

Master 2^{ème} année
**Management Sectoriel, Parcours « Management
des Organisations Soignantes »**

Projet managérial

ECUE 3.2
Dominique Letourneau
Isabelle Robineau-Fauchon

**Accompagner la mobilité interne au service
des compétences**

Valérie PERRIER
Année 2018/2019

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne

Note aux lecteurs

Les dossiers des étudiants du **Master 2 "Management Sectoriel" parcours "Management des Organisations Soignantes"** de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'ESM - Formation & Recherche en Soins.

Remerciements

A mes amis, mes collègues, mon équipe et plus particulièrement à ma famille et mes enfants qui m'ont apportés leur aide, leurs conseils et leur soutien.

MERCI

« *Aucun de nous, en agissant seul, ne peut atteindre le succès* »

Nelson Mandela

Sommaire

Introduction	7
1 La mobilité.....	9
1.1 Définitions	9
1.2 La mobilité dans les entreprises	9
1.3 La mobilité dans les établissements de santé.....	10
1.3.1 Les différentes formes de mobilité.....	11
1.3.2 La mobilité dans la fonction publique hospitalière.....	12
1.3.3 Les enjeux, les facteurs favorisant et les freins de la mobilité interne	14
1.4 La mobilité à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP).....	17
2 L'hôpital Necker-Enfants malades	20
2.1 D'hier à aujourd'hui	20
2.1.1 Son histoire.....	20
2.1.2 L'offre de soin au niveau national et international.....	22
2.1.3 Le bilan médico-économique : une demande d'efficacité renforcée ...	23
2.1.4 La stratégie de l'établissement	23
2.2 Le pôle médico-chirurgical pédiatrique	24
2.2.1 Sa composition	24
2.2.2 Le bilan médico-économique.....	26
2.2.3 La stratégie du pôle : une réponse au projet d'établissement	29
3 L'accompagnement de la mobilité interne des infirmiers dans un pôle pluridisciplinaire	32
3.1 La genèse du projet	32
3.2 La mobilité interne au service du développement des compétences	34
3.2.1 Quelques définitions de la notion de compétence	34
3.2.2 Les composantes de la compétence	36
3.2.3 La gestion des compétences à l'hôpital.....	38
3.2.4 Des compétences individuelles aux compétences collectives	38
3.3 La stratégie managériale dans la conduite du changement	39
3.3.1 Les enjeux organisationnels	40
3.3.2 Les acteurs concernés	41
3.3.3 Les freins déclarés ou probables	42
3.3.4 Les résultats attendus	44
3.3.5 Les actions mises en place pour accompagner les acteurs	44

3.3.6	Le planning prévisionnel.....	48
3.3.7	L'évaluation	49
3.3.8	La communication du projet auprès de l'équipe d'encadrement	49
4	Conclusion	51
	Bibliographie	53

Table des annexes

Liste des abréviations

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANFH : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier
AP-HP : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
CET : Compte Epargne Temps
CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
CMFP : Chirurgie Maxillo-Faciale et Plastique
COMEDIMS : Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
CPP : Cadre Paramédical de Pôle
DMU : Département Médico-Universitaire
DRH : Directeur des Ressources Humaines
DS : Directeur des Soins
ETPR : Equivalent Temps Plein Rémunéré
FMESPP : Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés
GH : Groupe Hospitalier
GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
HC : Hospitalisation Complète
HDJ : Hôpital De Jour
HMC : Hospitalisation Médico-Chirurgicale
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
HU : Hôpital Universitaire
IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IPDE : Infirmière Puéricultrice Diplômée d'Etat
MCP : Médico-Chirurgical Pédiatrique
NEM : Necker-Enfants Malades
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
PNM : Personnel Non Médical
RCA : Remplacement Congés Annuels
RCH : Rez-de-Chaussée Haut
RH : Ressources Humaines
TPER : Tableau Prévisionnel Emplois Ressources
UCA : Unité de Chirurgie Ambulatoire
UQAM : Université du Québec à Montréal

Introduction

Depuis plusieurs décennies, le système de santé en France ne cesse d'évoluer impliquant de nombreuses modifications au niveau des établissements de santé.

La loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991¹ renforcée par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996² ont eu pour objectifs d'adapter l'offre de soins aux besoins de la population et de maîtriser les dépenses de santé.

Au regard de ces restructurations, l'hôpital doit faire face à des contraintes de gestion de plus en plus lourdes notamment face aux évolutions des techniques médicales et de la démarche qualité de plus en plus présente dans la prise en charge des patients. Cela entraîne, par conséquent, les professionnels de santé à développer régulièrement des nouvelles compétences.

Parallèlement, ces transformations fonctionnelles au sein des établissements de santé ont eu des répercussions sur l'organisation et la gestion des ressources humaines. L'exigence d'une efficacité, qui ne cesse de se renforcer depuis quelques années, a induit les hôpitaux à adopter une politique de mobilité interne au sein de leur établissement et ce afin de limiter les coûts de remplacements et de répondre aux variables de l'activité en adaptant les ressources au plus près des besoins.

Pour autant, même si « *l'introduction d'une plus grande mobilité du personnel est un des leviers puissants pour réduire les coûts globaux des hôpitaux* »³, il s'avère que cette stratégie institutionnelle n'est pas toujours bien perçue par les personnels. En effet, cette mobilité interne est souvent relatée par les professionnels comme une contrainte engendrant un sentiment d'insécurité et d'inquiétude.

Cadre de santé depuis 6 ans dans une grande institution que représente l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, et moi-même touchée par la mobilité interne lors de l'absence de mes collègues, je me suis retrouvée à plusieurs reprises, dans mes missions de manager, face à des résistances lorsqu'il s'agissait de déplacer un professionnel dans un autre service afin de pallier à l'absentéisme.

Il s'est avéré, lors des échanges en réunion d'encadrement, que ce problème était partagé par grand nombre de cadres au sein de notre pôle mais également au sein de notre établissement lors de la permanence de l'encadrement le week-end.

Les difficultés rencontrées par l'encadrement se sont posées à plusieurs niveaux. D'une part, notre attitude face à un professionnel qui refuse catégoriquement d'être mobilisé dans un autre service mais également la responsabilité que nous portons, en tant que cadre, dans le déplacement d'un personnel qui ne serait pas compétent à aller remplacer un collègue absent.

Il m'a donc paru important de réfléchir sur le concept de mobilité interne de nos professionnels autrement que sur le seul plan réglementaire.

Je me suis alors posée les questions suivantes :

- Pourquoi les professionnels sont-ils si réticents à la mobilité interne en cas de remplacement ?
- Comment permettre aux professionnels d'adhérer à une politique de mobilité interne au sein du pôle ?

¹ LOI n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

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

³ STEINER, Dominique. Politique de mobilité. Allemagne : Editions universitaires européennes, 2012, p.1.

- Comment l'équipe d'encadrement va-t-elle pouvoir favoriser le développement des compétences ?

Missionnée par le cadre paramédical de pôle, ma fiche mission a été validée par le Coordonnateur des soins de mon établissement.

Le sujet de ce projet managérial portera donc sur l'accompagnement des cadres au sein d'un pôle dans la mise en place d'une politique de mobilité interne des professionnels infirmiers au service du développement des compétences.

Même si la mise en œuvre de ce projet porte essentiellement sur un périmètre défini et sur une fonction en particulier, elle est tout à fait transférable à l'ensemble de l'institution.

Nous verrons dans une première partie l'émergence du concept de la mobilité dans les entreprises puis dans les établissements de santé. Dans un deuxième temps, il s'agit de poser le cadre au sein de notre établissement et plus particulièrement de faire un état des lieux au sein de notre pôle. Enfin, nous allons voir comment le cadre coordonnateur du projet, en tant que cadre supérieur de santé, va pouvoir mener une stratégie managériale, au sein du collectif cadres, dans une conduite de changement.

1 La mobilité

Sur ce thème très vaste que représente la mobilité, il m'a semblé essentiel de commencer par donner une définition de la mobilité afin d'appréhender ce concept dans sa globalité.

1.1 Définitions

Le dictionnaire Larousse définit la mobilité (du latin *mobilitas*) comme étant « la propriété, le caractère de ce qui est susceptible de mouvement, de ce qui peut se mouvoir ou être mû, changer de place, de fonction »⁴.

Dans le domaine de la santé, et selon l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), « l'accompagnement de la mobilité professionnelle constitue un des leviers de développement de la gestion des ressources humaines. C'est à la fois un facteur de fidélisation des professionnels, un axe de la politique de gestion des carrières et de développement des compétences »⁵.

1.2 La mobilité dans les entreprises

Au regard de l'environnement concurrentiel dans lequel vivent aujourd'hui les entreprises, ces dernières ont été contraintes, il y a déjà plusieurs années, de se réorganiser et ce afin de faire face au développement économique, aux difficultés financières, aux évolutions de marché et aux nouvelles technologies. Ces changements structurels ont eu un impact sur la masse salariale des entreprises, qui se sont traduit, entre autre, par une mobilité des professionnels. Cette mobilité s'est traduite d'une part, par la mobilité externe consécutive aux démissions, aux licenciements, aux mutations et dans le secteur public aux disponibilités ou aux détachements, et d'autre part, par la mobilité interne qui s'effectue au sein de la même entreprise. Ce phénomène de mobilité interne est devenue, au fil des années, une stratégie des entreprises notamment dans la gestion des ressources humaines et ce afin de répondre aux modifications de leurs environnements.

Les enjeux de la mobilité interne dans les entreprises

Dans ce contexte où les organisations et les métiers évoluent en permanence, la mobilité interne est devenue un enjeu de performance pour les entreprises. Les enjeux sont d'ordre économique, social et organisationnel.

⁴ Dictionnaire de français Larousse. [Consulté le 28 octobre 2018].
Disponible : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/mobilité/51890>.

⁵ ANAP. Améliorer la gestion des ressources humaines : mobilité professionnelle, p. 3. [Consulté le 3 novembre 2018].

Disponible : http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/Developper_une_approche_territoriale/Parcours_professionnels/ANAP_Ameliorer_la_GRH_la_Mobilite_Professionnelle.pdf.

Premièrement, les entreprises voient dans la mobilité interne un moyen de réduire les délais et les coûts de recrutement, de redéployer les activités, d'ajuster les effectifs au regard de l'activité et d'augmenter la performance de l'entreprise.

Elles y voient également un enjeu de fidélisation et d'engagement des salariés. La mobilité interne apporterait aux salariés un sentiment de sécurité vis-à-vis de l'entreprise, offrirait des opportunités de carrières, maintiendrait et développerait les compétences.

Enfin, la mobilité interne favoriserait l'employabilité, la flexibilité, la compétitivité, l'innovation et le travail collaboratif. Une prise de fonction serait alors plus rapide car les salariés auraient la connaissance de l'entreprise et de sa culture ; le niveau de qualification et d'implication du salarié étant déjà connu.

Selon Corinne Moreau, directrice des ressources humaines de DHL Express, grâce au concept de mobilité, *« le salarié accroît ses compétences, s'ouvre des perspectives et l'entreprise n'a pas à mobiliser des ressources pour chercher à l'extérieur ce qu'elle possède en interne »*⁶.

La mobilité interne dans les entreprises est alors considérée comme une vraie stratégie en termes de ressources humaines. Les DRH considèrent que cette dernière, *« quand elle est bien managée, est un doublé gagnant pour le salarié et l'entreprise »*⁷ et qu'elle doit aller de pair avec sa culture.

1.3 La mobilité dans les établissements de santé

Depuis plusieurs années, tout comme le monde des entreprises, les établissements de santé sont confrontés à de nombreux changements au sein de leur organisation et notamment dans la gestion des ressources humaines. Ces changements se caractérisent par des réorganisations internes liées au contexte environnemental tel que faire face à l'absentéisme, la nécessité d'efficience ou encore la transformation de certaines activités hospitalières qui fait suite à la recomposition de l'offre de soins dans le cadre des territoires de santé mais également aux évolutions des différentes gouvernances.

Parallèlement, les projets d'amélioration de la qualité des soins induisent une exigence accrue de la performance des professionnels de santé. Ces modifications ont eu, par conséquent, un impact sur les établissements de santé qui ont pu se traduire par la mobilité des professionnels.

Dans son document *« Améliorer la gestion des ressources humaines : la mobilité professionnelle »*, l'ANAP, après recueil et synthèse des pratiques observées en matière de mobilité professionnelle au sein des établissements publics de santé, d'un groupe d'hospitalisation privé et d'entreprise hors secteur hospitalier, fait le constat que la mobilité professionnelle, dans un environnement en constante transformation, est devenue implicite. Selon l'ANAP, la mobilité professionnelle dans les établissements de santé, souvent vécue par les professionnels comme « contrainte », doit être considérée comme une source de richesse car elle permet d'évoluer

⁶ RAMSPACHER, Marie-Sophie. La mobilité interne reste le reflet d'une politique d'entreprise. Les Echos Executives, Mai 2013. [Consulté le 10 novembre 2018].

Disponible : <https://business.lesechos.fr/directions-ressources-humaines/ressources-humaines/gestion-de-carriere/la-mobilite-interne-reste-le-reflet-d-une-politique-d-entreprise-6909.php>.

⁷ Ibid.

personnellement mais aussi d'enrichir les pratiques professionnelles d'un établissement. La mobilité professionnelle est devenue un des leviers de la politique des ressources humaines et un enjeu stratégique pour les établissements car elle permet aux professionnels de s'adapter à la flexibilité de l'organisation et d'assurer leur pérennisation grâce à leur employabilité. Cette dernière permet aussi de fidéliser les professionnels grâce aux perspectives d'évolution de carrière et de favoriser le développement de leurs compétences.

1.3.1 Les différentes formes de mobilité

A travers nos recherches bibliographiques, nous pouvons constater qu'il n'y a pas une mais plusieurs formes de mobilité au sein des établissements de santé. Pour autant, cette dernière quelle que soit son contexte de survenue doit être considérée comme une gestion collective et/ou une gestion individuelle des compétences.

Pour Nicole Raoult, sociologue et ergonomiste de formation, « la mobilité n'a pas de valeur en soi, mais elle doit être plutôt considérée comme un levier pertinent pour une politique de formation et de progression professionnelle »⁸.

Elle distingue la mobilité sous trois formes principales

- La mobilité professionnelle (ou horizontale) :
« Elle correspond à un changement de métier ou emploi. Ce changement demande à l'agent de faire appel à des compétences qu'il n'exerçait pas auparavant ou du moins pas de la même manière »⁹.
La mobilité horizontale est comparable à l'infirmier qui va exercer des fonctions transversales au sein de son institution comme, par exemple, les infirmiers de l'équipe mobile douleur et soins palliatifs.
C'est un changement dans la nature du travail.
- La mobilité d'environnement :
« Elle correspond à ce qui est le plus souvent dénommé mutation. Le même type d'activité, dans la même qualification, avec le même grade hiérarchique, est exercé dans un autre lieu de travail, dans une autre équipe, avec un autre responsable »¹⁰.
La mobilité d'environnement est comparable à l'infirmier qui changera ponctuellement de service notamment en cas de remplacement pour absentéisme.
C'est un changement d'appartenance organisationnelle.
- La mobilité catégorielle (ou verticale) :
« Il s'agit de la promotion. C'est une mobilité qui conduit un agent à quitter un emploi pour un autre, impliquant un accroissement de responsabilités. Elle est le plus souvent sanctionnée par un changement d'échelon, de grade, de qualification, mais aussi par une augmentation de la rémunération »¹¹.
La mobilité verticale sera comparable à l'infirmier qui évoluera vers le métier de cadre de santé.

⁸ RAOULT, Nicole. Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier. Paris : Edition L'Harmattan, 1991, p 242.

⁹ Ibid.

¹⁰ Ibid.

¹¹ Ibid.

C'est un changement de statut hiérarchique.

1.3.2 La mobilité dans la fonction publique hospitalière

Juridiquement, les fonctionnaires de la fonction publique hospitalière sont régis par un statut général¹² constitué de deux lois formant chacune un titre.

Titre I : Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires (loi Le Pors)

Titre IV : Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions relatives à la fonction publique hospitalière.

Par ailleurs, tous les fonctionnaires bénéficient d'un droit à la mobilité effectif depuis la loi n° 2009-972 du 3 août 2009¹³. Cette loi relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique apporte des solutions aux blocages face aux souhaits de mobilité des agents publics. Elle lève les derniers freins statutaires et indemnitaires à la mobilité et crée de nouvelles garanties au bénéfice des fonctionnaires qui souhaitent évoluer dans leur vie professionnelle.

En 2017, le ministre de l'action et des comptes publics a présenté un projet de loi ratifiant l'ordonnance n° 2017-543 du 13 avril 2017 (annexe 1) portant diverses mesures relatives à la mobilité dans la fonction publique.

Dans la ratification de l'ordonnance relative à la mobilité dans la fonction publique, il est rappelé que la mobilité est un levier essentiel de modernisation de la fonction publique et qu'elle est la garantie d'une plus grande adaptabilité et continuité du service public, principes qui figurent au cœur de ses missions.

«L'accompagnement de la mobilité intègre deux dimensions : celle du parcours professionnel des agents, ainsi que la capacité de l'Etat à mettre en œuvre sur le territoire les politiques publiques en assurant la plus juste adéquation possible des moyens humains aux besoins des services. Il s'agit en somme d'opérer une rencontre entre l'emploi et ses caractéristiques (fonction, mission, activités, tâches, besoin des services) et l'individu et ses caractéristiques (cursus de formation, compétences, expériences professionnelles et personnelles)»¹⁴.

La fonction publique hospitalière

La fonction publique hospitalière est l'un des trois versants de la fonction publique, avec la fonction publique d'État et la fonction publique territoriale.

La fonction publique hospitalière concerne aujourd'hui un peu plus d'un million d'agents. Elle regroupe, à l'exception du personnel médical (médecins, biologistes, pharmaciens et orthodontistes), l'ensemble des métiers des établissements d'hospitalisation publics, des maisons de retraite publiques, des établissements publics ou à caractère public relevant des services départementaux de l'aide sociale à

¹² Circulaire du 19 novembre 2009 relative aux modalités d'application de la loi n° 2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique. [Consulté le 15 novembre 2018].

Disponible : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/11/cir_29932.pdf.

¹³ LOI n° 2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique. [Consulté le 15 novembre 2018].

Disponible :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020954520&categorieLien=id>.

¹⁴ Disponible : <https://www.fonction-publique.gouv.fr/mobilite> [Consulté le 15 novembre 2018].

l'enfance, des établissements publics pour mineurs ou adultes handicapés ou inadaptés et des centres d'hébergement et de réadaptation sociale publics ou à caractère public. Sont regroupés sous l'appellation « hôpital public » les centres hospitaliers régionaux, les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux, incluant ou non des maisons de retraite. Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public. Ils assurent une mission de service public et sont soumis au contrôle de l'Etat.

Le statut des agents de la fonction publique hospitalière

Outre les droits et obligations communs à l'ensemble des fonctionnaires et des règles propres à la fonction publique hospitalière, les fonctionnaires hospitaliers sont soumis à un statut particulier à caractère national.

Il est réparti de la manière suivante.

- Les catégories et les corps :
Les emplois des fonctionnaires sont classés selon leur niveau de recrutement en trois catégories par les lettres A, B et C. Le passage d'une catégorie à une autre est possible par la promotion interne ou le concours. Chaque catégorie comprend un certain nombre de corps regroupant des fonctionnaires soumis à un même statut particulier (ex : le corps des infirmières anesthésistes).
- Les grades :
Le grade permet à son titulaire d'occuper un certain nombre d'emplois. Les corps ont un ou plusieurs grades selon leur statut particulier. Lorsqu'il y a plusieurs grades, ils seront hiérarchisés.
- Les échelons :
Chaque grade comprend plusieurs échelons qui forment la grille indiciaire. Le nombre d'échelons pour chaque grade est fixé par le statut particulier.

Les fonctionnaires hospitaliers sont répartis dans des filières professionnelles en fonction de la nature des fonctions qu'ils exercent : soignante, de rééducation, médico-technique, administrative, technique et ouvrière, socio-éducative. Les personnels soignants (infirmiers, aides-soignants) constituent près des 2/3 des effectifs. Ils représentent la principale ressource humaine non médicale de l'hôpital public.

Dans la fonction publique hospitalière, on parlera de mobilité pour ce qui concerne les mutations, les détachements, les disponibilités, les mises à dispositions ou encore les intégrations directe dans un autre corps ou cadre d'emplois. Mais la mobilité renvoie également à un champ plus large de possibilités. Il peut s'agir d'un changement de statut, de fonction, de résidence géographique ou encore d'un changement organisationnel. Dans le cadre de ce projet managérial, nous nous intéresserons uniquement à la mobilité dans une dimension du changement d'appartenance organisationnelle. Nous emploierons alors le terme de « mobilité interne »¹⁵ car nous chercherons à comprendre les impacts de la mobilité sur les professionnels lors des différents changements de postes de travail au sein d'un même établissement.

¹⁵ IMBERT, Martine. La mobilité : quels enjeux pour l'institution et pour les infirmières. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique. 1999.

Les enjeux de la mobilité interne

Les établissements de santé étant en pleine mutation et étant confrontée à des évolutions organisationnelles et statutaires, induites par une croissance ralentie, une maîtrise des dépenses publiques, une adaptation aux changements démographiques et technologiques et une recomposition de l'offre de soins, il a semblé indispensable de mettre en œuvre des dispositifs de mobilité interne adaptés.

De ce fait, la mobilité interne n'est pas considérée comme une solution miraculeuse mais bien un levier managérial et stratégique afin de répondre aux différents enjeux structurels. Pour cela, il est nécessaire que la politique de mobilité soit accompagnée auprès des professionnels afin de l'intégrer dans une perspective d'évolution de carrière et de développement des compétences.

Je préciserai ici les deux principaux enjeux de la mobilité interne.

- Les enjeux économiques qui répondent à l'efficacité économique.
Du fait d'un financement plus contraint avec l'évolution des modes de financements, les établissements de santé sont dans l'obligation de s'inscrire dans des démarches de retour à l'équilibre, de rationaliser leurs ressources et de répondre à un impératif de maîtrise des coûts. Cette rationalisation se traduira, entre autre, par la limitation des dépenses de personnel (le personnel représentant environ 70% du budget d'un hôpital) en maîtrisant la répartition des ressources, pour l'adapter au plus proche de l'activité.
- Les enjeux RH comme levier de la performance.
Il va s'agir de valoriser les ressources humaines en améliorant la gestion des parcours, en développant les compétences des acteurs du système de santé, en améliorant les conditions de travail et en favorisant l'engagement des professionnels. La gestion des mobilités, au cœur de la stratégie RH, va permettre une meilleure optimisation des ressources humaines internes.

La gestion des mobilités internes va donc devenir un compromis entre les besoins des établissements de santé, les compétences des professionnels et les aspirations de ces derniers. Par conséquent, la réussite d'une politique de mobilité interne au sein des établissements de santé doit être partagée avec l'ensemble des acteurs que ce soit la Direction, l'encadrement, les professionnels et les partenaires sociaux.

Les facteurs favorisant la mobilité interne

Plusieurs facteurs interviennent dans le processus de mobilité. Ce dernier peut être le résultat d'une volonté du professionnel dans une démarche de développement des compétences mais également une demande de l'établissement pour répondre à un besoin. Dans ce cas, la mobilité interne serait considérée comme « subie » par le professionnel car imposée par la hiérarchie.

Les exemples de facteurs cités ci-dessous seront donc différents si l'on se place du côté des professionnels ou de la Direction.

Pour les professionnels de santé, la mobilité interne quand elle est choisie peut être la résultante d'une démarche personnelle. Elle est motivée par la volonté du professionnel à développer davantage de connaissances, d'acquérir d'autres

compétences et/ou d'évoluer dans d'autres missions. Cette mobilité sera donc motivée par un choix personnel propre à l'agent.

Pour la direction des établissements de santé, la mobilité interne peut davantage répondre à des besoins structurels et organisationnels tels que:

- La démographie :

Le vieillissement de la population et le nombre de départs massifs à la retraite font qu'aujourd'hui de nombreux établissements de santé ont des difficultés à recruter. Pour les infirmières, par exemple, il peut s'agir d'une répartition territoriale inégale au niveau géographique mais également au niveau des secteurs d'activités.

Par ailleurs, aujourd'hui, les professionnels mettent davantage en avant la qualité de vie au travail et souhaitent concilier vie familiale et vie professionnelle. De ce fait, le turn-over des soignants est plus important de nos jours.

- L'absentéisme :

La gestion de l'absentéisme concerne l'absentéisme prévisible tels que les positions statutaires (ex : activité à temps partiel), les congés statutaires et réglementaires (ex : les congés annuels, les repos hebdomadaire) mais aussi l'absentéisme imprévisible (ex : les congés maladie, les accidents de travail) dont la durée peut être très variable.

Dans un contexte où les ressources sont déjà fortement contraintes, l'absentéisme des professionnels dans les établissements de santé est une préoccupation majeure dans la gestion des ressources humaines. Il va s'agir, pour l'encadrement, de trouver des alternatives à cet absentéisme afin de répondre aux nécessités de service mais également de limiter les coûts financiers comme le remplacement par l'intérim ou les heures supplémentaires.

- Les variations de flux et de charge de travail :

La répartition de l'offre de soins au sein d'une structure hospitalière n'est plus figée mais fluctuante en fonction des périodes. Des fermetures, ouvertures ou diminution des lits d'hospitalisation sont effectuées au plus près des besoins.

De ce fait, il s'agira pour l'encadrement de mettre en adéquation les ressources humaines en fonction des flux prévisibles.

Ces différents facteurs favorisant la mobilité interne pour les établissements de santé seront importants à prendre en compte dans la gestion des ressources humaines.

Les freins à la mobilité interne

Une politique de mobilité interne réussie va reposer sur les acteurs et principalement sur les personnels, premiers professionnels concernés dans la politique de mobilité. Pour autant, elle reposera également sur les cadres et notamment sur la manière dont elle sera mise en place par ces derniers.

Philippe Bernoux définit l'acteur comme « *un sujet qui garde au milieu des contraintes de toutes sortes une certaine autonomie, suffisante pour lui permettre d'agir sur les autres racines et, ultimement, de modifier le contenu du changement* »¹⁶.

¹⁶ BERNOUX, Philippe. Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations. Editions du Seuil, 1996, p.191.

De ce fait, la mobilité interne, imposée et non intégrée par le professionnel comme un levier de changement et de développement des compétences, va susciter des freins qui seront principalement d'ordre culturel et organisationnel.

Nous évoquerons, ici, les principaux freins identifiés.

- L'identité au travail

Au travail, le professionnel va « créer un lien entre lui et les autres et, par-là, se construire lui-même [...] Cette identité se construit à l'intérieur du lieu et du groupe [...] Dans la vie professionnelle, l'identité se construit dans les situations de travail où s'engendrent des relations influencées par des rapports de pouvoir et des perspectives d'avenir »¹⁷.

En 1972, Renaud Sainsaulieu, sociologue, a montré que dans l'exercice d'un métier, l'identité se crée à travers les normes de relations aux autres ainsi que dans la perspective d'un projet professionnel.

Nous pouvons effectivement constater, dans nos organisations à l'hôpital, que les professionnels soignants se créent une identité professionnelle à travers leurs collègues et leur environnement de proximité, en l'occurrence le service où ils sont affectés. Ils sont très attachés à la notion d'équipe et à son appartenance. Encore aujourd'hui et ce malgré la mise en place des pôles en 2005, ce sentiment d'appartenance à une unité de soin reste prédominant.

Ce sentiment est également conforté par l'équipe médicale qui a tendance à s'approprié également « son personnel ».

Par conséquent, une mobilité interne non préparée et non organisée va engendrer chez les professionnels une appréhension et une peur du changement associée à une peur de l'inconnu. En effet, la mobilité, dans ce cas, entraîne une rupture avec l'environnement et les habitudes des professionnels.

- La résistance au changement

Tout changement dans une organisation de travail entraîne des résistances ; phénomène naturel chez les êtres humains puisque ce dernier entraîne une peur de l'inconnu, une perte des habitudes, l'apprentissage de nouvelles manières de faire et de nouvelles règles avec la construction de nouvelles relations. Ces résistances pourront être individuelles mais également collectives.

Pour Philippe Bernoux¹⁸, on ne pourra parler de changement qu'en le situant à l'interaction entre les contraintes venues de l'environnement, les institutions et les acteurs. En effet, la connaissance de l'origine polysémique du changement sera primordiale dans sa quête de réussite. Cette réussite reposera essentiellement sur l'implication des acteurs dans le projet et de l'appropriation des outils. Si les acteurs ne comprennent pas la logique et que cela ne leur permet pas de donner un sens à leur travail alors toute politique de changement est vouée à l'échec.

C'est ce qui se passe dans la politique de mobilité. Si cette dernière n'est pas clairement explicitée et accompagnée par l'équipe d'encadrement et la direction des soins cela entraînera implicitement une résistance de la part des professionnels.

¹⁷ Ibid. pp.192-193.

¹⁸ Ibid. p9.

- Le manque de reconnaissance

La reconnaissance au travail est un élément essentiel pour préserver et construire l'identité des individus, donner un sens à leur travail, favoriser leur développement et contribuer à leur santé et à leur bien-être.

Selon Jean-Pierre Brun, professeur de management, la reconnaissance se définit comme un « *objet insaisissable car multidimensionnel, elle est à la fois individuelle et collective, quotidienne et ritualisée ; elle concerne autant la personne que le travail ; elle peut être financière ou ' symbolique ' . La pratique de la reconnaissance doit prendre en compte toutes ces dimensions* »¹⁹.

Le manque de reconnaissance des professionnels de la part de l'encadrement, dans la politique de mobilité interne, impliquerait un frein dans la stratégie de mise en place de cette dernière au sein d'un établissement. En effet, si la mobilité est imposée et si elle n'est pas préparée et accompagnée par les cadres, les professionnels y verront juste un moyen d'instrumentalisation de la part de la hiérarchie et de l'institution.

- La spécialisation des activités

L'évolution médicale dans les prises en charge des patients et le développement de techniques et technologies médicales ont favorisées une spécialisation voire une « hyperspécialisation » des activités de soins. Ces dernières étant de plus en plus pointues, elles demandent des compétences de plus en plus spécifiques.

Certes la spécialisation des professionnels apportent des avantages comme « *un gain qualitatif stratégique (gain de réputation), une plus grande capacité à construire des outils spécifiques qui renforcent la performance, une augmentation de la productivité du travail et une réduction du temps d'apprentissage* »²⁰. Pour autant, elle engendre également des inconvénients notamment lorsque les professionnels sont déplacés pour répondre à un besoin de remplacement. Ces derniers sont confrontés à des difficultés d'adaptation liées à « l'enfermement » dans leur activité.

Par conséquent, la spécialisation semblerait limiter « *la gestion de la main-d'œuvre en limitant sa mobilité et, donc, les réponses tant à l'absentéisme qu'aux évolutions de charge de travail* »²¹.

1.4 La mobilité à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)

Comme l'ensemble des établissements de santé et dans un contexte d'efficience, l'AP-HP, établissement public de santé régional et universitaire de la région Ile-de-France, doit faire face depuis plusieurs années aux évolutions structurelles et organisationnelles et susciter des évolutions de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé sur le territoire.

¹⁹ LE BEC-ZION, Séverine. Accompagnement des professionnels et remplacements interservices. Soins Cadres, mai 2017, n° 102, pp. 43-46.

²⁰ DUMOND, Jean-Paul. Les organisations de santé : « *La Grande Transformation Hospitalière* ». Master Management et santé-M2, Septembre 2018, p.62.

²¹ Ibid. p.61.

Dans le cadre de la Nouvelle Gouvernance hospitalière en 2005²² et de la loi HPST²³ en 2009, l'AP-HP a engagé plusieurs réformes qui ont eu un impact sur les organisations et sur les métiers. Suite à ces réformes et en prévision de certaines réorganisations, un dispositif d'accompagnement des mobilités a été défini à l'AP-HP en 2009.

Ce dispositif a été formalisé par la création d'un service de mobilités et parcours professionnels au sein de la Direction des ressources humaines de l'AP-HP. Il a pour objectif de coordonner et de piloter un dispositif d'accompagnement, d'animer les réunions entre cellules d'accompagnement et d'intervenir en médiation en cas de besoin.

Cette politique instaurée au sein de l'institution permet l'accompagnement individuel de chaque agent qui est concerné par une mobilité induite par une restructuration. Elle permet également de faciliter l'adéquation entre le projet professionnel et les besoins institutionnels, de garantir les mêmes droits pour tous et d'informer et orienter les agents.

Concrètement, ce dispositif d'accompagnement des mobilités se traduit par la mise en place d'une charte d'accompagnement des mobilités, d'une structure d'accompagnement centrale et locale avec un référent dédié et identifié, de cellules qui coordonnent la mise en œuvre des projets professionnels des agents et assurent leur suivi, la création d'outils d'information et de communication et d'un financement spécifique.

Les principes de la charte d'accompagnement sont de donner aux agents concernés la priorité sur les emplois disponibles dans le TPER de l'AP-HP, une obligation pour les établissements de recruter prioritairement sur les postes à pourvoir les personnels AP-HP concernés par une mobilité liée à une réorganisation, un égal accès à l'information sur les postes disponibles, la transmission aux agents de tous les éléments du poste et la prise en compte du protocole handicap.

Cette charte d'accompagnement assure également des actions de formation et de reconversion pour les professionnels.

D'autre part, l'organisation dédiée à ce dispositif consiste à la mise en place d'une cellule d'accompagnement professionnel au niveau de chaque GH et au siège qui ont pour missions l'information, l'orientation et conseils aux agents, une aide à l'élaboration et à la formalisation du projet professionnel, une information sur les possibilités de mobilité au sein de l'établissement, du GH et de l'AP-HP, un recensement des demandes de mobilités et des postes vacants et de l'instruction des dossiers FMESPP.

Enfin, un financement spécifique (utilisation des crédits FMESPP) qui permet, pour les agents, de financer des formations de reconversion, de verser des indemnités de changement de résidence, des indemnités de départs volontaires et un différentiel de traitement.

Au niveau de l'AP-HP, cela a permis de financer les cellules d'accompagnement.

²² Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. [Consulté le 2 février 2019].

Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000606537&dateTexte>.

²³ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [Consulté le 2 février 2019].

Disponible :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>.

Cet accompagnement des mobilités présente des avantages pour les agents mais également pour l'institution. En effet, les agents, dans un contexte de restructuration vécu pour certains comme « douloureux », vont bénéficier d'un accompagnement individualisé leur permettant d'envisager leur avenir professionnel.

L'institution, quant à elle, en assurant cet accompagnement individualisé va pouvoir mettre en adéquation les projets professionnels des agents et les besoins institutionnels.

A l'AP-HP, ce dispositif d'accompagnement des mobilités a pu être mis en place à plusieurs reprises et notamment en 2010 lors du transfert de la pédiatrie de l'hôpital Saint Vincent de Paul vers l'hôpital Necker-Enfants malades.

« 469 agents ont été concernés par cette opération. La cellule d'accompagnement de Cochin-Saint Vincent de Paul a reçu en entretien 289 agents et celle de Necker 262 agents. A l'issue de ce dispositif, 188 agents ont trouvé un emploi sur l'hôpital Necker ; 87 agents ont trouvé un emploi sur le groupe hospitalier Cochin ; 30 agents ont trouvé un emploi sur un autre groupe hospitalier et 55 agents ont quitté l'AP-HP »²⁴.

Comme nous pouvons le voir dans cette première partie, la politique de mobilité s'inscrit, aujourd'hui, dans la stratégie RH des établissements de santé.

La mobilité est devenue un enjeu stratégique pour les établissements car elle permet aux professionnels de s'adapter à la flexibilité de l'organisation, d'assurer leur employabilité mais également de fidéliser les professionnels grâce aux perspectives d'évolution de carrière et de favoriser le développement des compétences.

Pour autant, la mise en place de cette dernière par l'équipe d'encadrement devra tenir compte des freins identifiés.

²⁴ Interview de Jean-Pierre Perréard. La mobilité dans le cadre de la réorganisation de l'AP-HP, Janvier 2011. [Consulté le 10 mars 2019].

Disponible : <https://www.fonction-publique.gouv.fr/fonction-publique/modernisation-fonction-publique-12>.

2 L'hôpital Necker-Enfants malades

Suite aux réformes liées à la gouvernance des établissements de santé, notamment dans le cadre de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires de 2009²⁵, l'hôpital Necker-Enfants malades est devenu un des 12 groupes hospitaliers de l'AP-HP. Contrairement aux autres groupes hospitaliers de l'AP-HP, l'hôpital universitaire Necker-Enfants malades est situé sur un unique site géographique.

2.1 D'hier à aujourd'hui

2.1.1 Son histoire

L'hôpital Necker-Enfants malades est le premier hôpital pédiatrique créé au monde. Sous l'influence de grands pédiatres visionnaires en commençant par Robert Debré puis Pierre Royer, l'hôpital Necker Enfants malades s'est imposé au fil des années comme une référence internationale pour la recherche sur les maladies de l'enfant²⁶. En 1778, Madame Necker, épouse du directeur général des finances de Louis XVI, fonde un hospice situé à l'emplacement d'un ancien couvent de Bénédictines. L'hôpital Necker est alors consacré à la médecine et à la chirurgie de l'adulte ; il portera le nom de sa première directrice à partir de 1802.



Hôpital Necker, 1908 (Archives Hôpital Necker-Enfants malades, AP-HP)

²⁵ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

²⁶ Hôpital Necker-Enfants malades, histoire de l'Inserm. [Consulté le 23 février 2019]
Disponible : <https://histoire.inserm.fr/les-lieux/hopital-necker-enfants-malades>.

En 1794, à proximité de l'hôpital Necker se trouve la Maison nationale des orphelins qui en 1802, changera de nom pour devenir l'hôpital des Enfants malades. Il est alors le premier établissement pédiatrique existant dans le monde avec 250 lits exclusivement réservés aux enfants de moins de 15 ans.



Hôpital des Enfants malades, 1838 (Archives Necker-Enfants malades, AP-HP)

En 1926, l'Assistance Publique, pour des raisons économiques, est contrainte de fusionner les deux établissements sous une nouvelle entité qui prendra alors le nom d'hôpital Necker-Enfants malades.

Au fil des années, l'hôpital Necker-Enfants malades devient le creuset de la recherche biologique et de la génétique médicale. Jean Hamburger y réalise la première greffe de rein en 1952.

En 2008, l'hôpital Necker-Enfants malades se modernise avec la construction de nouveaux bâtiments dont le bâtiment Laennec, accueillant le pôle Mère-Enfant, qui ouvre en 2013 et l'Institut Imagine, inauguré en 2014, dont l'objectif est de guérir les maladies génétiques.



Le bâtiment Laennec 2013 (Archives Necker-Enfants malades, AP-HP)

2.1.2 L'offre de soin au niveau national et international

L'hôpital Necker-Enfants malades dispose de 433 lits consacrés à la pédiatrie, représentant l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales et 145 lits pour le secteur adulte avec une sélection de services spécialisés. C'est aussi un lieu ouvert d'information et d'accompagnement des familles avec l'organisation de rencontres et de conférences, ouvertes au public et aux professionnels de santé extrahospitaliers. Forte de cette spécificité, ses équipes ont développé une approche médicale de haut niveau, appuyée par une synergie entre le plateau technique, les unités de recherche et les unités cliniques.

L'hôpital Necker-Enfants malades regroupe, une maternité de niveau 3, un plateau technique (32 blocs chirurgicaux, 10 laboratoires, 6 plateaux de consultations, 1 plateau d'imagerie, 1 plateau d'explorations fonctionnelles et des prises en charge ambulatoires), une forte inscription dans le Plan national maladies rares avec 34 centres de références maladies rares coordonnateurs et associés, des équipes transversales et de support au service des patients et des plateformes au service de la recherche.

L'hôpital Necker-Enfants malades rayonne au-delà de Paris et de l'Île-de France puisque sur plus de 500 000 patients pris en charge par an, 17% viennent de province ou de l'étranger.

Toutes les disciplines pédiatriques et des services de référence adultes sont regroupés au sein de 7 pôles d'activités :

- Pôle Pédiatrie générale et multidisciplinaire
- **Pôle médico-chirurgicale pédiatrique**
- Pôle Périnatalogie et cardiologie pédiatrique
- Pôle Biologie et produits de santé
- Pôle IRISE (Infectieux, Rein, Immunologie, Sang et Cœur)
- Pôle RUAJ (Réanimations, Urgences, Anesthésie et Imagerie)
- Pôle Santé Publique et recherche clinique

2.1.3 *Le bilan médico-économique : une demande d'efficience renforcée*

En 2017, l'AP-HP a vu sa situation budgétaire se dégrader avec un déficit du budget principal supérieur à 200 millions d'euros²⁷. Ce niveau de déficit jamais atteint dans l'histoire de l'institution s'est expliqué par une faible dynamique d'activité, des impacts de la fiabilisation des comptes et des dépenses plus dynamiques que les recettes.

L'hôpital Necker-Enfants malades n'a pas échappé à ces difficultés même si la situation a été moins dégradée que celle des autres GH. Toutefois, le déficit de l'établissement s'est situé aux environs de 4 millions d'euros avec une cible des recettes d'activité non atteinte et des charges de personnels et des charges médicales en hausse.

Pour préserver la capacité à porter des nouveaux projets, l'AP-HP a souhaité un effort d'efficience de 10.4 millions d'euros pour 2018 dont un effort supplémentaire de 0.5% de la masse salariale pour tous les GH.

Cela s'est traduit sur l'hôpital NEM par une diminution de 1200 k€ de la masse salariale et un suivi très étroit des indicateurs.

Par ailleurs, afin de renforcer son pilotage budgétaire, la direction de l'hôpital NEM a demandé la mobilisation totale de la communauté médicale, de l'encadrement soignant et administratif et de la COMEDIMS.

Un des leviers, pour diminuer les dépenses au niveau de l'établissement, a été la mise en place de mesures complémentaires au niveau des ressources humaines.

Ces dernières se sont traduites au niveau du personnel non médical par un suivi des départs et un examen au cas par cas des remplacements, une gestion des CET avec une politique de 0 jour déposé sur CET pour les personnels « non postés », une vigilance encore plus renforcée sur les heures supplémentaires et l'intérim, une association de la médecine du travail pour les problématiques RH, une diminution des RCA et une réaffectation prioritaire des personnels en reconversion.

2.1.4 *La stratégie de l'établissement*

L'hôpital Necker-Enfants-malades définit tous les cinq ans ses orientations stratégiques, s'appuyant sur celles de l'AP-HP²⁸, réunies au sein d'un projet d'établissement qui s'articule autour des objectifs du Projet Régionale de Santé fixés par l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France²⁹.

Le projet d'établissement doit être compatible avec la mise en œuvre des priorités de santé ainsi que l'évolution du système de santé. Il définit, dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé et d'actions de coopération. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs.

²⁷ Source : Hôpital NEM. Pilotage de l'efficience. Comité Exécutif Local du 25 février 2018. [Consulté le 20 avril 2019].

²⁸ AP-HP. Le projet d'établissement AP-HP 2015-2019. [Consulté le 5 février 2019].
Disponible : <https://www.aphp.fr/projet-detablissement-2015-2019>.

²⁹ ARS. Le Plan Régional de santé 2018-2022. [Consulté le 5 février 2019].
Disponible : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2018-2022>.

Le projet d'établissement, dont le plan stratégique constitue le socle, fixe les grands projets à mettre en œuvre. Il est composé d'un projet médical, un projet de soins, un projet de prise en charge, un projet gestion des risques et qualité, un projet social et professionnel, un projet financier, ainsi que d'un volet développement durable et un volet logistique.

Au sein de l'établissement, l'action des pôles s'inscrit dans la mise en œuvre effective du projet d'enseignement et de recherche ainsi que dans les priorités de son projet d'établissement. Les contrats de pôle déclinent les objectifs institutionnels de l'hôpital et dégagent des axes de travail pour les quatre années à venir sur plusieurs thèmes comme la stratégie médicale et de recherche, l'amélioration des filières de soins, la qualité et gestion des risques, l'optimisation des plateaux techniques ou encore le recrutement et la gestion du personnel.

2.2 Le pôle médico-chirurgical pédiatrique

Le pôle médico-chirurgical pédiatrique fait partie d'un des 7 pôles de l'hôpital Necker-Enfants malades. Sa composition a été réfléchi et effectuée dans un processus de parcours de soins dans la prise en charge holistique des patients.

2.2.1 Sa composition

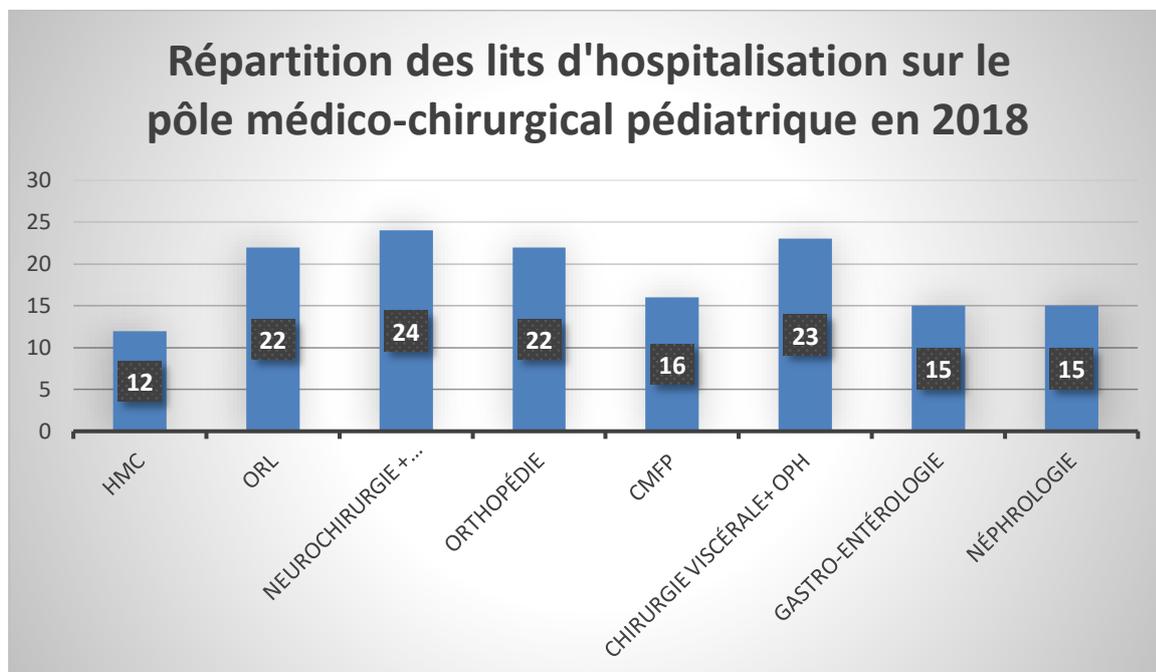
Le pôle médico-chirurgical pédiatrique regroupe des services de chirurgie et de médecine pédiatriques. Il est constitué de 8 spécialités médico-chirurgicales, de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire, de l'unité de chirurgie médico-chirurgical de l'aval des urgences, des consultations et des blocs opératoires.

L'ensemble des services du pôle médico-chirurgical pédiatrique se répartit sur 2 bâtiments, qui sont le bâtiment Laennec et le bâtiment Hamburger. Cette répartition a été réfléchi en parcours patient puisque l'UCA et les blocs de jour se situent dans un bâtiment alors que les services d'hospitalisation conventionnelle et le reste des blocs opératoires sur un autre.

Quant aux consultations, elles sont partagées sur les 2 bâtiments en fonction de leur spécialité.

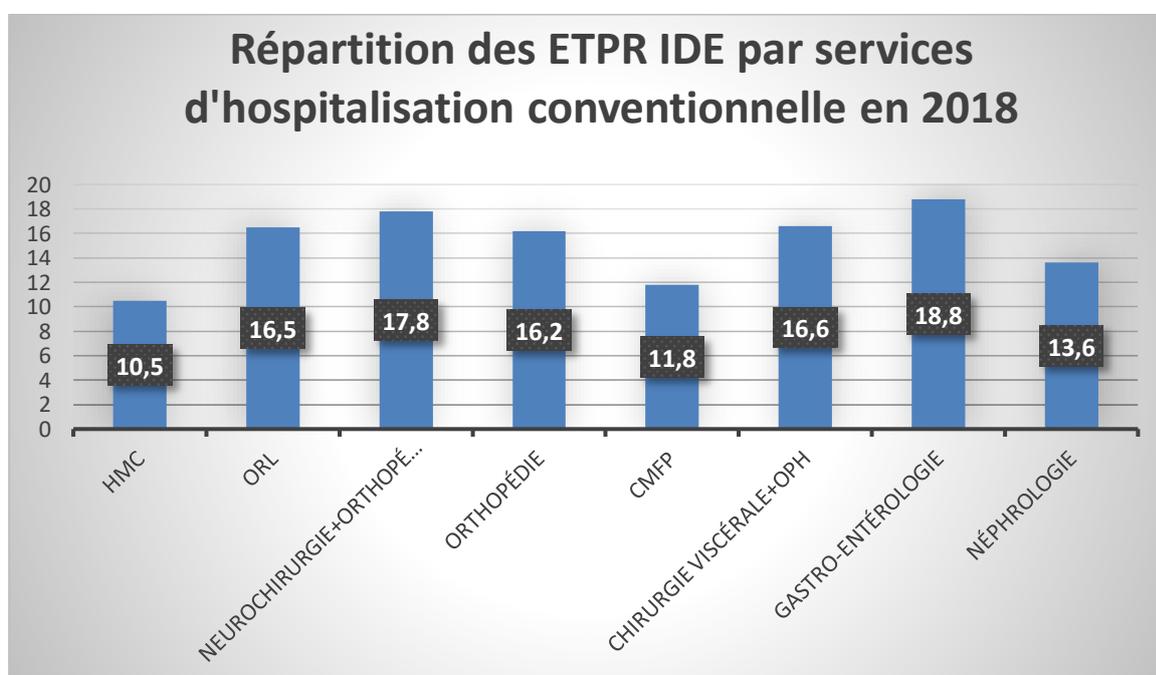
Dans le cadre de ce projet, le périmètre identifié seront les huit services d'hospitalisation conventionnelle qui se répartissent sur trois niveaux différents au niveau du bâtiment Laennec:

- ❖ Au RCH
 - L'unité de chirurgie médico-chirurgicale de l'aval des urgences (HMC)
- ❖ Au 2^e étage
 - L'unité d'ORL et Cervico Faciale pédiatrique
 - L'unité de Neurochirurgie dont 8 lits d'orthopédie
 - L'unité d'Orthopédie
 - L'unité de Chirurgie Maxillo-Faciale et Chirurgie Plastique
- ❖ Au 3^e étage
 - L'unité de Chirurgie Viscérale pédiatrique dont 3 lits d'Ophtalmologie
 - L'unité de Gastro-entérologie
 - L'unité de Néphrologie pédiatrique



En ce qui concerne les ressources humaines non médicales, le pôle médico-chirurgical pédiatrique est composé de 235 ETPR infirmiers dont des infirmiers spécialisés (IBODE, IPDE), et de 184 ETPR aides-soignantes et auxiliaires de puéricultures.

En 2018, les ETPR IDE des unités d'hospitalisation conventionnelle représentent 52.3% des ETPR du pôle soit 121.8 ETPR.

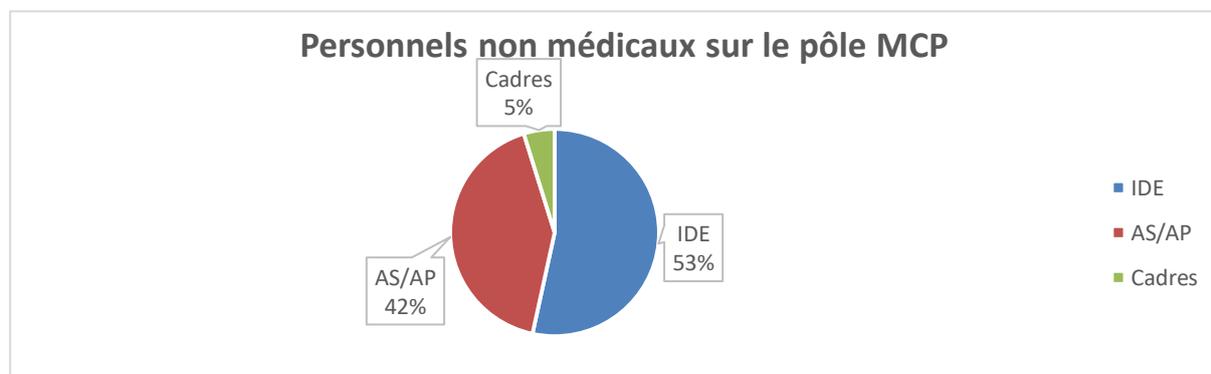


Une cartographie des métiers a permis de constater que parmi l'ensemble du personnel paramédical infirmier, sur les huit services d'hospitalisation complète, 11.2 ETPR assurent une mission transversale ou différente de celle inscrite sur leur fiche de paie. Les raisons de cet écart sont soit d'ordre médical, soit la création de nouvelles

fonctions comme les infirmiers d'éducation thérapeutique ou encore du fait d'un grade non formalisé comme les faisant-fonction cadre de santé.

L'équipe d'encadrement, quant à elle, est constituée d'un cadre paramédical de pôle, d'un cadre administratif, de 2 cadres supérieurs de santé en mission transversale RH et qualité et de 17 cadres de santé.

Au niveau des services d'hospitalisation complète, il y a un cadre de santé par unité.



2.2.2 Le bilan médico-économique

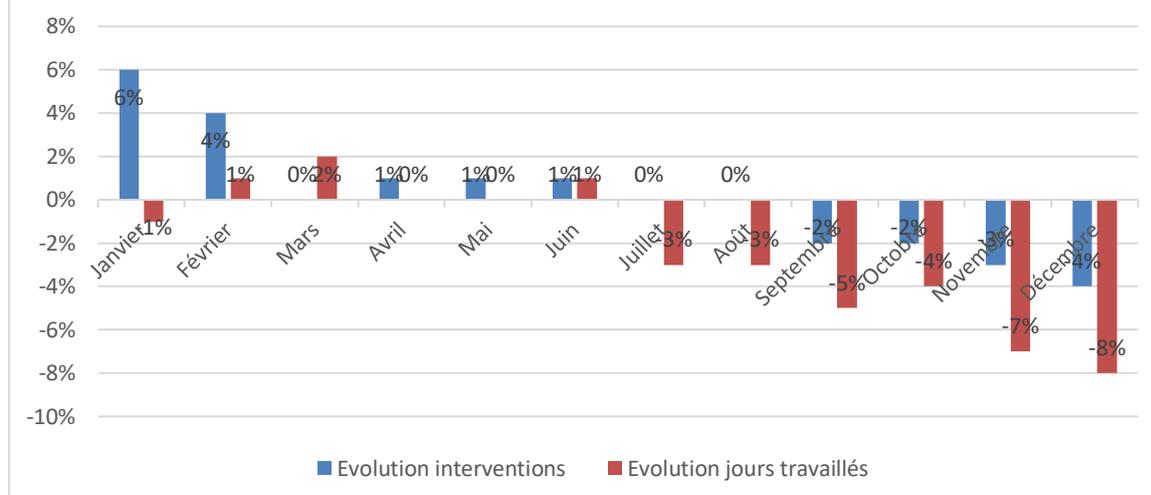
En 2018, le pôle médico-chirurgical pédiatrique a connu une baisse d'activité notable liée à des contraintes de fermeture des salles de blocs opératoires, essentiellement sur le deuxième semestre.

Ces fermetures de salles ont été la résultante d'un défaut de recrutement d'anesthésistes et d'IBODE sur l'hôpital.

Si l'on regarde uniquement l'activité des blocs opératoires au niveau du bâtiment Laennec³⁰ (blocs des hospitalisations complètes) nous pouvons voir, à partir des tableaux ci-dessous, que cette baisse d'activité s'est traduite par un écart de - 8% (soit - 178 jours) entre 2017 et 2018 sur le nombre de jours travaillés et de - 3.8% (soit - 377 interventions) sur le nombre d'interventions par spécialités.

³⁰ Bureau de pôle. Hôpital NEM Pôle MCP, Janvier 2019.

Evolution du nombre de jours de blocs et d'interventions cumulés entre 2017 et 2018 Bloc Laennec



Nombre de jours travaillés sur le bloc Laennec (HC)

	2017	2018	Ecart	Evolution
Total Pôle	2 172	1 994	- 178	- 8%

Nombre d'interventions sur le Bloc Laennec (HC)

	2017	2018	Ecart	Evolution
Total Pôle	9 813	9 436	- 377	- 3.8%

Implicitement, le nombre des séjours en hospitalisation complète a également baissé puisque un écart de - 2.2% (soit - 252 séjours) est constaté entre 2017 et 2018.

Nombre des séjours en HC

	2017	2018	Ecart	Evolution
Total Pôle	11 291	11 039	- 252	- 2.2%

En ce qui concerne les ressources humaines, cette baisse d'activité sur le pôle en 2018 a induit une diminution des dépenses des personnels non médicaux notamment dans la baisse des dépenses d'intérim et d'heures supplémentaires.

Recettes HC

	2017	2018	Ecart	Evolution
Total Pôle	30 468 k€	29 726 k€	- 743 k€	- 2.4%

Dépenses du pôle Médico-chirurgical pédiatrique

Pôle MCP	2017	2018	Ecart N-1 Valeur	%
Dépenses de personnel	34 213 686 €	34 363 896 €	150 210 €	0%
PM	10 398 592 €	10 903 742 €	505 150 €	5%
PNM	23 815 095 €	23 460 154 €	- 354 941€	-1%
Dépenses à caractère médical	12 409 396 €	11 073 573 €	-1335823€	-11%
Hors GHS	5 492 498 €	4 642 328 €	-850 169 €	-15%
In GHS	6 916 898 €	6 431 244 €	-485 654 €	-7%
Dépenses à caractère général	643 988 €	629 514 €	-14 475 €	-2%

Pour autant et contrairement à ce qu'on pourrait supposer, cette baisse d'activité a engendré parallèlement une augmentation des mobilités des professionnels au sein des services d'hospitalisation conventionnelle (+45%).

En effet, la baisse d'activité des blocs opératoires et de ce fait des séjours en hospitalisation complète pour des ETPR non médicaux constants a incité une politique de mobilité interne renforcée dans les remplacements des professionnels absents (départs, congés maternité, congés maladie) au sein des services d'HC.

Par ailleurs, en 2018, le taux d'absentéisme des infirmiers pour maladie ordinaire a augmenté de 25% par rapport à 2017³¹, ce qui implique une gestion des ressources humaines optimale indispensable afin d'adapter les effectifs à l'activité et aux besoins.

Nombre de professionnels IDE mobilisés dans les services d'HC du pôle en 2017

2017	HMC	GASTRO	NEPHRO	VISC	ORL	ORTHO	CMFP	NEURO	TOTAL
IDE	23	6	4	7	7	11	4	4	66

Nombre de professionnels IDE mobilisés dans les services d'HC du pôle en 2018

2018	HMC	GASTRO	NEPHRO	VISC	ORL	ORTHO	CMFP	NEURO	TOTAL
IDE	18	2	4	17	6	21	24	4	96

³¹ Bureau de pôle. Hôpital NEM Pôle MCP, Décembre 2018.

Prendre en considération cette problématique, certes importante sur l'année 2018 mais pas exceptionnelle car l'activité des établissements de santé est confrontée régulièrement à des variables saisonnières et/ou conjoncturelles, implique nécessairement de prendre en compte les enjeux en termes de formation, d'adaptation au poste, d'évolution et d'évaluation des professionnels qui seront majeurs dans la politique de mobilité interne.

2.2.3 La stratégie du pôle : une réponse au projet d'établissement

Comme nous avons pu le constater dans le paragraphe ci-dessus, dans le domaine de la santé et particulièrement en chirurgie au niveau des blocs opératoires, l'hôpital est confronté à des variables d'activité qu'elles soient saisonnières ou conjoncturelles comme actuellement le manque d'IBODE sur le marché du travail. Ces problématiques d'activité ne sont pas toujours en corrélation avec les ressources humaines disponibles dans les services d'aval et l'équipe d'encadrement est confrontée régulièrement, dans la gestion des ressources humaines, à « jongler » entre des périodes où il y a trop de personnels et par moment pas assez ; ce qui engendre de la mobilité interne au sein des services.

Ainsi, cette mobilité des ressources humaines devra être accompagnée au sein du pôle afin de sécuriser les parcours professionnels mais également la prise en charge des patients.

Par conséquent, il m'a paru important de revenir aux prémices des orientations stratégiques de l'établissement et notamment à travers le projet de soins³² et le projet social et professionnel³³ afin de montrer l'importance du rôle du cadre supérieur de santé dans ce projet.

Premièrement, le projet de soins car il définit les orientations et les prises en charge du patient dans les différentes dimensions du soin. C'est un outil managérial et de réflexion qui favorise un travail collectif pluri professionnel et qui permet de fédérer et d'accompagner les équipes dans le changement afin d'offrir aux patients une prise en charge globale de qualité dans un environnement sécurisé. Sa politique se décline notamment à travers le développement des compétences des professionnels, l'harmonisation et l'évaluation des pratiques, et la coordination des acteurs du soin.

Le projet de soins 2015-2019 de l'hôpital NEM est décliné en huit axes dont deux sont en lien direct avec le projet managérial (annexe 2).

Axe 1 : Promouvoir et accompagner l'encadrement dans leurs missions de management et d'organisation des soins.

Dans un système en perpétuel mouvement, la redéfinition des organisations est incontournable. Il va s'agir de redéfinir les organisations et de les formaliser. Parallèlement, il s'agit de favoriser le développement des compétences et le positionnement des cadres ; accompagnement nécessaire et effectué par le cadre supérieur de santé.

³² AP-HP. Projet d'établissement 2015-2019 : Projet de soins. [Consulté le 18 février 2019].
Disponible : <https://www.aphp.fr/projet-detablissement-2015-2019>.

³³ AP-HP. Projet d'établissement 2015-2019 : Projet social et professionnel. [Consulté le 18 février 2019].
Disponible : <https://www.aphp.fr/projet-detablissement-2015-2019>.

Axe 4 : Promouvoir, développer les compétences des paramédicaux et favoriser l'attractivité et la fidélisation des nouveaux professionnels.

L'évolution constante des techniques de soins et des prises en charge des patients mais également la sécurité dans les parcours professionnels nécessitent le développement et l'adaptation des compétences. Il s'agit d'une part d'adapter la formation continue aux besoins des structures de soins, des agents et des pôles et, d'autre part, d'améliorer le niveau de compétences des professionnels en favorisant la transmission des savoirs.

Deuxièmement, le projet social et professionnel car il « *définit les objectifs généraux de la politique sociale d'un établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications, et la valorisation des acquis professionnels (article L 6143-2-1 du Code de la Santé Publique)* »³⁴.

Au-delà de son caractère réglementaire, le projet social et professionnel vise à définir une politique sociale et managériale associant l'ensemble de la communauté hospitalière autour d'objectifs communs et de valeurs partagées.

Le projet social et professionnel 2015-2019 est décliné en cinq orientations dont quatre sont en lien avec notre projet managérial.

Orientation 1 : Sécuriser les parcours et promouvoir le développement professionnel.

« *Les dispositifs de formation continue doivent conjointement permettre aux professionnels d'exercer efficacement leurs fonctions durant l'ensemble de leur carrière, mais aussi favoriser leur développement professionnel et personnel, leur mobilité et contribuer à leur donner des perspectives de promotion et d'évolution individuelle* »³⁵.

Face à un environnement qui évolue et impacte directement l'exercice des professionnels, il sera primordial d'anticiper les évolutions concernant les emplois et de développer les compétences afin de sécuriser les parcours professionnels.

Orientation 2 : Promouvoir un management par la confiance.

« *La politique managériale de l'AP-HP doit à la fois contribuer à mettre en mouvement les équipes autour d'objectifs communs et à garantir l'attractivité de la fonction managériale. Elle doit s'attacher à recentrer les cadres sur leur cœur de métier, préparer les managers à un rôle de leadership [...]* »³⁶.

Dans ce projet, cette orientation va servir au cadre supérieur de santé dans sa mission première qui est « manager des managers ». Il va s'agir de promouvoir une politique managériale sur le pôle en favorisant une démarche participative avec l'ensemble des acteurs et de renforcer les compétences managériales et organisationnelles de l'équipe d'encadrement.

³⁴ AP-HP. Projet d'établissement 2015-2019 : Projet social et professionnel. [Consulté le 18 février 2019]. Disponible : <https://www.aphp.fr/projet-detablissement-2015-2019>. p.7.

³⁵ Ibid. p.14.

³⁶ Ibid. p.18.

Orientation 3 : Améliorer la santé et la qualité de vie au travail.

« Une politique forte en faveur de la santé et de la qualité de vie au travail sera un des facteurs clé de réussite de la modernisation de l'institution, indispensable à la fidélisation des personnels non médicaux et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients »³⁷.

Dans cette orientation il s'agira de favoriser le dialogue social et de prendre en compte les spécificités des différents acteurs autour du collectif de travail, de rendre lisible la ligne managériale pour les cadres comme pour les équipes mais également d'associer, à ce projet, les institutions représentatives du personnel.

Orientation 5 : Anticiper l'évolution des emplois et des effectifs.

« L'intégration de la gestion prévisionnelle des emplois, métiers et compétences (GPEMC) dans le projet social constitue un axe fort de la politique de gestion des ressources humaines, qui doit s'articuler avec les projets médicaux et de soins »³⁸.

Dans cette orientation, nous pouvons voir que face aux changements auxquels sont confrontés les établissements de santé, les ressources humaines doivent s'adapter en permanence aux besoins. Or, le temps d'adaptation des ressources humaines nécessite une anticipation des besoins et ce afin que les évolutions s'inscrivent dans la durée. Concrètement, il s'agira de mettre en adéquation les ressources et les compétences disponibles avec les besoins, compte tenu des évolutions de l'environnement, des projets institutionnels et des données démographiques.

En 2018, l'hôpital Necker-Enfants malades et particulièrement le pôle médico-chirurgical pédiatrique n'a pas échappé aux contraintes médico-économiques incitant un renforcement de l'efficacité au niveau de la masse salariale.

Cet effort d'efficacité s'est traduit, entre autre, par une vigilance renforcée au niveau des coûts de remplacement.

Conséquemment, la direction et l'encadrement se sont vus adapter les ressources humaines au plus près des besoins et favoriser une politique de mobilité interne des professionnels.

³⁷ Ibid. p.20.

³⁸ Ibid. p.25.

3 L'accompagnement de la mobilité interne des infirmiers dans un pôle pluridisciplinaire

Au vu de l'accroissement des mobilités internes des professionnels infirmiers au sein de notre établissement, il m'a semblé essentiel de travailler sur son accompagnement ; accompagnement qui sera effectué par l'équipe d'encadrement et ce afin de rendre cette stratégie institutionnelle cadrée et organisée.

3.1 La genèse du projet

Dans le cadre de nos missions en tant que cadre de santé, nous sommes également confrontés à la mobilité interne. En effet, lors de l'absence de nos collègues et quelle que soit la durée de l'absence, nous devons remplacer ces derniers dans ses missions d'encadrement de proximité. C'est lors de ces mobilités au sein du pôle, mais aussi lors des gardes du week-end sur l'ensemble de l'hôpital dans la permanence de l'encadrement, que j'ai pu élargir mon champ de vision en dehors du seul périmètre qu'est le service.

Lors de ces remplacements et en ce qui concerne le management des ressources humaines, j'ai été confrontée à plusieurs reprises à des difficultés dans la gestion des mobilités des professionnels. Ces difficultés se sont traduites par des réticences voire des refus de professionnels à être déplacés dans un autre service de soins pour remplacer un professionnel absent. Cette mobilité est relatée comme « subie » par les professionnels qui affirment un défaut de compétences sur les prises en charge spécifiques des autres services. Certains ont le sentiment d'être considérés comme des « objets » et expriment un sentiment d'insécurité pour eux et dans les prises en charge des patients.

Nous pourrions penser que la mobilité interne n'est pas un phénomène nouveau dans les établissements de santé puisqu'elle fait partie intégrante de la gestion des ressources humaines. Pour autant, l'augmentation des mobilités internes au sein de notre pôle, liée aux contraintes médico-économiques, et les difficultés rencontrées face à ce phénomène se sont vues s'accroître ces deux dernières années dans notre établissement pour différentes raisons.

Premièrement, la demande d'efficience au sein de notre institution qui connaît depuis plusieurs années des mauvais résultats financiers. Cette demande d'efficience implique des économies au niveau de la masse salariale notamment des paramédicaux³⁹. Cela se traduit, entre autre, par un examen au cas par cas des remplacements et notamment par une vigilance encore plus renforcée sur les demandes d'heures supplémentaires et d'intérim.

Parallèlement, l'hôpital NEM et plus particulièrement le pôle médico-chirurgical pédiatrique a connu en 2018 une baisse d'activité suite à des problématiques de recrutements d'anesthésistes, dans un premier temps, puis d'IBODE. Cela a entraîné la fermeture de plusieurs salles de blocs opératoire pendant environ 6 mois.

³⁹Rapport annuel AP-HP, 2017. [Consulté le 25 mars 2019].

Disponible : <https://www.aphp.fr/actualite/lap-hp-publie-son-rapport-annuel-2015>.

Cette baisse d'activité a eu des répercussions dans la gestion et le management des ressources humaines dans les services de chirurgie car, au regard de la diminution d'activité prévue sur plusieurs mois, le Coordonnateur des soins a demandé au CPP de lisser ses effectifs sur l'ensemble du pôle et de supprimer les demandes de remplacement. Ainsi, cette demande de lissage inopinée des plannings a conduit l'encadrement à effectuer de nombreuses mobilités des professionnels de santé dans les différents services du pôle et ce pendant plusieurs mois. En effet, malgré la baisse d'activité, cette dernière n'a pas pu juguler et compenser, dans sa totalité, l'absentéisme des personnels dans chaque unité de soins.

Par ailleurs, la spécificité des prises en charge au sein de notre établissement avec ses 34 centres de référence maladies rares dont 7 sur notre pôle implique des prises en charge de patients très spécifiques.

S'ajoute, la particularité de notre pôle qui est un pôle pluridisciplinaire avec des services de médecine et de chirurgie donc des spécialités et des organisations différentes.

Même si cette problématique peut concerner l'ensemble des services de l'établissement ; dans ce projet, nous allons nous focaliser sur le pôle médico-chirurgical pédiatrique de l'établissement et plus particulièrement sur les huit services d'hospitalisation conventionnelle.

Comme nous avons pu le voir dans le chapitre précédent, les huit services d'HC sont des services pluridisciplinaires composés de services de médecine et de chirurgie.

A l'origine, ce pôle a été réfléchi et constitué dans une logique de parcours de soins pour les patients. Il y a, par exemple, dans le pôle un service de chirurgie viscérale et des services de gastro-entérologie et de néphrologie car ils ont des prises en charges communes.

D'autre part, la population ciblée dans la mise en place du projet sera les infirmiers car ils représentent un pourcentage non négligeable en termes de masse salariale (53% des effectifs du pôle) et du fait de leur degré de responsabilité dans la prise en charge des patients, il m'a semblé que c'était la catégorie professionnelle la plus à risque dans la politique de mobilité interne.

Par conséquent, dans le management des ressources humaines, la mobilité interne ne peut pas être une fin en soi et ne répondre uniquement qu'aux besoins économiques de l'institution.

Il sera essentiel de mettre en place un dispositif de mobilité interne organisée, structurée avec pour principal objectif le développement des compétences individuelles au service du collectif.

3.2 La mobilité interne au service du développement des compétences

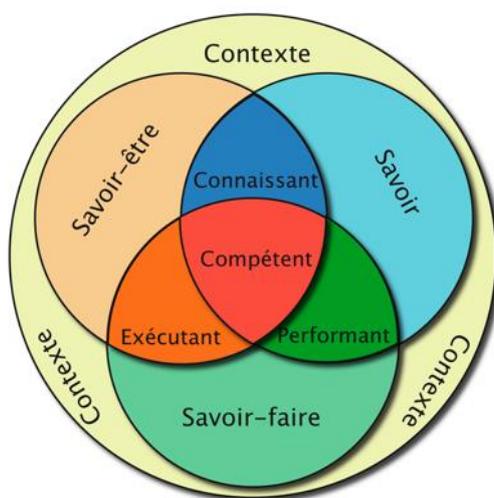
3.2.1 Quelques définitions de la notion de compétence

- Le dictionnaire Larousse définit la compétence (du latin *competentia*) comme étant « une capacité reconnue en telle ou telle matière en raison de connaissances possédées et qui donne le droit d'en juger »⁴⁰.

Cette définition de la compétence étant très globale, nous allons définir plus particulièrement la notion de compétence professionnelle selon plusieurs auteurs.

- Selon Henri Boudreault, professeur à l'UQAM et consultant en formation professionnelle, la compétence professionnelle est la combinaison de savoirs. « La compétence d'une personne se démarque non pas par la capacité qu'elle a de réaliser sa tâche, mais par l'état d'esprit qu'elle manifeste lors de la réalisation de ses tâches »⁴¹.

Dans son schéma sur les intersections des savoirs de la compétence professionnelle, Henri Boudreault montre qu'une compétence sans « savoir-faire » produirait que de la connaissance, qu'une compétence sans « savoir » produirait que de l'exécution et qu'une compétence sans « savoir-être » produirait que de la performance.



Les intersections des savoirs de la compétence professionnelle, Henri Boudreault, 2002

⁴⁰ Dictionnaire de français Larousse. [Consulté le 27 mars 2019].

Disponible : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/compétence/17648>.

⁴¹ BOUDREAUULT, Henri. Du être au savoir.... [Consulté le 2 mai 2019]

Disponible : <https://fr.slideshare.net/Solitaire105/du-tre-au-savoir-tre-henri-boudreault>.

- Guy Le Boterf, dans son livre « Construire les compétences individuelles et collectives »⁴², affirme : « *ne plus penser la compétence seulement en termes de listes d'attributs (savoir, savoir-faire, savoir être), mais en référence au processus qu'un professionnel met en œuvre lorsqu'il agit avec pertinence et compétence en situation* ».

Pour Guy Le Boterf, être compétent, c'est savoir agir en situation.

Un professionnel est compétent s'il possède des compétences et s'il sait créer des combinaisons de ressources qui lui permettent de gérer des situations professionnelles. La notion de compétence se différencie de la qualification et de la notion de métier. La compétence est le degré de professionnalité avec lequel on exerce un emploi. Deux personnes peuvent avoir la même qualification et exercer l'emploi avec plus ou moins de compétence.

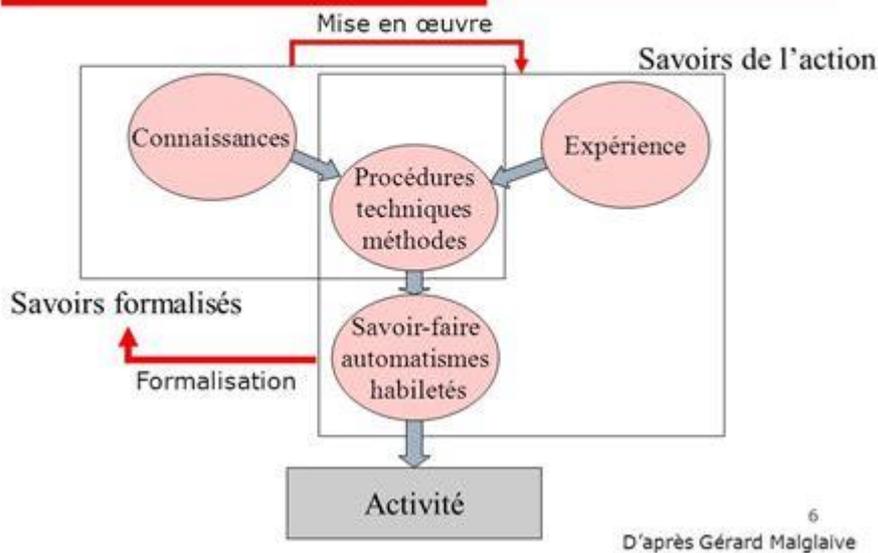
- Rémi Gagnayre et Jean-François d'Ivernois en 2005⁴³ distinguent trois notions dans la compétence professionnelle des soignants.
La première considère que la compétence est proche d'un système intégré de savoirs au sens large (savoir, savoir-faire, savoir-être).
La seconde notion que la compétence permet d'aboutir à une performance, laquelle pour certains auteurs ne représente que sa part observable voire mesurable. Cette compétence est mobilisable dans plusieurs contextes professionnels ou familles de situations.
Enfin, la troisième notion considère qu'une compétence requiert pour son acquisition et sa mise en œuvre que le professionnel soit en mesure de mener une activité réflexive au cours même de sa réalisation ou après celle-ci.
- Pour Francis Minet, professeur et conseil pour de nombreuses organisations publiques et privées en management, conduite du changement et gestion des ressources humaines, la compétence dans l'organisation du travail est une mobilisation de savoirs en situation.
Par savoirs, Francis Minet, regroupe les différentes représentations mobilisées dans l'action par la personne. Pour cela, il s'appuie sur des savoirs comme les connaissances avec le savoir théorique, les procédures et techniques dans le savoir procédural, l'expérience pour le savoir pratique et le savoir-faire.
Ces différents savoirs ont été inspirés des catégories définies par Gérard Malglaive, docteur en sciences de l'éducation.

⁴² LE BOTERF, Guy. Construire les compétences individuelles et collectives. Editions Eyrolles, 2005.

⁴³ RUFIN, Frédéric. Une définition de la compétence professionnelle. Cadre de santé.com, 2007. [Consulté le 18 mars 2019].

Disponible : <https://www.cadredesante.com/spip/profession/pedagogie/Une-definition-de-la-competeence>.

La Compétence : une articulation de savoirs



Selon Francis Minet, la compétence est bien une mobilisation de savoirs dans une situation donnée. Quand la situation de travail change, la compétence diminue ; elle n'est pas naturellement transférable d'une situation à une autre.

Donc, dans le cas de la mobilité, il faut avoir conscience que les compétences vont dans un premier temps diminuer et qu'en conséquence un accompagnement des professionnels en amont est nécessaire.

S'intéresser à la notion de compétence dans l'organisation du travail permettra l'amélioration des pratiques pour optimiser le travail. Nous verrons qu'il est essentiel d'identifier le besoin de notion de compétence afin de travailler sur les organisations de travail. Il s'agira également, à travers l'évaluation des compétences, de s'assurer du degré de maîtrise que disposent les professionnels notamment en cas de mobilité interne.

3.2.2 Les composantes de la compétence

La compétence va avoir plusieurs composantes⁴⁴. La prise en compte de l'ensemble de ces composantes permettra la mise en œuvre des compétences dans une situation de travail.

Les automatismes

Un automatisme est la manière de faire sans y penser. Dans le milieu professionnel, le début des automatismes apparaît entre trois à cinq ans d'exercice dans un même milieu et sont considérés acquis à partir de cinq ans. Lorsqu'un automatisme est ancré, la charge attentionnelle diminue c'est-à-dire que le professionnel mettra moins d'attention à faire des tâches.

A partir de ce constat, dans un environnement inhabituel et dans une situation de travail différente, la compétence va diminuer car elle va demander plus de temps et

⁴⁴ MARCHAND, Xavier. Place de la notion de compétence dans l'organisation du travail. Cours Master2 Management des Organisations Soignantes, Novembre 2018.

plus d'attention. Il est donc indéniable que dans une politique de changement et notamment dans le cas de la mobilité interne, le professionnel perdra en performance sur le court terme mais en gagnera sur le long terme. Pour cela, il s'agira d'introduire de nouvelles représentations et d'enlever les anciennes. Un accompagnement est alors nécessaire.

Les connaissances

Les connaissances sont les savoirs savants ou formalisés. Elles se trouvent dans les livres et dans les apprentissages comme la formation initiale pour les professionnels soignants. Les connaissances doivent impérativement être mises à jour régulièrement sinon la compétence diminuera.

Les procédures

Les procédures sont en interrelation avec les connaissances. C'est par elles que les connaissances peuvent s'investir dans l'action. Cela permet à la théorie d'agir sur le réel en fonction d'une intention donnée. Elles vont se construire grâce aux connaissances acquises directement dans l'action. Pour être efficace, les procédures doivent répondre à la règle SI-ALORS et non pas faire preuve d'automatisme.

L'expérience

L'expérience peut se définir par le nombre de situations différentes vécues et par l'adaptation du professionnel dans une situation donnée. Il faudra différencier l'expérience de l'ancienneté c'est-à-dire que l'expérience n'aura pas de rapport avec l'âge mais avec le fait de s'adapter à des situations différentes.

Comme le montre le modèle Dreyfus (Dreyfus, 1982), l'acquisition de compétences sera fondée sur l'expérience en situation.

« Le modèle Dreyfus d'acquisition de compétences est un modèle situationnel et non relatif à l'intelligence ou aux dons d'un sujet »⁴⁵.

Ce modèle plus pragmatique que théorique permet « une grille de lecture » de l'apprentissage de nouvelles compétences et définit les étapes d'acquisition des compétences. Ce modèle a été repris par Patricia Benner dans ses travaux sur la crise infirmière aux Etats-Unis. Elle distingue cinq grandes étapes dans le développement des compétences en situation des professionnels que sont le stade novice, débutant, compétent, performant et expert.

En résumé, les trois composantes que sont l'expérience, les procédures et les automatismes sont des savoirs issus de l'action avec des caractéristiques peu ou pas transmissibles. Dans ce cas, le développement des compétences se fera sur de l'expérience accompagnée.

A l'opposé, les connaissances sont des savoirs formalisés, transmissibles facilement et partageables.

Par conséquent, ce qui va être complexe dans la transmission des compétences c'est de mettre en mots les savoirs issus de l'action afin d'avoir des savoirs formalisés.

⁴⁵ BENNER, Patricia. De novice à expert : Excellence en soins infirmiers. Paris : InterEditions, 1995, p.24.

3.2.3 La gestion des compétences à l'hôpital

« Avec le déploiement de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, le management des ressources humaines, dans la fonction publique hospitalière, s'oriente vers des démarches de long cours et à faire vivre dans la durée »⁴⁶.

Face aux grandes transformations des établissements de santé, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) à l'hôpital va permettre d'adapter les emplois et les ressources aux évolutions des activités et à l'organisation des services sur la base d'une vision partagée et objectivée. Elle implique tous les acteurs de l'institution que ce soit les équipes de direction, les cadres, les agents et les partenaires sociaux.

Cette démarche, construite à partir des orientations de l'établissement, peut être déployée à différentes échelles que ce soit au niveau de l'établissement, du pôle ou d'un service.

La GPMC va constituer une composante du développement de la gestion des ressources humaines ainsi qu'un outil d'aide à la décision pour le management des salariés. En effet, à partir d'un état des lieux de l'existant, la GPMC va permettre d'identifier les écarts entre les besoins en compétences et les ressources disponibles puis de déterminer et planifier des ajustements.

Ainsi, on peut affirmer que cette démarche favorisant le développement des compétences aura un double impact pour l'établissement. D'une part, au niveau individuel car elle va permettre de développer les capacités d'évolution de chaque salarié dans le cadre de son parcours professionnel. D'autre part, au niveau du collectif puisqu'elle va permettre d'identifier les problématiques liées aux évolutions conjoncturelles et organisationnelles.

3.2.4 Des compétences individuelles aux compétences collectives

Le concept de compétence comprend une double dimension, individuelle et collective, indissociables l'une de l'autre.

« Il n'existe pas de compétences sans individus. Cette évidente 'portabilité' des compétences ne doit cependant pas conduire à la conclusion erronée selon laquelle la compétence serait exclusivement une affaire individuelle. A l'image des deux faces d'une médaille, toute compétence comporte deux dimensions – individuelle et collective – indissociables »⁴⁷ (Le Boterf, 2002).

Selon Guy Le Boterf, pour agir avec compétence, les professionnels devront mobiliser leurs propres ressources mais également celles de leur environnement. Par exemple, un infirmier combinera ses propres connaissances avec les savoirs contenus dans les protocoles, les savoirs de l'équipe tels que l'expérience, les qualifications et les savoirs médicaux.

Ainsi, pour Guy Le Boterf, *« Agir avec compétence suppose donc de savoir interagir avec autrui. [...] La compétence individuelle comporte toujours une dimension*

⁴⁶ ANFH. La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences. [Consulté le 24 avril 2019]. Disponible : www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/comprendre_agir_sequiper.pdf.

⁴⁷ LE BOTERF, Guy. De quel concept de compétence avons-nous besoin ? Dossier : Les compétences, de l'individuel au collectif. Soins cadres, Février 2002, n° 41. [Consulté le 5 mai 2019]. Disponible : <http://www.guyleboterf-conseil.com/images/Soins%20cadres.PDF>.

collective. Elle peut donc être définie comme un « savoir agir et interagir » en situation professionnelle»⁴⁸.

De cette analyse, on peut donc en conclure que la notion de compétence est une notion complexe qui inclut la gestion des ressources humaines dans les compétences individuelles des professionnels mais également le management dans les compétences collectives des équipes.

En effet, la compétence individuelle comporte toujours une dimension collective qui va permettre à l'encadrement d'analyser l'efficacité des équipes en management. Cette dernière va représenter la compétence que possède une équipe voire un pôle, dans notre projet managérial, qui vont se caractériser par « une représentation commune, un référentiel commun, un langage partagé, une mémoire collective, un engagement et un but à atteindre »⁴⁹.

Dominique Steiner, directrice des soins, affirme que « la fonction management est de favoriser le travail collectif. Aider une équipe à augmenter, à maîtriser, à expliciter les connaissances qu'elle partage, redonne au manager sa place légitime dans l'investissement des compétences collectives et, à terme, lui permet un gain de temps et un accroissement de la qualité des prestations »⁵⁰.

Ce sera donc à l'encadrement d'impulser une dynamique afin que l'émergence des compétences collectives soit un facteur de réussite dans la stratégie de mobilité interne au sein d'un établissement.

3.3 La stratégie managériale dans la conduite du changement

La stratégie managériale va consister à accompagner le changement dans le management des ressources humaines. Dans le cadre de ce projet, le CSS va accompagner le collectif cadres sur une conduite de changement dans le pôle médico-chirurgical pédiatrique.

« Ce que j'attends d'un cadre supérieur de santé c'est vraiment de décroiser les unités dont il a la responsabilité, d'être dans ce travail d'accompagnement des cadres de santé et puis de créer des dynamiques au niveau des unités qui sont son périmètre. Ces dynamiques, si elles sont accompagnées, sont très positives à la fois sur l'attractivité et surtout sur la fidélisation. [...]. C'est comment demain en tant que cadre supérieur de santé vous accompagner les cadres dans cette démarche parce que c'est un projet d'équipe de cadres, un projet partagé ; projet sur lequel on doit réfléchir »⁵¹.

Le déploiement du projet en tant que cadre supérieur de santé va donc répondre à trois enjeux représentés par les dimensions politique, fonctionnelle et culturelle⁵² de l'établissement et plus particulièrement du pôle. Cette analyse du changement organisationnel va être nécessaire pour comprendre les enjeux de chacun des acteurs.

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ DEJOUX, Cécile. Gestion des compétences et GPEC. Paris : Editions Dunod, 2013, p.21.

⁵⁰ STEINER, Dominique. Politique de mobilité : Gestion dynamique et partagée des ressources humaines. Editions universitaires européennes, 2012, p.22.

⁵¹ Retranscription entretien semi-directif auprès du Coordonnateur des soins, Hôpital NEM, 1^{er} avril 2019.

⁵² DUMOND, Jean-Paul. Les organisations de santé : « La grande Transformation Hospitalière ». Master Management et Santé-M2, Septembre 2018.

La dimension politique

L'hôpital Necker-Enfants malades fait partie des 37 hôpitaux de l'AP-HP, CHU de la région Ile-de-France. Il jouit d'une réputation internationale du fait de la spécialité de ses services aussi bien en pédiatrie que chez l'adulte. C'est le plus grand centre français de recherche biomédicale en milieu hospitalier.

De par sa réputation et son expertise, l'hôpital a réalisé en 2017 plus de 500 000 prises en charge de patients. De la même manière, un grand nombre de professionnels viennent se former et travailler à l'hôpital NEM afin d'acquérir une expertise.

En dépit de sa renommée, l'hôpital NEM doit faire face, depuis plusieurs années et particulièrement depuis 2 ans, à une situation budgétaire dégradée qui a engendré au sein de l'établissement une demande d'efficacité notamment dans la gestion des ressources humaines. Cela s'est traduit plus concrètement par une vigilance renforcée au niveau des coûts de remplacement des PNM et une politique de gestion des ressources humaines au plus près des besoins.

Cette nouvelle organisation au sein de l'établissement implique donc un remplacement des professionnels au cas par cas et l'accroissement d'une politique de mobilité interne des professionnels paramédicaux; qui jusqu'alors était faite de manière ponctuelle.

Pour autant, les enjeux organisationnels au sein de l'établissement sont extrêmement importants à prendre en compte car il va s'agir de préserver l'attractivité et la fidélisation des professionnels mais aussi la qualité et la sécurité des soins dans les prises en charge des patients.

La dimension fonctionnelle

« L'organisation peut être considérée comme un système composé de processus et de ressources qui sont agencées en fonction de paramètres de conception. Ceux-ci forment une configuration organisationnelle dont l'efficacité dépend des paramètres de conception »⁵³.

Depuis plusieurs années maintenant, l'accroissement des spécificités dans les prises en charge des patients sur l'hôpital NEM notamment avec ses 34 CRMR dont 7 dans le pôle médico-chirurgical pédiatrique (sur 8 services d'HC) a fait en sorte que la structure fonctionnelle de l'hôpital a évolué vers une prise en charge des patients par spécialités.

Ce cloisonnement des services avec des ressources adaptées a donné lieu à une spécialisation des professionnels dans la prise en charge des patients. Les professionnels ont développé une compétence spécifique dans les domaines où ils se sont spécialisés ; ce qui a permis, dans un premier temps, une meilleure productivité, des réalisations de plus grandes qualités, une réduction du temps d'apprentissage, la création d'outils spécifiques à l'activité qui accroît l'efficacité et un gain de temps dans le passage d'une activité à une autre.

Mais secondairement et face à la demande croissante d'une politique de mobilité interne au sein du pôle dans le remplacement des professionnels absents, nous nous sommes aperçus que la spécialisation des professionnels dans une unité « a atrophie

⁵³ Ibid. p.48.

l'être humain en le réduisant à quelques compétences [...] La spécialisation limite la gestion de la main-d'œuvre en limitant la mobilité et, donc, les réponses tant à l'absentéisme qu'aux évolutions de la charge de travail »⁵⁴

De ce fait, il est de la responsabilité de l'équipe d'encadrement du pôle de maintenir et de développer des pluri-compétences pour l'ensemble des professionnels dans un périmètre élargi autre que l'unité où ils sont affectés.

Cette dimension fonctionnelle sera une valeur ajoutée dans la gestion des ressources humaines au sein du pôle et permettra une plus grande employabilité du personnel face aux évolutions de la charge de travail et/ou de l'activité.

La dimension culturelle

« La culture constitue une composante importante des organisations. Elle en forme, en quelque sorte, l'esprit »⁵⁵.

Rappelons que depuis son développement au Moyen-âge, l'hôpital a été porté par un devoir qui est pour chacun d'aider son prochain et d'apaiser sa souffrance. Par conséquent, les professionnels de santé, lorsqu'ils s'engagent dans une formation soignante, ont à cœur de préserver ce sentiment. Ils partagent des valeurs professionnelles et personnelles notamment dans le désir d'apporter une prise en charge de qualité.

Cette dimension culturelle a une importance non négligeable dans la politique de mobilité interne car elle va permettre aux professionnels de développer des compétences individuelles mais également collectives ; toujours dans l'esprit d'une prise en charge de qualité. Leur engagement personnel dans ce processus élargi au pôle leur permettra de partager ces valeurs communes.

Par ailleurs, l'identité professionnelle est à prendre en compte. Actuellement, les professionnels ont une identité au travail très centrée au niveau du service. Ils s'identifient à un groupe et dans des situations de travail uniquement dans leur service d'affectation.

Cette identité professionnelle est très souvent confortée par le cadre du service et l'équipe médicale qui ont tendance à « s'approprier leurs personnels ».

Par conséquent, une mobilité interne non préparée et non accompagnée va engendrer chez ces derniers une appréhension et une peur de l'inconnue car elle entraînera une rupture avec l'environnement proche et les habitudes.

En tant que CSS, il s'agira d'accompagner cette dimension culturelle, auprès des cadres de santé, des médecins et des personnels, non plus sur un périmètre restreint comme le service mais bien sur une dimension institutionnelle.

Il sera nécessaire de revenir sur notre mission principale en tant que soignant qui est de satisfaire les intérêts des patients, de communiquer et d'informer sur l'importance du collectif à l'échelle du pôle.

3.3.2 Les acteurs concernés

Au vu des difficultés rencontrées lors des demandes de mobilité des professionnels, j'ai été missionnée, par le cadre paramédical de pôle, afin de voir comment le cadre supérieur de santé allait pouvoir initier, au sein du pôle et auprès des cadres de santé,

⁵⁴ Ibid. p.61.

⁵⁵ Ibid. p.102.

une démarche de mobilité interne des professionnels infirmiers au service des compétences.

Dans un premier temps, lors d'une réunion d'encadrement, j'ai fait un recueil de données et une analyse des situations de mobilité avec l'ensemble des cadres du pôle. Cela m'a permis d'identifier les professionnels concernés par cette problématique.

Outre les professionnels de terrain qui sont au cœur de la politique de mobilité, il y a également les cadres de santé qui doivent faire face aux professionnels quand ces derniers expriment des réticences voire des refus de mobilité.

D'autre part, lors de ces situations, le directeur des soins, le directeur des ressources humaines et le cadre supérieur de santé sont directement concernés car le refus de mobilité implique le positionnement de la hiérarchie sur ces situations et sur la stratégie institutionnelle à adopter.

De ce constat, et en tant que cadre coordonnateur du projet, j'ai pu accompagner les cadres de santé du projet afin de conduire une stratégie des alliés⁵⁶ (J.C. Fauvet, 1983).

Pour ce faire, j'ai réalisé un sociogramme de groupe tel que défini par Moreno (Moreno, Champ de la psychosociologie, 1934) en faisant un état des lieux subjectif objectivé par la suite par des entretiens individuels, avec le DS, le DRH, des infirmiers novices et experts, et un focus groupe avec l'ensemble des cadres de santé des huit services d'HC.

Ce sociogramme m'a permis d'identifier les relations au sein du groupe de cadres comme les relations neutre, positive et hostile, et de prendre des décisions. Parallèlement, j'ai effectué une analyse des jeux d'acteurs selon le modèle « Analyse des jeux d'acteurs » (Ollivier, Marchand) au sein du groupe afin d'identifier leurs enjeux, leur position face au projet (facilitant, confrontant ou indifférent), les objectifs, les sources de pouvoir, les contraintes et les ressources, le rôle joué par chacun dans ce collectif et la position en stratégie des alliés.

3.3.3 Les freins déclarés ou probables

D'après les entretiens réalisés auprès des différents acteurs et notamment les professionnels IDE, qu'ils soient novices ou experts, il s'est avéré que certains agents avaient peu de connaissances sur leurs droits et devoirs en tant que fonctionnaires de la fonction publique hospitalière notamment sur le devoir de mobilité au sein de l'institution.

« Je pense qu'on a le droit enfin si on nous demande ben on bouge après j'entends des sons de cloche différents. On entend non on n'a pas le droit, je vais me mettre en arrêt voilà. Après, honnêtement je ne connais pas la politique de l'établissement ».

Il s'avère, donc, qu'il y a un manque d'informations sur la mobilité interne lors du recrutement effectué que ce soit par la direction des soins, la direction des ressources humaines, le cadre supérieur de santé ou par le cadre de santé du service.

La mobilité interne est peu évoquée à l'embauche ; elle apparaît, sur une ligne, dans la fiche de poste des agents « remplacements éventuels au sein du pôle » (annexe 3). Par conséquent, les professionnels ont tendance à considérer qu'ils sont embauchés

⁵⁶ MARCHAND, Xavier. La conduite du changement. Cours Master2 Management des Organisations Soignantes, Janvier 2019.

uniquement dans un service « *j'ai été embauché dans le service X et non pas sur le pool* ».

Un des sentiments ressorti, également, lors des entretiens avec les IDE est l'incompréhension des professionnels sur les modalités d'affectation et d'intégration qui se font uniquement au sein d'un service donné.

« Quand on nous embauche, on nous affecte dans un service. On est formé pendant un mois dans le service dans lequel on est affecté et après on est lâché dans notre propre service mais parfois on est lancé ailleurs alors qu'on n'a pas été formé. J'ai un peu de mal à comprendre. On a besoin d'être formé un mois pour être dans un service mais à côté de ça, on peut aller dépanner partout sans être formé ».

En effet, au sein du pôle, il n'y a pas de parcours professionnalisant formalisé. L'intégration d'un nouveau professionnel va se faire uniquement au sein de son service d'affectation. Ce dernier va développer des compétences ciblées autour des spécificités du service en termes d'activités de soins et non sur la mobilisation de savoirs en situation. Dans un contexte de services de soins « hyperspécialisés » avec des organisations et des protocoles spécifiques, les professionnels, lors des mobilités, expriment un manque de connaissances des prises en charge et des organisations mais également un sentiment d'insécurité pour leur profession et dans la prise en charge des patients.

« En termes de sécurité du patient, on n'y était pas parce que je suis sûr qu'il y a des choses que j'aurais dû surveiller et que je n'ai pas surveillé parce que je n'étais tout simplement pas au courant qu'il fallait les surveiller. J'ai fait des soins que je ne connaissais pas et ça aurait pu mal se passer ».

Par ailleurs, au sein du pôle, l'activité des blocs opératoires doit faire face à des variables saisonnières mais également conjoncturelles. Ces contraintes conjoncturelles ne sont pas toujours prévisibles et/ou anticipées par la direction et l'encadrement ; ce qui engendrent des difficultés dans la gestion des ressources humaines pour les services d'aval. Ce manque d'anticipation peut engendrer des difficultés de communication et de préparation au sein des équipes notamment dans la demande de réajustement des effectifs au regard des besoins.

Lors de l'entretien avec le coordonnateur des soins de l'établissement, ce dernier rappelle que *« Les professionnels ne doivent pas être l'objet d'une organisation. L'organisation doit composer avec ses professionnels et donc c'est important sur le plan managérial d'associer les équipes. C'est de la responsabilité à la direction des soins mais également de l'encadrement que de permettre aux agents d'être en sécurité dans la réalisation des soins mais également qu'ils se sentent bien ».*

Enfin certains cadres, lors du premier focus groupe, ont évoqué des réticences face à la mise place de ce projet notamment en termes de faisabilité dans la « gestion du temps », de la multiplicité des projets déjà en cours et du risque de difficultés au regard du périmètre du pôle.

Par conséquent, dans le management des ressources humaines, la mobilité interne ne doit pas être une fin en soi et ne répondre uniquement qu'aux besoins économiques de l'institution. Il va s'agir, avant tout, pour le CSS de mettre en place un dispositif de mobilité interne organisée, structurée et managée, impliquant l'ensemble des acteurs, avec pour principal objectif le développement des compétences individuelles au service du collectif.

3.3.4 *Les résultats attendus*

Afin de rester réaliste face à l'ampleur de ce changement organisationnel, je vais cibler trois résultats qui me semblent répondre dans l'ensemble à la commande institutionnelle.

La mise en place effective du projet devrait permettre, dans un premier temps, de maintenir la réduction des coûts en remplacement notamment sur les heures supplémentaires et les demandes d'intérim, et de répondre, par conséquent, à la demande institutionnelle sur l'amélioration de l'efficacité liée aux contraintes médico-économiques.

Parallèlement, les professionnels vont pouvoir développer des compétences individuelles et collectives sur un périmètre élargi au pôle en s'appuyant sur la mobilisation et l'acquisition de savoirs en situation. L'optimisation de cette politique de mobilité interne au service des compétences permettra donc de concilier les intérêts institutionnels et les intérêts individuels.

Enfin, grâce au développement des compétences des professionnels, la sécurité et la qualité de prise en charge des patients effectués par les professionnels mobilisés seront renforcées.

3.3.5 *Les actions mises en place pour accompagner les acteurs*

En tant que cadre coordonnateur du projet, il a été question dans un premier temps de réfléchir et de travailler sur les organisations existantes et non pas uniquement sur les individus.

Cette approche devait permettre de limiter les risques au travail pour la santé⁵⁷ afin d'aboutir à une situation la moins défavorable possible. Il a donc fallu identifier les différentes sources de risque, que ce soit dans les dysfonctionnements organisationnels, les phases d'adaptation ou encore dans les différentes configurations organisationnelles.

Parallèlement, il s'agit d'introduire une démarche participative dans les organisations avec une recherche d'efficacité qui va reposer sur l'accroissement du capital humain via l'autonomie individuelle, la coopération et la prise de décision collective⁵⁸.

Les actions vont donc se déployer à trois niveaux.

- Le premier niveau se situera à la direction des soins et la direction des ressources humaines.

Le DS et le DRH forment un binôme dans le management des ressources humaines des paramédicaux au sein de l'établissement. Ils ont des attentes en termes de stratégie institutionnelle et ont une vision macro au sein de l'institution.

Le DS aura une vision sur la qualité et la sécurité des soins en lien avec le projet de soins. Quant au DRH, il aura des attentes sur l'adéquation du projet proposé par le cadre supérieur de santé et le projet social et professionnel notamment sur la qualité de vie au travail des professionnels.

⁵⁷ Clos Y, Gollac M. Le travail peut-il devenir supportable ? Paris : Armand Colin, 2017.

⁵⁸ Ibid.

Le CSS va donc devoir travailler avec ces deux directions sur les modalités de recrutement des professionnels en termes d'informations transmises à l'embauche mais également sur la remise de documents institutionnels formalisés comme la charte de la mobilité soignante (annexe 4).

Cette uniformisation des pratiques à l'ensemble des cadres participant à la permanence du recrutement devrait permettre la transparence sur les modalités de recrutement mais également d'avoir une uniformisation des discours sur l'organisation existante au sein de l'institution et dans les différents pôles.

- A un deuxième niveau, le CSS devra impliquer, guider et s'appuyer sur l'équipe d'encadrement dans la réflexion et la mise en œuvre du projet au niveau du pôle et plus particulièrement dans l'ensemble des services le constituant.

Les connaissances des cadres dans la gestion prévisionnelle des ressources humaines est une notion indispensable dans la vision élargie qu'ils ont sur les départs, les évolutions professionnelles et sur l'acquisition des compétences des personnels.

Au regard des difficultés rencontrées par l'équipe d'encadrement lors des demandes de mobilité, l'ensemble du collectif cadres a longuement discuté (divergence par le brainstorming), lors du premier focus groupe mené par le cadre coordonnateur du projet, sur le pourquoi de ces réticences de la part des professionnels et sur les solutions qu'on pouvait apporter.

Après discussions, les réflexions de l'encadrement ont convergé vers des axes d'amélioration pour une meilleure organisation au sein du pôle.

Dans un premier temps, le groupe cadres s'est mis d'accord sur la nécessité d'anticipation des remplacements prévisibles et d'organisation des mobilités internes afin de permettre aux professionnels de prendre leur poste dans des conditions favorables.

De ce fait, l'équipe d'encadrement s'est engagée à prévenir à l'avance les professionnels si des remplacements sont prévus mais également d'être transparent sur le choix du professionnel mobilisé en fixant des critères fiables et équitables, connus de tous, qui permettront de réduire la contrainte en réalisant un roulement au sein de l'équipe.

Le collectif a donc choisi de mettre en place un document partagé pour les services du pôle. Ce dernier sera alimenté par les cadres des services au fur et à mesure des déplacements en indiquant le nom de la personne mobilisée, la date et le service concerné. Cet outil permettra d'objectiver et de relativiser les demandes de mobilité sur le pôle.

L'encadrement s'engage, également, à porter à connaissance des professionnels la charte de la mobilité soignante institutionnelle et de la donner systématiquement lors des déplacements. Cette charte est destinée à renforcer le sentiment de sécurité lors des mobilités, engage les différents acteurs, de l'encadrement aux professionnels concernés, et définit les modalités d'accueil et d'exercice du professionnel. Cette charte va également permettre aux professionnels de s'exprimer sur leurs ressentis par rapport à ces déplacements, leur garantissant ainsi écoute et reconnaissance de la part de l'encadrement.

Par ailleurs, l'encadrement va également mettre en place au sein de chaque unité un classeur constitué du livret d'accueil du service, la fiche de poste réactualisée, le ou les plans de soins type réalisés, les protocoles existants spécifiques aux prises en

charge du service et la fiche des vigilances. Ce dispositif permettra aux professionnels déplacés de repérer les éléments importants propres à l'unité.

Parallèlement, il nous a semblé important de travailler sur l'accueil des professionnels mobilisés, accueil qui se trouve à plusieurs niveaux.

Premièrement, un accueil effectué par le cadre de l'unité et les personnels du service « receveur ». En effet, lors des entretiens semi-directifs auprès des IDE, la qualité de l'accueil fait par le cadre, la visite et la présentation du service fait par un infirmier ainsi que l'accompagnement tout au long de la journée ont été notés comme des éléments importants : les professionnels mobilisés y voient un signe de reconnaissance. Deuxièmement, l'accueil des professionnels et spécifiquement l'ajustement de la répartition de la charge de travail en fonction des compétences des agents mobilisés s'est révélé incontournable pour une mobilité réussie. La prise en charge des patients selon une répartition géographique habituelle dans les services ne paraît pas optimale dans le cadre de la mobilité.

De plus, l'équipe d'encadrement a décidé de développer et de mettre en œuvre des parcours professionnalisant pour l'ensemble des infirmiers du pôle en favorisant le développement des compétences individuelles et collectives.

Concrètement, il va s'agir, lorsque le planning le permet, « d'inviter » le professionnel à se former en doublon dans une unité dans laquelle il est susceptible d'aller remplacer.

Cette mise en œuvre de parcours professionnalisant reposera, au préalable, sur une identification par les cadres de l'ensemble des composantes des compétences existantes dans chaque unité, comme les automatismes, les procédures, les connaissances et l'expérience.

Par la suite, il s'agira de développer, avec les personnels, des compétences sur une mobilisation de savoirs en situation (Francis Minet). En effet, nous avons vu dans un paragraphe précédent que tout changement de situation et par conséquent la mobilité entraîne une diminution de la compétence. Les compétences n'étant pas systématiquement transférables d'une situation à une autre, elles devront s'acquérir à travers des situations de travail réel.

Cela va donc impliquer pour les cadres de manager leur équipe en s'appuyant sur des situations qui engagent les compétences.

Enfin, le cadre coordonnateur du projet travaillera avec la direction des soins, le CPP, les cadres des unités et le service de formation continue sur une maquette pédagogique afin que les formations internes effectuées dans le cadre du développement des compétences soient prises en compte dans le plan de formation et qu'elles soient effectives dans le passeport formation des agents.

Concrètement, la mise en œuvre de ce projet au sein du collectif cadres s'est faite dans un premier temps avec l'ensemble des cadres des huit services d'hospitalisation complète lors d'un premier focus groupe.

Suite à ce premier focus groupe, un groupe de travail composé de 3 cadres a travaillé sur la proposition d'un plan d'actions qui par la suite a été proposé et validé lors du deuxième focus groupe.

Ce choix de restreindre le groupe de cadres dans le travail préparatoire s'est fait pour plusieurs raisons dont la disponibilité de chacun dans le temps accordé par les cadres à ce projet mais également sur le niveau d'adhésion de ces derniers (Sociogramme de groupe, Moreno, 1934).

- Enfin, le projet ne pourra se faire, également, que si les professionnels soignants sont impliqués et qu'ils participent à cette démarche.

L'information aux équipes sur la mise en place du projet s'est faite au sein des services de soins lors des réunions d'équipe animées par le cadre de santé du service et le cadre coordonnateur du projet. Parallèlement, des informations sont données de manière régulière aux professionnels dans les services lors d'échanges informels.

Pour la réussite de ce projet, il est nécessaire que les cadres de santé, appuyé par le cadre supérieur de santé, travaillent avec les personnels sur l'identification de situations prévalentes dans chaque service. Les personnels mobilisés seront formés par tutorat par les professionnels experts des services « receveurs » en situation de travail réel.

La maîtrise de ces situations de travail complexes permettra aux professionnels mobilisés de maîtriser d'autres situations moins complexes et d'acquérir des pluri-compétences dans les différentes prises en charge de patients.

Pour Guy Le Boterf, « *Etre compétent, c'est également agir avec autonomie, c'est-à-dire être capable d'autoréguler ses actions, de savoir compter sur ses propres ressources, mais également de rechercher des ressources complémentaires, d'être en mesure de transférer, c'est-à-dire de réinvestir ses compétences dans des contextes distincts. C'est, en effet, paradoxalement, en comprenant comment l'on s'y prend pour agir efficacement dans un contexte particulier que l'on se prépare à agir dans un contexte différent* »⁵⁹.

Lors de ces formations internes réalisées par les professionnels experts, ces derniers, accompagnés par l'encadrement, devront avoir fixés, en amont, des objectifs de maîtrise sur les situations identifiées puis évaluer l'acquisition de ces savoirs en situation. Ces formations internes et l'évaluation des compétences acquises ne pourront se faire que par des pairs experts.

Au final, les actions mises en place par le CSS avec l'équipe d'encadrement pour accompagner au mieux les personnels devraient avoir un double impact.

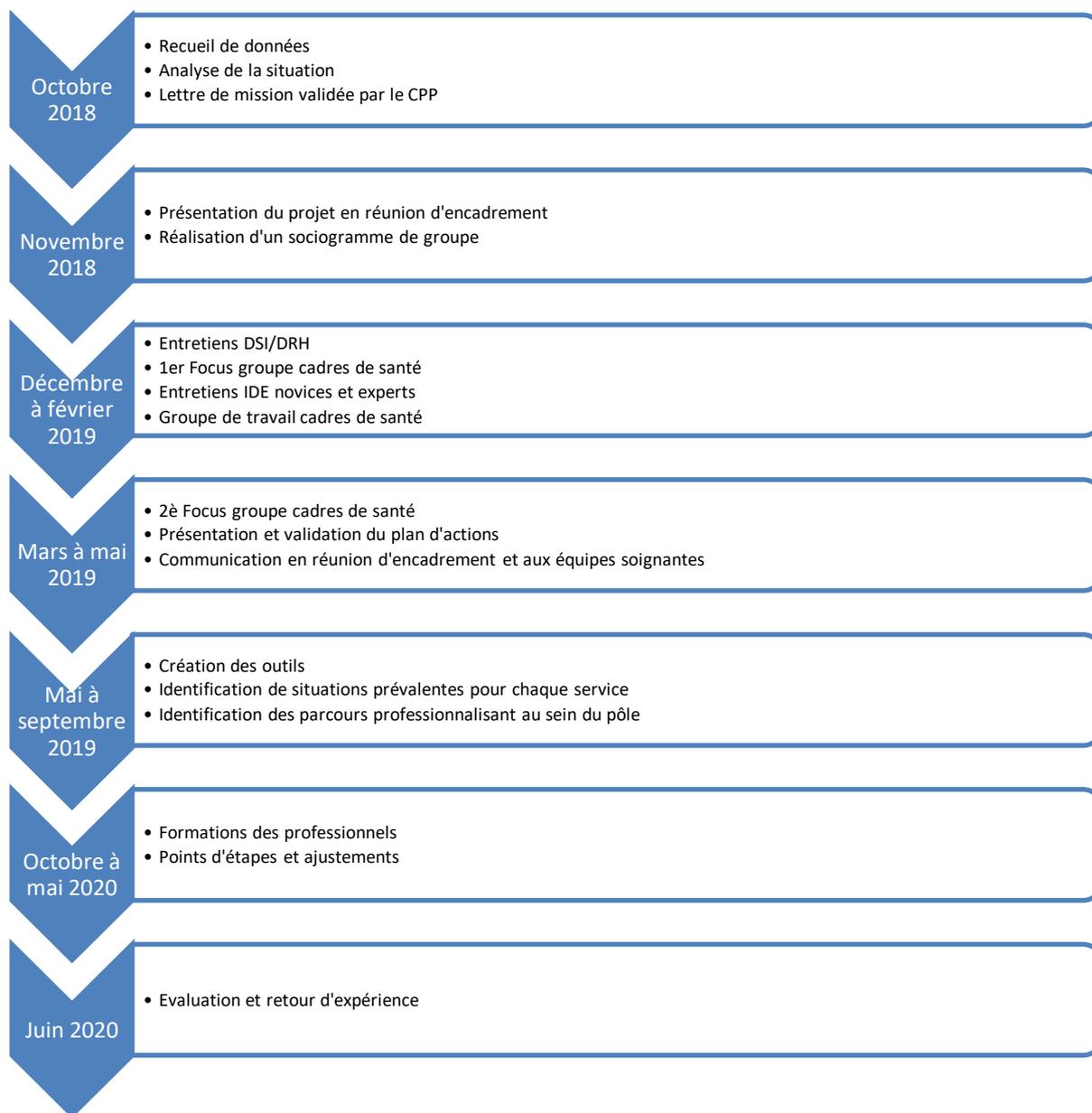
D'une part, au niveau des réticences des professionnels face à la politique de mobilité interne notamment dans leurs sentiments d'insécurité face à certaines situations méconnues et ce grâce au développement de leurs compétences au sein du pôle.

D'autre part, sur l'amélioration de la qualité dans la prise en charge des patients. En effet, outre le fait que les professionnels se déplacent dans les autres unités pour remplacer les professionnels absents ; nous sommes également confrontés, certains jours de la semaine et au regard de l'occupation des lits sur les services d'HC, à ce que les patients soient « hébergés » dans un service qui ne relève pas de leur spécialité.

⁵⁹ LE BOTERF, Guy. De quel concept de compétence avons-nous besoin ? Dossier : Les compétences, de l'individuel au collectif. Soins Cadres, Février 2002, n°41 [Consulté le 5 mai 2019]. Disponible : <http://www.guyleboterf-conseil.com/images/Soins%20cadres.PDF>.

3.3.6 Le planning prévisionnel

La mise en œuvre du projet dans sa phase d'initiation devrait durer plus de 18 mois mais une fois institutionnalisé c'est un projet qui devrait être effectif dans le temps. Les périodes les plus longues seront l'identification des situations prévalentes ainsi que la réalisation des formations internes des professionnels puisque ces dernières ne pourront se faire que lorsque le planning le permet. Durant l'avancée du projet, des points d'étapes et des réajustements seront réalisés.



3.3.7 L'évaluation

Dans un premier temps, l'évaluation du projet se fera tout au long de sa réalisation notamment à travers un enjeu majeur pour le cadre supérieur de santé qui sera de fédérer une dynamique de travail et une coopération dans le collectif cadres. Le projet sera centré sur le résultat du travail collectif, c'est-à-dire à travers une démarche de co-construction.

Dans un deuxième temps, il s'agira pour l'ensemble de l'encadrement d'harmoniser la gestion et le management des ressources humaines et ce afin de tendre à une harmonisation des organisations et des pratiques professionnelles au sein du pôle.

Sur le « terrain », les effets constructifs de ce projet pourront se vérifier lors des évaluations des pratiques professionnelles. Les nouvelles compétences des agents sur des situations de travail réel identifiées en amont et répondant aux parcours professionnalisant seront évaluées par des pairs experts, supervisés par les cadres de santé.

Ils pourront également se vérifier lors des entretiens annuels où les cadres de santé devront mesurer la satisfaction des professionnels sur l'accompagnement de la politique de mobilité interne, mise en place au sein du pôle, au service du développement des compétences. Pour cela, les cadres de santé pourront se servir de la grille d'entretien utilisée en amont par le cadre coordonnateur du projet afin de constater les écarts entre les résultats attendus et les résultats obtenus. Ils pourront, par ailleurs, faire une analyse avant-après des commentaires effectués par les professionnels sur la charte de la mobilité soignante.

Fin du premier semestre 2020, une évaluation du projet et un retour d'expérience seront effectués de façon à analyser les écarts par rapports aux attendus et réajuster le plan d'actions.

3.3.8 La communication du projet auprès de l'équipe d'encadrement

Le cadre supérieur de santé en tant que leader doit être capable de guider, d'influencer et d'inspirer ses équipes. Pour cela, il fera preuve de leadership, c'est-à-dire, qu'il aura *« la capacité à mener ou conduire d'autres individus ou organisations dans le but d'atteindre certains objectifs »*⁶⁰.

De cette façon, le CSS fera preuve d'une posture managériale et d'un positionnement qui lui permettront de « manager des managers » tout en ayant une vision stratégique au sein de son établissement.

Le CSS sera en mesure d'organiser, de communiquer, de négocier et d'accompagner les équipes dans le changement et sera force de propositions.

Tout au long du travail effectué lors de ce projet managérial, le domaine de la communication s'est trouvée être un point essentiel à tous les niveaux de l'organisation notamment dans le travail en collaboration avec l'équipe d'encadrement. En effet, *« cette communication sera rendue d'autant plus nécessaire que l'hôpital se voit soumis à des phénomènes d'accélération, de*

⁶⁰ FRANZI, Brigitte. Affirmer son leadership. Cours Master2 Management des Organisations Soignantes, Novembre 2018.

spécialisation et de rentabilisation de ses activités qui ont des impacts en particulier au niveau relationnel »⁶¹.

La conduite de changement et plus particulièrement son accompagnement ne peut pas reposer sur une seule personne. Il va donc falloir que le cadre supérieur de santé promeuve son projet et qu'il identifie des alliés.

Grâce à l'analyse effectuée lors du sociogramme de groupe, le CSS va pouvoir accompagner le collectif cadres sur un changement de pratiques c'est-à-dire qu'il va conduire une stratégie des alliés.

A travers ce chapitre, nous pouvons donc voir que la mise en place d'une politique de mobilité interne au service du développement des compétences professionnelles, au sein d'un pôle, ne pourra être effective que si la stratégie managériale dans la conduite de changement au sein de l'institution est organisée et managée.

Sa réussite dépendra, en effet, de l'implication des acteurs et particulièrement de l'équipe d'encadrement.

⁶¹ Haberey-Knuessi V, Heeb JL, Morgan De Paula E. L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier. Recherche en soins infirmiers, n° 115, Avril 2013, p.5. [Consulté le 9 mai 2019].
Disponible : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2013-4-page-8.htm>

4 Conclusion

Travailler sur l'accompagnement d'une politique de mobilité interne au service des compétences au sein d'un établissement de santé, développée comme une gestion dynamique des ressources humaines, m'a paru essentiel dans ce contexte actuel où notre système de santé ne cesse d'évoluer.

Vincent de Gaulejac, sociologue, nomme de « *révolution managériale* »⁶² les nouvelles orientations hospitalières. Selon lui, la nouvelle gestion publique « *ne répond plus à une logique de moyens favorisant le développement mais davantage à une logique de résultats, visant l'utilisation optimale des ressources pour contrôler les coûts* »⁶³.

En dépit de ce constat et à travers ce travail mis en place par une équipe de cadres, accompagnée du cadre supérieur de santé, nous pourrions voir que l'optimisation d'une politique de mobilité interne, dans une gestion des ressources humaines partagée, orientée vers le développement des compétences devrait au contraire permettre de concilier les intérêts institutionnels et les intérêts individuels des personnels. Sa réussite devrait également répondre à terme aux besoins des usagers et à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins.

Pour conclure, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, non épargnée par les restructurations, s'est engagée en 2017, dans ses orientations du plan stratégique, dans une démarche de transformation de son établissement qui devrait contribuer à renforcer l'institution face aux nouveaux défis auxquels elle est confrontée.

Cette grande transformation au sein de l'AP-HP consistera, à partir du deuxième semestre 2019, à une gouvernance plus fédérale avec un directoire et un comité de direction qui vont devenir des instances associant les groupes hospitaliers. Cette démarche vise également à déconcentrer des compétences de décision et de gestion du Siège vers ces nouveaux ensembles hospitaliers. Ce dernier devrait alors se recentrer sur ses missions stratégiques ; ce qui devrait améliorer et accélérer les prises de décisions locales.

Les gouvernances des GH vont se reconfigurer en lien avec les périmètres universitaires c'est-à-dire que dorénavant l'AP-HP sera constituée de quatre nouveaux groupes hospitaliers dont le périmètre coïncidera avec celui de leur université de rattachement.

Parallèlement, cette nouvelle transformation devrait permettre une gouvernance renforcée des hôpitaux (sites) afin de mieux coordonner les enjeux de proximité avec les territoires et garantir un fonctionnement quotidien. De plus, les services, confortés comme niveau essentiel d'organisation des soins et d'animation des équipes, vont devoir s'organiser autour de projets médicaux communs en Département Médico Universitaire (DMU) et non plus en pôle.

L'hôpital Necker-Enfants malades va donc intégrer, à partir de juillet 2019, le groupe hospitalier universitaire « AP-HP.5 » avec deux autres groupes hospitaliers que sont HU Paris centre et HU Paris ouest.

⁶² DE GAULEJAC, Vincent. Travail, les raisons de la colère. Paris Editions du Seuil, 2011.

⁶³ Haberey-Knuessi V, Heeb JL, Morgan De Paula E. L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier. Recherche en soins infirmiers, n° 115, Avril 2013, p.3. [Consulté le 9 mai 2019]. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2013-4-page-8.htm>.

Au sein de l'établissement, les spécialités de pédiatrie seront divisées en 3 DMU. Quant aux services d'adultes, ils seront répartis dans différents DMU au sein de « AP-HP.5 ».

Aujourd'hui, nous sommes dans l'incapacité de dire si cette nouvelle transformation au sein de l'AP-HP et plus particulièrement au sein de l'hôpital NEM, va avoir des répercussions dans la gestion et le management des ressources humaines. Toujours est-il que les personnels expriment des craintes quant au risque de mobilité professionnelle inter-sites.

En dépit de cette grande transformation, dont la mise en place effective est prévue en septembre 2019, notre projet, qui sera en cours de réalisation, risque de prendre un peu de retard dans le planning prévisionnel. Pour autant, il sera tout à fait d'actualité dans cette nouvelle organisation puisque ce projet mis en œuvre au sein d'un pôle sera transposable au sein d'un DMU.

Pour cela, il sera indispensable que l'équipe d'encadrement préserve une politique de mobilité interne, sectorielle, managée et organisée, avec le développement des compétences au cœur de la gestion des ressources humaines.

Bibliographie

Livres

BENNER, Patricia. De novice à expert Excellence en soins infirmiers. Paris : InterEditions, 1995, 253 p.

BERNOUX, Philippe. Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations. Editions du Seuil, Nouvelle édition, 2010, 368 p.

Cavestro W, Durieux C, Monchatre S. Travail et reconnaissance des compétences. Paris : Economica, 2007, 224 p.

Clot Y, Gollac M. Le travail peut-il devenir supportable ? Paris : Armand Colin, 2^e édition, 2017, 244 p.

Corrias C, Detoc G, Goffe L. La mobilité dans la fonction publique. Levallois-Perret : Groupe Studyrama, 2015, 149 p.

DEJOUX, Cécile. Gestion des compétences et GPEC. Paris : Dunod, 2^e édition, 2013, 128 p.

MICHELETTI, Patrick. La polyvalence sous toutes ses facettes. Paris : Editions d'Organisation, 2002, 190 p.

RAOULT, Nicole. Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier. Paris : Editions L'Harmattan, 1991, 285 p.

STEINER, Dominique. Politique de mobilité. Allemagne : Editions universitaires européennes, 2012, 69 p.

Revue et articles

BEAUGRAND, Hélène. La mobilité interne, enjeu d'efficacité des organisations. Entreprise et Personnel. juillet 2014.

LE BEC-ZION, Séverine. Accompagnement des professionnels et remplacements interservices. Soins Cadres, mai 2017, n° 102, p. 43-46.

Van Schingen E, Ladegaillerie G, Lefebvre H, Challier MP, Rothan-Tondeur M. La mobilité professionnelle des infirmières hospitalières. Soins, septembre 2015, p.57-61.

Textes de lois

LOI n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

LOI n° 2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique. [Consulté le 15 novembre 2018].

Disponible :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020954520&categorieLien=id>.

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

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

Circulaire du 19 novembre 2009 relative aux modalités d'application de la loi n° 2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique. [Consulté le 15 novembre 2018].

Disponible : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/11/cir_29932.pdf.

Article L 6143-2-1 du Code de la Santé Publique.

Documents extraits d'un site internet

ANAP. Améliorer la gestion des ressources humaines : mobilité professionnelle. [Consulté le 3 novembre 2018].

Disponible :

http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/Developper_une_approche_territoriale/Parcours_professionnels/ANAP_Ameliorer_la_GRH_1_a_Mobilite_Professionnelle.pdf.

ANFH. La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences. [Consulté le 24 avril 2019].

Disponible : www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/comprendre_agir_sequiper.pdf.

AP-HP. Le projet d'établissement AP-HP 2015-2019. [Consulté le 5 février 2019].

Disponible : <https://www.aphp.fr/projet-detablissement-2015-2019>.

AP-HP. Projet d'établissement 2015-2019 : Projet de soins. [Consulté le 18 février 2019].

Disponible : <https://www.aphp.fr/projet-detablissement-2015-2019>.

AP-HP. Projet d'établissement 2015-2019 : Projet social et professionnel. [Consulté le 18 février 2019].

Disponible : <https://www.aphp.fr/projet-detablissement-2015-2019>.

ARS. Le Plan Régional de santé 2018-2022. [Consulté le 5 février 2019].

Disponible : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2018-2022>.

BOUDREAULT, Henri. Du être au savoir... [Consulté le 2 mai 2019].

Disponible : <https://fr.slideshare.net/Solitaire105/du-tre-au-savoir-tre-henri-boudreault>.

Dictionnaire de français Larousse.

Disponible : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>.

Haberey-Knuessi V, Heeb JL, Morgan De Paula E. L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier. Recherche en soins infirmiers, n° 115, avril 2013. [Consulté le 9 mai 2019].

Disponible : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2013-4-page-8.htm>.

Hôpital Necker-Enfants malades, histoire de l'Inserm. [Consulté le 23 février 2019].

Disponible : <https://histoire.inserm.fr/les-lieux/hopital-necker-enfants-malades>.

Interview de Jean-Pierre Perréard. La mobilité dans le cadre de la réorganisation de l'AP-HP, janvier 2011. [Consulté le 10 mars 2019].

Disponible : <https://www.fonction-publique.gouv.fr/fonction-publique/modernisation-fonction-publique-12>.

JOURDAN, Géraldine. Mobilité interne : quels enjeux et comment l'optimiser ? Home « Actualités recrutement », avril 2018. [Consulté le 5 décembre 2018].

Disponible : <https://www.kioskemploi.fr/news/actualites-recrutement/mobilite-interne-quels-enjeux/>.

LE BOTERF, Guy. De quel concept de compétence avons-nous besoin ? Dossier : Les compétences, de l'individuel au collectif. Soins cadres, février 2002, n° 41. [Consulté le 5 mai 2019].

Disponible : <http://www.guyleboterf-conseil.com/images/Soins%20cadres.PDF>.

RAMSPACHER, Marie-Sophie. La mobilité interne reste le reflet d'une politique d'entreprise. Les Echos Executives, mai 2013. [Consulté le 10 novembre 2018].

Disponible : <https://business.lesechos.fr/directions-ressources-humaines/ressources-humaines/gestion-de-carriere/la-mobilite-interne-reste-le-reflet-d-une-politique-d-entreprise-6909.php>.

Rapport annuel AP-HP, 2017. [Consulté le 25 mars 2019].

Disponible : <https://www.aphp.fr/actualite/lap-hp-publie-son-rapport-annuel-2015>.

RUFIN, Frédéric. Une définition de la compétence professionnelle. Cadre de santé.com, 2007. [Consulté le 18 mars 2019].

Disponible : <https://www.cadredesante.com/spip/profession/pedagogie/Une-definition-de-la-competence>.

Mémoire ENSP

IMBERT Martine, La mobilité : quels enjeux pour l'institution et pour les infirmières, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 1999.

Cours

DUMOND, Jean-Paul. Les organisations de santé : « *La Grande Transformation Hospitalière* ». Master Management et santé-M2, septembre 2018, 187 p.

FRANZI, Brigitte. Affirmer son leadership. Cours Master2 Management des Organisations Soignantes, novembre 2018.

MARCHAND, Xavier. Place de la notion de compétence dans l'organisation du travail. Cours Master2 Management des Organisations Soignantes, novembre 2018.

MARCHAND, Xavier. La conduite du changement. Cours Master2 Management des Organisations Soignantes, janvier 2019.

Table des annexes

Annexe 1 : Ratification de l'ordonnance relative à la mobilité dans la fonction publique

Annexe 2 : Extrait du Projet de Soins 2015-2019 Hôpital Necker-Enfants malades

Annexe 3 : Extrait d'une fiche de poste Infirmier Diplômé d'Etat

Annexe 4 : Charte de la mobilité soignante Hôpital Necker-Enfants malades

Annexe 5 : Exemple d'une fiche des vigilances

Annexe 6 : Grille d'entretien auprès des IDE

Annexe 7 : Grille d'entretien auprès du Directeur des soins et du Directeur des ressources humaines

ANNEXE 1

RATIFICATION DE L'ORDONNANCE RELATIVE A LA MOBILITE DANS LA FONCTION PUBLIQUE

Ratification de l'ordonnance relative à la mobilité dans la fonction publique

Le ministre de l'action et des comptes publics a présenté un projet de loi ratifiant l'ordonnance n° 2017-543 du 13 avril 2017 portant diverses mesures relatives à la mobilité dans la fonction publique.

La mobilité est un levier essentiel de modernisation de la fonction publique. Elle est la garantie d'une plus grande adaptabilité et continuité du service public, principes qui figurent au cœur de ses missions. Pour l'agent, elle est un gage d'attractivité avec la promesse de vrais parcours professionnels diversifiés.

Prise sur le fondement de l'article 83 de la loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires, l'ordonnance du 13 avril 2017 supprime plusieurs obstacles à la mobilité des fonctionnaires et des contractuels au sein de la fonction publique, en prévoyant :

- la possibilité de régir par des dispositions statutaires communes des corps et cadres d'emplois relevant de la même catégorie et appartenant à au moins deux fonctions publiques afin de fluidifier la mobilité entre ces corps et cadres d'emplois ;
- l'obligation de publication des postes vacants dans la fonction publique territoriale sur un portail d'information commun aux trois versants de la fonction publique ; ce portail sera déployé à l'horizon 2019 ;
- la prise en compte pour le fonctionnaire détaché dans un autre corps ou cadre d'emplois, du bénéfice d'un avancement de grade obtenu dans son corps ou cadre d'emploi d'origine sans attendre la fin de sa période de détachement ; il pourra ainsi bénéficier immédiatement de l'augmentation de traitement correspondante ;
- la portabilité des droits acquis au titre du compte épargne temps (CET) dans le cadre d'une mobilité entre les trois versants de la fonction publique ; jusqu'alors cette portabilité était limitée aux seules mobilités au sein d'un même versant de la fonction publique ;
- la prorogation jusqu'en 2020 du dispositif de titularisation des personnels contractuels de certains établissements publics de l'Etat prévu par la loi n° 2012-347 du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique.

ANNEXE 2

**EXTRAIT DU
PROJET DE SOINS 2015-2019
HOPITAL NECKER-ENFANTS MALADES**

AXE 1 : Promouvoir et accompagner l'encadrement dans leurs missions de management et d'organisation des soins

Contexte :

Dans un contexte en perpétuel mouvement, la redéfinition des organisations est incontournable. Ainsi, la formalisation du schéma d'encadrement du GH est un préalable à la lisibilité de la ligne managériale de l'établissement.

Le développement des compétences, l'accompagnement des cadres à l'occasion de leur prise de poste, l'animation et l'organisation de la continuité de l'encadrement constituent également des éléments contributifs au bon fonctionnement de l'institution.

Objectifs :

- **Redéfinir les organisations et les formaliser**
- **Animer l'encadrement**
- **Favoriser le développement des compétences et le positionnement des cadres**
- **Garantir la continuité de l'encadrement**

Fiches-action institutionnelles

1-GH-1 : Animation de l'encadrement

1-GH-2 : Mise en œuvre du groupe d'analyse de pratiques managériales

1-GH-3 : Organisation du comité de suivi de la permanence de l'encadrement

1-GH-4 : Accompagnement des cadres dans l'organisation du travail en unité de soins et dans l'animation de leurs équipes

Fiches-action pôles :

Fiche n° 1-P1-1 : Accompagner le déménagement des consultations de dermatologie

Fiche n°1-P3-1 : Poursuivre la dynamique de pôle autour d'une dynamique commune

AXE 4 : Promouvoir, développer les compétences des paramédicaux. Favoriser l'attractivité et la fidélisation des nouveaux professionnels

Contexte :

L'évolution constante des techniques de soins et de prise en charge nécessitent le développement et l'adaptation des compétences des professionnels. Afin d'offrir des soins de qualité et adaptés, le GH définit deux priorités :

1. Le développement des compétences des paramédicaux
2. L'attractivité et la fidélisation des nouveaux professionnels

Il s'agit d'une part d'adapter la formation continue aux besoins des structures de soins, des agents et des pôles, d'améliorer le niveau de compétence des professionnels en favorisant la transmission des savoirs. D'autre part, pour rendre le GH attractif et fidéliser les nouveaux professionnels, il faut mettre en place une véritable politique d'intégration dans les pôles en organisant notamment l'arrivée des nouveaux professionnels, en instituant un temps d'intégration, en instaurant un accompagnement avec des référents désignés et en facilitant l'expression de leurs attentes.

Objectifs :

- **Améliorer le niveau de compétences des professionnels en favorisant la transmission des savoirs**
- **Faciliter l'intégration des nouveaux professionnels**
- **Recenser les besoins et élaborer le plan de formation en lien avec la DRH**
- **Accompagner les agents dans leur projet professionnel**

Fiches-action institutionnelles

4-GH-1 : Organisation des rencontres paramédicales

Fiches-action transversales

4-DS-1 : Accompagner des projets professionnels des paramédicaux

4-DS-2 : Formation des professionnels aux gestes essentiels (gestes d'urgence, MEOPA, NRBC, Pose de VVP difficile...)

4-DS-3 : Actualisation des référentiels d'intégration

Fiches-action pôles :

Fiche n° 4-P1-1 : Améliorer le suivi des nouveaux professionnels pendant la première année

Fiche n° 4-P2-1 : Analyser les causes de départ des IDE et AS-AP

Fiche n° 4-P2-2 : Développer les compétences en éducation thérapeutique pour les professionnels concernés par les programmes d'ET

Fiche n° 4-P3-1 : Fidéliser et développer les compétences des professionnels

Fiche n° 4-P5-1 : Promouvoir les compétences, favoriser l'attractivité et la fidélisation des professionnels

Fiche n° 4-PIRISE-1 : Favoriser l'évolution professionnelle et développer les compétences

Fiche n° 4-PIRISE-2 : Positionner le professionnel à un poste adapté à ses compétences

Fiche n° 4-PRUAI-1 : Organiser la formation et l'intégration des nouveaux manipulateurs. Clôturée car fusionnée avec fiche 4-DS-3

Fiche n° 4-PRUAI-2 : Développer le parcours qualifiant des manipulateurs

Fiche n° 4-PRUAI-3 : Prise en charge arrêt cardiaque chez l'adulte (nouvelle fiche)

Fiche n° 4-P9-1 : Développer et valoriser les compétences individuelles/collectives

ANNEXE 3

**EXTRAIT D'UNE FICHE DE POSTE
INFIRMIER DIPLOME D'ETAT**

[...]

Connaissances associées

- Connaissances médicales générales et spécifiques dans le service
- Soins spécifiques dans le service (voir bilan d'intégration des nouvelles IDE/Puer)
- Prises en charge d'enfants atteints de pathologies chroniques
- Prises en charges d'urgences vitales aiguës
- Education des enfants et des parents sur les traitements, la surveillance de certains paramètres cliniques et biologiques
- Soins spécifiques à l'alimentation
- Soins spécifiques aux stomies digestives
- Soins spécifiques à la nutrition parentérale
- Participation à la formation des parents pour les patients en nutrition parentérale et entérale en vue d'un retour au domicile
- Administration et surveillance des effets secondaires des médicaments spécifiques
- Gestion des stupéfiants
- Connaissances en puériculture au regard du développement de l'enfant
- Psychologie de l'enfant et de l'adolescent
- Connaissances en nutrition infantile, diététique (rôle d'éducation), savoir préparer un biberon
- Premiers secours et gestes d'urgences
- Communication et relation d'aide
- Méthodologie d'analyse de situation
- Droits des patients
- Formalités administratives relatives à la prise en charge du patient (entrée, sortie, transfert,...)
- Vigilances et gestion des risques : Identito-vigilance, Hémo-vigilance, Pharmacovigilance et Matériovigilance
- Hygiène hospitalière : des précautions standards, connaissances et utilisation des procédures
- Décontamination du matériel utilisé
- Bio-nettoyage et hygiène des locaux
- Ergonomie : gestes et postures lors des mobilisations ou manutentions
- Gestion du stress
- Santé publique
- Méthode de recherche en soins

Remplacements éventuels au sein du pôle

Acquisitions de nouvelles compétences sur le plateau R3 (Néphrologie, Gastro-entérologie et Chirurgie Viscérale) et sur le plateau R2 (ORL, Maxillo-faciale et Plasticie, Orthopédie et Neurochirurgie), en HMC et dans les consultations. Des stages de formation sont prévus selon un programme et un parcours défini.

[...]

ANNEXE 4

CHARTRE DE LA MOBILITE SOIGNANTE

HOPITAL NECKER-ENFANTS MALADES

Charte de la mobilité soignante

L'engagement de l'établissement à assurer la continuité des soins et/ou à répondre à une activité soutenue impose parfois le déplacement de professionnels d'un service à l'autre. Ce déplacement est également l'opportunité d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences. C'est pourquoi il est important que celui-ci soit anticipé (à chaque fois que cela est possible) et accompagné. Cette charte a donc pour objectif de définir les modalités de déplacement d'un professionnel afin d'assurer des soins de qualité dans une sécurité optimale.

L'objectif principal de cette charte est de **renforcer le sentiment de sécurité des professionnels lors d'une période de mobilité** grâce à deux objectifs de moyens :

- Définir les modalités d'accueil du professionnel mobilisé.
- Formaliser l'information à dispenser à travers la plaquette de présentation du service qui reprend la cartographie des vigilances et les éléments nécessaires à la prise en charge des patients.

Ainsi, ce professionnel accueilli dans le respect de la charte sera plus en mesure de valoriser son expérience auprès des autres professionnels et facilitera les futures mobilisations.

1-Engagement du cadre du professionnel mobilisé

- Préviens le cadre du service accueillant qu'un professionnel a été mobilisé
- Informe le plus tôt possible le professionnel mobilisé. Si le professionnel n'a pas encore été mobilisé dans ce service, le cadre l'invite alors à se rendre dans l'unité afin qu'il puisse rencontrer l'équipe, appréhender l'organisation et l'emplacement des différents matériels.
- Organise un moment d'échange au retour de l'agent.

2-Engagement du cadre accueillant le professionnel mobilisé

- Présente les soignants et leur fonction (IDE, AS/AP, médecin)
- Identifie le professionnel référent afin de faciliter la mission de la personne mobilisée.
- S'assure que la répartition de la charge de travail tient compte des compétences du professionnel mobilisé.
- S'assure que l'équipe accueillante soit disponible pour répondre aux questions de l'agent mobilisé.
- Présente la Fiche des vigilances actualisée.
- Organise un moment d'échange avec l'agent.

3-Engagement et rôle du professionnel référent

- Présente les locaux, le personnel présent et les personnes ressources.
- Présente l'organisation du poste de soins (consommables, pharmacie, matériel, réserve, chariot d'urgence, *phédra*, *chimio*,...).
- Communique les numéros utiles et les codes d'accès des différents locaux.
- Présente le dossier de soins et le classeur de procédures.
- S'assure de la bonne compréhension des transmissions.
- S'assure de la bonne compréhension de la Fiche des vigilances actualisée.
- Reste disponible et prévenant envers l'agent mobilisé.

4-Engagement du professionnel mobilisé

- Sollicite les membres de l'équipe en cas de doute sur une prescription, une pratique de soins.
- Est attentif aux conseils et recommandations qui lui sont donnés.
- Est responsable de ses actes et de ses soins.
- Trace ses actes de soins dans le dossier patient et assure ses transmissions écrites et orales.

5-Bilan de la mobilisation

Nom du professionnel (facultatif) :.....

Prénom :.....

Fonction :.....

Date de la mobilité :.....Nombre de jours mobilisés :.....

Service d'origine :.....

Service d'accueil :.....

Observation/axes d'améliorations :.....

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

Merci d'avoir pris le temps de renseigner cette charte qui participe à l'amélioration de la qualité des soins.

ANNEXE 5

EXEMPLE D'UNE FICHE DES VIGILANCES

Fiche des vigilances du service de Chirurgie Maxillo-Faciale et Chirurgie Plastique

- Ce document a pour objectif de mettre en évidence les vigilances afférentes à ce service.
- Ce document n'est pas une prescription médicale.
- Ce document ne dispense pas de la consultation du dossier patient et des classeurs de procédures.

Recommandations spécifiques

Protocoles post-opératoires (feuilles jaunes) **spécifiques** à chaque intervention, renseignée systématiquement par les praticiens et mis à disposition dans le dossier de soins. Ils comprennent :

- Un guide de prise en charge sur l'intervention
- Une fiche prescription post-opératoire
- Une prescription alimentaire

Plan de soins type : « Prise en charge d'un nourrisson âgé de 5 à 6 mois opéré d'une vélo-cheïlo-rhinoplastie primaire dans le cadre d'une fente labio-palatine uni ou bilatérale non syndromique, en hospitalisation de chirurgie maxillo-faciale et chirurgie plastique pédiatrique (J-1 à J0, et J1 à J5) »

Alimentaire :

- Utilisation du biberon cuillère en post-opératoire pour certaines interventions (fermeture de fente osseuse, véloplastie) avec un lait épaissi (protocole). La tétine est contre indiquée
- Utilisation de la seringue en remplacement du biberon en post-opératoire (J0 et J1) pour les cheïloplasties simples puis utilisation du biberon habituel
- Interdiction de la paille
- Prescription alimentaire spécifique à chaque intervention

Hygiène :

- Préparation cutanée préopératoire des patients de chirurgie orale uniquement à l'Hibiscrub car la déterision au bloc opératoire est faite à la Chlorhexidine

Sécurité :

- Utilisation de médicaments à haut risque (morphiniques en PCA bolus et Per Os, Kalinox)
- Transmissions au lit du patient + Tour de sécurité au changement d'équipe

Manutention :

- Utilisation recommandée des draps de glisse (prévention des troubles musculo squelettiques) pour les patients présentant un handicap moteur

Surveillance particulières

Poids : pesée systématique 1 fois par jour (le matin) des enfants de moins de 2 ans

Installation postopératoire spécifique pour :

- Gingivopériostoplastie : 1^{er} levée à J1 au fauteuil, marche possible dès J1 en fonction de l'évaluation de la douleur, billot sous les genoux
- Vélo-cheïlo-rhinoplastie : proclive 30 degré avec culotte de proclive

Patients porteurs de dispositifs médicaux spécifiques avec surveillance locale :

- Conformateurs : surveillance de la perméabilité et surveillance de l'intégrité cutanée (risque d'escarres nasales)
- Distracteurs : geste médical, après prémédication (antalgique) administrée par l'IDE, avec éducation des parents pour relai des distractions quotidiennes au domicile
- Expandeurs : surveillance de l'intégrité cutanée et surveillance de la température. Le gonflage des expandeurs est un geste médical réalisé au bloc puis en consultation après la sortie
- VACthérapie : traitement par pression négative pour perte de substance (ex : AVP)

Protocole « morsure de chien » :

- 1^{er} certificat du vétérinaire (vaccinations) : obligatoire avant la sortie de l'enfant
- RDV systématique des parents et de l'enfant avec la psychologue et l'assistante sociale avant la sortie

Numéros essentiels

Poste de soins : 96 769 et 96 607 (Messenger : numéro communiqué aux familles en cas de problème post-opératoire avec traçabilité sur feuille spécifique)

Cadre du service : 96 606

Interne de salle de chirurgie CMF et CP : 96 771

Validation chef de service

Validation cadre de santé

ANNEXE 6

GRILLE ENTRETIEN AUPRES DES IDE

Grille d'entretien auprès des IDE

Prénom :

Age :

Diplômé depuis :

Années d'expérience dans le service :

- 1) - Qu'est-ce qui vous a amené à travailler dans ce service ?
- Comment avez-vous été affecté dans ce service ?
- 2) - Pourriez-vous me donner une définition du pôle ?
- Connaissez-vous les services qui constituent le pôle ?
- 3) - Que signifie pour vous la mobilité interne ?
- Lors du recrutement, vous a-t-on parlé de mobilité ?
- Avez-vous déjà été mobilisé dans un autre service ?
- Est-ce que vous connaissiez le service ?
- Considérez-vous que vous ayez les compétences pour prendre en charge les patients ?
- Lors de cette mobilité, quels ont été les impacts sur votre travail ? (l'organisation, les soins techniques, les craintes,...)
- 4) - Quels seraient, selon vous, les intérêts et les inconvénients de la mobilité interne ?
- 5) - Connaissez-vous la politique de mobilité au sein du pôle ?
- 6) - Quelles propositions feriez-vous pour mettre en place une mobilité interne adaptée ?
- 7) - Quel accompagnement souhaiteriez-vous pour améliorer la mobilité interne ?
- 8) - Selon vous, la mobilité interne est-elle synonyme de polyvalence ?
- Si oui, quels effets cette polyvalence a-t-elle sur vos compétences ?

ANNEXE 7

GRILLE D'ENTRETIEN AUPRES DU DIRECTEUR DES SOINS ET DU DIRECTEUR DES RESSOURCES HUMAINES

Grille d'entretien auprès du Directeur des soins et du Directeur des ressources humaines

- 1) Existe-t-il une politique de mobilité interne au sein de votre établissement ?
- 2) Quelle place accordez-vous à la mobilité interne du personnel infirmier dans la gestion des ressources humaines ?
- 3) Comment participez-vous à la stratégie et au management relatif à la mobilité du personnel infirmier au sein de votre établissement ?
- 4) Selon vous, en quoi la mobilité interne peut-elle être utile à la gestion des ressources humaines et à l'organisation des soins ?
- 5) Selon vous, quels sont les facteurs favorisant et les freins à la mobilité ?
- 6) Quels liens faites-vous entre la mobilité interne du personnel infirmier et la compétence professionnelle ?
- 7) Qu'évoque pour vous la notion de pluri compétence du personnel infirmier ?

Master Management des Organisations Soignantes M2MOS@18-19

TITRE DU DOCUMENT

Accompagner la mobilité interne au service des compétences

AUTEUR

Valérie Perrier

MOTS CLÉS

Mobilité interne des infirmiers, développement des compétences, absentéisme, équipe d'encadrement, parcours professionnalisant, pôle pédiatrique

KEY WORDS

Nurses' organizational flexibility, skills development, absenteeism, nurse managers, integration framework, department of a pediatric

RÉSUMÉ

Ce projet managérial propose un accompagnement de la mobilité interne des infirmiers au service du développement des compétences dans un pôle medico-chirurgical d'un hôpital pédiatrique à Paris. Les infirmiers déplacés dans les autres services du pôle, en cas de remplacement pour absentéisme ponctuel, expriment un sentiment d'insécurité pour eux et pour les patients car les prises en charge dans chaque unité de soins sont spécifiques.

Des entretiens avec le directeur des soins, le directeur des ressources humaines, des infirmiers novices et experts ainsi que des focus groupes avec les cadres concernés par cette problématique ont été réalisés afin d'identifier les facteurs favorisant, les freins et les actions à mener.

Suite à cela, l'équipe d'encadrement a décidé d'instaurer un parcours professionnalisant pour l'ensemble des infirmiers mobilisés au sein du pôle. Il s'agira de développer les compétences professionnelles grâce à des formations internes et de travailler sur l'accueil des professionnels mobilisés dans les services notamment dans la répartition de la charge de travail.

Développer les compétences des infirmiers en interne peut répondre, en partie, à la demande d'efficacité en diminuant les coûts de remplacement mais surtout améliorer la prise en charge des patients et la qualité de vie au travail des professionnels.

Cette politique managériale répond à une logique de pôle et de compétences mais aussi aux besoins des professionnels et des patients.

ABSTRACT

The main objective of this project is to support the nurses' organizational flexibility between several units in their skills development in the medical and surgical department of a pediatric hospital in Paris. The nurses allocated to other units, in case of absenteeism, say they feel insecure both personally and for patients because of the differences in care processes in each unit.

Interviews with the director of care, the director of human resources, novice and expert nurses and focus groups with the managers concerned by this problem were carried out in order to identify the contributing factors, the obstacles and the actions to be taken.

Consequently, the department's nurse managers decided to implement an integration framework for nurses allocated to the department. This process aims to develop these nurses' competencies and to distribute the workload appropriately.

Developing nurses' competencies can respond, in part, to the demand for efficiency by decreasing the costs of replacements but above all improve care processes and the quality of life at work of professionals.

This managerial policy responds to the department's strategy and skills development but also to the professionals and patients' needs.