Master 2ème année
Management Sectoriel, Parcours « Management des Organisations Soignantes »

Attractivité et fidélisation en milieu hospitalier : la bi-compétence urgences/réanimation comme levier RH

ECUE 7.2 : Projet Managérial
Céline TOURNADRE

Auriane du HAMEL de FOUGEROUX
Année 2025/2026

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne

Note aux lecteurs

Les travaux des étudiants du Master 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

Cette année a été particulièrement intense, tant par son rythme que par la richesse des apprentissages et les remises en question qu'elle a suscitées. Elle a également été marquée par de nombreuses rencontres professionnelles enrichissantes.

Je souhaite adresser mes premiers remerciements à l'ensemble de la promotion. Les échanges, le partage d'expériences et le soutien mutuel, dans les moments de réussite comme dans les périodes plus difficiles, ont largement contribué à la richesse de cette année.

Je tiens également à remercier Madame TOURNADRE pour son accompagnement, sa disponibilité et la qualité de ses conseils tout au long de nos échanges.

Enfin, j'adresse mes sincères remerciements à mes relecteurs pour leurs retours attentifs et bienveillants. Leur soutien constant tout au long de cette année a été d'une grande aide et particulièrement précieux pour moi.

Sommaire

Sommaire 1
Glossaire 3
Introduction 5
1- Contexte institutionnel 7
1.1 Présentation de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris 7
1.2 Présentation de mon groupe hospitalo-universitaire 9
1.4 Présentation du DMU DEMIURGE 11
1.5 Présentation du Service d'Accueil des Urgences 12
1.5.1 Organisation et parcours de soins au SAU 12
1.5.2 Une équipe pluridisciplinaire et une expertise diversifiée 12
1.5.3 Innovation, protocoles et développement professionnel 12
1.6 Présentation du service de Médecine Intensive Réanimation 13
1.6.1 Présentation et infrastructures du service 13
1.6.2 Missions médicales et expertise clinique 13
1.6.3 Engagement, recherche et formation 13
1.6.4 Organisation de l'équipe et vie du service 13
2- Les concepts développés 14
2.1 La compétence 14
2.1.1 Définition 14
2.1.2 Implications pour la formation professionnelle 16
2.1.3 La compétence collective dans les organisations hospitalières 16
2.1.4 Référentiel des compétences des sociétés savantes 17
2.2 Une sécurisation des compétences via la pratique et le mentorat 18
2.2.1 Manager la mixité intergénérationnelle 18
2.2.2 Une vision stratégique de la diversité générationnelle 19
2.2.3 L'agilité, nouvelle posture du manager 19
2.2.4 Transformer la cohabitation en richesse collective 20
2.2.5 Valorisation de l'expertise IDE 20
2.3 Attractivité et fidélisation 21
2.3.1 Définitions 21
2.3.2 Les leviers de l'attractivité et de la fidélisation 22
2.3.3 Un projet innovant porteur de sens 22
3- Contexte de la profession infirmière 23
3.1 D'un point de vue international 23
3.2 D'un point de vue national 24
3.2.1 Un paradoxe entre croissance des effectifs et couverture des soins 24
3.2.2 Une profession en mutation structurelle 25

3.2.3 Les leviers pour éviter la pénurie 26
3.3 Contexte restreint au service d'accueil des urgences et de Médecine Intensive et Réanimation 26
3.3.1 Tension des ressources humaines en sein des SAU et leviers d'attractivité 27
3.3.2 Tension des ressources humaines en sein de la MIR et leviers d'attractivité 28
3.3.3 Analyse de la composition des équipes IDE de la MIR de Saint Antoine 31
3.3.4 Analyse de la composition des équipes du Service d'Accueil des Urgences 33
4- Le projet managérial 35
4.1 Préparation du projet 35
4.1.1 La naissance du projet 35
4.1.2 La formalisation du projet et les outils de sa gestion 36
4.1.3 Benchmarking auprès de deux structures hospitalières 39
4.1.4 Communication stratégique et mobilisation des parties prenantes 40
4.2 Pilotage opérationnel 40
4.2.1 Elaboration d'une charte de fonctionnement 40
4.2.2 Présentation du projet aux équipes soignantes 41
4.2.3 Analyse des résistances au sein de la MIR 42
4.3 Analyse des organisations via les paramètres de conception 44
4.3.1 Un système de contrôle fondé sur la compétence et les pairs 45
4.3.2 Frontières et division horizontale : polyvalence versus spécialisation 45
4.3.3 La division verticale : entre hiérarchie formelle et jeux d'influence 46
4.3.4 Les enjeux organisationnels 46
4.4 Comprendre les résistances pour accompagner la transformation organisationnelle 48
4.4.1 Analyse psycho-sociologique des résistances au changement 48
4.4.2 Effets attendus du projet sur les équipes et la qualité de vie au travail 51
4.4.3 Accompagner la transformation par une conduite du changement progressive 52
4.5 La mise en œuvre des actions 53
4.5.1 Les appuis pour la mise en œuvre du projet 54
4.5.2 Le groupe de travail 54
4.5.3 La phase d'expérimentation 55
4.6 Le coût du projet 56
4.7 La progression du projet 59
4.7.1 Les indicateurs de suivi 59
4.7.2 Les limites du projet 61
4.7.3 Analyse réflexive des écarts : entre projet prescrit et réalités du terrain 61
Conclusion 63
Bibliographie 65
Tables des annexes 69

Glossaire

A

AS : aide-soignant(e)

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

C

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

D

DEMIURGE : DEpartement de Médecine Intensive, URgences et GEriatrie

DMU : Départements Médico-Universitaires

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

E

ECG : Electrocardiogrammes

ETP : Equivalent Temps Plein

G

GHU : Groupe Hospitalo-Universitaire

GH SUN : Groupe Hospitalo-Universitaire Sorbonne Université

H

HS : Heures Supplémentaires

I

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IOA : Infirmier d'Orientation et d'Accueil

IPA : Infirmiers en Pratique Avancée

M

MIR : Médecine Intensive Réanimation

Q

QVT : Qualité de Vie au Travail

QVCT : Qualité de Vie et des Conditions de Travail

R

RH : Ressources Humaines

S

SAT : hôpital Saint Antoine

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SRLF : Société de Réanimation de la Langue Française

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

U

UHTCD : Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée

Introduction

Dans un contexte hospitalier marqué par des tensions durables sur les ressources humaines, une exigence croissante de qualité et de sécurité des soins ainsi qu'une transformation rapide des organisations de travail, les établissements de santé sont conduits à repenser leurs modes de fonctionnement. La question n'est plus seulement celle du recrutement, mais aussi celle de la capacité à retenir les professionnels, à sécuriser les parcours d'intégration, à développer les compétences et à construire des organisations suffisamment souples pour faire face aux variations d'activité. Dans les services à forte intensité technique et relationnelle, cette réflexion prend une dimension particulièrement stratégique car la continuité des soins dépend directement de la stabilité des équipes, du niveau d'expertise disponible et de la qualité de la transmission des savoirs.

Les Services d'Accueil des Urgences (SAU) et de Médecine Intensive et Réanimation (MIR) de l'hôpital Saint-Antoine à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) s'inscrivent pleinement dans cette réalité. Ils constituent deux univers complémentaires mais profondément distincts par leurs temporalités, leurs logiques professionnelles, leurs outils, leurs rythmes de travail et leurs exigences cliniques. Le SAU fonctionne selon une logique de flux, d'adaptation rapide, de polyvalence et d'orientation permanente des patients tandis que la MIR repose sur une technicité élevée, une surveillance continue et une culture forte de la spécialisation. Pourtant, ces deux services partagent une même finalité : garantir une prise en soins sécurisée et adaptée aux patients dont l'état clinique peut évoluer très rapidement. Leur proximité géographique, leur appartenance à un même Département Médico-Universitaires (DMU), ainsi que l'existence de parcours patients étroitement liés renforcent la pertinence d'une réflexion commune sur les compétences et sur les modalités d'un parcours professionnalisant.

C'est dans le contexte du Master 2 « Management des Organisations soignantes » que s'inscrit la mise en place de ce projet managérial sur la bi-compétence SAU/MIR. Ce projet vise à permettre à des professionnels volontaires, encadrés et accompagnés, d'exercer dans deux unités complémentaires afin de développer une double expertise, de renforcer l'agilité organisationnelle et de sécuriser les ressources humaines sur la durée. L'ambition de ce projet est de construire un parcours professionnalisant structuré, porteur de sens pour les soignants et utile à l'institution dans une logique de fidélisation, de montée en compétences et d'anticipation des tensions d'effectifs.

Ce projet s'inscrit également dans une réflexion plus large sur les transformations actuelles des organisations hospitalières et sur les leviers mobilisables pour répondre aux tensions actuelles du secteur. Il interroge en particulier les notions d'attractivité, de fidélisation et de développement des compétences, qui occupent une place centrale dans la gestion des ressources humaines en santé. La bi-compétence peut répondre à cette attente en offrant une expérience professionnelle enrichie, susceptible de valoriser les savoirs techniques, de stimuler l'engagement, de renforcer l'appartenance à l'institution mais également d'ouvrir des perspectives d'évolution. Cette démarche invite ainsi à réfléchir aux articulations entre spécialisation et polyvalence, entre identité professionnelle et mobilité interne, mais aussi entre performance organisationnelle et qualité de vie au travail. Elle rejoint enfin les enjeux de continuité des soins et de sécurisation des prises en soins, dans un contexte où la pérennité des compétences devient un véritable enjeu stratégique pour l'hôpital.

Dans une perspective de management des organisations soignantes, ce projet constitue donc un objet d'étude particulièrement riche. Il mobilise à la fois des enjeux fonctionnels, culturels et politiques. Fonctionnels, car il interroge l'organisation concrète du travail, la répartition des compétences et les conditions de la continuité des soins. Culturels, car il confronte deux identités professionnelles différentes et suppose un travail d'appropriation mutuelle des pratiques. Politiques, enfin, parce qu'il engage des rapports d'influence, des arbitrages institutionnels et des stratégies d'adhésion entre plusieurs niveaux hiérarchiques et plusieurs acteurs du soin. Le rôle du cadre de santé et plus largement du cadre supérieur, devient alors déterminant pour porter le projet, le sécuriser, lui donner du sens et en garantir la cohérence dans le temps.

Dans cette perspective, la problématique de ce projet peut être formulée ainsi : comment mettre en place une bi-compétence entre le SAU et la MIR tout en garantissant la sécurité des soins, l'adhésion des équipes, la préservation des identités professionnelles et la pérennité du dispositif dans une logique managériale durable ?

Pour y répondre, il convient d'analyser d'abord le contexte de tension et les constats ayant conduit à l'émergence du projet, puis d'étudier les enjeux organisationnels, humains et culturels de sa mise en œuvre, avant d'identifier les conditions de réussite et les perspectives d'inscription du dispositif dans une stratégie institutionnelle plus large. L'objectif est ainsi de montrer que la bi-compétence, loin d'être un simple ajustement de ressources, peut devenir un véritable levier de transformation organisationnelle au service de la qualité des soins, de la fidélisation des professionnels et de l'adaptabilité des services.

1- Contexte institutionnel

Travaillant à l'Assistance Publique des hôpitaux de Paris (AP-HP), nous commencerons par la présentation de cette institution puis déclinerons la présentation jusqu'au service d'accueil des urgences et de la Médecine Intensive et réanimation suivant le schéma suivant :

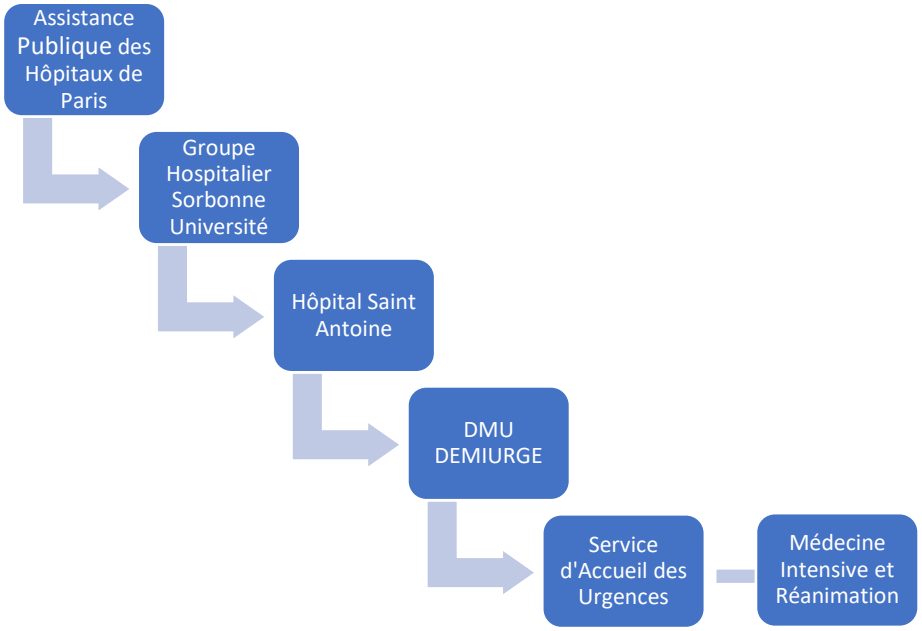


Figure 1 : Déclinaison du contexte institutionnel

1.1 Présentation de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

L'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris est composée de 38 hôpitaux dont 14 certifiés « haute qualité des soins ». En étant le premier centre hospitalo-universitaire (CHU) d'Europe, il est l'un des acteurs les plus importants de l'offre de soins en France. Il accueille chaque année près de 8 millions de malades et demeure le premier employeur d'Ile-de-France. Environ 100 000 professionnels médicaux, paramédicaux, personnel administratif et ouvriers y travaillent. Au total, 230 métiers sont représentés à l'AP-HP. Le versant universitaire permet de former 22 600 étudiants chaque année.

L'AP-HP est composé au total de 773 services qui sont regroupés dans 80 Départements Médico-Universitaires (DMU) ce qui permet d'avoir un capacitaire total de 18 600 lits. Elle comprend également de nombreux centres de recherche, 8 instituts hospitalo-universitaire et est également centre de référence pour 181 maladies rares. Cette grande institution est porteuse de multiples projets de recherche (plus de 6 000 études cliniques en cours), de 920 brevets et de 2 500 études[1].

[1] Selon le site intranet de l'AP-HP

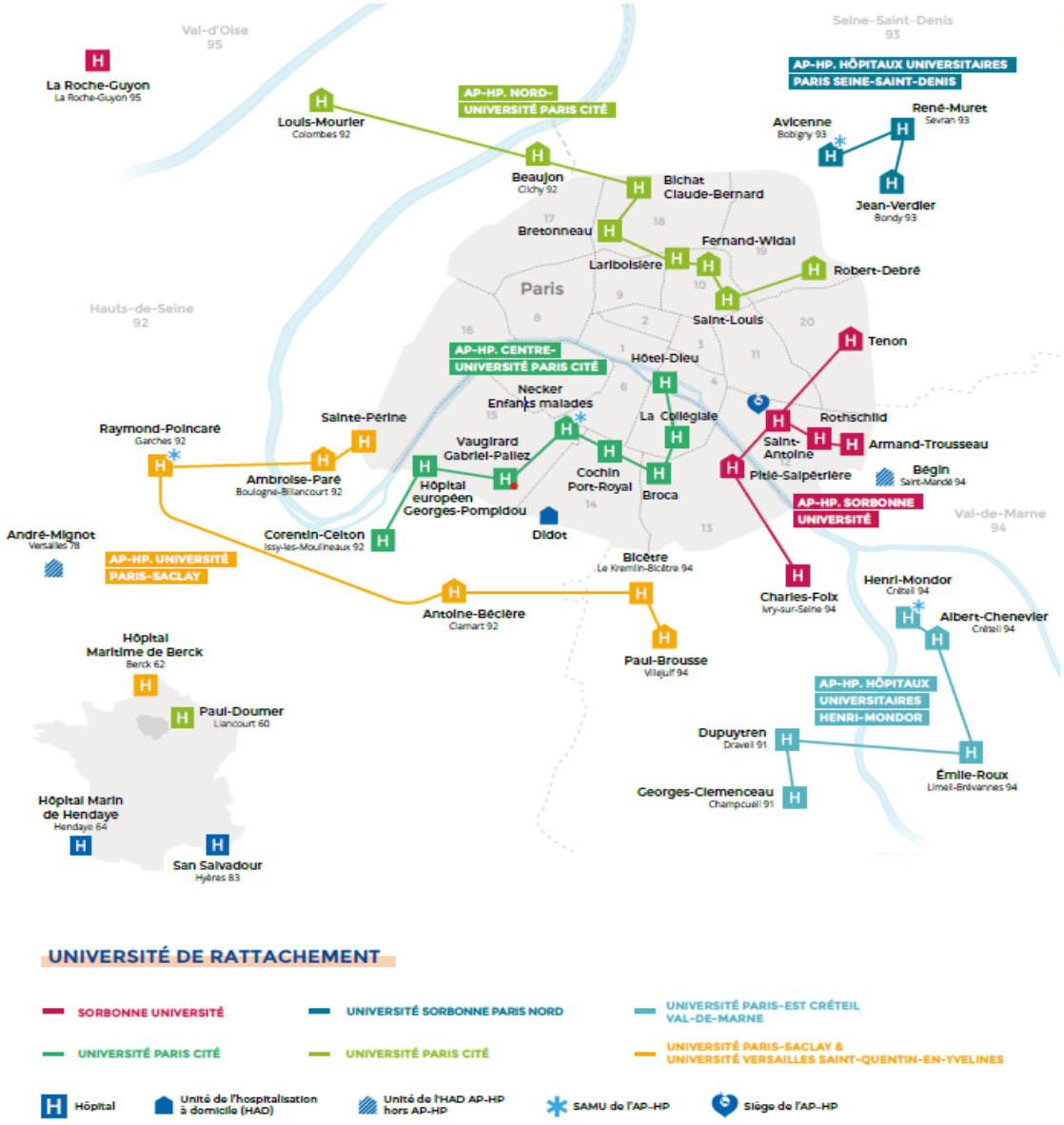


Figure 2 : Les groupements hospitalo-Universitaires de l'AP-HP[2]

Depuis le 3 juillet 2019, l'AP-HP a mis en place une nouvelle organisation autour de 6 groupements hospitalo-universitaires (GHU). Le but étant d'améliorer les décisions afin qu'elles soient au plus proche des équipes et des services.

Les groupements hospitalo-universitaires sont *(figure 1)* :

- AP-HP. Centre- Université Paris Cité,
- AP-HP. Sorbonne Université,
- AP-HP. Nord- Université Paris cité,
- AP-HP. Université Paris Saclay,
- AP-HP. Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis
- AP-HP. Hôpitaux Universitaires Henri-Mondor

Selon les chiffres publiés en janvier 2026, le budget de fonctionnement de l'AP-HP est de 10 milliards d'euros, dont 60% pour la masse salariale[3].

[2] Ibid.
[3] Selon l'Eco décodée de l'AP-HP

1.2 Présentation de mon groupe hospitalo-universitaire[4]

Le groupe hospitalo-universitaire Sorbonne Université (GH SUN) est composé de sept hôpitaux : Charles-Foix, Pitié-Salpêtrière, Rothschild, Saint-Antoine, Tenon, Trousseau, La Roche-Guyon et de 13 DMU.

La *figure 2* ci-dessous représente leur localisation en Ile de France.

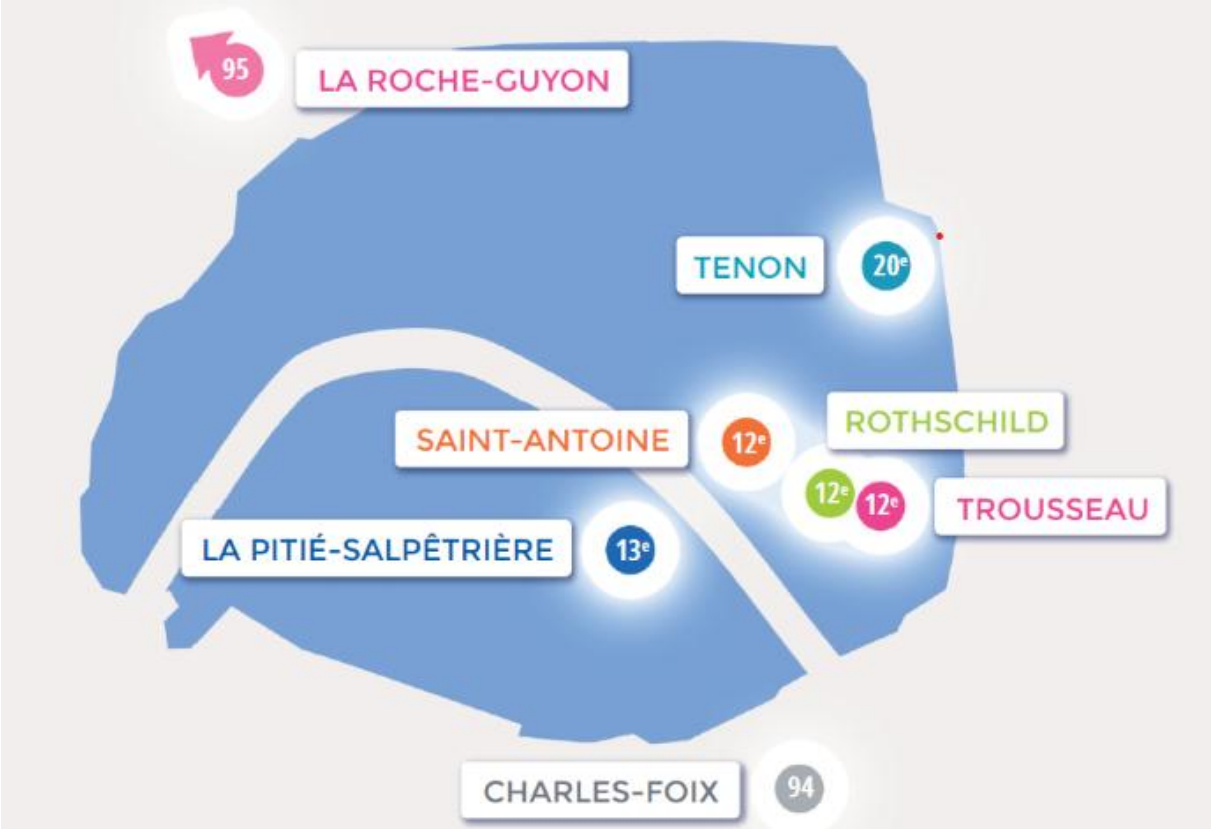


Figure 3 : Les sept hôpitaux qui composent le groupe hospitalier Sorbonne Université[5]

Le GHU, de par sa taille et l'offre de soins complète, permet à tous les âges de la vie une prise en charge adaptée à toutes les pathologies, des plus simples aux plus complexes.

Rattachés à la faculté de médecine de Sorbonne Université, ces hôpitaux sont des acteurs en matière de recherche et d'innovation. Ils assurent tous une mission d'enseignement avec l'accueil de milliers d'étudiants en médecine et paramédicaux chaque année.

Ensemble, ces établissements représentent une activité hospitalière très importante, avec 211 675 passages aux urgences, 8 262 accouchements et plus d'un million de consultations externes ainsi que 443 greffes.

Les équipes de soins y occupent une place centrale. 17 958 professionnels de santé y sont recensés dont 10 795 soignants, 2 018 médecins, 1 061 internes, 1 245 personnels médico-techniques, 2 619 personnels administratifs, techniques et logistiques, ainsi que 220 professionnels du secteur social et éducatif. Cette organisation illustre la diversité des métiers mobilisés pour assurer la prise en soins des patients ainsi que le fonctionnement quotidien des hôpitaux.

Sur le plan des capacités et des activités, l'ensemble du GH SUN dispose de 4 036 lits et 617 places de jour, avec 66 places en chirurgie ambulatoire. Les établissements comptent aussi 161 services, 102 centres des maladies rares ce qui témoigne d'un fort niveau de spécialisation.

[4] Selon le site Intranet de l'AP-HP
[5] Source : site intranet de l'AP-HP

L'activité de recherche et d'innovation est également très développée. Il est mentionné 734 nouveaux projets de recherche ouverts, 4 532 publications, 3 instituts hospitalo-universitaires, 4 fédérations hospitalo-universitaires et plusieurs plateaux techniques innovants. Le budget est annoncé à plus de 1,9 milliard d'euros, ce qui souligne l'importance de cet ensemble hospitalo-universitaire dans le paysage francilien.

Pour aller plus en détail, voici une présentation de l'hôpital Saint-Antoine.

1.3 Saint-Antoine : un hôpital de proximité ancré sur son territoire[6]



Figure 4 : Photos de l'hôpital Saint-Antoine[7]

L'hôpital Saint-Antoine combine une offre de soins de proximité et des expertises médicales de pointe, avec des spécialités médicales et chirurgicales de court séjour pour adultes.

L'hôpital présente plusieurs spécialités phares qui sont :

- Digestif et cancer : chirurgie digestive, endoscopie, réanimation chirurgicale et USC, hépatologie, oncologie digestive, gastro-entérologie, chirurgie ambulatoire

- Urgence et aval : SAU, médecine interne, Département d'Aval des Urgences (DAU) et Unité Post Urgence Médecine Interne (UPUMI), Unité de Gériatrie Aiguë (UGA), policlinique/PASS, Médecine Intensive et Réanimation, psychiatrie, chirurgie orthopédique et traumatologique

- Hématologie : hôpital de jour, hématologie clinique, thérapie cellulaire

- Spécialités médicales : cardiologie, maladies infectieuse et tropicales, rhumatologie, endocrinologie, consultations : ophtalmologie/stomatologie, équipe mobile douleur et soins palliatifs

En quelques chiffres, l'hôpital SAINT ANTOINE représente chaque année environ 205 000 consultations externes, 72 000 admissions avec environ 59 800 passages aux urgences. Afin de prendre soins de tous ces patients, 3 058 professionnels travaillent au sein de l'hôpital, tout corps de métier confondu. Saint Antoine compte 600 lits d'hospitalisations complète (*figure 4*) et 130 place d'hôpital de jour.

L'hôpital saint Antoine a été certifié en 2022 avec la mention « Haute qualité des soins » et passera la certification des établissements de santé en mai 2026.

Il faut noter que Saint Antoine est centre de référence pour 6 maladies rares.

En résumé, vous trouverez ci-dessous la cartographie de l'hôpital Saint-Antoine :

[6] Selon le site intranet de l'AP-HP, site SAINT ANTOINE
[7] Source : site intranet de l'AP-HP

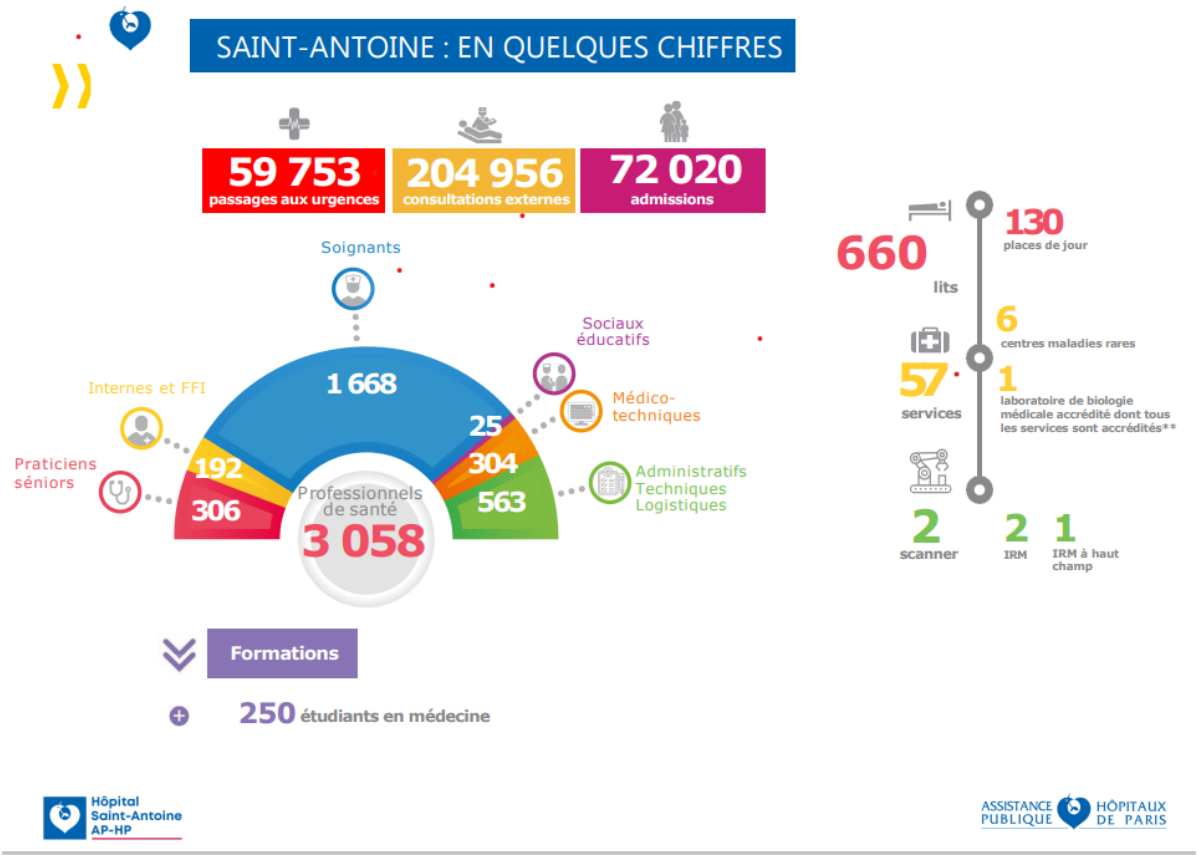


Figure 5 : l'hôpital Saint Antoine en quelques chiffres[8]

1.4 Présentation du DMU DEMIURGE[9]

Le DMU DEMIURGE (DEpartement de Médecine Intensive, URgences et GEriatrie) regroupe l'ensemble des services d'accueil des Urgences (SAU) Adultes, le service de Médecine Intensive et Réanimation de Saint-Antoine, la policlinique médicale de Saint-Antoine ainsi que tous les services de gériatrie des hôpitaux du GH SUN.

Ce DMU se distingue par une forte activité non programmée, contribuant à la permanence des soins et à la fluidification des filières patients. L'amélioration de la fluidité repose sur le dispositif « zéro brancard », déployé dans les 3 SAU adultes en lien avec les services aval du GH et les équipes mobiles de gériatrie. Ce dernier optimise les conditions de prise en charge aux urgences, fluidifie les circuits hospitaliers et renforce les liens ville-hôpital.

La gériatrie, tout comme la policlinique médicale de Saint-Antoine, développe également ce lien avec les structures de ville. Le champ d'expertise de la gériatrie est large et se décline sur des activités pluridisciplinaires, permettant une qualité des soins de la personne âgée, au sein de filières gériatriques structurées où l'innovation prend place. Si l'unité de Médecine Intensive Réanimation (MIR) a des articulations fortes avec le SAU, elle a, de manière plus inattendue, un lien avec la gériatrie avec la création de l'unité Post-Réanimation Gériatrique (UPREG). La réforme SMR favorise les échanges de compétences entre sites, valorisant des activités spécifiques (UPOG, plaies, UCC, cardio- et neuro-gériatrie).

En ce qui concerne l'enseignement et la recherche, le DMU soutient un développement croissant en médecine d'urgence et gériatrie, disciplines universitaires émergentes.

[8] Source : site intranet de l'AP-HP
[9] Selon le site intranet de l'AP-HP, DMU DEMIURGE

En quelques chiffres, le DMU a 2 départements (urgences et gériatrie), 14 services hospitaliers et 10 unités fonctionnelles. Au total, ce DMU comporte 160 personnels médicales et 1 059 personnels non médical. Il permet d'accueillir 723 lits et places pour un budget total en termes de charges de 165 Millions d'Euros.

Nous nous concentrerons désormais sur le service d'accueil des urgences et la médecine intensive-réanimation, au cœur du projet managérial.

1.5 Présentation du Service d'Accueil des Urgences

Le service d'accueil des urgences (SAU) de l'Hôpital Saint-Antoine occupe une place centrale au sein du DMU DEMIURGE. Il s'agit d'une structure hospitalière d'envergure organisée en plusieurs zones stratégiques.

1.5.1 Organisation et parcours de soins au SAU

Dès son arrivée, le patient suit un parcours débutant par l'inscription administrative, suivie d'une évaluation réalisée par l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO). Ce triage initial, visant à prioriser les soins selon le degré d'urgence, s'effectue au sein de deux boxes de consultation par une équipe composée de deux infirmier(e)s (IDE) et d'un aide-soignant(e) (AS). À l'issue de cette étape, le patient peut être dirigé vers la zone 1, qui dispose de huit à neuf places monitorées ou vers la zone 2, dotée d'une capacité de onze places. Chacun de ces secteurs est encadré par un binôme IDE/AS.

Toutefois, en cas d'urgence vitale, l'admission s'effectue directement en salle de déchocage, laquelle peut accueillir quatre à cinq patients sous monitorage. Pour les soins spécifiques, le service dispose d'un secteur de boxes dont l'effectif reste constant jour et nuit, avec trois IDE et quatre AS. Ce plateau technique regroupe deux boxes d'ambulatoire, deux de suture, un dédié à la pose de plâtres, huit boxes d'auscultation ainsi qu'une unité de psychiatrie, complétés par une zone d'attente pouvant recevoir dix patients en fauteuil roulant. Enfin, le parcours peut se conclure par une admission à l'Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée (UHTCD), où deux IDE et un AS assurent la prise en charge de dix-huit patients, dont trois bénéficient d'une surveillance scopée.

1.5.2 Une équipe pluridisciplinaire et une expertise diversifiée

L'organisation repose sur une équipe pluridisciplinaire conséquente de plus de 150 professionnels, incluant 36 médecins, une soixantaine d'IDE (31 IDE de jour et 33 de nuit) et autant d'aides-soignants (28 AS de jours et 33 AS de nuit), sans oublier le soutien des 10 internes, 10 externes, 2 assistantes sociales et 7 agents administratifs. Le service assure une permanence de soins grâce à deux cycles de douze heures, de 7h00 à 19h00 pour l'équipe de jour et de 19h00 à 7h00 pour celle de nuit, garantissant ainsi une présence paramédicale constante de 11 infirmiers et 10 à 11 aides-soignants par cycle pour une moyenne, d'environ, 170 passages par jour en 2025.

Le SAU de Saint-Antoine se distingue par la grande diversité des pathologies qu'il traite. Les équipes sont formées pour intervenir sur des urgences vitales et des décompensations aiguës dans des domaines aussi variés que la cardiologie, la neurologie (notamment les alertes thrombolyse), la pneumologie ou encore la traumatologie. Le service assure également une mission sociale et de santé mentale importante, prenant en charge des situations de précarité, de décompensation psychiatrique ou des victimes de violences. Les soins prodigués vont de la surveillance monitorée (scope), de la réanimation cardio-pulmonaire aux soins de confort et d'hygiène, en passant par des gestes techniques comme les ponctions lombaires ou les sutures.

1.5.3 Innovation, protocoles et développement professionnel

L'innovation et l'autonomie des équipes sont au cœur du projet médical. Le service utilise des outils de biologie délocalisée permettant d'obtenir des résultats immédiats pour la troponine ou les gaz du sang. De plus, des protocoles de coopération avancés sont mis en place, à l'image du protocole de coopération PARI, qui autorise l'infirmier organisateur de l'accueil (IAO) à prescrire des radiographies de membres, ou de la délégation des électrocardiogrammes (ECG) aux aides-soignants. Cette efficacité est complétée par une gestionnaire de sortie et une ambulance dédiée en journée pour fluidifier le parcours du patient.

Enfin, intégrer le service des urgences de Saint-Antoine demande de fortes qualités humaines telles que l'adaptabilité, la patience et l'esprit d'équipe. Le service favorise l'évolution professionnelle à travers de nombreux groupes de travail (simulation, gestion de l'agressivité) et un programme de formation interne

soutenu. Pour les nouveaux arrivants, un parcours d'intégration de quatre semaines avec tutorat est prévu, permettant une immersion progressive dans toutes les zones de soins afin de garantir la sécurité des prises en charge et l'épanouissement des soignants.

1.6 Présentation du service de Médecine Intensive Réanimation

Le service de Médecine Intensive Réanimation (MIR) est agréé pour une capacité de 12 lits de réanimation et 6 lits de soins intensifs soit un capacitaire total de 18 lits.

1.6.1 Présentation et infrastructures du service

L'espace est structuré en trois unités de soins distinctes, identifiées par les codes couleurs rose, vert et bleu. Chaque unité bénéficie d'une configuration identique comprenant un poste central permettant une surveillance visuelle directe des six patients, une armoire à pharmacie sécurisée ainsi qu'un retour de scope.

Une spécificité du service est l'existence d'une septième pièce attenante à l'unité bleue. Entièrement équipée comme une chambre de réanimation, elle est dédiée à l'accueil de patients externes pour des soins techniques tels que la dialyse chronique, les fibroscopies, les lavages broncho-alvéolaires, la pose de dispositifs comme les Midlines ou encore les perfusions sous échographie. Cette dernière pratique constitue d'ailleurs une des compétences des infirmiers du service avec la mise en place d'un protocole de coopération.

1.6.2 Missions médicales et expertise clinique

La MIR prend principalement en charge des pathologies médicales complexes présentant des risques de défaillance d'organe. L'expertise du service couvre un large spectre allant des chocs septiques, hémorragiques ou cardiogéniques aux détresses respiratoires aiguës, en passant par les arrêts cardiaques, les troubles électrolytiques, les intoxications médicamenteuses etc.

Le service est reconnu comme centre de référence pour les Micro Angiopathies Thrombotiques (MAT) et assure également une mission de centre de prélèvements multi-organes et de tissus (PMOT) pour les patients en état de mort encéphalique. Les soins pratiqués au quotidien incluent des techniques de haute technicité comme la ventilation invasive et non invasive, l'épuration extrarénale, les échanges plasmatiques ainsi que l'oxygénation nasale à haut débit.

1.6.3 Engagement, recherche et formation

Depuis 2022, le service arbore le label « Bien accueillir pour mieux soigner », témoignant d'un engagement fort envers la qualité de l'accueil. Cette culture de l'excellence s'accompagne d'une activité de recherche médicale permanente, avec des études portant notamment sur la micro-circulation dans le choc septique.

La formation du personnel est une priorité centrale. Chaque année, deux à trois journées de formation interne sont organisées, complétées par des sessions de simulation sur des thématiques critiques comme l'arrêt cardio-respiratoire. De plus, les infirmiers peuvent intégrer un protocole de coopération pour la pose de voies veineuses sous échoguidage après six mois d'ancienneté. Sur le plan financier, une prime de soins critiques de 118 € brut mensuel est attribuée aux infirmiers et aides-soignants du service.

1.6.4 Organisation de l'équipe et vie du service

L'organisation paramédicale repose sur des cycles de 12 heures, avec des équipes de jour et de nuit assurant une continuité des soins sept jours sur sept. En journée, la charge de travail est répartie à raison de trois patients par infirmier, tandis que l'aide-soignant intervient sur les six patients de son unité, soutenu par un quatrième collègue en renfort. Une équipe pluridisciplinaire composée d'une psychologue présente à mi-temps, d'une kinésithérapeute et d'une diététicienne collabore quotidiennement avec les soignants pour assurer une prise en charge globale, allant de la rééducation précoce à l'ajustement nutritionnel.

Le fonctionnement médical est rythmé par un staff quotidien à 8h45, moment d'échange sur les orientations thérapeutiques en présence de la cadre de santé, suivi de la visite médicale dans les unités où la participation des paramédicaux est requise. Les familles sont quant à elles accueillies lors des horaires de visite fixés de 14h à 21h.

L'encadrement est assuré par un cadre supérieur de santé et deux cadres de santé, qui dirigent une équipe de 38 infirmiers et 20 aides-soignants, incluant des postes spécifiques de logistique et de référente soins. L'équipe médicale, dirigée par un chef de service PU-PH et son adjoint, intègre une large palette de

compétences allant des praticiens hospitaliers aux internes et externes en formation. En résumé, la présence quotidienne par unité est de deux infirmiers et un aide-soignant, garantissant une surveillance constante et une expertise médicale de pointe pour l'ensemble des 18 lits.

En résumé, voici les effectifs du SAU et de la MIR :

DMU DEMIURGE											
	Zones/ unités	**Nombre lits/ Places**	**CADRE**		**IDE**		**AS**		**ASHQ**	**AMA**	**PSYCHO**
			JOUR	NUIT	JOUR	NUIT	JOUR	NUIT			
MIR		**ETP NON MEDICAUX**									
			2	-	19	19	11	9	2	1	0.5
	TOTAL		2		38		20				
					Effectif journalier MIR						
	Rose	6			2	2	1	1			
	Vert	6			2	2	1	1			
	Bleu	6			2	2	1	1			
	Volant						1				
	TOTAL	18			6	6	4	3			
SAU		**ETP NON MEDICAUX**									
			4	2	31	33	28	33	0	3	0
	TOTAL		6		64		61				
					Effectif journalier SAU						
	UHTCD	18			2	2	2	2			
	Zone 1	8+1			1	1	1	1			
	Zone 2	11			1	1	1	1			
	Boxes	12			3	3	4	4			
	Déchoc	4+1			1	1	1	1			
	IAO	3			2	2	1	1			
	Volant				1	1		1			
	TOTAL				11	11	10	11			

Tableau 1 : Effectif soignants du SAU et de la MIR

2- Les concepts développés

Ainsi, la présentation du SAU et de la MIR met en évidence des environnements de soins complexes, marqués par une forte technicité, une coordination interprofessionnelle constante et une diversité des situations cliniques rencontrées. Dans ces contextes exigeants, la qualité et la sécurité des prises en charge reposent en grande partie sur les compétences des professionnels de santé, ce qui conduit à interroger plus précisément la notion de compétence.

2.1 La compétence

2.1.1 Définition

Selon le dictionnaire Larousse, la compétence est la *« capacité reconnue en telle ou telle matière en raison de connaissances possédées et qui donne le droit d'en juger : avoir des compétences en physique*[10]*. ».*

Il convient toutefois de compléter cette définition et d'essayer de définir la compétence dans le milieu hospitalier. Les agents du service public sont amenés à traiter, dans l'exercice de leurs fonctions et dans

[10] Dictionnaire Larousse. Consulté le 1er février 2026

l'intérêt des usagers, des situations professionnelles variées, allant des plus courantes aux plus complexes. Les attentes des usagers à l'égard de la qualité du service rendu renforcent l'exigence de professionnalisme et de compétence des soignants.

Dans leur article « Reconnaissance des compétences », Elisabeth DESCHANET[11], Frédéric DISTLER[12] et Fana RASOLOFO-DISTLER[13] expliquent que la compétence est « *la résultante de multiples dimensions constituées de savoirs, savoir-faire et savoir-être* ». Pour les auteurs, les savoirs correspondent aux connaissances théoriques à acquérir. Les savoir-faire font référence aux compétences opérationnelles pour réaliser les tâches dévolues, les manières de faire, de raisonner, d'anticiper ou encore d'organiser. Pour finir, les savoir-être font référence aux compétences comportementales. Il s'agit des qualités utiles et propres à l'individu. Ces compétences relèvent de la personnalité.

Cependant, la compétence professionnelle ne peut être appréhendée comme une simple juxtaposition de compétences ni comme une addition de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être. La possession de connaissances ou de compétences isolées ne garantit pas, en soi, la capacité à agir de manière pertinente dans une situation donnée. La compétence s'exprime avant tout dans l'action, en contexte.

Ainsi, Guy Le Boterf[14] définit la compétence comme la « *capacité à savoir agir en situation ».* Elle se caractérise par l'aptitude à construire et à mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente, orientée vers l'atteinte d'objectifs clairement identifiés. Cette pratique suppose la mobilisation d'une combinaison de ressources, à la fois internes à l'individu (connaissances, savoir-faire, expériences, dispositions comportementales) et externes (outils numériques, protocole du service, réseaux professionnels, personnes ressources)[15]. Elle implique également une capacité à analyser l'action menée et à en tirer des enseignements, dans une logique d'amélioration continue des pratiques professionnelles.

Cette approche amène à différencier la pratique professionnelle des ressources qui la soutiennent, en soulignant que ces ressources ne prennent de valeur que lorsqu'elles sont réellement mobilisées dans l'action.

Développé par Guy Le Boterf, l'agir compétent repose sur la réunion de trois catégories de conditions complémentaires :

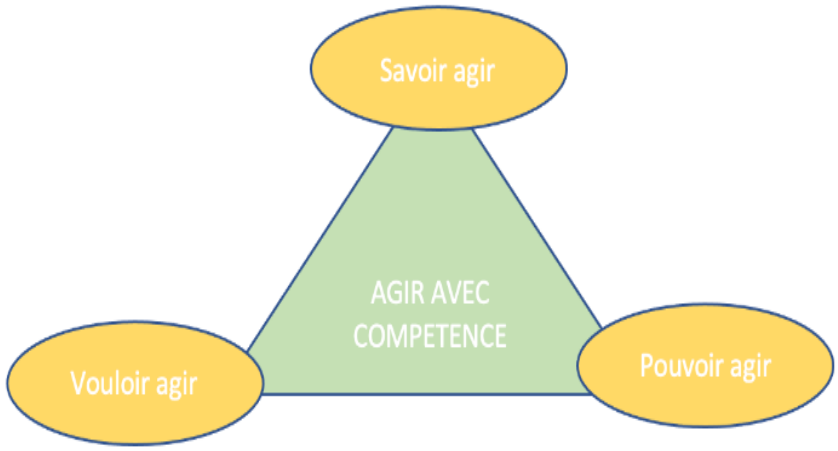
- Les conditions du savoir agir concernent l'acquisition et le développement des ressources nécessaires à l'action, qu'il s'agisse de *« connaissances, de savoir-faire, de comportements professionnels ou de ressources émotionnelles[16] ».* Elles incluent également la capacité à concevoir et à mettre en œuvre des pratiques professionnelles adéquates en situation. La formation et notamment la formation en situation de travail, joue un rôle central dans ce processus.

- Les conditions du pouvoir agir renvoient au contexte organisationnel et aux moyens mis à disposition des agents. Elles englobent l'*« organisation du travail, les systèmes d'information, le management, les espaces et outils de travail [17]»,* qui conditionnent la possibilité pour l'agent de déployer une pratique professionnelle adaptée et efficace.

- Les conditions du vouloir agir relèvent de la motivation et de l'engagement des agents dans l'exercice de leur activité professionnelle. Elles sont étroitement liées aux politiques et pratiques de gestion des ressources humaines, notamment en matière de *« reconnaissance, d'encouragement, d'équité, de qualité du travail et de qualité de vie au travail.[18] »*

11 Elisabeth DESCHANET est maître de conférences en science économique à l'IAE de Metz
12 Frédéric Distler est maître de conférences à l'IAE Metz school of management de l'université de Lorraine. Il est enseignant-chercheur au sein de la chaire EREM. Il travaille actuellement sur l'expertise client dans l'immobilier
13 Fana RASOLO- DISTLER est professeure des Universités en sciences de gestion Titulaire de la chaire à l'Université de Lorraine
14 Professeur associé à l'Université de Sherbrooke (Canada)
15 Guy Le Boterf, Construire les compétences collectives. p.47
16 Guy Le Boterf, paroles d'experts publié le 19 décembre 2022 sur le portail de la fonction publique
17 Ibid.
18 Ibid.

Nous pouvons résumer la compétence par le schéma ci-dessous :



Entre le savoir, le vouloir et le pouvoir… AGIR AVEC COMPETENCE,
Modélisation d'après Le Boterf

Figure 6 : Agir avec compétence[19]

Ce modèle conduit à considérer que la compétence professionnelle ne peut être garantie en toutes circonstances. Elle dépend à la fois des capacités individuelles des agents et du contexte dans lequel ils évoluent. L'agir compétent constitue ainsi une responsabilité partagée entre l'individu, le collectif de travail, l'encadrement et l'organisation. Deux personnes peuvent avoir la même qualification et exercer le même emploi avec plus ou moins de compétences.

2.1.2 Implications pour la formation professionnelle

Le modèle articulant savoir agir, pouvoir agir et vouloir agir met en évidence que ces trois dimensions doivent être simultanément réunies pour permettre l'expression effective de la compétence en situation professionnelle. Le développement du savoir agir en situation se fait par le biais de la formation. Elle constitue une condition essentielle, mais non suffisante, pour garantir des pratiques professionnelles durables, pertinentes et éthiquement fondées.

Une formation ne peut être considérée comme professionnalisante que si elle prépare les agents à acquérir le processus du savoir agir en situation. À cette fin, elle doit s'appuyer sur trois types complémentaires de situations pédagogiques : des situations d'acquisition de ressources (connaissances, savoir-faire, comportements professionnels), des situations d'apprentissage des pratiques professionnelles, en contexte contrôlé (simulations) et en contexte réel accompagné (alternance, mentorat), des situations visant le développement de la réflexivité et de la capacité à apprendre de l'expérience, notamment à travers l'analyse des pratiques professionnelles (APP) et les retours d'expérience (RETEX).

À l'issue de ces parcours de formation, les agents sont en mesure de mobiliser le processus du savoir agir en situation dans leur environnement de travail réel, en l'adaptant aux spécificités d'un contexte évolutif marqué par des contraintes organisationnelles, réglementaires, techniques et relationnelles.

2.1.3 La compétence collective dans les organisations hospitalières

Dans un contexte de complexification croissante des situations professionnelles et de développement de problématiques inédites, les compétences individuelles ne suffisent plus à elles seules à garantir la qualité des prises en soins. La collaboration entre acteurs devient une condition essentielle de l'efficience et de la pertinence des pratiques professionnelles.

[19] Source : blog de Philippe CLAUZARD qui est auteur, analyste du travail et didacticien

Selon Guy Le Boterf, la compétence collective peut être définie comme *« la capacité d'un collectif de travail à atteindre un objectif commun et résultant de la qualité du tissu des relations de coopération mises en œuvre par les acteurs de ce collectif pour l'atteindre »*[20]

Elle repose sur la capacité à organiser et à articuler les contributions individuelles de manière complémentaire et coordonnée. Comme la compétence individuelle, elle suppose la réunion de conditions favorables au savoir coopérer, au pouvoir coopérer et au vouloir coopérer.

Il n'existe pas de compétence collective sans compétences individuelles, mais, inversement, le développement et l'exercice des compétences individuelles dépendent de plus en plus de l'existence de compétences collectives structurées.

Cette dimension collective de la compétence prend une importance particulière dans les secteurs de soins d'urgences et critiques, où la coordination des professionnels conditionne directement la qualité, la sécurité et l'efficacité des prises en charge. Dans cette perspective, les référentiels élaborés par les sociétés savantes constituent des repères essentiels pour identifier les compétences attendues des infirmiers exerçant dans ces environnements spécifiques, notamment aux urgences et en réanimation.

2.1.4 Référentiel des compétences des sociétés savantes

L'étude des référentiels de compétences de la Société de Réanimation de la Langue Française (SRLF) et de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) permet une comparaison des compétences infirmières mobilisées et mobilisables aux urgences et en réanimation. Ils mettent en évidence à la fois un socle commun et des spécificités fortes. Bien que les deux secteurs appartiennent au champ de la prise en charge des patients en situation critique, leurs finalités, leurs temporalités et leurs exigences professionnelles diffèrent de manière significative.

Les services d'urgences ont pour mission principale d'accueillir, d'évaluer et d'orienter des patients présentant des pathologies très variées, avec un niveau de gravité hétérogène. L'activité est marquée par un flux continu et imprévisible, nécessitant une capacité à prioriser rapidement, à gérer simultanément plusieurs situations et à prendre des décisions immédiates. L'infirmier y mobilise des compétences d'évaluation clinique rapide, de triage, de gestion de la détresse vitale en phase aiguë, ainsi qu'une communication efficace en contexte de crise. La relation au patient et à ses proches est souvent brève, centrée sur l'information immédiate et la sécurisation du parcours. Ainsi, il est indiqué dans le référentiel de la SFMU : *« Polyvalence, transversalité et réactivité sont ici les maîtres mots* [21]*».*

À l'inverse, la réanimation se caractérise par la prise en charge de patients présentant une ou plusieurs défaillances vitales, nécessitant une surveillance continue et des thérapeutiques hautement spécialisées. Le temps de soin s'inscrit dans la durée : les patients sont suivis sur plusieurs jours ou semaines, ce qui implique une approche globale, anticipatrice et structurée. Les compétences infirmières en réanimation, telles que définies par le référentiel de la SRLF[22], relèvent d'un niveau de technicité élevé : gestion de la ventilation invasive, de la sédation et de la curarisation, de l'épuration extrarénale, de la nutrition artificielle, ainsi que des dispositifs invasifs complexes. La surveillance hémodynamique, respiratoire et neurologique est permanente et nécessite une capacité d'analyse fine et continue. La relation avec les familles est plus longue, souvent marquée par des situations de vulnérabilité, d'incertitude ou de fin de vie.

Sur le plan organisationnel, les urgences fonctionnent selon un modèle de flux tendu, avec des interruptions fréquentes et une forte variabilité de l'activité. La réanimation repose davantage sur une organisation protocolisée, structurée autour de la surveillance continue et de la coordination pluridisciplinaire quotidienne. Dans les deux secteurs, la charge cognitive est élevée, mais elle s'exprime différemment. Aux urgences, elle est liée à la simultanéité des situations et à la nécessité de prioriser tandis qu'en réanimation, elle découle de la technicité, de la complexité des thérapeutiques et de l'analyse permanente des paramètres.

[20] Guy Le Boterf, Construire les compétences collectives, Edition EYROLLES, 2018, p.35
[21] Référentiel de Compétences infirmier(e) en médecine d'urgence, juin 2008, p.7
[22] Référentiel de compétences de l'infirmière en réanimation, 2011

Ainsi, si les deux services partagent un socle commun de compétences : gestion de la détresse vitale, travail en équipe, communication en situation critique, la réanimation requiert des compétences plus spécialisées et plus techniques tandis que le SAU présentent des compétences plus organisationnelles.

Ces différences de compétences entre les services d'urgences et de réanimation soulignent l'importance des modalités de transmission, d'acquisition et de sécurisation des savoirs professionnels au sein des équipes soignantes. Dans des environnements marqués par une forte technicité et une évolution constante des pratiques, le développement des compétences ne peut se limiter à l'apprentissage théorique et nécessite un accompagnement au plus près du terrain, fondé sur l'expérience, la coopération et le soutien des pairs.

2.2 Une sécurisation des compétences via la pratique et le mentorat

La sécurisation des compétences professionnelles constitue aujourd'hui un enjeu majeur pour les organisations hospitalières, particulièrement dans les secteurs de soins critiques où la qualité des prises en charge repose sur des compétences techniques, relationnelles et organisationnelles élevées. Dans ce contexte, la pratique quotidienne, l'expérience acquise sur le terrain ainsi que les dynamiques de mentorat et de transmission entre professionnels apparaissent comme des leviers essentiels du développement des compétences. Cette transmission s'inscrit cependant dans des équipes composées de générations différentes, aux représentations, attentes et modes de fonctionnement parfois hétérogènes, rendant nécessaire une réflexion sur le management de la mixité intergénérationnelle.

2.2.1 Manager la mixité intergénérationnelle

Dans son livre « Construire les compétences collectives », Guy Le Boterf explique que *« Manager la coopération intergénérationnelle n'est pas une tâche simple. Les anciens sont souvent perçus par les jeunes à la fois comme des tuteurs, des soutiens mais aussi des freins au changement. Les rapports au temps sont différents avec des préférences distinctes : horaires décalés, temps de travail continu, possibilités pour des activités personnelles extérieures… »*[23]

Les équipes paramédicales regroupent aujourd'hui plusieurs générations dont les valeurs, les expériences et les comportements professionnels diffèrent. Cette diversité, liée aux évolutions rapides de la société et du système de santé, peut être source de malentendus, mais aussi représenter une richesse lorsqu'elle est bien accompagnée.

Ainsi, au sein du monde hospitalier, trois générations coexistent que nous pouvons caractériser à partir des travaux de Frédérique JESKE[24] notamment dans son ouvrage « le choc des générations n'existe pas ».

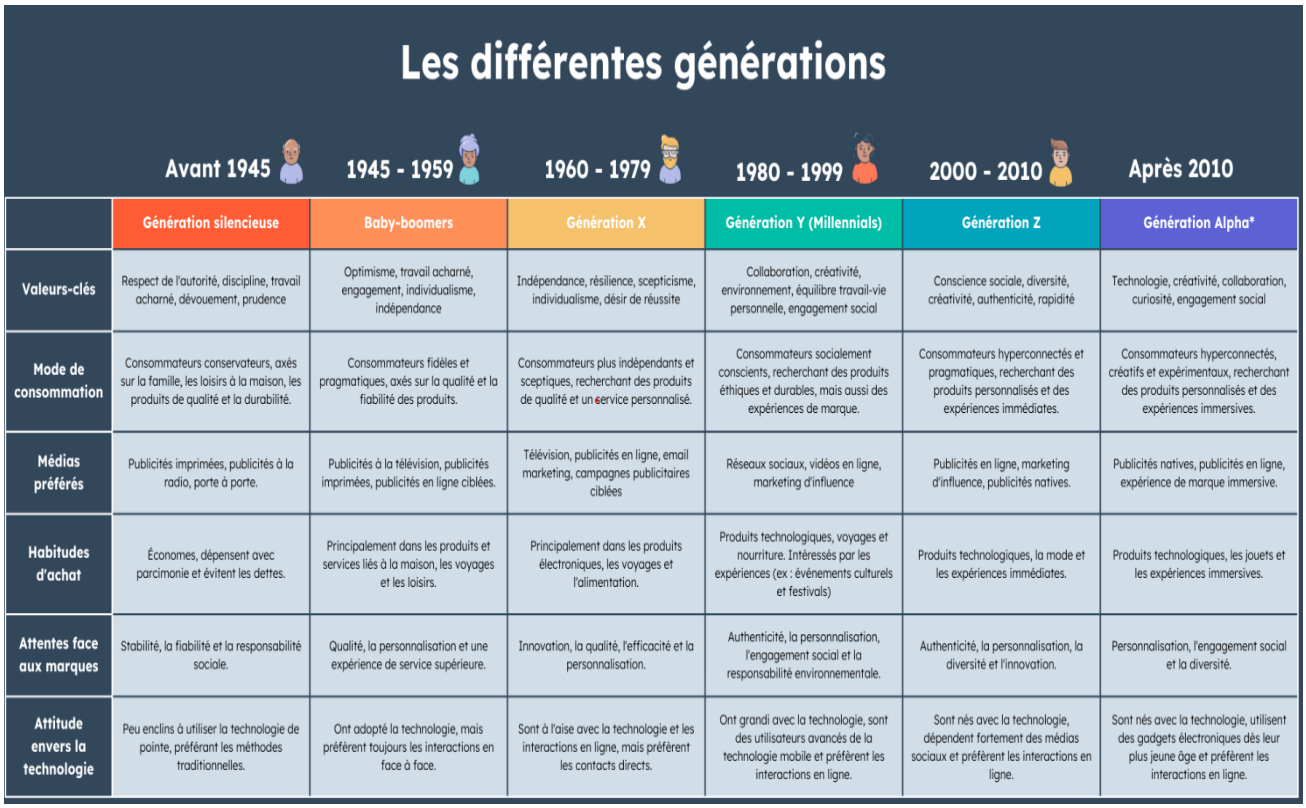
La génération X né entre les années 1960 et 1979 a connu l'apparition du chômage de masse. Elle est prudente et autonome et recherche avant tout une stabilité et un équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle, sans envisager le travail comme une finalité en soi. Cette génération a grandi dans la promesse d'un avenir meilleur. Cette génération est néanmoins décrite par Frédérique JESKE comme *« difficile(s) à manager, fatigués, démotivés, rigides et peu créatifs*[25] *».*

La génération Y, également appelée millenials, est née, quant à elle, entre les années 1980 et 1999. Elle a évolué avec la mondialisation et est profondément marquée par les technologies. C'est une génération qui est très adaptable et à l'aise avec le numérique. Elle se caractérise par un individualisme affirmé un rapport à l'immédiateté et un besoin important de sens au sein de leur vie professionnelle et de socialisation. Frédérique JESKE souligne également qu'elle présente *« quelques difficultés à supporter l'autorité et la hiérarchie*[26] *»*

Enfin, la génération Z naît à partir des années 2000. Elle a grandi dans un environnement instable et connecté en permanence, créative, curieuse et tournée vers le monde. Cette génération privilégie la collaboration, l'apprentissage continu et un mode de vie plutôt hédoniste. Le travail doit donc être synonyme de bien-être et satisfaire leur soif de liberté. Comme le souligne l'auteure *« Selon certains, si les Y ont profité de la vie, les Z changent le monde… Un vrai défi RH et managérial pour l'entreprise* [27]*»*

[23] Guy le BOTERF, Construire les compétences collectives, Edition EYROLLES, 2018, p16
[24] Frédérique JESKE est conférencière professionnelle et dirigeante humaniste
[25] Frédérique JESKE, le choc des générations n'existe pas, p.87
[26] Ibid. p.88
[27] Ibid. p.89

Nous retrouvons ci-dessous un tableau récapitulatif des différentes générations. Les générations silencieuses, baby-boomers et Alpha ne se retrouvent pas dans les équipes soignantes.



Les différentes générations

	Avant 1945	1945 - 1959	1960 - 1979	1980 - 1999	2000 - 2010	Après 2010
	Génération silencieuse	Baby-boomers	Génération X	Génération Y (Millennials)	Génération Z	Génération Alpha*
Valeurs-clés	Respect de l'autorité, discipline, travail acharné, dévouement, prudence	Optimisme, travail acharné, engagement, individualisme, indépendance	Indépendance, résilience, scepticisme, individualisme, désir de réussite	Collaboration, créativité, environnement, équilibre travail-vie personnelle, engagement social	Conscience sociale, diversité, créativité, authenticité, rapidité	Technologie, créativité, collaboration, curiosité, engagement social
Mode de consommation	Consommateurs conservateurs, axés sur la famille, les loisirs à la maison, les produits de qualité et la durabilité.	Consommateurs fidèles et pragmatiques, axés sur la qualité et la fiabilité des produits.	Consommateurs plus indépendants et sceptiques, recherchant des produits de qualité et un service personnalisé.	Consommateurs socialement conscients, recherchant des produits éthiques et durables, mais aussi des expériences de marque.	Consommateurs hyperconnectés et pragmatiques, recherchant des produits personnalisés et des expériences immédiates.	Consommateurs hyperconnectés, créatifs et expérimentaux, recherchant des produits personnalisés et des expériences immersives.
Médias préférés	Publicités imprimées, publicités à la radio, porte à porte.	Publicités à la télévision, publicités imprimées, publicités en ligne ciblées.	Télévision, publicités en ligne, email marketing, campagnes publicitaires ciblées	Réseaux sociaux, vidéos en ligne, marketing d'influence	Publicités en ligne, marketing d'influence, publicités natives.	Publicités natives, publicités en ligne, expérience de marque immersive.
Habitudes d'achat	Économes, dépensent avec parcimonie et évitent les dettes.	Principalement dans les produits et services liés à la maison, les voyages et les loisirs.	Principalement dans les produits électroniques, les voyages et l'alimentation.	Produits technologiques, voyages et nourriture. Intéressés par les expériences (ex : événements culturels et festivals)	Produits technologiques, la mode et les expériences immédiates.	Produits technologiques, les jouets et les expériences immersives.
Attentes face aux marques	Stabilité, la fiabilité et la responsabilité sociale.	Qualité, la personnalisation et une expérience de service supérieure.	Innovation, la qualité, l'efficacité et la personnalisation.	Authenticité, la personnalisation, l'engagement social et la responsabilité environnementale.	Authenticité, la personnalisation, la diversité et l'innovation.	Personnalisation, l'engagement social et la diversité.
Attitude envers la technologie	Peu enclins à utiliser la technologie de pointe, préférant les méthodes traditionnelles.	Ont adopté la technologie, mais préfèrent toujours les interactions en face à face.	Sont à l'aise avec la technologie et les interactions en ligne, mais préfèrent les contacts directs.	Ont grandi avec la technologie, sont des utilisateurs avancés de la technologie mobile et préfèrent les interactions en ligne.	Sont nés avec la technologie, dépendent fortement des médias sociaux et préfèrent les interactions en ligne.	Sont nés avec la technologie, utilisent des gadgets électroniques dès leur plus jeune âge et préfèrent les interactions en ligne.

Figure 7 : Résumé des différentes générations[28]

2.2.2 Une vision stratégique de la diversité générationnelle

La cohabitation des générations X, Y, Z au sein d'un même service représente bien plus qu'un simple défi démographique, c'est un levier de performance majeur. Pour réussir cette mixité, le cadre de santé doit d'abord s'attacher à déconstruire les stéréotypes courants qui figent chaque groupe dans des rôles prédéfinis. Au lieu de subir ces différences, le management doit tenir compte des sensibilités de chacun, tout en gardant à l'esprit que les aspirations fondamentales au travail restent souvent universelles malgré des modes d'expression variés (communication, attentes professionnelles et valeurs différentes).

2.2.3 L'agilité, nouvelle posture du manager

Dans ce contexte complexe, le rôle du manager évolue vers une posture de leader agile. S'il doit conserver ses compétences d'organisation, il lui faut désormais adapter son style de leadership en fonction de son interlocuteur. Ainsi Léa DEMOUSSE[29] indique que *« le management intergénérationnel réussi repose sur un subtil équilibre entre reconnaissance des spécificités générationnelles et approche individualisée des talents ».*

Cette approche différenciée se voit aussi dans l'évolution du management. En effet, la génération des babyboomers (seniors partis à la retraite) fonctionnait plus avec un management directif. Depuis, le monde du travail a subi des mutations. Le management participatif est plus prisé par les plus jeunes qui recherchent une quête de sens au travail ou encore un besoin d'autonomie. Le monde du travail montre les limites de la structure hiérarchique actuelle auquel la subsidiarité propose une réponse humaniste et structurante. Ce management par la subsidiarité, décrit par Marc FASSIER[30] et David GREA[31] dans leur livre « Pour des managers en soutien, la subsidiarité dans les organisations », peut répondre à la problématique d'être au service de l'organisation tout en participant au développement des salariés qui en sont parties prenantes. Le management délégatif qui est actuellement utilisé ne laisse pas assez de marge de manœuvre aux salariés qui

[28] Source : Clara LANDECY, Baby-boomers, générations X, Y, Z et Alpha : qu'est-ce qui les distingue ? mis à jour le 28 janvier 2026

[29] Léa DEMOUSSE, Management intergénérationnel : les clés d'une diversité réussie en entreprise, 22 juillet 2025

[30] Marc Fassier est associé du cabinet Spire et spécialisé dans la mise en place du principe de subsidiarité dans les organisations

[31] David Grea est coach en management et superviseur certifié. Il a cofondé le cabinet Spire.

voient alors son activité empêchée. Le manager doit être une personne qui valorise et tient compte de la valeur de chaque collaborateur qui sont la première richesse de l'entreprise. Le manager favorise ainsi l'implication des agents tout en leur permettant de se réapproprier le sens au travail. Il permet de bâtir une organisation solide et adaptable afin de répondre aux attentes politiques, environnementales et sociétales.

L'enjeu est donc de trouver l'équilibre entre la prise en compte des tendances générationnelles et le respect de la singularité de chaque individu.

2.2.4 Transformer la cohabitation en richesse collective

La finalité du management intergénérationnel est de créer une synergie là où la diversité pourrait être source de friction. Si des tensions peuvent apparaître, c'est aussi l'occasion d'échanges constructifs, de réflexions communes et de créativité permettant à l'équipe de progresser. Pour y parvenir, le cadre de santé doit encourager activement le lien social et la mise en place de programmes de mentorat, qui facilitent le transfert mutuel de compétences et de connaissances. En misant sur une politique RH ouverte et décloisonnée, l'organisation assure non seulement la cohésion de ses équipes et stimule également le talent des nouvelles générations.

Le rôle du cadre de santé est essentiel pour transformer cette diversité en force. Léa DEMOUSSE identifie plusieurs leviers qui permettent de renforcer la coopération intergénérationnelle :

Le mentorat réciproque constitue un outil particulièrement efficace, car il instaure une circulation des savoirs dans les deux sens. Il valorise à la fois l'expérience des plus anciens et les compétences plus récentes ou technologiques des plus jeunes, créant une dynamique d'apprentissage mutuel.

Les projets sont également un autre moyen intéressant de favoriser la coopération intergénérationnelle car elle invite des professionnels de différents âges à travailler ensemble sur un objectif commun. Cette démarche encourage le dialogue, la créativité et la prise en compte des talents de chacun tout en rompant la routine quotidienne.

Pour finir, favoriser la communication et les interactions avec des binômes intergénérationnels est indispensable pour construire une équipe efficace, complémentaire et harmonieuse.

Lorsqu'elles sont valorisées et correctement accompagnées, les différences deviennent une véritable opportunité pour enrichir les pratiques professionnelles et améliorer le fonctionnement collectif.

2.2.5 Valorisation de l'expertise IDE

Afin d'appréhender le sujet de la mixité intergénérationnel, Michel BARABEL et Olivier MEIER[32] parlent alors de « *mentorat réciproque* » plutôt que de tutorat qui est un *« outil d'échange social qui met à profit l'expertise des deux générations[33]* ». Ce mentorat passe par la mise en place de groupes de travail intergénérationnel afin *« […] de mieux combiner les compétences complémentaires des deux générations (rôle de référents expérientiels et mobilisation de connaissances architecturales pour les seniors, expertise numérique et logique prospective pour les juniors) ».* Le mentorat est un des leviers pour « *valoriser le potentiel de chacun au service du collectif comme impulser une dynamique de partage de compétences et de savoirs entre générations[34] »*

La mise en place de dispositifs de mentorat constitue un levier privilégié de valorisation de l'expertise infirmière, en rendant visible et légitime le savoir clinique et relationnel accumulé par les IDE expérimentées dans l'accompagnement des novices.

En effet, le mentor est défini comme un « *professionnel expérimenté qui contribue au développement professionnel d'un débutant* »[35]. Porteur d'une expérience professionnelle, il assure un soutien dans la durée, favorise la prise de décision clinique, la résolution de problèmes et le développement des compétences psychosociales des nouveaux professionnels infirmiers. Ce rôle, fondé sur la confiance et la relation intergénérationnelle, contribue à la construction de l'identité professionnelle des mentorés, mais renforce également le sentiment de sens au travail, la responsabilité et l'engagement organisationnel des infirmières mentors, qui voient leur

[32] Miche BARABEL et Olivier MEIER, Institut de recherche en Gestion, Université de Paris Est
[33] La mixité générationnelle et le mentorat réciproque au service du management intergénérationnel, Questions de Management, juin 2014, n°6, p.129
[34] La boussole du manager n°2, p.3
[35] Définition selon le dictionnaire Larousse

expertise reconnue comme ressource stratégique pour l'intégration, la socialisation professionnelle et la rétention des équipes. Cela rejoint également les propos d'Audrey PARVAIS[36] lorsqu'elle évoque la nécessité de « *''redonner du sens'' à un métier qui a l'impression d'en avoir perdu […] ».*

Les lignes directrices européennes sur le mentorat[37] soulignent d'ailleurs que le développement des compétences de mentors infirmiers participe à la résilience des systèmes de santé, en positionnant ces professionnels comme acteurs clés de la diffusion de pratiques fondées sur les données probantes et de l'élévation du niveau d'expertise soignante au sein des organisations. Ces lignes directrices s'appliquent pour les étudiants en soins infirmiers mais un parallèle peut être fait avec les IDE nouvellement diplômées.

Cette sécurisation des compétences par le mentorat ne répond pas seulement à un impératif de sécurité des soins, elle constitue le premier maillon de la fidélisation en agissant sur le sentiment d'appartenance et la reconnaissance de la valeur individuelle au sein du collectif. Valoriser les compétences pour fidéliser est également important. Dans le projet d'établissement de l'AP-HP, il est indiqué l'importance de « *proposer des parcours professionnalisants permettant une diversité d'activités et ou une évolution des fonctions* »[38]. Au-delà de la simple transmission de savoir-faire, la valorisation de l'expertise infirmière pose les fondations d'un contrat moral entre l'agent et l'institution. En rendant l'infirmier acteur de la croissance de ses pairs, le management ne se contente plus de gérer des compétences, il crée un environnement attractif. C'est ici que la gestion des savoirs rejoint les enjeux stratégiques d'attractivité et de fidélisation : un soignant reconnu dans son expertise est un soignant qui s'investit durablement.

2.3 Attractivité et fidélisation

L'AP-HP est une grande institution et nous avons la chance sur le DMU d'avoir une variété d'activité. Dans les 30 leviers pour agir ensemble de Monsieur Nicolas REVEL, Directeur Générale de l'AP-HP, le levier 4 indique qu'il faut « *tirer le parti de l'AP-HP et de la variété de ses activités et de ses métiers pour fidéliser nos professionnels en leur offrant des parcours plus riches et répondre ainsi aux souhaits exprimés par les jeunes générations de carrières plus diversifiées.* »[39]

Nous allons donc commencer par définir les termes d'attractivité et de fidélisation.

2.3.1 Définitions

Dans leur article « Penser l'attractivité et la fidélisation à partir de la marque employeur : un non-sens pour les organisations pluralistes telles que les ESMS », Christine DUTRIEUX[40] et Mickaël JAUD[41] citent une définition de l'attractivité organisationnelle : « *L'attractivité organisationnelle est définie comme ''une attitude affective positive à l'égard d'une organisation, en la considérant comme désirable en vue d'initier une relation avec cette organisation en faisant partie de son personnel (Aiman-Smith et al., 2001, p.221)'' »*[42].

Benjamin CHEMINADE, conseiller en management, explique que la fidélisation des professionnels constitue une démarche stratégique et volontaire visant à instaurer, au sein de l'organisation, un environnement propice à un attachement durable des salariés. Cette relation repose sur le partage de valeurs communes et sur la capacité de l'institution à répondre de manière continue aux attentes et aux besoins de ses collaborateurs, favorisant ainsi un lien de confiance et un sentiment d'appartenance.

L'instauration d'une politique de fidélisation implique de placer l'humain au cœur des préoccupations managériales, en veillant à concilier satisfaction professionnelle, reconnaissance et équilibre entre exigences organisationnelles et aspirations individuelles. L'auteur précise que la fidélité du salarié résulte alors d'un choix réfléchi et volontaire, fondé sur l'adhésion à la culture et aux objectifs de l'établissement, et non sur la crainte d'un départ ou d'une insécurité professionnelle.

[36] Audrey PARVAIS est journaliste WEB chez infirmiers.com
[37] Document réalisé par un groupe d'experts de Belgique, Finlande, Lituanie, Slovénie et Espagne grâce à un financement de la Commission Européenne
[38] Projet d'établissement AP-HP 2021-2025, p.83
[39] 30 leviers pour agir ensemble, décembre 2022, Nicolas REVEL, directeur général de l'AP-HP, p.6
[40] Christine DUTRIEUX est directrice de formations supérieures et continues de la prospective
[41] Mickaël Jaud est directeur général d'une association médico-sociale
[42] Christine DUTRIEUX, Mickaël JAUD, Penser l'attractivité et la fidélisation à partir de la marque employeur : un non-sens pour les organisations pluralistes telles que les ESMS, p.22

Dans cette perspective, le management de la fidélisation ne se limite pas à la prévention du désengagement. Il s'inscrit dans une approche globale intégrant l'ensemble du parcours collaborateur, de l'attractivité à l'intégration, ces étapes constituant les leviers essentiels de la stabilité et de la rétention des équipes dans le temps.

La mise en place d'une politique d'attractivité ne peut être dissociée d'une véritable stratégie de fidélisation. En effet, attirer des professionnels ne suffit pas ; il est également essentiel de créer les conditions permettant de les maintenir durablement au sein de l'institution. Béatrice CHAMBRE-CLAVEL et Jean François. AGULHON indiquent qu'*« un travail sur l'attractivité ne peut être pertinent que s'il est complété par une réflexion sur la fidélisation »*[43].

2.3.2 Les leviers de l'attractivité et de la fidélisation

Dans leur article « Attractivité et Fidélisation dans les métiers du soin, enjeux et défis », Isabelle BAYLE[44] et Christine CHASSENIEUX[45] identifient 5 axes favorisant l'attractivité et la fidélisation.

Le premier axe insiste sur la redéfinition du sens du travail ou les valeurs partagées sont construites de façon collective. Cela permet de fédérer et de renforcer le sentiment d'appartenance tout en donnant du sens à l'action professionnelle.

Le deuxième axe aborde la question du recrutement et de la fidélisation, en commençant par la qualité de l'accueil des stagiaires. Il souligne l'importance du rôle du tuteur, de l'image donnée par les équipes et de la création de dispositifs innovants lors de l'encadrement.

Le troisième axe met l'accent sur l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, en promouvant le bien-être au travail, la souplesse des parcours professionnels ou des plannings afin de respecter cet équilibre. La réduction de la pénibilité des postes, la considération de l'ergonomie des espaces de travail favorisent l'engagement des soignants et contribuent à la qualité et à la sécurité des soins.

Le quatrième axe s'intéresse au management et à la communication interne, en encourageant la création de communautés de pratique, de groupes d'échanges autour du travail et de dynamiques collaboratives capables de générer des solutions concrètes face aux difficultés organisationnelles. Outre les réunions, les espaces de discussions au travail (EDT) se développent de plus en plus au sein des services. Développé en 2019 par la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP), les EDT permettent de mieux prendre en compte la santé des soignants, de donner du sens au travail[46].

Pour finir, le cinquième axe vise les espaces de formation et leur rôle stratégique dans l'attractivité du secteur. Il met en avant l'universitarisation, les passerelles, la valorisation de la recherche paramédicale. Par ailleurs, la mise en place de partenariats avec des acteurs comme Pôle emploi ou encore les établissements scolaires sont des leviers d'attractivité importants tout comme les aides financières mise en place pour la formation (Contrat d'allocations études, prime d'engagement). Cela permet un engagement dans des formations du soins de façon plus sereine. Toutes ces initiatives participent à la valorisation des métiers de la santé.

Ainsi, les différents leviers présentés montrent que l'attractivité et la fidélisation ne reposent plus uniquement sur des mesures financières ou sur le recrutement mais également sur la capacité des établissements à proposer des organisations porteuses de sens, favorisant l'évolution professionnelle, la reconnaissance et l'engagement collectif. Dans ce contexte, les projets innovants de coopération et de développement des compétences apparaissent comme des réponses concrètes aux attentes des soignants. Le projet de bi-compétence SAU/MIR s'inscrit précisément dans cette dynamique, en articulant flexibilité organisationnelle, montée en compétences et valorisation des parcours professionnels.

2.3.3 Un projet innovant porteur de sens

S'inscrivant directement dans les orientations stratégiques du projet d'établissement de l'AP-HP, ce projet de bi-compétence Urgences-Réanimation Médicale répond à la nécessité d'*« appréhender le sujet de*

[43] B CHAMBRE-CLAVEL (directrice des soins) et J.F. AGULHON (directeur des affaires médicales), « DS et DRH, une coopération au service de l'attractivité et de la fidélisation », Soins cadres, n°129, p 19-22, septembre 2021
[44] Isabelle BAYLE est docteure en philosophie et direction des soins en Institut de formation en santé
[45] Christine CHASSENIEUX est cadre de santé formateur
[46] Issu du guide pratique de la mise en place et l'animation d'Espaces de Discussion sur le travail de l'Anact

l'intergénérationnel dans des formes de management et d'organisations, plus souples, agiles et innovantes »[47]. En plaçant l'axe 1 « Management, Organisation et continuité des soins » au cœur de la réflexion, cette initiative devient un levier majeur d'attractivité et de fidélisation des professionnels de santé.

En proposant un parcours professionnalisant différenciant, le projet permet non seulement l'acquisition d'une double expertise technique, mais offre également un véritable tremplin pour les soignants en désir d'évolution, notamment vers la spécialisation d'infirmier anesthésiste (IADE). Ici, l'innovation managériale dépasse la simple organisation technique pour se situer, comme le dit Guy Le Boterf, dans la confiance accordée à des *« professionnels capables de coopérer entre eux, de travailler en pluri et interdisciplinarité, d'adopter et d'expérimenter de nouveaux modes de raisonnement ».*[48]

Dès lors, la mobilité au sein de ce projet change de paradigme. Selon la vision de Guy Le Boterf, elle *« ne se veut plus seulement orientée vers la gestion des effectifs* »[49], mais devient une opportunité stratégique de développer les compétences existantes et d'en acquérir de nouvelles.

Ainsi, le projet de bi-compétence SAU/MIR illustre une nouvelle manière de penser l'organisation hospitalière, fondée sur la coopération, l'évolution des compétences et la valorisation des parcours professionnels. Toutefois, si ce type de dispositif apparaît aujourd'hui comme une réponse pertinente aux enjeux d'attractivité et de fidélisation, c'est également parce qu'il s'inscrit dans un contexte plus large de tensions durables autour de la profession infirmière. Pour comprendre pleinement la nécessité de développer des projets managériaux innovants, il convient donc d'analyser les difficultés de recrutement et de fidélisation à différentes échelles, en commençant par le contexte international.

3- Contexte de la profession infirmière

Dans un contexte de difficultés de recrutement infirmier, il est donc important de proposer des parcours innovant afin d'attirer les candidats. Nous allons tout d'abord nous intéresser au contexte international, puis national et enfin local de la profession infirmière afin d'expliquer les difficultés de personnels.

3.1 D'un point de vue international

Le rapport « State of the World's Nursing 2025 report**»**, publié par l'OMS, révèle une progression quantitative du personnel infirmier, dont les effectifs sont passés de 27,9 millions en 2018 à 29,8 millions en 2023. Si cette tendance permet de réduire la pénurie mondiale, qui devrait passer de 5,8 millions aujourd'hui à 4,1 millions d'ici 2030, elle masque des asymétries structurelles majeures qui menacent l'objectif de couverture sanitaire universelle. Le rapport met en évidence une concentration alarmante des ressources :78 % du personnel exerce dans des zones ne couvrant que 49 % de la population mondiale, illustrant une fracture profonde entre les pays à revenu élevé et ceux à revenu faible ou intermédiaire.

Pour les cadres de santé, le rapport souligne des défis démographiques contrastés selon les contextes économiques. Dans les pays à revenu élevé, la problématique centrale réside dans le vieillissement des effectifs, avec près de 20 % des professionnels proches de la retraite et une dépendance croissante envers les infirmiers formés à l'étranger (23 % des effectifs). À l'inverse, les pays à faible revenu font face à un paradoxe : bien que le nombre de diplômés augmente rapidement, l'absence d'investissements nationaux et la faiblesse des structures d'accueil empêchent leur intégration dans le système de santé. Cette situation impose une réflexion sur la création d'emplois durables et l'amélioration des conditions de rétention pour stabiliser ces ressources fraîchement formées.

Les constats dressés par l'OMS montrent que les tensions touchant la profession infirmière dépassent largement les frontières nationales et s'inscrivent dans une problématique mondiale de répartition, de reconnaissance et de fidélisation des professionnels. Toutefois, ces enjeux prennent une résonance particulière en France, où les établissements de santé doivent faire face à des difficultés croissantes de recrutement, d'usure professionnelle et d'attractivité des métiers du soin. Il apparaît alors nécessaire d'examiner plus précisément la situation au niveau national.

[47] Projet d'établissement AP-HP 2021-2025, p.82
[48] Guy le Boterf, Développer et mettre en œuvre la compétence, p.12
[49] Ibid p.49

3.2 D'un point de vue national

3.2.1 Un paradoxe entre croissance des effectifs et couverture des soins

Selon une étude de la DREES[50], d'ici 2050, le paysage infirmier français connaîtra une mutation profonde, marquée par une hausse notable de ses effectifs qui devraient atteindre 821 000 professionnels, soit une augmentation de 37 % par rapport à 2021. Pourtant, ce dynamisme apparent masque un défi de taille : le vieillissement de la population entraînera une explosion des besoins de soins de l'ordre de 50 %. Ce décalage mathématique signifie qu'en dépit de la croissance du nombre de soignants, la couverture réelle des besoins diminuera. Pour maintenir le niveau de prise en charge actuel, il faudrait en réalité former 80 000 infirmières supplémentaires au-delà de ces projections.

Nous pouvons voir sur le graphique ci-dessous la projection du nombre d'infirmières à l'horizon de 2050 (source CNAM, SNDS ; Insee, BTS ; projection DREES) :

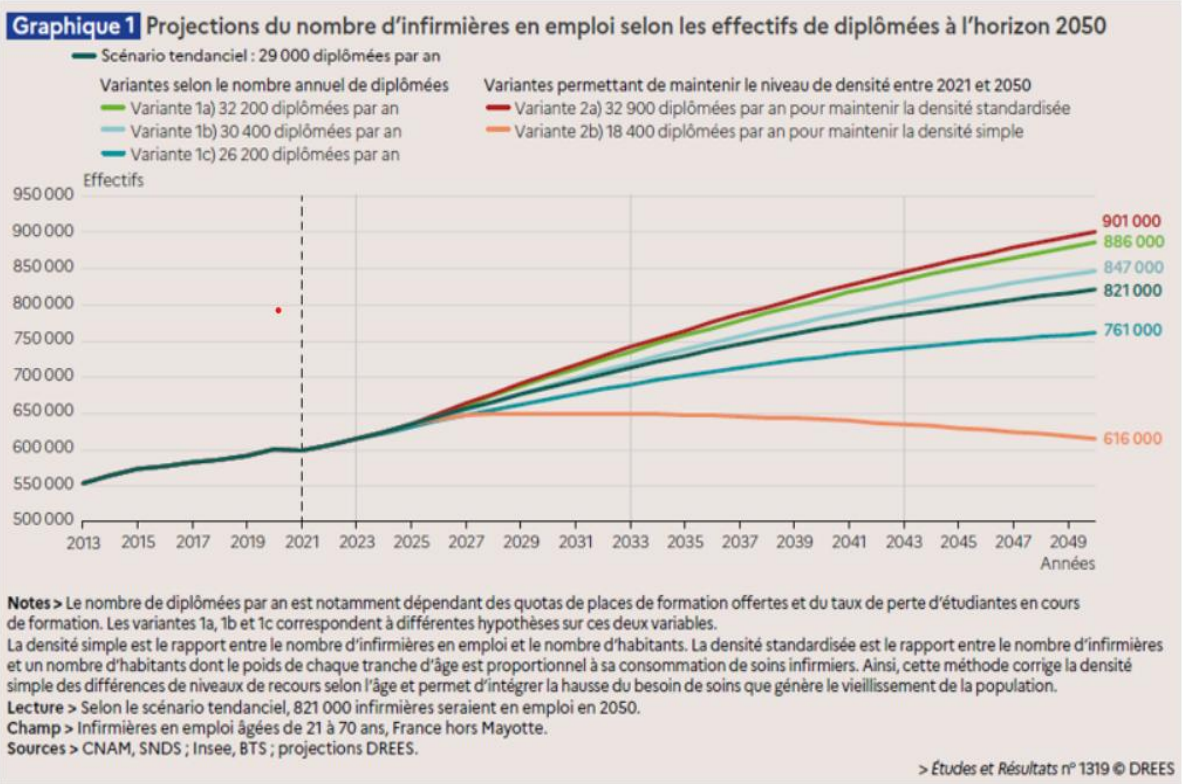


Schéma 1 : Projection du nombre d'infirmière à l'horizon 2050

Nous pouvons trouver ci-dessous une projection du nombre d'infirmières ainsi que la modélisation effectuée en 2011 puis 2017. Le vieillissement de la population induit une augmentation des besoins en soins infirmiers. La modélisation de 2024 a été revu à la baisse comparée à la projection de 2017.

(Source Etudes n°ER1319 de la DREES)

[50] Selon l'étude n°1319 du 5 décembre 2024 par Camille PARENT (DREES)

Comparaison avec les précédents exercices de projections

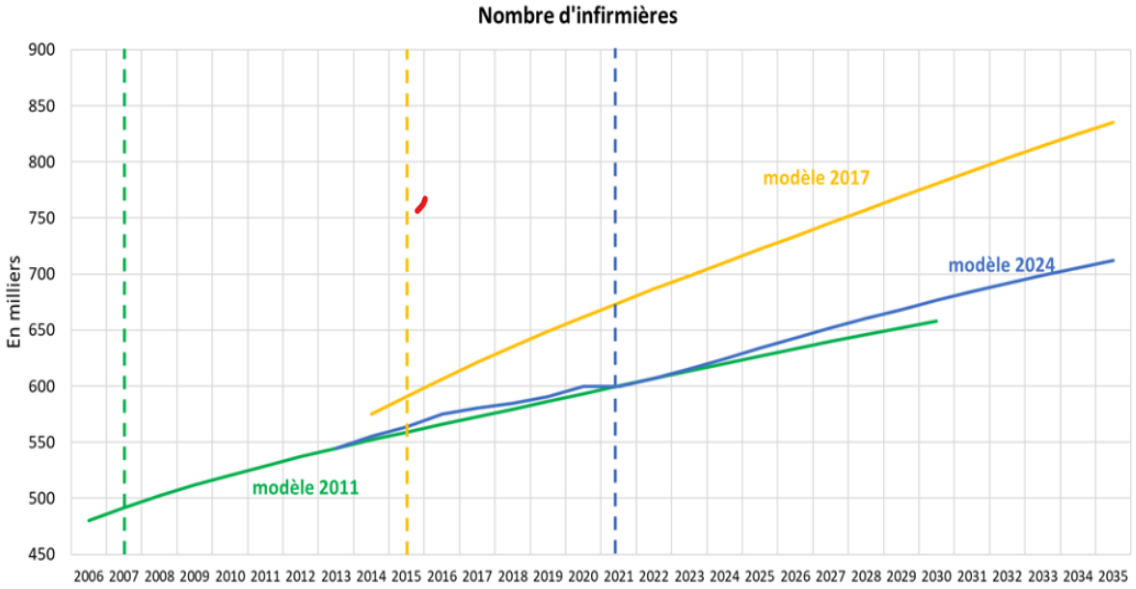


Schéma 2 : Comparaison du nombre d'infirmières avec les précédents exercices de projection

Ce défi de planification des ressources humaines est accentué par l'instabilité et la réévaluation constante des modèles prévisionnels au fil des ans. En comparant les exercices de projection successifs de 2011, 2017 et 2024, nous constatons que la dernière modélisation de 2024 a été revue à la baisse par rapport à celle établie en 2017. Ces ajustements réguliers s'expliquent par l'intégration de variables sociodémographiques fluctuantes telles que le taux de natalité, le vieillissement global et l'évolution constante des besoins de santé de la population. Ce fléchissement des courbes de projection confirme une raréfaction de la ressource disponible, obligeant à anticiper une gestion de la pénurie plutôt qu'une stabilisation des équipes.

3.2.2 Une profession en mutation structurelle

La cause structurelle de ce déséquilibre est parfaitement illustrée par la pyramide des âges au 1er janvier 2026, qui révèle les germes d'une crise systémique majeure pour le système de santé. Nous assistons à un véritable effet de ciseau démographique. D'un côté, le rétrécissement de la base de la pyramide, correspondant aux générations de moins de vingt ans, met en lumière un essoufflement marqué de la natalité. De l'autre côté, les besoins de soins augmentent de manière exponentielle au sommet de la pyramide. Le vivier de jeunes adultes en capacité de s'orienter et de se former aux métiers du soin s'amenuise donc mécaniquement au moment précis où la demande globale explose.

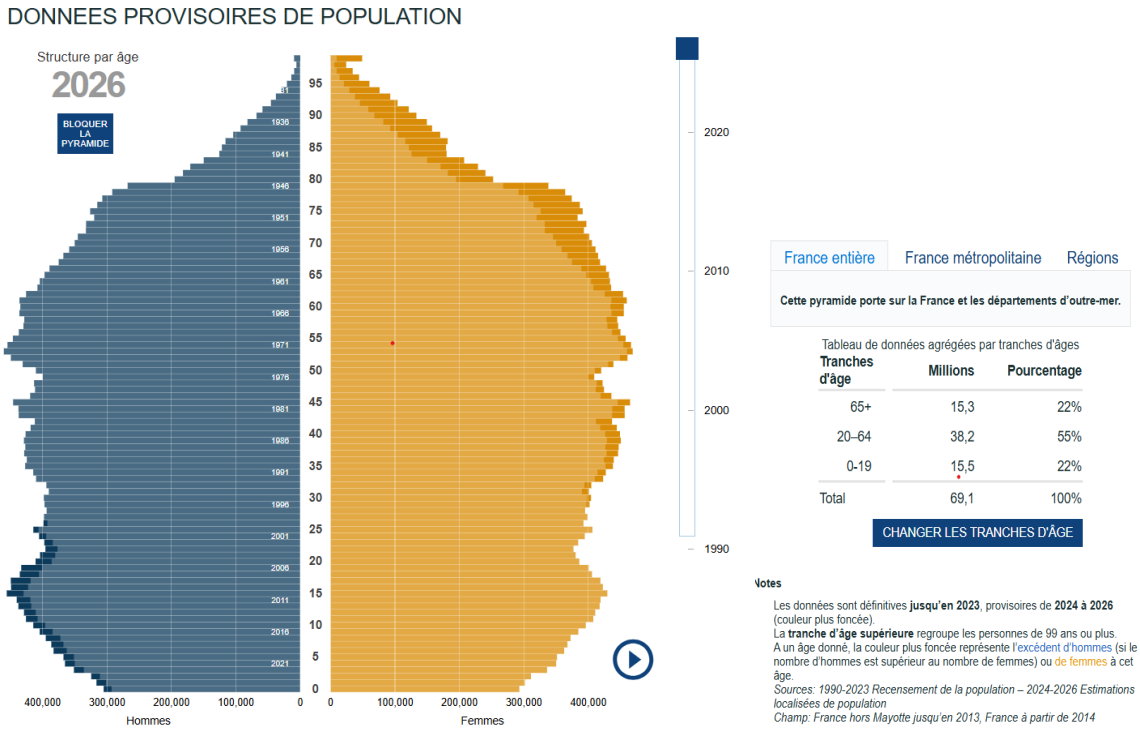


Figure 8 : Pyramide des âges au 1er janvier 2026[51]

Cette situation place la France au pied d'un véritable mur démographique pour 2026. La synthèse de ces indicateurs montre que le pays entre dans une zone de fortes turbulences où les générations les plus denses atteignent l'âge de la dépendance et des pathologies lourdes, précisément au moment où la ressource humaine soignante devient la plus rare. Ce déséquilibre profond entre une demande de soins en forte croissance et une offre de soignants contrainte par la démographie rend inévitable une refonte totale de l'organisation des soins car le modèle actuel ne pourra plus tenir sur le seul levier du recrutement.

3.2.3 Les leviers pour éviter la pénurie

Pour éviter l'impasse, le principal levier d'action repose, selon l'étude 1319 de la DRESS, sur la capacité du système à retenir ses diplômées. Les projections indiquent qu'il devient indispensable d'atteindre un seuil de 32 900 nouvelles diplomation chaque année. Cet objectif ambitieux nécessite soit une augmentation pérenne de 14 % des places en institut de formation, soit un effort drastique pour réduire de moitié le taux d'abandon des étudiants en cours de cursus, un phénomène qui s'est accentué récemment[52].

Enfin, l'attractivité de la profession reste la clé de voûte du système : l'amélioration concrète des conditions de travail est le seul moyen durable de garantir le plein remplissage des écoles et surtout, de freiner les cessations d'activité précoces qui fragilisent le secteur.

Il est alors d'autant plus important de réfléchir à des parcours innovant afin de favoriser l'attractivité des futurs professionnels de santé. Il s'avère que les spécialités d'urgence et de Médecine Intensive subissent déjà un manque de professionnels de santé. Il nous appartient donc de proposer ce type de parcours.

3.3 Contexte restreint au service d'accueil des urgences et de Médecine Intensive et Réanimation

La quantification précise de la pénurie infirmière en temps réel constitue un défi méthodologique majeur, tant les vacances de postes fluctuent mensuellement selon les spécificités régionales.

[51] Source Insee

[52] Selon l'étude N°1266 de la DREES, les étudiants en formation infirmière sont trois fois plus nombreuses à abandonner en première année en 2021 qu'en 2011).

3.3.1 Tension des ressources humaines en sein des SAU et leviers d'attractivité

Au sein des services d'accueil des urgences, les tensions en ressources humaines s'inscrivent dans un contexte global de fragilisation des effectifs soignants. Selon le rapport de la Cour des Comptes[53], les effectifs infirmiers ont augmenté de 10% entre 2018 et 2022, bien que cette progression demeure hétérogène selon les établissements. Le secteur public apparaît plus attractif que le secteur privé, notamment en raison de niveaux de rémunération plus élevés. A ce titre, le rapport précise que *« La Fédération de l'hospitalisation privée estime ce différentiel à 30 % en défaveur du secteur privé pour le personnel infirmier[54] ».*

Malgré cette dynamique, la situation des SAU reste particulièrement préoccupante. Elle est qualifiée de *« tension majeure »* par le syndicat Samu-Urgences de France (SUdF) dès le début de l'année 2025[55]. L'Île-de-France apparaît comme un territoire particulièrement exposé à ces tensions. Si les services d'accueil des urgences publics ne rencontrent pas nécessairement de difficultés majeures de recrutement, notamment en raison de l'attrait des jeunes professionnels pour ces services jugés formateurs en début de carrière, la question de la fidélisation demeure centrale. Comme le mentionne le rapport de la cour des comptes : *« S'il est moins difficile d'y pourvoir les postes que dans d'autres secteurs, il est en revanche souvent difficile d'y fidéliser le personnel recruté.[56] ».*

Ainsi, le turn-over paramédical s'explique, selon le rapport de la Cour des Comptes, par des facteurs multiples, parmi lesquels :

- Des conditions de travail dégradées, caractérisées par une intensification des soins, une saturation liée au manque de lits d'aval et une exposition accrue aux violences.
- Une organisation du travail contraignante, liée notamment à la continuité des soins (activité 24h/24 et 7j/7).
- Une augmentation de l'absentéisme depuis la crise sanitaire.

Dans ce contexte, de nombreux SAU fonctionnent en mode dégradé en raison du manque de personnels soignants. Le Samu-Urgences de France souligne à ce titre que *« Le fonctionnement en mode dégradé de nos structures de médecine d'urgence est devenu 'habituel' [57]».*

Après avoir fait un état des lieux des services d'urgences, intéressons-nous au SAU de Saint Antoine. En répertoriant et analysant les dates des départs et d'arrivées des IDE de jour et de nuit, j'ai ainsi déterminé le taux de turn over du SAU et de la MIR suivant la formule suivante :

$$\text{Taux de Turnover } (\%) = \frac{\left(\frac{\text{Nombre de départs} + \text{Nombre d'arrivées}}{2}\right)}{\text{Effectif moyen annuel}} \times 100$$

[53] Selon le rapport « L'ACCUEIL ET LE TRAITEMENT DES URGENCES À L'HÔPITAL Des services saturés, une transformation indispensable du parcours des patients » Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, novembre 2024, p70

[54] Ibid. p.70

[55] Selon un communiqué de presse du Samu Urgences de France du 16 janvier 2025

[56] Ibid. p.71

[57] Selon l'enquête SudF du 17 septembre 2024

Concernant le taux de turn over des IDE au SAU de Saint Antoine :

JOUR SAU	EFFECTIF M1	EFFECTIF M12	NOMBRE DEPART	NOMBRE ARRIVEE	TX TURN OVER (%)
ANNEE 2023	28	28	4	6	17,86
ANNEE 2024	28	33	6	8	23
ANNEE 2025	34	32	10	7	25,75

Tableau 2 : Taux de turn over de l'équipe IDE de jour du SAU

NUIT SAU	EFFECTIF M1	EFFECTIF M12	NOMBRE DEPART	NOMBRE ARRIVEE	TX TURN OVER (%)
2023	30	30	7	8	25
2024	30	31	5	9	23
2025	31	31	7	10	27,42

Tableau 3 : Taux de turn over de l'équipe IDE de nuit du SAU

À l'échelle du SAU de Saint-Antoine, l'analyse des mouvements de professionnels infirmiers (arrivées et départs) permet d'objectiver cette dynamique de turn over important. Le calcul de ce taux des infirmiers diplômés d'État (IDE), de jour comme de nuit, met en évidence des niveaux élevés.

Face à ces difficultés, plusieurs mesures d'attractivité ont été mises en œuvre par le gouvernement. Outre les revalorisations salariales, telles que l'instauration de la prime de risque en 2019[58], les mesures issues du Ségur de la Santé ou encore la majoration des indemnités de nuit et de week-end, d'autres leviers organisationnels émergent.

Le rapport de la Cour des comptes met notamment en avant des dispositifs peu développés, tels que le recours aux infirmiers en pratique avancée (IPA), susceptibles de fluidifier les parcours de soins et de soutenir l'activité médicale. Le développement de protocoles de coopération constitue également un levier d'attractivité, notamment en matière de prescription d'examens par les infirmiers d'accueil et d'orientation, ou encore à travers l'implication des aides-soignants dans la réalisation d'électrocardiogrammes (ECG).

Au SAU de Saint-Antoine, ces dynamiques sont déjà engagées avec la mise en place de trois protocoles de coopération (deux destinés aux infirmiers et un aux aides-soignants). En septembre 2027, un ancien IDE du service, actuellement en formation, réintègrera le SAU en tant qu'IPA. Ces dispositifs participent au renforcement de l'attractivité et à la valorisation des compétences des professionnels paramédicaux.

3.3.2 Tension des ressources humaines en sein de la MIR et leviers d'attractivité

Le secteur de la Médecine Intensive et Réanimation fait face à des contraintes similaires, exacerbées par la réglementation imposant un ratio strict de deux infirmiers pour cinq patients en réanimation et d'un infirmier pour quatre patients en soins intensifs[59].

À l'échelle de l'AP-HP, premier employeur de santé d'Île-de-France, le début de l'année 2026 montre des signes de stabilisation encourageants. En effet, selon le bilan à 3 ans des « 30 leviers pour agir ensemble » de Monsieur Nicolas REVEL, « *l'AP-HP est en passe de retrouver le niveau de ses effectifs infirmiers de 2019. Elle les aura dépassés d'ici l'été 2026 grâce à une forte augmentation des recrutements et à une diminution significative des départs de 30 % entre 2022 et 2025.*[60] ». Ce redressement s'est accompagné de la réouverture de près de 1 000 lits, dont 30 en soins critiques pour adultes, ce qui illustre le lien direct entre effectifs soignants et capacité d'offre de soins.

[58] Selon le décret n° 2019-680 du 28 juin 2019 modifiant le décret n° 92-6 du 2 janvier 1992 portant attribution d'une indemnité forfaitaire de risque à certains agents de la fonction publique hospitalière
[59] Décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques
[60] Site internet de l'AP-HP, rubrique Espace médias, Liste des ressources presses. Mis à jour le 17/03/2026

Malgré ces chiffres encourageants, le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de juillet 2021[61] sur l'offre de soins critique indique que *« l'existence d'un grand nombre de postes vacants accroît la pénibilité structurelle de l'exercice professionnel en réanimation[62] ».*

Ce rapport de l'IGAS montre un paradoxe entre fascination et usure. En effet, le secteur des soins critiques en France traverse une crise paradoxale car il n'a jamais été aussi attractif pour les jeunes diplômés, tout en étant incapable de les retenir sur la durée. Cette attractivité initiale repose sur la haute technicité des services et l'accès à des plateaux techniques d'excellence. Pour beaucoup d'infirmiers, ils *« viennent acquérir un éventail de compétences large et un savoir-faire précieux, ce qui leur permet ensuite d'être bien armé pour de nouvelles orientations. [63]»*

Malgré cet intérêt et selon les organismes interrogés par l'IGAS, la réalité du terrain se traduit par un turn-over massif qui oscille généralement entre 20 % et 30 % par an selon les établissements. En 2020, le taux de turn over en réanimation oscillait entre 5,29% pour Saint Etienne à 50,20% pour l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille[64]. Les données recueillies par l'IGAS montrent que la durée de vie professionnelle dans ces unités est extrêmement brève, dépassant rarement les trois à cinq ans. Ce renouvellement permanent des équipes n'est pas sans conséquences. En effet, il coûte cher en recrutement, en formation ainsi qu'en moyens de remplacements mis en place (heures supplémentaires et/ou intérim). Par ailleurs, il fragilise la qualité des prises en soins. En effet, alors qu'il faut un à deux ans pour maîtriser pleinement les spécificités de la réanimation, le départ précoce des soignants empêche la transmission de l'expérience et *« a un retentissement important sur la motivation des équipes et influx sur la qualité de vie professionnelle [65]».*

Le rapport fait état de quatre facteurs expliquant ces difficultés à fidéliser le personnel soignant :

La pénibilité est d'abord psychologique, marquée par une confrontation permanente à la mort, au stress et à des relations complexes avec les familles, menant près d'un tiers des agents vers un burn-out sévère (étude menée en 2007 sur 165 unités de réanimation françaises[66]).

Des contraintes organisationnelles avec les sous effectifs qui empêche la formation continue, la prise de congés ainsi que la qualité des échanges professionnelle *« perçus comme insuffisants faute de temps [67]*».

L'organisation du travail joue également un rôle crucial : si le rythme des 12 heures et le rythme d'alternance est un argument de recrutement, il devient avec le temps un obstacle majeur à l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle

Enfin, il existe un sentiment de saturation technique. En effet, après trois ans, beaucoup d'infirmiers estiment avoir *« fait le tour du sujet[68] »* de la discipline et cherchent des environnements de soins plus axés sur le relationnel ou la polyvalence.

Au niveau de la MIR de SAT, l'analyse des données d'effectifs et des mouvements du personnel infirmier entre 2023 et 2025 corrobore les chiffres de turn over présenté dans le rapport de l'IGAS.

Il met en lumière des dynamiques profondément différentes selon le rythme de travail mais révèle une fragilisation progressive de l'équipe de jour et un fort taux de turn over de l'équipe de nuit.

[61] Rapport IGAS 2021-017R : L'offre de soins critiques, réponse au besoin courant et aux situations sanitaires exceptionnelles, juillet 2021
[62] Rapport IGAS 2021-017R, p.4
[63] Ibid. p.78
[64] Selon le tableau de turn over des infirmiers de réanimation dans les CHU, p.78, rapport IGAS issu de la conférence nationale des directeurs généraux de CHU
[65] Ibid. p.79
[66] Ibid. p.80
[67] Ibid. p.80
[68] Ibid. p.80

JOUR MIR	EFFECTIF M1	EFFECTIF M12	NOMBRE DEPART	NOMBRE ARRIVEE	TX TURN OVER (%)
ANNEE 2023	18	18	2	2	11,11
ANNEE 2024	18	18	3	3	16,67
ANNEE 2025	16	18	5	3	23,53

Tableau 4 : Taux de turn over de l'équipe IDE de jour de la MIR

Concernant l'équipe de jour, la situation se caractérise par une augmentation constante et linéaire du taux de turnover, qui fait plus que doubler en trois ans pour passer de 11,11 % en 2023 à 23,53 % en 2025. Cette hausse s'explique par un nombre de départs croissant, allant de deux départs en 2023 à cinq départs en 2025. Néanmoins, l'équipe de jour parvient à maintenir une relative stabilité de ses effectifs cibles en fin d'année grâce à des recrutements réguliers qui parviennent à compenser ces départs.

Du côté de l'équipe de nuit, les indicateurs témoignent d'une instabilité beaucoup plus critique, marquée par une crise majeure suivie d'une phase de redressement. En 2023, la situation est déjà complexe avec un taux de turnover élevé à 33,33%, bien que l'équilibre global soit maintenu grâce à une égalité parfaite entre six départs et ses six arrivées. L'année 2024 subit quant à elle une véritable fuite du personnel avec dix départs pour seulement quatre arrivées, provoquant un effondrement des effectifs de dix-huit à onze agents et une explosion du turnover qui atteint 48,27%. L'année 2025 marque heureusement un coup d'arrêt à cette crise puisque les départs sont réduits à un seul, tandis qu'une politique de recrutement massive permet d'accueillir sept nouveaux infirmiers, faisant remonter l'effectif à quinze personnes et redescendre le taux de turnover à 30,77%.

NUIT MIR	EFFECTIF M1	EFFECTIF M12	NOMBRE DEPART	NOMBRE ARRIVEE	TX TURN OVER (%)
2023	18	18	6	6	33,33
2024	18	11	10	4	48,27
2025	11	15	1	7	30,77

Tableau 5 : Taux de turn over de l'équipe IDE de nuit de la MIR

Afin de palier à ces fuites de personnels et aux difficultés de recrutement, des mesures d'attractivité ont été mise en place par le gouvernement. Au niveau des soins critiques, ces mesures sont identiques à celles mise en place au sein des SAU à savoir :

Une prime mensuelle de 100 euros nets pour les infirmiers de réanimation et de soins critiques, annoncée par le gouvernement et versée à partir de janvier 2022. Cette mesure vise à reconnaître la technicité et la pénibilité de ces services. Ainsi, Jean CASTEX, premier ministre en 2022, annonçait lors d'un discours au centre hospitalier intercommunal de Créteil : *« Ces services exigent une qualification, une technicité tout à fait forte et la difficulté de cette tâche peut nuire à l'attractivité dans ces services*[69]*. »*

Un soutien à l'évolution des carrières infirmières, notamment via les infirmiers en pratique avancée (IPA), présentés comme un levier pour fluidifier les parcours et renforcer l'attractivité des équipes.

Le développement des protocoles de coopération, permettant de déléguer certains actes et de mieux répartir les tâches entre professionnels, afin de gagner en souplesse d'organisation. Selon l'article 51 de la loi Hôpital, patients, santé, territoire (HPST)[70] *« Les protocoles de coopération locaux et nationaux permettent d'autoriser depuis 2009 des pratiques déléguées et dérogatoires au sein d'une équipe de professionnels de santé. ».* En juillet 2019[71], l'article 66 de la loi d'organisation et de transformation du système de santé (OTSS) simplifie les démarches.

Par ailleurs, la feuille de route « Soins critiques 2022-2025 »[72] , présentée le 11 mars 2022 par Olivier VERAN, ministre des Solidarités et de la Santé, structure son action autour de cinq axes visant à renforcer

[69] Issus du discours de Jean CASTEX le28 décembre 2021 au CH intercommunal de Créteil
[70] Article 51, loi HPST n°2009 879 du 21 juillet 2009
[71] Article 66, loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé
[72] Feuille de route présenté le 11 mars 2022 par Olivier VERAN, ministre de la Santé

les soins critiques : lever les tensions en ressources humaines, fidéliser les personnels paramédicaux et médicaux, et améliorer l'organisation des filières. S'appuyant sur les préconisations de l'IGAS, le ministre a notamment annoncé :

Le renforcement des effectifs paramédicaux, avec un objectif annoncé d'environ 2800 ETP infirmiers supplémentaires pour les soins critiques, afin d'améliorer le ratio soignant/lits.

L'ouverture et l'adaptation de l'offre de lits, avec plus de 1000 lits de réanimation et d'aval de réanimation annoncés dans la feuille de route, pour sécuriser les parcours et réduire les tensions liées à la saturation.

Ou encore la mobilisation du personnel formé pour les crises sanitaires exceptionnelles, via l'idée d'une réserve sanitaire de professionnels spécialisés en soins critiques

Au regard de ces taux de turn-over, la question de la pérennisation des compétences se pose. L'analyse des dates d'arrivée et de départ des soignants au sein de la MIR et du SAU m'a permis de déterminer l'ancienneté des IDE dans chacun des services. J'ai ainsi distingué les équipes de jour et de nuit, ainsi que les deux secteurs que sont la MIR et le SAU. Il en ressort des résultats nettement contrastés entre ces deux unités.

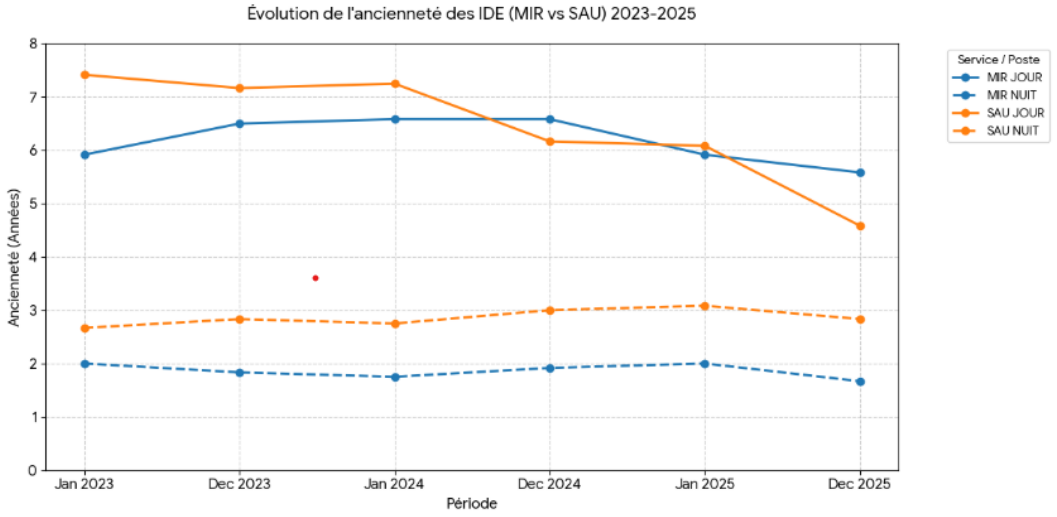


Schéma 2 : Evolution de l'ancienneté des IDE de la MIR et du SAU entre 2023 et 2025

L'analyse de l'ancienneté des IDE entre le SAU et la MIR montre une dynamique très différente entre le jour et la nuit. L'ancienneté des équipes de jour du SAU (en orange sur le schéma) étant pour le minimum de 4 ans et 7 mois tandis que celle de nuit est de 1 an et 8 mois pour la MIR (en pointillé bleu sur le schéma). Ces différences s'expliquent par le mode de recrutement. En effet, les équipes de la MIR et du SAU sont fixes de jour ou de nuit.

Ainsi, au-delà des enjeux quantitatifs liés aux effectifs et aux difficultés de fidélisation, ces dynamiques de turn-over interrogent directement la structuration interne des équipes. En effet, la succession rapide des départs et des recrutements ne se limite pas à un déséquilibre numérique, mais impacte profondément la répartition des niveaux d'expérience, la transmission des compétences et, in fine, la qualité des prises en soins. Dans ce contexte, il apparaît essentiel d'analyser plus finement la composition des équipes infirmières de la MIR, afin d'objectiver les effets de ces tensions sur l'équilibre des profils et les dynamiques professionnelles au sein du service.

3.3.3 Analyse de la composition des équipes IDE de la MIR de Saint Antoine

Au sein de la MIR de jour, nous observons une baisse progressive de l'expérience globale. Après avoir atteint son pic en janvier 2024 avec une ancienneté moyenne de 6 ans et 7 mois, elle amorce une baisse pour atteindre en décembre 2025, une ancienneté moyenne de 5 ans et 7 mois. Ces chiffres sont néanmoins à relativiser car les IDE étant passé de jour après leur passage de nuit ont eu leur ancienneté remise à zéro par rapport à la modification du rythme horaire. Nous gardons cependant une ancienneté non négligeable.

À l'opposé, la MIR de nuit présente une ancienneté la plus faible, stagnant autour de 20 mois.

Ainsi, les postes de jour sont pourvus par l'équipe de nuit selon un ordre d'ancienneté. Les recrutements se font donc principalement sur les équipes de nuit créant un écart d'expertise importants entre les équipes de jour et de nuit.

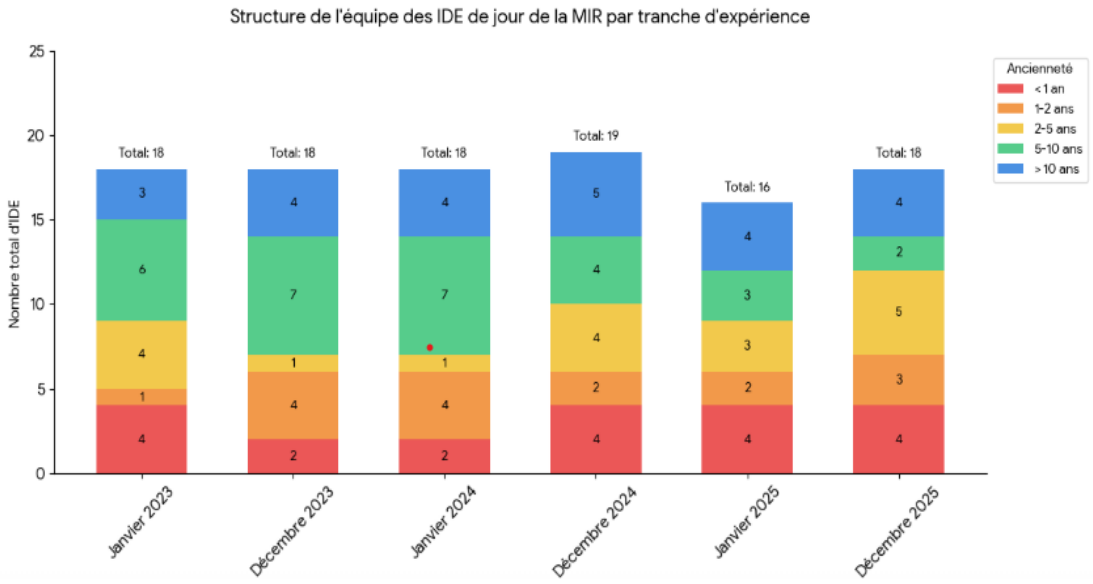


Schéma 3 : Structure de l'équipe infirmière de jour de la MIR par tranche d'expérience

L'analyse de la structure des effectifs infirmiers de jour de la MIR, révèle une physionomie d'équipe plus stable que celle du SAU, bien que marquée par des mouvements internes significatifs au sein de la pyramide des expériences. La MIR présente une stabilité quantitative car le nombre total d'infirmiers oscillant de manière constante autour de dix-huit agents sur l'ensemble de la période, avec un léger creux à seize en janvier 2025 rapidement compensé en fin d'année. Cette constance des effectifs totaux constitue un atout structurel majeur pour une unité de soins critiques, permettant d'envisager une gestion des compétences sur le temps long.

Toutefois, une analyse qualitative fine montre une érosion préoccupante du segment des « experts intermédiaires », à savoir la tranche des cinq à dix ans d'expérience, dont l'effectif chute de six à seulement deux agents entre janvier 2023 et décembre 2025. Cette perte de capital d'expérience, cruciale pour la gestion des situations cliniques complexes propres à la réanimation est heureusement contrebalancée par deux leviers organisationnels : le maintien d'un socle de très haute expertise (plus de dix ans d'ancienneté) et la consolidation de la tranche des deux à cinq ans qui passe d'un seul agent fin 2023 à cinq en décembre 2025. Ce basculement suggère une stratégie de fidélisation réussie des professionnels après leur phase d'intégration initiale.

D'un point de vue managérial, l'équipe de jour de la MIR affiche un profil en mutation équilibrée plutôt qu'en reconstruction totale. Le flux de recrutement des nouveaux arrivants (moins d'un an d'ancienneté) reste stable avec quatre agents par an, garantissant un renouvellement maîtrisé sans saturer les capacités d'encadrement des seniors. L'enjeu pour le cadre de santé réside désormais dans l'accompagnement spécifique du groupe des deux à cinq ans afin qu'elle puisse, à terme, combler le vide laissé par le départ des profils de cinq à dix ans d'expérience. Cette trajectoire de professionnalisation, sécurisée par la présence constante de quatre à cinq piliers très expérimentés, permet à la MIR de maintenir un haut niveau de sécurité des soins tout en gérant activement le renouvellement des professionnels.

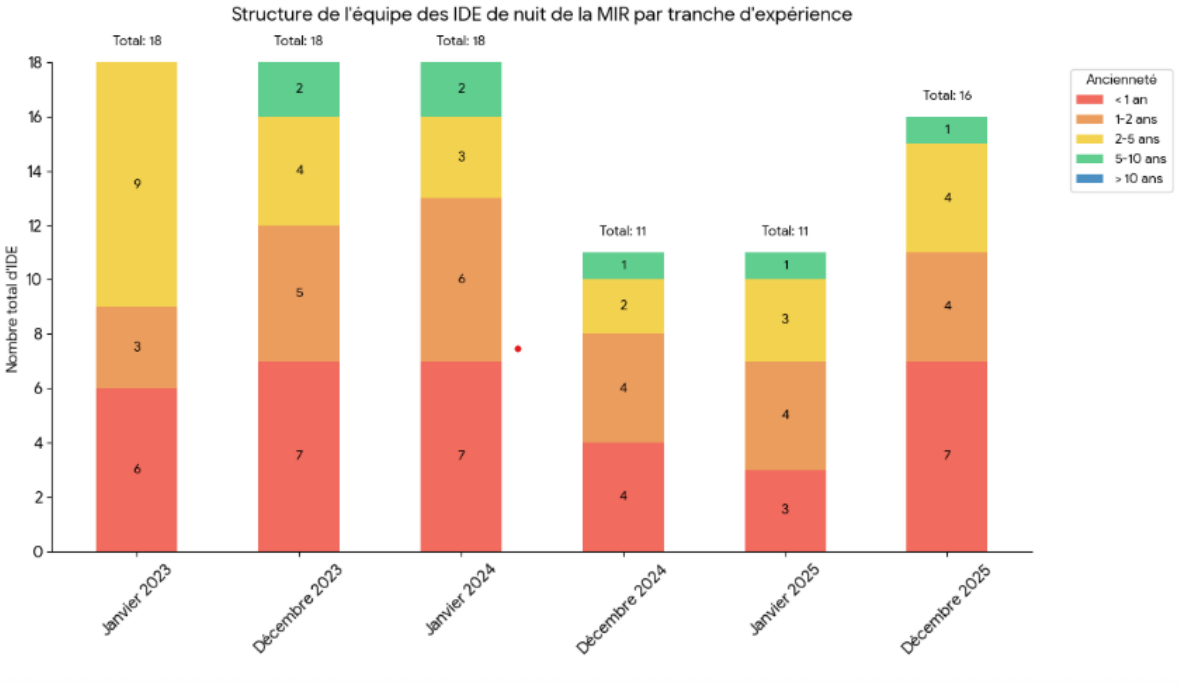


Schéma 4 : Structure de l'équipe infirmière de nuit de la MIR par tranche d'expérience

A contrario, l'évolution de l'équipe infirmière de nuit au sein de la MIR témoigne d'une période d'instabilité. Entre janvier et décembre 2024, l'organisation a subi un choc quantitatif majeur avec la perte de près de 40% de ses effectifs, passant de dix-huit à onze infirmiers. Cette situation, qui s'est prolongée jusqu'en janvier 2025, est consécutive à une crise d'attractivité pour le travail de nuit. Cependant, le recrutement de cinq nouveaux agents à partir de septembre 2025 permette un retour partiel à l'équilibre numérique avec seize professionnels, cette reprise cache une fragilité structurelle profonde.

La problématique centrale réside ici dans la transformation qualitative de l'équipe, souvent qualifiée de phénomène de juniorisation[73]. En janvier 2023, l'équipe bénéficiait d'un certain équilibre avec 50 % de l'effectif possédant plus de deux ans d'expérience. En décembre 2025, la situation s'est inversée de manière alarmante. Désormais, 69 % de l'équipe dispose de moins de deux ans d'ancienneté, dont 44 % ayant moins d'un an d'expérience. Le poids de la responsabilité repose désormais sur un groupe très restreint d'infirmiers expérimentés. Ces derniers, en plus de leur charge de soins propre, doivent assurer un mentorat constant auprès de leurs nombreux collègues novices, ce qui génère une surcharge cognitive et un risque élevé de désengagement à court terme.

Dans le cadre du projet de bi-compétence, il apparaît pertinent d'effectuer la même analyse pour le service d'accueil des urgences. L'étude de la composition de cette équipe permet ainsi de mettre en perspective ces dynamiques et d'identifier d'éventuelles convergences ou spécificités dans l'évolution des profils et des niveaux d'expérience.

3.3.4 Analyse de la composition des équipes du Service d'Accueil des Urgences

Après avoir maintenu un socle d'expertise solide au-delà de sept ans pendant la majeure partie de la période (jusqu'en janvier 2024), l'équipe IDE du SAU de jour subit une chute brutale pour terminer l'année 2025 avec une ancienneté moyenne de quatre ans et sept mois. Cette baisse s'explique par le départ d'IDE expérimenté vers d'autre formation (IPA), départ de la région parisienne etc. Ils ont été remplacés par de nouveaux arrivants (souvent des passages de soignants de nuit vers le jour) ce qui fragilise inévitablement la mémoire organisationnelle dans une unité soumise à une forte pression.

[73] Roberta MATUSON décrit le concept de juniorisation dans son article intitulé « La "juniorisation" des organisations : pourquoi cette idée devrait être mise en pause » publié le 20 juin 2016. Elle définit ce terme comme un remplacement rapide des travailleurs plus âgés par des travailleurs plus jeunes.

Malgré un taux de turn-over important, le service garde une ancienneté non négligeable permettant la transmission des savoirs.

Concernant le SAU de nuit, la situation est plus linéaire. Bien que l'ancienneté reste modérée (environ 3 ans), elle demeure supérieure à celle de la nuit en réanimation, indiquant une relative stabilité des équipes de nuit dans ce service

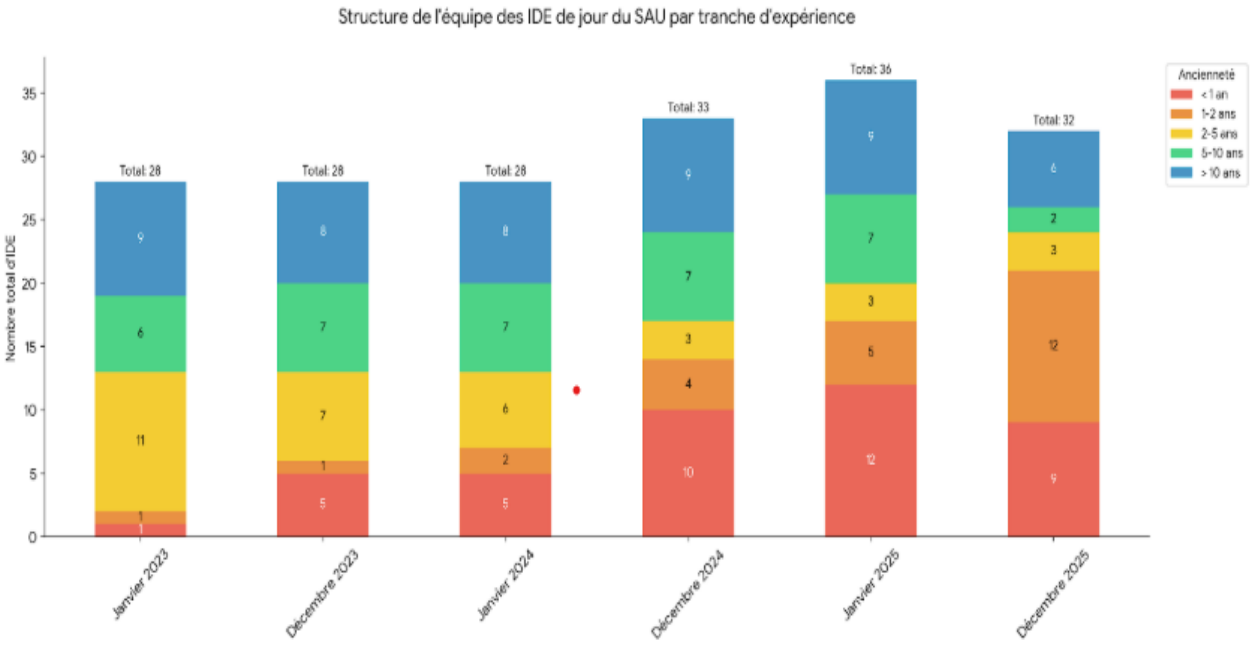


Schéma 5 : Structure de l'équipe des IDE du SAU de jour par tranche d'expérience

Entre janvier 2023 et décembre 2025, l'organisation soignante du SAU connaît une mutation structurelle majeure, marquée par un déséquilibre entre croissance quantitative et stabilité qualitative. Si l'effectif initial de vingt-huit infirmiers demeure stable jusqu'au début de l'année 2024, une phase d'expansion s'amorce ensuite pour répondre à l'augmentation capacitaire de l'UHTCD, passée de onze à seize lits, nécessitant l'adjonction de deux ETP supplémentaires. Cette dynamique est ponctuellement accentuée en janvier 2025 par un pic à trente-six agents, intégrant des renforts destinés à pallier trois congés maternité.

Toutefois, cette montée en charge s'accompagne d'un basculement critique de la pyramide d'ancienneté. En trois ans, la proportion d'infirmiers possédant moins de deux ans d'expérience au sein du service est passée de seulement 7% à plus de 65%, représentant désormais vingt et un agents sur un effectif total de trente-deux. Ce phénomène s'explique par l'érosion du groupe d'anciens IDE du service. En effet, la tranche pivot des deux à cinq ans d'expérience s'est effondrée, passant de onze à trois personnes, tandis que le volume de soignants confirmés (plus de cinq ans d'ancienneté) a été quasiment divisé par deux, chutant de quinze à huit agents.

Le service se trouve ainsi dans une phase de reconstruction profonde de son socle de compétences. Si la fin de l'année 2025 montre un signal encourageant avec le basculement de douze infirmiers dans la tranche d'un à deux ans d'ancienneté, témoignant d'une montée en compétences progressive des derniers arrivants, l'enjeu managérial reste crucial. La pérennisation de cette équipe « en construction » impose de transformer cet afflux massif de nouveaux profils en un capital d'expérience stable, indispensable pour sécuriser durablement la qualité et la sécurité des soins aux urgences.

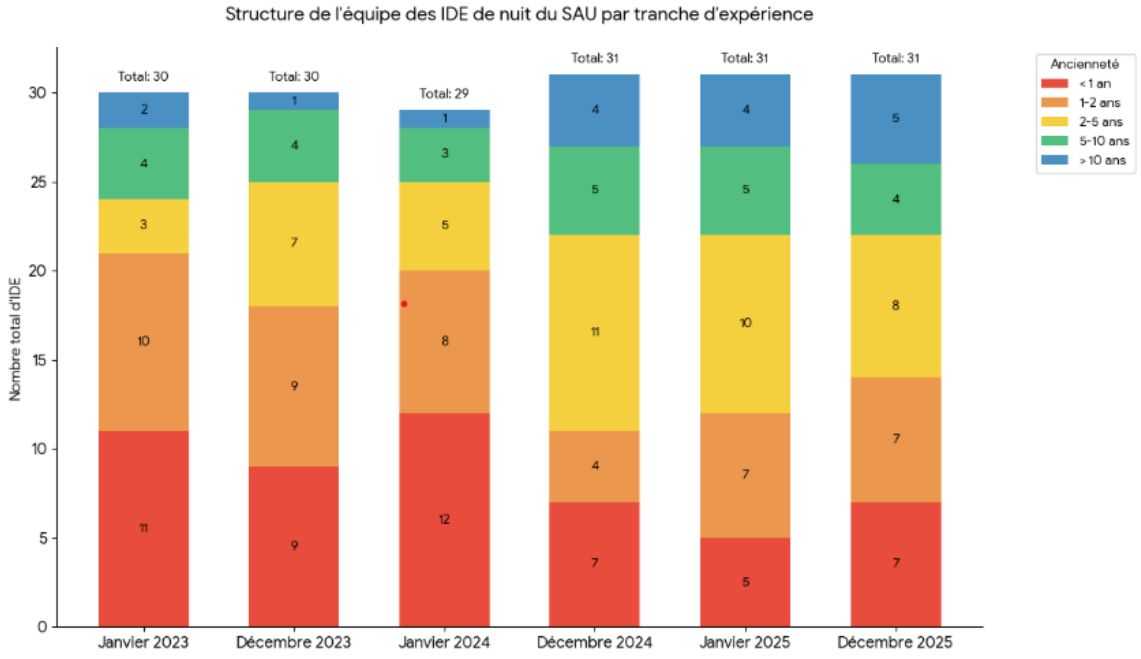


Schéma 6 : Structure de l'équipe infirmière de nuit du SAU par tranche d'expérience

L'analyse de la structure des effectifs infirmiers de nuit au SAU révèle une dynamique de consolidation du capital humain bien plus favorable que celle observée en journée, marquant une transition réussie d'une équipe junior vers une organisation mature. Alors qu'en 2023 et au début de l'année 2024, le service se trouvait dans une phase de vulnérabilité relative avec plus de la moitié de l'équipe possédant moins de deux ans d'expérience, la période se clôture sur un profil de compétences équilibré et sécurisant. Cette évolution s'inscrit dans un cadre de stabilité quantitative, les effectifs totaux restant constants entre vingt-neuf et trente et un agents, ce qui a permis de transformer un renouvellement initial important en une véritable trajectoire de professionnalisation interne.

Le marqueur principal de cette réussite managériale est la montée en puissance spectaculaire de la tranche pivot des deux à cinq ans d'ancienneté, véritable pivot du service. Cette tranche progresse de trois agents en janvier 2023 pour atteindre onze agents en décembre 2024, avant de se stabiliser à huit en fin de période. Ce renforcement du socle intermédiaire est complété par une croissance nette de la haute expertise. Le nombre d'infirmiers disposant de plus de dix ans d'ancienneté a plus que doublé, passant de deux à cinq agents. En cumulé, avec neuf professionnels affichant plus de cinq ans d'expérience en décembre 2025, l'équipe de nuit dispose désormais d'un maillage de mentors et d'experts suffisant pour encadrer les nouveaux arrivants.

D'un point de vue stratégique, cette analyse démontre une capacité de rétention des compétences indispensable à la continuité des soins d'urgences nocturnes. Contrairement à la dynamique de juniorisation constatée sur l'équipe de jour, l'équipe de nuit a su pérenniser ses effectifs, offrant au manager de santé une structure solide où le transfert de savoirs est assuré par une pyramide des âges harmonieuse. Cette stabilisation du capital expérience constitue un levier majeur pour la sécurité des soins et suggère que les dispositifs de fidélisation ou les conditions d'exercice de nuit ont favorisé un ancrage durable des professionnels au sein de l'institution.

4- Le projet managérial

4.1 Préparation du projet

4.1.1 La naissance du projet

La genèse de ce projet de bi-compétence repose initialement sur une convergence d'aspirations individuelles et de constats collectifs au sein de l'équipe soignante. L'initiative a été impulsée par la demande d'un infirmier

de la MIR qui, fort d'une expérience complémentaire lors d'heures supplémentaires aux urgences, a manifesté le souhait de pérenniser une pratique transversale. Cette démarche individuelle a rapidement révélé un intérêt partagé par d'autres professionnels, soulignant une volonté latente d'enrichissement des compétences et de diversification des parcours de soins.

Cette dynamique se confirme également à travers l'observation des parcours de formation initiale. L'analyse des stages préprofessionnel met en évidence une hésitation récurrente chez les étudiants de fin de cursus entre les soins critiques et le service des urgences. Deux spécialités perçues comme complémentaires mais souvent cloisonnées. L'intérêt manifesté par une étudiante lors de son stage de dernier semestre pour un parcours mixte témoigne de la valeur ajoutée de cette approche dans l'accompagnement de la prise de poste. En proposant une immersion structurée dans ces deux univers, l'organisation répond à un besoin d'orientation des futurs diplômés tout en sécurisant leur intégration.

Sur le plan organisationnel et structurel, la pertinence d'une bi-compétence urgence-réanimation est soutenue par une collaboration médicale et géographique préexistante. L'appartenance des deux services au même Département Médico-Universitaire (DMU) et leur cohabitation au sein du même bâtiment facilitent naturellement les interactions. Cette proximité est d'autant plus stratégique que les flux de patients sont interconnectés. Environ 40 % des admissions en réanimation proviennent directement du service d'accueil des urgences. La collaboration inter-équipes apparaît donc comme le prolongement logique d'une réalité clinique déjà ancrée dans les pratiques.

Enfin, ce projet s'inscrit dans une réflexion managériale plus large sur l'attractivité et la fidélisation des ressources humaines. Suite à la crise des effectifs subie par la MIR à partir de décembre 2024, la création d'un parcours de bi-compétence constitue un levier de différenciation managériale majeur. Une fois la phase critique de stabilisation des effectifs engagée, la mise en œuvre de ce projet permet non seulement de répondre aux attentes d'évolution des soignants, mais aussi de renforcer la résilience de l'organisation face aux tensions de recrutement.

4.1.2 La formalisation du projet et les outils de sa gestion

Ce projet a pris corps dans le cadre du Master 2 Management des Organisations Soignantes, constituant le cœur d'une réflexion managériale appliquée. Sa structuration initiale a reposé sur la formalisation rigoureuse d'une fiche mission et d'une fiche projet (Cf. annexe 1 et 2), toutes deux validées par l'encadrement supérieur du site Saint-Antoine, assurant ainsi l'indispensable portage institutionnel nécessaire à sa réussite.

- Le diagramme de Gantt

La réalisation d'un diagramme de Gantt a permis de structurer dans le temps, les différentes échéances et surtout d'avancer dans la gestion du projet

Selon Grégory HENNION[74], le diagramme de Gantt constitue un outil structurant qui contribue à rendre la gestion de projet plus lisible et organisée. En offrant une représentation chronologique des différentes étapes, il permet de visualiser rapidement l'enchaînement des tâches, facilitant ainsi la compréhension globale du projet. Cet outil permet également de centraliser les informations essentielles. Chaque phase y est définie par des dates de début et de fin, ce qui favorise un suivi précis de l'avancement.

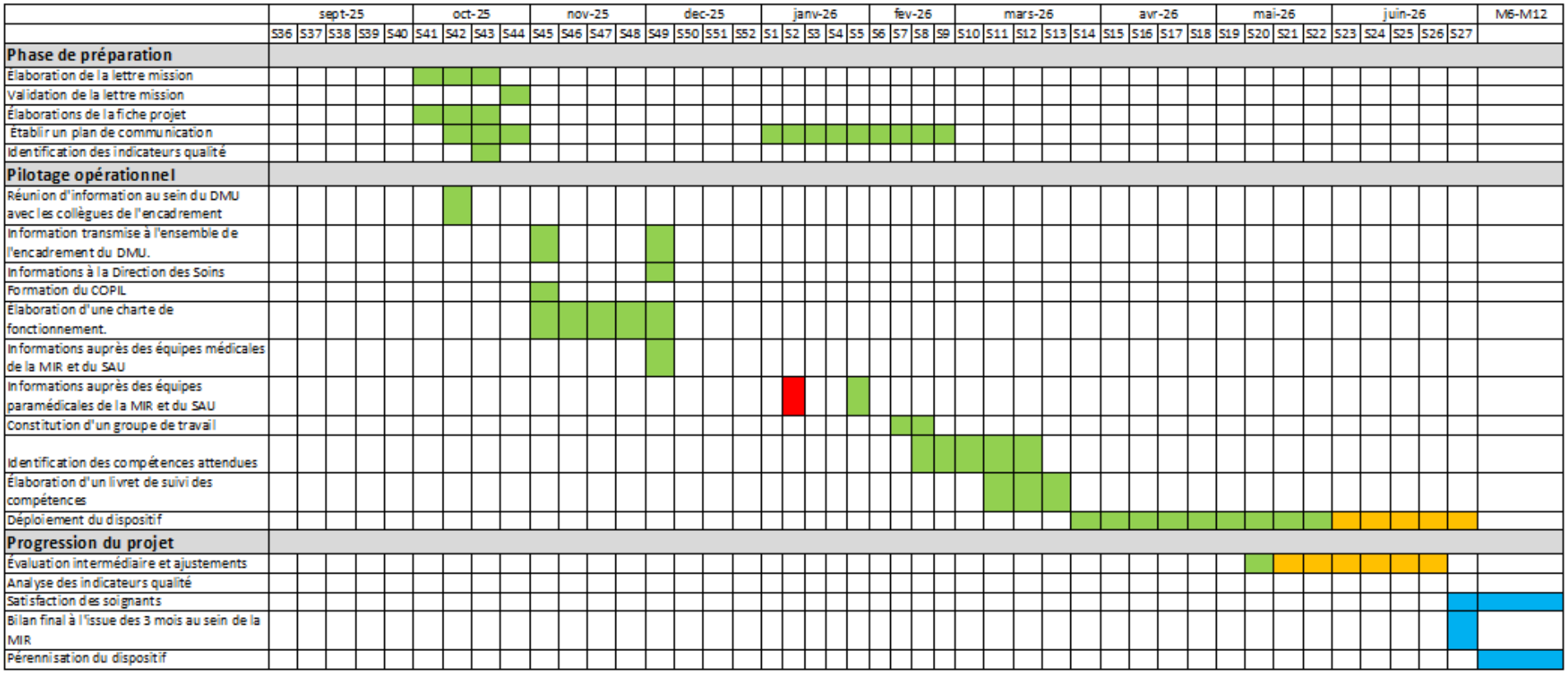
Par ailleurs, le diagramme de Gantt s'apparente, selon Grégory HENNION à *« une véritable feuille de route visuelle[75] »* qui facilite, selon Jérôme MAES[76] et François DEBOIS[77] *« l'affichage des tâches de regroupement, pour disposer de vues de synthèse du planning ;[78] ».*

Ainsi, le diagramme de Gantt s'impose comme un outil essentiel pour piloter efficacement un projet.

.

[74] Grégory HENNION est expert en gestion de projet. Il est le fondateur du blog Bubble Plan
[75] Source : Blog Bubble Plan de Grégory HENNION
[76] Jérôme MAES est directeur de l'offre et de l'expertise du groupe Cegos et cofondateur du mastère spécialisé « Management et Direction de Projets » de CentraleSupélec, il est ingénieur AgroParisTech.
[77] François DEBOIS est Directeur de l'excellence et de l'innovation en matière d'apprentissage chez L'Oréal
[78] La boîte à outil du chef de projet, outil 31 le diagramme de Gantt, p.86-87

DIAGRAMME DE GANTT - PROJET BI COMPETENCE SAU/MIR



Légende:

	Réalisé
	En cours
	N'a pas pu être fait
	Programmé

- L'analyse SWOT

L'utilisation d'une analyse SWOT a ensuite permis de matérialiser les axes stratégiques du dispositif, en identifiant les leviers de succès et les freins potentiels tout en définissant précisément le périmètre d'action de cette nouvelle organisation de travail.

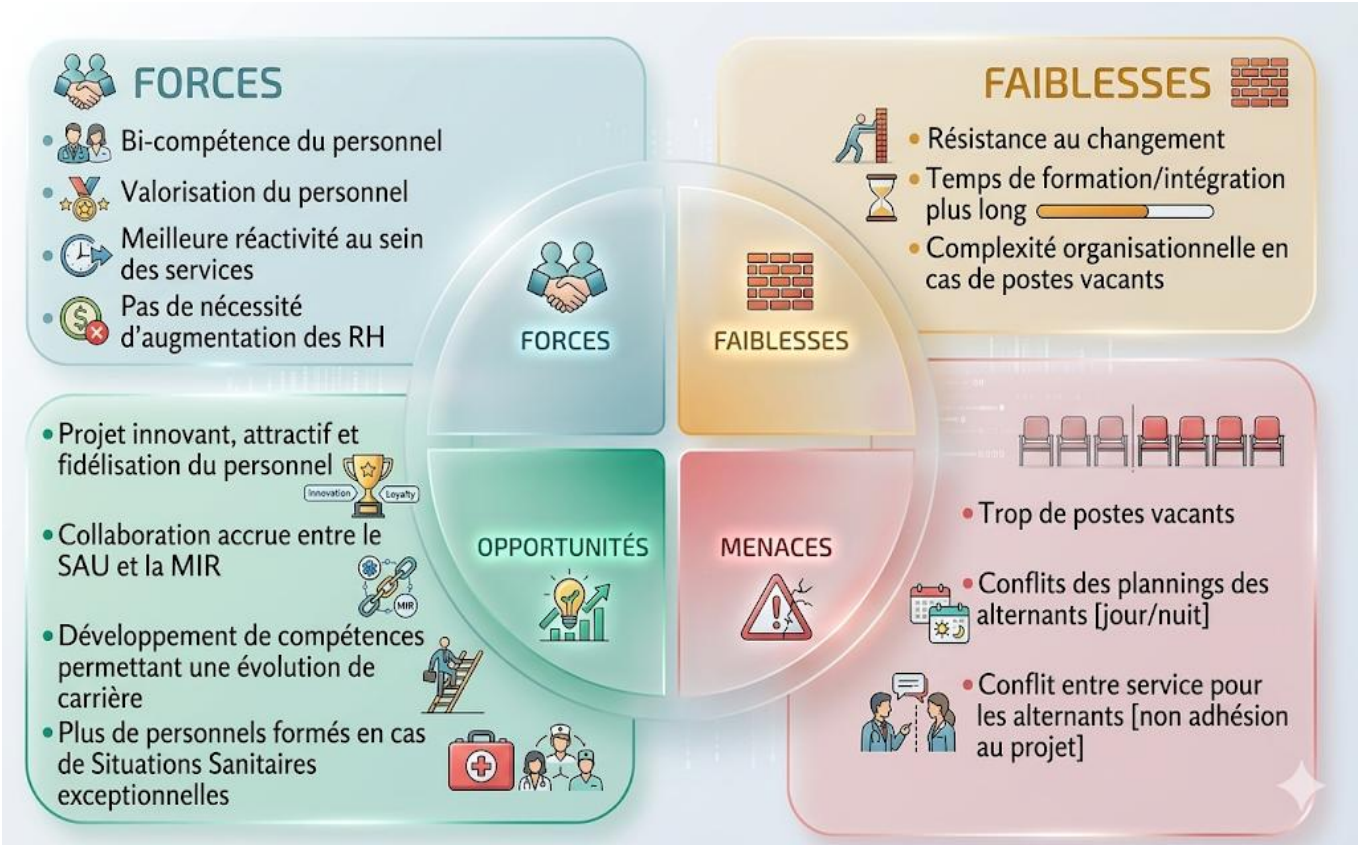


Schéma 7 : Analyse SWOT du projet de bi -compétence

- Le sociogramme

Cependant, au-delà de cette planification administrative et stratégique, la viabilité du projet dépend intrinsèquement des dynamiques relationnelles au sein des équipes, dimension que nous allons désormais approfondir à travers l'analyse du sociogramme.

Il révèle une organisation matricielle et collaborative, pensée pour dépasser les silos traditionnels des services de soins. En plaçant le chef de projet au centre du schéma, je montre une volonté de transversalité où le portage du projet de bi-compétence ne repose pas sur une autorité descendante classique, mais sur une convergence d'intentions. En tant que le chef de projet, j'ai un positionnement stratégique en agissant comme une interface de coordination, captant les flux d'un but commun qui émanent des équipes opérationnelles (IDE et AS) des deux unités.

Le soutien institutionnel est clairement identifié par l'inclusion de la Direction des Soins et du Cadre Supérieur de Santé en périphérie haute, garantissant la légitimité politique et les ressources nécessaires. Nous observons que la hiérarchie reste structurante, avec des liens verticaux clairs allant des cadres de proximité vers leurs équipes respectives. Toutefois, la force du dispositif réside dans la relation de collaboration horizontale entre le cadre de santé de la MIR et celui du SAU. Cette alliance managériale est le verrou de sécurité du projet. Sans cette entente, la mobilité des agents entre les deux services serait compromise par des enjeux de planning ou de territorialité.

L'intégration de l'équipe médicale unifiée SAU/MIR et du mentorat au bas du sociogramme souligne la dimension clinique et pédagogique de la bi-compétence. Les liens de collaboration en pointillés montrent une interdépendance fonctionnelle où le savoir médical et l'accompagnement par les pairs viennent soutenir l'effort opérationnel. Cette configuration permet de sécuriser le parcours de l'agent bi-compétent en lui offrant un filet de sécurité à la fois managérial (les cadres) et professionnel (le mentorat).

En somme, ce sociogramme illustre une organisation apprenante où la hiérarchie s'efface partiellement au profit d'un objectif partagé. La densité des flèches de « but commun » convergeant vers le centre suggère une adhésion des soignants de terrain, élément crucial pour la réussite de ce type de projet. Ce schéma confirme que la bi-compétence n'est pas seulement un dispositif RH de mobilité, mais un véritable projet de service intégré visant à décloisonner les pratiques au profit de la qualité des soins.

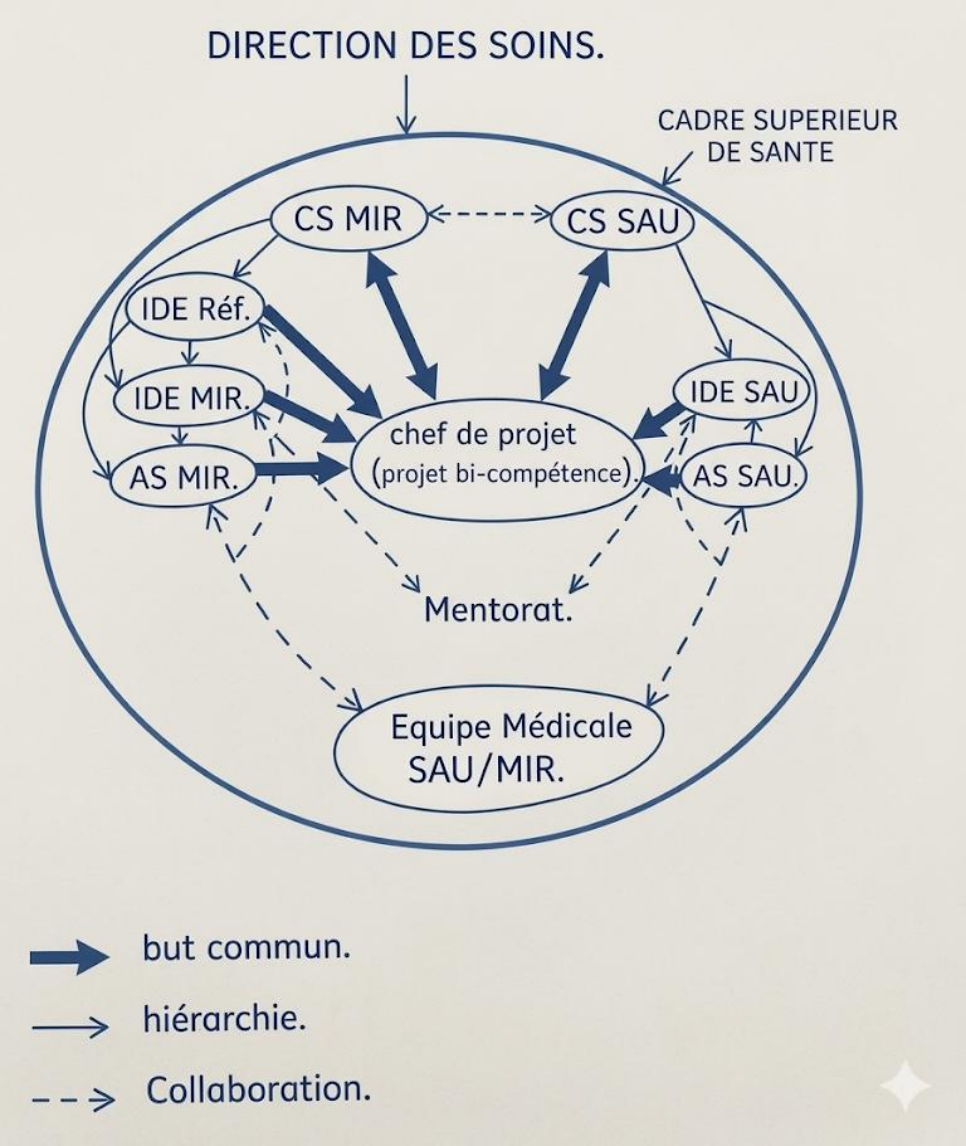


Figure 9 : Sociogramme du projet bi-compétence SAU/MIR

4.1.3 Benchmarking auprès de deux structures hospitalières

Dans le cadre de la présentation de mon projet managérial présenté en octobre 2025 à l'ESM et de la démarche de benchmarking associée, j'ai pu recueillir deux retours d'expérience significatifs. Ces échanges, avec des collègues de promotion, ont permis de mettre en perspective différentes stratégies de coopération entre deux services.

Le premier modèle, observé au sein de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, s'inscrit dans une logique de fidélisation des ressources humaines. Ce dispositif repose sur une mobilité unidirectionnelle où une infirmière des urgences est intégrée en réanimation médicale pour une période de trois mois, sans exigence de réciprocité. L'objectif managérial est ici clairement identifié car il s'agit d'offrir une perspective d'évolution et une diversification des pratiques pour stabiliser l'agent dans son parcours professionnel, évitant ainsi un départ définitif vers un autre secteur ou hors de l'institution.

Le second exemple, identifié dans un établissement hospitalier parisien, privilégie une approche de polyvalence fondée sur la base du volontariat. Ce système repose sur l'alternance de binômes infirmiers qui permutent entre les urgences et le SMUR tous les mois. Contrairement au premier cas, cette organisation mise sur la réciprocité et la complémentarité des compétences, créant ainsi une dynamique de coopération durable entre les deux unités de soins. A l'heure actuelle, six infirmiers sont engagés dans cette démarche d'alternance et de polyvalence. La cadre de santé du SAU m'a alors indiqué qu'il s'agissait d'un facteur d'attractivité important pour le service avec un certain nombre de professionnels qui prennent un poste dans une perspective de future polyvalence.

Ces deux approches illustrent des leviers managériaux distincts, oscillant entre la rétention individuelle des compétences et la construction d'une polyvalence d'équipe structurée.

4.1.4 Communication stratégique et mobilisation des parties prenantes

La seconde phase du projet a été consacrée à la communication institutionnelle et à la mobilisation des acteurs clés. En effet, selon Hugues MARCHAT *« s'assurer que les objectifs sont clairs et bien compris de tous* [79]*»* est un prérequis essentiel à la gestion de projet.

En octobre 2025 et avec le soutien de l'encadrement supérieur, le projet de bi-compétence a fait l'objet d'une présentation formelle lors d'une réunion d'encadrement du DMU. Cette étape a permis d'exposer les enjeux aux collègues des urgences ainsi qu'à mon binôme d'encadrement de la réanimation médicale, assurant ainsi une cohérence managériale dès le lancement.

Parallèlement, le soutien de la Direction des Soins a marqué un tournant décisif dans le portage institutionnel du projet. L'adhésion de la direction a été particulièrement renforcée par l'argumentaire relatif à la gestion des risques. La bi-compétence permet en effet d'augmenter le nombre de soignants qualifiés mobilisables en cas de Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE). Enfin, l'implication des chefs de service de la MIR et du SAU a permis d'inscrire le projet dans une perspective médicale globale, anticipant les impacts organisationnels pour l'ensemble du corps médical et garantissant une vision partagée au-delà de la seule sphère paramédicale.

4.2 Pilotage opérationnel

Le cadrage du projet s'est articulé autour d'une démarche participative visant à sécuriser l'adhésion de l'encadrement de proximité. Lors d'une réunion avec l'encadrement supérieur, j'ai présenté aux cadres de santé des urgences ainsi qu'à ma collègue de la MIR les prochaines étapes du projet. Le but était d'évaluer la faisabilité opérationnelle et susciter un engagement collectif. Cette dynamique s'est concrétisée lors de la réunion du 6 novembre 2025, réunissant l'intégralité des cadres de jour et de nuit. Ce temps d'échange a été le point de départ d'une collaboration transversale. La mise en place d'un environnement numérique partagé sur Teams, a facilité une co-construction des supports et un suivi en temps réel de l'avancée des travaux.

Pour structurer cette collaboration, un Comité de Pilotage (COPIL) a été instauré, regroupant l'encadrement de la MIR, le collectif cadre du SAU ainsi que l'encadrement supérieur du DMU DEMIURGE. La mission centrale de ce comité a été de produire une charte de fonctionnement, document de référence indispensable pour définir une ligne directrice commune. L'aboutissement de ces travaux a permis de formaliser des règles de fonctionnement claires et pérennes, garantissant aux soignants une lisibilité totale sur leur parcours et sécurisant ainsi le déploiement opérationnel du projet de bi-compétence.

4.2.1 Elaboration d'une charte de fonctionnement

La charte (Cf. annexe 3) vise à organiser le passage de soignants entre le SAU et la MIR, dans un premier temps pour les infirmiers, puis, dans un second temps, pour les aides-soignants. L'objectif est de sécuriser les prises en charge, de fluidifier les effectifs et de former des professionnels capables d'évoluer dans les deux environnements.

[79] Hugues Marchat est spécialisé dans le conseil et la formation en conduite de projet. Le kit du chef de projet, p129

- Contenu principal

Le texte précise d'abord le périmètre du dispositif, avec les secteurs concernés : SAU, UHTCD, zones froide et tiède, box, et MIR. Il rappelle aussi une limite importante : le poste d'IOA ne peut pas être occupé par des soignants de MIR car il requiert une formation spécifique propre aux urgences.

Le document insiste ensuite sur les principes généraux : sécurité des patients, respect des recommandations nationales, équité entre professionnels, accès à la formation. Quand un agent est affecté dans l'un ou l'autre service, il doit respecter les règles de fonctionnement de ce service. Il peut également participer à des formations ou des sessions de simulations communes.

- Organisation des équipes

La charte décrit les profils attendus pour la bi-compétence : professionnels ayant déjà une expérience dans l'un ou l'autre service, soignants confirmés mais également des jeunes diplômés, avec une expérience minimale recommandée dans le service d'origine. Elle prévoit également la mise en place d'un groupe de travail pour définir les modalités d'alternance, notamment via la gestion du temps de travail et du prêt de personnel sur le logiciel planning.

Sur le plan de la planification, le document rappelle que chaque soignant reste sous la responsabilité de l'encadrement du service où il est affecté. Les remplacements doivent suivre les règles internes de l'AP-HP. En cas d'absence imprévue, il est demandé un remplacement selon la procédure prévue, sans « récupérer » un agent prêté pour combler un manque ponctuel ailleurs.

- Formation et montée en compétences

Un volet important concerne la formation : accueil, mentorat, simulation et formations ciblées sur des gestes et situations techniques comme l'intubation, la ventilation, les drogues vasoactives, la douleur ou l'hygiène. La charte prévoit aussi un mentorat avec des référents dans chaque service, ainsi qu'un guide commun d'évaluation des compétences pour suivre l'autonomisation des professionnels.

- Évaluation et gouvernance

Le dispositif doit être évalué au moins une fois par an à partir d'indicateurs de suivi. Ces indicateurs portent sur l'organisation, la qualité et la sécurité des soins et la satisfaction des professionnels, avec notamment le taux de soignants formés, le temps de formation, les événements indésirables et l'attractivité du dispositif.

- Portée managériale

Dans le cadre d'un master 2 management des organisations soignantes, ce document illustre surtout une logique de pilotage du changement : formalisation d'un dispositif de coopération entre services, sécurisation des compétences et encadrement par des règles partagées.

4.2.2 Présentation du projet aux équipes soignantes

Dans le cadre de la mise en place du projet de bi-compétence Urgences/Réanimation, une phase de présentation a été organisée auprès des équipes soignantes des deux unités concernées afin d'assurer une information complète et de susciter l'intérêt des professionnels. Cette étape avait pour objectif de mobiliser les acteurs volontaires autour d'une démarche participative, fondée sur la co-construction du projet.

Au sein du Service d'Accueil des Urgences, quatre réunions ont été tenues : deux pour les équipes de nuit, chacune de 6h00 à 7h00 et en présence de l'encadrement de proximité, puis deux de jour. Ces réunions ont rassemblé :

- 22/01 de nuit : onze infirmiers et six aides-soignants
- 23/01 de jour : huit infirmiers et un étudiant en soins infirmiers
- 26/01 de nuit : neuf infirmiers et neuf aides-soignants
- 29/01 de jour : six infirmiers et huit aides-soignants

Ces rencontres ont permis d'informer directement 34 infirmiers et 23 aides-soignants ainsi qu'un étudiant en soins infirmiers. Seuls les professionnels manifestant un intérêt pour le projet ont participé aux réunions et se sont investis activement dans les échanges.

De la même manière, quatre réunions ont été organisées au sein de la Médecine Intensive-Réanimation :

- Le 23 janvier de jour : sept infirmiers, quatre aides-soignants et un agent de service hospitalier qualifié
- Le 26 janvier de jour : sept infirmiers et trois aides-soignants
- Le 26 janvier de nuit : six infirmiers et trois aides-soignants
- Le 29 janvier de jour : cinq infirmiers et deux aides-soignants

Au total, vingt-sept infirmiers, douze aides-soignants et un ASHQ ont été informés du projet au sein de la MIR.

Toutes les réunions ont suivi une trame identique. Après une présentation synthétique du dispositif de bi-compétence, déjà connu par une majorité des agents, le projet a été formalisé et expliqué comme une démarche co-construite en collaboration avec les équipes des deux unités. Chaque rencontre s'est conclue par la proposition de constituer un groupe de travail chargé d'affiner les modalités pratiques et d'organiser une phase d'expérimentation prévue à partir du mois d'avril.

Les échanges ont été particulièrement riches, notamment au sein du SAU, où plusieurs interrogations ont porté sur la possibilité pour les volontaires de se retirer du dispositif en cas d'inconfort en réanimation. En réponse, il a été convenu, en accord avec l'encadrement, de prévoir des journées d'observation en réanimation avant tout engagement définitif, afin de garantir une adhésion progressive et respectueuse des contraintes individuelles et collectives. D'autres questions ont concerné la temporalité de l'alternance entre les deux services. Ces aspects ont été laissés à la concertation du groupe de travail, dans un esprit de construction partagée visant à assurer la cohérence et la pérennité du projet.

En revanche, sa présentation au sein de la réanimation a donné lieu à des réserves plus marquées, révélant des représentations contrastées et des résistances à l'évolution proposée. Cette situation constitue un support d'analyse particulièrement intéressant pour interroger les enjeux de conduite du changement, d'adhésion des équipes et de pilotage managérial dans un contexte de transformation organisationnelle.

4.2.3 Analyse des résistances au sein de la MIR

- Le contexte

Ces temps d'échange ont permis d'identifier une résistance significative de la part des professionnels, traduisant une faible adhésion au projet et un intérêt limité pour l'acquisition de compétences complémentaires au sein du service d'accueil des urgences. Cette réaction s'est particulièrement manifestée chez les infirmiers, directement concernés par le dispositif. Il a mis en évidence des inquiétudes professionnelles ainsi que des enjeux managériaux liés à la conduite du changement. La situation révèle ainsi une tension entre une volonté managériale d'évolution et une appropriation insuffisante du projet par les équipes concernées.

- Les professionnels concernés

Les professionnels concernés par ce projet sont, au sein de la réanimation médicale, l'infirmière référente, les infirmiers, les aides-soignants ainsi que l'encadrement de proximité. Le chef de service est également impliqué, dans la mesure où il a été informé de la démarche et a exprimé, *a postériori*, des réserves quant à l'intérêt, pour les soignants de réanimation, de venir exercer aux urgences. Cette position influence nécessairement les représentations des équipes paramédicales et participe au climat d'adhésion ou de réticence observé. Par ailleurs, les usagers sont indirectement concernés, dans la mesure où ce projet vise à garantir des soins de qualité dispensés par des professionnels disposant de compétences adaptées. Enfin, les étudiants en soins infirmiers peuvent également être considérés comme des acteurs potentiels de cette dynamique, puisqu'ils constituent une future ressource professionnelle susceptible d'intégrer ce type d'organisation.

- L'élément déclencheur

L'élément déclencheur de cette situation a été la première réunion de présentation du projet au sein du service de réanimation médicale. Au cours de cet échange, un effet de groupe s'est progressivement installé, et les professionnels présents ont exprimé peu d'intérêt pour le développement de compétences complémentaires dans le service des urgences. J'ai également souhaité mettre en avant l'existence d'une collaboration déjà présente entre les deux services, puisque 40% des patients accueillis en réanimation proviennent des urgences. Cette coopération médicale existante pourrait constituer un appui pour renforcer la collaboration paramédicale et harmoniser certaines pratiques, notamment dans la prise en charge des situations d'urgence vitale. Toutefois, cet argument n'a pas suscité l'adhésion attendue, les professionnels considérant que ce projet relevait davantage des besoins du service des urgences que de ceux de la réanimation.

- Les freins contextuels, organisationnels, RH et matériels

Les freins ont été identifiés à partir d'indicateurs observables lors de la réunion notamment les verbatims des professionnels, les questionnements, les réactions non verbales et les dynamiques d'échanges, permettant de mettre en évidence des résistances selon quatre dimensions majeures.

Les freins contextuels constituent un premier niveau de résistance. Ils s'inscrivent dans une culture de spécialisation forte, associée à une identité professionnelle très ancrée dans le champ de la réanimation. Certains échanges ont laissé apparaître une forme de distinction symbolique entre les services, comme en témoigne la remarque selon laquelle « c'est normal que les urgences veuillent venir chez nous ». Cette représentation traduit l'idée que la réanimation serait naturellement attractive pour les professionnels des urgences, sans que l'inverse ne soit perçu comme évident.

Parallèlement, le service des urgences est associé à une image dégradée, perçue comme pénible et éprouvante, ce qui contribue à renforcer les réticences. L'indicateur ici est non-verbal. En observant les visages marqués des collègues du SAU qui déposent leur tenue en fin de journée, les soignants de MIR associent le service à une pénibilité extrême, affirmant que : « ça ne donne pas envie d'y aller ». Enfin, certains professionnels redoutent qu'en situation d'alternance, les médecins réanimateurs sollicitent prioritairement les soignants les plus expérimentés du service, ce qui pourrait générer une surcharge de travail pour l'équipe fixe et fragiliser l'équilibre organisationnel.

Les freins organisationnels concernent principalement la lisibilité du projet et les modalités concrètes de sa mise en œuvre. Plusieurs questions soulevées lors des réunions ont porté sur la complexité des plannings, l'articulation des cycles de travail et l'impact de la mutualisation des équipes sur l'organisation quotidienne. L'absence de projection claire dans le fonctionnement opérationnel du dispositif génère une résistance prudente. Ce sentiment est exacerbé par une méfiance envers la pérennité des engagements managériaux. Le verbatim d'une infirmière, « vous ne serez pas toujours là », montre que malgré la charte de fonctionnement basée sur du volontariat, l'organisation est perçue comme pouvant basculer vers la contrainte à la faveur d'un changement de cadre ou de direction. Cette incertitude organisationnelle constitue un frein majeur à l'adhésion.

Les freins liés aux ressources humaines se manifestent par un sentiment d'insécurité professionnelle et une absence de bénéfices individuels immédiatement perceptibles. Les entretiens individuels que j'ai réalisé à la suite des réunions m'ont permis d'affiner les différents freins. Pour plusieurs infirmières, sortir de la réanimation est perçu comme une forme de déstabilisation et équivaut à une mise en danger de leurs acquis. Elles expriment une peur de la perte de maîtrise face à la gestion des flux des urgences, passant d'un environnement sécurisant (trois patients) à un environnement plus imprévisible, plus intense et parfois plus exposé à des tensions relationnelles ou à des violences verbales et/ou physiques.

Les travaux d'Yves Clot[80] rappellent l'importance de prendre en compte le travail réel des professionnels. Un projet conçu au niveau organisationnel peut apparaître pertinent sur le plan théorique, mais se heurter aux contraintes concrètes du terrain, notamment en termes de charges de travail, de complexité des situations cliniques et de nécessité d'une expertise approfondie. L'absence de prise en compte de cette réalité

[80] Yves Clot est psychologue et titulaire d'une chaire de psychologie du travail au CNAM

peut renforcer le sentiment d'inadéquation du projet et alimenter les résistances. Yves Clot indique alors que *« l'intensité de cette perte de sens peut devenir très forte*[81] *».*

Une telle évolution organisationnelle pourrait dégrader les conditions de travail sans contrepartie valorisante. Nous pouvons donc identifier deux facteurs de risques psychosociaux principaux tels que le conflit de valeurs avec une qualité de travail empêchée et une pression temporelle par rapport à la gestion du flux (exigence au travail).

Enfin, les freins matériels et techniques viennent renforcer ces résistances. L'inquiétude s'exprime ici à travers des questions logistiques concrètes, notamment sur le temps réel qui sera alloué à la formation et à l'accompagnement (mentorat). À cela s'ajoute un frein technique important, à savoir l'hétérogénéité des outils informatiques entre les deux services. Le SAU étant entièrement informatisé contrairement à la MIR. Ce décalage est perçu comme un obstacle supplémentaire à l'intégration, renforçant le sentiment d'insécurité professionnelle lors des premiers postes en alternance.

En synthèse, ces indicateurs montrent que la résistance ne porte pas tant sur le projet lui-même que sur la peur d'une perte de sens, de compétence et de sécurité dans l'exercice professionnel quotidien.

Les réactions et les appréhensions exprimées par l'équipe de la MIR traduisent un véritable choc de cultures organisationnelles. Pour comprendre l'origine profonde de ces résistances, il est nécessaire de s'extraire du seul ressenti individuel et de mobiliser les paramètres de conception de Jean Paul DUMOND[82].

4.3 Analyse des organisations via les paramètres de conception

Jean Paul DUMOND définit les paramètres de conception comme *« une caractéristique stable de l'organisation, agençant de manière volontaire les ressources nécessaires Il se distingue d'une caractéristique imposée par l'environnement*[83]*. ».* Ces paramètres peuvent varier ou être modulé.

Quatre paramètres de conception sont identifiés par l'auteur :

- Les modes de contrôle
- Les frontières de l'organisation
- La division horizontale
- La division verticale

L'analyse des organisations hospitalières, telle que développée par Jean-Paul. Dumond, permet de mettre en lumière les structures de conception qui régissent des unités comme le SAU et la MIR. Bien que partageant un socle commun de régulation professionnelle, ces deux entités présentent des singularités marquées dans leur division du travail.

Nous avons donc caractérisé le SAU et la MIR selon ces quatre paramètres que nous pouvons résumer par le tableau ci-dessous :

[81] Yves Clot, le travail à cœur, pour en finir avec les risques psychosociaux, p.57
[82] Jean Paul DUMOND est professeur des universités Paris Est Créteil (UPEC). Il est enseignant-chercheur spécialisé dans la transformation des organisations
[83] Jean Paul DUMOND, La grande transformation hospitalière, p.30

SAU	Paramètres et sous paramètres de conception	MIR
	CONTRÔLE	
La compétence	**Objet du contrôle**	La compétence
Les pairs	**Contrôleur**	Les pairs
Informel par les pairs et formel par l'encadrement	**Intensité du contrôle**	Informel par les pairs et formel par l'encadrement
Socialisation par les normes	**Modalités**	Socialisation par les normes
Interne	**FRONTIERES**	Interne
Polyvalence entre les différents secteurs	**DIVISION HORIZONTALE**	Culture par la spécialisation
Chef formel avec les cadres de santé	**DIVISION VERTICALE**	Influence du chef de service au sein de la MIR avec un chef informel Présence d'un chef formel

Tableau 6 : Les paramètres de conceptions du SAU et de la MIR

4.3.1 Un système de contrôle fondé sur la compétence et les pairs

Le premier constat issu du tableau de bord de conception est la similitude des mécanismes de contrôle entre le SAU et la MIR. Dans ces univers de haute technicité et d'incertitude, l'objet du contrôle est la compétence. La régulation ne s'opère pas tant sur le résultat ou le respect strict d'un processus linéaire, mais sur la capacité de l'acteur à mobiliser un savoir complexe en situation d'urgence.

Le contrôleur privilégié reste le pair, ce qui renvoie au concept de *« bureaucratie professionnelle […] (Mintzberg, 1982)*[84] *»* où le jugement clinique est validé par la communauté soignante. L'intensité du contrôle est hybride : elle est informelle au quotidien via le regard des collègues (contrôle social), mais reste formelle à travers l'encadrement qui garantit la conformité administrative et sécuritaire. Enfin, les modalités de ce contrôle passent par une socialisation par les normes. En effet, la socialisation *« repose sur l'acquisition par les employés de normes sociales et professionnelles dont le respect est validé par un jugement porté par des pairs ou par un supérieur hiérarchique* [85]*»*. Jean-Paul DUMOND précisé également que *« Dans le contrôle par la socialisation, une appréciation positive a pour corollaire, notamment l'appartenance de la personne concernée à la communauté professionnelle de référence.*[86] *»*. Ainsi, le cadre normatif d'un environnement professionnel définit les attentes en matière de comportement, de rigueur, d'implication et de qualité relationnelle, que ce soit entre collègues ou envers les patients. Ces règles, intégrées progressivement au cours du processus de socialisation, demeurent pour la plupart implicites et sont souvent appliquées de manière quasi inconsciente.

4.3.2 Frontières et division horizontale : polyvalence versus spécialisation

Si les mécanismes de contrôle sont convergents ainsi que les frontières internes pour les deux services, la division horizontale du travail marque une rupture entre les deux services. C'est sur cette division que l'opposition est la plus nette.

Au SAU, l'organisation privilégie la polyvalence. Compte tenu de la variété des pathologies entrantes, les soignants doivent être capables d'intervenir sur des flux et des zones diverses (zone froide, tiède, déchocage ou encore UHTCD).

Au sein de la MIR, la structure est régie par une culture de la spécialisation. La technicité des soins de réanimation impose un cloisonnement des savoirs et une expertise pointue sur des organes ou des pathologies spécifiques, créant une identité professionnelle plus fortes qu'aux urgences.

Comme l'indique Jean-Paul DUMOND, *« Le choix entre la spécialisation et la polyvalence n'a donc rien de sommaire et présente des enjeux stratégiques majeurs*[87] *»*. En effet, Jean-Paul DUMOND aborde les gains liés à la spécialisation et à la polyvalence[88]. Nous pouvons les décrire ainsi :

[84] Ibid. p.30
[85] Ibid. p.32
[86] Ibid. p.32
[87] Ibid. p.36
[88] Jean-Paul DUMOND, Transformer les organisations de santé, p.53

D'une part, la spécialisation favorise un développement des compétences, ce qui génère un gain qualitatif stratégique, notamment en termes de réputation. Cette expertise permet de concevoir des outils spécifiques qui renforcent la performance globale. Sur le plan de l'efficacité, la spécialisation entraîne une augmentation de la productivité du travail tout en permettant une réduction significative des temps d'apprentissage et des délais de transition lors du passage d'une activité à une autre.

D'autre part, la polyvalence apporte un assouplissement de l'organisation avec un gain de mobilité. Dans la transformation du monde hospitalier, Jean-Paul DUMOND précise que, *« Leur polyvalence est recherchée pour faciliter la mobilité à court terme dans le cadre des pôles et les remplacements en cas d'absence.*[89] *».* Par ailleurs, la polyvalence permet d'atteindre un palier qualitatif stratégique en matière de résolution de problèmes et d'innovation, principalement grâce au décloisonnement des fonctions. Cette approche garantit également une plus grande adaptabilité du personnel face aux évolutions constantes de l'activité et/ou de la charge de travail. Enfin, la polyvalence participe activement à l'enrichissement du travail pour les collaborateurs.

Le choix entre ces deux modèles ne doit donc pas être fait à la légère car il représente un enjeu stratégique majeur pour la structure.

4.3.3 La division verticale : entre hiérarchie formelle et jeux d'influence

La gouvernance et la division verticale (la répartition du pouvoir de décision) révèlent également des dynamiques managériales distinctes.

Le SAU suit un schéma de management plus classique et structuré, s'appuyant sur un chef formel en étroite collaboration avec les cadres de santé. Cette architecture facilite la gestion des flux et la coordination d'une équipe souvent plus nombreuse et mobile.

La MIR présente une structure de pouvoir plus complexe et subtile. Si la présence d'un chef formel est actée, le tableau souligne l'importance de l'influence du chef de service avec l'émergence d'un chef informel. L'influence médicale prime parfois sur la structure hiérarchique, rendant le management de proximité par les cadres plus dépendant des jeux d'influence internes.

Pour le manager de santé, cette analyse démontre que si le levier de la compétence est le moteur commun de ces services, les stratégies d'animation d'équipe doivent différer. Là où le SAU requiert un management de flux basé sur la polyvalence et un cadre formel solide, la MIR nécessite un management de l'expertise, tenant compte de la spécialisation des acteurs et des leaders d'opinion informels qui structurent la vie du service.

Ainsi, la conduite de changement se fait plus sur la division horizontale et verticale. Après avoir fait le diagnostic initial avec les paramètres de conception, nous pouvons établir le tableau des dimensions fonctionnelles, culturelles, politiques tout en mettant en exergue les intérêts et les obstacles. Cela permet de mieux appréhender les enjeux organisationnels de cette démarche.

4.3.4 Les enjeux organisationnels

Conformément à l'approche développée par Jean-Paul DUMOND dans son livre « La grande transformation hospitalière », l'hôpital ne peut être réduit à une structure de production de soins. Il constitue aussi un espace de régulation, de coopération et de tensions entre plusieurs logiques d'action.

Le projet de bi-compétence s'inscrit ainsi dans une dynamique de transformation qui dépasse la simple adaptation des effectifs pour interroger en profondeur les modalités de fonctionnement, les identités professionnelles et les rapports d'influence au sein de l'établissement.

Pour clarifier ces enjeux, il semble pertinent de les analyser à travers trois dimensions majeures : la dimension fonctionnelle, la dimension culturelle et enfin, la dimension politique. Le tableau ci-dessous met en regard les intérêts et les obstacles associés à chacune de ces dimensions, afin de mieux cerner les leviers et freins du projet de bi-compétence.

[89] Jean Paul DUMOND, La grande transformation hospitalière, p.91

Dimension	Intérêts	Obstacles
Fonctionnelle	Acquisition de nouvelles compétences en lien avec la MIR et le SAU	Incertitudes des soignants de la MIR
Culturelle	Parcours innovants Intérêts professionnels et perspectives d'évolution	Identités professionnelles fortes au sein de la MIR Perte de repères pour les équipes de la MIR (procédures différentes, équipe médicale différente) Apprentissages d'autres normes procédurales avec une organisations différentes entre les 2 services Manque d'appartenance à une équipe par la perte de l'identité : perte de sens au travail en cas de mutualisation non consentie
Politique	Saisonnalité des effectifs Mutualisation du personnel Personnels formés en cas de SSE	Réticence de la part du chef de service de la MIR Perte de sens au travail avec risque de fuite du personnel : attitude défensive

Tableau 7 : Intérêts et obstacles des dimensions

La dimension fonctionnelle de l'organisation renvoie d'abord à l'organisation concrète du travail et à la transformation des activités. Jean Paul DUMOND la défini comme : *« l'application qui transforme par différents processus des intrants en extrants formant ainsi une valeur ajoutée*[90]*. ».* Sur le plan fonctionnel, ce projet vise avant tout à renforcer l'agilité organisationnelle par l'acquisition de compétences complémentaires permettant aux soignants d'exercer dans deux secteurs aux caractéristiques différentes mais étroitement liés dans le parcours du patient. Cette polyvalence répond à un double objectif. D'une part, sécuriser la continuité des soins en favorisant des ajustements plus souples en fonction de l'activité. D'autre part, enrichir les pratiques professionnelles par l'élargissement des champs de compétence. Ce décloisonnement entre la MIR et le SAU permet non seulement de développer le savoir-faire des soignant, mais aussi d'assurer une meilleure fluidité du parcours patient et une continuité des. Toutefois, cette évolution suppose un travail préparatoire important en matière de formation, d'harmonisation des procédures et de clarification des missions. En effet, l'efficacité fonctionnelle de la bi-compétence dépend de la capacité des équipes à disposer de repères partagés, à s'approprier les spécificités de chaque unité et à articuler les exigences propres à l'urgence et à la réanimation.

Sur le plan de la dimension culturelle, le projet de bi-compétence constitue un défi complexe dans la mesure où il confronte des identités professionnelles fortement marquées, notamment en réanimation médicale où la technicité des soins contribue à forger un sentiment d'appartenance collectif particulièrement fort. La polyvalence des compétences peut alors être perçue comme une remise en cause de cette identité, avec un risque de perte de repères procéduraux, relationnels et organisationnels face à des équipes dont les pratiques, les rythmes de travail et les modalités de coopération diffèrent. Dès lors, la mise en place de ce type de projet ne peut se limiter à un ajustement fonctionnel ou à une simple permutation de personnel. Elle suppose un véritable travail de transformation des cultures professionnelles.

Cependant, cette évolution peut également représenter une opportunité importante, en favorisant des parcours professionnels innovants, attractifs et porteurs de perspectives d'évolution au sein de l'institution. La bi-compétence peut ainsi contribuer à enrichir l'expérience soignante, à développer des apprentissages croisés et à renforcer la polyvalence des équipes. Pour que cette dynamique soit acceptée, il est indispensable d'accompagner le changement par une démarche de co-construction, afin de faire émerger une culture commune des soins critiques sans nier les spécificités propres à chaque service. L'enjeu consiste alors à valoriser les expertises, à clarifier les rôles et à sécuriser les repères professionnels, de manière à éviter un sentiment de perte de sens ou d'affaiblissement du collectif. L'enjeu est donc de construire une culture

[90] Jean Paul DUMOND, La grande transformation hospitalière, p.47

commune sans nier les spécificités propres à chaque unité, afin que la polyvalence soit perçue comme une richesse et non comme une dilution des identités professionnelles.

La dimension politique du projet de bi-compétence urgence/réanimation médicale ne saurait être sous-estimée, dans la mesure où toute transformation organisationnelle à l'hôpital s'inscrit dans un espace de négociation, d'arbitrage et de confrontation entre des acteurs aux intérêts parfois divergents. À cet égard, Jean-Paul DUMOND définit la dimension politique d'une organisation comme *« la relation d'ordre « supérieur en influence à » entre les différentes voix concernées par les décisions à adopter »*[91]. Cette définition éclaire pleinement les enjeux d'un tel projet, qui mobilise à la fois les cadres, les chefs de service, les équipes soignantes et l'encadrement institutionnel autour de décisions ayant un impact direct sur l'organisation du travail, la répartition des ressources et la continuité des soins.

Dans le contexte hospitalier actuel, marqué par la saisonnalité des effectifs, les tensions sur les ressources humaines et l'exigence de maintenir une prise en charge de qualité en toutes circonstances, la bi-compétence peut apparaître comme une réponse stratégique pertinente. Elle offre une plus grande souplesse organisationnelle, favorise la polyvalence des professionnels et contribue à renforcer la résilience de l'établissement, notamment dans les situations sanitaires exceptionnelles. Toutefois, elle peut également rencontrer des réticences si elle est perçue comme une réponse essentiellement gestionnaire, imposée d'en haut et susceptible de fragiliser les équilibres existants. La réussite du projet suppose alors une communication claire et une démarche d'adhésion progressive. Il s'agit moins d'imposer un changement que de construire collectivement du sens autour d'un objectif commun de qualité et de sécurité des soins.

En définitive, la bi-compétence SAU/MIR peut être analysée comme un levier de transformation organisationnelle, à condition de tenir ensemble les dimensions fonctionnelle, culturelle et politique du changement. Elle présente un intérêt certain en termes de souplesse, de montée en compétences et d'adaptation aux besoins du service mais, elle exige en contrepartie un accompagnement managérial rigoureux, une attention soutenue aux dynamiques collectives et une réelle capacité de régulation des tensions. Dans cette perspective, le projet ne saurait être conçu comme un simple outil de gestion des effectifs.

C'est précisément parce que l'impact de la bi-compétence dépasse la seule dimension d'optimisation des ressources humaines qu'il convient de se pencher sur le vécu, les représentations et les perceptions des acteurs de terrain. Pour mener à bien l'accompagnement managérial et réguler efficacement les tensions, l'encadrement doit intégrer pleinement les facteurs humains et relationnels qui structurent le quotidien des services. Il doit par ailleurs appréhender l'organisation sous le prisme des cultures de service et des dynamiques de groupe. L'analyse des points de blocage manifestés sur le terrain requiert donc un éclairage spécifique

4.4 Comprendre les résistances pour accompagner la transformation organisationnelle

4.4.1 Analyse psycho-sociologique des résistances au changement

Les résistances exprimées par les équipes et notamment par les IDE de la MIR, ne peuvent être interprétés comme un simple refus de changement. Elles s'inscrivent dans des dynamiques sociologiques complexes à la croisée des logiques professionnelles, organisationnelles et identitaires.

D'une part, l'analyse stratégique des organisations développées par Michel Crozier[92] et Erhard Friedberg[93] dans leur ouvrage « L'acteur et le système », permettent de comprendre que les acteurs ne sont jamais passifs face à une transformation. Ils disposent de « *zones d'incertitudes organisationnelles*[94] » et de *« marges de liberté*[95] *»* qu'ils mobilisent afin de préserver leur autonomie et leur capacité d'action. Ainsi, *« Ils n'accepteront de mobiliser leurs ressources et d'affronter les risques inhérents à toute relation de pouvoir qu'à condition de trouver dans l'organisation des enjeux suffisamment pertinents au regard de leurs atouts et de leurs objectifs, et suffisamment importants pour justifier une*

[91] Jean Paul DUMOND, La grande transformation hospitalière, p.47
[92] Michel Crozier (1922-2013) a été chercheur au CNRS et le principal concepteur de l'analyse stratégique et de l'action collective en sociologie des organisations
[93] Erhard Friedberg est un sociologue autrichien. Chercheur au CNRS et professeur de sociologie à l'Institut d'études politiques de Paris.
[94] Michel CROZIER, Erhard FRIEDBERG, *L'acteur et le système*, Editions du Seuil, juin 1992, p81
[95] Ibid p.30

mobilisation de leur part.[96] » Dans cette perspective, la bi-compétence peut être perçue par les infirmiers de réanimation comme une remise en cause de leur contrôle sur un champ d'expertise spécifique. La réanimation constitue en effet un espace hautement spécialisé où les compétences techniques et relationnelles sont fortement valorisées. L'introduction d'une transversalité des compétences peut alors être vécue comme une perte de maîtrise, voire comme une menace sur leur légitimité professionnelle.

D'autre part, les travaux de Claude Dubar[97] sur l'identité professionnelle éclairent la dimension symbolique de cette résistance. Il indique que *« les identités professionnelles sont des manières socialement reconnues, pour les individus, de s'identifier les uns les autres, dans le champ du travail et de l'emploi*[98] *».* Ainsi, l'identité des soignants se construit dans le temps, à travers des expériences, des apprentissages et une reconnaissance institutionnelle et collective. En réanimation, cette identité est souvent associée à un haut niveau d'expertise et à une forte cohésion d'équipe. Le projet de bi-compétence peut ainsi entrer en tension avec cette construction identitaire en introduisant une forme de polyvalence susceptible d'être perçue comme une dilution de la spécialisation. Dès lors, le rejet du projet ne relève pas d'une marque d'ouverture, mais d'une volonté de préserver une identité professionnelle valorisée et sécurisante.

Par ailleurs, la division du travail analysée par Émile Durkheim[99] met en évidence que l'organisation ne peut « *se maintenir en équilibre que grâce à la spécialisation des tâches ; que la division du travail est la source, sinon unique, du moins principale de la solidarité sociale*[100] *».* Celle-ci permet non seulement une efficacité technique, mais aussi une stabilité des rôles et des responsabilités En introduisant une logique de bi-compétence, le projet vient potentiellement brouiller les frontières entre services, générant des incertitudes quant au rôle, aux responsabilités et au niveau d'exigence attendus. Cette incertitude organisationnelle peut constituer un facteur majeur de résistance, notamment dans des environnements à forte densité, comme la réanimation ou la clarté des rôles est essentielle à la sécurité des soins.

En complément, l'approche motivationnelle issue des travaux de Abraham Maslow[101] permet d'apporter un éclairage sur les besoins fondamentaux mobilisés par les professionnels, en particulier le besoin de sécurité apparaît central dans ce contexte. La bi-compétence peut susciter des inquiétudes quant à la maîtrise des compétences, à la qualité des soins délivrés ou encore à la charge de travail. De même, les besoins d'appartenance et d'estime peuvent être affectés dans la mesure où les équipes de réanimation reposent sur une forte cohésion et une reconnaissance liée à leur expertise spécifique.



[96] Ibid p80-81
[97] Claude Dubar est un sociologue français.
[98] Claude DUBAR, *La crise des identités,* 2010 ; p.95
[99] Emile Durkheim (1858-1917) est un sociologue français considéré comme l'un des fondateurs de la sociologie moderne
[100] Émile Durkheim, *De la division du travail social :* Livre I (1893), p.66
[101] Abraham Maslow (1908-1970) est un psychologue américain humaniste, considéré comme le père de l'approche humaniste en psychologie

Figure 10 : La pyramide de Maslow[102]

Toutefois, si la pyramide de Maslow permet de comprendre certains rapports individuels de la motivation, elle ne saurait à elle seule rendre compte des dynamiques collectives et des rapports de pouvoir à l'œuvre dans l'organisation.

Ainsi, l'analyse sociologique met en évidence que les résistances observées ne relèvent ni d'un déficit d'attention, d'adhésion, ni d'un manque de compréhension, mais constituent des réponses rationnelles et situées face à une transformation perçue comme déstabilisante. Dès lors, la réussite d'un tel projet suppose, suppose de dépasser une logique descendante pour privilégier une démarche de co-construction permettant de reconnaître les enjeux identitaires, de sécuriser les pratiques professionnelles et de redonner du sens à la transformation envisagée.

A l'issue de cette analyse, il apparait donc opportun de revoir le sociogramme initialement établi et de le réajuster selon les nouveaux éléments.

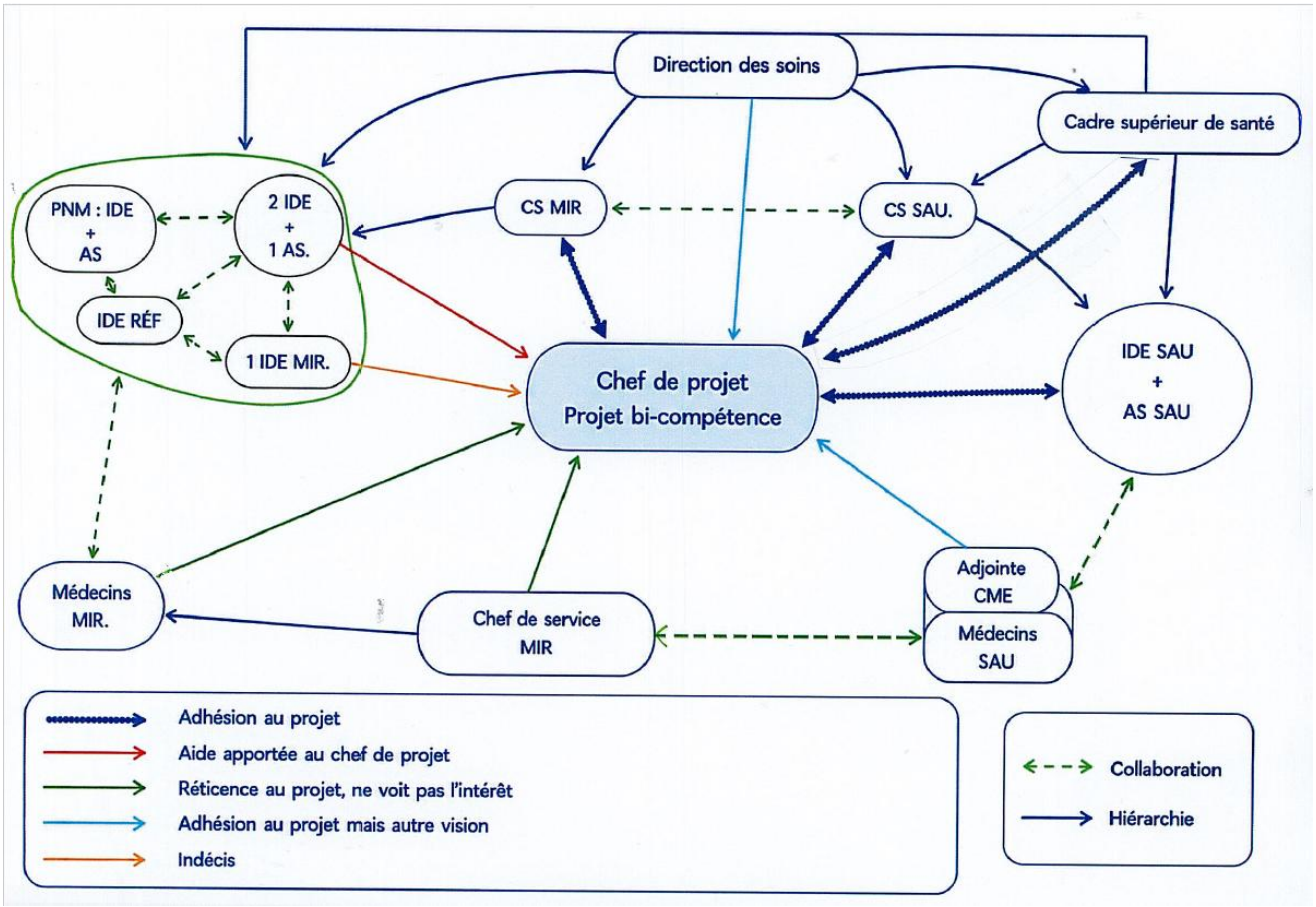


Schéma 8 : Révision du sociogramme

L'analyse de ce nouveau sociogramme révèle un clivage organisationnel entre les deux unités concernées. Au sein du service de réanimation médicale (MIR), une réticence majeure est observée tant chez le chef de service que chez l'équipe paramédicale. Ces derniers ne percevant pas l'intérêt clinique ou le bénéfice opérationnel d'une telle polyvalence entre les urgences et la réanimation. Cette opposition structurelle est toutefois tempérée par l'action de deux infirmiers et d'un aide-soignant du service qui, fort de leur connaissance du fonctionnement des urgences, agissent comme des ambassadeurs stratégiques. Leur intervention permet d'amorcer un dialogue constructif en travaillant directement sur la déconstruction des représentations socioprofessionnelles de leurs pairs.

[102] Pierre Pichère sous la direction d'Anne-Christine CADIAT (2015). *La pyramide de Maslow : comprendre et classifier les besoins humains*. 50 Minutes. p.14

Dans cette dynamique de transition, le profil d'une infirmière de réanimation actuellement indécise souligne l'importance de l'immersion comme levier de changement managérial. Son souhait de réaliser des journées d'observation aux urgences constituant une étape clé pour lever ses incertitudes.

À l'inverse, le service des urgences affiche une adhésion totale au projet, contrastant radicalement avec les tensions observées en réanimation. Enfin, l'analyse de la gouvernance institutionnelle laisse apparaître une adhésion au projet qui masque des visions divergentes. Si l'adjointe à la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et la direction des soins soutiennent la démarche, leurs objectifs diffèrent : la première privilégie une flexibilité liée à la saisonnalité des effectifs, tandis que la seconde s'inscrit dans une logique de mutualisation globale du personnel. Le succès de ce projet managérial dépendra donc de la capacité à aligner ces enjeux avec la quête de sens des équipes de terrain.

4.4.2 Effets attendus du projet sur les équipes et la qualité de vie au travail

Les résultats attendus sont la déconstruction des idées reçues sur le travail au SAU mais également au sein de la MIR. L'idée est de renforcer l'adhésion des professionnels à ce projet afin que les professionnels soient partie prenante dans l'alternance mais également dans la formation des infirmiers volontaires.

En tant que manager et chef de projet, le principe de subsidiarité peut être utilisé afin que les soignants se sentent impliqués dans le projet et contribue ainsi à ce dernier. Marc FASSIER et David GREA indiquent qu'un management subsidiaire favorise l'autonomie, engage des relations vertueuses et encourage les initiatives. Ce management contribue à redéfinir la place du soignant, qui passe du statut d'exécutant à celui d'acteur de son environnement professionnel. En confiant au groupe de travail la conception des outils de formation, tel que le livret d'évaluation des compétences, je valorise l'autonomie décisionnelle des soignants et reconnaît l'expertise des équipes. Il s'agit de deux leviers majeurs d'épanouissement au travail.

Selon la boussole Qualité de Vie au Travail (QVT) de la Haute Autorité de Santé[103],, cet ancrage participatif agit sur plusieurs dimensions fondamentales du travail.

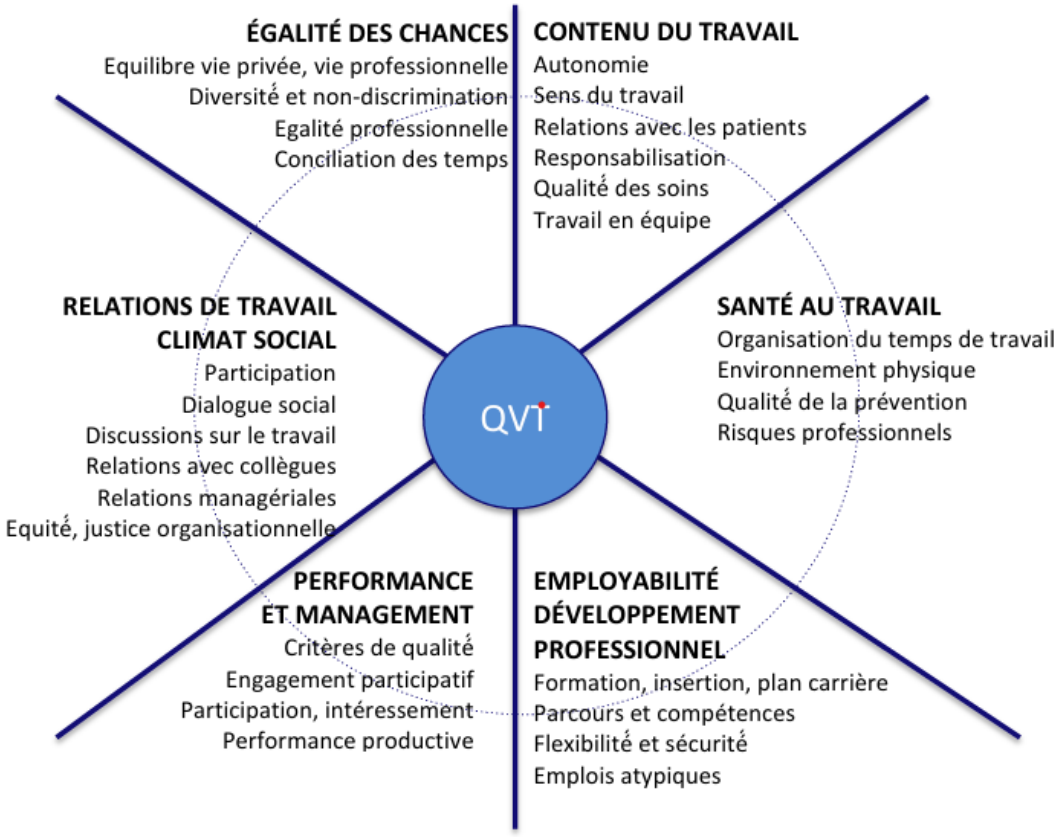


Figure 11 : Boussole QVT de la HAS

[103] La boussole Qualité de vie au travail, un outil pour fixer le cap, HAS, septembre 2017, p.2

Le contenu des missions devient plus riche grâce à l'alternance des services, répondant ainsi directement au besoin de capacité de développement du soignant, qui peut déployer sa créativité et accroître son pouvoir d'agir par l'acquisition de nouvelles compétences. Sur le plan relationnel, la création d'un groupe de travail commun SAU/MIR favorise la coopération et atténue les clivages culturels, renforçant le sentiment d'appartenance. Cette dynamique nourrit l'engagement et la cohérence éthique, en permettant aux professionnels d'agir en pleine adéquation avec leurs valeurs morales et le sentiment du travail bien fait, notamment par la sécurisation des pratiques. Enfin, l'impact direct du dispositif sur la fluidité du parcours patient renforce le sentiment d'utilité sociale, le soignant percevant concrètement la plus-value de son action transversale sur la santé des usagers. Au-delà des effets sur la QVCT, cette organisation garantit une continuité de prise en charge avec des professionnels formés du service d'accueil jusqu'à la phase critique, réconciliant ainsi performance institutionnelle et sens au travail[104].

4.4.3 Accompagner la transformation par une conduite du changement progressive

La mise en place d'une alternance entre le service d'accueil des urgences et celui de réanimation médicale constitue une évolution organisationnelle majeure, porteuse d'enjeux à la fois professionnels, humains et institutionnels. Si cette dynamique vise à renforcer la continuité des parcours patients, à développer la compétence des équipes et à sécuriser les prises en charge dans des contextes critiques, elle ne peut se déployer efficacement sans une attention particulière portée à l'accompagnement des professionnels concernés. Les réticences exprimées par les équipes infirmières de réanimation doivent être entendues non comme des freins à contourner, mais comme des signaux révélateurs de préoccupations légitimes qu'il convient d'intégrer dans la conduite du changement.

Selon David Autissier, Kevin Jonhson et Jean-Michel Moutot[105], la conduite du changement repose sur trois dimensions complémentaires : l'accompagnement, la formation et la communication. Il existe trois niveaux de changement et dans notre situation, la conduite du changement s'effectue sur le versant élevé.

L'accompagnement constitue le premier levier de réussite. Dans cette perspective, il apparaît essentiel d'inscrire cette transformation dans une démarche structurée, progressive et participative. L'adhésion des professionnels repose en premier lieu sur la compréhension du sens du projet. Il convient donc de réaffirmer les objectifs poursuivis, en mettant en lumière les bénéfices attendus tant pour les patients que pour les équipes, tout en garantissant la transparence sur les contraintes induites. Cette communication doit s'inscrire dans un dialogue ouvert, permettant aux soignants d'exprimer leurs craintes, notamment en matière de perte d'expertise, de déstabilisation des repères professionnels ou encore de surcharge de travail.

Dans cette logique, la mise en place d'un groupe de travail apparaît indispensable. Composé d'infirmiers et de cadres de santé des deux secteurs, ce collectif permet de reconnaître l'expertise de terrain des professionnels et de les associer à la définition des modalités du projet. La co-construction des outils, notamment ceux liés à la formation et à l'évaluation, favorise une meilleure appropriation du dispositif et renforce le sentiment d'implication des équipes. Ce mode de fonctionnement s'inscrit pleinement dans une logique de subsidiarité, en valorisant la capacité des professionnels à contribuer aux décisions qui concernent leur pratique.

Concernant la formation, l'accompagnement des compétences demeure également un axe central. L'alternance entre deux secteurs aussi exigeants nécessite une sécurisation des pratiques à travers des parcours de formation adaptés, incluant mentorat, simulation et évaluation progressive des acquis. L'enjeu n'est pas de remettre en question l'identité professionnelle des soignants, mais de leur permettre de développer des compétences complémentaires dans, ce qu'appelle Solveig Fernagu Oudet[106], un environnement capacitant (cadre sécurisant pour permettre le développement du pouvoir d'agir du soignant).

L'encadrement de proximité joue un rôle déterminant dans cette transition. Sa présence sur le terrain, sa capacité d'écoute et sa vigilance face aux signaux de fragilité permettent d'ajuster les organisations au plus

[104] Thomas Coutrot (Dares), Coralie Perez (centre d'économie de la Sorbonne Université Paris 1. Document d'études d'août 2021 : Quand le travail perd son sens, l'influence du sens du travail sur la mobilité professionnelle, la prise de parole et l'absentéisme pour maladie,

[105] D. Autissier est directeur de la chaire ESSEC Innovation managériale et excellence opérationnelle, K. Johnson est professeur de management à HEC Montréal et J-M Moutot est professeur de management au sein de Audencia Nantes

[106] Solveig Fernagu Oudet est maîtresse de conférences en science de l'éducation, Université Paris Nanterre

près des réalités vécues par les équipes. La co-construction des modalités d'alternance avec les professionnels renforce leur engagement et limite les résistances. Par ailleurs, étant au plus proche du terrain, les infirmiers sont les plus à même de déterminer la période d'intégration idéale pour intégrer l'un ou l'autre des services ainsi que la périodicité de l'alternance.

Sur le versant de la communication, la promotion de discussions entre pairs apparaît essentielle. Ces temps d'échange permettent de partager les représentations, de confronter les pratiques et de lever certaines appréhensions liées à la méconnaissance de l'autre service. Ils participent à la construction d'une culture commune et à la reconnaissance mutuelle des contraintes et des spécificités de chaque environnement de soins.

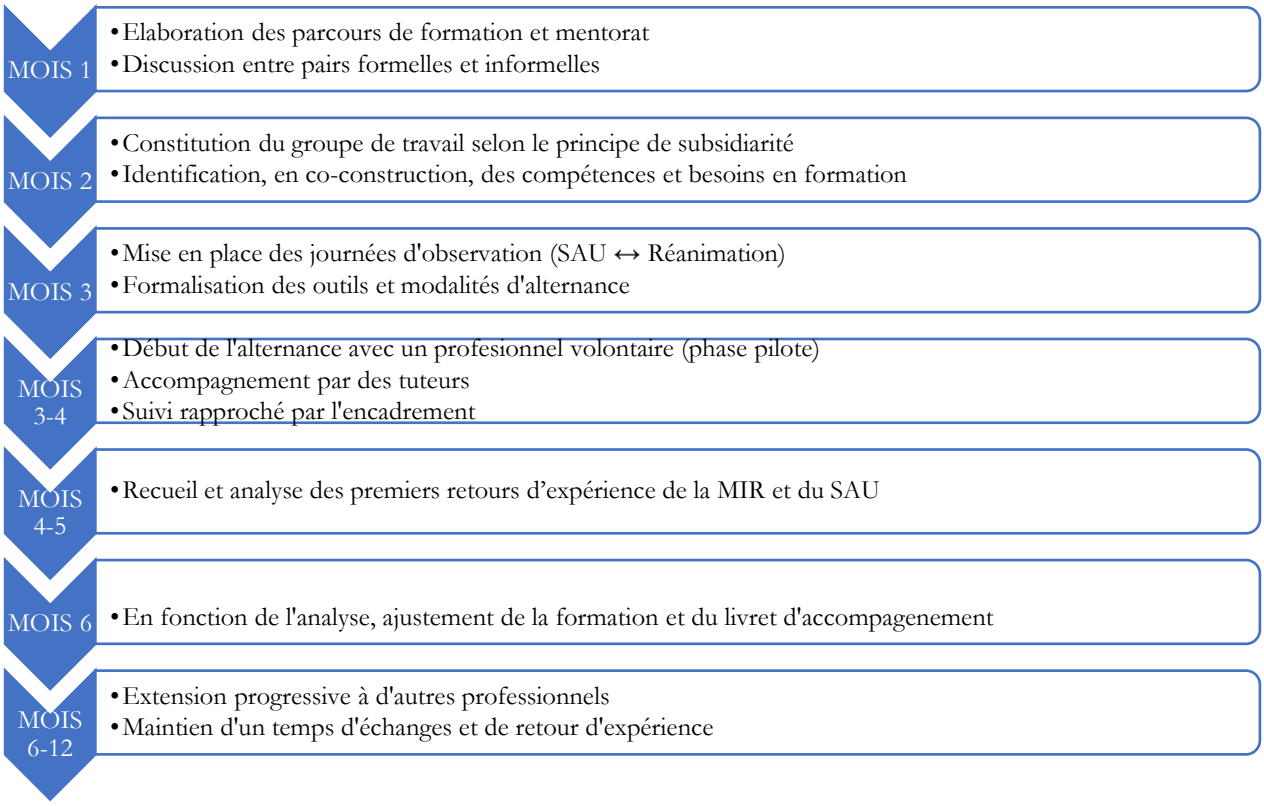
Par ailleurs, l'organisation de journées d'observation constitue un levier concret pour accompagner le changement. Permettre aux infirmiers de la MIR de se rendre au sein du SAU et réciproquement, contribue à réduire les freins culturels et professionnels. Aller observer le travail de l'autre, c'est mieux comprendre ses contraintes, ses priorités et ses modes de fonctionnement. Cette immersion favorise la reconnaissance du travail de chacun, condition indispensable au développement d'une collaboration interservices apaisée et efficace.

Enfin, il est indispensable d'inscrire cette démarche dans une logique d'évaluation continue. Des temps réguliers de retour d'expérience permettront d'identifier les ajustements nécessaires, de valoriser les avancées et de maintenir une dynamique collective positive.

En définitive, accompagner les équipes dans cette évolution organisationnelle implique de conjuguer exigence institutionnelle et considération humaine. En tant que future cadre supérieure de santé, il me semble essentiel de promouvoir un accompagnement respectueux des professionnels, porteur de sens et attentif à leur qualité de vie au travail, car ces conditions constituent un socle indispensable à la qualité et à la sécurité des soins.

4.5 La mise en œuvre des actions

La communication du projet a été faite en réunions avec les équipes ce qui a pu mettre en exergue les freins et les attentes de ce projet.



- Le lieu du groupe de travail

Le groupe de travail mis en place s'est déroulé dans un bureau partagé au 1er étage du bâtiment où se trouve les bureaux du SAU et de la MIR. En effet, le SAU se trouve au rez-de-chaussée bas tandis que la MIR se trouve au 2ème étage. Le positionnement géographique de ce bureau, située entre les deux services, a permis de symboliser en quelque sorte un espace intermédiaire, propice à l'échange et à la réflexion commune. Le choix de ce lieu s'est également justifié par la volonté de se placer hors du soin, dans un environnement relativement neutre et calme, afin de limiter les nuisances sonores liées à l'activité des deux services et de favoriser des conditions de travail propices à la concertation.

4.5.1 Les appuis pour la mise en œuvre du projet

La mise en œuvre de ce projet a pu s'appuyer sur plusieurs relais professionnels et institutionnels. D'une part, des infirmiers et une aide-soignante de la réanimation ayant déjà exercé au service d'accueil des urgences ont joué un rôle de médiation important. Leur connaissance des deux environnements de travail leur a permis d'échanger avec les équipes, de partager leur expérience et de contribuer à déconstruire certaines représentations négatives liées aux urgences. Leur position d'intermédiaires a constitué un appui précieux dans la dynamique d'adhésion.

D'autre part, le projet a bénéficié du soutien des directions des soins et de l'encadrement supérieur du département médico-universitaire (DMU) (cadre paramédicale et supérieur). Leur implication est d'autant plus importante que la mise en place de la période d'intégration nécessite des remplacements, générant ainsi un coût supplémentaire pour l'institution et le DMU. Cependant, cet investissement doit être envisagé comme une valorisation à long terme, dans la mesure où il permet de développer des compétences supplémentaires au sein des équipes et d'accroître la polyvalence des professionnels en soins critiques.

- Les facteurs de réussite du projet

La réussite de ce projet ne peut être réduite à l'adhésion d'un seul professionnel, même si l'acceptation progressive par les soignants constitue bien un premier indicateur positif. Dans un premier temps, l'organisation de journées d'observation peut servir de phase intermédiaire, permettant aux professionnels de découvrir le service d'accueil des urgences, de mieux en comprendre les réalités et de diminuer leurs appréhensions. Une première dynamique d'engagement peut ainsi être amorcée, comme en témoigne l'intérêt exprimé par une infirmière de réanimation lors de son entretien annuel.

4.5.2 Le groupe de travail

Dans une perspective de management stratégique propre aux organisations soignantes, la constitution du groupe de travail a été pensée comme un levier fondamental de la conduite du changement et de la co-construction. Ce collectif repose sur une architecture pluridisciplinaire et une mixité hiérarchique regroupant :

- Trois cadres de santé :
    - Une issu du service d'accueil des urgences (SAU)
    - Deux de la réanimation médicale (MIR), dont le chef de projet
- Un panel représentatif de l'équipe paramédicale :
    - Une infirmière référente de la MIR présente au sein de la MIR depuis octobre 2017
    - 2 IDE de la MIR :
        - Une de jour présente depuis septembre 2024
        - Un de nuit présent depuis avril 2025
    - 2 IDE du SAU
        - Un de jour présent depuis juillet 2024
        - Une de nuit présente depuis mars 2024

Cette diversité de profils permet d'intégrer une pluralité d'expertises et de visions au sein du processus décisionnel.

L'enjeu stratégique de cette composition réside dans l'équilibre entre l'adhésion totale et la réticence constructive. Si les cadres de santé et les infirmiers du SAU affichent un volontarisme marqué, l'implication de professionnels plus réservés s'avère indispensable pour garantir la robustesse des outils proposés. À titre

d'exemple, l'infirmière référente de la MIR, bien qu'initialement peu convaincue, apporte une légitimité historique et opérationnelle cruciale. Son expérience passée dans la réduction des clivages interservices et son futur rôle dans l'accompagnement des nouveaux agents font d'elle une actrice clé de la pérennisation du dispositif. En effet, au début de sa carrière au sein de la MIR, elle avait accepté, avec une de ses collègues, de descendre deux fois par mois au SAU afin de réduire les clivages existants. Cela avait permet d'amorcer une collaboration essentielle à la prise en soins des patients. De même, la présence d'infirmiers ayant déjà exercé dans les deux secteurs, comme l'infirmier de nuit de la MIR et du SAU ainsi que l'IDE de jour de la MIR, anciens professionnels des urgences, permettent de mobiliser une connaissance fine des compétences transversales et de faciliter la médiation entre les cultures de services.

Le groupe de travail s'est fixé pour mission l'élaboration d'un référentiel d'évaluation des compétences, structuré autour d'un socle commun et de spécificités propres à chaque unité. Ce document ne se veut pas une directive descendante mais l'aboutissement d'un processus fondé sur le principe de subsidiarité. En sollicitant les professionnels de terrain, qui détiennent l'expertise clinique la plus proche du soin, le projet garantit que les critères d'évaluation sont pertinents, réalistes et de nature à assurer l'autonomie ainsi que la sécurité des pratiques.

La phase de test, confiée à l'infirmier volontaire du SAU, viendra finaliser cette démarche en validant le livret d'évaluation avant son déploiement généralisé.

Par ailleurs, les périodes d'intégration ont été défini lors de ce groupe de travail. Il s'avère que l'intégration sera de quatre semaines au SAU et de six semaines au sein de la MIR. Le professionnel de santé sera présent plus longtemps la première fois car la période d'intégration n'est pas prise en compte.

Cette méthodologie participative vise, *in fine*, à transformer les résistances initiales en un engagement collectif autour de la qualité de la prise en charge.

Il reste à déterminer le temps d'alternance. Le groupe de travail n'a pas réussi à se fixer entre tous les deux ou trois mois. La périodicité sera évaluée au fur et à mesure et avec le premier alternant.

4.5.3 La phase d'expérimentation

Dans le cadre de la phase d'expérimentation du projet de bi-compétence SAU/MIR, un infirmier du service des urgences a pu être dégagé de son unité afin de participer à cette démarche. Celui-ci avait déjà effectué deux journées d'observation et s'était montré particulièrement intéressé par le projet. Cette possibilité a été rendue envisageable grâce à la présence, au sein du SAU, d'un ETP supplémentaire lié à l'arrivée récente d'un nouvel IDE en renfort. En parallèle, un prêt sur le logiciel de gestion des plannings Gestime a été mis en place par une collègue cadre de santé, à compter du 30 mars 2026 et ce, jusqu'à la fin du mois de juin. L'infirmier, que nous nommerons Paul, a ainsi pu bénéficier d'une phase de six semaines d'intégration avant d'exercer progressivement en autonomie, puis de réintégrer le SAU au mois de juillet.

Afin d'assurer son accueil et son accompagnement, deux infirmières expérimentées de la MIR ont été retenues pour ce dispositif de mentorat, en accord avec elles. Ce choix a été pensé de manière volontaire, notamment parce que l'une d'entre elles avait initialement exprimé certaines réserves à l'égard du projet, en particulier la crainte d'une surcharge de travail et d'une sollicitation accrue de l'équipe médicale. Cette professionnelle, que nous nommerons Louise, appartient à la génération X et exerce au sein de la MIR depuis mai 2002, soit vingt-quatre ans d'ancienneté. La seconde, que nous appellerons Charlotte, est issue de la génération Y et présente dans le service depuis août 2013, soit près de treize ans. Paul, quant à lui, relève de la génération Z et bénéficie d'une expérience de dix-huit mois au sein du SAU. Le choix de Louise pour ce rôle de mentor s'inscrivait dans une logique de travail sur les représentations professionnelles et sur les éventuels stéréotypes générationnels, avec l'espoir de favoriser une meilleure compréhension mutuelle entre les équipes et de lever certaines appréhensions liées au dispositif.

L'arrivée de Paul a été pensée comme celle d'un nouvel IDE intégrant pleinement le service, afin de favoriser une entrée progressive et sécurisée dans l'environnement de la réanimation. Lors de sa première journée, il a été accueilli par l'IDE référente du service, qui lui a présenté la pancarte de soins, les matériels spécifiques à la réanimation ainsi que les principales particularités du fonctionnement du service. Cette première prise de contact a permis de dédramatiser son arrivée, tout en offrant un accueil individualisé, tant pour le professionnel issu du SAU que pour l'infirmière référente, dont les réserves initiales pouvaient constituer

un frein à l'intégration. Dans la même logique, j'ai souhaité m'appuyer sur le profil de l'IDE du SAU afin de travailler sur les représentations que cette infirmière pouvait avoir de la nouvelle génération et de ce qu'elle attend du travail soignant.

Paul a également participé à la journée de formation de la MIR organisée en mars dernier. Ces journées constituent un temps particulièrement intéressant car elles permettent non seulement l'acquisition de connaissances spécifiques, mais aussi la découverte des professionnels du service dans un cadre différent de celui des soins. Elles favorisent ainsi une première rencontre plus sereine, propice aux échanges, à l'appropriation des pratiques et à la compréhension des attentes réciproques.

Un premier bilan a été réalisé rapidement car dès les premières journées d'intégration, Paul manifestait une forte pression à l'égard de sa propre performance. Il souhaitait aller vite, découvrir un maximum de soins et se montrer immédiatement à la hauteur de cette alternance, au point de vouloir assister dès sa première journée en douze heures à la mise en place d'une dialyse sans en maîtriser encore le fonctionnement. Il a donc été nécessaire de lui rappeler qu'il disposait d'un temps d'intégration de six semaines et qu'il convenait d'avancer progressivement, en privilégiant l'acquisition des repères, la compréhension des actes et la sécurisation des pratiques. Cette tendance à l'auto-exigence s'est prolongée tout au long de son intégration, traduisant à la fois son engagement professionnel et le besoin de valoriser sa place dans le dispositif.

Les premiers retours des infirmières l'encadrant ont été très positifs. Louise, malgré ses appréhensions initiales quant à une éventuelle surcharge de travail, a constaté que Paul était un soignant motivé, sérieux et soucieux d'exercer avec sécurité. Cette expérience a ainsi contribué à nuancer ses représentations initiales de l'intégration d'un infirmier issu des urgences. Charlotte a, de son côté, salué le professionnalisme de Paul ainsi que la fluidité de son intégration au sein de l'équipe. Paul a enfin été revu par l'encadrement le 7 mai 2026, à l'occasion duquel il lui a de nouveau été rappelé l'importance de ne pas se mettre une pression excessive.

Cette phase d'expérimentation met en évidence l'intérêt du mentorat intergénérationnel dans le cadre d'un projet de bi-compétence, à la fois pour sécuriser l'intégration du professionnel et pour travailler les représentations entre générations et entre services. Elle montre également que l'accompagnement managérial joue un rôle essentiel dans la réussite du dispositif, en permettant de soutenir le soignant dans sa progression tout en favorisant l'adhésion progressive des équipes.

4.6 Le coût du projet

Dans une logique d'analyse économique visant à objectiver les impacts financiers du projet, une évaluation du coût d'un équivalent temps plein (ETP) a été réalisée en distinguant les activités de jour et de nuit.

La présence de Paul au sein de la MIR n'a pas engendré de coût supplémentaire car il avait été initialement mis à disposition en renfort au SAU. L'équipe de jour du SAU se retrouvait ainsi avec un ETP supplémentaire. En revanche, si cette situation n'avait pas été de mise, la présence de Paul au sein de la MIR aurait nécessité des moyens de remplacement au SAU, sous forme d'intérim ou d'heures supplémentaires. Nous allons donc estimer ce coût pour le SAU et, par réciprocité, pour la MIR.

Dans un premier temps, des données ont été recueillies auprès du service de la suppléance concernant les tarifs appliqués pour le recours à des infirmiers intérimaires. Les informations obtenues indiquent un coût horaire de 54 euros, applicable de jour comme de nuit, via le prestataire SAMSIC et de 57 euros via TK Care. Sur cette base, une moyenne de 55,5 euros par heure a été retenue. En considérant qu'un poste de jour correspond à une amplitude de 12 heures, le coût d'une mission journalière s'élève à 666 euros. Pour les postes de nuit, d'une durée de 11 heures, ce coût est estimé à 610,50 euros.

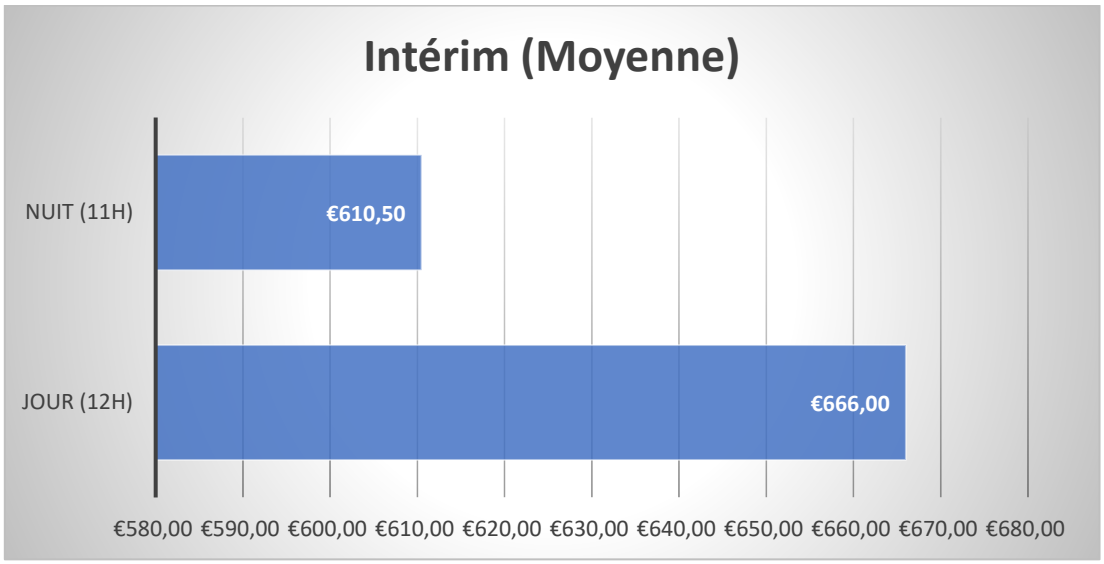


Tableau 8 : Coût moyen d'une vacation en intérim de nuit versus jour

En effet, un ETP représente en moyenne 128 heures mensuelles, réparties en 122,5 heures de nuit et en un nombre de missions équivalent à 12 vacations de jour ou 11 vacations de nuit sur une période de 28 jours. Ces éléments permettent d'affiner la projection des coûts en fonction de l'organisation du temps de travail.

En parallèle, une analyse des coûts liés aux heures supplémentaires (HS) a été menée en collaboration avec la gestion du personnel, afin d'identifier les bornes minimales et maximales, ainsi qu'une moyenne, en fonction des indices de rémunération. Pour les heures supplémentaires de jour, les coûts varient entre 15,42 euros et 35,17 euros par heure, pour une moyenne de 25,295 euros. Appliqués à une amplitude de 12 heures, ces montants correspondent respectivement à 185,04 euros au minimum, 422,04 euros au maximum et 303,54 euros en moyenne.

Concernant les heures supplémentaires de nuit, les coûts horaires s'échelonnent de 30,83 euros à 70,35 euros, avec une moyenne de 50,59 euros. Sur la base de 11 heures de travail, cela représente un coût total de 339,13 euros au minimum, 773,85 euros au maximum et 556,49 euros en moyenne.

Ainsi, le coût moyen d'une heure en termes d'heures supplémentaires ou d'intérim est égale à :

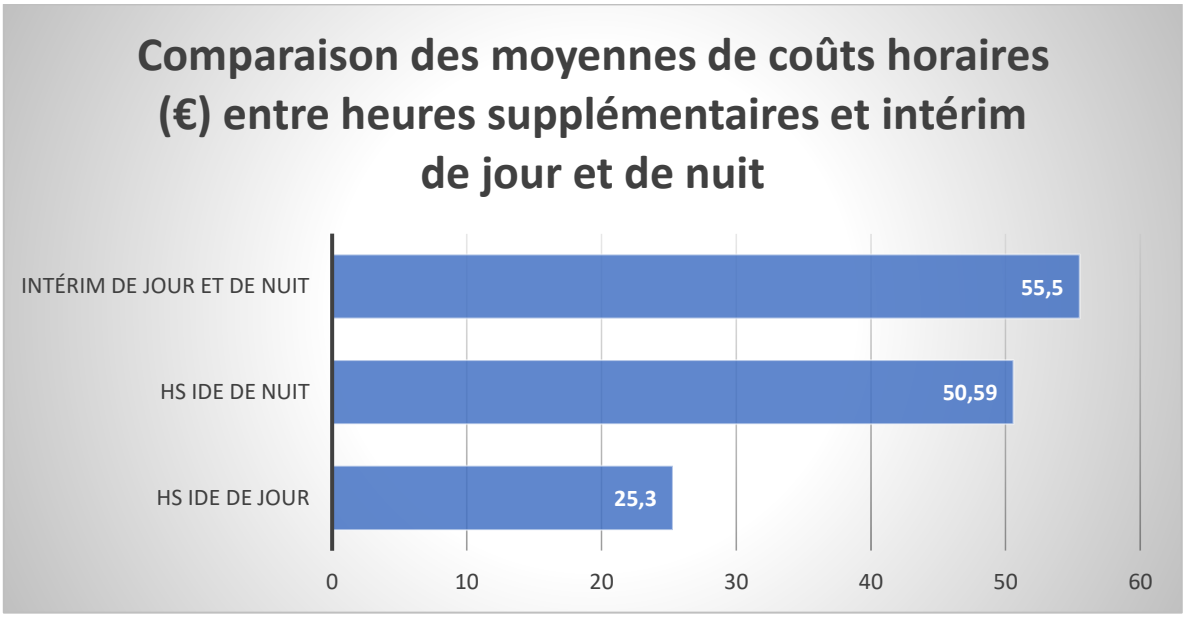


Tableau 9 : Coût moyen horaire entre les HS et l'intérim de jour et de nuit

Concernant les heures supplémentaires, nous pouvons résumer cela sous forme de tableau :

Type d'HS	Coût horaire Minimum	Coût horaire Maximum	Coût horaire Moyen	Coût journalier de 12h Minimum	Coût journalier de 12h Maximum	Coût journalier de 12h Moyen
JOUR	15,42 €	35,17 €	**25,30 €**	185,04 €	422,04 €	**303,54 €**
NUIT	30,83 €	70,35 €	**50,59 €**	339,13 €	773,85 €	**556,49 €**

Tableau 10 : Coût des heures supplémentaire de jour et de nuit

L'ensemble de ces données permet ainsi de disposer d'une vision comparative des coûts entre le recours à l'intérim et la mobilisation des ressources internes via les heures supplémentaires.

Maintenant, comparons les heures supplémentaires versus l'intérim :

L'analyse révèle une supériorité économique nette des heures supplémentaires (HS) par rapport à l'intérim pour les postes de jour : la moyenne HS (303,54 €) représente seulement 46% du coût intérim (666 €), tandis que le maximum HS (422,04 €) reste inférieur de 37%.

Pour les nuits, l'avantage est plus relatif. La moyenne HS (556,49 €) atteint 91% du coût intérim (610,50 €), et le maximum HS (773,85 €) le dépasse même de 27%, soulignant une variabilité liée aux indices élevés de nuit.

Ce différentiel justifie prioritairement les HS de jour pour rentabiliser la bi-compétence SAU/MIR, avec un seuil de rentabilité à 55,5 €/h (intérim moyen). Globalement, un recours mixte (HS jour + optimisation HS nuit via indices modérés) génère des économies estimées à 50-70% par ETP, favorisant la flexibilité des effectifs sans alourdir la masse salariale. Ces gains soutiennent l'attractivité du projet en contexte de turnover élevé en réanimation (20-25% observés localement).

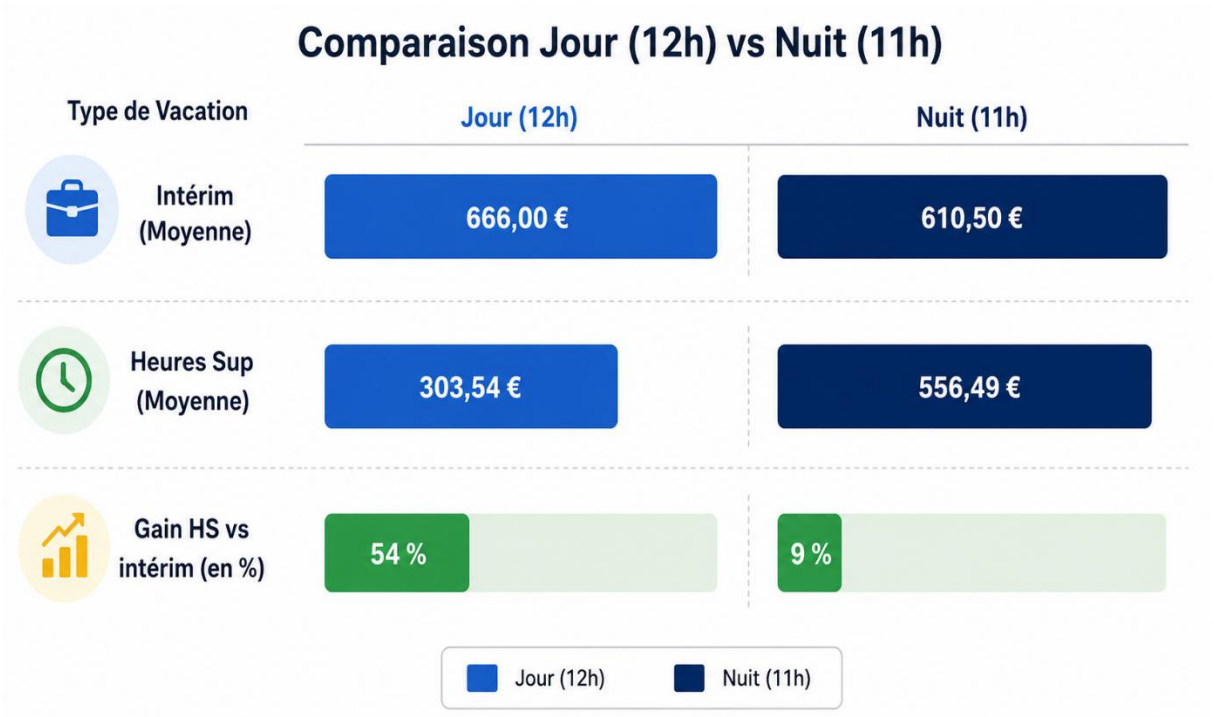


Figure 12 : Récapitulatif entre le jour et la nuit en terme d'HS et d'intérim

Si nous rapportons cela à la période d'intégration de 4 semaines au SAU et de 6 semaines au sein de la MIR, nous estimons le coût global entre l'intérim et les heures supplémentaires :

Indicateur	SAU		MIR	
	JOUR	NUIT	JOUR	NUIT
NOMBRE DE JOURS de formation	12	11	18	16,5
HS	3 642,48 €	6 121,39 €	5 463,72 €	9 182,085 €
INTERIM	7 992,00 €	6 715,50 €	11 988,00 €	10 073,25 €

Tableau 11 : Coût en fonction du nombre de jour de formation

Ce tableau présente une comparaison des coûts bruts, hors charges patronales et hors TVA, entre le recours exclusif aux heures supplémentaires (HS) et à l'intérim pour les secteurs du SAU et du MIR, en horaires de jour et de nuit. Les montants indiqués correspondent donc uniquement aux données financières brutes.

Au SAU, pour 12 jours de formation en journée, le coût des HS s'élève à 3 642,48 €, contre 7 992,00 € pour l'intérim. L'écart est particulièrement important, puisque le recours aux HS représente moins de la moitié du coût de l'intérim. En revanche, pour les horaires de nuit sur 11 jours de formation, les montants se rapprochent davantage : 6 121,39 € pour les HS contre 6 715,50 € pour l'intérim. Les HS restent financièrement plus avantageuses, mais l'économie réalisée est beaucoup plus limitée que sur les postes de jour.

La même tendance est observée en MIR. En journée, pour 18 jours de formation, les HS représentent un coût brut de 5 463,72 €, alors que l'intérim atteint 11 988,00 €. L'écart est donc très marqué et montre un avantage économique important en faveur des HS. Pour les postes de nuit, sur 16,5 jours de formation, le coût des HS est de 9 182,09 € contre 10 073,25 € pour l'intérim. Là encore, les HS demeurent moins coûteuses, mais l'écart financier se réduit sensiblement par rapport aux horaires de jour.

Globalement, cette comparaison met en évidence que, sur la base des montants bruts hors charges patronales et hors TVA, le recours aux heures supplémentaires reste systématiquement moins coûteux que l'intérim. L'avantage financier est particulièrement significatif en journée, tandis qu'il diminue nettement pour les horaires de nuit, où les coûts des HS se rapprochent davantage de ceux de l'intérim.

4.7 La progression du projet

A l'issue de la première alternance, une évaluation du dispositif, par tous les participants au projet sera mise en place afin d'ajuster le dispositif.

4.7.1 Les indicateurs de suivi

Sur le plan organisationnel, il s'agira tout d'abord de mesurer le taux de professionnels effectivement formés à la bi-compétence, indicateur clé de la diffusion du projet au sein des équipes. Ce taux permettra d'identifier le niveau d'appropriation du dispositif, mais également son impact sur la flexibilité organisationnelle. Le temps de formation effective constituera un second indicateur essentiel, renseignant sur la faisabilité du projet au regard des contraintes de service et de la planification des ressources humaines. L'analyse des éventuelles adaptations de plannings ou du renforcement temporaire des effectifs viendra compléter cette évaluation.

Concernant la qualité et la sécurité des soins, plusieurs indicateurs permettront de suivre l'évolution de la performance clinique après la mise en œuvre du projet. Le taux d'événements indésirables constituera un marqueur de la sécurité des pratiques, tandis que l'évaluation des compétences acquises, à travers des audits

de pratiques, des évaluations en situation ou des retours de l'encadrement, permettra de mesurer le niveau réel d'intégration des savoirs et savoir-faire transversaux entre les deux services.

La satisfaction et la dynamique professionnelle des agents seront également déterminantes dans l'évaluation de la bi-compétence. Le taux de satisfaction des professionnels reflétera leur perception du dispositif, notamment en termes de reconnaissance, de montée en compétences et d'équilibre entre charge de travail et valorisation. Le taux d'attractivité du dispositif, quant à lui, permettra d'apprécier la capacité du projet à fidéliser les professionnels et à attirer de nouveaux collaborateurs intéressés par l'acquisition d'une double expertise.

Enfin, l'analyse globale sera complétée par des indicateurs de continuité et de performance du service, tels que la stabilité des effectifs entre les deux unités, le taux d'absentéisme ou encore les délais de remplacement en cas d'absence. Ces éléments permettront d'évaluer l'impact structurel du projet sur la coordination interservices et sur la continuité des prises en charge des patients.

Un autre indicateur de suivi sera le taux d'abandon du dispositif. En effet, lors des réunions d'informations, de nombreuses questions de la part des soignants des urgences ont émergées faisant apparaitre une inquiétude quant à l'engagement pris au sein du dispositif et de la possibilité que l'un ou l'autre des services ne leur conviennent pas. Il avait donc été envisagé la possibilité de faire une ou plusieurs journées d'observations en réanimation afin de voir si cela pouvait convenir.

Nous pouvons résumer cela sous forme de tableau

Axe d'évaluation	Indicateurs de suivi	Objectifs et Enjeux
Dimension Organisationnelle	Taux de professionnels formés Temps de formation effective Adaptation des plannings	Mesurer le niveau d'appropriation du projet, sa faisabilité logistique et son impact réel sur la flexibilité des effectifs.
Qualité et Sécurité des soins	Taux d'événements indésirables Résultats des audits de pratiques Évaluations en situation	Garantir la sécurité clinique et valider l'intégration effective des savoir-faire transversaux entre les deux services.
Dynamique Professionnelle	Taux de satisfaction des agents Taux d'attractivité Taux de fidélisation	Évaluer le sentiment de reconnaissance, la montée en compétences et l'intérêt des soignants pour cette double expertise.
Performance Structurelle	Stabilité des effectifs inter-unités Taux d'absentéisme Délais de remplacement	Analyser l'impact du projet sur la continuité des soins, la coordination interservices et la gestion des ressources humaines.
Gestion des Risques RH	Taux d'abandon du dispositif Nombre de journées d'observation	Identifier les freins et inquiétudes des soignants afin d'ajuster l'accompagnement et sécuriser l'engagement individuel.

Tableau 11 : Résumé des indicateurs de suivi

4.7.2 Les limites du projet

La conception initiale du projet s'appuyait sur une représentation relativement idéalisée des interactions entre les acteurs, comme en témoigne le sociogramme élaboré en amont. Cette vision partait du postulat d'une adhésion homogène des parties prenantes et une convergence des intérêts. Cependant, cela ne s'est pas confirmée lors de la phase de présentation.

Par ailleurs, même s'il y a eu adhésion au projet, les retours des différents acteurs institutionnels ont mis en exergue des divergences de vision du projet. Du côté médical, la réflexion s'est rapidement orientée vers une logique d'ajustement des capacités en fonction de la saisonnalité, notamment en réanimation ouvrant la perspective d'un redéploiement des effectifs à l'échelle de l'établissement. Pour la direction des soins, le projet a été interprété sous l'angle de la mutualisation des ressources humaines, avec un objectif d'auto-remplacement et de sécurisation des effectifs en personnel formé. Ces appropriations différenciées traduisent un phénomène de réinterprétation des projets selon les logiques professionnelles et organisationnelles propres à chaque acteur. Elles soulignent également un risque de décalage entre les finalités initiales du projet et ses usages potentiels au sein de l'institution.

La formalisation d'une charte de fonctionnement a permis de mieux circonscrire le périmètre du projet et d'en préciser les modalités. J'ai cependant mis en avant, auprès de la Direction des Soins et de l'équipe médicale, le fait que les soignants pouvaient être mobilisés en cas de situation sanitaire exceptionnelle (SSE). En effet, en cas de SSE et/ou de l'activation d'un plan blanc, un plus grand nombre de soignants ayant des compétences en médecine d'urgence et/ou en réanimation seront mobilisable. Cela permettra de mieux appréhender un afflux massif de victimes. Certains soignants adhérant au projet ont spontanément envisagé leur participation dans une logique de mutualisation, davantage que dans une dynamique structurée d'alternance ou de montée en compétences. Ce décalage met en évidence l'importance de la clarté des objectifs et de la cohérence du discours managérial dans la conduite du changement.

Des contraintes conjoncturelles ont également impacté le déploiement opérationnel du projet. L'organisation des réunions d'information à destination des équipes paramédicales, qui devait se faire début janvier 2026, a été perturbée par un contexte défavorable, marqué à la fois par un mouvement de grève des médecins généralistes et par une épidémie de grippe. La surcharge d'activité au sein des urgences n'a donc pas permis d'avoir une mobilisation et une attention de l'ensemble des professionnels. Le report de ces temps d'échange, d'une quinzaine de jours, a ainsi retardé la présentation du projet, illustrant un ajustement du programme du projet aux aléas du contexte sanitaire.

En outre, la non-adhésion initiale des équipes de la MIR constitue une limite majeure. Cette résistance, loin d'être uniquement un frein, a néanmoins conduit à une réorientation du projet vers une approche plus progressive et incitative. L'intégration d'un infirmier du SAU au sein de la MIR a, à ce titre, constitué un levier concret pour initier une dynamique d'adhésion, en rendant visibles les intérêts collectifs du projet.

Enfin, la question des postes vacants apparaît comme une contrainte structurelle déterminante. L'équilibre du dispositif repose en effet sur une forme de réciprocité entre les services. Cela est difficilement atteignable en cas de nombre élevé de postes vacants. Cette contrainte a directement conditionné le calendrier de mise en œuvre, retardant le lancement du projet jusqu'à septembre 2025. Elle met en évidence les limites d'un projet organisationnel dépendant étroitement des ressources humaines. Il souligne ainsi la nécessité d'intégrer ces paramètres dès la phase de conception.

4.7.3 Analyse réflexive des écarts : entre projet prescrit et réalités du terrain

Au début, la démarche consistant à solliciter les cadres de santé du SAU afin d'identifier des professionnels volontaires, reposait sur une logique participative. Toutefois, cette modalité de recrutement, fondée uniquement sur le volontariat, a rapidement montré ses limites. En effet, si l'adhésion initiale des collègues a été importante, elle ne s'est pas traduite par un engagement homogène dans la durée. Cette situation met en évidence un écart classique entre intention déclarative et implication réelle. En pratique, le projet a reposé de manière significative avec deux collègues cadre de santé du SAU très investies. Une des collègues a d'ailleurs fortement contribué à promouvoir ce projet auprès des étudiants en soins infirmiers qui sont venus en stage au sein du SAU.

Par ailleurs, l'organisation du travail des cadres, structurée en horaires de 10 heures, a constitué un facteur contraignant dans la coordination du projet. Cette contrainte temporelle a limité les temps d'échange collectifs et la construction d'une dynamique d'équipe cohérente. Malgré la création d'un outil informatique partagé, la participation aux réunions mensuelle de l'ensemble de l'encadrement du SAU, il a fallu créer des

temps d'échanges et de travail avec mes collègues cadre de santé afin d'avancer sur l'élaboration d'outils de travail commun. Cela a donc été à un biais dans la conduite du projet. En effet, la planification n'a pas suffisamment intégré les spécificités organisationnelles et les logiques de fonctionnement propres aux différents services, ce qui a contribué à un déséquilibre d'implication entre le SAU et la MIR.

En outre, l'hypothèse selon laquelle les infirmiers de la MIR recrutés deux ans auparavant constitueraient un socle stable d'engagement s'est révélée inadaptée. Cette projection reposait sur une vision relativement statique des trajectoires professionnelles, alors même que les aspirations et les priorités des soignants évoluent rapidement. Cela montre un décalage entre mes représentations initiales en tant que chef de projet et la réalité du terrain.

Pour finir, le premier sociogramme élaboré traduit une représentation idéalisée du fonctionnement collectif, dans laquelle l'ensemble des acteurs apparaissait engagé de manière homogène. Cette vision, bien que facilitatrice, a conduit à sous-estimer les résistances, notamment celles des équipes de jour de la MIR. Elle illustre un biais cognitif dans la conduite de projet, consistant à anticiper une adhésion implicite des acteurs sur la base d'expériences passées. Or, l'évolution des contextes et des individus rend ces projections incertaines. Cette expérience met ainsi en lumière l'importance d'une analyse préalable des parties prenantes, intégrant leurs attentes, leurs contraintes et leurs dynamiques d'évolution, afin de limiter les écarts entre le projet prescrit et sa mise en œuvre effective.

Conclusion

Au terme de cette réflexion, le projet de bi-compétence SAU/MIR apparaît comme une réponse pertinente à plusieurs défis majeurs de l'hôpital contemporain. Il permet d'envisager une organisation plus souple, plus réactive et mieux armée pour faire face aux variations d'activité, tout en ouvrant des perspectives de développement professionnel pour les soignants. Sa force réside dans sa capacité à articuler les besoins du terrain avec une logique de parcours, de montée en compétences et de sécurisation des pratiques. Dans un environnement où la tension sur les effectifs est devenue structurelle, ce type de dispositif ne relève pas d'un confort organisationnel, mais d'une nécessité stratégique.

Toutefois, les analyses menées montrent que la réussite du projet suppose un accompagnement rigoureux et progressif. Les résistances observées, notamment au sein de la MIR, traduisent moins un rejet du principe de bi-compétence qu'une inquiétude face à la perte de repères, à la dilution possible de l'identité professionnelle et à l'incertitude sur les modalités concrètes de mise en œuvre. Cela rappelle que toute transformation hospitalière engage des dimensions symboliques autant qu'opérationnelles. Il ne suffit donc pas de proposer un projet pertinent sur le papier, encore faut-il construire les conditions de son acceptabilité, en travaillant la communication, la lisibilité du cadre, l'accompagnement des professionnels et la reconnaissance de leur engagement.

Dans une vision de cadre supérieur, ce projet prend une signification encore plus large. Il ne s'agit plus seulement d'optimiser les effectifs de deux unités, mais d'inscrire la bi-compétence dans une politique institutionnelle de long terme. À cette échelle, le dispositif peut devenir un levier de gouvernance, un outil de fidélisation et un support de gestion prévisionnelle des compétences. Il participe alors à la construction d'une culture d'établissement fondée sur la mobilité réfléchie, la valorisation des expertises, la sécurisation des parcours professionnels et la capacité à anticiper les besoins futurs des services.

En tant que futur cadre supérieur, ce projet montre un intérêt stratégique en matière de pilotage. La bi-compétence peut contribuer à renforcer l'adaptabilité des organisations, à soutenir les services en tension et à favoriser la continuité des soins dans des secteurs particulièrement exposés aux fluctuations d'activité. Elle peut aussi constituer un outil de dialogue entre services, entre cadres et direction des soins, en donnant à voir une logique commune de développement des compétences et de sécurisation des parcours. Dans cette perspective, le projet devient un support de transformation organisationnelle et un marqueur d'innovation managériale.

En définitive, la bi-compétence SAU/MIR peut être pensée comme un projet structurant, à condition d'être portée avec méthode et patience. Son intérêt ne tient pas seulement à son utilité opérationnelle, mais aussi à sa capacité à produire du sens pour les équipes et pour l'institution. Si elle est accompagnée dans une logique de co-construction, d'évaluation et d'ajustement continu, elle peut contribuer à construire une organisation plus agile, plus attractive et plus durable. À l'échelle du cadre supérieur, elle incarne alors une manière de penser le management non comme une réponse ponctuelle à une crise, mais comme une démarche anticipatrice au service du soin, des professionnels et de l'établissement.

Toutefois, la réussite d'un tel dispositif n'est pas automatique. Comme nous l'avons souligné à travers l'analyse du sociogramme, les identités professionnelles sont tenaces. La peur de « perdre sa spécificité » ou la crainte d'être utilisé comme une simple variable d'ajustement sont des freins réels et profondément ancrés dans les représentations des équipes. Le rôle du chef de projet est ici essentiel : il doit être à la fois garant du cadre, facilitateur du dialogue et accompagnateur du changement. Cela implique de sécuriser les professionnels par un accompagnement individualisé, un mentorat de proximité, des temps d'échanges réguliers et le respect des engagements définis dans la charte de bi-compétence. La pérennité du projet repose ainsi moins sur l'existence d'un dispositif technique que sur la qualité du lien de confiance établi entre l'institution et les soignants, ressource particulièrement précieuse dans un contexte hospitalier marqué par l'instabilité et l'usure professionnelle.

Pour ma part, ce projet a constitué un véritable terrain d'apprentissage et de maturation professionnelle dans la construction de ma posture de futur cadre supérieur de santé. J'ai compris que piloter un changement nécessite une communication adaptée, une co-construction et surtout une adhésion progressive des équipes, fondée sur l'écoute, la confiance et la prise en compte des réalités du terrain. Le changement ne peut être durable que s'il est compris, partagé et porté collectivement par les professionnels concernés. Cette

expérience m'a également permis de mesurer combien l'adhésion ne se décrète pas : elle se construit dans le temps, au travers de la cohérence managériale, de la reconnaissance des inquiétudes exprimées et de la capacité à donner du sens aux évolutions proposées.

L'analyse psycho-sociologique des organisations m'a offert des clés de compréhension essentielles pour décrypter les jeux d'acteurs, identifier les dynamiques de groupe et mieux appréhender les mécanismes de résistance. Elle m'a appris que les oppositions ne doivent pas être perçues uniquement comme des obstacles, mais aussi comme des indicateurs révélateurs des besoins de sécurisation, de reconnaissance et de clarification des équipes. Cette approche m'a permis de transformer certaines résistances en points d'appui pour ajuster le projet, renforcer le dialogue et favoriser l'implication des professionnels.

Enfin, ce travail confirme que le management hospitalier ne peut plus se limiter à une gestion organisationnelle ou administrative des ressources. Il implique désormais une capacité à accompagner l'incertitude, à fédérer autour d'un projet commun et à concilier performance organisationnelle et qualité de vie au travail. En ce sens, la bi-compétence SAU/MIR représente bien plus qu'un outil de gestion des effectifs : elle constitue une réflexion sur l'évolution des métiers, sur la coopération interservices et sur la manière de construire des organisations soignantes plus résilientes, capables de s'adapter sans perdre leur dimension humaine.

Bibliographie

ARTICLES

Bayle, I., & Chassenieux, C. (2021, septembre). Attractivité et fidélisation dans les métiers du soin, enjeux et défis. *Soins cadres*, (129).

Chambre-Clavel, B., & Agulhon, J.-F. (2021, septembre). DS et DRH, une coopération au service de l'attractivité et de la fidélisation. *Soins cadres*, (129), 19-22.

Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares). (2009). *Facteurs de risques psycho-sociaux*. Ministère du Travail.

Dutrieux, C., & Jaud, M. (2025). Penser l'attractivité et la fidélisation à partir de la marque employeur : Un non-sens pour les organisations pluralistes telles que les ESMS. *Les Cahiers de l'Actif*, (584-585), 21-30.

LIVRES

Autissier, D., Johnson, K., & Moutot, J.-M. (2015). De la conduite du changement instrumentalisée au changement agile. *Question(s) de management*, *2*(2), 37-44.

Clot, Y. (2015). *Le travail à cœur : Pour en finir avec les risques psychosociaux*. La Découverte.

Coutrot, T., & Perez, C. (2021). *Quand le travail perd son sens : L'influence du sens du travail sur la mobility professionnelle, la prise de parole et l'absentéisme pour maladie* (Document d'études). DARES.

Crozier, M., & Friedberg, E. (1992). *L'acteur et le système*. Éditions du Seuil.

Dumond, J.-P. (2021). *La grande transformation hospitalière*. Seli Arslan.

Dumond, J.-P (2025). *Transformer les organisations de santé*.

Durkheim, É. (1967). *De la division du travail social* (8e éd.). Presses Universitaires de France. (Œuvre originale publiée en 1893).

Fassier, M., & Grea, D. (2023). *Pour des managers en soutien : La subsidiarité dans les organisations*. ESF Sciences Humaines.

Fernagu Oudet, S. (2012). Concevoir des environnements de travail capacitants : L'exemple d'un réseau réciproque d'échanges des savoirs. *Formation emploi*, (119p), 7-27.

Jeske, F. (2024). *Le choc des générations n'existe pas : Pour en finir avec les stéréotypes et donner sa juste place à chacun au travail*. Eyrolles.

Le Boterf, G. (2018a). *Construire les compétences individuelles et collectives* (7e éd.). Éditions d'Organisation.

Le Boterf, G. (2018b). *Construire les compétences collectives*. Eyrolles.

Le Boterf, G. (2018c). *Développer et mettre en œuvre la compétence*. Eyrolles.

Marchat, H. (2023). *Le kit du chef de projet* (7e éd.). Eyrolles.

Van de Weerdt, C., & Le Douce, L. (2022). Violences externes en service d'urgences hospitalières : Éclairage théorique et pratique pour la prévention. *Hygiène et sécurité du travail*, 268p

SITE INTERNET

Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP). (2020, décembre). *L'organisation de l'AP-HP : L'AP-HP en bref*. https://www.aphp.fr/nous-connaitre/lorganisation-de-lap-hp/lap-hp-en-bref

Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP). (2026a). *L'éco décodée de l'AP-HP*. https://www.aphp.fr/nous-connaitre/leco-decodee-de-laphp

Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP). *Les chiffres clés de l'AP-HP Sorbonne Université* https://aphppro.aphp.fr/APHPSorbonne/SitePages/presentationEtChiffresClesDAPHPSorbonneUniversite.aspx;

Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP). (2026b, 17 mars). *Trois ans après le lancement de son plan « 30 leviers pour agir ensemble », l'AP-HP a retrouvé une dynamique positive et poursuit sa trajectoire de redressement* [Communiqué de presse]. https://www.aphp.fr/espace-medias/liste-ressources-presse/trois-ans-apres-le-lancement-de-son-plan-30-levierspouragir

Castex, J. (2021, 28 décembre). *Une prime mensuelle de 100 euros nets pour les infirmiers de réanimation* [Interview]. Portail du Gouvernement. https://www.info.gouv.fr/actualite/une-prime-mensuelle-de-100-euros-nets-pour-les-infirmiers-de-reanimation

Chaminade, B. (2026, 9 mars). *Définition de la fidélisation*. Insight & Dirigeants. https://benjaminchaminade.com/definition-de-la-fidelisation/

Clauzard, P. (2021, 29 juin). *Le développement et l'apprentissage chez les adultes* [Billet de blog]. Univ&Perso. https://www.philippeclauzard.fr/2021/06/web-seminaire-d-ete-en-psychologie-du-developpement-notes-eparses-de-cours-du-cnam-paris.html

Cour des comptes. (2024, novembre). *L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital* (Rapport public thématique). https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2024-11/20241119-Accueil-et-traitement-des-urgences-a-l-hopital_0.pdf

Demousse, L. (2025, 22 juillet). *Management intergénérationnel : Les clés d'une diversité réussie en entreprise*. Blog RH. https://www.blog-rh.com/2025/07/management-generationnel-cles-dune-diversite-reussie-entreprise/

Deschanet, E., Distler, F., & Rasolofo-Distler, F. (2022). Reconnaissance des compétences : Savoirs, savoir-faire et savoir-être de l'étudiant — Le cas de trois dispositifs : Bonus étudiant engagé, VAE et blocs de compétences. *Projectics / Proyéctica / Projectique*, *33*(3), 91-110. https://doi.org/10.3917/proj.033.0091

Dictionnaire Larousse. Définition de la compétence
https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/comp%C3%A9tence/17648#:~:text=Capacit%C3%A9%20reconnue%20en%20telle%20ou,Avoir%20des%20comp%C3%A9tences%20en%20physique

Dictionnaire Larousse. Définition du mentor
https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/mentor/50535

Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DREES). (2025, 1er janvier). *Les professions de santé au 1er janvier 2025 : Démographie et lieux d'exercice*. Ministère de la Santé et de la Prévention. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/

Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DREES). Etude ER1319
https://git.drees.fr/drees_code_public/etudes/er1319

Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique (DGAFP). (2023). *Guide pratique de la mise en place et l'animation d'Espaces de Discussion sur le Travail (EDT)* (Éd. 2023). Portail de la Fonction Publique. https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/publications-dgafp/guide_edt.pdf

Dubar, C. (2010). La crises des identités professionnelles. Dans *La crise des identités : L'interprétation d'une mutation* (p. 95-128). Presses Universitaires de France. https://shs-cairn-info.ezproxy.u-pec.fr/la-crise-des-identites--9782130583653-page-95?lang=fr

Fédération Hospitalière de France (FHF). (2025). *Enquête sur la vacance des postes paramédicaux dans les établissements publics de santé*. https://www.fhf.fr/

Haute Autorité de Santé (HAS). (2017). *La boussole Qualité de vie au travail : Un outil pour fixer le cap*. https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201709/qvt_fiche_outil_boussole.pdf

Havette, V. (2020, octobre). Les relations intergénérationnelles au sein d'une équipe paramédicale. *Revue l'aide-soignante*, (n°220). https://netboardmecf1.s3.amazonaws.com/published/249686/files/1d8f358a1ffa7e671abdd2fe794c6745.pdf

Hennion, G. (2026, 25 février). *5 avantages de la planification Gantt* [Billet de blog]. Bubble Plan. https://bubbleplan.net/blog/5-avantages-planification-gantt

Hôpital Saint-Antoine. (2025, 29 novembre). *Présentation de Saint-Antoine et chiffres clés*. AP-HP Sorbonne Université. https://aphppro.aphp.fr/SaintAntoine/SitePages/presentationDeSaintAntoineEtChiffresCles.aspx

Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). (2026, 10 avril). *La pyramide des âges au 1er janvier 2026*. https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5014911/pyramide.htm#!y=2024&c=0

Landecy, C. (2026, 5 février). *Baby-boomers, générations X, Y, Z et Alpha : Qu'est-ce qui les distingue ?* HubSpot. https://53.fs1.hubspotusercontent-na1.net/hubfs/53/les-differentes-generations.png

Maes, J., & Debois, F. (2023). Outil 31 : Le diagramme de Gantt. Dans *La boîte à outils du chef de projet* (p. 86-87). Dunod. https://shs-cairn-info.ezproxy.u-pec.fr/la-boite-a-outils-du-chef-de-projet--9782100848225-page-86?lang=fr

Mariage-Gaudron, L. (2009, novembre). Approche intergénérationnelle des comportements professionnels et du travail en équipe. *Soins cadres*, (72). https://www.anfh.fr/sites/default/files/ged/mariage_-gaudron_2009_approche_intergenerationnelle_soins_c.pdf

Matuson, R. (2016, 20 juin). *La « juniorisation » des organisations : Pourquoi cette idée devrait être mise en pause*. Forbes. https://www.forbes.com/sites/robertamatuson/2016/06/20/the-juniorization-of-organizations-why-this-idea-should-be-put-in-time-out

Ministère de la Santé et de la Prévention. (2026, février). *Réforme de la formation infirmière : Vers une universitarisation des compétences* [Communiqué de presse].

Ministère de l'Action et des Comptes publics. (2026). *Être compétent, c'est être capable de savoir agir en situation : Interview de Guy Le Boterf*. Portail de la Fonction Publique. https://www.fonction-publique.gouv.fr/la-dgafp/notre-coeur-dactivite/animer-la-politique-interministerielle-de-formation/ils-nous-parlent-de-la-formation-professionnelle/etre-competent-cest-etre-capable-de-savoir-agir-en-situation

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2025, 12 mai). *Le nombre d'infirmières et d'infirmiers augmente, mais les inégalités menacent les objectifs en matière de santé mondiale* [Communiqué de presse]. https://www.who.int/fr/news/item/12-05-2025-nursing-workforce-grows--but-inequities-threaten-globalhealthgoals

Parent, C. (2024, décembre). Le nombre d'infirmières augmenterait fortement d'ici à 2050, mais moins que les besoins en soins de la population vieillissante. *Études et Résultats*, (1319). DREES. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communiquedepresse/241203_ER_Nombre-infirmieres

Parvais, A. (2024, 4 décembre). Le mentorat, un soutien précieux pour démarrer dans le métier. *Infirmiers.com*. https://www.infirmiers.com/etudiants/admission-et-cursus-en-ifsi/le-mentorat-un-soutien-precieux-pour-demarrer-dans-le-metier

Pichère, P., & Cadiat, A.-C. (2015). *La pyramide de Maslow : Comprendre et classifier les besoins humains*. 50Minutes.

QualMent. (2021). *Ligne directrice sur le développement des compétences des infirmiers cliniciens et infirmières cliniciennes mentors en mentorat.* https://www.qualment.eu/wp-content/uploads/2021/11/Final_Guideline_QualMent_FR.pdf

Ressources utiles pour les managers : renforcer l'intergénérationnel au travail. https://www.cmvrh.developpement-durable.gouv.fr/ressources-utiles-pour-les-managers-renforcer-l-a5118.html

République Française. (2019, 28 juin). *Décret n° 2019-680 du 28 juin 2019 modifiant le décret n° 92-6 du 2 janvier 1992 portant attribution d'une indemnité forfaitaire de risque à certains agents de la fonction publique hospitalière*. Légifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038704574

République Française. (2022, 26 avril). *Décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques*. Légifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045668631

RH Partners. (2026, 5 février). *Comment faire travailler ENSEMBLE plusieurs générations ?* https://www.rh-partners.com/comment-faire-travailler-ensemble-plusieurs-generations/

Samu-Urgences de France (SUdF). (2025, 16 janvier). *Tension sanitaire extrême, conséquence d'une insuffisance d'anticipation et de pilotage* [Communiqué de presse]. https://www.samu-urgences-de-france.fr/fr/actualites/presse/-janvier-2025-tension-sanitaire-extreme-consequence-d-une-insuffisance-d-anticipation-et-de-pilotage-/art_id/1169

Samu-Urgences de France (SUdF), & Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). (2024, 14 septembre). *Urgences : Dégradation de la situation cet été par rapport à 2023 (enquête SUdF)*. Actualités de l'Urgence - APM. Actualités de l'Urgence - APM / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU

Société de Réanimation de Langue Française (SRLF). (2011, 19 avril). *Référentiel de compétences de l'infirmière de réanimation*. https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/12/20110419-R%C3%A9f%C3%A9rentiel-IDE-final.pdf

Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). (2008, juin). *Référentiel de compétences de l'infirmier d'urgence*. https://www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/Referentiel_IDEU_VF2008-06-1.pdf

Sorbonne Université (AP-HP). (2025a, 29 novembre). *Présentation du DMU DEMIURGE*. https://aphp-pro.aphp.fr/APHPSorbonne/SitePages/dMUDEMIURGE.aspx

Sorbonne Université (AP-HP). (2025b, 29 novembre). *Présentation et chiffres clés d'AP-HP Sorbonne Université*. https://aphppro.aphp.fr/APHPSorbonne/SitePages/presentationEtChiffresClesDAPHPSorbonneUniversite.aspx

Véran, O. (2022, 11 mars). *Une feuille de route pour renforcer les soins critiques* [Interview]. Portail du Gouvernement. https://www.info.gouv.fr/actualite/soins-critiques

Tables des annexes

Annexe 1 : Fiche projet

Annexe 2 : lettre de mission

Annexe 3 : Charte de fonctionnement projet bi-compétence

Annexe 4 : Grille d'évaluation des bi-compétences SAU/MIR

Annexe 1 : Fiche projet

UPEC UNIVERSITÉ PARIS-EST CRÉTEIL | FACULTÉ DE SANTÉ | ESM Formation & Recherche en Soins	Fiche projet « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2025-2026

NOM : du Hamel de Fougeroux Auriane

INTITULE du projet managérial :

Mise en place d'un dispositif de bi-compétence IDE entre le service des Urgences et le Service de Médecine Intensive et Réanimation

CONTEXTE D'EMERGENCE :

- Environnement
  - Ce projet concerne le service de Urgences et de Médecine Intensive Réanimation de l'hôpital SAINT ANTOINE et plus particulièrement les infirmiers
  - Ce projet s'inscrit également dans un contexte innovant permettant la montée en compétences des soignants. Il pourra répondre également en cas de situations sanitaires exceptionnelles
- Pourquoi ce projet
  - Ce projet répond à une demande de l'institution car il répond à une démarche innovante mais également à une demande de certains infirmiers qui souhaiteraient travailler au sein des deux services
  - Par ailleurs, nous constatons qu'un certain nombre d'étudiants en soins infirmiers effectuent un stage que ce soit en réanimation puis aux urgences ou vice versa. Ce parcours de stage est donc en cohérence avec l'alternance proposée
- Sa pertinence
  - La Médecine intensive Réanimation et les Urgences travaillent en étroite collaboration. Les prises en charge sont différentes mais une certaine complémentarité existe entre la filière Urgences-Réa. En effet, 40% des patients admis en réanimation sont issus des Urgences

REFERENCES REGLEMENTAIRES :

OBJECTIFS INSTITUTIONNELS :

- Répondre à une attractivité et une fidélisation du personnel (Levier 17)
- Répondre à un projet innovant

ACTEURS liés PROJET

- Responsable : Auriane du HAMEL de FOUGEROUX
- Acteurs impliqués : cadres de santé du SAU, de la MIR, cadre supérieure de santé du DMU DEMIURGE, cadre paramédicale du DMU DEMIURGE
- Acteurs concernés : personnel paramédical IDE de jour et de la nuit de la MIR et du SAU Direction des soins, direction de l'hôpital

CALENDRIER PREVISIONNEL :

Phase 1 : Constitution du COPIL Co-construction du projet, Nov. 2025

Phase 2 : Identification des compétences attendues, analyse des besoins Déc. 2025

Phase 3 : Élaboration des documents d'évaluation, de la charte de fonctionnement Déc. 2 février 2026

Phase 4 : Déploiement du dispositif (Mars–Mai 2026)

Phase 5 : Évaluation intermédiaire et ajustements Juin 2026

Phase 6 Bilan, pérennisation du dispositif Sept. 2026

MOYENS :

- Financiers : pas d'augmentation des effectifs nécessaire
- Ressources RH : ressources interne IDE du SAU et de la MIR
- Logistique : documents communs (livret de suivi), planning de rotation via Gestime

MODE DE FONCTIONNEMENT :

- Copil, groupe de travail, réunions

MODE DE FONCTIONNEMENT :

- Copil, groupe de travail, réunions

RESULTATS ATTENDUS :

A court terme : définir les contours du projet et les documents permettant l'évaluation des compétences

A moyen terme : lancement du projet

Long terme : Pérennisation du projet

VALIDATION :

CRITERES D'EVALUATION

Indicateurs organisationnels

- Taux de professionnels formés à la bi compétence
- Temps de formation effective

Qualité et Sécurité des Soins

- Taux d'évènements indésirables
- Evaluation des compétences acquises

Satisfaction des professionnels

- Taux de satisfaction des professionnels
- Taux d'attractivité du dispositif

REFERENCES UNIVERSITAIRES

- PETIT, Renaud. Les Jeunes et le Travail, Revue Interdisciplinaire sur le Management et l'Humanisme RIMHE - NE - novembre/décembre 2012
- REVEL, Nicolas, 30 leviers pour agir ensemble, décembre 2022
- AP-HP, Projet d'établissement 2021-2025
- BARABEL Michel, MEIER Olivier. Face à la diversité des générations, comment les organisations peuvent-elles favoriser la coopération intergénérationnelle ? Question(s) de Management

Annexe 2 : Lettre de mission

Hôpital Saint-Antoine AP-HP	Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2025-2026	UPEC UNIVERSITÉ PARIS-EST CRÉTEIL FACULTÉ DE SANTÉ ESM

Désignation du projet	Mise en place d'une bi compétence IDE entre le Service d'Accueil des Urgences et la Médecine Intensive Réanimation de l'hôpital SAINT-ANTOINE, AP-HP
Commanditaire	Madame Julie BOURMALEAU, cadre paramédicale du DMU DEMIURGE Madame Anouck DUBOE, cadre supérieur de santé, DMU DEMIURGE, Site SAINT-ANTOINE
Nom du responsable du projet	Madame Auriane du HAMEL de FOUGEROUX, cadre de santé en Médecine Intensive et Réanimation, DMU DEMIURGE, Hôpital SAINT ANTOINE
Missions du responsable de projet	**Mots clés** **Polyvalence, bi-compétence, mentorat, attractivité, fidélisation** Définir les objectifs du projet - Co-construction du projet entre le SAU et la MIR - Etablir une charte de fonctionnement entre les deux services - Identifier les indicateurs du projet Coordonner les professionnels et les équipes - Identifier les IDE volontaires - Participer à la réorganisation des plannings - Définir une période d'intégration adéquate entre le SAU et la MIR ainsi que la population cible (ancienneté, IDE,) - Mise en place de groupe de travail afin de définir les attendus de l'encadrement et des professionnels identifiés par rapport à cette polyvalence Assurer la communication - Formaliser des réunions d'informations auprès des équipes d'encadrement et des professionnels IDE

	- Rester disponible pour toutes interrogations, difficultés - Mise en place de réunion régulières pour informer, retour d'expérience, bilans réguliers avec mise à disposition des CR Organiser et suivre les formations/ période d'intégration - Formaliser un carnet de suivi des compétences - Intégration des professionnels dans les sessions de formation MIR et/ou SAU (interne, simulation…) Evaluer et réajuster le dispositif (suivi des indicateurs) - Evaluation du dispositif - Bilans réguliers - Satisfaction des professionnels IDE et de l'encadrement - Réajustement des attendus managériaux, de la période de turn over
Moyens alloués	Travail en collaboration avec l'équipe d'encadrement du SAU et de la MIR
Modalités de reporting	Compte rendu de réunion mis à disposition pour l'encadrement du DMU. Partage d'expérience au sein du DMU **Indicateurs de Pilotage** Indicateurs organisationnels - Taux de professionnels formés à la bi compétence - Temps de formation effective Qualité et Sécurité des Soins - Taux d'évènements indésirables - Evaluation des compétences acquises Satisfaction des professionnels - Taux de satisfaction des professionnels

Hôpital Saint-Antoine AP-HP	Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2025-2026	UPEC UNIVERSITÉ PARIS EST CRÉTEIL – FACULTÉ DE SANTÉ – ESM Formation & Recherche en Soins

	- Taux d'attractivité du dispositif
Durée	Court terme ➢ 1er semestre : Présentation du projet à l'ensemble des cadres de santé du SAU et de la MIR (jour et nuit) Etablir la charte de fonctionnement Moyen terme ➢2ème semestre - Identifier les professionnels IDE intéressés par cette mobilité - Début de la polyvalence IDE entre les 2 services - Réajustement Durée :1 an maximum - Evaluer la pérennité du dispositif - Evaluer la pertinence de l'attractivité/ fidélisation du dispositif (mise en place de questionnaire auprès des ESI, des professionnels concernés ?) - Retour d'expérience des professionnels concernés
Documents de référence	- Projet d'établissement AP-HP 2021-2025 - 30 leviers pour agir ensemble, décembre 2022, Nicolas REVEL, directeur général de l'AP-HP
Date : 27/10/2025	
Signature du commanditaire **Anouck DUBOE** Cadre Supérieur de santé Site Saint-Antoine – DMU DEMIURGE 184, Rue du Faubourg Saint Antoine – 75012 PARIS GHU Sorbonne – Université T. 01 49 28 33 40	Signature du responsable de projet

AP-HP. Sorbonne Université	**CHARTE DE FONCTIONNEMENT** **PROJET BI-COMPETENCES** **URGENCES REANIMATION MEDICALE SAT**

Cette présente charte à pour but de fixer les modalités d'alternance entre le Service d'Accueil des Urgences (SAU) et la Médecine Intensive et Réanimation (MIR) pour le projet et la mise en place d'une bi-compétence urgence, réanimation médicale.

1- Objets et périmètres

- L'état de mise en œuvre de la bi-compétence entre le service des urgences et le service de Médecine Intensive et Réanimation (MIR) dans un objectif de continuité et de qualité des soins.
- Précisez les professionnels concernés (IDE dans un premier temps, puis ensuite les aides-soignants) et les secteurs inclus : SAU, UHTCD, zone froide, zone tiède, box et MIR
    - Le poste d'IOA (Infirmier d'Orientation et d'Accueil) ne pourra pas être effectué par les soignants de la MIR car cela nécessite une formation spécifique. Elle ne peut être réalisée que par les soignants qui dépendent de l'Unité de Gestion des urgences

2- Principes généraux

- Garantir la sécurité des patients en respectant les recommandations nationales sur l'organisation des urgences et de la réanimation : effectif, compétences, surveillance continue
- Assurer l'équité et la transparence pour les équipes : règles identiques pour tous, accès à la formation, suivi de la charge de travail et de la pénibilité
    - Quand l'agent sera affecté dans le service du SAU ou de la MIR, il devra se conformer aux règles de fonctionnement dans lequel il est
    - Les soignants des urgences et de la MIR pourront participer aux journées de formation ou sessions de simulation organisées afin de perfectionner leurs connaissances et leurs compétences

3- Organisation des ressources humaines

- Décrire les profils attendus pour la bi-compétence : expérience minimale, formation spécifique, urgence/réa, validation interne
    - Il a été convenu de s'adapter au profil des soignants : soignants ayant déjà une expérience dans l'un et l'autre des services, soignants expérimentés et confirmés dans leur service d'affectation, alors jeunes diplômés
    - Une expérience minimale est cependant conseillée dans le service d'affectation de base afin de consolider les acquis appris durant l'intégration
- Fixer les modalités d'alternance du temps de travail, règles de fonctionnement : prêt sur Gestime
    - Mise en place d'un groupe de travail entre les soignants des urgences et de la réanimation afin de fixer les modalités d'alternance

4- Planification et continuité des soins

- Préciser les règles de planification qui élaborent les plannings, délai de publication, modalités de modification, gestion des absences de dernière minute
    - Lorsqu'un soignant est affecté dans un service, il est sous la responsabilité de l'encadrement du service.
    - Les règles du fonctionnement de planning sont en conformité avec la réglementation interne à l'AP-HP
    - En cas de d'absence inopinée, l'encadrement effectue une demande de remplacement en conformité avec les règles de fonctionnement du planning. En aucun cas, l'agent prêté ne sera récupéré pour combler un manque.
- Assurer à tout moment des effectifs conformes aux recommandations en termes de ratio soignants patients et de présence médicale séniorisée, en particulier pour les patients graves

5- Compétences, formation et mentorat

- Formaliser un parcours de formation pour les personnels bi compétents : accueil, compagnonnage, simulation, formation ciblée : intubation, ventilation, drogue, vasoactive, douleur, hygiène…
- Organiser un mentorat avec des référents au sein du SAU et de la MIR (infirmière référente au sein de la MIR) avec critères d'autonomisation, traçabilité des compétences et réévaluation régulière, entretien régulier, retour d'expérience
    - Un guide d'évaluation des compétences doit être formalisé entre la MIR et le SAU. Il permettra à l'encadrement d'évaluer l'avancée des compétences des soignants ayant intégré le dispositif de bi-compétence

6- Qualité, sécurité et évaluation

- Organiser une évaluation, à minima, annuelle de la bi-compétence : analyse des indicateurs, retour des professionnels, proposition d'ajustement de la Charte
- Définir des indicateurs de suivi spécifiques au projet
    - Indicateurs organisationnels
        - Taux de professionnels formés à la bi-compétence
        - Temps de formation effective
    - Indicateur qualité et sécurité des soins
        - Taux d'événements indésirables
        - Evaluation des compétences acquises
    - Indicateur de la satisfaction des professionnels
        - Taux de satisfaction des professionnels : encadrement et professionnels bi-compétents
        - Taux d'attractivité du dispositif

7- Information des professionnels et des patients

- Diffusion de la charte à tous les professionnels concernés, son intégration dans les documents internes, livret d'accueil, projet du DMU « urgence, réanimation »
- Rappeler l'articulation avec la charte de la personne hospitalisée, droits des patients, information, consentement, respect de la dignité

8- Révision de la Charte

- Fixer la périodicité de la révision de la charte : tous les 2 ou 3 ans ou à chaque changement majeur d'organisation et de réglementation

Hôpital Saint-Antoine AP-HP

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

EVALUATION DES BI-COMPETENCES SAU/MIR

NOM : Prénom :

Fonction :

Tuteur :

Période d'intégration :

Légende

- NV : non vu NA : non acquis AA : A améliorer A : acquis

SAVOIR ETRE ET FAIRE MIR/SAU	Fin intégration		3 mois		6 mois		1 an	
	SAU	MIR	SAU	MIR	SAU	MIR	SAU	MIR
POSTURE PROFESSIONNELLE								
Ponctualité								
Rigueur								
Fiabilité								
Assiduité								
Respect et politesse								
Adaptabilité								
Tenue règlementaire (pas de bijoux, vernis, faux ongles, cheveux attachés, badge professionnel...)								
Respect du secret professionnel								
Communication adaptée avec les patients/ les familles (écoute, réassurance)								
TRAVAIL EN EQUIPE								
Collaboration pluridisciplinaire								
Esprit d'équipe								
Entraide								
TRACABILITES DES SOINS								
Maitrise d'ORBIS Soins								
Gestion d'une entrée administrative ORBIS								
Maitrise de la pancarte papier								
Traçabilités de tous les soins (réalisés ou non)								
Réalisation de transmissions orales								
Réalisation de transmissions écrites								

SECURITE DES SOINS								
Respect de l'identitovigilance (bracelet, vérification, allergie)								
Respect des règles d'hygiène et d'aseptie								
Laisser un environnement de travail propre tout au long de la journée								
Connaissances et respect des isolements								
ORGANISATION DES SOINS								
Priorisation des soins								
Traçabilité exhaustive des soins								
Accompagnement fin de vie								
Gestion des urgences vitales								
Travail en binôme								

COMPETENCES COMMUNES MIR /SAU	**Fin intégration**		**3 mois**		**6 mois**		**1 an**	
	SAU	MIR	SAU	MIR	SAU	MIR	SAU	MIR
SOINS TECHNIQUES								
Pose, traçabilité et surveillance VVP								
Réalisation prélèvements sanguins								
Réalisation prélèvements artériels								
Réalisation d'un ECG								
Transfusion CGR, PFC, plaquettes								
Pose, traçabilité et surveillance SAD								
Pose, traçabilité et surveillance SNG								
Soins d'hygiène et de confort								
Biologies délocalisées								
SURVEILLANCE CLINIQUE								
Surveillance hémodynamique								
Surveillance respiratoire								
Interprétation des GDS								
Détection aggravation clinique								

	Fin intégration		**3 mois**		**6 mois**		**1 an**	
	SAU	MIR	SAU	MIR	SAU	MIR	SAU	MIR
Savoir se repérer dans les locaux								
Compréhension de l'organisation du service								
Connaissances des différentes réserves et du matériel								
Connaissance et réfection du chariot d'urgence								
Connaissance et réfection du sac à dos d'urgence								
Connaissance et réfection du sac à dos pédiatrique								
PEC de l'agressivité								
Connaissance et respect des dépôts/inventaire								
Réalisation d'un bio nettoyage complet								
Connaissance des produits/dilutions utilisés								
Réfection d'une chambre de réanimation (pleins ..)								
Réassort et pleins des différentes zones du SAU								
Fonctionnement et entretien du matériel biomédical								

Tour de sécurité								
Traçabilités								

SOINS SPECIFIQUES SAU	Fin intégration	3 mois	6 mois	1 an
NOTIONS D'ACCUEIL PATIENTS				
Les critères de tri				
Protocole douleur/ antalgie				
PEC mineur				
PEC patient psychiatrie				
Immobilisation traumato (vessie de glace, changement d'attelles)				
Transfert brancard polytraumatisé				
Gestion des attelles pompiers (fiche)				
Montage des brancards à contention				
Procédures fugue/disparition inquiétante				
PEC Bulletin Non Admission				
PROCEDURES COMMUNES A TOUTES LES ZONES				
Connaissance procédure punaise de lit				
PEC incurie				
Commande ambulance				
Préparation du dossier de sortie				
Gestion des accompagnants				
Evaluation du score de Cushman				
Mise en place de contention (physique/chimique) + feuille de surveillance				
Gestion d'ORBIS				
BOXES				
Rangement, réassort des réserves				
Installation en traumatologie				
Pec des urgences intra-hospitalière hors SAU				
Gestion ZAA/ Box IDE				
Gestion ZAC				
Risque de fugue/ risque suicidaire				
DECHOCAGE				
Fiche IAO au déchoc				
Code bleu : arrêt cardiaque				
PEC infarctus du myocarde				
PEC thrombolyse				
Réglage des limites d'alarme				
Fiche LATA				
ZONE TIEDE				
Présence au staff à 18h				
Gestion du flux				

ZONE FROIDE				
Bouton Dr BRAS				
Ethylotest				
Gestion des repas/pause cigarettes				
Présence au staff à 18h				
UHTCD				
Présence au staff à 9h				

SOINS SPECIFIQUES MIR	Fin intégration	3 mois	6 mois	1 an
VENTILATION				
VNI : pose, surveillance				
Optiflow : pose, surveillance				
Préparation du matériel d'intubation				
Changement de cordon d'IOT				
Surveillance ballonnet				
Aspiration orotrachéale				
Aérosolthérapie				
Fibroscopie bronchique (matériels, surveillance...)				
Soins de trachéotomie				
HEMODYNAMIQUE				
Gestion des catécholamines (Préparation SE, relai…)				
Préparation et aide à la pose des CVC, CA				
Préparation et aide à la pose des Midline®				
Surveillance CVC				
Changement de lignes CA/CVC				
Surveillance CA				
Prélèvement sur CA				
Réfection pansement CVC/CA				
EER/PLASMAPHERESE				
Préparation matériel				
Montage et branchement d'une EER				
Montage et branchement échanges plasmatiques				
Surveillance EER ou machine d'échanges plasmatiques				
NURSES				
Manipulation d'patient intubé/ventilé				
Mise en place d'un patient en DV : procédures				

AUTRES	Fin intégration		3 mois		6 mois		1 an	
	SAU	MIR	SAU	MIR	SAU	MIR	SAU	MIR

BILANS

Réalisé par :

Nom/ prénom

- **Fin d'intégration**
  - DATE :

    - Points positifs

    - Axes d'amélioration

Réalisé par :

Nom/ prénom

- **A 3 mois**
    - DATE :

        - Points positifs

        - Axes d’amélioration

Réalisé par :

Nom/ prénom

- **A 6 mois**
    - DATE :

        - Points positifs

        - Axes d’amélioration

Réalisé par :

Nom/ prénom

- **A 1 an**
    - DATE :

        - Points positifs

        - Axes d’amélioration

Master Management des Organisations Soignantes

M2 - MOS@25 -26

TITRE DU DOCUMENT

Attractivité et fidélisation en milieu hospitalier : la bi-compétence urgences/réanimation comme levier RH

AUTEUR

Auriane du HAMEL de FOUGEROUX

MOTS CLÉS

Compétences, Service d'Accueil des Urgences, Médecine Intensive Réanimation

Mentorat, management intergénérationnel, attractivité, fidélisation

Gestion de projet, qualité de vie au travail

RÉSUMÉ

Ce projet managérial analyse la mise en œuvre d'un projet de bi-compétence entre le Service d'Accueil des Urgences (SAU) et la Médecine Intensive Réanimation (MIR) de l'hôpital Saint-Antoine (AP-HP) dans un contexte de tensions durables sur les ressources humaines, d'exigences croissantes de qualité et d'évolution organisationnelle. Après une présentation détaillée de l'institution, du DMU DEMIURGE et des caractéristiques cliniques et organisationnelles des deux services, nous montrerons en quoi leurs temporalités, logiques professionnelles et exigences diffèrent. Le SAU fonctionne sur un modèle de flux, polyvalent et réactif tandis que la MIR repose sur une technicité élevée, une surveillance continue et une spécialisation.

Ensuite, la notion de compétence en milieu hospitalier est développée, mobilisant les concepts de savoirs, savoir-faire et savoir-être et le modèle « savoir agir / pouvoir agir / vouloir agir » pour souligner que la compétence s'exprime en situation et dépend à la fois des individus, du collectif et des conditions organisationnelles. L'accent est mis sur la sécurisation des compétences via la formation en situation, la simulation, le mentorat et le développement de compétences collectives, indispensables dans les environnements critiques des urgences et de la réanimation.

Ce travail aborde la gestion de la mixité intergénérationnelle et propose des leviers managériaux : déconstruire les stéréotypes, adopter une posture managériale agile et encourager le mentorat réciproque pour transformer la diversité en richesse collective. Ces dispositifs sont présentés comme des outils d'attractivité et de fidélisation répondant aux besoins de sens, d'évolution professionnelle et de qualité de vie au travail qui contribuent à la rétention des soignants.

La partie centrale décrit la genèse, la formalisation, l'expérimentation et le pilotage opérationnel du projet de bi-compétence (fiches projet, Gantt, tutorat, phase d'expérimentation) et analyse les bénéfices (mobilité, montée en compétences, résilience organisationnelle) ainsi que les limites et besoins (accompagnement managérial, coûts du projet) pour assurer la pérennité du dispositif.

Pour conclure ce projet, la bi-compétence constitue un levier stratégique pour sécuriser les parcours, améliorer l'attractivité et adapter l'organisation hospitalière face aux contraintes démographiques et professionnelles.