndrome d'isolement de ces secteurs. En effet, si pour les résidents et leur famille, ces unités protégées peuvent s'apparenter à des « cocons » rassurant et protecteur, l'enquête de la DRESS évoque un sentiment d'isolement des professionnels qui peut être un refus de vouloir y travailler. Une aide-soignante confiait :

« Ici on voit jamais nos collègues de l'EHPAD, on va pas manger à la salle de restaurant avec elles, on fait tout dans notre service, les lingères ne rentrent pas, on nous livre les repas devant la porte »

Une autre s'exprimait ainsi :

« Comme personne ne veut venir travailler ici, et ben on s'auto-remplace tout le temps, ça fait peur de venir travailler ici, les résidents ils aiment pas le changement, ils ont besoin de repères, dès qu'il y a un nouveau, on dirait qu'ils vont le tester pour voir, ils sont pas très gentils avec lui »

Tous ces éléments sont en faveur de la difficulté de mettre en place une politique de mobilité interne sans intégrer les facteurs individuels des professionnels. Il ne s'agit pas de formaliser une politique de mobilité qui serait déstabilisante et source de souffrance au travail.

Le levier managérial serait donc de lier la mobilité interne aux développements des compétences. La politique de mobilité dans un objectif d'enrichir le parcours professionnel pour transformer les freins, la crainte de l'inconnu en un tremplin d'accomplissement professionnel, devrait constituer la ligne directrice.

2.1.2 De la compétence à la polyvalence, préface de la mobilité

Du latin « competentia » signifiant le juste rapport, le petit Larousse la définit ainsi :

« Capacité reconnue en telle ou telle matière et qui donne le droit de juger ».

Dans le contexte professionnel, la compétence est évaluée par le savoir (les connaissances), le savoir-faire (la pratique) et le savoir être (le comportement).

Selon Guy Le Boterf¹⁷ :

« La compétence n'est pas un état ou une connaissance possédée. Elle ne se réduit ni à un savoir, ni un savoir-faire. Elle est assimilable à un acquis de formation. Posséder des connaissances ou des capacités ne signifie pas être compétent »¹⁸

La Rochefoucault¹⁹ disait :

« On ne juge pas un homme sur ses qualités mais sur l'usage qu'il en fait »

Ainsi être compétent, c'est savoir mobiliser ses connaissances, son savoir-faire et son savoir-être en toute situation et savoir transférer sur les situations se présentant dans des contextes différents. Plusieurs auteurs ont largement écrit sur le concept de la compétence et nous pouvons le rappeler ici les formations soignantes s'appuient sur un référentiel de compétences.

Pour A.Meignant, en 1990²⁰ :

« La compétence est savoir-faire opérationnel validé »

Pour P.X Meschi en 1996²¹ :

« La compétence peut être définie à un niveau individuel comme étant un ensemble de connaissances, capacités et volonté professionnelles »

¹⁷ Guy le Boterf, De la compétence, essai sur un attracteur étrange, les éditions d'organisation p.16

¹⁹ François de La Rochefoucauld, Réflexions ou sentences et maximes ;Morales 1665

²⁰ (2003). Chapitre 1. L'approche psychologique de la notion de compétence. Dans : , J. Aubret & P. Gilbert (Dir), *L'évaluation des compétences* (pp. 7-27). Wavre, Belgique: Mardaga.

²¹ Persais, É. (2004). Les compétences relationnelles peuvent-elles s'avérer stratégiques ?. *Revue française de gestion*, no 158(1), 119-145. doi:10.3166/rfg.148.119-145.

Il existe également des compétences expérientielles, celles qui se développent avec la pratique, la formation continue, la confrontation de ses connaissances, les capacités à gérer de multiples situations. Ainsi, dans le contexte professionnel, nous pouvons légitimement envisager un processus de professionnalisation qui va de pair avec le développement de compétence.

La réflexion sur la mobilité interne se nourrit du concept de compétence. Elle permet de passer de la logique de poste à la logique de compétence dans le cadre de l'organisation du travail, et d'intégrer le concept de performance défini par la capacité à atteindre des résultats, critère qui est repris lors des évaluations des compétences.

Au final, la compétence et la performance sont liées et sont les clés de la gestion des organisations. Cependant, ces concepts souffrent d'un certain flou et d'une résistance au changement au sein des EHPAD.

Le rapport de la DRESS N° 134 de septembre 2016 traitant d'une étude qualitative sur les conditions de travail en EHPAD, précise et qualifie les métiers en EHPAD ainsi :

« Les métiers soignants en EHPAD ne sont traditionnellement pas décrits comme « techniques ». A la technicité requise dans certains services hospitaliers par exemple se substituent d'autres compétences que les professionnels ont à cœur de valoriser : des savoir-faire-soins de nursing, prise en charge d'une personne désorientée, stimulation de l'autonomie etc.- des savoir-être-patience, polyvalence etc. »

Cette étude montre que la dimension identitaire des métiers de soignants en EHPAD est particulièrement prononcée. Les soignants s'investissent professionnellement et personnellement. De plus, les témoignages recueillis au cours de cette étude mettent en exergue les compétences essentielles dans le savoir-être, les valeurs humanistes :

« On ne travaille pas en EHPAD par hasard » nous confiait une infirmière coordonnatrice.

Concernant la polyvalence, Jean Charles Enry dans son ouvrage intitulé : « Le sentiment d'efficacité personnelle, et ses attributs dans la polyvalence des infirmiers au sein d'un pôle », la polyvalence des soignants rencontre une mise en œuvre complexe et se heurte à la peur du changement. Pour autant, sa généralisation est fréquente et est un enjeu majeur. Il explique que la polyvalence permet de maintenir les savoir-faire, de les transmettre et de les améliorer. Il s'agit de gérer les équipes et leurs compétences à travers

cette polyvalence, l'enjeu étant pour les directions de trouver l'équilibre entre stabilité et mobilité.

Pour autant, il est nécessaire de distinguer polyvalence et mobilité. En effet comme l'explique Jean Charles Enry²² :

« La polyvalence entretient des liens étroits avec la mobilité, néanmoins elle ne se réduit pas à des changements de postes, mais fait référence à un élargissement des tâches assumées. Ici le concept de polyvalence associe la rencontre pour le professionnel de diverses situations et le développement de ses compétences. »

D'après Jean-Yves Boileau²³ :

« La polyvalence et la compétence ne sont pas opposables mais au contraire la première est un outil au service de l'autre. »

L'intérêt de distinguer ces termes proches, compétences, polyvalence, mobilité, réside à proposer une politique de mobilité mesurée et adaptée aux besoins des professionnels en termes de développement de compétences, et également de favoriser l'épanouissement professionnel de chacun. Ainsi définie la politique de mobilité ne se vit pas comme un outil de gestion des plannings et « bouche-trou » :

« Si on nous demande d'aller dans tel ou tel secteur, c'est pour remplacer, rien à voir avec nos compétences, au bureau, ils ne préoccupent pas de savoir si on a des compétences, tout ce qui compte c'est le nombre d'agents qu'on sera. »

C'est ainsi que témoignait une aide-soignante d'un EHPAD, alors que dans le même établissement, la responsable RH affirmait qu'il existait bien une politique de mobilité.

Si nous avons vu précédemment que selon la fonction occupée, la mobilité revêt des significations distinctes, lorsque nous étudions les concepts de polyvalence et de compétences, les représentations se font encore plus prégnantes. La nécessité de clarifier ce qui relève de la mobilité interne, ce qui dépend de la gestion ponctuelle des plannings, ce qui améliore et développe les compétences, est un enjeu majeur des directions.

²² Enry, J. (2010). Le sentiment d'efficacité personnelle, et ses attributs dans la polyvalence des infirmiers au sein d'un pôle. Recherche en soins infirmiers, 101(2), 91-97. doi:10.3917/rsi.101.0091.

²³ BOILEAU, Jean-Yves. L'affectation des infirmières dans le secteur ambulatoire, comment associer mobilité et compétences. Mémoire de l'École nationale de la Santé Publique. Rennes : École Nationale de la Santé Publique, 2006, p. 21. [Page consultée le 04/10/2008]

La mobilité interne devient alors, une politique à co-construire avec les professionnels concernés, nous allons développer les enjeux stratégiques engendrés par une mobilité au service des compétences.

2.2 Les enjeux stratégiques de la mobilité

2.2.1 Comment relever le défi de la compétence

Selon le ministère du travail la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) peut se définir comme suit :

« La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) est une méthode pour adapter – à court et moyen termes – les emplois, les effectifs et les compétences aux exigences issues de la stratégie des entreprises et des modifications de leurs environnements économique, technologique, social et juridique »

En d'autres termes, la GPEC est une démarche de gestion prospective des ressources humaines qui permet d'accompagner le changement.

Elle doit permettre d'appréhender, collectivement, les questions d'emploi et de compétences et de construire des solutions transversales répondant simultanément aux enjeux de tous les acteurs concernés : les entreprises, les territoires et les actifs. La GPEC intègre, donc la gestion prévisionnelle des ressources humaines.

En 2015, Thierry le Goff²⁴, directeur général de l'administration et de la fonction publique écrivait que :

« La gestion prévisionnelle des ressources humaines renforce la capacité de nos organisations à offrir dans la durée un service de qualité sur l'ensemble du territoire. Elle permet d'anticiper l'impact des réformes, d'adapter les modes de gestion des ressources humaines, d'enrichir et de valoriser les compétences des agents publics. En cela, c'est une démarche particulièrement volontariste qui nous engage à agir pour prévenir les risques d'inadaptation, renforcer l'efficacité collective et préserver la qualité de vie au travail des équipes. »

²⁴ La gestion prévisionnelle des ressources humaine dans les services de l'État. Guides pratiques-Préambule de Thierry Le Goff-Directeur général de l'administration et de la fonction publique
Sabine CARRETERO - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2020

Selon Patrick Gilbert²⁵ :

« La gestion prévisionnelle n'est rien d'autre que l'introduction du temps, de façon consciente, dans la gestion, en amont du système de GRH en éclairant les décisions par des analyses appropriées, en aval en contribuant au pilotage de la performance RH. La gestion prévisionnelle n'est rien d'autre que l'introduction dans « la tête des décideurs » d'une réflexion sur le futur qui pèse réellement sur les décisions qu'ils s'apprêtent à prendre aujourd'hui. »

Pour Hubert Jaspard²⁶ dans l'ouvrage Le management en Santé aux éditions Presses de l'EHESP dans le chapitre 2 politique sociale et performance :

« Les organisations doivent s'adapter aux évolutions majeures que connaissent les établissements de soins et médico-sociaux..... La DRH est celle qui place la richesse humaine et les compétences au centre des enjeux stratégiques »

Il rajoute les domaines variés dans lesquels ces enjeux se situent :

« Démographie, attractivité, gestion des compétences, conditions de travail, gestion de projets, recherche de marge d'efficience ».

Les besoins quantitatifs et qualitatifs en ressources humaines évoluent rapidement et les établissements se doivent d'anticiper ces besoins. Cela conduit à réaliser une analyse des ressources en poste, les évolutions à court, moyen et long terme. Les critères, tels que l'âge, l'ancienneté, la fonction, sont à prendre en compte, mais il ne faut pas oublier les qualifications et les compétences.

La notion de compétence a été intégrée dans les GPEC, elle permet de favoriser la promotion professionnelle. Elle favorise, en principe la mobilité interne en promouvant telle ou telle catégorie professionnelle pour conserver l'équilibre des effectifs nécessaires. La GPEC s'avère, donc être un outil stratégique dans le développement de la mobilité interne, elle favorise la fidélisation des agents, elle permet de limiter les difficultés de recrutements sur les métiers en tension.

²⁵ « La gestion prévisionnelle des ressources humaines », éditions La Découverte (septembre 2011)

²⁶ Michel Louazel, Alain Mourier, Erwan Ollivier, Roland Ollivier, sous la direction de presses EHESP 2018, le management en santé, préface de Cécile Courrège, Gestion et conduite des organisations en santé.

Au terme de ces notions, nous pouvons déduire que la finalité de la GPEC est de permettre la mise en œuvre de l'évolution des missions, des spécificités des publics accueillis en assurant à la fois les parcours professionnels et l'adaptation aux besoins des résidents. Autrement dit, la GPEC est un outil stratégique managérial qui doit permettre aux directeurs d'établissement d'adapter l'adéquation des ressources à l'évolution des besoins de son établissement.

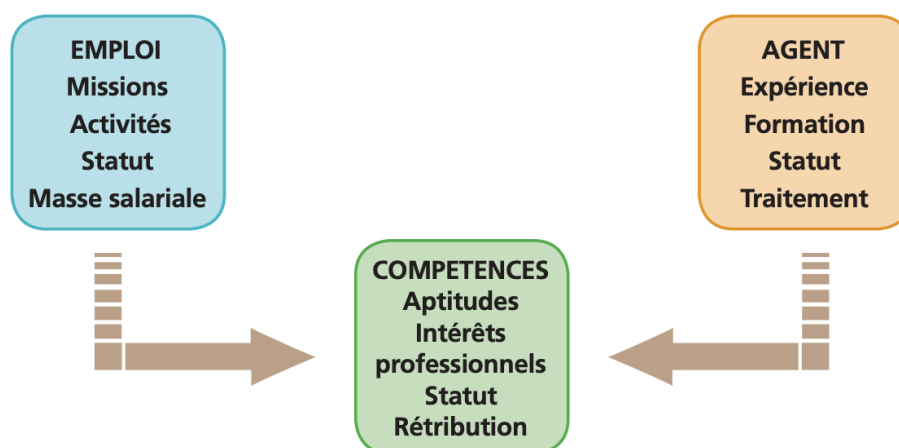
Ainsi anticiper sur les compétences nécessaires dans le futur, devient un levier managérial qui doit allier à la fois le parcours professionnel interne et la gestion des carrières, avec la politique mise en œuvre pour favoriser en interne la professionnalisation, ou l'évolution professionnelle des acteurs en place.

Mener, conduire, et anticiper les changements permettent d'adapter les voies d'ajustement comme la mobilité des agents, au bénéfice de l'établissement dans un rapport managérial qui pourrait être qualifié de « gagnant, gagnant » Ainsi dans le rapport de 2015 élaboré par le ministère de la décentralisation et de la fonction publique, il est noté :

« Aujourd'hui, la finalité de la gestion prévisionnelle des RH de l'État est de permettre la mise en œuvre sur les territoires de politiques publiques dans un cadre organisationnel remodelé, tout en assurant aux agents des parcours professionnels valorisants »

La gestion personnalisée :

Identifier les compétences requises (emplois) et compétences détenues ou potentielles (agents)



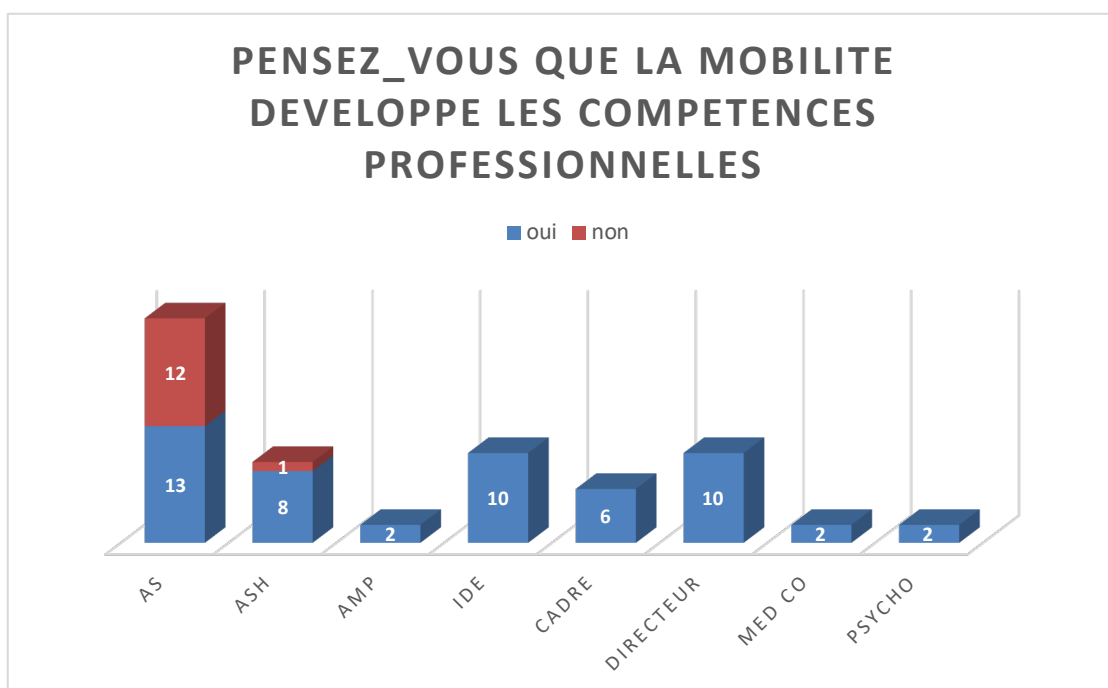
Une logique « gagnant-gagnant »

Dans ce cadre, l'enjeu majeur de la GPEC est de définir comment faire face aux risques prévisibles encourus :

- par les services : inadéquation des ressources humaines, en effectifs et compétences, aux besoins des services à court et moyen terme avec pour conséquences possibles la remise en cause de l'exercice de certaines missions, la baisse de la qualité du service rendu aux usagers, le non-respect des plafonds d'emplois et de masse salariale...
- par les agents : surcharge ou « sous-charge » de travail, déqualification, absence de perspective d'évolution professionnelle susceptible de dégrader de la qualité de vie au travail, désinvestissement, démobilité ...

Cet examen des enjeux de la GPEC, nous invite à penser la politique de mobilité en lien avec la professionnalisation, et donc réfléchir au développement des compétences des agents.

Lors de l'analyse du questionnaire réalisé à l'attention des professionnels en EHPAD, à la question : « *pensez-vous que la mobilité permet de développer des compétences ?* », les réponses se répartissent selon le schéma suivant :



Ce graphique permet d'observer que ce sont les aides-soignants(es) qui sont les plus partagées quant au lien entre mobilité et développement de compétences. Même si l'échantillonnage est restreint, cela corrobore les témoignages recueillis.

En effet en EHPAD, ce sont ces professionnels qui sont le plus impactés par la mobilité, mais souvent vécue comme un ajustement de planning, une compensation de l'absentéisme. Deux témoignages d'aides-soignants(es) le verbalisaient ainsi :

« Quand on bouge c'est souvent parce qu'il manque quelqu'un ailleurs »

« Moi j'aimerais bien passer plus de temps dans d'autres secteurs, mais souvent c'est un jour par-ci, un jour par là. »

Par contre les directeurs, médecins-coordonnateurs et les infirmiers sont unanimes, la mobilité est au service du développement des compétences. Les résidents à qui cette même question a été posée, ne se sont pas prononcés. Les usagers parlent plus facilement de professionnels « gentils » ou « pas gentils ». Ils sont pour la plupart attachés à certains soignants qu'ils ne voudraient pas voir partir et seraient favorables à ne pas « supporter certains autres ».

« Ici il y a des gentils, j'aime bien quand c'est eux qui s'occupent de moi, je les connais depuis que je suis arrivée, ils me connaissent aussi, alors ça va. Les nouveaux c'est plus difficile, ils posent toujours des questions, comment on fait ci, comment on fait ça. Ils sont gentils aussi, mais pas tous. Il y en a je veux pas qu'ils partent ailleurs, mais d'autres, vous voyez, ça me dérangerait pas au contraire »

Les familles avec qui nous avons pu échanger lors de ce travail, se positionnent plus en termes de stabilité du personnel :

« On a mis du temps à faire confiance, c'est pas facile, on trouve que ça bouge déjà beaucoup, alors on n'est pas pour que ça bouge encore plus. De toute façon, l'essentiel c'est qu'ils s'occupent bien de maman et qu'ils soient gentils avec elle »

« dans un autre EHPAD c'était jamais les mêmes, on répétait toujours les mêmes choses, c'est usant et stressant »

Ce bref aperçu des témoignages et des représentations semblerait montrer qu'il existe un delta entre les enjeux de la mobilité d'un point de vue des directions, du ressenti verbalisé par les aides-soignants et du souhait des résidents et des familles. Cela engage les directions à proposer des organisations tenant compte de ces éléments.

Le paragraphe suivant va tenter de développer un modèle d'organisation répondant aux enjeux des ressources humaines en EHPAD, tout en adaptant l'organisation à la qualité des missions d'hébergement et d'accueil des personnes âgées.

2.2.2 Une organisation capacitante en faveur de la mobilité

La notion d'environnement capacitant est issue des travaux d'Armatya Sen (prix Nobel d'économie pour ses travaux sur l'économie et le bien-être) et repris en France par Pierre Falzon dans les années 2005-2006 avec l'ergonomie constructive.

Il définit ce concept comme l'ensemble des règles qui visent à organiser le travail, et qui permettent le développement de l'activité, tout en prenant en compte le bien-être au travail. Les espaces de travail sont propices à la coopération, à la négociation et aux partages de connaissances. De plus les organisations capacitantes favorisent les apprentissages, à la fois individuels et collectifs.

La caractéristique principale des organisations capacitantes peut se résumer par la co-construction de règles communes. Cette organisation valorise les potentiels et développe le pouvoir d'agir.

En co-construisant les règles, en valorisant les potentiels par des échanges autour du contenu du travail, l'organisation permet aux professionnels de gagner en capacités et de pouvoir faire face aux nouvelles exigences des accompagnements.

Ainsi, elle semble lever les freins des habitus, elle renforce l'acquisition de compétences. La mise en relation de facteurs organisationnels et de facteurs individuels avec l'efficacité au travail et le sentiment de compétence permet de développer de nouvelles compétences mais aussi d'améliorer les capacités d'adaptation en permettant d'exercer un plus grand contrôle sur leur activité.

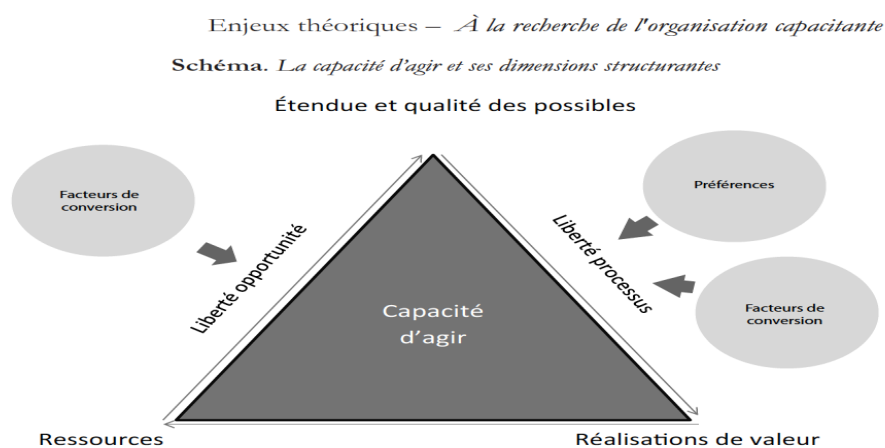
C'est ce que Christelle Routelous²⁷ dans l'ouvrage le management en santé aux presses de l'EHESP 2018 définit comme :

²⁷ Michel Louazel, Alain Mourier, Erwan Ollivier, Roland Ollivier, sous la direction de presses EHESP 2018, le management en santé, préface de Cécile Courrège, Gestion et conduite des organisations en santé.

« Une organisation permettant aux professionnels d'étendre leur savoir agir et leur pouvoir d'agir pour favoriser l'accès aux connaissances. »

Elle précise qu'une organisation capacitante doit permettre de repenser les contenus du travail, en donnant la possibilité de réfléchir sur les situations rencontrées. Autrement dit, proposer des organisations de travail permettant de développer des compétences pour s'adapter aux contextes et aux évolutions que connaissent les structures accueillant des personnes âgées dépendantes.

Une étape à la mise en place des organisations capacitantes, serait la formalisation d'un parcours apprenant professionnel intra-établissement.



L'organisation capacitante donne une part de liberté aux salariés pour développer l'agir individuel. Ainsi l'environnement de travail responsabilise avec des facteurs de participation active.

Comme le souligne Josiane Véro et Benedicte Zimmermann dans leur article [A la recherche de l'organisation capacitante : quelle part de liberté dans le travail salarié ?](#)²⁸ libérer les salariés signifie les responsabiliser pour sécuriser les parcours et développer la performance.

En effet les salariés deviennent acteurs de leur choix et ainsi ils s'engagent à les assumer. Dans cette recherche de nouvelles méthodes de management pour mobiliser les agents,

²⁸ Véro, J. & Zimmermann, B. (2018). À la recherche de l'organisation capacitante : quelle part de liberté dans le travail salarié ?. *Savoirs*, 47(2), 131-150. doi:10.3917/savo.047.0131.

les organisations capacitantes se fondent sur des éléments participatifs, justes et responsables. Elles interagissent avec les valeurs individuelles de chacun dans le respect et la confiance entre le manager et les opérateurs.

Les organisations capacitantes offrent la liberté réelle des personnes de prioriser les choix de vie qu'elles ont des raisons de valoriser. En mettant l'accent sur les ressources environnementales et les situations de travail particulières, elles sont appréhendées avec les opportunités et les processus présents. Ainsi comme le montre le schéma ci-dessus, la capacité d'agir dépend de l'étendue et de la qualité des possibles accessibles dans une situation donnée et les divers mécanismes qui la conditionne.

De multiples facteurs interviennent, ils sont d'ordre individuel, organisationnel, institutionnel ou social, avec une certaine interactivité entre eux.

En faisant le parallèle avec la mobilité interne comme levier de développement des compétences, l'organisation capacitante nous paraît favoriser le libre agir dans le choix d'affectation à un secteur et la proposition d'une rotation et d'un parcours adapté permettant à la fois de répondre à la problématique de la sédentarité décriée par certains et la nécessité de polyvalence souhaitée par d'autres.

L'agir au travail a fait l'objet de nombreux travaux, depuis une dizaine d'années, avec notamment le concept d'entreprise libérée popularisé en France par Y. Gezt et B.M. Carney²⁹ en 2012. Il s'agit de redistribuer les fonctions management intermédiaire au sein d'équipes autodirigées, en associant les salariés à la définition des procédures et à la résolution des problèmes.

Autrement dit, favoriser l'autonomie de gestion des équipes, encourager les prises de décisions, les accompagner vers une responsabilisation collective d'ajustement entre les ressources et l'espace des possibles, seraient une des clés managériales novatrices pour développer les compétences individuelles et donc la performance des établissements. La difficulté réside dans la mise en œuvre de ces organisations capacitantes.

Dans des structures médico-sociales où la hiérarchie est clairement structurée, changer de paradigme managérial ne peut s'envisager que progressivement. De plus cette organisation nécessite d'identifier les leaderships au sein des équipes, de les former au management et de les légitimer. Nous retrouvons ici tout l'intérêt de l'entretien professionnel, qui ne doit pas

²⁹I. Getz, B.M. Carney Liberté & Cie.. Flammarion, 2009, 421 pages

être un simple listing des objectifs et de leurs réalisations, mais bien plus un engagement vers la co-construction d'un management au niveau opérationnel et la définition des besoins de formation individuels mais également collectif.

Le principe de subsidiarité qui s'impose à ces organisations doit se développer et prendre son sens au sein des établissements pour personnes âgées. Ces organisations s'inscrivent également dans un contexte de maturité des équipes suffisante pour déléguer l'autogestion à l'opérationnalité. Or dans une situation de pénurie de professionnels, dans un turn-over conséquent, le libre-agir apparaît difficile à instaurer.

De plus, même si les auteurs expriment la plus-value des organisations capacitanes en terme de fidélisation, de réalisation des salariés, transposer ces managements en établissement de santé paraît prématuré dans le contexte.

Pour autant connaître et engager une réflexion sur ces nouvelles méthodes de management nous semble nécessaire en tant que future directrice. Envisager les organisations capacitanes comme levier managérial dans le contexte actuel permet une projection vers une adaptation à la gestion des nouvelles générations de soignants, vers une mobilité interne facilitée puisque engendrée par les salariés eux-mêmes.

Si nous reprenons notre hypothèse de départ qui émettait l'idée qu'une organisation novatrice et adaptée au contexte favorisait la mobilité interne, les organisations capacitanes semblent confirmer que la performance d'un établissement doit passer par de nouveaux modes managériaux. Et ces derniers peuvent impliquer, individuellement et collectivement les opérateurs afin d'établir un parcours professionnalisant répondant à la fois aux nécessités des missions de l'établissement et à l'épanouissement professionnel dans la réalisation des compétences à acquérir ou à développer.

3 Les pistes de recommandations

A cette étape de la réflexion sur la mobilité interne, la question de départ, à savoir : **En quoi la mobilité interne peut-elle être un levier managérial stratégique propice au développement des compétences des agents ?**

Il nous a semblé important de préciser qu'une politique de mobilité doit être adaptée au contexte, réfléchi en collaboration, et mise en œuvre à condition d'ajouter une plus-value dans les organisations, un objectif d'épanouissement professionnel et de qualité de prise en charge.

Organiser la mobilité des professionnels en EHPAD doit permettre de donner la possibilité aux acteurs de l'accompagnement, de développer des capacités d'analyse dans diverses situations professionnelles, de créer des liens en équipes pluridisciplinaires. Cette mobilité, enfin, doit garantir que les professionnels possèdent les compétences requises ou que les organisations internes vont leur permettre de les acquérir et de les développer. Il nous semble que c'est un préalable à toute politique de mobilité interne.

3.1 Les enjeux du parcours professionnel interne

3.1.1 La communication clé de la réussite

Nous ne pouvons pas envisager un changement profond d'organisation, un bouleversement des habitudes de travail, sans une communication interne de qualité. Afficher une posture institutionnelle commune est un préalable à la communication et au projet de mobilité interne. L'occasion de travailler sur les projets d'établissement représente une opportunité de formaliser cet objectif et d'affirmer la volonté de faire évoluer les organisations dans un but de favoriser le développement des compétences, et de la qualité des prises en charges.

Tout au long de ce travail, et tous les témoignages concordent, il semble essentiel de travailler la politique de mobilité en équipe, avec une réflexion collaborative. L'enjeu du développement des compétences, de l'adaptation aux évolutions à la fois du public accueilli, mais également à celles des professionnels devraient servir de ligne directrice, de fil conducteur. Nous l'avons développé, il est important de s'entendre sur la sémantique, bien définir la politique de mobilité, obtenir un avis partagé sur les enjeux, les objectifs et les moyens à mettre en œuvre en termes de formation pour recueillir l'adhésion de tous.

Le changement d'organisation a donné lieu à de nombreux écrits et recherche de la part de sociologues depuis les années 50, notamment Lewin en 1952, Cyert et March en 1963 ou encore Katz et Kahn en 1966. Le contexte économique évolue avec l'ouverture à la concurrence et révèle la nécessité d'adapter les organisations à des modèles plus souples et réactifs.

Ce sont dans les années 1970 et 1980 que les théories du changement d'organisation prennent de l'ampleur. Les propositions des sociologues se diversifient et comme l'explique un article : Conduire le changement organisationnel de 2008 de Benoît Cordelier et Hélène Montagnac-Marie³⁰ :

« Le changement envisagé sous l'angle des acteurs (Crozier & Friedberg, 1977 ; Miller et al. 1988), sous son aspect processuel (Chandler, 1962 ; Pettigrew, 1987), radical ou marginal (Tushman & Romanelli, 1985), par son caractère intentionnel (Child, 1972 ; French & Bell, 1978) ou contraint (Lawrence & Lorsh, 1983 ; Pfeffer & Salancik, 1978), etc. La théorie de l'écologie des populations (Hannan & Freeman, 1977) cherche néanmoins à rappeler pourquoi les organisations privilégient la stabilité par rapport au changement : leur capacité d'adaptation est en effet limitée par des contraintes aussi bien externes qu'internes. Dès les années 1980, les chercheurs seront alors amenés à reconnaître la complexité de l'évolution des organisations et acceptent de concilier ces deux perspectives pour expliquer le changement des organisations (Singh et al., 1986). »

La mobilité interne implique les professionnels des établissements. La communication doit donc inclure ces acteurs et ne pas écarter les personnes concernées. Le processus peut paraître long et chronophage, cependant il est la clé de la réussite future de la politique de mobilité.

Ce changement organisationnel doit permettre la mise en discussion du travail et favoriser l'expression des acteurs du changement. Cela impose un management de gestion de projets, avec respect de la méthode et un pilotage efficient. Les directions sont en première ligne dans cette mise en place de la politique. La communication fait partie intégrante de la confiance nécessaire à instaurer lors de ces changements structurels importants. La rédaction d'une charte d'accompagnement à la mobilité peut s'envisager en précisant les principes et les mesures des accompagnements prévues pour assurer la réussite de

30 Cordelier, B. & Marie-Montagnac, H. (2008). Conduire le changement organisationnel ?. *Communication & Organisation*, 33(1), 8-16. <https://www.cairn.info/revue-communication-et-organisation-2008-1-page-8.htm>.

l'organisation et le développement des compétences. Il est nécessaire d'établir un processus cohérent et juste pour tous.

La communication devra s'axer sur la priorité de développer un parcours professionnel professionnalisant avec la formalisation du plan de formation. L'accompagnement des professionnels dans ce changement de paradigme sera la clé de l'adhésion et encouragera la mobilité professionnelle des agents en favorisant l'expression des souhaits individuels et les besoins de la collectivité.

3.1.2 Une dynamique formalisée du parcours gradué

Les professionnels de l'accompagnement quelle que soit leur formation initiale suivent un processus de professionnalisation que l'on pourrait schématiser en cinq stades : Novice, débutant, compétent, performant et expert.

Il existe également un processus de professionnalisation défini en trois niveaux : macro c'est-à-dire la construction de l'identité professionnelle, méso où interviennent les contextes professionnels, les organisations, les opportunités et enfin micro propre à l'individu, sa représentation, son vécu de la profession. L'articulation de ces trois niveaux permet d'éclairer le processus de professionnalisation, de l'adapter, mais renvoie également à la complexité de la mise en place des changements des organisations.

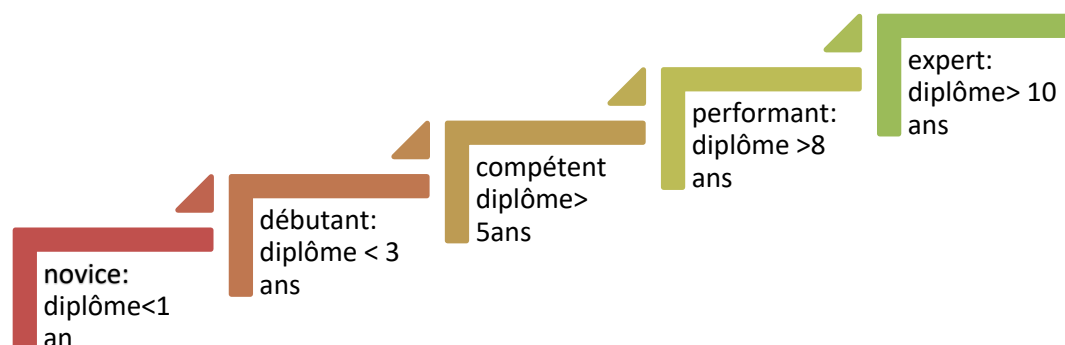
Les apprentissages ne sont pas uniformes et uniques, ils sont propres à chaque individu et le passage de novice à expert ne suit pas le même rythme pour tous. Tenir compte de ses éléments dans les propositions de formalisation d'une politique de mobilité ne sera pas simple si l'objectif est également de respecter les souhaits et la liberté des acteurs dans leur choix de mobilité comme nous l'avons développé avec les organisations capacitanes.

La recherche de l'autonomie dans le travail sera la ligne directrice pour envisager un parcours gradué personnalisé et ainsi respecter les finalités attendues, à savoir, rendre attractif le secteur, améliorer l'efficacité des organisations mais aussi rechercher l'épanouissement professionnel des équipes en place.

Ceci étant les préalables à la réflexion, la politique de mobilité en lien avec un parcours gradué pourrait s'envisager comme le parcours professionnalisant interne à l'établissement. Dès lors, l'entretien de recrutement comme les entretiens annuels d'évaluations devront évoluer pour repérer les compétences propres à chacun à travers

leur formation, leurs expériences, et identifier les situations de travail propice pour s'inscrire dans le processus de professionnalisation.

Ce parcours pourrait se schématiser de la façon suivante :



Ce schéma est issu d'une proposition faite dans le cadre de la mission de stage sur la mobilité. Ils récapitulent les résultats du groupe de travail avec le service ressources humaines, cadre de santé et direction.

Pour ce premier graphique, les durées dans un même niveau (novice débutant, compétent, performant et expert) sont des durées approximatives nourries par les réflexions communes des responsables et aux expériences qu'elles ont pu mesurer au cours de leurs exercices professionnels.

Lorsqu'on observe cette progression, le niveau compétent correspond à 5 ans après le diplôme, c'est aussi la durée de la mobilité recommandée dans les propositions de la mission de stage.

Cette durée de 5 ans, avec une adaptation possible de 3 à 6 ans laissant ainsi le pouvoir-agir du professionnel propre aux organisations capacitanes, permet à la fois aux professionnels d'observer une certaine stabilité au sein des équipes, aux résidents de conserver une continuité des accompagnements sans avoir à opposer un turn over trop important. Néanmoins, la mobilité interne doit s'envisager par rotation d'un 1/3 des effectifs maximum. En effet, il semble important de conserver des professionnels ayant de l'expérience au sein des secteurs. Nous ne pouvons pas changer des équipes entières, les individus devront respecter une mobilité partielle par équipe, afin de toujours conserver la continuité des accompagnements.

Si cinq ans peuvent paraître longs aux dires de certains membres de ce groupe de travail :

« Il faut les faire tourner tous les 6 mois, sinon on va de nouveau ancrer des pratiques et le but c'est de mobiliser les connaissances de tous ».

L'IDEC

« Un an ça me paraît bien, ça leur permet de développer des compétences, mais ça les use pas. »

La responsable RH

Les avis étaient très partagés sur le rythme de la mobilité. Pour autant, les lectures et l'éclairage de ce travail ne permet pas de trancher sur une durée optimale. Il faut cependant adapter la mobilité au parcours de professionnalisation et donc au développement des compétences, avec une prise en compte de l'individualité professionnelle de chacun. C'est là, tout l'intérêt de construire la politique de mobilité avec les acteurs, mais également l'opportunité de développer des organisations capacitanes.

Ces durées trouvent donc des limites, d'une part elles ne sont le fruit que d'un groupe de travail et que d'un établissement. Une étude plus approfondie et empirique serait nécessaire pour proposer sa modélisation.

Néanmoins, le processus représenté par le graphique ci-dessous, détaille les différents thèmes à évaluer afin d'ajuster la durée individuelle pour chaque niveau du parcours.



Dans ce deuxième schéma, il a été synthétisé une proposition de thèmes à aborder lors des entretiens de recrutement ou annuels afin de répondre à la question d'affectation par compétence et non par poste. L'objectif est de proposer une affectation qui réponde à la fois au besoin de l'établissement, et aux compétences de l'agent. Pour cela, un bilan de compétences initial est réalisé. Ce bilan prend en compte la formation initiale, les formations continues, les expériences.

Ainsi, à l'issue de l'entretien, un contrat de professionnalisation peut être formalisé entre l'établissement et le professionnel. Il est cependant noté que des évaluations régulières au

cours de la carrière de l'agent seront réalisées et seront susceptibles de modifier le parcours.

Le groupe de travail a longuement débattu de l'opérationnalité du parcours de professionnalisation au sein de l'EHPAD. Les leviers de développement de compétences rencontrent des freins structurels, avec un choix d'affectation limité, un mode de recrutement encadré par une pénurie de professionnels postulants, et un turn over interne réduit.

De plus, la période de pandémie durant laquelle ce stage a été effectué a montré le delta entre la théorie d'un parcours professionnalisant et la réalité organisationnelle.

En effet, même si la volonté de la direction était de développer une affectation adaptée aux compétences des agents, la priorité s'est concentrée sur la prise en compte de la continuité de l'accompagnement, et une préoccupation de pallier l'absentéisme en garantissant le nombre d'agent par secteur.

De fait, nous pouvons interroger la mobilité interne à l'aune d'une crise sanitaire qui a mis en exergue les difficultés de recrutement, ainsi que l'absence de candidats formés aux exigences des missions de l'accompagnement des personnes âgées. Les professionnels se sont mobilisés au sein de leur service, développant une cohésion d'équipe, une solidarité qui semblait encore plus centrée et sectorisée.

Les professionnels qui ont été amenés à changer de secteur pendant cette période ont identifié des pratiques différentes selon les secteurs et pour autant des protocoles identiques pour l'institution. Comme si chaque équipe avait adapté, interprété, de façon individuelle les consignes et les organisations dictées par la direction et le management intermédiaire.

« C'est bizarre, aux B (secteur protégé), on ne travaille pas comme aux H (secteur classique). Chacun fait comme il veut, pourtant les protocoles sont les mêmes. On est obligé de s'adapter en fonction du service où on est. »

Le parcours de professionnalisation, ne pourra pas faire l'économie d'une construction partagée avec les différents membres des différents secteurs, avec un temps dédié aux discussions sur le contenu du travail, sur les analyses de pratiques et en permettant la participation, rédaction et révisions des protocoles en interrogeant les pratiques.

3.2 Un plan d'action partagé

3.2.1 Le nécessaire respect de l'équité et la transparence

Nous avons vu, l'importance de la communication comme clé de réussite de la mise en place d'une politique de mobilité. La revalorisation des métiers devient l'axe central de cette communication. A ce titre, le respect des individus et des individualités semble essentiel.

Responsabiliser les professionnels, leur permettre d'exprimer et de formaliser leur propre parcours professionnel s'accompagnent nécessairement d'équité et de transparence. Il s'agit de bien établir les compétences nécessaires à l'occupation d'un poste, donc de valoriser les parcours en sécurisant à chaque étape vue précédemment le professionnel et l'équipe. Pour reprendre une citation d'un salarié :

« On ne peut pas demander aux gens de sauter au trapèze, s'il n'y a pas le filet de sécurité au-dessous ».

Pouvoir le cas échéant permettre un retour à l'étape précédente sans jugement, sans sentiment d'échec pour le professionnel, doit également être prévue dans une politique de mobilité ambitieuse et équitable.

De ces constats, il nous semble important d'évaluer les outils RH de l'établissement, puisque la mobilité interne va impacter et redonner du sens à des dispositifs déjà existants comme : la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les fiches de postes, les entretiens professionnels, les entretiens de recrutement, la gestion des plannings, le plan de formation.

Il est nécessaire de réaffirmer la fonction Ressources Humaines de l'établissement. En effet la mobilité impacte profondément chaque individu, elle touche leur représentation, leur motivation, leur histoire professionnelle, parfois même leur croyance.

Les ressources humaines ont toute leur place dans un rôle de conseil, et d'orientation des carrières. Il ne s'agit pas d'une démarche anodine, la mobilité demande d'être réfléchie et co-construite.

Alors, effectivement elle devient en enjeu stratégique majeur de gestion des ressources humaines au service du développement des compétences et également adaptée aux évolutions majeures du secteur médico-social accompagnant les personnes âgées dépendantes.

La limite est de considérer la mobilité comme un ajustement de la gestion des ressources humaines et en l'absence de cohérence de la démarche, transformer une politique de valorisation et de performance en une organisation illisible voire paradoxale et observer l'effet négatif et contre-productif de la mobilité.

3.2.2 Un parcours intégrant la formation et l'accompagnement

La politique de mobilité va de pair avec le développement et la généralisation des Analyses de Pratiques professionnelles.

En effet, si nous n'en avons pas parlé dans les paragraphes précédents, il semble essentiel de mettre en place des analyses régulières pour confronter les professionnels à des situations emblématiques. Ce dispositif participe largement aux développements des compétences et permet l'auto-évaluation de la posture professionnelle.

En réunissant un groupe de professionnels, guidé par un animateur, pour réfléchir à partir des situations de travail apportées par les participants, les agents procèdent à une analyse des situations à posteriori et ainsi mettent en mots et en réflexion les pratiques utilisées et le contexte des situations.

Ces analyses de pratiques participent aux développements des compétences et favorisent la cohésion des équipes.

Pour citer Carl Rogers³¹ :

« J'en suis arrivé à croire que les seules connaissances qui puissent influencer le comportement d'un individu sont celles qu'il découvre lui-même et qu'il s'approprie ».

Ces propos viennent illustrer l'importance du mode d'organisation qui va inclure un dispositif apprenant et ainsi qui va structurer l'appropriation des compétences et d'accompagnement des parcours professionnels par l'acquisition des compétences au travers de la mobilité et de la confrontation aux situations apprenantes.

31 ROGERS C., 2005, Le développement de la personne, Paris : InterÉditions-Dunod, 274

Dans un article de managersanté³²: « Comment mettre en œuvre le parcours de professionnalisation » publié en janvier 2020, nous pouvons lire le témoignage d'une expérience au sein d'un hôpital :

« Le dispositif apprenant, modalité spécifique d'organisation apprenante mis en œuvre par les Hospices Civils de Lyon (HCL) constitue un continuum qui prend sa source dès l'accueil des stagiaires paramédicaux jusqu'à l'intégration des nouveaux recrutés, en passant par des démarches de mobilité interne. Le dispositif apprenant a permis de former près de 3000 salariés dans une logique d'élaboration, d'accompagnement et de pilotage de parcours apprenant depuis 2008. Ce dispositif apprenant peut-être envisagé comme la formalisation et l'enrichissement d'une culture de la « formation sur le tas » qui caractérise les HCL. »

Dans cet article, il est question de compétence avec une « *vision dynamique et systémique* ».

En effet les évolutions techniques, celles du public accueilli, des professionnels et les attentes des usagers en termes de services et de qualité, nécessite une remise en question des pratiques et demande une adaptabilité pour apporter des réponses en temps réels aux situations.

Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière rappelle la définition retenue pour appréhender la notion de compétence :

« C'est la maîtrise d'un savoir-faire opérationnel relatif aux activités d'une situation déterminée, requérant des connaissances et des comportements. Elle est inséparable de l'action et ne peut être appréhendée qu'au travers de l'activité.

Pour répondre à l'enjeu du parcours apprenant, l'exemple des Hospices s'appuie sur l'existence de 5 acteurs clés sur le terrain ainsi définis :

- *Le directeur du centre de formation*
- *L'ingénieur pédagogique : le Tuteur*
- *Le formateur : le professionnel de proximité ou « Personne chargée de compagnonnage »*

³² https://managersante.com/2020/01/03/le-dispositif-apprenant-des-hospices-civils-de-lyon-developper-et-mettre-en-oeuvre-les-competences-via-des-parcours-professionnalisants-sur-le-terrain/#_ftn1

- *L'apprenant : stagiaire des écoles (IFSI), nouvel embauché, professionnel en reconversion interne, en particulier pour raisons médicales*
- *Le centre de formation externe.*

Si nous essayons de transposer les acteurs clés au cœur d'un EHPAD, et ainsi identifier les acteurs piliers du processus de la mobilité interne, il semble essentiel qu'une équipe pilote de la politique de mobilité soit composée de :

- La directrice ou le directeur de l'établissement
- La ou le responsable RH
- Le cadre de santé ou l'infirmière coordinatrice
- L'infirmier(e) référent(e) de l'accueil des nouveaux professionnels
- L'aide-soignant(e) référent(e) de l'accueil des nouveaux professionnels

Cette équipe serait en charge d'évaluer la mobilité interne, de faire des propositions d'adaptation du processus en fonction des besoins et des évaluations. Le plan de formation serait également construit avec cette équipe, afin d'identifier en collégialité les formations nécessaires au développement des compétences pour favoriser la mobilité interne.

Le parcours de professionnalisation nécessite, donc, une communication partagée, claire, un plan de formation adapté, des évaluations constantes, un suivi régulier, des entretiens professionnels structurés autour de bilan de compétences individuelles et enfin des outils de gestion RH pertinents et à jour. La mobilité interne en faveur du développement des compétences demande une organisation dynamique et co-construite avec les professionnels et les résidents.

Conclusion

La mobilité interne impose la mobilisation de qualités managériales essentielles pour un directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social (DESSMS). Sa représentation protéiforme peut l'identifier à une gestion des ressources humaines palliative, visant à compenser de façon ponctuelle et désordonnée un absentéisme, ou elle est aussi envisagée comme synonyme d'organisation performante améliorant les compétences des professionnels de l'établissement. De ce point de vue, elle favorise l'épanouissement professionnel, améliore l'attractivité et limite l'absentéisme.

La vérité semble se situer à l'interface de ces deux représentations extrêmes et opposées. Néanmoins, le contexte des établissements aujourd'hui reste partagé : les établissements doivent faire face aux problématiques de démographie médicale et paramédicale, à une pénurie dans certains métiers essentiels au fonctionnement, à l'évolution des métiers et des pratiques, à la nécessité d'améliorer les compétences et à l'impératif d'adapter les organisations dans un secteur en perpétuelle évolution.

Quatre axes principaux ont pu être identifiés au cours de ce travail pour relever l'enjeu de la mobilité interne en lien avec le développement des compétences : la formation, l'accompagnement individuel au service d'un collectif, la communication collaborative et enfin, l'équité de la politique formalisée.

La politique de mobilité débute dès le recrutement du salarié, à l'occasion des formations proposées ou des impératifs d'évolution d'organisation. Toutes ces situations impliquent le directeur au choix des opportunités afin de s'interroger sur la primauté du collectif sur l'individuel ou l'inverse. Ces choix tiennent compte du fragile équilibre entre stabilité et mobilité, et entre les intérêts de l'établissement et la gestion des ressources humaines. La prise de décision revient au D3S qui connaît les besoins de son établissement en termes d'organisation et d'efficacité. Ce jeu d'équilibriste constitue un enjeu majeur dans un contexte en perpétuel mouvement. L'enjeu sera de construire des environnements organisationnels propices à l'efficacité et donc à l'épanouissement individuel au service du collectif.

L'enjeu sera de rendre attractif le secteur par l'innovation dans les organisations, par la reconnaissance professionnelle, par le développement du laisser agir, de la confiance dans la gestion, par le dialogue et la co-construction des organisations.

Travailler sur le sujet de la mobilité en lien avec le développement des compétences, nous a permis de confronter les points de vue des agents, des résidents et des directions sur une problématique organisationnelle que rencontrent les EHPAD. Nous avons constaté que malgré une volonté presque unanime sur la nécessité de mettre en place une politique de mobilité au sein des établissements, des freins structurels et contextuels existent.

D'une part, la difficulté de recrutement vient heurter de plein fouet sa mise en œuvre. Même s'il est nécessaire de proposer des organisations attractives, même si les directions se démènent pour améliorer les conditions de travail, pour proposer des formations, la gestion des ressources humaines reste sensible dans le secteur de l'accompagnement des personnes âgées.

D'autre part, l'EHPAD fait face à une constante évolution autant du public accueilli, que des professionnels recrutés.

Ce travail s'est révélé très intéressant, malgré les difficultés rencontrées tout au long de sa réalisation (dues au contexte de la crise sanitaire). Il a permis au-delà du travail de recherche et d'analyse, de développer la maturité professionnelle nécessaire à l'exercice du métier de directeur. Il nous a obligée de puiser dans les ressources personnelles, de s'adapter au contexte, d'évoluer en situation de crise. Il a aussi démontré qu'en toute circonstance, un directeur doit être capable de mener à terme un projet quelles que soient les conditions, avec humilité, et pugnacité. Même si nous aurions souhaité approfondir le sujet, les lectures, les entretiens, les rencontres qu'il a permises, nous encourage à continuer la réflexion sur la mobilité et le développement des compétences. Par le levier managérial que le sujet a mis en avant, par les enjeux organisationnels qu'il a dévoilés, ce travail a permis de développer la posture assertive nécessaire à l'exercice professionnel. Il a également nourri le souhait de développer des connaissances et des compétences en matière d'organisation capacitante, et a ouvert la perspective d'un questionnement nouveau : L'organisation capacitante permet-elle de répondre aux enjeux stratégiques du management des professionnels en EHPAD ?

Pour conclure la citation de Johan Curiff, célèbre footballeur qui même éloigné du secteur médico-social, nous invite à construire l'équipe gagnante, avec une performance collective car c'est la cohésion du groupe qui permettra que l'individu s'épanouisse :

« L'important n'est pas d'avoir les 11 meilleurs joueurs, mais le meilleur 11 »

Bibliographie

Articles :

Formarier, M. (2012). Équipe, travail en équipe. Dans : Monique Formarier éd., Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition (pp. 180-182). Toulouse, France: Association de Recherche en Soins Infirmiers. doi:10.3917/arsi.forma.2012.01.0180.

Dossiers :

ANAP-Améliorer la gestion des ressources humaines-Mobilité professionnelle-2012

Anesm Qualité de vie en MAS-FAM (Volet 2) – Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs page 70

DRESS : Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagées- Septembre 2016 N°5 Rémy Marquier, Thomas Vroylandt (DREES) *Marie Chenal, Pierre Jolidon, Thibaut Laurent, Clémence Peyrot, Thomas Straub, Camille Toldre (ENEIS Conseil)*

DRESS rapport définitif : Étude qualitative sur les conditions de travail dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

DRESS : Études et Résultats de l'enquête DRESS 2015 publiés en juillet 2017

Direction Nationale Economie Sociale et solidarité_Observatoire des EHPAD, Avril 2015.

La gestion prévisionnelle des ressources humaines dans les services de l'Etat Guides pratique Direction générale de l'administration et de la fonction publique- 2015 Marie CHENAL, Pierre JOLIDON, Thibaut LAURENT, Clémence PEYROT, Thomas STRAUB, Camille TOLDRE. ENEIS conseil

Ouvrages :

Blanchet, C. & Michinov, E. (2016). Les équipes de travail dynamiques. L'instabilité dans les équipes de travail : quels effets sur les performances ?. *Le travail humain*, vol. 79(4), 309-338. doi:10.3917/th.794.0309.

(2003). Chapitre 1. L'approche psychologique de la notion de compétence. Dans : , J. Aubret & P. Gilbert (Dir), *L'évaluation des compétences* (pp. 7-27). Wavre, Belgique: Mardaga.

- Cordelier, B. & Marie-Montagnac, H. (2008). Conduire le changement organisationnel ?. *Communication & Organisation*, 33(1), 8-16. <https://www.cairn.info/revue-communication-et-organisation-2008-1-page-8.htm>
- Desplats, M., Pinaud, F. (2015). *Manager la génération Y*. Paris: Dunod. doi:10.3917/dunod.pinau.2015.01.
- Erny, J. (2010). Le sentiment d'efficacité personnelle, et ses attributs dans la polyvalence des infirmiers au sein d'un pôle. *Recherche en soins infirmiers*, 101(2), 91-97. doi:10.3917/rsi.101.0091.
- Erny, J. (2010). Le sentiment d'efficacité personnelle, et ses attributs dans la polyvalence des infirmiers au sein d'un pôle. *Recherche en soins infirmiers*, 101(2), 91-97. doi:10.3917/rsi.101.0091.
- I.Getz, B.M. Carney Liberté & Cie.. Flammarion, 2009, 421 pages
- Formarier, M. (2012). Équipe, travail en équipe. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition* (pp. 180-182). Toulouse, France: Association de recherche en soins infirmiers. doi:10.3917/arsi.forma.2012.01.0180.
- Lagadec, A. (2009). L'analyse des pratiques professionnelles comme moyen de développement des compétences: ancrage théorique, processus à l'œuvre et limites de ces dispositifs. *Recherche en soins infirmiers*, 97(2), 4-22. doi:10.3917/rsi.097.0004.
- Méda, D. & Vendramin, P. (2013). 4 - La signification du travail au prisme des générations. Dans : , D. Méda & P. Vendramin (Dir), *Réinventer le travail* (pp. 149-184). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.
- Michel Louazel, Alain Mourier, Erwan Ollivier, Roland Ollivier, sous la direction de presses EHESP 2018, *le management en santé*, préface de Cécile Courrège, *Gestion et conduite des organisations en santé*.
- MINTZBERG, Henry. *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Editions d'organisation, 1982, p. 90.
- Nicole Raoult, *Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences en milieu hospitalier*. L'Harmattan, 1991
- Petit, R. & Zardet, V. (2017). Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management. *@GRH*, 22(1), 31-54. doi:10.3917/grh.171.0031.
- Véro, J. & Zimmermann, B. (2018). À la recherche de l'organisation capacitante : quelle part de liberté dans le travail salarié ?. *Savoirs*, 47(2), 131-150. doi:10.3917/savo.047.0131.

Revues :

Cordelier, B. & Marie-Montagnac, H. (2008). Conduire le changement organisationnel ?. *Communication & Organisation*, 33(1), 8-16.
<https://www.cairn.info/revue-communication-et-organisation-2008-1-page-8.htm>.

DRESS : Études et Résultats N° 169 Avril 2002 : La mobilité des professionnels de santé salariés des hôpitaux publics

Erny, J. (2010). Le sentiment d'efficacité personnelle, et ses attributs dans la polyvalence des infirmiers au sein d'un pôle. *Recherche en soins infirmiers*, 101(2), 91-97. doi:10.3917/rsi.101.0091.

Persais, É. (2004). Les compétences relationnelles peuvent-elles s'avérer stratégiques ?. *Revue française de gestion*, no 158(1), 119-145. doi:10.3166/rfg.148.119-145.

Soins Cadres : management des ressources humaines dans l'organisation de travail- N°72- Novembre 2009

Soins Cadres : Mobilité choisie, lien social et compétences infirmières-N°87-Aout 2013

Mémoires :

BOILEAU, Jean-Yves. 2006- *L'affectation des infirmières dans le secteur ambulatoire, comment associer mobilité et compétences*. Mémoire de l'École nationale de la Santé Publique. Rennes : École Nationale de la Santé Publique.

Julia Le Gouguec ENSP 2006-2009 -Directeur d'Hôpital-
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- 57 pages

Delabasserue Jérôme 2012-2013- Cadre de Santé-
Le développement des compétences par la mobilité du personnel. École d'Enseignement de Promotion Sociale de la Communauté Française- 71 pages

Site internet :

<https://managersante.com/2020/01/03/le-dispositif-apprenant-des-hospices-civils-de-lyon-developper-et-mettre-en-oeuvre-les-competences-via-des-parcours-professionnalisants-sur-le-terrain/>

https://www.cairn.info/resultats_recherche.php?searchIn=all&searchTerm=%22mobilit%C3%A9+professionnelle%22

<https://www.changerletravail.fr/>

<https://www.changerletravail.fr/search/node/mobilit%C3%A9>

https://www.scienceshumaines.com/infirmieres-des-pratiques-en-redefinition_fr_13818.html

https://www.scienceshumaines.com/pourquoi-il-est-difficile-de-changer_fr_37483.html

https://www.scienceshumaines.com/resister-au-changement-une-attitude-rationnelle_fr_12046.html

https://www.scienceshumaines.com/s-appropriier-son-travail_fr_34763.html

Liste des annexes

Annexe 1 : questionnaires DIRECTIONS

Annexe 2 : questionnaires professionnels

Annexe 3 : questionnaire résidents

Annexe 4 : diaporama de synthèse focus groupe

Annexe 5 : tableau de synthèse des réponses aux questionnaires DIRECTION

Annexe 6 : tableau de synthèse des réponses aux questionnaires soignants

Annexe 6 : extrait du journal d'observation

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE

Madame, monsieur,

Ce questionnaire a été élaboré dans le cadre de mon mémoire de la formation de directeur d'établissement sanitaire social et médico-social et s'adresse à l'ensemble du personnel encadrant.

L'étude porte sur divers items et notions en rapport avec votre environnement professionnel et vos réponses sont précieuses pour enrichir la construction de ce travail. Elles vont permettre d'étayer ma réflexion sur le thème de la mobilité interne des professionnels.

Ce questionnaire est à remplir individuellement et ne prendra que quelques minutes de votre temps précieux. Il est anonyme.

Je vous remercie d'avance pour votre participation

Sabine CARRETERO

Établissement

Ancienneté dans l'établissement :

Votre fonction :

- Directeur
- Cadre de santé
- IDEC
- Responsable RH
- Autre,

précisez.....

- **Avez-vous mis en place une politique de mobilité dans votre établissement ?**

- Oui Non

Si oui , quelles ont été vos motivations ?

- Favoriser le développement des compétences
- Répondre à une problématique de gestion RH
- Encourager la polyvalence
- Fidéliser les professionnels

- Répondre à une problématique de condition de travail
- Encourager le partage d'expérience
- Favoriser la gestion des plannings
- La direction favorise les changements

Autres,

précisez :

.....

Si non, pour quelles raisons ?

- Pas de nécessité
- Refus des professionnels
- Difficultés d'organisation
- Turn Over déjà important
- Organisation des périodes de formations spécifiques difficiles à mettre en place
- Les demandes ne sont pas respectées
- Il n'y a pas de possibilité

Autres,

précisez :

.....

• **Êtes-vous favorable à la mobilité interne ?**

- Oui Non

• **Encouragez-vous la mobilité interne ?**

- Oui Non

• **L'établissement propose t'il la possibilité de réaliser des échanges de personnel entre les services ?**

- Oui Non

Si oui la durée de l'échange est-elle prévue ?

- Oui Non

• **Pensez-vous qu'une procédure concernant la mobilité du personnel serait nécessaire ?**

- Oui Non

• **Pensez-vous que la mobilité permet de développer des compétences ?**

- Oui Non

• **Comment est vécu la mobilité dans votre établissement ?**

- Sanction
- Test des capacités d'adaptation
- Reconnaissance des qualités professionnelles

- Possibilité d'apprendre autre chose
- Perspective d'évolution professionnelle
- Autre,
précisez.....

- **Vous souhaitez vous exprimer sur le sujet de la mobilité interne,
commentaires libres :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci pour votre participation.

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE

Madame, monsieur,

Ce questionnaire a été élaboré dans le cadre de mon mémoire de la formation de directeur d'établissement sanitaire social et médico-social et s'adresse à l'ensemble du personnel soignant.

L'étude porte sur divers items et notions en rapport avec votre environnement professionnel et vos réponses sont précieuses pour enrichir la construction de ce travail. Elles vont permettre d'étayer ma réflexion sur le thème de la mobilité interne des professionnels.

Ce questionnaire est à remplir individuellement et ne prendra que quelques minutes de votre temps précieux. Il est anonyme.

Je vous remercie d'avance pour votre participation

Sabine CARRETERO

Unité : Service protégé : Service Classique

Vous êtes : Une femme Un homme

Age :.....

Votre fonction : IDE AS ASH AMP ASG autre, précisez

Ancienneté dans l'établissement :.....

Ancienneté dans le service :.....

- Si vous avez travaillé dans un autre service (protégé ou classique), précisez la durée :

	Service	durée
1		
2		
3		
4		
5		

• **Si vous n'avez jamais travaillé dans un autre service qu'elles en sont les raisons ?**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> C'est mon choix | <input type="checkbox"/> Crainte du changement |
| <input type="checkbox"/> Refus de la direction | <input type="checkbox"/> ça n'apporte rien de changer de service |
| <input type="checkbox"/> Manque d'expérience | <input type="checkbox"/> Pas de possibilité de choisir l'affectation |

Autres,

Précisez.....

.....

• **Avez-vous choisi le service dans lequel vous exercez ?**

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

• **Envisagez-vous la possibilité de travailler dans le même service toute votre carrière**

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

• **Avez-vous déjà sollicité un changement de service auprès de votre hiérarchie ?**

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

Si oui, quelles ont été vos motivations ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Changer d'équipe de travail | <input type="checkbox"/> Pénibilité du travail |
| <input type="checkbox"/> Souhait de casser la routine | <input type="checkbox"/> Cumuler des expériences |
| <input type="checkbox"/> Évoluer professionnellement | <input type="checkbox"/> Développer mes compétences |
| <input type="checkbox"/> Partager ma pratique | <input type="checkbox"/> La direction favorise les changements |

Autres,

précisez :

.....

Si non, pour quelles raisons ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Crainte du changement | <input type="checkbox"/> Pas assez d'ancienneté dans le service |
| <input type="checkbox"/> Méconnaissance des autres services | <input type="checkbox"/> Ce n'est pas dans la culture de l'établissement |
| <input type="checkbox"/> Sentiment d'appartenance | <input type="checkbox"/> Les demandes ne sont pas respectées |
| <input type="checkbox"/> Il n'y a pas de possibilité | |

Autres,

précisez :

.....

- **Avez-vous reçu une réponse favorable pour un changement ?**
 Oui Non
- **En termes d'orientation, votre demande a-t-elle respectée ?**
 Oui Non
- **L'établissement propose t'il la possibilité de réaliser des échanges de personnel entre les services ?**
 Oui Non
- **Si oui la durée de l'échange est-elle prévue ?**
 Oui Non
- **Pensez-vous qu'une procédure concernant la mobilité du personnel serait nécessaire ?**
 Oui Non
- **Pensez-vous que la mobilité permet de développer des compétences ?**
 Oui Non
- **Avez-vous déjà changé de service sans le demander ?**
 Oui Non

Si oui comment avez-vous interprété cette mobilité ?

- Sanction
- Test de mes capacités d'adaptation
- Reconnaissance de mes qualités professionnelles
- Possibilité d'apprendre autre chose
- Perspective d'évolution professionnelle
-

Autre,

précisez.....

.....

- **Vous souhaitez vous exprimer sur le sujet de la mobilité interne, commentaires libres :**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Merci pour votre participation.

ANNEXE 3

QUESTIONNAIRE

Madame, monsieur,

Ce questionnaire a été élaboré dans le cadre de mon mémoire de formation de directeur d'établissement sanitaire social et médico-social et s'adresse à l'ensemble des résidents.

L'étude porte sur divers items et notions en rapport avec votre environnement et vos réponses sont précieuses pour enrichir la construction de ce travail. Elles vont permettre d'étayer ma réflexion sur le thème de la mobilité interne des professionnels.

Ce questionnaire est à remplir individuellement et ne prendra que quelques minutes de votre temps précieux. Il est anonyme.

Je vous remercie d'avance pour votre participation

Sabine CARRETERO

Établissement

Ancienneté du résident dans l'établissement :.....

Vous êtes :

résident

famille

Autre,

précisez.....

- **Êtes-vous favorable à la mobilité interne des professionnels ?**
 Oui Non
- **Encouragez-vous la mobilité interne ?**
 Oui Non
- **Selon vous la mobilité des soignants, est un gage de qualité ?**
 Oui Non
- **Selon vous les changements d'équipe pour les professionnels sont souhaitables ?**
 Oui Non

Si oui
pourquoi ?.....
.....
.....
.....
.....

Si non
pourquoi ?.....
.....
.....
.....
.....

- **Pensez-vous que la mobilité permet de développer des compétences ?**

Oui Non

- **Vous souhaitez vous exprimer sur le sujet de la mobilité interne, commentaires libres :**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Merci pour votre participation.

Représentations professionnelles

Groupes de réflexion

Synthèse

Du 17 février 2020 au 28 février 2020



Participants

- 24 soignants invités à participer
- 16 soignants présents aux rencontres du 17 au 28 février
- Objectifs:
 - Identifier en un mot la représentation du métier AS et IDE
 - Formuler la définition d'une équipe
 - Échanger sur le ressenti et le vécu



Résultats



• La représentation du métier AS

- Accompagnement *cité 6 fois*
- Aide *cité 2 fois*
- Altruisme *cité 1 fois*
- Bien-être complet *cité 1 fois*
- Bienveillance *cité 1 fois*
- Prendre soin *cité 1 fois*
- Lassitude *cité 1 fois*
- Décourageant *cité 1 fois*
- Fatigant *cité 1 fois*



• La représentation du métier IDE

- Technique *cité 1 fois*
- Responsabilité *cité 1 fois*
- Soins *cité 1 fois*
- À l'écoute *cité 2 fois*
- Hiérarchie *cité 1 fois*
- Administratif *cité 1 fois*
- Loin du soin *cité 2 fois*
- Organisation *cité 2 fois*
- Intermédiaire médecin *cité 1 fois*
- Soins médicaux *cité 1 fois*
- Interface médecin/soignant *cité 1 fois*
- Douleur/intervention (les IDE sont perçues comme intervenant par rapport aux problématiques douloureuses) *cité 1 fois*

Définition d'une équipe

- Une équipe est un ensemble de personnes exerçant des métiers différents, travaillant ensemble dans un même but avec les mêmes objectifs et des valeurs de complémentarité, de solidarité, d'entraide, de faire pour faire bien, de collaboration, d'écoute, de respect des protocoles, le respect du travail de chacun, de communication, de temps d'échanges, de confiance.

Tous les mots de cette définition sont issus des verbatim des soignants.





Pourquoi une équipe dysfonctionne?

- Parce qu'il manque un personnel et l'équipe peut être déstabilisé par la charge de travail
- Parce que les objectifs différent en fonction de la personnalité et des croyances du soignant
- Parce que les membres de l'équipe ne se font pas confiance
- Parce que l'équipe n'échange pas suffisamment
- Parce que les membres de l'équipe ne s'écoutent pas

Si les composants d'une équipe « oublie » une valeur notée dans la définition, l'équipe devient la somme des individualités et non la cohésion d'un groupe partageant le même but et les mêmes valeurs.

ANNEXE 5

SYNTHESE QUESTIONNAIRES DIRECTEURS (commentaires libres)

DIRECTEURS	QUESTION	REponses
1	Vous souhaitez vous exprimer sur le sujet de la mobilité interne, commentaires libres :	La politique de mobilité existe, mais elle n'est pas formalisée. Les agents bougent surtout pour compenser l'absentéisme.
2		Les agents ne bougent pas de leur propre initiative, c'est souvent obligé. Mais pourtant, personnellement, je trouve que ce serait bien de mettre en place un turn over interne pour développer les compétences et mixer les équipes, qui sont dans la routine.
3		C'est compliqué de mettre en place la mobilité interne, il y a une pénurie de soignants, et souvent on n'a pas le choix ; dans l'idéal, oui, ce serait très bien de faire bouger les agents, mais c'est très difficile.
4		La mobilité interne a du sens, elle répond aussi à la GPEC. Si cela a été mis en place, l'adaptation à la population (évolution du public), à son projet, nécessite de développer des compétences, avec des ressources humaines plus ou moins constantes, peu de création de postes dans notre secteur.
5		Certains professionnels sont en demande de mobilité et d'autres non. Le changement fait peur. Difficulté de mobilité notamment pour les services spécialisés et plus ou moins facile pour les

		services classiques, les professionnels ne sont pas intéressés de travailler auprès des personnes désorientées.
6		Le vécu de la mobilité est très personne dépendante. Elle est toujours une réussite.
7		La mobilité dans les différents services permettrait de connaître tous les résidents de la maison, permettrait de changer d'équipe, et moins de routine. Mais pour un bon suivi de résident il faut un organiser un roulement d'au moins 6 mois par service.
8		Le changement qu'il soit interne ou sur un autre établissement permet de trouver de nouveau une motivation pour avoir du plaisir au travail.
9		La mobilité est un outil de qualité quand elle est pensée en lien avec une amélioration du fonctionnement de l'établissement.
10		La mobilité est nécessaire dans un secteur qui use énormément les professionnels. C'est un gage de qualité de vie au travail, mais ce n'est toujours pas simple à mettre en place. C'est professionnel dépendant et il faut parfois forcer les choses.

ANNEXE 6

REPONSES QUESTIONNAIRES AS

AS	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10
1	CHOIX	NON	NON	/	/	OUI	NON	OUI	NON	OUI
2	REFUS	NON	OUI	NON	NON	OUI	NON	OUI	NON	NON
3	REFUS	NON	OUI	NON	NON	OUI	NON	OUI	NON	NON
4	CHOIX	NON	NON	NON	NON	NON	NON	OUI	OUI	NON
5	/	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	NON
6	/	NON	OUI	NON	NON	NON	NON	OUI	OUI	OUI
7	/	NON	NON	NON	NON	OUI	NON	OUI	OUI	OUI
8	/	NON	NON	NON	NON	OUI	NON	OUI	OUI	NON
9	/	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	NON
10	CRAINTE	NON	OUI	NON	NON	NON	NON	OUI	NON	NON
11	/	NON	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	NON	OUI
12	/	NON	NON	/	/	NON	NON	OUI	OUI	OUI
13	CHOIX	OUI	NON	NON	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI
14	CRAINTE	OUI	NON	NON	NON	NON	NON	OUI	OUI	OUI
15	RIEN	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI
16	RIEN	NON	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	OUI
17	Expérience	NON	NON	NON	NON	OUI	NON	OUI	OUI	OUI
18	CHOIX	NON	NON	NON	NON	NON	NON	OUI	OUI	OUI
19	CHOIX	NON	OUI	NON	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI
20	IMPOSSIBLE	NON	NON	NON	NON	NON	NON	OUI	NON	NON
21	CRAINTE	OUI	OUI	NON	NON	NON	NON	OUI	NON	OUI
22	RIEN	NON	NON	NON	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI
23	/	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI
24	/	NON	NON	NON	NON	OUI	NON	OUI	OUI	OUI
25	PAS ENVIE	OUI	NON	NON	NON	OUI	NON	OUI	NON	NON

Q1 : Si vous n'avez jamais travaillé dans un autre service qu'elles en sont les raisons ?

Q2 : Avez-vous choisi le service dans lequel vous exercez ?

Q3 : Avez-vous déjà sollicité un changement de service auprès de votre hiérarchie ?

Q4 : Avez-vous reçu une réponse favorable pour un changement ?

Q5 : En termes d'orientation, votre demande a-t-elle respectée ?

Q6 : L'établissement propose t'il la possibilité de réaliser des échanges de personnel entre les services ?

Q7 : Si oui la durée de l'échange est-elle prévue ?

Q 8: Pensez-vous qu'une procédure concernant la mobilité du personnel serait nécessaire ?

Q9 : Pensez-vous que la mobilité permet de développer des compétences ?

Q110 : Avez-vous déjà changé de service sans le demander ?

/ : pas de réponse

ANNEXE 7

EXTRAIT JOURNAL DE BORD :

DIRECTEURS/ CADRES

« Aujourd'hui quand je reçois un CV, je l'appelle immédiatement, et souvent nous le recrutons, avant on avait une liste de CV, maintenant, on n'en a pas et c'est bien dommage, mais on recrute ce qu'on peut, pas ce qu'on veut »

« Aujourd'hui, les jeunes diplômés ont beaucoup d'exigence, ils demandent un planning presque à la carte, la vie personnelle est leur préoccupation principale, en plus ils savent qu'ailleurs ils trouveront facilement, alors ils restent quelques mois et si ça ne leur convient pas, et ben ils partent. Ils ne sont pas attachés à l'établissement. C'est problématique, il va falloir qu'on invente une autre façon de manager ces professionnels, les règles, les normes, le cadre ne leur convient pas »

« Cela fait des années qu'on réfléchit à formaliser une politique de mobilité, je ne peux pas dire que la mobilité interne est absente chez nous, mais c'est toujours individuel, ça répond souvent à une problématique d'un agent qui soit est en conflit avec le reste de l'équipe, soit que l'évaluation de ses compétences n'est pas bonne. Alors on essaie de le tester dans une autre équipe »

« Certaines équipes sont à bout de souffle, on le voit bien, l'absentéisme est plus important, l'expression d'une insatisfaction revient toujours lors des entretiens annuels

« Même si on a une politique de mobilité, on sait que certains professionnels sont trop fragiles à la base, il faut avoir le dos solide pour travailler ici, donc certains on les laisse dans les secteurs plus cool.

RESIDENTS

« Il ne faut pas non plus que ça change trop souvent, les personnes âgées ont besoin de stabilité »

« Moi, j'aime bien connaître les gens qui s'occupent de moi, j'aime pas les nouveaux, ils me connaissent pas, alors non je veux pas que ça change »

« J'aime bien les nouveaux, ça change un peu, toujours les mêmes c'est lassant à force. Non ça e dérange pas du tout que ça change, l'important c'est qu'ils soient gentils et qu'ils prennent le temps, parce que des fois, ils ont pas le temps et c'est ça qui me dérange »

« Ici il y a des gentils, j'aime bien quand c'est eux qui s'occupent de moi, je les connais depuis que je suis arrivée, ils me connaissent aussi, lors ça va. Les nouveaux c'est plus difficile, ils posent toujours des questions, comment on fait ci, comment on fait ça. Ils sont gentils aussi, mais pas tous. Il y en a je veux pas qu'ils partent ailleurs, mais d'autres, vous voyez, ça me dérangerait pas au contraire »

« on a mis du temps à faire confiance, c'est pas facile, on trouve que ça bouge déjà beaucoup, alors on n'est pas pour que ça bouge encore plus. De toute façon, l'essentiel c'est qu'ils s'occupent bien de maman et qu'ils soient gentils avec elle » « dans un autre EHPAD c'était jamais les mêmes, on répétait toujours les mêmes choses, c'est usant et stressant »

SOIGNANTS

« On se connaît bien, on n'a pas besoin de se parler, on va directement à l'essentiel »
« quand il y a un nouveau, on perd du temps, faut tout lui expliquer »
« Devenir un nouveau membre, ce n'est pas facile, souvent j'ai l'impression d'être, comme un cheveu dans la soupe »
« Moi j'ai déjà changé d'équipe, c'est compliqué au début, il faut vraiment s'accrocher parce qu'on a l'impression de rien savoir-faire, on connaît pas les résidents, on a l'impression d'être un boulet » « moi je n'y arrive pas, les fois où j'ai été remplacé dans d'autres quartiers, je me sentais inutile, je me rends compte que lorsqu'un nouveau débarque on n'est pas forcément sympa, on voudrait qu'il soit efficace comme nous mais bon.... »

« Supporter une collègue avec qui on s'entend pas, c'est le plus difficile pour moi, les résidents difficiles, les familles, ça, ça va, mais une collègue avec qui on s'entend pas, c'est invivable »,
« Heureusement que même au sein de mon équipe on tourne parce qu'avec certaines c'est difficile, on n'a pas la même façon de travailler » « oui avec certains c'est quasiment impossible, ils se prennent pour le chef, je ne vois pas pourquoi, ils donnent des ordres, moi je fais mon boulot comme je veux, je me fiche des autres »
« Sincèrement ça fait 12 ans que je travaille ici, je n'ai jamais compris comment ils fonctionnent aux B, (quartier spécialisé) pour moi c'est des OVNIS, ils demandent toujours des renforts, ils sont déjà plus nombreux que nous, alors je ne comprends pas ce qu'ils font. »
« On nous dit toujours ce qu'on a à faire et comment il faut le faire, mais on connaît notre boulot, et puis c'est nous qui sommes auprès des résidents, on sait comment il faut faire, toutes ces procédures, protocoles c'est pas la vraie vie »
« Dans un premier temps j'ai surtout vu « mobilité interne » qui m'a renvoyé en arrière à une époque où la hiérarchie aurait voulu que le personnel soignant au sein de notre Ehpad puisse travailler dans toutes les unités. 3 unités de 40 résidents. En tant qu'IDE très investie dans mon unité, j'y ai vu un manque de considération de notre travail mais surtout une manière de pouvoir boucher des trous dans un planning. La prise en charge des résidents mais aussi des familles demande de la confiance et un certain investissement qui ne peut pas être le même quand tu gères 40 et 120 résidents » « Ensuite j'ai été sur internet pour voir....je suis tombée sur des textes qui parlaient de stratégie, de plan opérationnel.... de mobilité horizontale, verticale . Il était question de stratégie en entreprise adaptable ou pas à la structure hospitalière ? En tout cas ça m'a fait réfléchir à la mobilité et la compétence. J'ai rencontré des IDE et des cadres dans mon parcours qui m'ont apportés des compétences multiples et diverses qui m'ont aidés dans ma vie professionnelle. Compétences que j'ai pu partager ensuite dans un service de géronto-psy en tant que FFCS. Les compétences de chacun amènent un climat de confiance au sein des équipes qui permet d'avancer dans des projets. »
« Moi je suis carrément contre, ça arrange la direction de mettre en place la politique de mobilité, c'est plus facile pour les plannings, on peut remplacer partout, et c'est pas parce que je vais aller un jour dans le service protégé que je vais devenir compétente... »
« Ici c'est plus compliqué, il faudrait être un pour un, les résidents, ils ont besoin d'un accompagnement de proximité, tout le temps, on peut pas leur faire la toilette et passer à quelqu'un d'autre comme on le fait dans le secteur classique, déjà ça prend du temps parce qu'ils sont opposant, le refus de soin ici c'est pas rare, il faut souvent négocier, c'est pas pour rien si on fait des formations sur la relation, la communication, les pathologies neurodégénératives. »
« Moi, je préfère travailler aux B (secteur protégé), je trouve ça plus intéressant, mais c'est vrai que c'est fatiguant et que j'envie mes collègues des M (secteur classique), c'est moins prenant »
« Il y a beaucoup de violence dans ce secteur, on se fait cracher dessus, on peut prendre des coups de pieds ou de poings, alors que nous on est là pour aider, c'est démoralisant certaines journées, on se demande pourquoi on fait ce métier... »,
« Pour moi le stress c'est la fugue, quand je m'aperçois qu'il manque un résident et qu'on ne sait pas où il est, c'est l'angoisse, on commence à chercher partout, on imagine le pire et même parfois je me dis que je pourrais finir en prison pour négligence, mais on est pas

beaucoup, alors on peut pas être derrière chaque résident, c'est usant au bout d'un moment »,

« Le compliqué c'est l'agressivité entre eux, il faut garder son calme et essayer de protéger les résidents d'éventuels coups, mais des fois ça dérape et j'ai déjà eu des résidents avec des cocards, après il faut expliquer à la famille, on a l'impression que c'est nous qui les maltraitons, j'avoue que par moment ça me pèse beaucoup »

« Ici on voit jamais nos collègues de l'EHPAD, on va pas manger à la salle de restaurant avec elles, on fait tout dans notre service, les lingères ne rentrent pas, on nous livre les repas devant la porte » Une autre s'exprimait ainsi « Comme personne ne veut venir travailler ici, et ben on s'auto-remplace tout le temps, ça fait peur de venir travailler ici, les résidents ils aiment pas le changement, ils ont besoin de repère, dès qu'il y a un nouveau, on dirait qu'ils vont le tester pour voir, ils sont pas très gentils avec lui »

« On ne travaille pas en EHPAD par hasard

« Si on nous demande d'aller dans tel ou tel secteur, c'est pour remplacer, rien à voir avec nos compétences, au bureau, ils ne préoccupent pas de savoir si on a des compétences, tout ce qui compte c'est le nombre d'agents qu'on sera. »

« Quand on bouge c'est souvent parce qu'il manque quelqu'un ailleurs » « moi j'aimerais bien passer plus de temps dans d'autres secteurs, mais souvent c'est un jour par-ci, un jour par là. »

CARRETERO

Sabine

Novembre 2020

DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT SANITAIRE, SOCIAL et MEDICO-SOCIAL

La mobilité interne : Un levier managérial de développement des compétences Promotion 2019

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : École des Hautes Études de Santé Publique

Résumé :

Le secteur de la personne âgée est en mutation constante. La nécessité d'adapter les organisations de travail interroge les gestionnaires. Afin d'adapter les besoins d'accompagnement et développer l'attractivité en EHPAD, la mobilité interne questionne les managers. Entre secteurs protégés et secteurs classiques, les professionnels se spécialisent dans un accompagnement spécifique. Permettre la mobilité au sein d'un établissement demande de développer des compétences dans un processus de professionnalisation formalisé.

Ce travail s'intéresse aux freins et aux leviers de la mise en place d'une politique de mobilité interne.

En quoi la mobilité interne peut-elle être un levier managérial stratégique propice au développement des compétences des agents ?

Au travers d'ouvrages, et d'analyses de questionnaires adressés aux agents, aux directions, aux résidents d'EHPAD, ce mémoire tente d'éclairer les directions sur l'opportunité de développer des organisations capables de mettre en lien la mobilité interne et le développement des compétences. Notamment, il s'intéresse aux organisations capacitanes et aux parcours gradués permettant de responsabiliser les professionnels, de développer leur capacité d'agir et ainsi co-construire une politique de mobilité interne.

Une communication clé de la réussite, un management valorisant les métiers et reconnaissant les particularités individuelles, une mobilité réfléchie et partagée, sont les leviers essentiels au développement de la performance collective.

Mots clés :

Compétences. Équipe Management. Mobilité interne. Organisation capacitante. Polyvalence.

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