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

La polyvalence des équipes de soins critiques en inter-DMU : une réponse organisationnelle réaliste, organisée et sécurisée pour l'optimisation des ressources humaines.

Projet Managérial.
ECUE 7.2
Madame Céline Tournadre

Ann-Cécile PALLUD
Année 2025 - 2026

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne

La truite & le hérisson.

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

Je remercie toute l'équipe de l'ESM pour l'accompagnement et la bienveillance au cours de cette année.

Merci à mes collègues de promotion pour les échanges, les rires et la réassurance.

Merci à mon équipe de Médecine Intensive Réanimation ! Merci pour votre soutien et vos encouragements tout au long de cette année. Je vous le dis souvent mais sans vous rien de tout cela ne serait possible !

Une pensée pour Marianne.

À Sam, pour ton amitié sincère et fidèle !

Enfin, nous allons reprendre le cours de notre vie. Marceau, merci pour ta patience. Simon, merci pour ta force. Johan, merci pour ton soutien indéfectible depuis le premier jour. Je vous aime.

« Au milieu de l'hiver, j'ai découvert en moi un invincible été. »

Albert Camus.

Table des matières

1. Contexte institutionnel et organisationnel 5

1.1 La naissance de la réanimation et l'évolution des soins critiques 5

1.2 Les soins critiques face aux évolutions réglementaires 6

1.3 Le vieillissement de la population : un impact sur les soins critiques 6

1.4 La pénurie de soignants et un turn-over élevé 9

2. Présentation de l'institution 10

2.1 Présentation de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris 10

2.2 Focus sur le Groupe Hospitalier Universitaire Henri Mondor 14

2.3 Le Département Médico-Universitaire Médecine du GHU Henri Mondor 18

2.3.1 Le service de Médecine Intensive Réanimation 19

2.4 Le Département Médico-Universitaire CARE 23

2.4.1 Les services de réanimation chirurgicales. 24

3. Les fondements théoriques d'une polyvalence progressive et sécurisée 25

3.1 De la mobilité professionnelle à la logique de polyvalence 25

3.2 La polyvalence : entre enjeux organisationnels et enjeux personnels 26

3.3 La compétence comme condition de la polyvalence 27

3.3.1 La compétence individuelle : savoir agir en situation complexe 27

3.3.2 Les compétences collectives : coopérer pour sécuriser les soins 29

3.4 La communauté de pratique ou apprendre par les pairs 30

3.5 Les Risques Psycho-sociaux et la Qualité de Vie et Conditions de Travail : au cœur de la polyvalence 31

3.6 La fidélisation des professionnels 32

3.7 Un changement nécessaire pour parvenir à la polyvalence 33

4. Le projet managérial : une stratégie de coopération inter-DMU 34

4.1 Qu'est-ce qu'un projet ? 35

4.1 Genèse du projet : une nécessaire contextualisation d'hier à aujourd'hui 35

4.2. Contexte situationnel du projet 38

4.3 Les enjeux du projet 38

4.4 Les objectifs du projet 39

4.5 La matrice SWOT 40

4.6 L'indispensable GANTT 41

4.7 Le benchmarking : observer pour mieux agir ! 41

4.7.1 Quel est le process de la mutualisation au sein de ce département ? 42

4.7.2 Ce que j'en retiens ? 42

4.8 Quels sont les acteurs impliqués dans le projet ? 42

4.8.1 Le commanditaire 42

4.8.2 Le chef de projet, un leader ? 43

4.8.3 Les chefs de service 44

4.8.4 Les autres acteurs du projet 44

4.9 Des freins potentiels ? 45

5. Conduire le changement 45

5.1 La phase de conceptualisation du projet 45
5.1.1 La communication 46
5.1.2 La démarche de co-construction du plan de formation 48
5.1.3 L'accompagnement 52

5.2 Phase opérationnelle 53

5.3 Indicateurs et suivi de réussite de ce premier volet du projet. 54

6. Bilan du projet 54

7. Rétrospective : Et si c'était à refaire ? 56

CONCLUSION 57

BIBLIOGRAPHIE 58

Annexes

ANACT Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ANI Accord National Interprofessionnel

AP-HP Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

AS Aide-soignant

CAE Contrat allocation études

CHU Centre hospitalier universitaire

CPDMU Cadre paramédical du département médico-universitaire

CGS Coordinateur général des soins

CNIL Commission Nationale de l'informatique et des Libertés

DAF Directrice des affaires financières

DMS Durée moyenne de séjour

DMU Département médico-universitaire

GHU Groupe hospitalier universitaire

HAD Hospitalisation à domicile

HAS Haute autorité de santé

IDE Infirmier diplômé d'État

IGAS Inspection générale des affaires sanitaires

INSEE Institut national de la statistique et des études économiques

MCO Médecine chirurgie obstétrique

MIR Médecine Intensive Réanimation

PMOT Prélèvement multi-organes et de tissus

QVCT Qualité de vie et conditions de travail

QVT Qualité de vie au travail

RCP Réanimation chirurgicale polyvalente

RCNT Réanimation chirurgicale neuro-traumatologique

RH ressources humaines

RPS Risque psychosociaux

SAMU Service d'aide médicale d'urgence

SFAR Société Française d'Anesthésie Réanimation

SFAR Société Française d'Anesthésie Réanimation

SSPI Salle de surveillance post-interventionnelle

SSR Soins de suite et de réadaptation

TPER Tableau prévisionnel des emplois rémunérés

USIP Unité de soins intensifs polyvalents

SWOT Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats

INTRODUCTION

Le système de santé évolue dans un monde en transformation constante. Il doit faire face à de nombreux défis : vieillissement de la population, exigence accrue sur la qualité et sécurité des soins, difficultés de recrutement, d'attractivité ou encore turn-over des équipes soignantes. Ces défis sont à surmonter dans un contexte financier contraint avec, pour la plupart des établissements de santé un retour à l'équilibre. Les services de soins critiques ne sont pas exempts. Véritable ossature de l'hôpital, révélés par la pandémie de COVID-19, les soins critiques assurent la prise en soins de patients présentant des défaillances d'organes engageant le pronostic vital. Quotidiennement, ils doivent faire preuve d'agilité et de flexibilité pour maintenir leur capacitaire, assurer les pics d'activité et faire face à une demande de plus en plus importante tout en composant avec des difficultés de ressources humaines.

C'est dans ce contexte que s'inscrit ce projet managérial. Le GHU Mondor, entité de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, couvre un territoire de santé de 2,6 millions d'habitants. Il dispose, depuis 2021, de trois secteurs de soins critiques regroupés sur un même bâtiment : le service de Médecine Intensive Réanimation, rattaché au DMU Médecine, et les services de réanimations chirurgicales polyvalente et neuro-traumatologique, rattachés au DMU CARE. Malgré ce rapprochement physique, ces secteurs fonctionnent en silos, sans aucune coopération.

Pourtant, l'analyse des données de ressources humaines révèle une réalité différente. Alors que certains secteurs sont en sous-effectif, d'autres peuvent se trouver ponctuellement en sureffectif. Cette inadéquation entre les ressources disponibles et les besoins réels conduit quotidiennement au recours aux heures supplémentaires, aux rappels sur repos et à l'intérim, avec des conséquences humaines, organisationnelles et économiques importantes. Dans ce contexte, la polyvalence des équipes paramédicales de soins critiques en inter-DMU s'impose comme un levier stratégique pour optimiser les ressources humaines tout en préservant la qualité et la sécurité des soins.

Cependant, la mise en œuvre de cette polyvalence ne se réduit pas à une simple réorganisation des plannings. Les expériences passées de mobilités interservices, réalisées dans l'urgence et sans préparation, ont laissé des traces durables : sentiment d'insécurité professionnelle, représentations négatives et résistances persistantes. Ces expériences ont montré qu'une polyvalence mal préparée est non seulement inefficace mais potentiellement dangereuse pour les patients et délétère pour les professionnels.

Aussi après avoir eu l'accord du commanditaire, le Coordinateur Général des Soins du GHU Henri Mondor, ce projet a progressivement évolué vers une première étape indispensable : la mise en place d'un plan de formation commun aux trois secteurs de réanimation. Cette décision, qui constitue à la fois une réponse stratégique à la résistance d'un acteur clé et un préalable incontournable à toute polyvalence sécurisée, structure l'ensemble de la démarche présentée dans ce projet managérial.

Ce travail s'organise en plusieurs temps. Dans un premier temps, le contexte institutionnel, réglementaire et démographique dans lequel s'inscrit ce projet est présenté, avant d'exposer les spécificités organisationnelles du GHU Henri Mondor et des services de soins critiques concernés. Dans un deuxième temps, les fondements théoriques qui éclairent ce projet sont développés : mobilité et polyvalence professionnelle, compétences individuelles et collectives, communautés de pratique, qualité de vie au travail et fidélisation des professionnels. Dans un troisième temps, la conduite du projet est décrite dans sa dimension stratégique et opérationnelle, depuis la genèse du projet jusqu'aux premières journées de formation des 12 et 19 mai 2026, en passant par la démarche de co-construction avec les équipes. Enfin, un bilan est proposé, permettant d'évaluer les premiers résultats et de tracer les perspectives d'évolution vers la polyvalence inter-DMU.

1. Contexte institutionnel et organisationnel

1.1 La naissance de la réanimation et l'évolution des soins critiques

Si Claude Bernard, dans les années 1870, est un précurseur des bases physiologiques permettant la réanimation par sa découverte du « *milieu intérieur et extérieur* »[1], la physiologie en tant que discipline médicale n'apparait véritablement que dans la seconde moitié du 20ème siècle pour prendre en charge des patients présentant des défaillances vitales aiguës et potentiellement réversibles.

Les prémices de la réanimation apparaissent durant la Première Guerre Mondiale, mais elle se développe durant la Seconde Guerre mondiale avec l'apparition des techniques de ventilation artificielle, de surveillance des fonctions vitales et de prise en charge des états de choc. Les grandes épidémies, en particulier celle de la poliomyélite antérieure aigüe dans les années 1950, ont joué un rôle déterminant dans l'essor de la ventilation mécanique et de la prise en charge des insuffisances respiratoires aiguës.

En France, la réanimation médicale se structure principalement après la Seconde Guerre mondiale et trouve son origine au sein de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Deux écoles fondatrices peuvent être distinguées. D'une part, celle de Jean Hamburger, à l'hôpital Necker, qui a contribué à l'essor de la réanimation à travers ses travaux pionniers sur le métabolisme hydroélectrolytique et la physiologie rénale. En s'inscrivant dans la continuité de Claude Bernard, il a ouvert la voie à la dialyse et à la transplantation rénale, posant ainsi les bases de la suppléance d'organes. D'autre part, l'école de Pierre Mollaret, à l'hôpital Bichat-Claude-Bernard, s'est développée autour de la prise en charge des complications respiratoires des maladies infectieuses et neurologiques. Ses travaux ont permis le développement des techniques de suppléance respiratoire, puis de suppléance hémodynamique, qui constituent les piliers de la réanimation moderne. Ces pratiques se sont diffusées sur l'ensemble du territoire, contribuant à l'implantation des premiers services de réanimation dans les hôpitaux français durant les années 1960.

Au fil des décennies, la réanimation s'est affirmée comme une spécialité médicale à part entière, caractérisée par une approche globale du patient, la prise en charge simultanée de plusieurs défaillances d'organes et un haut niveau de technicité. Elle s'est progressivement dotée de structures dédiées, de formations spécifiques et de sociétés savantes telles que la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) et la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR), renforçant son ancrage institutionnel et scientifique.

Aujourd'hui, et d'autant plus après la crise sanitaire liée au COVID-19, les services de réanimation occupent une place centrale dans les hôpitaux. Cette spécialité mobilise des compétences médicales, paramédicales et technologiques avancées. Son évolution constante démontre sa capacité d'adaptation face aux enjeux médicaux, éthiques et organisationnels. Il existe trois types de réanimation : la réanimation médicale, la réanimation chirurgicale et la réanimation polyvalente. La distinction entre ces réanimations repose sur la typologie des patients, les pathologies prises en charge et le contexte de survenue de la défaillance, même si les moyens thérapeutiques et techniques sont largement communs.

La réanimation médicale prend en charge des patients atteints de défaillances d'organes d'origine non chirurgicale. Sans être exhaustif, il s'agit le plus souvent de pathologies aiguës médicales, telles que les états de choc (septique, cardiologique, anaphylactique ou hémorragique), les détresses respiratoires (virus respiratoire syncytial, grippe, exacerbation ou décompensation d'une bronchopneumopathie chronique obstructive…), les défaillances neurologiques, les arrêts cardiocirculatoires, les intoxications, ou les complications graves de maladies chroniques. La prise en charge repose essentiellement sur le traitement médical, la surveillance continue et les techniques de suppléance d'organes (ventilation mécanique, épuration extrarénale, suppléance hémodynamique), sans geste chirurgical immédiat. La réanimation médicale s'inscrit dans une approche diagnostique et thérapeutique évolutive.

La réanimation chirurgicale prend principalement en charge des patients présentant des défaillances vitales en lien direct avec un acte chirurgical ou une pathologie chirurgicale aiguë. Il s'agit le plus souvent de patients en post-opératoire de chirurgie lourde ou à haut risque, les polytraumatisés, les complications post-opératoires (hémorragies, sepsis, défaillance multiviscérale), et les urgences chirurgicales graves (péritonites, ischémies, ruptures d'anévrisme…).

La réanimation polyvalente conjugue sur un même site les activités de réanimation médicale et chirurgicale. Dans la pratique actuelle, la frontière entre réanimations médicale et chirurgicale tend à disparaitre. Les techniques, les protocoles de soins et les compétences mobilisées sont sensiblement identiques. De nombreux

[1] Barbara, J. G. (2013). Évolutions de la « méthode scientifique » dans l'école de Claude Bernard. Dans F. Duchesneau, J.-J. Kupiec & M. Morange (Dir.), *Claude Bernard, la méthode de la physiologie* (pp. 83–104). Éditions Rue d'Ulm.

services de réanimation sont aujourd'hui polyvalents, prenant en charge indifféremment des patients médicaux et chirurgicaux, en fonction de l'organisation de l'établissement et des ressources disponibles.

La réanimation médicale est devenue par réforme du troisième cycle des études de médecine en 2017, la Médecine Intensive Réanimation (MIR). Les services MIR sont composés de médecins réanimateurs ou « intensivistes » issus de différentes spécialités médicales : cardiologie, pneumologie, néphrologie, internistes....

Les services de réanimation sont associés aux Unités de Soins Intensifs Polyvalents (USIP), créant des structures de soins critiques. Elles assurent la prise en soins des patients présentant une ou plusieurs défaillances d'organes engageant le pronostic vital. Tous ces services nécessitent des personnels qualifiés qui évoluent dans un environnement à forte technicité.

1.2 Les soins critiques face aux évolutions réglementaires

D'un point de vue législatif, un service de réanimation se distingue des autres services hospitaliers par la continuité renforcée de la surveillance et des soins. Ils sont réalisés 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, par un personnel médical et paramédical plus nombreux que dans d'autres services. Le ratio moyen est d'un Infirmier Diplômé d'État pour 2,5 patients.

Le fonctionnement d'un service de réanimation est codifié ; l'exercice des soignants est structuré par un décret. En effet, le Décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques stipule en son article D.6124-28-4 que :

« *L'équipe non médicale de l'unité de réanimation comprend au moins :*

1. *« Deux infirmiers pour cinq lits ouverts ;*
2. *« Un aide-soignant pour quatre lits ouverts ;*
3. *« Un masseur-kinésithérapeute en mesure d'intervenir sept jours sur sept dans l'unité, justifiant d'une expérience attestée en soins critiques ;*
4. *« Un psychologue ;*
5. *« En tant que de besoin un diététicien, un ergothérapeute et du personnel à compétence biomédicale.*
6. *« Les personnels mentionnés aux 1° et 2° sont placés sous la responsabilité d'un cadre de santé* ».

L'article D.6124-28-5 stipule que :

« L'équipe non médicale d'une unité de soins intensifs, polyvalente ou de spécialité, de mention 1° ou 2° mentionnées à l'article R. 6124-34-1 comprend au moins :

1. *« Un infirmier pour quatre lits ouverts ;*
2. *« De jour, un aide-soignant pour quatre lits ouverts et, de nuit, un aide-soignant pour huit lits ouverts ;*
3. *« Un masseur-kinésithérapeute justifiant d'une expérience attestée en soins critiques ;*
4. *« En tant que de besoin un psychologue, un diététicien, un ergothérapeute et du personnel à compétence biomédicale.*
5. *« Les personnels mentionnés aux 1° et 2° sont placés sous la responsabilité d'un cadre de santé ».*

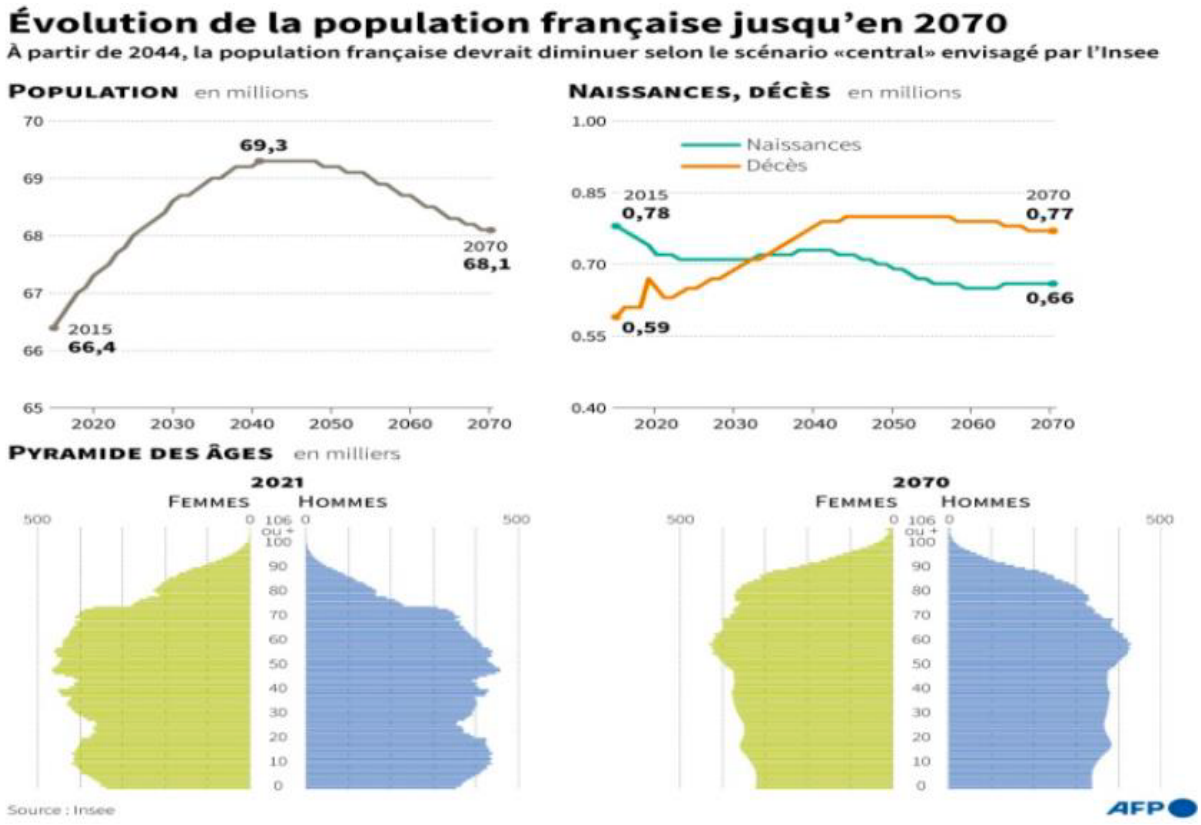
La plupart des services de réanimation fonctionnent sur un rythme de 12 heures. Les équipes travaillent le plus souvent sur un rythme en alternance jour et nuit. Néanmoins, certains services ont encore des équipes fixes de jour et de nuit. Selon la recommandation R 215 du référentiel de la SRLF, « *il faut une procédure d'adaptation à l'emploi, basée sur les recommandations de la SRLF, d'une durée minimale de huit semaines et intégrée dans les calculs d'effectif* ».[2] Cette période d'intégration permet d'appréhender l'environnement de travail et les compétences socles inhérentes à la spécialité.

1.3 Le vieillissement de la population : un impact sur les soins critiques

Le vieillissement de la population est l'un des défis sanitaires du 21ème siècle. Il exerce une pression sur l'ensemble du système de santé, et sur les services de soins critiques. En France, selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), environ 20% de la population est constitué de personnes âgées de 65 ans et plus. Cette tendance devrait s'accentuer dans les prochaines années. Ce vieillissement entraine une augmentation des demandes de services médicaux puisque les personnes âgées sont le plus souvent polypathologiques, c'est-à-dire la coexistence de plusieurs maladies chroniques associée à une fragilité

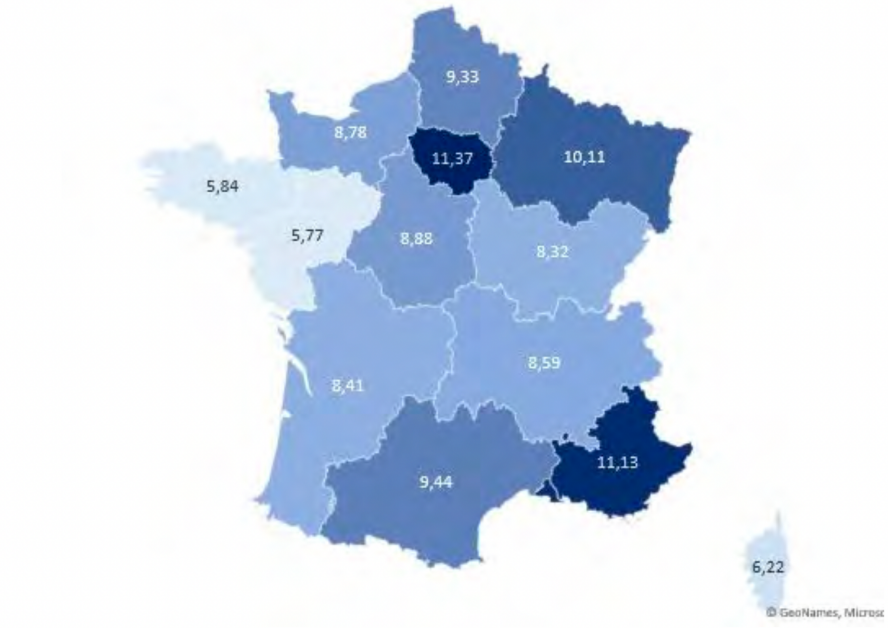
[2] Structures et organisation des unités de réanimation : 300 recommandations. Juillet 2012

physiologique qui les rend plus vulnérables aux décompensations aiguës. Les pathologies cardiovasculaires, respiratoires, ou encore neurologiques augmentent avec l'âge. Tout cela impacte les soins critiques qui doivent assurer la prise en soins de ces patients.



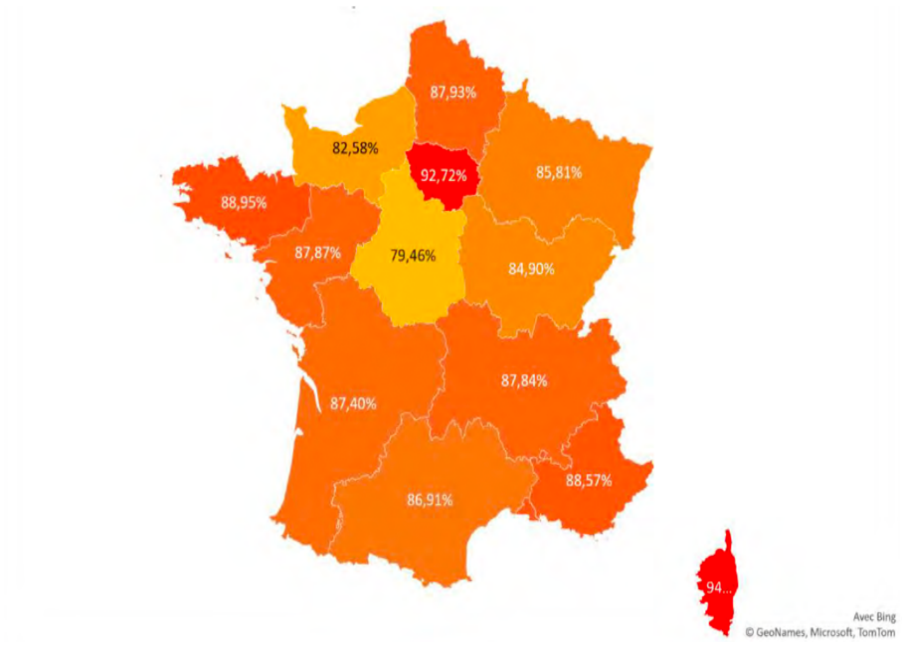
Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de 2021 montre une répartition territoriale inégale de l'offre de soins en réanimation. En 2019, on compte 5080 lits de réanimation adultes en France avec de fortes disparités régionales. En effet, la densité varie de 5,77 lits pour 100 000 habitants en Pays de la Loire à 11,37 en Île-de-France. Cette variation traduit une offre de soins hétérogène qui questionne la capacité du système de santé à répondre, de façon équitable, aux besoins de santé sur le territoire.

Carte 1 : Nombre de lits de réanimation pour 100 000 adultes en 2019[38]



Source : SAE et données INSEE
Lecture : En 2019, la région Occitanie compte 9,44 lits de réanimation adultes pour 100 000 adultes

En Île-de-France alors que le nombre de lits est le plus important, le taux d'occupation est particulièrement élevé (92,72%), ce qui traduit une tension constante sur les capacités d'accueil et le peu de marge de manœuvre lors des pics d'activité. En effet, selon les recommandations des sociétés savantes SRLF et SFAR, le taux d'occupation des réanimations doit être de 80% pour permettre de répondre à des pics d'activité, par essence non prévisibles.



Carte d'occupation annuel régionaux des lits de réanimation (2019) - *Sources SAE (2019)*

De plus, le rapport de l'IGAS souligne que l'augmentation des besoins ne justifie pas une augmentation massive du nombre de lits. Pour elle, l'enjeu réside dans « *la levée des fortes tensions pesant actuellement sur les ressources humaines médicales et paramédicales* » par la capacité des organisations à s'adapter et à optimiser leur fonctionnement. L'un des défis repose sur la gestion des ressources humaines, qui constitue aujourd'hui le

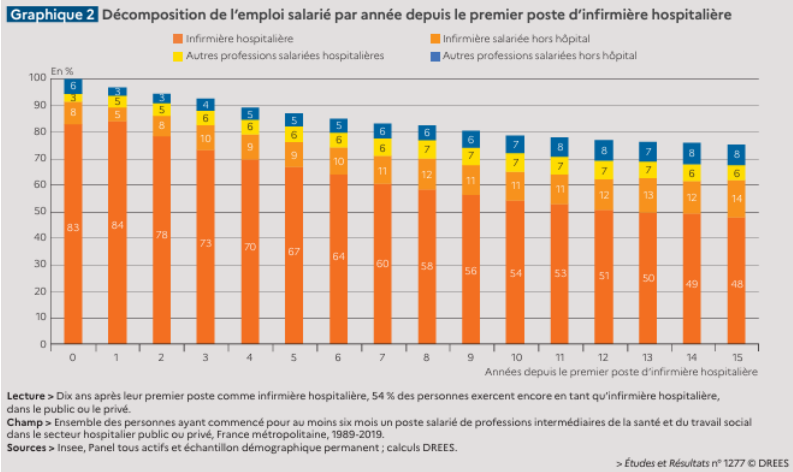
principal problème du fonctionnement des services de réanimation. En effet, le rapport stipule qu'en 2019, 10% des lits sont fermés faute de personnels.

1.4 La pénurie de soignants et un turn-over élevé

Les services de soins critiques font face à des tensions importantes sur les effectifs médicaux et paramédicaux. Elles ne sont pas conjoncturelles mais s'inscrivent dans une problématique plus large de pénurie d'IDE pérenne à l'échelle nationale.

En effet, selon la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS), la profession d'IDE reste la plus importante du système de santé avec 599 000 professionnels en emploi en 2021. Cependant, malgré une hausse prévue de 37% des effectifs en 2050, cette augmentation restera insuffisante face à l'augmentation estimée à 50% des besoins de santé, liée essentiellement au vieillissement de la population. En 2050, et selon les projections, il manquerait donc 80 000 IDE pour répondre aux besoins de santé. Cette tension est renforcée par une attractivité hospitalière en recul, marquée par une augmentation des abandons en cours de formation et par une diminution progressive de l'exercice à l'hôpital public.

En effet, le rapport de la DRESS de 2023, montre que seules 54 % des infirmières hospitalières exercent encore à l'hôpital dix ans après leur entrée dans la profession. En 2021, une étude de l'Ordre National des Infirmiers alerte sur des chiffres préoccupants.



Par ricochet, cela impacte les services de soins critiques, dont les services de réanimation, qui, eux aussi, font face à des tensions importantes sur les effectifs paramédicaux.

Selon le rapport de l'IGAS, en 2021, environ 14 000 IDE exercent en réanimation sur un total de 28 000 IDE exerçant en soins critiques. L'activité de réanimation et de soins critiques est confrontée à des difficultés de recrutement associées à un taux de turn-over élevé, en particulier chez les IDE, qui fragilisent la stabilité des équipes et entraînent une perte de compétences collectives. Les raisons de ce turn-over sont plurielles. La première est la pénibilité du travail : mortalité élevée des patients, communication limitée avec les patients, relation parfois complexe avec les familles et exposition au stress chronique. Une étude menée en 2007 sur 165 unités de réanimation françaises montre qu'un tiers des IDE de réanimation présentaient des formes sévères de burn-out. A cela s'ajoute des contraintes organisationnelles et structurelles : effectifs insuffisants limitant l'accès à la formation, difficultés à accorder les congés et réduction des temps d'échange entre professionnels. Par ailleurs, le rythme de travail en 12h et le travail de nuit, s'il est attractif en début de carrière, devient avec le temps difficile à concilier avec la vie personnelle. Enfin, la dimension technique constitue un facteur d'attractivité initiale mais, après quelques années, de nombreux IDE se tournent vers des services avec une dimension relationnelle plus importante.

Tableau 24 : Taux de turn over des infirmiers de réanimation dans les CHU

	Taux de turn over 2019	Taux de turn over 2020
ANGERS	4,90 %	5,60 %
AP-HM	28,60 %	50,20 %
AP-HP	14,20 %	14,60 %
BESANCON	NC	11,24 %
BREST	16,70 %	13,70 %
CAEN	10 ,78 %	9,66 %
LA REUNION	NC	20,72 %
NANCY	8,09 %	11,11 %
NICE	11,04 %	32,41 %
ORLEANS	17,20 %	28,50 %
POITIERS	13,48 %	13,15 %
RENNES	12,37 %	9,65 %

Source : Conférence nationale des directeurs généraux du CHU. Rapport IGAS 2021.

Selon le rapport de l'IGAS de 2021, « *il est à noter que ce turn-over augmente de manière significative en 2020 par rapport à 2019 sur cet échantillon de CHU, avec une progression de 3,3 points* ». Selon la SRLF, un IDE *« reste en moyenne trois ans en réanimation. Le turn-over infirmier est estimé à 20% par la conférence des directeurs généraux de CH »*[3] Cette instabilité constatée dans l'exercice professionnel des IDE contribue à augmenter la pénibilité du travail, à dégrader les conditions d'exercice et à renforcer les difficultés de fidélisation des professionnels.

Ces tensions ont des conséquences directes sur l'organisation des soins telles que des difficultés à maintenir l'ouverture des lits. Plus largement, la capacité des services à faire face aux variations d'activité, qu'elles soient saisonnières ou liées à des situations sanitaires exceptionnelles, dépend principalement de la disponibilité des ressources humaines, bien plus que du nombre de lits théoriquement installés.

Dans ce contexte, les établissements de santé et en particulier les services de soins critiques doivent développer une plus grande flexibilité pour concilier les fluctuations d'activité et les contraintes en ressources humaines. Le rapport de l'IGAS de 2021 souligne la nécessité d'« *aménager une élasticité maximale de l'offre de soins critiques* » [4], reposant sur la capacité à mobiliser rapidement des professionnels compétents et adaptables. Par ailleurs, l'amélioration du fonctionnement des soins critiques passe également par un renforcement des coopérations entre unités et établissements, ainsi que par une meilleure fluidité des parcours de soins. Ces évolutions nécessitent de repenser les modes d'organisation traditionnels, souvent cloisonnés, au profit d'approches plus transversales et coordonnées.

Dans ce cadre, la question de la polyvalence des équipes paramédicales de soins critiques apparaît comme un levier stratégique. En permettant une mobilisation plus souple des compétences entre différentes unités au sein d'un même hôpital, elle permet d'optimiser les ressources humaines pour assurer la continuité et la sécurité des soins. Néanmoins, sa mise en œuvre nécessite d'être structurée et accompagnée, afin de garantir une homogénéisation des compétences et l'adhésion des professionnels.

2. Présentation de l'institution

2.1 Présentation de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

L'AP-HP se positionne comme le premier centre hospitalier universitaire d'Europe. Il est un acteur majeur du service public de santé en France. Avec ses trente-huit hôpitaux répartis sur l'ensemble de l'Île-de-France,

[3] L'offre de soins critiques, réponse au besoin courant et aux situations sanitaires exceptionnelles. Rapport de l'IGAS. Juillet 2021
[4] *Ibid.*

organisés en six groupes hospitalo-universitaires, elle garantit un accès aux soins pour tous, à tout moment et sans distinction. Chaque année, plus de huit millions de patients bénéficient de ses services, couvrant l'intégralité du parcours de vie, que ce soit en consultation, aux urgences, en hospitalisation programmée ou à domicile (HAD).

L'offre de soins de l'AP-HP englobe tous les domaines médicaux, des affections courantes aux pathologies les plus complexes. Cela se traduit par plus d'un million de séjours en médecine, chirurgie et obstétrique, plusieurs millions de consultations externes, plus d'un million de passages aux urgences, des dizaines de milliers de naissances et un nombre conséquent d'interventions chirurgicales et de greffes. L'AP-HP place le patient au centre de son organisation, en assurant la qualité et la continuité des soins avant, pendant et après l'hospitalisation. L'innovation thérapeutique et l'éducation à la santé encouragent le patient à devenir un acteur de sa propre prise en charge.

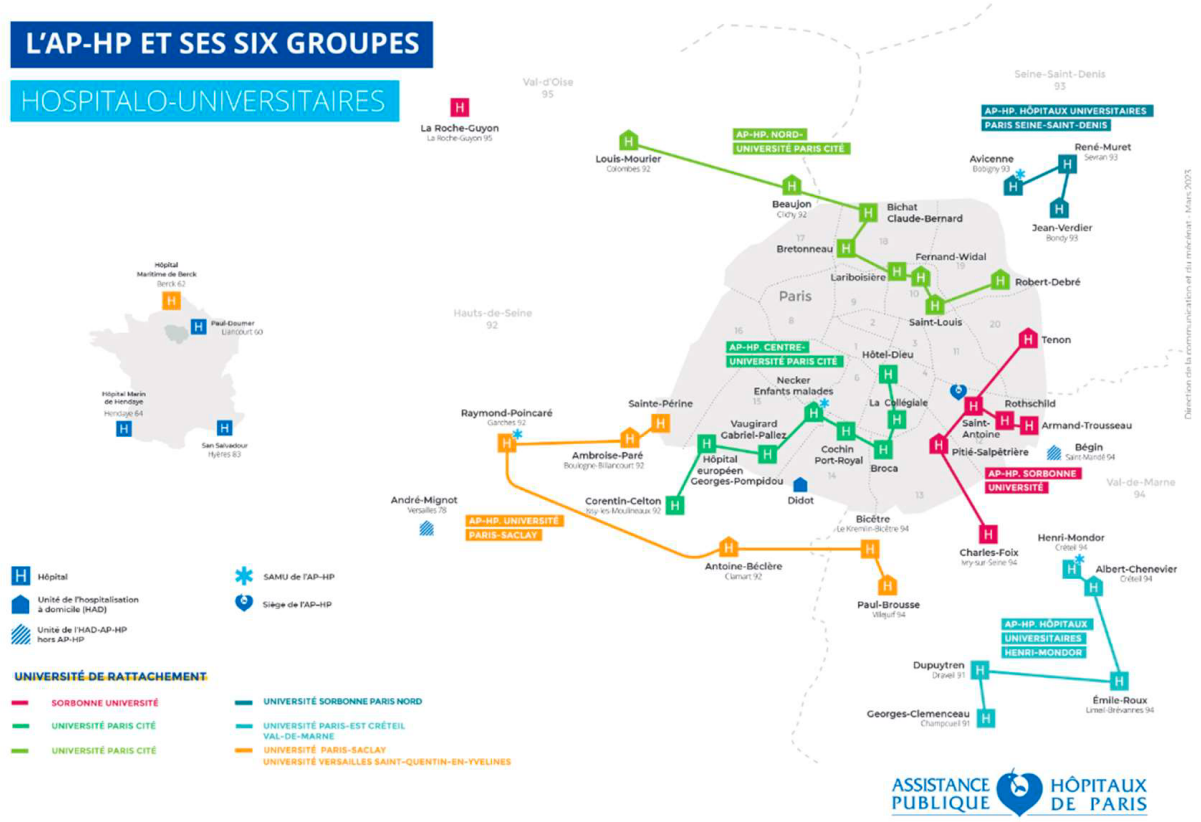
L'AP-HP joue également un rôle fondamental dans la formation. En tant que centre hospitalo-universitaire de référence, elle accueille et forme chaque année plusieurs milliers d'étudiants dans les domaines paramédicaux, de la médecine, de l'odontologie et de la pharmacie. La formation continue est une priorité stratégique pour adapter les métiers hospitaliers aux évolutions, renforcer l'attractivité de l'institution et soutenir le développement professionnel, particulièrement dans les secteurs en tension.

La recherche et l'innovation constituent un autre pilier essentiel de l'AP-HP. Elle est le premier acteur de la recherche clinique en France et une institution de référence en Europe. Les découvertes scientifiques issues de ses travaux améliorent directement les soins et permettent aux patients d'accéder aux traitements les plus innovants. L'AP-HP détient un portefeuille de brevets conséquent et dirige plusieurs milliers d'études de recherche. Elle s'appuie en outre sur le plus grand entrepôt de données de santé d'Europe, autorisé par la Commission Nationale de l'informatique et des Libertés (CNIL), qui est un levier majeur pour la recherche médicale tout en garantissant la confidentialité des données.

Enfin, l'AP-HP s'engage dans une démarche pour l'avenir. Elle met en œuvre une politique active de transition écologique pour réduire son empreinte environnementale et inscrire son action dans la durée. Son influence s'étend à l'international grâce à de nombreuses collaborations hospitalières, partenariats scientifiques et actions de solidarité. La Fondation de l'AP-HP soutient cette vision en finançant des projets axés sur la santé pour tous, le bien-être des patients et du personnel soignant, et la médecine de demain

En juillet 2019, l'AP-HP regroupe plusieurs de ses structures dans le but de renforcer les liens avec les universités, leurs territoires et leurs partenaires. Au décours, six Groupes Hospitalo-Universitaires sont définis :

7. AP-HP Centre Université de Paris
7. AP-HP Sorbonne Université
7. AP-HP Nord Université de Paris
7. AP-HP Université de Saclay
7. AP-HP Hôpitaux Universitaires Henri Mondor
7. AP-HP Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis



Chacun des GHU est composé d'un conseil de surveillance, d'un directoire, d'une commission médicale d'établissement, d'un comité technique, d'un comité d'hygiène, d'une commission centrale des soins infirmiers et d'une commission centrale de concertation.

La transformation de l'AP-HP se poursuit également au sein des GHU. Les Départements Médicaux Universitaires (DMU) succèdent aux pôles. L'objectif est d'améliorer les filières de soins. Les DMU réunissent plusieurs services et unités fonctionnelles unis par une logique de soins, par une organisation en filière, et par une logique universitaire d'enseignement, de recherche et d'innovation en santé. En améliorant les filières de soins, les GHU permettent d'assurer une meilleure prise en soins des patients. Les DMU élaborent des liens avec la médecine de ville et les autres établissements de santé. La constitution des DMU repose sur une même organisation : chaque DMU est dirigé par un chef médical, un cadre paramédical, un cadre administratif et un directeur délégué issu de la direction. Le directeur délégué assure le lien entre la direction du GHU et le DMU.

La période de crise sanitaire COVID-19 a durement touché l'AP-HP. Aussi en post-épidémie, l'année 2022 est marquée par le départ de Monsieur Martin Hirsch, Directeur Général depuis près de dix ans. Il quitte ses fonctions sur fond de crise sans précédent de l'hôpital public notamment avec la pénurie de soignants conduisant de nombreux établissements à fermer des lits. Monsieur Nicolas Revel lui succède à la Direction et lance dès janvier 2023, un plan d'action pour restaurer l'AP-HP : « 30 leviers pour agir ensemble » [5].

Ce plan ambitieux vise principalement à agir sur les conditions de travail des soignants pour en faciliter le recrutement et leur donner envie d'y rester.

En 2024, l'AP-HP poursuit cette dynamique des 30 leviers, visant à la fois à renforcer ses effectifs et à rouvrir des lits. Les résultats sont au rendez-vous : en 2024, 924 IDE sont recrutés et plus de 600 lits répartis sur ses 38 hôpitaux sont réouverts. Cette amélioration se traduit par une hausse de l'activité de +2,6 % en hospitalisation complète et de +7 % en HAD.

L'AP-HP fait également évoluer ses pratiques de soins avec l'introduction de la « *juste prescription et pertinence des soins* » [6]. C'est moins prescrire et mieux prescrire : médicaments, analyses biologiques, imagerie, dispositifs médicaux. C'est aussi développer les protocoles de coopération qui permettent le transfert de certains actes vers les IDE, les aides-soignants (AS) et les IDE spécialisés afin de fluidifier les parcours de soins.

[5] https://www.aphp.fr/groupes-hospitaliers-de-lap-hp
[6] *Ibid.*

En 2024, l'APHP met en œuvre « *10 engagements pour nos patients* »[7], incluant un plan dédié à *« l'expérience patient»* déployé sur trois ans à travers 33 actions concrètes. L'AP-HP s'efforce de surmonter une crise des ressources humaines sans précédent et d'anticiper les défis futurs liés au vieillissement de la population, aux maladies chroniques, à la génomique, à l'intelligence artificielle et à l'écologie.

L'AP-HP réaffirme son rôle d'hôpital public universitaire d'excellence, tout en étant confrontée à des tensions financières importantes. Malgré une reprise de l'activité, les projections pour 2024 indiquent un déficit prévisionnel de 460,6 millions d'euros, représentant une dégradation de 62 millions d'euros par rapport aux estimations de 2023 et un écart de 166 millions d'euros par rapport à la cible fixée dans le Plan de Gestion Pluriannuel (PGFP) pour 2024.



« Les causes de ce déficit aggravé sont multiples. Elles résident :

4. *Pour 73 % (121 M€ sur les 166 M€) dans un alourdissement structurel des charges des CHU, en grande partie du fait de l'insuffisante compensation des augmentations de rémunérations décidées dans le cadre du Ségur de la santé et de ses mesures complémentaires, ainsi que dans l'inflation des années 2022 et 2023 qui a renchéri tous les achats de biens et services. Au total, ce sont 121 M€ de charges supplémentaires qui ont été émises à la charge de l'AP-HP pour la seule année 2024 ;*

4. *Pour 12 % (20 M€), dans une divergence entre les dépenses de masse salariale et singulièrement des moyens de remplacement (intérim, heures supplémentaires) et les recettes d'activité. Face à ce constat, un dispositif de maîtrise renforcé a été mis en place dès le mois de juin, ce qui a permis de freiner le dépassement sans l'annuler toutefois ;*

4. *Pour 14 % (23 M€) enfin dans un alourdissement des charges d'amortissement réelles par rapport aux prévisions, du fait d'une part plus importante consacrée aux équipements (qui s'amortissent sur une durée plus courte) plutôt qu'aux travaux lourds, à crédits d'investissement constants. Ce dépassement comptable n'a pas de conséquence sur la capacité d'autofinancement de l'AP-HP. »*

Pour éviter une dégradation trop importante de sa capacité d'autofinancement et préserver ainsi au maximum sa trajectoire d'investissement, l'AP-HP se fixe comme objectif de réduire son déficit de 103 M€ en 2025, et d'atteindre ainsi un résultat de –358 M€ en 2025.

Cela nécessitera un effort de performance interne particulièrement important, dans un contexte dans lequel les financements nationaux baisseront au mieux de 64 M€, selon les prévisions possibles à ce stade des discussions parlementaires autour du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2025.

Les grands principes fixés dans l'EPRD 2025 sont donc les suivants :

Maintien du cap des 30 leviers pour poursuivre la reconstitution des effectifs dans des proportions équivalentes à 2024, avec une augmentation de 1 040 ETP de nos emplois non médicaux (soit + 1,6 % d'évolution), se répartissant en :

5. *815 ETP de soignants, dont 600 infirmiers et infirmiers spécialisés, 100 aides-soignants et 115 autres soignants exerçant des métiers en tension (manipulateurs en électroradiologie médicale, préparateurs en pharmacie, etc.). Parmi eux, 250 soignants seront recrutés pour soutenir les équipes et éviter le recours aux heures supplémentaires et à l'intérim, notamment en renforçant les équipes de suppléance – leur recrutement devant ainsi se traduire par une baisse à due concurrence des dépenses de remplacement ;*

5. *170 ETP au titre du soutien aux activités de recherche (mise en œuvre du levier 25 du plan « 30 leviers pour agir ensemble ») et du soutien aux centres de référence maladies rares ;*

[7] https://www.aphp.fr/espace-medias/liste-ressources-presse/10-engagements-pour-nos-patients-deux-ans-daction

5. *55 ETP pour accompagner la stratégie de l'AP-HP en matière de soutien administratif, numérique, technique et logistique au plus près des services, en application du plan « 30 leviers pour agir ensemble » et des « dix engagements pour améliorer l'accueil et l'accompagnement de nos patients ».*

Poursuite du rebond d'activité pour augmenter nos capacités de soin, avec une marche supplémentaire de 500 lits physiques réouverts en 2025, dont 330 en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO).

Accroissement des efforts de performance interne autour du codage, de la facturation et de notre sobriété énergétique, pour atteindre 121 M€ de gain en 2025.

Maintien d'un haut niveau d'investissement avec 650 M€ de crédits prévus permettant de préserver les dotations déléguées aux groupes hospitalo-universitaires (GHU) pour les investissements courants, poursuivre les grandes opérations engagées tout en répondant à des besoins de modernisation nouveaux »[8].



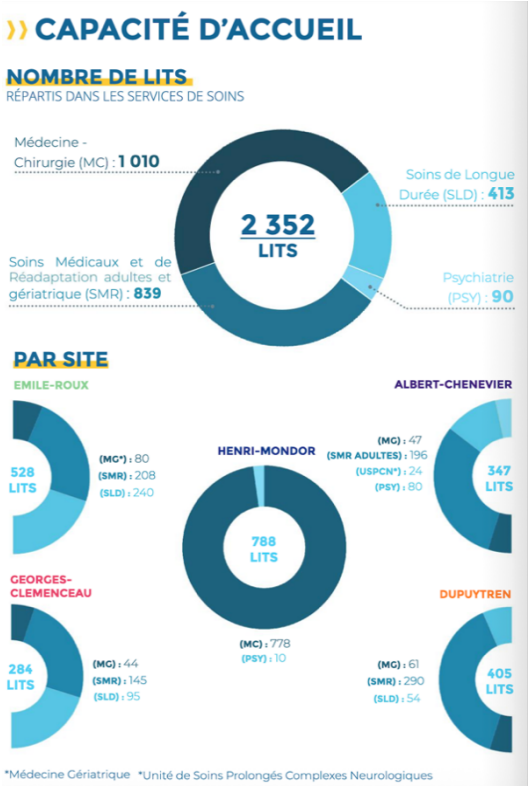
2.2 Focus sur le Groupe Hospitalier Universitaire Henri Mondor

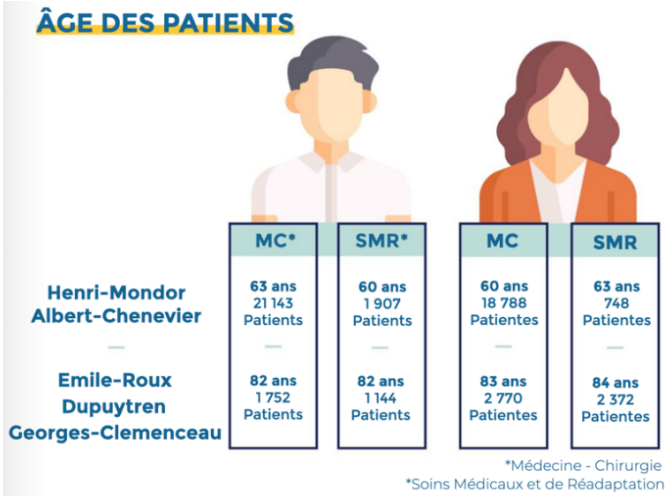
Le GHU Henri Mondor est un pilier de la santé pour 2,6 millions de personnes. Son territoire s'étend sur une large zone géographique, allant du nord et de l'est du Val-de-Marne à l'est et au sud de la Seine-et-Marne, jusqu'à Sens, en Bourgogne-Franche-Comté.

[8] https://www.aphp.fr/contenu/situation-financiere-de-lap-hp-un-deficit-plus-important-que-prevu-en-2024-malgre-une-nette

Le GHU Mondor occupe une position unique. Il dispose de plus de 2352 lits répartis sur ses cinq établissements déployés sur deux départements : Henri Mondor, Albert Chenevier et Émile Roux dans le Val-de-Marne, et Dupuytren et Georges Clemenceau en Essonne.

L'hôpital Henri Mondor compte 788 lits de médecine et de chirurgie et 10 lits de psychiatrie. Il compte *in situ* huit centres de références pour des maladies rares et onze centres de compétences. En 2024, il a accueilli 38 603 patients en hospitalisation complète et 70 296[9] en hôpital de jour et séances de chimiothérapie et radiothérapie. Il allie l'expertise d'un hôpital universitaire à une mission de proximité, de recours et d'expertise sur le territoire.

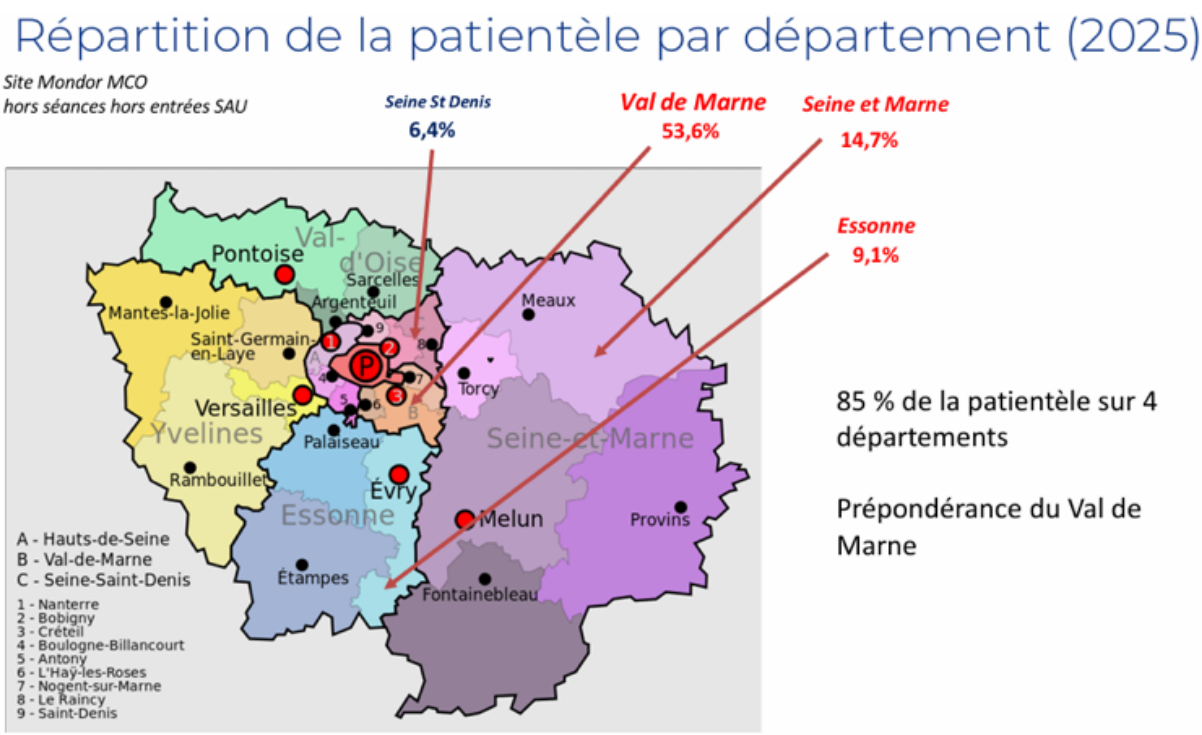




La région où est implanté le GHU Mondor est en pleine effervescence : croissance démographique, mutations urbaines et amélioration des moyens de transports, notamment avec la construction du Grand Paris. Ces dynamiques sont autant d'opportunités pour le développement de l'établissement.

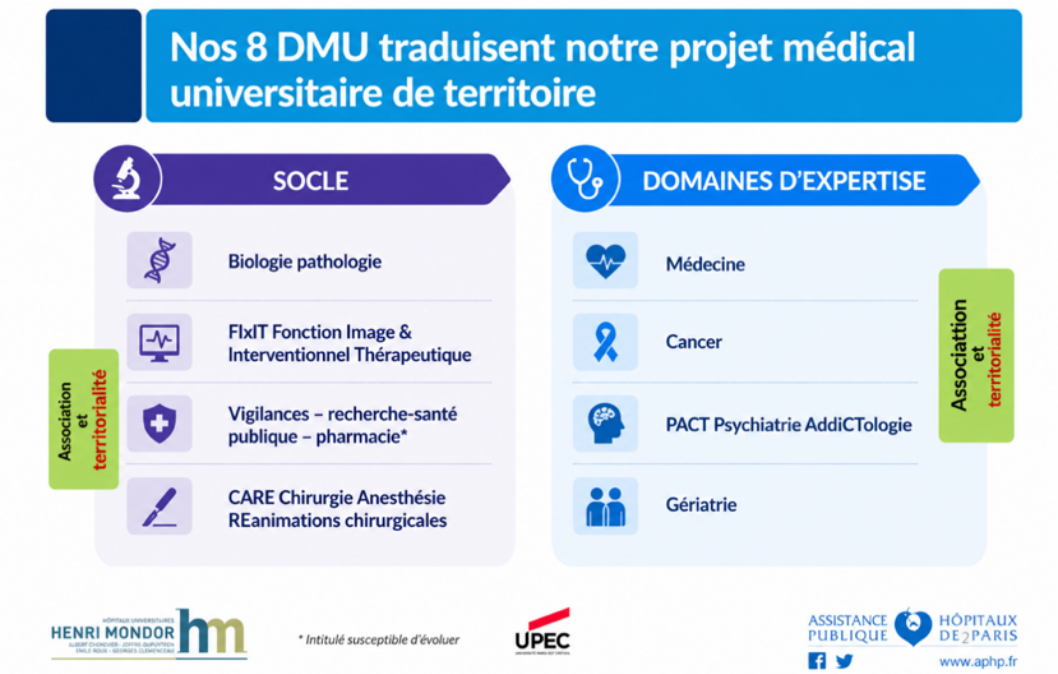
Fort de ce potentiel territorial, le GHU Mondor s'engage dans une stratégie ambitieuse : bâtir un projet médical universitaire adapté au territoire, en phase avec les politiques de santé actuelles (Ma Santé 2022, Ségur de la santé) et les orientations de la nouvelle AP-HP. L'objectif est d'offrir une gamme de soins complète, allant de la proximité à la haute spécialisation, tout en renforçant les missions d'enseignement et de recherche au service de la population. Cette approche territoriale implique une collaboration étroite avec les collectivités locales, les professionnels de santé de ville, les communautés professionnelles territoriales de santé et de nombreux établissements partenaires : Hôpitaux Confluence (CH Intercommunal de Créteil, CH Intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges), Groupe Hospitalier Sud Île-de-France (Melun), CH Sud Seine-et-Marne (Fontainebleau-Nemours-Montereau), CH Léon Binet (Provins), Hôpitaux de Saint-Maurice, HIA Bégin, et le CH de Sens.

[9] https://hopitaluniversitaire-henrimondor.aphp.fr



Pour mieux remplir son rôle de recours sur son territoire, le GHU Henri Mondor a réorganisé ses services. Depuis juillet 2023, il s'appuie sur huit DMU conçus pour fonctionner en synergie, en misant sur l'expertise, l'innovation, la performance et une forte dimension territoriale.

Cette organisation repose sur quatre DMU « socles » : un pôle biologie et pathologie universitaire de territoire, une offre d'imagerie et d'explorations moderne et performante, une chirurgie et des anesthésies-réanimations de pointe renforcées par le nouveau bâtiment Reine, ainsi qu'un département de santé publique et pharmacie dédié à la recherche et au développement d'activités de référence. Ces quatre DMU « socles » soutiennent quatre autres DMU « cliniques ». Ces derniers se concentrent sur des prises en charge spécialisées et multidisciplinaires, également ancrées dans une logique territoriale, couvrant la médecine générale, l'oncologie, les spécialités médicales, la psychiatrie-addictologie et la gériatrie.

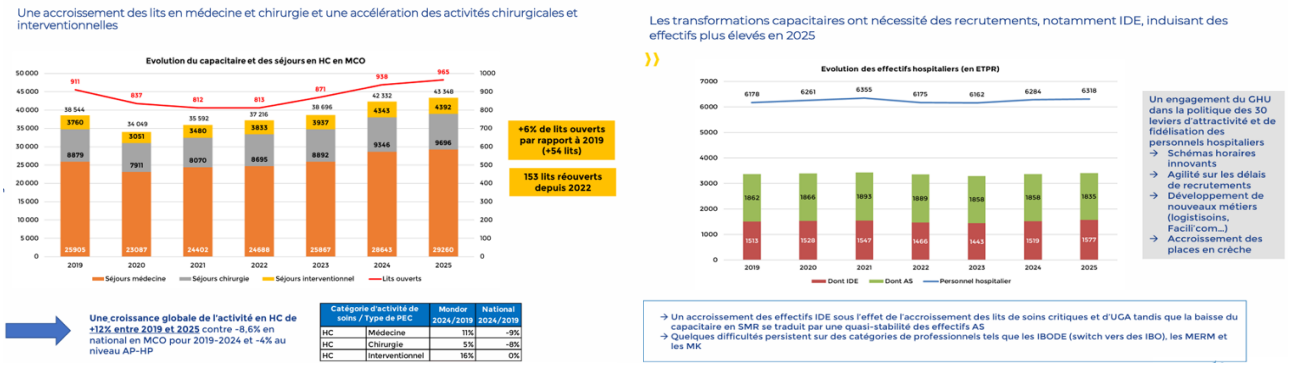


Les DMU du GHU Henri Mondor sont ainsi définis :

1. **DMU Biologie :** Bactériologie hygiène, Biochimie-biologie moléculaire-pharmacologie-génétique médicale, biologie médicale, Équipe opérationnelle d'hygiène, Hématologie et immunologie biologique, Infectiologie transversale, Mycologie-parasitologie, Pathologie, Plateforme de ressources biologiques, Virologie.
2. **DMU CARE :** Anesthésie et réanimations chirurgicales, Chirurgie cardiaque, digestive, orthopédique et traumatologique, plastique et reconstructrice, urologique, vasculaire et endocrinienne, neurochirurgie.
3. **DMU Fixit** : Imagerie médicale, Médecine nucléaire, Neuroradiologie, Physiologie et explorations fonctionnelles.
4. **DMU Saphire :** Centre d'investigation clinique, Département d'information médicale, Hémovigilance, Pharmacie, Pharmacologie, Unité de recherche clinique, Santé publique**.**
5. **DMU Cancers et spécialités** : Gastro-entérologie, Hématologie clinique, Hémopathies lymphoïdes, Hépatologie, Oncologie médicale, Oncologie-radiothérapie, Soins de suite et de réadaptation digestifs.
6. **DMU Gériatrie** : Gérontologie, Médecine gériatrique, Soins de suite et de réadaptation, Soins médicaux et de réadaptation, Unités gériatriques aiguës, Unités de soins longue durée.
7. **DMU Impact** : Addictologie, Centre de réhabilitation cognitive et sociale, Centre experts, Psychiatrie intersectorielle, Psychiatrie sectorisée, Urgences psychiatriques.
8. **DMU Médecine :** Cardiologie, Dermatologie, Département d'aval des urgences, Maladies infectieuses et immunologie clinique, Médecine gériatrique aigue, Médecine Intensive et Réanimation, Médecine Interne, Néphrologie, Neurologie, Ophtalmologie, Oto-rhino-laryngologie, Rééducation neuro-locomotrice, Rhumatologie, Service d'accueil des urgences, Service d'aide médicale urgente du Val-de-Marne (SAMU 94), Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

Grâce à sa cohérence organisationnelle, le GHU Mondor peut mener des projets majeurs comme l'ouverture du bâtiment Reine en janvier 2021, le futur centre interventionnel, le nouveau bâtiment d'Émile Roux dédié aux soins complexes de longue durée et la plateforme universitaire de biologie et pathologie.

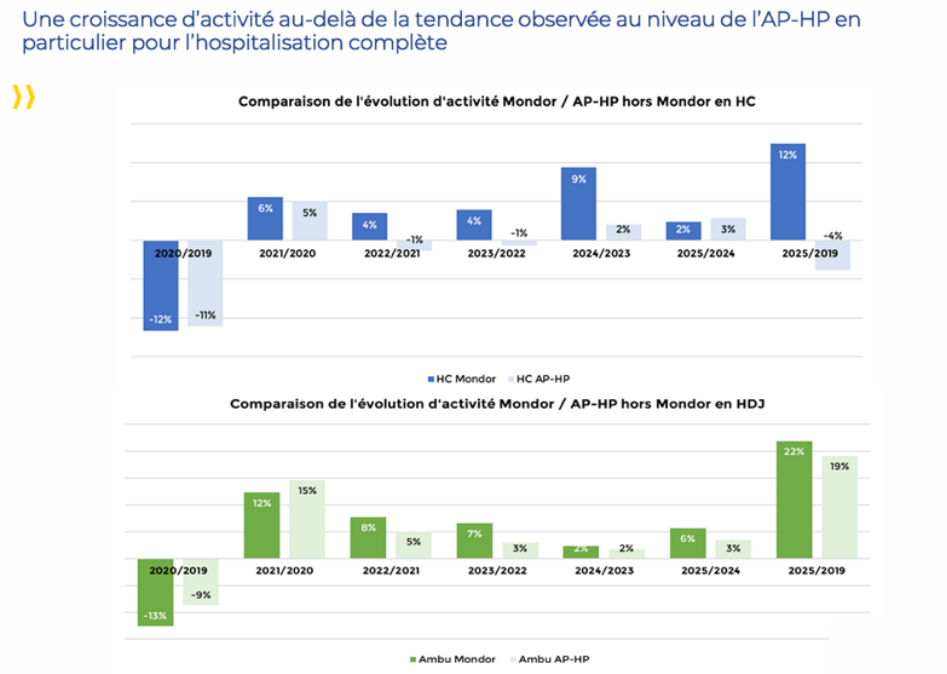
Le GHU Henri Mondor présente une dynamique en ressources humaines favorable avec une progression des effectifs entre 2019 et 2025. Cette progression s'explique par la mise en œuvre de politiques institutionnelles d'attractivité portées par l'AP-HP, telles que les contrats allocation d'études (CAE), les primes d'engagement, les schémas horaires innovants, l'augmentation des places en crèche ou encore les aides au logement. Ces nouveaux recrutements de soignants permettent la réouverture de lits.



Source : Rétrospective et orientation GHU Henri-Mondor-février 2026

La dynamique d'activité du GHU Henri Mondor est également favorable. Après une baisse d'activité liée à la crise sanitaire de 2020, l'établissement a une reprise d'activité supérieure à la tendance observée au niveau de l'AP-HP. En effet, l'hospitalisation complète progresse de 12 % entre 2019 et 2025, alors que l'AP-HP affiche, sur la même période en progression de 4% (hors GHU Henri Mondor).

Sur la même période, l'hospitalisation de jour évolue sur la même dynamique avec une hausse de 22% alors que la tendance de l'AP-HP est de 19%. Ces résultats montrent le dynamisme du GHU Henri Mondor et son attractivité sur le territoire.



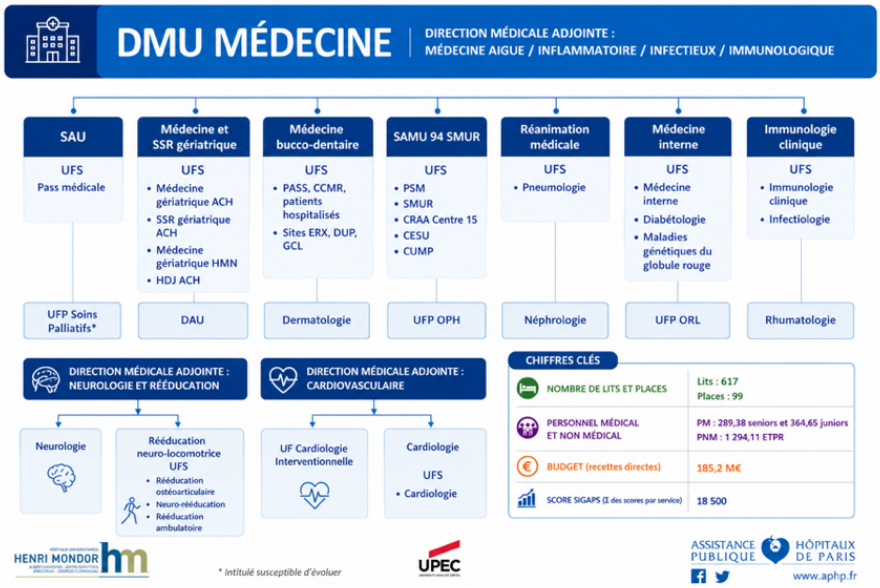
2.3 Le Département Médico-Universitaire Médecine du GHU Henri Mondor

Le DMU Médecine est bi-site entre l'hôpital Henri Mondor et l'hôpital Albert Chenevier. Il regroupe plusieurs spécialités médicales. Il est dirigé par un directeur médical, trois directeurs médicaux délégués qui travaillent de concert avec un cadre paramédical et un cadre administratif. La gouvernance du DMU est complétée par un directeur délégué.

En 2019, lors de la transformation des pôles en DMU, le DMU Médecine s'est constitué autour de trois regroupements de services. Chacun d'entre eux est supervisé par un directeur médical adjoint et 1 cadre supérieur :

1. Un premier regroupement intitulé « Médecine aigüe / inflammatoire / infectieux / immunologie » ou « MAI 3 » regroupe les services de médecine gériatrique et SSR, le service de maladies infectieuses et tropicales, la médecine interne, le service d'accueil des urgences, le SAMU 94 et la Médecine Intensive Réanimation.
2. Un second regroupement intitulé « neurologie et rééducation » composé de ces deux services.
3. Un troisième regroupement intitulé « fédération de cardiologie » constitué des différents services de cardiologie et l'unité fonctionnelle de cardiologie interventionnelle.

Au total, le DMU Médecine a une capacité d'accueil de 617 lits et 99 places de dialyse et d'aphérèse.



En novembre 2025, la conférence budgétaire du DMU Médecine est mitigée. En effet, globalement, l'activité est stable par rapport à 2024. Néanmoins, la valorisation des séjours est croissante de deux millions d'euros au regard de l'amélioration des sévérités et de la valorisation par séjour. La Durée Moyenne de Séjour est légèrement allongée sur de nombreux services du DMU.

Cette conférence est suivie d'une réunion d'encadrement de DMU visant à donner les objectifs pour l'année 2026. Aussi trois axes prioritaires sont présentés : l'attractivité des ressources humaines, l'efficience opérationnelle et la qualité des soins.

Le premier axe concerne l'attractivité des professionnels paramédicaux. Le DMU engage une politique volontariste pour sécuriser ses effectifs via les dispositifs financiers. Les CAE d'un montant de 9 000 euros, ainsi que les primes d'engagement de 7 500 euros visent à attirer de nouveaux professionnels, avec des majorations spécifiques pour les IDE de nuit. A titre d'exemple, cinq contrats sont déjà signés au début de l'année, dont trois pour le service de MIR.

Le deuxième axe met en exergue une recherche accrue d'efficience organisationnelle telle que la réduction du recours à l'intérim et aux heures supplémentaires ainsi qu'une meilleure maitrise des temps de travail pour éviter le cumul de jours sur les comptes épargnes temps. Cela traduit la volonté d'optimiser les ressources humaines disponibles dans un contexte où les marges de manœuvre budgétaires sont limitées.

Par ailleurs, les tensions sur les capacitaires sont importantes. Effet, la réorganisation du DMU CARE, qui nous permet initialement d'héberger des patients sur les lits de chirurgie, associée aux difficultés de lits d'aval entrainent une pression sur la gestion des lits au sein du DMU. Pour améliorer l'efficience organisationnelle, plusieurs leviers sont envisagés : la réduction de la DMS, l'amélioration de la gestion des lits et une meilleure anticipation des soins non programmés.

Enfin, le troisième axe met l'accent sur la qualité et la sécurité des soins à travers le développement des compétences professionnelles. Le renforcement de la pédagogie par simulation, la structuration du collectif autour des dispositifs intra-veineux ainsi que les actions en faveur de la qualité de vie au travail traduisent une volonté de sécuriser les pratiques tout en renforçant l'engagement des professionnels.

2.3.1 Le service de Médecine Intensive Réanimation

Aujourd'hui, le service de MIR est composé de 43 lits mixant lits de réanimation et lits de soins intensifs polyvalents (USIP).
En 2021, l'emménagement dans un nouveau bâtiment entraine une augmentation progressive de la capacité en lits, passant de 24 lits à 43 lits. En 2022, une nouvelle évolution intervient avec l'ouverture d'une Unité de Sevrage Ventilatoire (USR) de 4 lits élargi à 6 lits par la suite.

Le service est structuré de la façon suivante :

- **Unité A** : 12 lits d'USIP
- **Unité B** : 10 lits de réanimation
- **Unité C** : 10 lits de réanimation
- **Unité D** : 5 lits de réanimation et 6 lits d'USR

Unité	2021	2022	2023	2024
Unité A	12	12	12	12
Unité B	10	10	10	10
Unité C	10	10	10	10
Unité D	-	-	5	5
USR		4	4	6
Total lits	32	36	41	43

Malgré une attractivité croissante, le service MIR n'échappe pas aux difficultés en ressources humaines. La pandémie COVID-19, a laissé des traces chez les soignants. A la fin de la crise sanitaire, de nombreux professionnels quittent l'hôpital, épuisés. Le service fait alors face à un turn-over important et doit reconstruire pas à pas les effectifs dans un contexte ou l'augmentation du capacitaire exige davantage de ressources humaines.

Taux de turn-over de Médecine Intensive Réanimation en % entre 2022 et 2025

PNM	2022	2023	2024	2025
IDE	25,12	20,36	21,16	23,42
AS	21,12	41,2	16,08	15,11

On constate que le taux de turn-over des paramédicaux oscille depuis 2022 entre 20 % à 25 % traduisant la difficulté à stabiliser les équipes malgré les efforts engagés. S'il peut être lié en 2022 à la période post-pandémie, il peut également être imputé à l'augmentation du capacitaire entrainant une charge de travail plus conséquente mais toujours avec une tension sur les effectifs.
Ces augmentations successives montrent une adaptation continue du service aux besoins de prises en soins des patients du territoire. Cela entraine des modifications significatives sur les maquettes organisationnelles, notamment sur les évolutions du Tableau prévisionnel des effectifs rémunérés (TPER).

	2021	2022	2023	2024
Lits	32	36	41	43
TPER IDE	63,36	69,12	80,64	83,52
TPER AS	40,32	46,08	51,84	59,04

Ces évolutions imposent d'avoir une campagne de recrutement soutenue. Dans ce contexte, l'AP-HP a déployé, dans le cadre du plan « *30 leviers pour agir ensemble* », un ensemble de mesures visant à renforcer l'attractivité des métiers paramédicaux et à sécuriser les recrutements. Parmi les actions menées figurent « *l'augmentation de la visibilité des offres de stage (avec une plateforme de candidature en ligne), déploiement des contrats d'allocation d'études en contrepartie d'un engagement de servir à l'AP-HP (en 2025, 1 560 contrats d'allocation d'études (CAE) ont été signés par les étudiants infirmiers)* »[10] ainsi qu'une politique forte en matière de logement.

[10] https://www.aphp.fr/groupes-hospitaliers-de-lap-hp

En effet, « *les attributions de logements aux professionnels ont été doublées, passant de 600 en 2022 à plus de 1 200 par an depuis 2024, dont 500 logements sociaux, 500 logements à loyer modéré pour les métiers en tension et plus de 200 studios pour les jeunes professionnels* »[11].

En 2025, le service MIR entame un fonctionnement selon une logique de « saisonnalité ». Son capacitaire fluctue en fonction des variations d'activités liée aux périodes épidémiques. Le nombre de lits varie de 43 lits en période hivernale, pour faire face aux virus hivernaux (grippe-VRS-Covid-19), à 32 lits en période estivale. Cette organisation, institutionnelle, s'impose aux équipes paramédicales et médicales. Elle induit des contraintes importantes en matière de gestion des ressources humaines, particulièrement dans la planification des congés. Ils sont restreints durant la période hivernale et reportés à partir du printemps. Cette organisation, encore en réflexion quant à sa pérennisation, à un impact sur les effectifs paramédicaux, avec une réduction du TPER, passant ainsi de 83 IDE et 61 AS à 79 IDE et 54 AS. Ce fonctionnement limite les possibilités d'ajustement en période de forte activité, tout en générant paradoxalement des situations de sureffectif en période plus calme, notamment à partir du mois d'avril.

Le service à une activité non programmée qui dépend des variations épidémiques et des admissions directes (intrahospitalier ou SAMU). Il accueille des patients présentant des décompensations aigües de pathologies médicales. Les patients peuvent présenter plusieurs défaillances organes nécessitant la mise en place de suppléance d'organes telles que l'épuration extra-rénale, les assistances cardiaques, ou la ventilation mécanique invasive. Plus spécifiquement, l'unité accueille des patients atteints de pathologies spécifiques comme la drépanocytose et plus précisément le syndrome thoracique aigue ou les crises vaso-occlusive, le syndrome de Lyell ou les fasciites nécrosantes. Le GHU Henri Mondor est un centre de référence pour plusieurs de ces pathologies. Elles nécessitent une expertise, des savoirs et des compétences spécifiques.

L'activité du service est en progression en lien avec l'augmentation du capacitaire.

	2021	2022	2023	2024	2025
Nb admissions	1210	1326	1478	1751	1668
Capacitaire	32	36	41	43	43

Aujourd'hui, le TPER est de 79 IDE et 54 AS. Néanmoins il est important de différencier le TPER et les effectifs aux soins, c'est-à-dire « au lit du patient ». En effet, le TPER est impacté par les différentes absences telles que les congés maternité, les absences longues ou encore les congés avant départ définitif du service.

Au total, au 1er mai, il y a 65 IDE et 45 AS « au lit du patient ».

PNM	TPER autorisé	TPER actuel	Aux soins
IDE	79	72	65
AS	54	48	45

Le taux d'absentéisme de MIR tend à diminuer entre 2023 et 2025. Selon l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), l'absentéisme « *caractérise toute absence qui aurait pu être évitée par une prévention suffisamment précoce des facteurs de dégradation des conditions de travail entendus au sens large : les ambiances physiques mais aussi l'organisation du travail, la qualité des relations sociales et de la relation d'emploi, la conciliation des temps professionnel et privé, etc.* ».

Toujours selon l'ANACT, l'absentéisme a des conséquences sur l'organisation du travail et sur les équipes. Il entraine une réorganisation avec une redistribution de la charge de travail sur les professionnels présents. Cette situation peut altérer la qualité du service et impacter la performance de l'établissement. Par ailleurs, un absentéisme fréquent favorise les tensions au sein des équipes, une démotivation et l'apparition de risques psychosociaux. Ce cercle vicieux peut engendrer le départ des professionnels.

[11] *Ibid*

L'absentéisme en MIR diminue sensiblement pour les IDE entre 2023 et 2025. Il oscille entre 8 % en 2023 à 7,6 % en 2025. Celui des AS évolue favorablement passant de 10,5% en 2023 à 8,2 % en 2025 malgré une légère augmentation en 2024.

Janvier - décembre 2023

MIR	Jours d'absence	Jours travaillés théorique	Taux d'absentéisme
AS	1 683	16 029	10,5%
IDE	1 778	22 137	8,0%

Janvier - décembre 2024

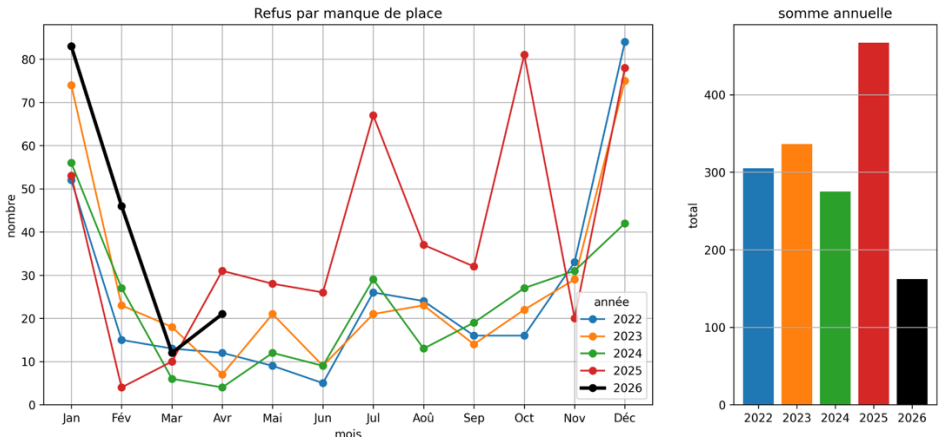
MIR	Jours d'absence	Jours travaillés théorique	Taux d'absentéisme
AS	2 169	18 636	11,6%
IDE	1 892	24 601	7,7%

Janvier - décembre 2025

MIR	Jours d'absence	Jours travaillés théorique	Taux d'absentéisme
AS	1 418	17 389	8,2%
IDE	2 065	27 052	7,6%

Aussi, afin de maintenir la capacité d'accueil et de répondre au principe de saisonnalité, nous sollicitons des remplacements des soignants via le service de suppléance dédié aux secteurs de soins critiques. Malheureusement, cette équipe sous-dimensionnée, ne permet pas d'absorber toutes les demandes, et ne répond pas à la problématique des arrêts inopinés. Pour fonctionner, nous avons donc recours à de nombreuses heures supplémentaires, aux rappels sur repos et à l'intérim. Ces moyens entrainent des coûts importants pour l'institution, impactent la qualité et la sécurité des soins et altèrent la qualité de vie au travail des professionnels. Il en résulte une fragilisation des équipes. Parfois, au regard des effectifs disponibles et après mise en œuvre de tous ces moyens, il est impossible de maintenir le capacitaire. La fermeture de ces lits a des répercussions sur les prises en soins avec un nombre important de refus de patient nécessitant une hospitalisation en soins critiques.

Refus par manque de place



Cet histogramme réalisé par le chef de service de MIR montre que le nombre de refus ne cesse d'augmenter depuis 2022. Aujourd'hui, l'impossibilité d'hospitaliser des patients n'est plus exceptionnelle, elle est devenue une réalité quotidienne croissante. Selon E. Roupie[12], des études montrent une surmortalité des patients refusés en réanimation, avec un risque de décès relatif de 1,6 par rapport aux patients admis.
Il insiste sur le fait que ces situations vont devenir de plus en plus fréquentes au regard du vieillissement de la population et du nombre des lits de soins critiques qui ne m'augmente pas. Ainsi, refuser un patient à un réel impact sur son pronostic. De plus, ces refus impactent directement le territoire.

[12]Roupie, E. (2001) Les décisions d'admission ou de non-admission en réanimation

2.4 Le Département Médico-Universitaire CARE

Le DMU CARE (**C**hirurgie – **A**nesthésie - **Ré**animations) regroupe tous les services et unités fonctionnelles relevant de la chirurgie, des réanimations chirurgicales et du bloc opératoires (21 salles). Y est associée l'unité de Prélèvements Multi-Organes et de Tissus (PMOT). Il est situé uniquement sur le site Henri Mondor.

La gestion paramédicale du DMU est découpée en 2 secteurs répondant à des filières de prise en charge en lien avec les blocs opératoires de spécialité :

- Filière de spécialités chirurgicales : chirurgie plastique et reconstructrice, chirurgie cardiaque, chirurgie vasculaire et endocrinienne, neurochirurgie, chirurgie orthopédique traumatologique, chirurgie urologique, chirurgie digestive, chirurgie ambulatoire

- Filière réanimation chirurgicale : réanimation chirurgicale polyvalente, de chirurgie digestive, de chirurgie cardiaque.

Le DMU CARE compte au total 327 lits et quatre filières dédiées : SOS Aorte, SOS Endocardite, garde de recours de neurochirurgie et traumacenter de niveau 1.

La conférence budgétaire de décembre 2025 met en évidence une évolution favorable de l'activité du DMU, à l'exception de la chirurgie urologique dont l'activité est en retrait (réduction du capacitaire). Cette dynamique s'explique par une augmentation de l'activité au bloc opératoire (4%) ainsi que par un effort collectif sur la DMS engagé sur l'ensemble des spécialités. La valorisation des séjours augmente de 8% soit une augmentation de 5 millions d'euros. Le DMU est dynamique et porte plusieurs projets d'envergure tels que le développement de la chirurgie thoracique, le renforcement de la visibilité de la chirurgie maxillo-faciale, une réorientation de l'activité de chirurgie plastique au profit de la chirurgie tournée vers la prise en soins des cancers du sein et l'ouverture du centre interventionnel et ambulatoire.



2.4.1 Les services de réanimation chirurgicales.

Les services de réanimations chirurgicales regroupent le service de réanimation chirurgicale polyvalente (RCP) et le service de réanimation chirurgicale neuro-traumatologique (RCNT). En 2021, les secteurs emménagent dans un nouveau bâtiment. Ils disposent de 42 lits. En 2026, il est distribué de cette façon :

- **Unité E** : 5 lits de réanimation et 6 lits USIP neurochirurgicale et traumatologique
- **Unité F** : 10 lits de réanimation neurochirurgicale et traumatologique
- **Unité G** : 10 lits de réanimation chirurgicale polyvalente
- **Unité H** : 5 lits de réanimation + 6 lits USIP chirurgie polyvalente

Le capacitaire du service a progressivement évolué, passant de 36 lits à 42 lits entre 2021 et 2024. Cette augmentation s'est accompagnée d'une évolution de l'activité.

Secteur	2023	2024	2025
RCP	1418	1203	1221
RCNT	1542	1617	1855

Le service de réanimation chirurgicale est aujourd'hui placé sous la responsabilité d'un chef de service, assisté de deux responsables d'unité aux périmètres distincts. Le premier assure la gestion globale de l'unité de la RCP et une partie de la RCNT. Le second, exerçant en SSPI, assure la responsabilité de cinq lits de réanimation et des deux lits d'USIP situés au sein de l'unité E. L'organisation de cette unité E présente une particularité. En effet, une partie des lits sont gérés sur le plan médical par l'équipe de SSPI, tandis que la gestion des ressources paramédicales relève de la RCNT. Cette organisation mixte illustre une articulation complexe entre les équipes médicales et paramédicales.

Le service de RCP prend en charge majoritairement des patients en post-opératoire de chirurgie cardiaque et vasculaire ainsi que des chirurgies hépato-biliaires. Ce service travaille en lien étroit avec les filières SOS Aorte et SOS endocardite.

Le service de RCNT accueille des patients atteints de pathologies neurochirurgicales telles que les hémorragies sous-arachnoïdiennes, les accidents vasculaires cérébraux ou encore les états de mal épileptique. Par ailleurs, la RCNT participe à la prise en charge des patients dans le cadre de la garde de recours de neurochirurgie en, dispositif impliquant sept établissements assurant en continu la prise en soins des urgences neurochirurgicales en Île-de-France. En lien avec la SSPI, le service accueille également des patients polytraumatisés, victimes d'accidents de la voie publique. Ces deux secteurs de réanimation répondent à toutes les urgences vitales nécessitant une prise en charge en réanimation au sein du périmètre du DMU CARE.

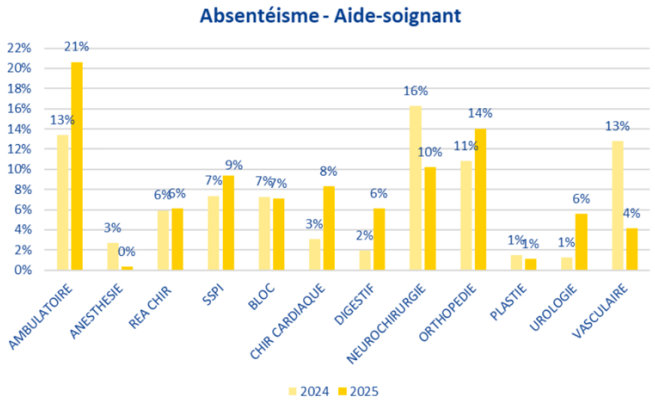
Sur le plan organisationnel, la réanimation chirurgicale repose sur une activité, le plus souvent, programmée et étroitement liée au fonctionnement du bloc opératoire. Les fermetures de bloc, pendant les périodes de vacances scolaires, permettent d'anticiper les réductions du capacitaire et d'adapter les ressources humaines. Cette organisation permet une meilleure lisibilité et une relative stabilité dans la gestion des plannings des équipes.

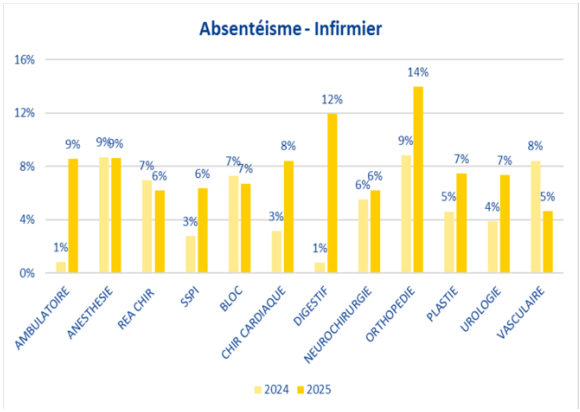
Le TPER des réanimations est de 47 et 29 AS pour chaque secteur soit un total de 94 IDE et 58 AS. Tout comme le service MIR, il est indispensable de différencier les professionnels aux soins des professionnels du TPER. Au 1er mai 2026, l'état des effectifs sur les réanimations chirurgicales est le suivant.

RCNT	TPER autorisé	TPER actuel	Aux soins
IDE	47	46	44
AS	29	28	26

RCP	TPER autorisé	TPER actuel	Aux soins
IDE	47	46	43
AS	29	27	27

Ce service doit également faire face à un absentéisme de ses équipes. Le taux moyen d'absentéisme pour les AS est de 6% en 2024 et 2025. Pour les IDE, on note une légère diminution du taux passant de 7 % en 2024 à 7% en 2025.





Afin de faire face au sous-effectif, les services de réanimation chirurgicale sollicitent les mêmes modes de remplacement que la MIR et font face aux mêmes difficultés.

Les organisations en DMU améliorent l'expertise pour les patients et les équipes soignantes. Mais elles augmentent les logiques de territoire et les cloisonnements des professionnels, ce qui rend plus complexe toute dynamique de coopération interservices.

3. Les fondements théoriques d'une polyvalence progressive et sécurisée

Afin de mieux définir le projet managérial, il apparaît nécessaire de préciser les concepts et notions qu'il va mobiliser. Ce projet a pour objectif de développer la polyvalence des équipes paramédicales de soins critiques en inter-DMU. Ici, la polyvalence n'est pas envisagée comme une simple réponse à une absence inopinée mais comme une réelle réflexion pour adapter les ressources humaines aux besoins tout en préservant la qualité et la sécurité des soins. Aussi, la polyvalence peut être vécue comme une opportunité de développement professionnel mais aussi comme une source de tension, notamment en termes de charge mentale ou de sentiment d'insécurité professionnelle.

La compétence apparaît alors comme un élément central. Elle conditionne la capacité des professionnels à s'adapter à des situations variées, et constitue également un facteur de sécurisation des pratiques et de reconnaissance professionnelle.

3.1 De la mobilité professionnelle à la logique de polyvalence

La mobilité est devenue un phénomène courant dans le monde du travail, au sein des entreprises mais également à l'hôpital. Initialement considérée comme facteur d'instabilité, la mobilité est aujourd'hui plébiscitée et parfaitement intégrée dans le parcours professionnel. Richard Duhautois[13] évoque ainsi la banalisation de la notion de mobilité dans la trajectoire professionnelle : « *Depuis les années 1990, l'image d'un nouveau type de travailleur a émergé : un salarié forcément mobile, changeant plusieurs fois au cours de sa vie d'employeur, de métier, de statut…* »[14] (2012, p.3). Ici, la mobilité professionnelle « *désigne tous les changements intervenus dans la situation d'un individu vis-à-vis de l'emploi, qu'il s'agisse de changements de fonction, de statut, de secteurs d'activité, d'établissement, d'entreprise, ou de transition entre emploi, chômage et inactivité* ». La mobilité professionnelle peut être subie - par suite d'un licenciement ou à une restructuration - ou choisie. Elle peut être différemment interprétée, et il est intéressant de constater que les auteurs ne recourent pas aux mêmes définitions.

Dans son ouvrage, Nicole Raoult [15] distingue trois formes de mobilité :

- « *la mobilité professionnelle ou horizontale, correspondant à un changement de métier* ». Ici, l'agent doit développer de nouvelles compétences en lien avec son métier.

[13] Chercheur au Centre d'Étude de l'Emploi, Maître de conférence associé à l'Université Paris-Est.
[14] Duhautois, R., Petit, H.,& Remillon, D. (2012). *La mobilité professionnelle.* La Découverte.
[15] Consultante en ressources humaines, experte GPEC et gestion des âges.

- « *la mobilité d'environnement correspondant, à un même type d'activité, dans la même qualification, avec le même grade hiérarchique, mais exercé dans un autre lieu de travail, dans une autre équipe, avec un autre responsable* » [16]. Cette mobilité est la plus fréquemment rencontrée. Pour un IDE, elle correspond à l'affectation dans une autre unité de soins.

- « *la mobilité catégorielle ou verticale : il s'agit de la promotion. C'est une mobilité qui conduit un agent à quitter un emploi pour un autre, impliquant un accroissement de responsabilités* » [17] (1991, p.242). Chez les IDE, cette mobilité concerne ceux qui se spécialisent (infirmier anesthésiste, infirmier de bloc opératoire) ou encore ceux qui accèdent à des fonctions d'encadrement d'unité de soins.

Associant « *l'exercice d'un métier* » et le « *milieu de travail* », Stéphanie Mailliot, définit plusieurs types de mobilité :

- la « *mobilité externe* », qui correspond à l'exercice d'un même métier dans un lieu différent. L'activité est sensiblement la même au niveau des « *tâches* » à effectuer, mais « *elle évolue du côté pôle « autrui », du côté du « service à rendre » ».* A titre d'exemple, l'IDE exercera son métier dans une autre unité, dans un autre établissement.

- la « *mobilité interne* », qui correspond à un changement de métier dans un même lieu de travail. L'activité est sensiblement la même du « *côté du « service à rendre » mais elle bouge du point de vue du contenu du travail, du côté des tâches »*[18].

Selon cette auteure, « *la mobilité professionnelle implique l'imbrication de trois dimensions : « les tâches » constitutives d'un métier, « les autres » auxquels s'adresse l'activité et « soi-même » engagé dans la situation. Pour chacun des cas de figure proposé, une dimension bouge, les deux autres sont affectées* » (2010, p.58).

La mobilité des IDE nécessite de leur part une capacité d'adaptabilité au poste de travail, à l'environnement et aux équipes pluridisciplinaires. Cette mobilité peut-être source d'enrichissement professionnel et personnel par les échanges et la transmission de connaissances. Elle donne aux IDE la possibilité de développer des nouvelles compétences, d'améliorer celles existantes et de vivre des expériences toujours renouvelées. Comme le souligne Simone Dumas « *la mobilité qui s'impose de plus en plus dans les hôpitaux, sera source d'amélioration de la qualité des soins par la richesse des qualités des uns et des autres* » [19] (2000, p.10).

Dans l'ouvrage « La gestion des carrières, une approche par les mobilités », la mobilité est aussi perçue aujourd'hui comme un atout pour les individus et les organisations. En effet, pour les professionnels, elle offre le développement de nouvelles compétences, d'une meilleure employabilité et un enrichissement personnel par le vécu d'expériences variées. Pour les organisations, la mobilité stimule l'innovation, renouvelle les pratiques et améliore la réactivité face aux changements. Elle contribue à une meilleure allocation des ressources humaines en « *permettant de déplacer la main-d'œuvre en fonction des besoins des entreprises* » [20].

Néanmoins, la mobilité n'est pas exempte de tout retentissement. Pour les professionnels, elle peut générer de la précarité ou du stress lié à l'adaptation constante, ou encore des difficultés à concilier vie personnelle et vie professionnelle. Du côté des organisations, la mobilité mal conduite peut entraîner un turn-over élevé, une perte de savoir-faire interne et des coûts cachés comme ceux liés à la formation et à l'intégration des nouveaux arrivants.

Pour être bien vécue, il est important que la mobilité favorise le développement d'une polyvalence chez les IDE, que ce soit dans les soins ou dans la connaissance des pathologies.

3.2 La polyvalence : entre enjeux organisationnels et enjeux personnels

Le concept de polyvalence est de plus en plus employé dans les entreprises et au sein des hôpitaux. En effet, « *il est souvent question de polyvalence lorsque les organisations cherchent à gagner en flexibilité et en productivité* »[21] (Everaere, 2014, p.1). La polyvalence, liée à la mobilité des IDE, permet d'assurer la continuité des soins et, ainsi, d'assurer la sécurité du patient. Comme le souligne Jean-Charles Erny « *la polyvalence entretient des liens étroits avec la mobilité, néanmoins elle ne se réduit pas à des changements de postes mais fait référence à un élargissement des tâches assumées.*

---

[16] Raoult, N. (1991). *Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier.* L'Harmattan.
[17] *Ibid.*
[18] Mailliot, S. (2010). *Mobilités professionnelles : de quoi parle-t-on ? Enjeux et complexité d'une question contemporaine.* Relief. Échanges du Cereq, 32*, 57-61.*
[19] Dumas, S. (2000). *Du décloisonnement à la mobilité : la richesse des autres.* Objectif Soins*,* 91*, 9-10.*
[20] Pihel, L., Venttolini, S. et Pralong, J. (2023). *La gestion des carrières : une approche par les mobilités*. Vuibert.
[21] Everaere, C. (2008). *La polyvalence et ses contradictions. Revue Française de gestion Industrielle.* Vol.27 N°4

Ici, le concept de polyvalence associe la rencontre pour le professionnel de diverses situations et le développement de ses compétences » [22](2011, p.91).

La polyvalence peut se définir par la possibilité pour un salarié d'effectuer des tâches différentes à des postes différents. Jean Ruffier, dès 1976, repère quatre aspects clés de la polyvalence : la *« rotation de postes ; l'élargissement du travail (regrouper des opérations d'exécution jusque-là réparties sur plusieurs postes successifs) ; l'enrichissement du travail (le travail est étendu à des tâches plus qualifiées et réalisées avec une certaine autonomie) ; les groupes semi-autonomes »* [23](Everaere, 2008, p.2).

Patrick Micheletti envisage la polyvalence selon deux axes : « *À l'horizontale : elle reflète l'expression d'une compétence qui s'élargit de la maitrise des techniques d'un métier vers d'autre métier. À la verticale : elle reflète l'expression d'une compétence qui permet l'intégration d'une fonction vers d'autres fonctions à d'autres niveaux »* (2002, p.36). Soit l'IDE exerce le même métier mais sur des postes ou dans des domaines d'activités différents (polyvalence horizontale), soit il exerce une fonction supérieure à celle acquise lors de sa formation initiale (polyvalence verticale). Dans son ouvrage, cet auteur met en exergue les avantages professionnels et personnels de la polyvalence. Celle-ci permet *de facto* un élargissement et un enrichissement des compétences du fait de la rencontre et de la familiarisation avec de nombreuses spécialités. La polyvalence favorise, également, le développement des capacités relationnelles.

Christophe Everaere nuance le concept de polyvalence. En effet, il fait une distinction entre le salarié « *nomade* » qui se verra affecté à « *des postes ou des fonctions potentiellement distinctes* » et le salarié « *sédentaire* » qui aura à effectuer « *une variété de tâches potentiellement exercées dans un contexte professionnel spécifique et déterminé* » (2008, p.3). L'agent nomade exerce son métier d'un poste à un autre mais la fréquence de rotation ne lui permettra pas d'approfondir le *« processus d'apprentissage nécessaire pour maîtriser une situation de travail complexe »*. Son nomadisme l'empêche, de fait, de se construire une solide compétence pour un poste donné. Au contraire, l'agent sédentaire, du fait de sa constance sur le poste *« élargit et enrichit son travail afin de pouvoir le réaliser de façon compétente, autonome et responsable »*.

Pour Géraldine Drevet, « *la polyvalence est synonyme de pluri-compétences* » [24](2000, p.138). Elle préfère d'ailleurs employer le terme de pluri-compétence qui est plus circonscrit que la polyvalence. Pour cette auteure, « *la polyvalence inter-service fait de la mobilité une nouvelle valeur professionnelle à promouvoir »*.

Au terme de ces différentes approches, on mesure mieux la complexité de la notion de polyvalence qui ne répond pas à une définition unique. La polyvalence est également fonction de l'environnement dans lequel elle est mise en œuvre. Dans le cadre de ce projet, il sera bien question d'une polyvalence organisée. Liée à la mobilité professionnelle, la polyvalence telle que nous l'aborderons ici aura pour corollaire le développement de nouvelles compétences. Comme le souligne Jean-Yves Boileau cité par Jean-Charles Erny, *« la première est un outil au service de la deuxième »* [25](2011, p.93).

3.3 La compétence comme condition de la polyvalence

3.3.1 La compétence individuelle : savoir agir en situation complexe

La notion de compétence a évolué parallèlement à celle du travail. Il existe plusieurs acceptions de la notion de compétence. Nous pouvons dire, aujourd'hui, que « *la compétence n'est plus une « somme » de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être* »[26] (Le Boterf, 2004, p.75). La « *compétence aujourd'hui c'est de savoir faire preuve d'intelligence au travail* », puisque nous sommes « *passés d'un savoir exécuter à un savoir comprendre et s'adapter* »[27] (Pastré, 2005, p. 77). En effet, il ne s'agit plus simplement d'effectuer une tâche conformément à une procédure (ce qui serait un savoir-faire) mais il s'agit également de mobiliser un savoir-agir pour faire face à une situation imprévue. La compétence dépasse alors clairement le cadre du travail prescrit. Cette intelligence au travail suppose une implication réflexive de la part de l'individu.

Philippe Zarifian rejoint la notion d'intelligence introduite par Pierre Pastré. En effet, pour lui « *la compétence est une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforme, avec d'autant plus de force que la diversité des situations augmente* ». Cette définition évoque une « *dimension cognitive et une dimension*

---

[22] ERNY, Jean-Charles. *A propos du processus de construction du sentiment d'efficacité personnelle des infirmiers d'un pôle.* Soins Cadres, novembre 2011, n°80, p.20-23.

[23] *Ibid.*

[24] Drevet, G. (2000). *L'adaptation au changement.* Gestion Hospitalière, *393*, 138-141.

[25] Erny, J.-C. (2011). À propos du processus de construction du sentiment d'efficacité personnelle des infirmiers d'un pôle. *Soins Cadres*, *80*, 20-23.

[26] Le Boterf, G. (2010). *Construire les compétences individuelles et collectives* (4e éd.). Eyrolles.

[27] Pastré, P. (2005). Dynamique et métamorphose des compétences professionnelles. *Psychologie du Travail et des Organisations*, *11*, 73-87.

compréhensive » (Terranéo, Avvanzino, 2006, p. 18)[28]. L'individu doit être capable d'adapter les savoirs et les connaissances qu'il possède pour faire face à la situation rencontrée. Pour cela il doit en avoir une bonne compréhension.

Richard Wittorski place la compétence à l'intersection de trois champs : le social, l'expérience professionnelle et la formation. La compétence n'est pas figée, c'est un processus évolutif. Elle se développe, s'enrichit au contact d'autrui et comporte donc une dimension individuelle et une dimension collective. Selon lui « *la compétence est produite par un individu ou un collectif dans une situation donnée et elle est nommée/ reconnue socialement. Elle correspond à la mobilisation dans l'action d'un certain nombre de savoirs combinés de façon spécifique en fonction du cadre de perception que se construit l'acteur de la situation* » [29] (1998, p.58). Dans cette définition, il associe la reconnaissance à la notion de compétence. En effet, la compétence est validée par le regard d'autrui, des pairs, et de la hiérarchie.

Dans son article, « La notion de compétence : un modèle pour décrire, évaluer et développer les compétences », Jean-Claude Coulet montre que la notion de compétences est largement utilisée et mobilisée dans plusieurs domaines (travail, formation, management, éducation) mais qu'elle fait face à des définitions multiples. Pour cet auteur, il y a consensus dans la littérature pour affirmer que la compétence ne se limite pas à la possession de savoirs ou de savoir-faire. Elle correspond à une « *organisation dynamique de l'activité, mobilisée et régulée par un sujet pour faire face à une tache donnée, dans une situation déterminée* ». La compétence s'exprime comme la capacité d'un professionnel à mobiliser et combiner différentes ressources : les connaissances, que sont les savoirs, les savoir-faire (la mise en application techniques), les capacités cognitives et, enfin, les comportements et attitudes. La compétence n'est pas figée, elle est « *dynamique* », évolue et se transforme avec l'expérience et ce, grâce à l'apprentissage dans l'activité et à l'analyse des situations rencontrées.

Francis Minet souligne qu': « *il n'en reste pas moins qu'elle est difficile à cerner. En tout état de cause, c'est encore (et probablement pour longtemps) « une vue de l'esprit », comme nous pouvions conclure une étude menée sur ce thème, il y a quelques années. Nul n'a jamais pu l'observer en tant que telle. Elle ne se donne à voir qu'à travers ses manifestations, c'est-à-dire l'activité qu'elle permet de réaliser* »[30]. Pour l'auteur, la compétence repose sur ce que la personne mobilise pour agir.

En s'appuyant sur les catégories définies par Gérard Malglaive, Francis Minet retient quatre éléments essentiels :

- Des connaissances, c'est-à-dire ce que l'on sait,
- Des méthodes ou procédures, c'est-à-dire comment on s'organise,
- Des savoir-faire, c'est-à-dire les gestes, les pratiques,
- L'expérience, c'est-à-dire la capacité s'adapter dans des situations concrètes

Ces deux auteurs voient la compétence comme un processus dynamique, contextualisé, lié à l'action, et non comme une simple accumulation de savoirs. Cependant, alors que Jean-Claude Coulet met l'accent sur la dimension cognitive, Francis Minet insiste sur sa dimension opératoire et sur les méthodes permettant de l'analyser et de la formaliser dans les organisations. Tout comme Jacques Leplat, Francis Minet souligne que « *les compétences s'apprennent. Il n'y a pas de compétences spontanées* ».[31]

Dans le modèle de Gérard Malglaive repris par Francis Minet, la compétence ne se résume pas à posséder des connaissances ou à savoir réaliser des gestes. Elle repose sur la capacité à mobiliser et à adapter l'ensemble des connaissances, des procédures, des savoir-faire et de l'expérience dans une situation donnée.

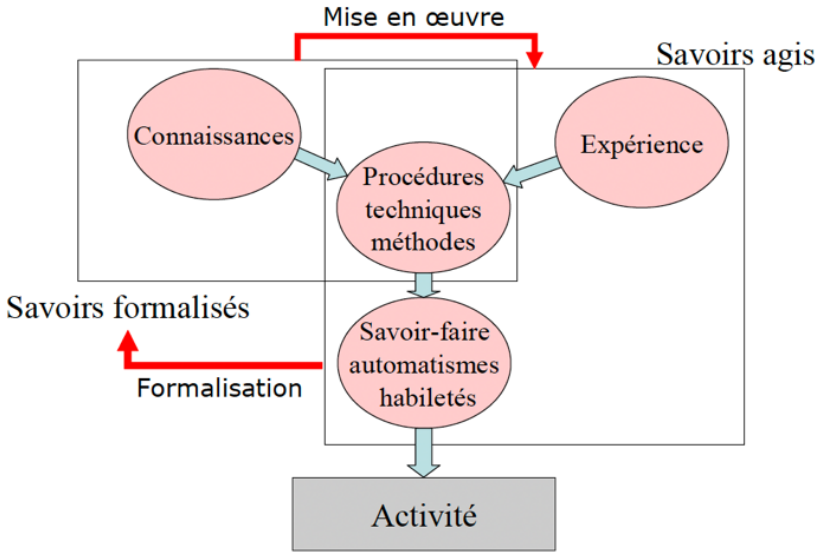
---

[28] Terraneo, F., & Avvanzino, N. (2006). Le concept de compétence en regard de l'évolution du travail : définitions et perspectives. *Recherche en Soins Infirmiers*, *87*, 14-24. https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-4-page-16.htm

[29] Wittorski, R. (1998). De la fabrication des compétences. Éducation Permanente, 135, 57-69.

[30] Minet, F. Compétence : de la définition à l'utilisation

[31] *Ibid*



Ce modèle montre que la polyvalence des soignants en soins critiques en inter-DMU ne peut pas se réduire uniquement au développement de nouvelles connaissances ou à la maîtrise de protocoles. Cela suppose de s'adapter à des environnements différents et de trouver des repères pour ajuster sa pratique en fonction des situations rencontrées. Ainsi, la formation à la polyvalence doit favoriser non seulement l'apprentissage des procédures propres à chaque service, mais aussi le développement de capacités d'adaptation et de transfert des compétences dans des situations nouvelles pour préserver les compétences dans un domaine élargi de la pratique.

Jacques Leplat, ergonome, décrit quelques caractéristiques qui permettent de définir la notion de compétence. En effet, les compétences « *sont finalisées et se caractérisent par la mise en œuvre de connaissances en vue de la réalisation d'un but. Une compétence est toujours une compétence pour... ; elles sont donc opératives et fonctionnelles ; elles sont apprises ; on ne naît pas compétent, mais on le devient ; elles sont organisées en unités coordonnées. Bruner (1970) a insisté sur le caractère modulaire de la constitution des compétences. On peut en dire ce que Singleton (1978) disait des habiletés, à savoir qu'elles « sont des briques de construction mises ensemble pour engendrer des habiletés plus complexes* » [32].

L'ergonomie montre que certaines compétences sont difficiles à définir et se développent essentiellement à travers l'expérience et la participation au travail. Ces compétences, que Jacques Leplat appelle « *compétences incorporées* », sont directement liées à l'action. Elles se développent au fil du temps, à mesure que l'on est confronté à des situations de travail variées. Comme le souligne Jacques Leplat, les compétences incorporées ont plusieurs caractéristiques. Elles sont souvent difficiles à exprimer avec des mots car les professionnels savent faire certaines choses sans vraiment pouvoir décrire comment ils le font. Elles dépendent fortement du contexte et sont mobilisées de manière quasi-automatique. Elles aident les professionnels à agir vite et efficacement sans avoir besoin de trop réfléchir et réduisent la charge cognitive associée à certaines tâches. On peut apprendre en observant, en imitant ou en pratiquant progressivement les situations professionnelles. Dans les environnements professionnels complexes, tels que les soins critiques, ces compétences sont essentielles. En effet, les soignants doivent gérer simultanément de nombreuses informations : état clinique du patient, nombreux paramètres (scope, respirateur…) et l'anticipation des complications. C'est précisément parce que certains gestes et raisonnements sont devenus automatiques, que le professionnel peut gérer des situations imprévues, complexes et évolutives.

La compétence ne doit pas être envisagée uniquement à l'échelle individuelle, en les soins critiques. En effet, la prise en soins des patients repose sur une action coordonnée entre plusieurs professionnels, ce qui amène à considérer la dimension collective de la compétence.

3.3.2 Les compétences collectives : coopérer pour sécuriser les soins

La compétence collective apparaît comme un élément central. Elle permet de comprendre comment les professionnels, au-delà de leurs compétences individuelles, arrivent à agir ensemble de manière efficace.

Selon Guy Leboterf, la compétence collective correspond à la capacité d'une équipe à atteindre un objectif commun grâce à la qualité de la coopération entre ses membres.

[32] Leplat, J. (2023). À propos des compétences incorporées. Éducation Permanente, 234-235(1), 217-229.

Elle ne se réduit pas à la somme des compétences individuelles, mais dépend de la manière dont les professionnels interagissent, s'entraident et s'organisent. Elle se distingue de la performance ; elle valorise les relations de travail plutôt que sur le résultat obtenu.

Cette approche est reprise par Françoise Dupuich. Tout comme Guy le Boterf, elle souligne que la compétence collective est « *une compétence qui diffère de la somme des compétences individuelles* » [33]. Elle se construit à travers les interactions entre les professionnels, elle « *prend naissance dans les échanges permanents entre les membres d'une équipe* »[34] et repose sur « *l'agir ensemble* »[35]. Cela implique de coopérer, de partager des informations et de coordonner les actions autour d'un objectif commun.

La compétence collective s'appuie également sur le partage de savoirs et d'expériences. Elle correspond à une « *capacité répétée et reconnue d'un collectif à se coordonner pour co-construire des solutions* »[36]. Autrement dit, la compétence collective n'est pas seulement travailler ensemble, mais c'est être capable de résoudre des situations de manière collective.

La compétence collective se développe principalement dans l'action. « *C'est dans l'expérience commune et par l'action commune que la compétence collective peut émerger et se développer* »[37]. Elle dépend donc du contexte de travail, de l'organisation et des relations entre les acteurs.

Enfin, la compétence collective peut être rapprochée de l'intelligence collective, définie comme « *l'utilisation collective d'informations détenues par différents individus* »[38] afin de construire une réponse commune.

Dans le monde de l'hôpital, la compétence collective repose en grande partie sur la capacité des professionnels à coopérer et à partager leurs savoirs. Cette dimension est d'autant plus importante dans des organisations où les soignants interviennent dans plusieurs unités. En ce sens, la notion de communauté de pratique permet de mieux comprendre comment les professionnels construisent et partagent des savoirs au-delà de leur unité d'origine. Elle repose sur des échanges réguliers, un engagement commun et la construction progressive de repères partagés.

3.4 La communauté de pratique ou apprendre par les pairs

Les recherches sur les communautés de pratique permettent de comprendre les mécanismes d'apprentissage et de partage des connaissances au sein des organisations. La communauté de pratique peut être définie comme le fait d'« *apprendre ensemble par l'échange ; apprendre de l'expérience des autres ; apprendre du sens partagé et construit collectivement ; apprendre dans l'authenticité sans laquelle la communauté n'existerait pas* » [39]. (Charlier et Henri, 2004, cités par Lessard, 2022, p.92).

Les travaux d'Etienne Wenger, repris notamment par Valérie Chanal (2000) et Yvon Pesqueux (2020), montrent que l'apprentissage organisationnel ne repose pas uniquement sur des formations formelles ou sur la transmission descendante des savoirs. Il se construit aussi à travers les interactions quotidiennes entre les professionnels qui partagent une même activité. Les échanges d'expériences, la confrontation des pratiques et la résolution collective de problèmes participent à la construction de savoirs communs.

Toujours selon Chanal (2000), les communautés de pratique reposent sur trois dimensions principales : l'engagement mutuel des membres, l'existence d'un projet commun et la construction d'un répertoire partagé. Ce répertoire regroupe des outils, des protocoles, des documents, des références techniques ainsi que des expériences professionnelles mobilisables dans l'action. Ces éléments permettent de structurer progressivement des pratiques communes.

Les communautés de pratique jouent un rôle important dans la circulation des connaissances entre différents groupes professionnels. Valérie Chanal évoque notamment la notion « *d'objets frontières* »[40], c'est-à-dire des outils ou des supports communs qui peuvent être mobilisés dans différents contextes professionnels. Protocoles, check-lists, procédures ou référentiels peuvent ainsi faciliter la coopération entre plusieurs unités.

---

[33] Dupuich, F. (2011). L'émergence des compétences collectives, vers une gestion durable. Management & Prospective, 28(2), 107-125. https://doi.org/10.3917/g2000.282.0107.
[34] *Ibid.*
[35] *Ibid.*
[36] *Ibid.*
[37] *Ibid.*
[38] *Ibid.*
[39] Jorro, A., & Raucent, B. (2022). *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (2e éd. Actualisée). De Boeck Supérieur.
[40] Chanal, V. (2000). *Communautés de pratique et management par projet : à propos de l'ouvrage de Wenger* (1998). *Management*, *3*(1), 1-30

L'auteure souligne également le rôle d'acteurs « *interfaces* », capables de circuler entre plusieurs groupes professionnels et de favoriser le transfert de connaissances.

Ces travaux ont une résonance particulière dans le monde de l'hôpital. En effet, les organisations sont souvent segmentées entre services, spécialités et logiques professionnelles. Dans les services de réanimation, les compétences techniques sont parfois sectorisées, notamment autour de pratiques spécifiques comme l'oxygénation par membrane extra-corporelle (ECMO), l'épuration extra-rénale, la neuro-réanimation ou la prise en soins des patients en post-opératoire. Dans ce contexte, la mise en place d'un projet de polyvalence peut générer des résistances liées à la crainte d'une perte d'expertise ou à l'absence de culture commune entre les équipes. La communauté de pratique apparaît alors comme un levier pour accompagner cette transformation.

3.5 Les Risques Psycho-sociaux et la Qualité de Vie et Conditions de Travail : au cœur de la polyvalence

Le collège d'expertise sur le suivi des Risques Psycho-Sociaux[41] définit les RPS comme « *des risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental* ». S'ils sont de plus en plus présents dans notre société, ils sont liés aux nombreuses transformations économiques et organisationnelles des dernières années avec une recherche de rentabilité, flexibilité et d'intensification du travail.

L'INRS tout comme le rapport de Gollac[42] dénombrent six facteurs de risques : l'intensité et temps de travail, les exigences émotionnelles, l'autonomie et les marges de manœuvre, les rapports sociaux et la reconnaissance au travail, les conflits de valeur et l'insécurité de la situation au travail. Ces RPS ont des conséquences sur les professionnels générant stress, violences internes ou externes mais également sur les organisations entrainant absentéisme

L'approche du travail a progressivement évolué passant des RPS à la Qualité de vie au travail. En juin 2013, l'Accord National Interprofessionnel (ANI) définie la QVT comme « *un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué* »[43]. L'ANI fait encore évoluer la réflexion sur le travail passant de la QVT à la Qualité de Vie et Conditions de Travail (QVCT) le 9 décembre 2020.

Cependant, cette notion de QVCT reste complexe car elle touche à de multiplies dimensions du travail. En effet, « *prendre à cœur la prévention primaire peut conduire à donner une place différente au travail : plutôt que de soigner l'individu, il s'agit alors de soigner le travail. Soigner le travail, c'est le réhabiliter dans toutes ses dimensions comme triple expérience (Gomez, 2013, p. 34) : « une expérience subjective parce que, quel qu'il soit, le travail est toujours effectué par un sujet singulier ; une expérience objective parce qu'il débouche sur la production d'un objet matériel, un bien ou un service : le travail fabrique quelque chose ; une expérience collective, parce qu'on ne travaille jamais seul mais soit avec d'autres, soit pour d'autres : le travail s'inscrit dans une communauté sociale* »[44].Aussi, il ne s'agit plus de prévenir uniquement les effets délétères du travail mais de créer des conditions de travail propice à la réalisation d'un travail de qualité.

Dans cette continuité, l'ANACT souligne que la QVCT replace le travail réel au centre de la réflexion en agissant sur l'organisation du travail, la charge du travail, l'autonomie, la coopération entre professionnels et l'accompagnement du changement. Elle rappelle également que la prévention des RPS et la QVCT ne s'opposent pas mais sont étroitement liées dans une démarche d'amélioration de la santé des professionnels et de la performance des organisations.

---

[41] Collège d'expertise sur le suivi des Risques Psycho-Sociaux

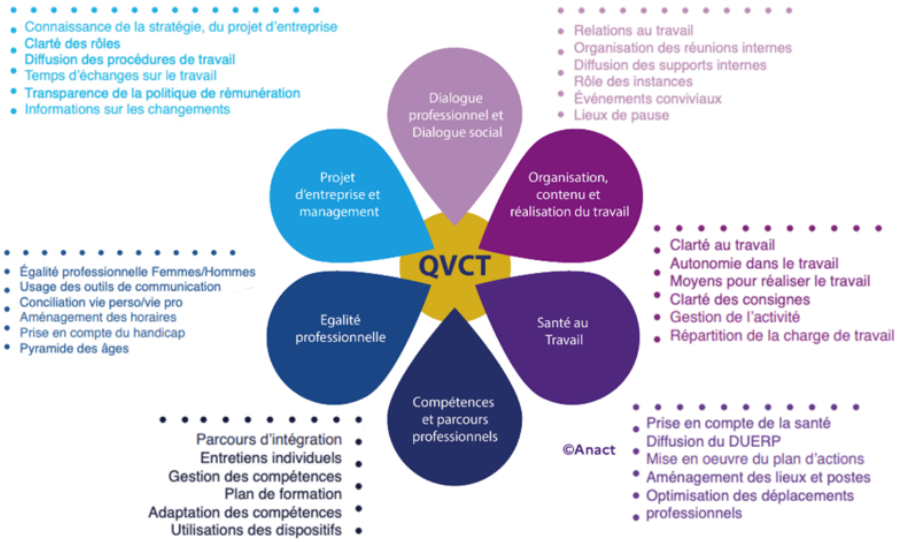
[42] Chapelle, F. (2018). 13. Rapport Gollac. Dans F. Chapelle Risques psychosociaux et Qualité de Vie au Travail : en 36 notions (p. 91-96). Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.chape.2018.01.0091.

[44] Stimec, A., Grimand, A., Gentil, S., Cucharero Atienza, P. et Journé, B. (2024). Replacer le travail au cœur de la QVCT : retour sur 20 ans de recherches francophones en sciences de gestion. RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise, 54, vol. 13(1), 4-27. https://doi-org.ezproxy.u-pec.fr/10.3917/rimhe.054.0004.

La QVCT est aujourd'hui un enjeu des organisations de travail. Institutionnalisée et intégrée dans les politiques de ressources humaines, elle se traduit par des actions concrètes : accords collectifs, dispositifs dédiés, référents, outils de suivi et budgets spécifiques.

C'est précisément ce qui est en jeu dans un projet de polyvalence en réanimation en inter-DMU.

Mal préparée ou imposée, la polyvalence peut devenir une source de stress et altérer la qualité de vie au travail des soignants : perte de repères, sentiment d'insécurité, crainte de l'erreur et charge mentale élevée. Mais quand elle est réfléchie, coconstruite progressivement avec les équipes et encadrée par un plan de formation structuré, elle peut devenir un réel atout. Elle peut être un levier d'amélioration des conditions de travail, de coopération interservices et de fidélisation des professionnels.



3.6 La fidélisation des professionnels

La fidélisation des professionnels est un enjeu pour les organisations confrontées à des difficultés de recrutement, de turn-over et à l'évolution des attentes des professionnels. En effet, Routelous et Quidu (2024) soulignent que près de 37 % des AS et 44 % des IDE déclarent ne pas se sentir capables ni avoir envie d'exercer leur profession jusqu'à la retraite.

Ces données traduisent une fragilité de l'engagement des professionnels de santé. Les causes évoquées sont diverses : dégradation des conditions de travail, charge de travail importante, manque de reconnaissance et de plus en plus de difficultés pour concilier vie personnelle et vie professionnelle. Ainsi, 72 % des IDE déclarent devoir se dépêcher dans leur travail, seuls 50% estiment disposer du temps nécessaire pour effectuer leur missions et 56% déclarent effectuer des heures supplémentaires.

Au-delà des conditions matérielles, les auteurs montrent l'importance du sens au travail. En effet, des conflits éthiques apparaissent quand les soignants n'arrivent pas à réaliser un travail en adéquation avec leurs valeurs, notamment au regard de la qualité des soins prodigués aux patients.

Des leviers pour favoriser la fidélisation des équipes soignantes sont proposés tels que le développement des compétences, la reconnaissance au travail, le soutien managérial, la stabilité des plannings mais aussi un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. La fierté du travail bien fait ainsi que le sentiment d'être respecté pour son travail sont des éléments qui favorisent la fidélisation des professionnels.

Ces éléments sont repris dans l'ouvrage « Regards croisés : « Quelle organisation demain pour fidéliser les collaborateurs ? »[45] coordonné par Soufyane Frimousse et Jean-Marie Peretti. Dans cet ouvrage, les auteurs mettent en évidence que la fidélisation ne repose plus seulement sur la rémunération mais sur une combinaison de leviers organisationnels, individuels et managériaux. En effet, ils soulignent l'importance des conditions de travail et de la qualité de vie au travail. Ils insistent également sur la montée en compétences comme levier de fidélisation. Les professionnels restent plus longtemps lorsqu'ils voient que leur organisation

[45] Frimousse, S. et Peretti, J.-M. (2024). Regards croisés : « Quelle organisation demain pour fidéliser les collaborateurs ? » Question(s) de management, 48(1), 143-228.

mise sur leur développement professionnel en proposant des formations, des parcours diversifiés ou encore des évolutions de carrière. Paradoxalement, la mobilité interne est présentée comme un outil de fidélisation. En effet, permettre aux professionnels d'évoluer ou de découvrir d'autres environnements peut renforcer leur engagement au sein de leur organisation et limiter les départs. Enfin, le rôle du management de proximité est essentiel. La reconnaissance, l'écoute, l'autonomie, la participation aux décisions et la qualité des relations avec l'encadrement sont des éléments favorables à la fidélisation. Becette et Valax, montrent que le rôle du cadre de proximité est important dans la fidélisation des professionnels au travers de l'exemple du CHU de Nice. En effet, basé sur un *« modèle d'empowerment »* [46](p.150), il montre comment l'autonomie laissée aux soignants, le développement de leurs compétences et leur implication dans les décisions limitent le turn-over. Enfin, plusieurs auteurs mettent également en évidence la recherche de sens au travail, de transparence, de reconnaissance et d'un environnement collectif fondé sur la confiance.

Aussi, la polyvalence ne doit pas être uniquement vue sous le prisme de la flexibilité des ressources humaines. Si elle se limite à répondre à un besoin organisationnel (continuité de soins, limitation du recours aux heures supplémentaires et à l'intérim), elle peut être source de stress, d'insécurité et de dégradation de la qualité de vie au travail des professionnels. Le rôle du cadre est indispensable pour assurer un équilibre entre efficience et protection des équipes soignantes. Ici, le défi est de rendre la polyvalence acceptable pour les soignants et sécurisée pour les patients. Elle passe par une démarche progressive basée sur la formation pour le développement des compétences individuelles et collectives, le volontariat initial, l'écoute des résistances et préserver la qualité de vie au travail. Le management bienveillant ne consiste donc pas à éviter les transformations organisationnelles nécessaires, mais à accompagner l'évolution vers la polyvalence sans fragiliser les professionnels qui la rendent possible.

Dans un contexte de tensions en ressources humaines, les établissements doivent se montrer agiles et repenser leurs organisations pour maintenir la continuité et la sécurité de soins. Aussi, de nouvelles formes d'organisation apparaissent notamment autour de la polyvalence des équipes soignantes qui ne sont pas sans impacts pour les soignants. En effet, elle modifie les repères professionnels, les cultures de service et les habitudes de travail. Pour y parvenir, un changement doit s'opérer.

3.7 Un changement nécessaire pour parvenir à la polyvalence

Dans le monde du travail, le terme de changement n'est pas neutre. Derrière ce mot qui peut enthousiasmer tout comme il peut effrayer, résonne souvent des conséquences pour les personnes, une modification de leurs habitudes de travail, d'organisation… *« C'est qu'il implique une remise en cause et un renouvellement des pratiques, des habitudes, des conforts, des repères et c'est principalement ce point qui constitue la pierre d'achoppement »* [47].

Le changement est un phénomène compliqué à analyser. Il peut être présenté comme un processus radical et rapide, détenu par les dirigeants pour adapter l'organisation à son environnement. Cependant, d'autres approches remettent en question cette vision en montrant que le changement est souvent imprévisible et émergent. Le changement peut être à l'initiative des acteurs et de la modification de leurs pratiques.

Ce type d'approches souligne un changement progressif, construit pas à pas, grâce aux ajustements quotidiens et à l'expérimentation des professionnels.

Ainsi, les acteurs peuvent devenir les éléments centraux du changement. Le changement n'est plus un simple passage d'un état à un autre, c'est aujourd'hui un processus continu et permanent, qui fait partie du fonctionnement des organisations.

La conduite du changement est aujourd'hui très répandue et s'intègre davantage dans les organisations. Elle implique plusieurs acteurs et le nombre de projets à gérer augmente considérablement. Bien que fondée sur une notion ancienne, la conduite du changement s'est développée récemment comme une pratique de management, notamment pour accompagner les transformations organisationnelles et technologiques.

Autissier et Moutot, dans leur ouvrage « La conduite du changement » livrent l'évolution du changement au travers cinq paradigmes.

---

[46] *Ibid.*

[47] Marsan, C. (2008). Chapitre 1. Qu'entend-on par changement ? Réussir le changement : Comment sortir des blocages individuels et collectifs ? (p. 11-41). De Boeck Supérieur. https://shs-cairn-info.ezproxy.u-pec.fr/reussir-le-changement--9782804156282-page-11?lang=fr.

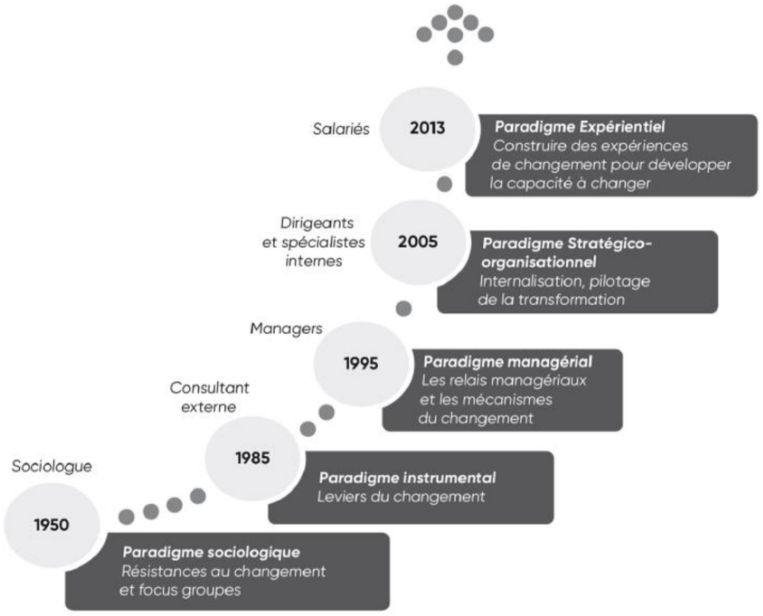


***Figure 1.1** – Les cinq paradigmes de la conduite du changement*

Les années 1950 voient la naissance du paradigme sociologique. Celui-ci, basé sur les travaux de Kurt Lewin, montre que les individus ont naturellement tendance à résister au changement. Cependant, les interactions au sein du groupe permettent de dépasser cette résistance initiale. En effet, un individu accepte plus facilement le changement lorsqu'il n'est pas isolé, qu'il peut échanger avec ses pairs et ajuster ses repères collectifs. Ainsi, le changement ne dépend pas uniquement d'un individu mais repose sur la dynamique de groupe et sur l'évolution des normes sociales.

Le paradigme instrumental qui utilise des outils comme la communication, la formation ou la planification est développé dans les années 1980-1990. Cette approche permet d'accompagner les projets de transformation de façon structurée. Néanmoins, elle montre rapidement des limites liées à sa rigidité et à son manque d'attention aux facteurs humains.

Apparue dans les années 2000, la conduite du changement a permis l'évolution vers le paradigme stratégique et organisationnel. Elle intègre le contexte, les enjeux organisationnels et le rôle du management. Le changement ne se considère plus comme un projet à déployer, mais comme un processus à piloter selon l'environnement et les acteurs.

Depuis 2010, le changement est envisagé comme une expérience à vivre, c'est le paradigme expérientiel. Accompagner le projet ne suffit plus. Il est indispensable de développer la capacité des individus et des collectifs à s'adapter à leur environnement par l'expérimentation, les interactions et l'apprentissage en situation. Les professionnels deviennent alors acteurs du changement.

Au regard de ces évolutions, la conduite du changement ne se limite pas aujourd'hui à installer des outils ou des procédures. A présent, elle doit prendre en compte l'expérience des acteurs, leurs représentations et leurs pratiques professionnelles. Dans le contexte des soins critiques, les expériences passées de mobilité ont parfois créé des réticences. Prendre en compte ces expériences est essentiel pour favoriser l'adhésion au changement.

4. Le projet managérial : une stratégie de coopération inter-DMU

Le projet développé ci-dessous s'est mis en place progressivement au cours de mes années d'exercice en tant que fonction de cadre de santé puis de cadre de santé en milieux de soins critiques. Il n'a cessé d'évoluer au gré des problématiques rencontrées dans l'exercice professionnel. J'évolue dans un contexte ou le personnel paramédical, et particulièrement les IDE, est en tension. Ces tensions sont amplifiées par l'augmentation du capacitaire avec un recrutement du personnel soignant qui n'est pas toujours en adéquation avec nos besoins.

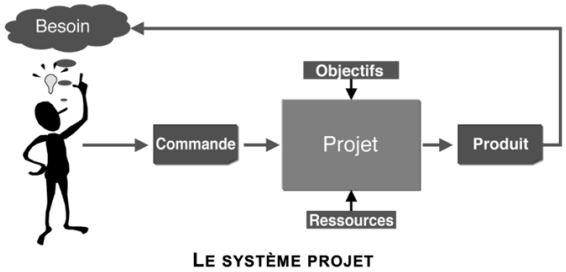
4.1 Qu'est-ce qu'un projet ?

Dans ma pratique, j'ai souvent utilisé le mot « projet » ou réalisé des projets au sein des différents services ou j'exerçais sans véritable connaissance de l'ingénierie à développer. Aussi, avant de commencer, il est nécessaire de le définir ce qu'est un projet. On peut le définir comme *« l'idée de quelque chose à faire que l'on présente dans ses grandes lignes, une ébauche, un but que l'on se propose d'atteindre »*[48].

Dans le domaine de la gestion, la norme ISO 10 006, définit un projet comme *« un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées, ayant un début et une fin, visant à atteindre un objectif spécifique dans le respect de contraintes telles que les délais, les coûts et les ressources disponibles »*[49]. Un projet mobilise 5 dimensions : une dimension personnelle, une dimension sociale, une dimension technique, une dimension économique, une dimension temporelle.

Pour Hugues Marchat, le projet *« est avant tout une façon particulière de traiter un problème. Cette façon repose sur une grande anticipation. En effet, il va falloir au début du projet, imaginer tout ce que va être l'« histoire du projet » et raconter cette histoire avant qu'elle n'arrive ; c'est le principe du scénario »* [50](p.9). Le projet doit être construit, réfléchi et anticipé. Le « *scénario* » nous permet d'imaginer le déroulement du projet, anticiper les étapes pour ensuite le mettre en œuvre.

Le projet est le plus souvent issu d'un constat ou d'un besoin répondant à une problématique.



LE SYSTÈME PROJET

Schéma tiré de l'ouvrage « Le kit du chef de projet ». Hugues Marchat.

Dans le cas présent, le projet a pour ambition de développer la polyvalence organisée et sécurisée des équipes paramédicales de soins critiques en inter-DMU pour une optimisation des ressources humaines.

4.1 Genèse du projet : une nécessaire contextualisation d'hier à aujourd'hui

Afin d'appréhender ce projet dans son ensemble et d'en comprendre les enjeux associés, il est important de présenter l'historique synthétique des secteurs de réanimation. La compréhension des transformations structurelles, organisationnelles, médicales et managériales ont progressivement modifié les relations entre les services de soins critiques et ont rendu nécessaire une réflexion sur la polyvalence des équipes soignantes de soins critiques.

En 2014, j'intègre le GHU Mondor en qualité de FFCS au sein du service de Réanimation Chirurgicale Cardio-Vasculaire (RCCV). A cette période, les quatre réanimations sont sous une même gouvernance au sein du pôle RASS (Réanimation, Anesthésie, SAMU94-SMUR). Bien que chaque service conserve ses spécificités médicales, une logique de coopération existe entre eux et les quatre réanimations fonctionnent dans une relative proximité organisationnelle.

L'organisation est la suivante :

- Au 11ème étage, la RCCV composée de 15 lits de réanimation ;
- Au 4ème étage, la réanimation digestive et hépato-biliaire composée de 15 lits de réanimation et de 4 lits d'USC déportés sur le 2ème étage ;
- Au 1er étage, la MIR composée de 13 lits de réanimation et de 11 lits de soins continus ;

[48] Bidan, M. et Godé, C. (2017). Chapitre 4. Les enjeux d'un projet. DSCG 5 Management des systèmes d'information : Manuel et applications (p. 85-99). Vuibert.
[49] AFNOR
[50] Marchat, H. (2023). *Le kit du chef de projet*. Paris : Eyrolles.

- Au 1er étage, la réanimation neuro-traumatologique composée de 13 lits de réanimation dont 1 exclusivement identifié pour les Prélèvement Multi-Organes et de Tissus (PMOT) et de 8 lits d'USC déportés sur le 2ème étage (avec ceux de la réanimation digestive et hépato-biliaire).

En 2015, le changement de cadre paramédical de pôle s'accompagne d'une réorganisation structurelle : le pôle RASS devient le pôle CARAVAN (cardiologie, réanimation vasculaire, anesthésie). Cette période est marquée par d'importantes tensions en ressources humaines, notamment dans le service de RCCV. Dans un objectif d'optimisation des ressources humaines paramédicales et de maintien des capacitaires, les premiers « lissages de planning » hebdomadaires puis mensuels sont instaurés. Au gré des besoins, les professionnels sont affectés dans un autre secteur de réanimation pour compenser les absences ou les sous-effectifs. Si cette nouvelle organisation répond à une logique de continuité de service, elle reste peu structurée et n'a pas été préparée en amont : les mobilités de soignants sont souvent décidées dans l'urgence, « au pied levé », sans préparation ni accompagnement des équipes aux particularités des autres réanimations.

Parallèlement, une liste d'astreinte IDE initialement dédiée aux PMO est progressivement détournée de sa finalité pour pallier les difficultés de remplacement infirmier du quotidien. Pensée initialement comme un dispositif pour répondre à une activité spécifique, cette liste devient progressivement une variable d'ajustement de remplacement des IDE absents. Ce mode dégradé montre les limites d'une organisation qui fonctionne en tension permanente. Malgré tous ces ajustements et réorganisations, le service de RCCV ne peut pas maintenir un capacitaire de 15 lits et des lits sont fermés. Désabusés par ce fonctionnement dégradé, les IDE cessent de s'inscrire sur la liste de PMO et celle-ci disparaît, ce qui impacte la prise en charge de patients donneurs d'organes.

Je quitte le service de RCCV en juillet 2016 pour intégrer l'Institut de Formation des Cadres de Santé. A mon retour en juillet 2017, j'intègre le service de MIR, ce qui me permet d'observer les transformations effectuées sous un prisme différent. J'y travaille depuis plus de neuf ans.

En 2018 et 2019, la perte successive des activités de greffe hépatique puis de greffe cardiaque constitue un tournant majeur pour le GHU Mondor. Ces événements fragilisent les réanimations chirurgicales et conduisent à une nouvelle étape de mutualisation des moyens et des ressources humaines avec la fusion des réanimations digestives et cardio-vasculaires. Derrière cette réorganisation imposée par la réduction des chirurgies lourdes devant être prises en charge en réanimation chirurgicale, se dessine une logique de rationalisation des ressources médicales et paramédicales disponibles.

En 2019, la restructuration de l'AP-HP entraîne la disparition des pôles au profit des DMU. Dans une logique de filière patient visant à donner davantage de cohérence au parcours de soins, les services sont réorganisés. La MIR, qui prend en charge des patients présentant des pathologies médicales, intègre le DMU Médecine, aux côtés de la cardiologie, néphrologie, dialyse et aphérèse, rhumatologie, médecine interne, endocrinologie, immunologie, SAU et SAMU. Les réanimations chirurgicales intègrent le DMU CARE aux cotés des services de chirurgie et du bloc opératoire. Cette nouvelle organisation rompt avec l'ancienne et opère une première scission entre les réanimations.

Malgré cette séparation institutionnelle, les pratiques de lissage des effectifs paramédicaux se poursuivent pendant près de deux ans pour compenser les absences ou les sous-effectifs et maintenir le capacitaire des réanimations. Le secteur MIR, le plus en tension en ressources humaines, bénéficie le plus souvent de ces mobilités. Mais à la suite de changements d'encadrement, une distance progressive s'installe entre les services. Les lissages des plannings interservices deviennent moins efficients, la visibilité sur les effectifs réels s'amenuise et ce mode de fonctionnement finit par disparaître. Les coopérations deviennent plus rares et les services fonctionnent désormais en silos.

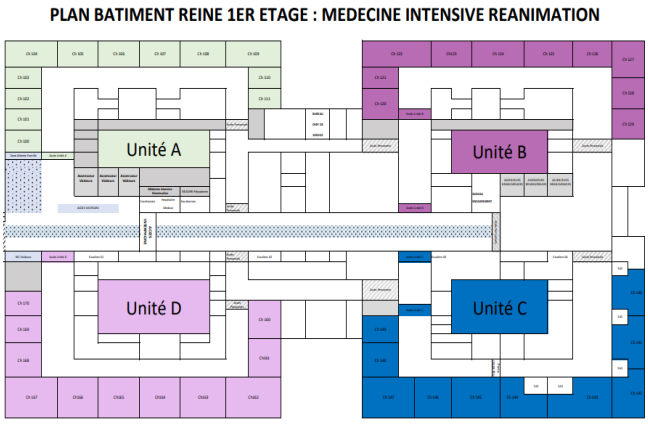
En 2021, l'ouverture du nouveau bâtiment « Reine » constitue un paradoxe. Alors que les secteurs de réanimation sont structurellement regroupés dans un même bâtiment, ils n'ont jamais été aussi éloignés sur les plans organisationnel et politique.



L'organisation de ce nouveau bâtiment a évolué au fil des années, entrainant des changements organisationnels et politiques complexes. L'architecture des locaux est relativement homogène. Les unités et les postes de soins sont organisés sensiblement de la même manière. Les chambres sont identiques et disposent des mêmes équipements biomédicaux (scopes, lits, chariots de soins, équipement de surveillance…). Il existe quelques différences concernant certains dispositifs spécialisés tels que les respirateurs ou encore les générateurs de dialyse qui reflètent les particularités d'activité de chaque secteur.

Au début de l'exploitation du bâtiment en 2021, le découpage est le suivant :

- **Au 1er étage** : le service MIR à un capacitaire de 32 lits : 20 lits de réanimation et 12 lits d'USIP répartis sur les unités A, B et C ;
- **Au 2ème étage** : les réanimations chirurgicales ont un capacitaire de 31 lits : 10 lits de réanimation RCP, et 6 lits d'USIP de RCP et 10 lits de réanimation et 5 lits USIP RCNT sur les unités F, G et H ;
- Une partie de l'unité D représentant 5 lits, située au 1er étage, est identifiée à la SSPI sous la surveillance d'un médecin anesthésiste- réanimateur mais avec une équipe paramédicale de RCNT.





Cependant, en 2023, dans un contexte de départs de médecins anesthésistes-réanimateurs et de difficultés de recrutement de nouveaux médecins en réanimation chirurgicale, l'organisation initiale de l'unité D ne peut pas être maintenue. C'est une opportunité pour le service MIR qui obtient de la Direction Générale une extension de son service sur l'unité D, portant son capacitaire à 43 lits. La MIR renforce ainsi son poids « capacitaire » dans les soins critiques, la scission entre les services s'accentue et alimente les tensions qui persistent aujourd'hui.

De nouveaux remaniements apparaissent sur les secteurs des réanimations chirurgicales avec le départ du chef de service. Celui-ci sera temporairement remplacé par un chef de service par intérim. En janvier 2024, le nouveau chef de service prend ses fonctions sur le département d'anesthésie-réanimation.

Toutes ces reconfigurations ont progressivement effrité les relations entre les personnels médicaux et soignants des services. En conséquence, il n'existe plus de coopération ni d'entraide.

4.2. Contexte situationnel du projet

Aujourd'hui, les tensions RH restent importantes au sein des secteurs de soins du bâtiment Reine. Afin de maintenir le capacitaire et d'assurer la continuité des prises en soins, les services ont quotidiennement recours aux heures supplémentaires, ou à la suppléance soins critiques.

Pourtant l'analyse par extraction du logiciel de gestion des ressources humaines met en évidence des variations d'effectifs entre les unités. Certains jours, alors que des secteurs présentent des effectifs insuffisants au regard de l'activité, d'autres sont en sureffectif. Ces déséquilibres traduisent une inadéquation temporaire entre les ressources présentes et la charge en soins réelle des différents secteurs. Les extractions réalisées montrent qu'une partie des tensions RH aurait pu être partiellement compensée par des ajustements interservices, et limiter potentiellement le recours aux solutions dégradées telles que les heures supplémentaires ou la suppléance externe.

Cette réflexion apparaît d'autant plus pertinente que les secteurs ne sont pas soumis aux mêmes variations d'activité au cours de l'année. En effet, la MIR fonctionne selon une logique de saisonnalité, avec une augmentation du capacitaire sur la période hivernale et une réduction sur les périodes estivales, permettant potentiellement une plus grande disponibilité des ressources paramédicales.

À l'inverse, les réanimations chirurgicales sont dépendantes de l'activité du bloc opératoire. Ainsi, lors des périodes de réduction d'activité des blocs opératoires, pendant les vacances scolaires ou périodes estivales, les besoins en capacitaire diminuent. Ces périodes pourraient être des opportunités de coopération avec la MIR lors de situations de tension capacitaire ou de sous-effectif.

Dans ce contexte, la nécessité de développer une polyvalence interservices s'est progressivement dégagée. Cependant, les expériences passées ont montré que la polyvalence ne peut être mise en œuvre de manière informelle ou contrainte. Elle doit, au contraire, être structurée, anticipée et accompagnée. Cela suppose la mise en place de formations adaptées dont l'objectif est d'harmoniser, développer les compétences et sécuriser les pratiques professionnelles. La polyvalence ne peut être envisagée que comme un processus progressif de montée en compétences, et non comme une simple réponse organisationnelle aux tensions d'effectifs.

Par ailleurs, celle-ci doit s'inscrire dans un contexte où les effectifs se rapprochent des cibles définies par le TPER de chaque service. Cela permet d'éviter de créer un déséquilibre entre services « prêteurs » et « receveurs », et de solliciter de manière répétée les mêmes équipes.

4.3 Les enjeux du projet

L'enjeu peut se définir comme ce que l'on met en jeu, comme ce que l'on peut perdre et ce que l'on peut gagner. Dans ce projet de polyvalence inter-DMU des équipes paramédicales de soins critiques, il existe plusieurs enjeux.

Le premier est un enjeu de capacitaire à l'échelle territoriale. En effet, les tensions constantes en ressources humaines peuvent conduire à des fermetures de lits et fragiliser l'offre de soins critiques sur le large territoire couvert par le GHU Mondor. En développant une organisation plus flexible et plus résiliente, l'objectif est de préserver les capacités d'accueil à l'échelle du GHU et d'assurer la continuité des prises en soins des patients.

Le deuxième enjeu est d'ordre médico-économique. Le recours répété aux rappels des soignants sur leurs repos, le recours aux heures supplémentaires, le recours à la suppléance « soins critiques » ou encore le recours à l'intérim engendrent un coût important pour l'institution. La mise en place de la polyvalence vise à optimiser les ressources humaines existantes tout en répondant aux objectifs institutionnels de maitrise des dépenses.

Le troisième enjeu concerne la qualité et la sécurité des soins. Dans les secteurs de soins critiques, la polyvalence ne peut être déployée sans garantir un niveau de compétences suffisant. Le projet vise à sécuriser

la polyvalence grâce à la formation d'amont, au développement des compétences et à l'harmonisation des pratiques professionnelles.

Enfin, le dernier enjeu est culturel et humain. Il s'agit de favoriser l'adhésion des professionnels à cette nouvelle organisation sans fragiliser leur identité professionnelle ni leur qualité de vie au travail. Cet enjeu est fondamental car l'adhésion individuelle de chaque acteur est indispensable pour mettre en place ce projet. De plus, l'intégration de bénéfices à l'échelle individuelle ou d'un service va permettre de porter les enjeux aux échelles voulues, comme l'enjeu « individuel » d'avoir un capacitaire accru pour son propre service va servir l'enjeu du capacitaire à l'échelle territoriale.

4.4 Les objectifs du projet

L'objectif formel de ce projet est de construire une organisation structurée, agile et sécurisée pour optimiser au quotidien l'adéquation des professionnels paramédicaux en inter-DMU dans les différentes unités de soins critiques, tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins et le bien-être au travail des équipes.

La sécurité des soins est un prérequis indispensable à toute modification organisationnelle. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la sécurité des patients est définie (en anglais) comme *« l'absence de préjudice évitable pour un patient et la réduction à un minimum acceptable du risque de préjudice inutile associé aux soins de santé »*. Dans le contexte plus large des systèmes de santé, la sécurité des patients est *« un cadre d'activités organisées qui crée des cultures, des processus, des procédures, des comportements, des technologies et des environnements dans le contexte des soins de santé, aptes à réduire systématiquement et durablement les risques, l'occurrence des préjudices évitables, la probabilité d'erreurs et l'impact des préjudices quand ils se produisent »*.[51]

De la même manière, la qualité des soins ne doit pas être altérée par une modification organisationnelle. Toujours selon l'OMS, la qualité des soins est définie comme *« une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins »*.[52]

La HAS définit la qualité et la sécurité des soins selon quatre grandes familles[53] :

- *« **Les ressources matérielles** :*
    - *Architecture et conception des établissement*
    - *Plateaux techniques et équipements*
    - *Systèmes d'information*

- ***Les ressources humaines** :*
    - *Compétence des professionnels*
    - *Effectifs et charge de travail*
    - *Continuité et permanence des soins, stabilité des équipes*
    - *Volumes d'activité*

- ***L'organisation des équipes de soins** :*
    - *Facteurs de gouvernance et de culture*
    - *Travail en équipe*
    - *Mise en œuvre des bonnes pratiques*
    - *Pertinence des soins*
    - *Approche centrée sur le patient et l'engagement des usagers*
    - *Évaluation et démarches d'amélioration*
    - *Gestion des risques*
    - *Qualité de vie au travail*

---

[51] Organisation mondiale de la Santé
[52] DRESS La qualité des soins et la sécurité du patient dans les établissements de santé. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr
[53] HAS Déterminants de la qualité et de la qualité et de la sécurité des soins. www.has-sante.fr/ determinants-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins-la-has-publie-un-rapport-d-analyse-et-pose-les-principes-de-leur-utilisation

- ***Coopération des équipes de soins :***
    - *Coopération au sein de l'établissement*
    - *Coopération et gradation de l'offre au sein du territoire*
    - *Organisation et optimisation des parcours de soins »*

Ces principes édictés par l'HAS peuvent être transposés au cas particulier des soins critiques. :

- Les ressources matérielles sont liées à l'environnement de soins et conditionnent la capacité des équipes à délivrer des soins de qualité à haute technicité.
- Les ressources humaines sont un paramètre central. Des professionnels, en nombre suffisant et formés aux prises en soins complexes et aux soins techniques associés, sont des facteurs essentiels pour assurer la qualité et la sécurité des soins. A l'inverse, une instabilité des équipes ou des tensions en ressources humaines peuvent fragiliser la qualité et la sécurité des soins en réduisant l'effectif soignant requis pour assurer les prises en soins.
- L'organisation des équipes de soins est également un point central. Elle ne se limite pas à une répartition des tâches mais elle a vocation à assurer la gestion des ressources humaines, à répondre aux variations d'activité et à aider la coordination entre professionnels. Une organisation efficiente favorise la continuité et la sécurité des soins, tandis qu'une désorganisation peut entrainer des ruptures dans les prises en soins et dégrader les conditions de travail.
- La coopération entre les équipes de soins conditionne la continuité des prises en soins et facilite le partage d'information.

Ainsi, c'est bien l'association de plusieurs facteurs qui permettent de créer une synergie pour assurer la qualité et la sécurité des soins.

Dans ce projet l'objectif de maintenir la qualité et la sécurité des soins est renforcé par des objectifs stratégiques :

- Assurer la continuité de l'offre en soins critiques en répondant à l'obligation de continuité de service public hospitalier. Ce principe est édité par les lois de Rolland : *« Les lois du service public tel que conçu par Louis Rolland dans les années 1930 sont au nombre de trois : il s'agit tout d'abord du principe de continuité du service public, de mutabilité du service public ensuite, et d'égalité du service public enfin »* [54]. Ce principe est élevé au rang de principe à valeur constitutionnelle, par le Conseil Constitutionnel en 1979 ;
- Garantir la qualité et la sécurité des prises en soins, en maintenant des effectifs compétents et en nombre suffisant en tenant compte des exigences réglementaires propres aux unités de soins critiques ;
- Optimiser la gestion des ressources humaines, en améliorant l'allocation des professionnels disponibles, en limitant le recours aux solutions dégradées (heures supplémentaires, rappel sur repos et intérim) ;
- Renforcer la fidélisation des professionnels.

Afin de préserver ces objectifs stratégiques, des objectifs opérationnels sont définis pour mener à bien ce projet :

- Développer les compétences individuelles et collectives grâce au déploiement d'un plan de formations communes aux différents services de soins critiques ;
- Réviser le plan d'adaptation à l'emploi de chaque secteur ;
- Initier et développer le décloisonnement entre les unités en renforçant la coopération interprofessionnelle, le partage des connaissances et l'harmonisation des pratiques professionnelles ;
- Mettre en place une phase expérimentale de déploiement progressif de la polyvalence interservices des soignants, d'abord sur la base du volontariat puis selon les besoins des unités ;
- Évaluer l'impact des différentes étapes du projet à travers des indicateurs RH, quantitatif et qualitatif.

4.5 La matrice SWOT

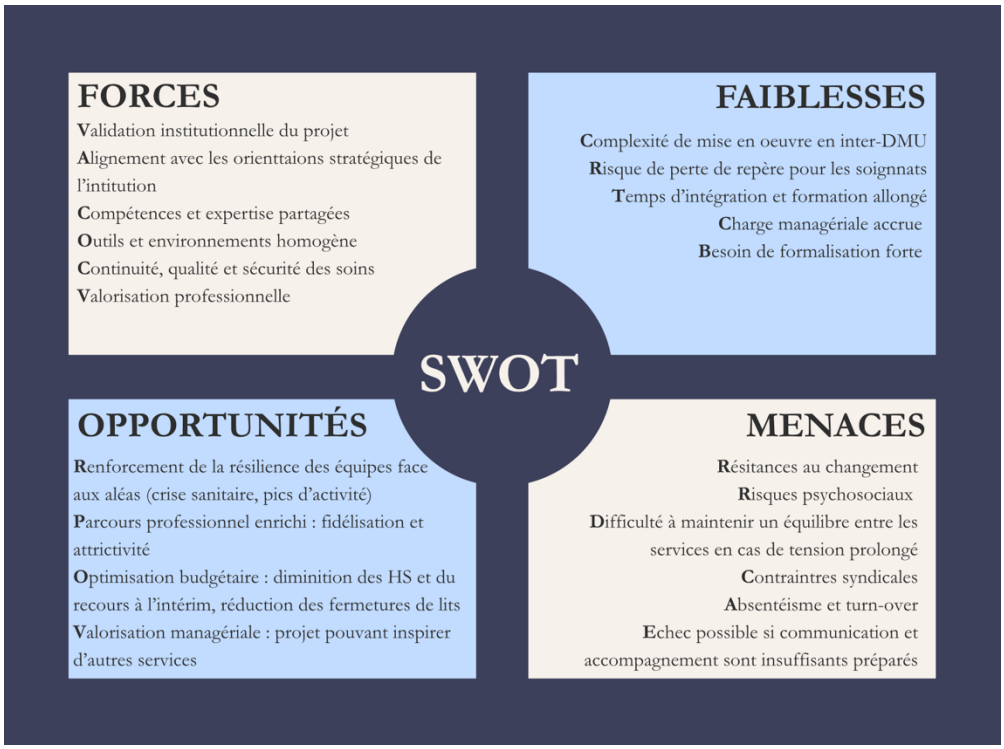
Dans le cadre de l'analyse stratégique initiale, j'ai donc commencé par analyser l'écosystème du projet à l'aide de l'outil SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats).

[54] Lois de Rolland.

Le SWOT permet de mettre en évidence le contexte interne du projet sous la forme de forces (Strengths) et de limites potentielles (Weaknesses) mais aussi son environnement externe avec les opportunités (Opportunities) et les menaces (Threats).

En intégrant de façon synthétique ces données sur une matrice unique, il permet :

- D'identifier les actions à mener ;
- De cerner les problèmes à résoudre rapidement ;
- De mettre en évidence les opportunités ;
- De déterminer les différentes priorités.



Afin d'élargir ma vision et la construction de ce projet, j'ai souhaité réaliser un benchmarking auprès d'autres services.

4.6 L'indispensable GANTT

La réalisation d'un Gantt permet de visualiser les grandes étapes du projet chronologiquement. Il n'est pas figé et a évolué avec les aléas du projet. Il est mis à jour régulièrement et sert de support lors des différentes réunions avec l'équipe projet.[55]

4.7 Le benchmarking : observer pour mieux agir !

J'ai entrepris une démarche de benchmarking auprès de différents services de soins critiques de l'AP-HP dans le but d'y trouver des ressources. Le benchmarking est considéré comme « *un process continu qui permet à une entreprise d'observer et de se comparer à ses concurrents (produits, services) afin d'en retirer les meilleures pratiques (best practices)* »[56]. C'est une analyse comparative qui consiste à observer les pratiques ou les organisations d'autres structures afin d'identifier des axes d'amélioration transférables.

Le benchmark réalisé au sein de différentes structures de l'AP-HP et hors AP-HP montre qu'il n'existe pas de mutualisation ou de polyvalence telle que celle envisagée dans le projet. J'ai donc élargi mon périmètre pour trouver ce type de fonctionnement.

A l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, une forme de mutualisation des effectifs existe au sein du DMU 3ID (Immuno-Infection, Inflammation, Dermatologie). Ce DMU regroupe des services et unités de pointe dans

[55] Annexe 2
[56] Delabre, C. (2021). Outil 47. Le benchmark. La boîte à outils du e-commerce (p. 160-161).

la prise en charge des maladies inflammatoires, immunologiques, infectieuses, dermatologiques et allergologiques. Cette mutualisation concerne trois services : la rhumatologie (29 lits), le département de médecine interne et d'immunologie clinique (88 lits) et le service de maladies infectieuses et tropicales (46 lits). Le TPER est de 144 paramédicaux, ce qui constitue une équipe importante. Les trois services fonctionnent sur une organisation, en alternance matin et après-midi avec des équipes de nuit sont fixes. Les professionnels utilisent le même logiciel informatique pour travailler (ORBIS Prescription). Il y a peu de protocoles spécifiques et les soins sont peu techniques. Il n'existe pas de formations communes aux trois services.
Les trois services ne sont pas situés sur le même bâtiment.

4.7.1 Quel est le process de la mutualisation au sein de ce département ?

La mutualisation est abordée dès le processus de recrutement. En effet, au terme de l'entretien, les candidats sont informés que des mobilités régulières entre les trois services font partie du fonctionnement habituel. Cependant, rien n'est spécifié dans la fiche de poste, ce qui constitue une limite identifiée par les cadres eux-mêmes.

Dans un délai de 6 à 12 mois, après leur prise de fonction, les professionnels réalisent une journée d'intégration dans chaque secteur concerné. L'objectif n'est pas de développer de nouvelles compétences, les pratiques professionnelles étant sensiblement les mêmes, mais plutôt de s'approprier l'environnement de travail, les locaux et le matériel propres à chaque service.

Sur le plan opérationnel, tous les jeudis, les cadres des trois services se retrouvent pour effectuer le « lissage des plannings ». Chaque cadre exprime « *ses plus* » et « *ses moins* »[57] ». En fonction des possibilités, le personnel d'un secteur est mobilisé sur le secteur en tension. Cette mobilité est tracée sur le planning par un code dédié. Il existe des règles managériales informelles : les professionnels peuvent signifier leurs difficultés sur un secteur afin d'éviter des mobilités inadaptées. Par ailleurs, implicitement, l'encadrement est invité à ne pas profiter de ces mobilités pour recruter, l'objectif étant uniquement d'absorber un sous-effectif ponctuel et non d'entrer en concurrence déloyale entre services.

Cette organisation perdure depuis plusieurs années et semble être bien intégrée au fonctionnement des unités. Néanmoins, c'est une organisation informelle qui n'est pas clairement identifiée et formalisée.

4.7.2 Ce que j'en retiens ?

Ce que je retiens de ce benchmarking pour la mise en place de la polyvalence au sein de l'établissement.

Cette observation nourrit à la fois mon projet mais permet également d'en identifier des points de vigilance.

- La polyvalence interservices doit être mentionnée et assumée dès le processus de recrutement. Il sera nécessaire de modifier les fiches de postes des trois secteurs. Cette transparence dès le process de recrutement évite les résistances tardives.
- L'intégration dans les autres unités doit être structurée et anticipée dans le plan d'adaptation à l'emploi. Un période d'intégration dans chaque secteur doit être intégrée au parcours des nouveaux professionnels avec un délai défini et non laissé à la discrétion de chaque cadre.
- Le lissage de planning doit être défini et tracé. Cette organisation constitue un dispositif simple pour piloter les mobilités an amont plutôt qu'au pied levé.
- Enfin, l'expérience de la Pitié-Salpêtrière confirme que l'informalité, si elle peut être un facteur de souplesse, est aussi un facteur de fragilité. Il est nécessaire que le projet de polyvalence repose sur un cadre formalisé, des règles claires et des outils de suivi partagés, afin de garantir la pérennité du dispositif au-delà des personnes qui le portent aujourd'hui.

4.8 Quels sont les acteurs impliqués dans le projet ?

4.8.1 Le commanditaire

La première personne impliquée est le commanditaire. C'est le *« donneur d'ordre »*[58] qui fixe les objectifs à atteindre et autorise le lancement du projet.

[57] Verbatims utilisés par les cadres lors de l'entretien
[58] Le kit du chef de projet. Hugues Marchat.

Dans le cadre de ce projet, le commanditaire est le coordinateur CGS. En avril 2025, lors d'une réunion sur les effectifs des réanimations, en présence de la directrice des finances, du CGS, de la CPDMU du DMU CARE et des cadres de santé des réanimations, j'ai émis l'idée de restructurer la mutualisation des effectifs paramédicaux entre les réanimations. Voulant ne pas reproduire les erreurs antérieures, j'ai exprimé ma vision de la mutualisation. Celle-ci se doit d'être réfléchie, organisée et structurée et ne doit plus être réalisée « au pied levé ».
J'ai exposé les grandes lignes du projet naissant :

- Réaliser des formations communes sur diverses thématiques de soins critiques pour développer les compétences individuelles et collectives ;
- Prévoir dans le plan d'adaptation à l'emploi une période d'intégration dans chaque secteur de réanimation ;
- Recréer du lien entre les réanimations comme un préalable pour décloisonner l'activité ;
- Analyser les freins et les moteurs d'un tel projet ;

Au-delà des effectifs, il m'apparaissait nécessaire de partager nos idées, nos façons de travailler pour collectivement améliorer la qualité et la sécurité des soins. Ce n'était pas chose aisée au moment de cette réunion.

Le CGS et la DAF sont en accord avec cette idée qui vise à optimiser les ressources humaines. Aussi, le financement de mon Master 2 accepté par l'hôpital, le sujet de celui-ci s'oriente vers la mutualisation.

Mais qu'entend-on par mutualisation ? Peu de littérature existe sur ce concept. Ce mot, dans le monde hospitalier, et particulièrement au sein des services, résonne avec une connotation négative. *« Le mot mutualisation est un néologisme : « mettre en commun à des fins de partage ». Associé à des mots-clés tels que fédérer, solidariser, partager, il renvoie à différents concepts : partenariat, économies d'échelle, optimisation, gain de temps, projet coopératif, valeur ajoutée, interopérabilité, métadonnées harmonisées, structure de mutualisation, communauté virtuelle, etc. La mutualisation, c'est une mise en commun des moyens qui répond d'abord à une logique économique »* [59].

Aussi, après réflexion et pour éviter toute ambiguïté, le terme polyvalence lui sera préféré. La lettre de mission signée par le CGS en décembre 2025, placée en annexe, s'intitule : **« La polyvalence des effectifs paramédicaux de soins critiques entre les différentes unités de réanimation : une réponse organisationnelle réaliste et sécurisée pour une optimisation des ressources humaines ».**

Ce projet s'inscrit dans une démarche globale qui répond aux exigences de l'HAS de respect de la qualité et de la sécurité des soins. Il est structuré autour de deux grands axes complémentaires et indissociables pour favoriser, à long terme, la polyvalence des infirmiers de soins critiques :

- Le premier axe consiste à mettre en place un plan de formation pour le développement des compétences individuelles et collectives ;
- Le second axe consiste à redéfinir le plan d'adaptation à l'emploi en associant une période d'intégration des personnels chaque secteur de réanimation différent de leurs secteurs d'origine.

4.8.2 Le chef de projet, un leader ?

Le chef de projet *« est celui qui va s'engager à organiser et fédérer les ressources (humaines, matérielles, financières, temporelles, etc.) afin d'atteindre les objectifs »* [60]. Il s'inscrit dans une logique de transformation, visant à concevoir, structurer et mettre en œuvre un changement organisationnel.

Je suis identifiée comme cheffe de projet. Cependant, mon positionnement présente une particularité : je suis à la fois cheffe de projet, CDS service MIR. Cette double posture peut être source d'ambiguïté. En tant que CDS, mon positionnement pourrait être perçu comme plus favorable à mon service par certains acteurs, notamment par les réanimations chirurgicales. À l'inverse, mon rôle de cheffe de projet impose une prise de hauteur pour avoir une vision globale et une capacité à impulser des changements dépassant le périmètre de mon service. Cette position pourrait être perçue comme défavorable par certains acteurs au sein de mon

[59] Brigitte Dujardin, « Mutualiser pour répondre à de nouveaux besoins », Bulletin des bibliothèques de France 5BBF), 2006, n°5, p101-102. En ligne : http://bbf.enssib.fr/consulter/bbf-2006-05-0101-010 ISSN 1292-8399.
[60] Le kit du chef de projet. Hugues Marchat.

service. Il est donc essentiel de trouver un équilibre de distance entre ma proximité avec les équipes et hauteur indispensable à la bonne conduite du projet.

Afin de mener ce projet, il faut définir une équipe projet. Comme le stipule Hugues Marchat « *la réussite d'un projet repose bien sur les hommes ! ».*

Je choisis d'impliquer les cadres des réanimations au sein de cette équipe. Ce choix réside dans leur position stratégique au sein des unités de soins critiques. Au plus près des équipes, elles disposent d'une connaissance fine des organisations, des contraintes du terrain, des dynamiques d'équipe et des compétences des professionnels. Par ailleurs, elles jouent un rôle important dans l'accompagnement au changement. Elles sont des relais de l'information et de communication, elles peuvent identifier des freins mais surtout elles contribuent à impulser une dynamique collective. Leur présence démontre également une cohérence managériale.

En tant que porteuse de ce projet, il est important que je fasse preuve de leadership pour impulser une dynamique positive autour de ce projet. Ce leadership est d'autant plus important que le projet peut engendrer des inquiétudes ou des résistances. Ici la posture doit être fondée sur l'écoute, la communication, la réassurance mais aussi la valorisation pour donner du sens au projet et engager les professionnels dans une dynamique positive du changement.

4.8.3 Les chefs de service

Avant de communiquer sur le projet à l'ensemble des équipes de soins critiques, je présente mon projet aux chefs de services respectifs pour avoir leur aval, recueillir leur vision et leurs conseils. Du fait de tensions médicales entre les services, je choisis de les rencontrer séparément.

Dans un premier temps, j'expose au chef de service de MIR et à son adjoint mon idée de mettre en place un projet de polyvalence des équipes de soins critiques. Tous deux sont d'emblée favorables. Ils y voient un bénéfice pour leur service avec la possibilité d'avoir le personnel suffisant pour le faire fonctionner en période de tension.

Dans un second temps, en janvier 2026, je rencontre le chef de service du département d'anesthésie-réanimation. S'il se montre favorable sur le principe du développement des compétences des équipes paramédicales, il n'embrasse pas le concept de partage des effectifs paramédicaux inhérent à la polyvalence. Cette position ferme, non argumentée mais en lien avec des enjeux de territoires médicaux sur les différentes unités de soins critiques, constitue un premier frein important à la mise en œuvre du projet. Cette situation illustre la théorie de Crozier et Friedberg (1977), pour qui le pouvoir correspond à la capacité d'un acteur à faire en sorte *« que les termes de l'échange lui soient favorables »* [61]. Mais le pouvoir de l'acteur s'explique aussi par sa position dans l'organisation. Comme le soulignent les auteurs, *« l'organisation régularise le déroulement des relations de pouvoir. Par son organigramme et par sa réglementation intérieur, elle contraint la liberté d'action des individus et des groupes en son sein et, de ce fait, conditionne profondément l'orientation et le contenu de leurs stratégies »* (p. 68)[62]. Bien qu'il n'existe pas de lien hiérarchique entre nous, sa position de chef de service lui octroie une capacité décisionnelle sur l'évolution du projet.

Face à cette opposition, je fais le choix délibéré de réorienter le projet sur un plan de formation commun aux équipes de soins critiques. Cela n'est pas un abandon de l'objectif de polyvalence inter-DMU mais une décision stratégique. Crozier et Friedberg nous disent qu'un acteur qui contrôle une zone d'incertitude dispose d'un pouvoir réel sur l'organisation. Ainsi s'opposer frontalement à cette résistance aurait augmenté les tensions. J'ai choisi de créer des conditions favorables à l'adhésion : des formations communes, un décloisonnement progressif et une culture partagée qui se construit progressivement. En d'autres termes : je n'ai pas renoncé à la polyvalence. J'ai choisi le chemin qui permet d'y arriver !

4.8.4 Les autres acteurs du projet

- **Les IDE et les AS** des secteurs de soins critiques sont les premiers concernés puisque ce sont eux qui participent aux journées de formation et qui, à terme, seront impliqués directement par la mise en œuvre de la polyvalence ;

[61] L'acteur et le système (1977) Crozier.
[62] *Ibid*

- **Les représentants des équipes médicales** impliquées dans la co-construction et la réalisation des formations. Ils sont également engagés dans la collaboration avec les équipes paramédicales et les autres médecins des autres secteurs de soins critiques ;
- **Les cadres de santé**, véritables « chevilles ouvrières » du projet. Elles accompagnent quotidiennement les équipes dans le développement des compétences individuelles et collectives. Elles sont des vecteurs pour insuffler la dynamique de formations communes et soutenir le projet. Elles sont le lien entre la vision stratégique et la réalité du terrain ;
- **La DSAP** qui porte le projet à l'échelle institutionnelle. Elle accompagne le projet et en garantit la cohérence avec la stratégie institutionnelle.
- **Les fonctions supports**, dont le service de formation continue. Elles soutiennent les cadres dans l'organisation en facilitant une mise en œuvre efficace.

4.9 Des freins potentiels ?

Tout projet est susceptible d'entrainer des freins qu'il est nécessaire d'anticiper et de dépasser. A ce stade, le principal frein est le positionnement du chef de service du service d'anesthésie-réanimation. Il est néanmoins nécessaire d'identifier ceux qui pourront émerger durant l'avancée du projet.

Des freins culturels et professionnels existent déjà au sein des équipes. Ils sont liés aux expériences déjà vécues de mobilités interservices, souvent vécues comme contraintes et non préparées. Ces mobilités ont installé une représentation négative. Cette mémoire collective laisse aujourd'hui une appréhension, voire une défiance vis-à-vis de toute nouvelle initiative associée à la polyvalence. De plus, chaque secteur a sa propre histoire, ses habitudes de travail, ses habitudes et son identité professionnelle. Bien que les professionnels disposent de compétences communes que l'on peut appeler « compétences socles », les organisations et les cultures de service restent différentes. La formation proposée, premier jalon de la polyvalence, peut venir bousculer certains repères qu'il convient de prendre compte pour accompagner le changement.

Des freins relèvent de l'adhésion des professionnels et du sentiment d'appartenance. Une formation perçue comme imposée et non choisie peut limiter l'engagement des professionnels d'autant plus lorsque les professionnels se connaissent peu et évoluent dans des secteurs cloisonnés. La formation est un espace ou les professionnels confrontent leur connaissance mais aussi leurs zones d'incertitudes. Cela peut générer des appréhensions liées au regard des pairs ou à la peur d'être mis en difficulté.

Des freins managériaux et organisationnels peuvent également apparaître. L'implication variable des cadres de proximité, les tensions capacitaires et les contraintes de planning rendent parfois difficile la mobilisation des professionnels sans impacter la continuité des soins. Enfin, la construction d'un dispositif pédagogique commun entre plusieurs secteurs aux pratiques différentes constitue un enjeu majeur. Une formation insuffisamment adaptée pourrait fragiliser la crédibilité du projet dès sa phase initiale.

Après l'analyse de cette première étape, il convient maintenant d'accompagner le changement !

5. Conduire le changement

Le projet initial vise à développer une polyvalence, organisée et sécurisée, interservices de soins critiques. Toutefois, certains acteurs médicaux ayant émis des résistances concernant la faisabilité de ce projet, celui-ci a donc nécessité une réorientation stratégique. Le choix de débuter ce projet d'envergure par la mise en place d'un plan de formation commun aux trois secteurs de réanimation et par la mise en place d'un décloisonnement progressif s'est imposé naturellement.

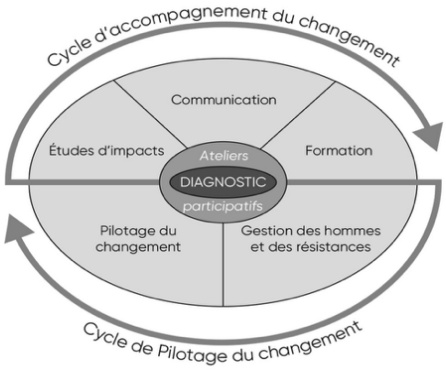
Cette stratégie, acceptée par les chefs de service des deux réanimations, a été validée par le CGS et la réunion de lancement du projet a eu lieu en présence des 2 CPDMU, de l'équipe projet. Le projet est officiellement lancé le 15 janvier 2026.

5.1 La phase de conceptualisation du projet

Afin de m'aider dans l'élaboration de ce projet, je me suis appuyée sur la conduite de changement initiée par Autissier et Moutot. Comme le soulignent les auteurs, *« la conduite du changement n'est pas uniquement de la formation et de la communication »* [63]. Elle est décomposée en *« trois phases : diagnostic, déploiement des leviers de communication, de*

[63] Autissier, D., & Moutot, J.-M. (2023). *Méthode de conduite du changement : diagnostic, accompagnement, performance* (5e éd.). Dunod

formation et d'accompagnement et pilotage du changement » [64]. Ici, la mise en œuvre d'un plan de formation commun constitue la première étape du projet qui a pour objectif le développement de la polyvalence en inter-DMU.



Afin d'aborder ce projet revisité, j'ai orienté le travail, en collaboration avec l'équipe projet, autour de deux axes : la communication et un autodiagnostic pour convenir le plan de formation.

5.1.1 La communication

La communication est un acte managérial fort. Dans ce projet, j'identifie un besoin fort de communication auprès des différents acteurs. Elle constitue le fil rouge du projet et elle est présente à toutes les étapes.

Selon Thomas et Micheau Thomazeau, la communication est à la fois descendante, ascendante et transversale.
- « La communication descendante, c'est du « bas vers les haut », encore appelée « le top-down ». Il s'agit de diffuser l'information vers l'ensemble du personnel, d'expliquer.
- La communication ascendante : du « bas vers le haut », ou « bottom-up ». Les salariés remontent l'information. Elle peut à la fois être organisée ou spontanée. Cette communication n'est pas à négliger, puisqu'elle permet de recueillir un grand nombre d'informations (attentes, réclamations, etc.).
- La communication transversale : elle consiste à communiquer et favoriser l'échange entre l'ensemble des acteurs de l'entreprise, quel que soit leur niveau hiérarchique » [65].

Dans ce projet, la communication est assurée par l'organisation régulière de réunions : bimensuelles avec les équipes, mensuelles avec le CGS.

Les réunions avec le CSG sont planifiées sur tout le semestre. Lors de ces reportings, la communication est principalement ascendante et permet de lui remonter les points d'étapes, les difficultés rencontrées et toutes les avancées du projet. Quatre dates sont fixées, en amont, afin de suivre le projet. Au décours de ces reportings, un compte-rendu synthétique mais exhaustif est réalisé. Ce compte rendu est indispensable et est par la suite utiliser avec l'équipe projet.

Toutes les réunions réalisées auprès des équipes paramédicales sont menées conjointement avec l'équipe d'encadrement des réanimations des deux DMU. Cette approche permet d'affirmer l'engagement partagé et le portage institutionnel.

Avant d'engager les équipes dans une démarche de formation, il est indispensable de communiquer sur la finalité du projet : le développement de la polyvalence interservices, démarche organisée et sécurisée. Aussi, lors des réunions avec les équipes paramédicales de soins critiques, la communication est à la fois descendante et ascendante.

Les réunions ont pour objectif d'expliciter les objectifs de la polyvalence, les bénéfices attendus pour les professionnels comme pour les patients et les modalités de mise en œuvre. Elles permettent de lever les incompréhensions, de réduire les résistances et de donner du sens aux différentes étapes du projet. La communication sur la finalité du projet est particulièrement importante dans un contexte où les mobilités antérieures ont laissé des traces négatives : sentiment d'insécurité, sentiment d'être des « bouche-trous », non-reconnaissance, survenue d'événements indésirables. Il paraît essentiel pour l'équipe de pilotage que les équipes soignantes comprennent que ce projet est raisonné et structuré, progressif et fondé sur une montée en compétences réelle et sécurisée pour les soignants et les patients. Comme le soulignent Audrey Missonier et Stéphanie Missonier *« un des leviers d'action face à ce changement repose sur une communication efficace. Les managers sous-estiment bien souvent la nécessité de clairement faire comprendre aux membres de l'organisation, le besoin de réforme, les*

[64] *Ibid.*
[65] Thomas, L. et Micheau-Thomazeau, S. (2018). Outil 26. La communication interne. La Boîte à outils de la Motivation (p. 92-95). Dunod. https://shs-cairn-info.ezproxy.u-pec.fr/la-boite-a-outils-de-la-motivation--9782100789436-page-92?lang=fr.

enjeux réels et les objectifs visés. Pourtant, une communication efficace, c'est-à-dire ouverte, contribue à surmonter les résistances aux changements, en créant notamment un climat de confiance » [66] (p.26). Passé les premières explications, il est nécessaire d'expliquer les étapes pour mener à bien le projet. Ces étapes reposent sur un plan de formation commun puis d'une intégration au sein des différents service de réanimation.

Au regard de la taille et de l'organisation des équipes de réanimation, les réunions sont réalisées au sein de chaque service entre 18 et 19 heures pour permettre la présence à la fois des équipes de jour et de nuit. Un lien zoom est également proposé pour permettre à celles et ceux qui ne peuvent être physiquement présents d'y participer. Lors de ces différentes réunions, au-delà du projet de mise en œuvre de la polyvalence, les discussions ont surtout porté sur la réalisation d'un plan de formation commun entre les services de réanimation.

La première réunion s'est tenue en MIR, le 19 janvier 2026. Moins confrontée aux mobilités imposées vers les réanimations chirurgicales, l'équipe a un vécu moins négatif des expériences passées. Cette relative mise à distance a favorisé un esprit ouvert pour le projet. Néanmoins, ce projet a suscité de nombreuses interrogations, et pour certains des incompréhensions, auxquelles il a fallu répondre. A l'issu de cette réunion, une proposition de groupe de travail est formulée à l'ensemble de l'équipe. Un compte rendu est diffusé par mail à l'ensemble des professionnels. Ce premier temps formel de réunion est complété par des échanges informels en petits groupes ou individuels au sein du service, permettant de laisser les professionnels s'exprimer, de recueillir les appréhensions et d'y répondre de manière personnalisée.

Le 21 janvier 2026, une réunion s'est tenue auprès des équipes de réanimations chirurgicales, selon les mêmes modalités. Cette réunion est un moment difficile. L'équipe, fréquemment sollicitée par le passé par des mobilités, souvent mal vécues, s'est montrée hostile sur le principe du projet. Aussi, après avoir présenté les grands axes du projet, rassuré l'équipe quant à la volonté de ne pas reproduire les erreurs antérieures et recueilli les points de réticence, nous avons fixé une nouvelle réunion afin de laisser à l'équipe le temps pour intégrer et s'approprier les informations transmises.

Durant cette période, l'équipe projet est restée disponible et à l'écoute des professionnels pour échanger de façon informelle sur le sens et les enjeux du projet.

Le 03 février 2026, une nouvelle réunion s'est tenue auprès de cette même équipes. Les objectifs, les bénéfices attendus pour les patients et les professionnels et les modalités de mise en œuvre sont réexpliqués. Cette réunion est animée par les questions et les retours de l'équipe qui se trouve principalement dans une position de questionnement et non plus dans l'hostilité de principe, montrant le cheminement des idées. A l'issue de cette réunion, les professionnels intéressés sont invités à rejoindre le groupe de travail. Un compte rendu est diffusé par mail à l'ensemble des professionnels.

Face à la persistance d'une réticence des équipes de réanimation chirurgicales, de courtes réunions hebdomadaires sont réalisées par l'encadrement. Ces réunions ont pour objectif de répondre aux différentes interrogations, ancrer et soutenir la dynamique du projet. Elles aident les professionnels à mieux appréhender le projet dans sa globalité et d'en comprendre les enjeux. A ce jour, certains professionnels y restent opposés. La multiplication des réunions formelles et informelles mobilise fortement l'équipe projet, montrant que l'accompagnement au changement doit se faire sur le terrain et que les changements de mentalités s'opèrent pas à pas à la suite d'une communication patiente et répétée.

Ainsi, la *« présence sur le terrain »* [67] de l'encadrement est l'un des meilleurs moyens de communication. En effet, les écrits tels que les notes ou les mails ne suffisent pas pour répondre aux besoins de cohésion, de motivation et de sens. Face à la saturation informationnelle, les professionnels réclament davantage de participation et d'échange. C'est précisément ce que permet *« le face-à-face »* [68] avec l'encadrement : une interactivité immédiate, un dialogue adapté à l'interlocuteur qui donne du sens à l'information et favorise l'adhésion. Les arguments et les craintes recueillis auprès des soignants sont repris et traités dans les échanges collectifs ultérieurs, permettant de mieux expliquer le projet et sa mise en œuvre. Un professionnel adhère *« d'autant mieux à un projet qu'il a le sentiment d'avoir pu y contribuer »*[69].

---

[66] Meier, O. (dir.). (2012). *Management du changement : Changement culturel et organisationnel.* Dunod. Chapitre 1. La structure : de la nécessité à la difficulté de changer.

[67] Almeida, N. & Libaert, T. (2024). *La communication interne des entreprises. Chapitre 4 : le plan de communication, p.96-123.* 9ème édition. Dunod

[68] *Ibid.*

[69] *Ibid.*

La communication est également transversale avec l'ensemble de l'équipe d'encadrement. Des points formels, réalisés tous les lundis, ou informels sont faits de façon régulière entre CDS, sous ma coordination Ils permettent de partager les retours des équipes, d'évaluer le niveau d'adhésion et la perception du projet mais surtout d'identifier les inquiétudes ou les résistances liées au projet. Cette communication est indispensable. Elle garantit une circulation homogène des informations entre les membres de l'équipe projet.

La communication est également transversale avec les chefs de service pour leur faire un retour sur les différentes réunions et sur l'avancée du projet.

John Kotter[70] insiste sur le fait que les managers sous-estiment souvent la nécessité de faire comprendre aux équipes les enjeux réels et les objectifs visés. Il identifie plusieurs éléments clés d'une communication efficace de la vision : la simplicité du message (tout jargon doit être évité), l'utilisation de métaphores et d'exemples concrets, la mobilisation de forums multiples (réunions collectives, échanges informels, supports écrits), la répétition des points d'information pour que les idées s'ancrent durablement et l'exemplarité des encadrants. Enfin, il insiste sur la nécessité d'une communication bidirectionnelle qui est indispensable pour construire la confiance et favoriser l'adhésion : laisser les professionnels s'exprimer, questionner et exposer leurs réserves.

5.1.2 La démarche de co-construction du plan de formation

La mise en place un plan de formation commun aux différents secteurs de soins critiques nécessite une identification des compétences au sein de chaque unité. Pour ce faire, la réalisation d'une cartographie des compétences avant formation est indispensable. Aussi, un groupe de travail interservices animé par les CDS est constitué.

A l'issue de la phase de communication auprès des équipes, le groupe de travail a été lancé officiellement le 9 février 2026. 22 professionnels se sont inscrits pour participer au groupe de travail soit environ 8% de l'effectif total de 267 professionnels. Ce large groupe de travail offre un double avantage : 1) représenter les différentes catégories professionnelles des trois secteurs ; 2) rester compatible avec un travail opérationnel. Le groupe de travail est constitué de 11 infirmiers, 6 aides-soignants, 2 médecins (1 MIR et 1 MAR) et 3 CDS. Les professionnels impliqués dans le groupe de travail constituent une force pour le projet en faisant circuler l'information de façon informelle auprès de leurs collègues et en impulsant une dynamique favorable au sein des équipes. Ils peuvent être considérés comme les « *acteurs relais* » tels que définis par Autissier et Moutot.

Professionnels	MIR	RCNT	RCP
IDE	5	2	4
AS	3	1	2
Cadre	1	1	1
Médecin	1	-	1

Dans ce groupe de travail, le secteur de RCNT est le moins représenté. Cette sous-représentation peut être mise en parallèle avec les réticences initiales émises par certains professionnels lors des réunions d'information, pouvant suggérer les premières résistances au changement. Afin de faciliter le travail, le groupe est divisé en deux sous-groupes. Ils sont composés de professionnels issus des différents secteurs pour garantir un équilibre et encourager le décloisonnement.

Le choix du lieu de réunion du groupe de travail a une dimension symbolique forte pour les professionnels. C'est un acte managérial à ne pas négliger. Pour placer les deux équipes sur un pied d'égalité, les réunions sont organisées dans un lieu neutre, en dehors du bâtiment Reine, appelé « l'espace bulle ». Ce choix est indispensable pour limiter les effets de territoire entre les services.

Le premier sous-groupe a pour objectif d'identifier les compétences prioritaires à évaluer, de sélectionner les situations cliniques les plus représentatives de l'activité des différents secteurs et de construire un questionnaire à la fois précis, ciblé et rapide à compléter à destination des professionnels des différents

[70] Kotter, J. P. (2015). *Conduire le changement* (trad. fr.). Pearson.

services. Cette phase de co-construction a pour objectif de donner une vision globale des compétences mobilisées dans les secteurs et d'identifier les écarts perçus par les professionnels. Elle doit permettre de définir et d'adapter le futur plan de formation au plus près des réalités du terrain et des besoins exprimés par les équipes. Cette démarche doit permettre de créer du lien et d'initier une dynamique de décloisonnement interservices.

Le second sous-groupe a pour objectif de réaliser une cartographie des compétences existantes au sein des différents services de soins critiques. Cette analyse s'appuie sur les procédures, les protocoles de soins et les spécificités d'activité propres à chaque service. Il recense également les formations déjà réalisées dans les différents secteurs afin d'utiliser certains contenus pédagogiques déjà existants.

Les deux sous-groupes de travail se sont réunis à raison de deux séances de deux heures et d'une séance commune de deux heures les 16 et 23 février, lundi 2 mars. La dernière session permet la mise en commun des deux groupes afin de croiser les résultats, d'échanger, d'arbitrer et de valider les questionnaires avant diffusion au équipes MIR- RCNT et RCP.

Diffusion du questionnaire

Avant la diffusion du questionnaire, et afin de nous assurer de sa faisabilité, nous l'avons « testé » sur deux IDE des secteurs.

Le questionnaire est diffusé le 9 mars au format numérique via un QR code, à l'ensemble des professionnels (269 professionnels). La date limite pour répondre au questionnaire est fixée au 23 mars. Nous avons relancé les professionnels le 18 mars pour obtenir le maximum de retours.

Le questionnaire IDE, placé en annexe, aborde sept thématiques :

- Ventilation
- Hémodynamique et assistances circulatoires
- Urgences vitales
- Spécificités de la prise en soins des patients cérébrolésés – prise en soins de neurochirurgie
- L'épuration extra-rénale
- Spécificité de la prise en soins de chirurgie cardio-vasculaire
- Pathologies spécifiques

Le questionnaire AS, placé en annexe, aborde également six thématiques :

- Soins spécifiques
- Surveillance hémodynamique du patient
- Ventilation
- Pathologies spécifiques
- Nutrition
- Gestion de l'urgence

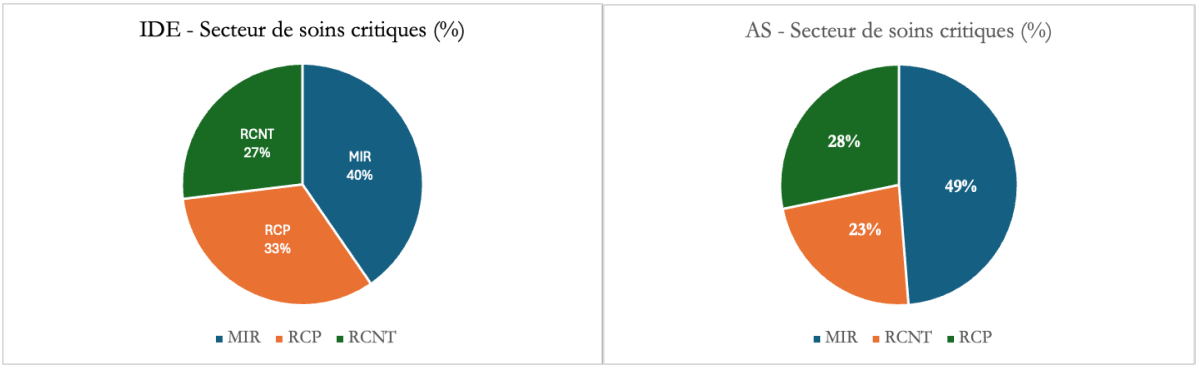
Nous avons eu 145 retours de questionnaires, soit un taux de réponse de 54% : 104 réponses IDE et 41 réponses AS.

L'analyse des données recueillies est un travail conséquent. Elle permet de mettre en évidence les besoins en formation et d'identifier les compétences maitrisées et celles perçues comme fragiles. L'analyse permet également de hiérarchiser les priorités afin de construire le plan de formation, les contenus pédagogiques, et le calendrier prévisionnel des sessions. Avec l'équipe projet et afin de concrétiser celui-ci, il nous paraît essentiel d'organiser rapidement les premières sessions de formation afin de maintenir l'engagement des équipes.

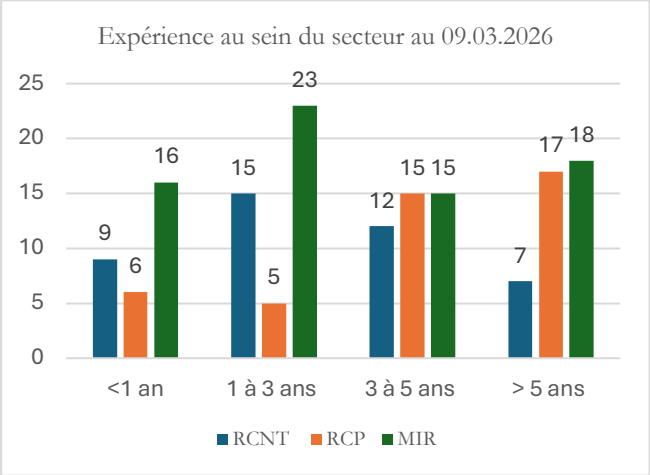
L'analyse du questionnaire

Deux sessions de travail sont encore nécessaires pour analyser les résultats et définir le plan de formation. Afin d'argumenter mes propos, j'expose ici quelques résultats démonstratifs. Les résultats sont placés en annexe.

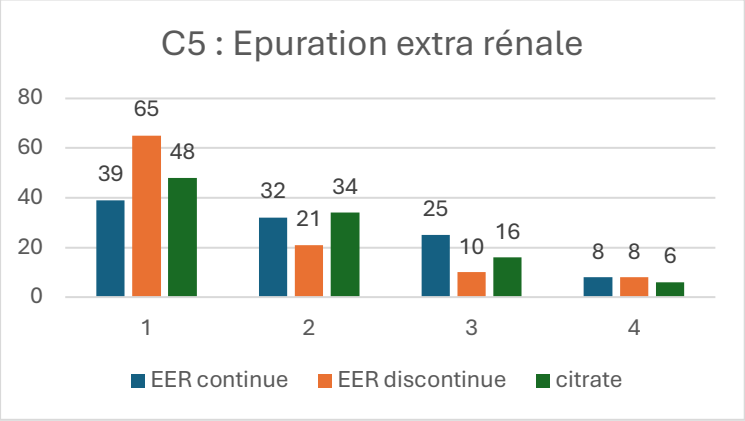
Le profil des répondants montre une représentation plus importante des professionnels de MIR, qui représente respectivement 40 % des répondants pour les IDE et 49 % chez les AS. *A contrario*, les professionnels de RCNT sont les moins représentés. Pour MIR, ce résultat peut s'expliquer par plusieurs facteurs. D'une part, le projet est porté par l'encadrement du secteur, ce qui a probablement joué dans la mobilisation des équipes. D'autre part, les équipes soignantes ont, antérieurement, été moins mobilisées dans les autres unités. La participation plus faible de RCNT doit être interprétée avec prudence. Elle peut traduire une moindre adhésion au projet, à l'image de la réunion d'information ou encore par les reviviscences des mobilités passées qui peuvent être le témoin de résistances.



L'analyse de l'ancienneté des professionnels met en évidence des profils d'expérience variés entre les secteurs. La MIR présente une proportion plus importante de professionnels récemment recrutés, tandis que les secteurs de réanimation chirurgicale comptent davantage de professionnels expérimentés, notamment la RCP. Cette analyse doit être prise en compte pour construire le plan de formation. En effet, il faudra adapter les modalités pédagogiques, favoriser la transmission des savoirs et sécuriser la montée en compétences des équipes.



Au regard de l'analyse, le premier besoin de formation identifié est l'épuration extra-rénale. Bien que cette compétence soit présente sur les trois secteurs de réanimation, les pratiques notamment les techniques utilisées (intermittente, continue, citrate…) et les organisations de soins associés diffèrent. Nous avons basé la première journée de formation sur cette thématique. Débuter par cette thématique permet de répondre à un besoin concret identifié par les professionnels tout en favorisant une dynamique de décloisonnement entre les professionnels. Elle est une étape essentielle à la suite du projet car elle doit permettre d'évaluer l'adhésion des professionnels et de réaliser des ajustements pour la suite, si nécessaire.



Nous concevons la journée de formation non seulement comme un espace d'acquisition de connaissances, mais également comme un espace de rencontre et de décloisonnement entre les équipes des différents services. Sa structuration pédagogique, articulant apports théoriques, apports pratiques et moments d'interactivité, est donc déterminante. Elle ne doit pas être trop descendante mais elle doit, au contraire, engager une interaction positive. Si l'apport théorique est nécessaire pour développer de nouveaux savoirs, il ne doit pas être trop long. Il peut s'articuler autour de cas cliniques choisis au regard des compétences socles identifiées. Ces cas constituent le fil conducteur de la journée et ancrent les apprentissages dans la réalité du terrain. Ils sont traités collectivement, en groupes mixtes interservices, ce qui engage les participants à confronter leurs pratiques, à argumenter leurs choix et à découvrir les approches de l'autre service.

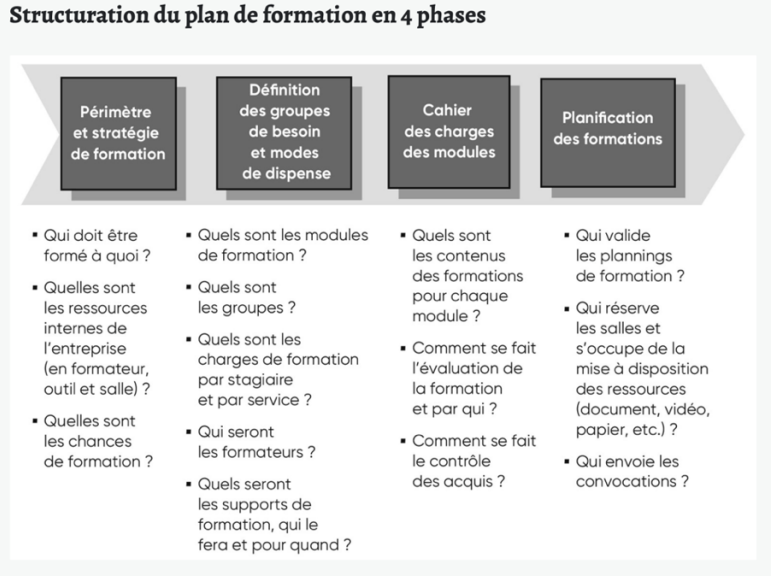
Des outils interactifs, de type Kahoot, sont intégrés à la journée pour mobiliser les connaissances théoriques de façon dynamique et anonyme. Ces séances courtes, en fin d'apports théoriques, permettent d'engager l'ensemble des participants, y compris ceux qui s'expriment peu spontanément, et de créer une atmosphère propice aux échanges.

La simulation haute-fidélité est au cœur du dispositif pédagogique. Elle place les professionnels dans des situations proches de la réalité clinique, dans un cadre sécurisé et bienveillant, où l'erreur est autorisée et constitue une source d'apprentissage. Les scénarios sont élaborés avec l'appui des professionnels formés (IDE et médecins issus des secteurs de soins critiques) à la simulation. Chaque séquence de simulation est suivie d'un débriefing structuré, bienveillant et sans jugement, permettant l'analyse collective des pratiques, la valorisation des acquis et la construction d'une culture professionnelle partagée. Il est essentiel de préciser dès l'ouverture de la journée que ce dispositif n'est pas évaluatif : les participants doivent se sentir libres d'expérimenter, de questionner et de se tromper.

Au cours de cette première journée, il est important de valoriser et de reconnaître l'engagement et l'implication des professionnels.

Au-delà de cette première session de formation, le groupe de travail a construit, dans les grandes lignes, le plan de formation. Pour ce faire, nous nous sommes basés sur *« la structuration de plan de formation en 4 phases »* [71] selon Autissier et Moutot.

[71] Autissier, D. et Moutot, J.-M. (2023). Chapitre 7. Faire un plan de formation. *Méthode de conduite du changement : Diagnostic, Accompagnement*, Performance (5e éd., p. 169-204). Dunod. https://shs-cairn-info.ezproxy.u-pec.fr/methode-de-conduite-du-changement--9782100848874-page-169?lang=fr.



Si certaines questions ont rapidement trouvé réponses : *« qui doit-être formé ?* » ou *« quels sont les modules de formation ? »* certaines ont pris le temps d'être analysées.

Par exemple, *« qui seront les formateurs ?* » ou encore *« quels sont les contenus des formations pour chaque module ? »*. En effet, la question du choix des formateurs constitue en enjeu dans le cadre de ce projet. Le choix des intervenants ne repose pas uniquement sur des considérations pédagogiques, il engage également des enjeux de légitimité professionnelle et doit respecter un équilibre entre les secteurs. Pour garantir l'adhésion des équipes et éviter qu'un service soit perçu comme « dominant », il est important d'avoir une représentation équitable de chaque secteur au sein des équipes pédagogiques. Certaines formations pourront être menées en duo par des professionnels issus de secteurs différents mais aux expertises complémentaires. Par ailleurs, cette coanimation apporte une dynamique de collaboration ou la notion de « savoirs » est partagée. Enfin, associer des professionnels expérimentés à des professionnels plus récemment formés permet d'avoir des approches pédagogiques différentes et de susciter la transmission par les pairs.

Les grandes thématiques du plan de formation sont identifiées. Le groupe de travail doit continuer à « vivre » pour détailler et adapter les contenus de chaque journée de formation. Il constitue le moteur opérationnel du projet. Il assure la construction progressive des prochaines journées de formation, maintient la dynamique enclenchée et garantit que les contenus pédagogiques restent au plus près des réalités du terrain et des besoins des équipes.

Cette démarche de co-construction a aussi pour objectif de limiter les phénomènes de résistance au changement. En effet, plus les professionnels se sentent impliqués, écoutés et associés au projet, plus ils sont susceptibles d'y adhérer.

5.1.3 L'accompagnement

L'accompagnement est transversal à l'ensemble du projet. Il se déploie à trois moments distincts.

- Pendant la préparation, car la co-construction sert de levier d'accompagnement collectif. Le groupe de travail inter-DMU n'est pas seulement un outil technique, il constitue en lui-même un acte d'accompagnement au changement. En impliquant les professionnels en amont, il réduit le sentiment que le projet leur est imposé. Il valorise leur expertise et leur expérience du terrain. Il crée du lien entre les deux services avant même la journée de formation : le décloisonnement commence dès la co-construction. Enfin, les participants au groupe de travail deviennent naturellement des « ambassadeurs » du projet auprès de leurs collègues, renforçant ainsi la dynamique d'adhésion.

- Avant la première journée de formation, en préparant les professionnels individuellement. Communiquer sur le projet et organiser une formation ne suffit pas. Certains IDE aborderont cette journée avec appréhension : peur d'être jugés, sentiment d'illégitimité face aux professionnels de l'autre service, mauvais souvenirs des mobilités passées. Les CDS doivent anticiper ces résistances individuelles en proposant, avant la journée, des temps d'échange formels et informels ou des entretiens courts permettant à chacun d'exprimer ses craintes et d'obtenir des réponses personnalisées.

- Après la journée, pour ne pas laisser les professionnels seuls avec leurs ressentis. La journée de formation génèrera des réactions diverses : enthousiasme, questionnements, voire inconfort lié à la confrontation avec d'autres pratiques. Un temps de retour d'expérience en équipe, organisé dans les jours suivants par le CDS, permet de recueillir les vécus, de valoriser ce qui a été apporté et d'identifier les points qui méritent d'être approfondis. Ce temps de débriefing collectif post-formation est aussi l'occasion de maintenir la dynamique enclenchée lors de la journée et de préparer les équipes à la suite du projet. Des temps individuels seront également possibles pour les professionnels qui le souhaitent ou qui ont exprimé des ressentis négatifs sur cette première journée.

Une présence managériale de proximité, avant, pendant et après la formation est indispensable.

5.2 Phase opérationnelle

La phase opérationnelle marque le passage à l'action. Elle s'ouvre avec les premières journées de formation qui ont lieu les 12 et 19 mai 2026 [72]. Celles-ci sont organisées à deux reprises afin de permettre au plus grand nombre de professionnels d'y participer. Les sessions sont programmées le mardi, journée la plus adaptée aux cycles de travail des équipes. Ce choix permet aux professionnels ayant travaillé de nuit le week-end d'y assister, tout en offrant également la possibilité aux agents de jour de suivre la formation sans désorganiser les plannings des unités. Cette organisation vise ainsi à concilier l'accès à la formation avec la continuité des soins.

Les journées sont dispensées dans un espace neutre en dehors du bâtiment Reine. Les séances de simulation haute-fidélité sont réalisées à StudioSim, endroit spécifiquement dédié à la simulation avec des espaces de débriefing et de visualisation au sein du GHU Mondor.

- **Avant la formation**

Un mois avant la formation, les professionnels sont informés de l'organisation par mail et par un affichage dans les secteurs. Au-delà des supports écrits, la *« communication promotionnelle »* [73] réalisée sur le terrain par les *« acteurs relais »* et l'encadrement de proximité vise à susciter l'intérêt et à motiver les professionnels à participer à cette première session. Cette communication permet de relayer l'information de façon informelle et de créer une dynamique positive autour du projet.

La participation des nouveaux professionnels est fortement encouragée pour leur permettre de s'intégrer mais également de développer des compétences.

- **Le jour de la formation**

L'accueil, autour d'un petit déjeuner, est organisé en ouverture de journée. Ce moment, en apparence anodin, est un acte managérial réfléchi. En effet, il permet aux professionnels de se rencontrer dans un cadre informel et bienveillant et d'initier un décloisonnement.

Un message d'ouverture est adressé aux professionnels et aux formateurs pour les remercier de leur présence, rappeler les sens du projet et de poser le cadre de la journée, à savoir la bienveillance, l'absence d'évaluation et le droit à l'erreur. L'objectif est de créer des conditions favorables d'apprentissage. Chaque journée s'articule autour de trois temps : apports théoriques, cas cliniques traités en groupes mixtes interservices et simulation haute-fidélité. Les groupes pour les ateliers sont créés de sorte que les professionnels soient mélangés pour favoriser les échanges de pratiques professionnelles.

La réussite de cette première journée est cruciale. Elle donne le ton pour l'ensemble du plan de formation et conditionne en partie l'adhésion des équipes pour la suite.

Les thématiques des journées du plan de formation sont diffusées à l'ensemble des professionnels avec un planning prévisionnel. Il est également affiché.

- **Après la formation**

[72] Annexe
[73] Marchat, H., & Granié, J.-P. (2023). *Le kit du chef de projet : une méthode et des outils opérationnels pour réussir tous vos projets* (7e éd.). Eyrolles.

A l'issue de la formation, un temps de débriefing « à chaud » est réalisé. Il permet de recueillir les premiers ressentis des participants. Un questionnaire de satisfaction, via un QR Code, est à disposition des participants. Les résultats permettront d'adapter les prochaines sessions et de les améliorer. Dans les jours suivant, les CDS organisent des temps de retour d'expérience au sein de chaque secteur ou les professionnels peuvent s'exprimer librement. On peut également s'appuyer sur les « acteurs relais » pour recueillir les ressenti de leurs pairs.

5.3 Indicateurs et suivi de réussite de ce premier volet du projet.

Un indicateur est *« une valeur répondant à un objectif dans un contexte précis »*. Il *« n'est jamais muet, il exprime toujours une valeur qui mène à une action ou à une décision »* [74]. Voici les indicateurs qui nous serviront à évaluer notre plan de formation et nous aideront à l'améliorer.

Participation aux formations

Indicateurs	**Type**
Taux de participation aux journées de formation par secteur	Quantitatif
Taux de participation par catégorie professionnelle (IDE/AS)	Quantitatif
Nombre de professionnels formés sur l'effectif total des 3 secteurs	Quantitatif
Nombre de modules réalisés sur le nombre prévu au calendrier prévisionnel	Quantitatif

Qualité et vécu des formations

Indicateurs	**Type**
Ressenti des professionnels, recueilli lors des débriefings post-formation	Qualitatif
Sentiment de sécurité professionnelle exprimé pendant et après les journées	Qualitatif
Retour des professionnels du groupe de travail sur leur vécu de la co-construction	Qualitatif

Décloisonnement interservices

Indicateurs	Type
Dynamique des échanges entre professionnels des trois secteurs pendant les journées	Qualitatif
Évolution de la perception du projet par les équipes de réanimations chirurgicales	Qualitatif
Évolution de la position du chef de service du département d'anesthésie -réanimation	Qualitatif

A ce jour, l'analyse du questionnaire de satisfaction n'est pas encore réalisée. Elle nous permettra de répondre aux indicateurs et de faire des modifications et améliorations pour les prochaines sessions.

6. Bilan du projet

Les premières journées de formation

Les deux premières journées de formation, consacrées à l'épuration extra-rénale, se sont tenues les 12 et 19 mai 2026. Elles constituent une étape fondatrice du projet et permettent d'en évaluer les premiers résultats.

[74] Englender, O. et Fernandes, S. (2018). 42. Les indicateurs. Pro en Gestion de projet : 60 outils et 13 plans d'action (p. 140-141). Vuibert. https://shs.cairn.info/pro-en-gestion-de-projet--9782311622188-page-140?lang=fr.

Participation aux journées de formation

	MIR	RCNT	RCP	Total
Session 12 mai	23	9	9	41
Session 19 mai	19	12	15	46
Total	48	21	24	93
En %	29,20%	12,80%	14,63%	56,70%
Corrigé en %	31,57%	13,80%	15,70%	61,18

Ces résultats sont réalisés à partir du nombre d'IDE, soit 164 IDE. Le taux est corrigé au regard des absences du personnel à 152 IDE.

Il est à noter qu'aucun AS n'a participé à ces deux premières sessions. Cela s'explique en grande partie par la thématique retenue pour cette première journée : l'épuration extra-rénale. En effet, celle-ci est axée sur les compétences spécifiques des IDE et le contenu pédagogique est peu adapté au périmètre d'exercice des AS. Ce constat invite à repenser la construction des prochaines journées de formation en mixant davantage les contenus pédagogiques adaptés aux IDE et AS, même si cela implique de gérer un différentiel dans les apprentissages. En effet, les compétences mobilisées et les objectifs pédagogiques ne sont pas identiques pour ces deux catégories professionnelles.

Une formation spécifiquement dédiée aux AS est prévue en septembre 2026, afin de garantir une montée en compétence pour l'ensemble des professionnels des trois secteurs.

Les retours des participants

Les recueils « à chaud » réalisés à l'issue de chaque journée montrent que les formations ont été globalement appréciées par les participants. Les séances de simulation haute-fidélité et les ateliers pratiques ont particulièrement retenu l'attention. Les professionnels ont souligné la qualité des échanges et la liberté qui leur a été laissée de poser toutes leurs questions dans un cadre bienveillant et non évaluatif.

Ces premiers retours informels et qualitatifs sont encourageants. Ils confirment la pertinence du dispositif pédagogique retenu et valident les choix réalisés en amont lors de la co-construction. Néanmoins, cette première évaluation doit nous servir à améliorer les prochaines sessions, en tenant compte des remarques formulées par les participants et des ajustements identifiés par l'équipe projet.

Le plan de formation sera déployé dans les prochains mois selon le calendrier prévisionnel diffusé aux équipes. La prochaine session de formation, consacrée au module hémodynamique, est prévue début juillet 2026.

En ce qui concerne les ressources utilisées pour ce projet, elles sont réduites :

- Les ressources logistiques : Elles n'ont pas engendré de coût pour l'institution. Les formations ont été réalisées dans les locaux de l'hôpital et les séances de simulation haute-fidélité ont été réalisées à StudioSim. Il convient néanmoins d'anticiper les réservations pour sécuriser les dates de formation.

- Les ressources humaines : Le projet repose essentiellement sur l'implication et l'engagement des équipes médicales et paramédicales qui ne doit pas réduire le nombre de soignants déployés dans les soins. Les médecins et les IDE ont contribué à la co-construction et à l'animation de ces sessions de formation sans recours à des intervenants extérieurs. Les heures de groupe de travail sont rentrées sur le logiciel de gestion de planning, ce qui crédite du temps de récupération aux paramédicaux.

- Les ressources financières : Aucune enveloppe spécifique n'a été allouée. Néanmoins, les deux journées de formation et celles à venir sont réalisées hors temps de travail des professionnels. Ce temps est compté comme une journée de travail en 7h00 pour chaque participant ce qui induit un coût pour l'institution.

Les perspectives

Le projet ne s'arrête pas là. Il est même, a bien des égards, tout juste commencé. La priorité est de maintenir la dynamique enclenchée. La communication est ici un levier stratégique. Il est important de communiquer

sur les premiers résultats (taux de participation, retours des équipes) des deux sessions auprès de professionnels mais également auprès du CGS et des chefs de service. Il est essentiel de valoriser l'implication des acteurs dans les groupes de travail mais aussi dans la dispensation des contenus pédagogiques.

Le plan de formation va se déployer sur les mois prochains. Nous devrons être vigilants et rester impliqués auprès des équipes pour insuffler et maintenir la dynamique.

Enfin, à l'horizon de ce plan de formation, viendra le moment d'engager la révision du plan d'adaptation à l'emploi pour intégrer formellement une période d'immersion dans chacun des secteurs. C'est ici que la polyvalence pourra débuter, progressivement sur la base du volontariat dans un premier temps. Le *« paradigme expérientiel »* comme le décrivent Autissier et Moutot prendra ici tout son sens.

Le projet est ambitieux et s'inscrit dans un temps long.

7. Rétrospective : Et si c'était à refaire ?

Prendre du recul sur ce projet me permet de réfléchir à ce qui aurait pu être réaliser différemment.

La principale limite de ce projet est le manque de temps. Dès le début, du fait de l'arrêt de travail de ma collègue, je me suis retrouvée seule CDS sur le service MIR, en responsabilité d'une équipe de plus de 120 agents. Il a donc fallu « jongler » en permanence entre les exigences du travail opérationnel sur le terrain et la réflexion nécessaire à la conduite du projet managérial. Tout le travail du projet a été réalisé sur mon temps personnel, ce qui a parfois été épuisant et a contraint la profondeur de certaines analyses.

Je ne peux pas faire l'impasse sur les carences de soutien de mon encadrement supérieur. Le manque de soutien institutionnel ressenti à certains moments a renforcé mon sentiment d'isolement qui peut exister dans les fonctions d'encadrement au quotidien et dans la conduite de ce projet.

Malgré ces difficultés, j'ai pris un réel plaisir à faire ce projet et à le faire vivre quotidiennement. Il m'a permis de mieux cerner les enjeux de communication, les stratégies d'acteurs et les zones d'incertitudes qui traversent les organisations hospitalières. Ce projet a renforcé ma conviction que les projets doivent être menés de façon raisonnée et progressive en tenant compte des réalités du terrain. Il doit être également porteur de sens pour les équipes.

Je suis particulièrement convaincue que ce projet a du sens pour nos organisations et que la polyvalence, organisée et sécurisé, représente un véritable levier pour les soignants.

Ce projet n'est pas terminé. Il ne fait que commencer !

CONCLUSION

Les défis actuels en ressources humaines dans les secteurs de soins critiques imposent aujourd'hui aux établissements de santé de repenser leurs modes de fonctionnement. Les difficultés de recrutement, le turn-over, l'absentéisme ou encore les fermetures ponctuelles de lits fragilisent la continuité des prises en soins et questionnent la capacité des établissements à maintenir une offre de soins critiques sécurisée et efficiente.

Dans ce contexte, la polyvalence inter-DMU apparait comme une piste organisationnelle permettant de développer des organisations plus agiles et plus résilientes. Toutefois, dans des secteurs hautement spécialisés comme la réanimation, cette polyvalence ne peut être envisagée sans préparation. Les expériences passées de mobilités imposées, parfois vécues difficilement par les professionnels, ont laissé des traces dans les équipes. Elles ont généré de la méfiance, un sentiment d'insécurité et parfois la peur de ne plus être compétent dans un environnement inconnu. Derrière l'organisation, il y a avant tout des professionnels, des parcours, des habitudes de travail et des identités de service fortement ancrées.

Ce projet met ainsi en évidence que la polyvalence ne peut être pensée uniquement sous un angle gestionnaire. Déplacer des professionnels sans accompagnement reviendrait à fragiliser à la fois les équipes et la qualité des soins. À l'inverse, le décloisonnement progressif des secteurs à travers la formation commune apparait comme une première étape plus réaliste et plus sécurisante. Ces temps de formation ne permettent pas seulement de développer des compétences techniques. Ils créent aussi des espaces de rencontre, d'échange et de compréhension mutuelle entre professionnels qui, bien que travaillant dans des secteurs proches, se connaissent parfois peu.

La conduite de ce projet a révélé la dimension humaine et politique du management à l'hôpital. Les résistances rencontrées, notamment médicales, ont montré qu'un projet ne se construit jamais de manière linéaire. Il se confronte aux représentations, aux rapports de pouvoir, aux histoires des services et aux enjeux propres à chaque acteur. Cette expérience a nécessité une adaptation constante de la stratégie initiale afin de maintenir une dynamique collective sans rompre les équilibres existants.

Ce travail m'a également permis de prendre conscience que le rôle du cadre ne se limite pas à organiser ou à piloter des actions. Il consiste aussi à donner du sens, à rassurer, à accompagner les inquiétudes et à créer les conditions permettant aux professionnels d'adhérer progressivement au changement. En soins critiques, où les équipes évoluent dans des environnements exigeants et émotionnellement éprouvants, cette dimension humaine apparait essentielle. Au-delà de la question de la polyvalence, ce projet interroge finalement la capacité des organisations à coopérer autrement que dans un contexte en fortes tensions.

Enfin, ce projet rappelle que le changement ne se décrète pas. Il se construit progressivement, avec les équipes, au rythme des résistances, des ajustements et des avancées. La polyvalence ne constitue donc pas une finalité immédiate mais une dynamique qui nécessite du temps, de la confiance et un accompagnement structuré.

Le changement ne se fait pas sur les équipes, mais avec elles. C'est sans aucun doute ce que ce travail m'aura permis de mettre en lumière.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

Almeida, N., & Libaert, T. (2024). *La communication interne des entreprises* (9e éd.). Dunod.

Autissier, D., & Moutot, J.-M. (2023). *Méthode de conduite du changement : diagnostic, accompagnement, performance* (5e éd.). Dunod.

Barbara, J. G. (2013). Évolutions de la « méthode scientifique » dans l'école de Claude Bernard. Dans F. Duchesneau, J.-J. Kupiec & M. Morange (Dir.), *Claude Bernard, la méthode de la physiologie* (pp. 83–104). Éditions Rue d'Ulm.

Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Éditions du Seuil.

Delabre, C. (2021). Outil 47. *Le benchmark. La boîte à outils du e-commerce* (p. 160-161). Dunod.

Duhautois, R., Petit, H., & Remillon, D. (2012). *La mobilité professionnelle*. La Découverte.

Jorro, A., & Raucent, B. (2022). *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (2e éd. Actualisée). De Boeck Supérieur.

Kotter, J. P. (2015). *Conduire le changement* (trad. fr.). Pearson.

Le Boterf, G. (2010). *Construire les compétences individuelles et collectives* (4e éd.). Eyrolles.

Marchat, H., & Granié, J.-P. (2023). *Le kit du chef de projet : une méthode et des outils opérationnels pour réussir tous vos projets* (7e éd.). Eyrolles.

Meier, O. (dir.). (2012). *Management du changement : Changement culturel et organisationnel*. Dunod. Chapitre 1. La structure : de la nécessité à la difficulté de changer.

Micheletti, P. (2002). *La polyvalence sous toutes ses facettes*. Éditions d'Organisation.

Mucchielli, R. (2016). *Le travail en équipe : clé pour une meilleure efficacité collective*. ESF éditeur.

Raoult, N. (1991). *Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier*. L'Harmattan.

Wittorski, R. (1998). *De la fabrication des compétences*. Éducation Permanente*, 135*, 57-69.

Articles

Chanal, V. (2000). Communautés de pratique et management par projet : à propos de l'ouvrage de Wenger (1998) *Communities of Practice : Learning, Meaning and Identity*. *Mangement*, *3*(1), 1-30

Coulet, J.-C. (2011). La notion de compétence : un modèle pour décrire, évaluer et développer les compétences. *Le travail humain. 74(1),1-30.* https://doi.org/10.3917/th.741.0001

Dumas, S. (2000). Du décloisonnement à la mobilité : la richesse des autres. *Objectif Soins*, *91*, 9-10.

Englender, O. et Fernandes, S. (2018). 42. Les indicateurs. Pro en Gestion de projet : 60 outils et 13 plans d'action (p. 140-141). Vuibert. https://shs.cairn.info/pro-en-gestion-de-projet--9782311622188-page-140?lang=fr

Erny, J.-C. (2011). À propos du processus de construction du sentiment d'efficacité personnelle des infirmiers d'un pôle. *Soins Cadres*, *80*, 20-23.

Frimousse, S., & Peretti, J.-M. (2024). Regards croisés : « Quelle organisation demain pour fidéliser les collaborateurs ? » *Question(s) de Management*, *48*(1), 143-228. https://doi.org/10.3917/qdm.241.0143

Le Boterf, G. (2002). De quel concept de compétence avons-nous besoin ? *Soins Cadres*, 20-22.

Leplat, J. (2023). À propos des compétences incorporées. *Éducation Permanente, 234-235(1), 217-229*. https://doi-org.ezproxy.u-pec.fr/10.3917/edpe.234.0217.

Molinier, P. (2010). Souffrance, défenses, reconnaissance. Le point de vue du travail. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, *10*, 99-110.

Pastré, P. (2005). Dynamique et métamorphose des compétences professionnelles. *Psychologie du Travail et des Organisations*, *11*, 73-87.

Pesqueux, Y. (2020). *De l'organisation apprenante aux communautés de pratique*. HAL. https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02886442

Stimec, A., Grimand, A., Gentil, S., Cucharero Atienza, P. et Journé, B. (2024). Replacer le travail au cœur de la QVCT : retour sur 20 ans de recherches francophones en sciences de gestion. RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise, 54, vol. 13(1), 4-27. https://doi-org.ezproxy.u-pec.fr/10.3917/rimhe.054.0004.

Webographie

Organisation mondiale de la Santé (OMS)
[Consulté le 02/03/26].
Disponible : https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT). Les indicateurs de santé et de qualité de vie au travail. Les 10 questions sur… [Consulté le 7/04/2026].
Disponible : https://www.anact.fr/10-questions-sur-les-indicateurs-de-sante-et-qualite-de-vie-au-travail

Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT). Référentiel qualité de vie et des conditions de travail (QVCT). [Consulté le 07/04/2026].
Disponible : https://www.anact.fr/referentiel-qualite-de-vie-et-des-conditions-de-travail

Cours des comptes. Rapport 2021. [Consulté le 22/02/2026].
Disponible :https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2023-10/20210318-RPA-2021-Tome-I.pdf

Rapport d'information. Enquête de la Cour des comptes sur les soins critiques. [Consulté le 22/02/2026].
Disponible : https://www.senat.fr/rap/r20-841/r20-841_mono.html.

DREES. (Juillet 2023). N° 1277. Études et Résultats. Près d'une infirmière hospitalière sur deux a quitté l'hôpital ou changé de métier après dix ans de carrière. [Consulté le 22/02/2026]. Disponible : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-08/ER1277EMB.pdf

Ordre National des Infirmiers, (5 janvier 2022), communiqué de presse. La pénurie de soignants. [Consulté le 22/02/2026]. Disponible : https://www.ordre-infirmiers.fr/l-ordre-national-des-infirmiers-alerte-de-nouveau-sur-la-situation-de-la-profession-et-appelle-a-l

AP-HP : https://www.aphp.fr/contenu/situation-financiere-de-lap-hp-un-deficit-plus-important-que-prevu-en-2024-malgre-une-nette

Mémoire

Jouault-Pallud, AC. (2017). Diplôme Cadre de Santé (IFCS – AP/HP) -Master 1 « Économie de la santé et des politiques sociales. Spécialité Économie et Gestion de la Santé-Formation Continue » (Université Paris-Dauphine). La reconnaissance au travail des infirmiers de suppléance : Entre freins et ressources.

Fiche projet
« Projet Managérial »
Master 2 « Management des Organisations Soignantes »
2025-2026

NOM : Ann-Cécile Pallud

INTITULE du projet managérial : Mise en place d'une mutualisation des effectifs paramédicaux soins critiques en inter-DMU.

CONTEXTE D'EMERGENCE :

- **Environnement** :

Le CHU Henri Mondor fait partie GHU Henri Mondor regroupant 5 établissements de santé. Il fait partie du groupe Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. C'est un établissement hospitalier universitaire chirurgical et médical du territoire sud-est francilien qui dispose de 823 lits. Il comprend trois services de réanimation rassemblés sur un même bâtiment mais relevant de deux Départements Médico-Universitaires (DMU) distincts. L'ensemble de ces trois services représente 85 lits définis en lits de réanimation et lits de soins continus. Les locaux et organisations sont comparables, les outils informatiques sont identiques, et les professionnels IDE/AS évoluent dans un environnement technique exigeant avec une période d'intégration de 8 semaines pour les IDE et 6 semaines pour les AS. Cette période d'intégration permet à terme d'assurer une mise en sécurité des patients.
Si les compétences socles sont communes, certaines procédures et protocoles divergent selon le service. Afin de renforcer les équipes de réanimation et pallier certaines absences, il existe une équipe de suppléance exclusivement dédiées aux soins critiques. Malheureusement celle-ci n'est pas assez conséquente pour répondre au besoin des différents services de soins critiques (tous les USC, USIC et réanimation). Dans un contexte de tension sur les effectifs et de contraintes budgétaires fortes, la mutualisation des ressources humaines paramédicales apparaît comme une solution.

- **Pourquoi ce projet et sa pertinence :**

Dans un contexte de tension sur les ressources humaines, et face à des contraintes budgétaires fortes (réduction du recours à l'intérim et aux heures supplémentaires imposée par le siège de l'AP-HP, dette majeure de l'AP-HP), la mutualisation des effectifs paramédicaux entre les différentes unités de réanimation apparaît comme une réponse organisationnelle réaliste et sécurisée.

L'objectif n'est pas de pallier une pénurie de manière ponctuelle, mais bien de structurer un dispositif pérenne, basé sur :

- La mise en place d'agents formés et mobiles entre services de réanimation
- Une préparation en amont des mobilités (formation, compagnonnage, tutorat)
- Une souplesse maîtrisée dans la gestion des remplacements (arrêts connus ou inopinés).

REFERENCES REGLEMENTAIRES :

- Décret N° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques qui instaure :
- Pour la réanimation : Art. D. 6124-28-4.-L'équipe non médicale de l'unité de réanimation comprend au moins :
  « 1° Deux infirmiers pour cinq lits ouverts ;
  « 2° Un aide-soignant pour quatre lits ouverts ;
- Pour les USC : Art. D. 6124-28-5.-L'équipe non médicale d'une unité de soins intensifs, polyvalente ou de spécialité, de mention 1° ou 2° mentionnées à l'article R. 6124-34-1 comprend au moins :
  « 1° Un infirmier pour quatre lits ouverts ;
  « 2° De jour, un aide-soignant pour quatre lits ouverts et, de nuit, un aide-soignant pour huit lits ouverts ;
- Publication au JO du 30 janvier 2025 de la Loi n°2025-74 du 29 janvier 2025 relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé
- Missions de service public des établissements de santé (Articles L6112-1 à L6112-9)

OBJECTIFS INSTITUTIONNELS :

Ce projet à plusieurs objectifs :

- Maintenir la continuité, sécurité des soins : La mutualisation permet d'assurer la couverture des besoins en personnel, y compris lors d'absences imprévues, tout en garantissant la sécurité du patient grâce à des professionnels formés à plusieurs unités.
- Assurer une prise en soins de qualité des patients : l'absentéisme sur un secteur entraine une augmentation de la charge en soins pour les professionnels. Certains soins, qui relèvent plus généralement du rôle propre, peuvent être relégués au

second plan ce qui impacte la qualité des soins.

- Conserver un capacitaire permettant d'assurer notre mission de service public sur le territoire : L'hôpital public a pour mission d'assurer un accès équitable et continu aux soins, y compris en période de tension.
  La mutualisation des effectifs est un levier d'efficience permettant de maintenir l'ouverture des lits de réanimation, de répondre aux fluctuations d'activité (pics épidémiques, périodes hivernales), et d'éviter les fermetures ponctuelles faute de personnel disponible. Elle permet ainsi de remplir pleinement la mission de service public sur le territoire de santé.
- Éviter une charge de travail trop importante liée à un sous-effectif : Les déséquilibres d'effectifs conduisent à une surcharge de travail, générant stress, épuisement professionnel et absentéisme secondaire. La mise en commun de ressources permet une répartition plus équitable des charges et une meilleure anticipation des besoins.
- Fidéliser les personnels par le développement des compétences et la mutualisation des formations : La mutualisation offre un cadre favorable à la professionnalisation continue : partage de pratiques, apprentissages croisés, mobilité formatrice
- Décloisonner les services de réanimation – efficience dans la gestion RH : Les logiques de cloisonnement entre DMU limitent souvent la flexibilité et la réactivité face aux aléas d'activité. Le décloisonnement, rendu possible par la mutualisation, favoriserait la coopération interservices, la fluidité dans la gestion des plannings, et la mutualisation des savoirs et des ressources humaines. Il s'agit d'un levier managérial au service du patient comme des équipes.

ACTEURS liés PROJET

- Responsable : Ann-Cécile Pallud
- Acteurs impliqués : les différentes équipes PNM de réanimation, les cadres de santé des différentes réanimations, les médecins, CPDMU
- Acteurs concernés : les différentes équipes (médicale et paramédicale) des réanimations – responsable de formation

CALENDRIER PREVISIONNEL:

- Echèances du projet faire du lien avec les étapes universitaires (Master2)

MOYENS :

- Financiers : connaitre le nombre de fermeture de lits – réduction des HS ?
- Ressources RH : les différentes équipes de réanimation
- Logistique : locaux pour les formations – atelier de simulation
- Matériel
- Personnes mobilisées : équipes paramédicales / médicales des servcies – encadrement de proximité – CPDMU
- Réunion : A définir

MODE DE FONCTIONNEMENT :

- Groupe de travail (charte de la mutualisation ?) en intégrant des IDE et l'encadrement
- Benchmarking auprès d'autres secteurs de soins qui pratiquent la mutualisation des effectifs – autre hôpital et autres de services de soins
- Travailler les fiches de poste pour que la mutualisation soit inscrite comme une mission
- Territoire de santé à ne pas oublier. Je ne vois pas…sauf maintenir une capacité d'accueil des patients sur le territoire et donc éviter les fermetures de lits

RESULTATS ATTENDUS :

A court, moyen et long terme

A court terme

- Présentation du projet aux services concernés (encadrement de proximité + CPDMUs)
- Analyse des plannings – absentéisme.
- Benshmarking : s'inspirer d'autres expériences (soins critiques et hors services de soins critiques)

Moyen terme

- Groupe de travail en collaboration avec l'encadrement des réanimations. Communication active auprès des différentes équipes.
- Révision de l'intégration des nouveaux professionnels = période sur les secteurs concernés (augmenter le temps d'intégration ?)
- Définir les formations nécessaires pour faciliter la mutualisation – décloisonner les services de réanimation = développement des compétences des PNM

Long terme

- Formaliser le dispositif : rédaction d'un guide (objectifs, modalité)
- Expérimenter le projet. Évaluer le projet par des retours d'expérience

VALIDATION :

- **Faire un rétro planning type GANTT (il sera votre guide pour vous et nous)**

- Selon calendrier des instances ?
- Selon l'avancée du projet. ?

CRITERES D'EVALUATION

Indicateurs pertinents pilotage,

Identifiés renseignés

- Diminution du nombre d'HS
- Diminution du nombre de fermeture de lits
- Nombre de remplacement / année
- Nombre de déplacements
- Nombre de PNM en formations communes

Accompagne la conduite de votre projet

REFERENCES UNIVERSITAIRES

- Compétences, polyvalence, flexibilité
- Reconnaissance au travail
- Ergonomie du travail
- Acceptation du changement – résistance aux changements
- Absentéisme

Concepts clés et auteurs de référence **Bibliographie**

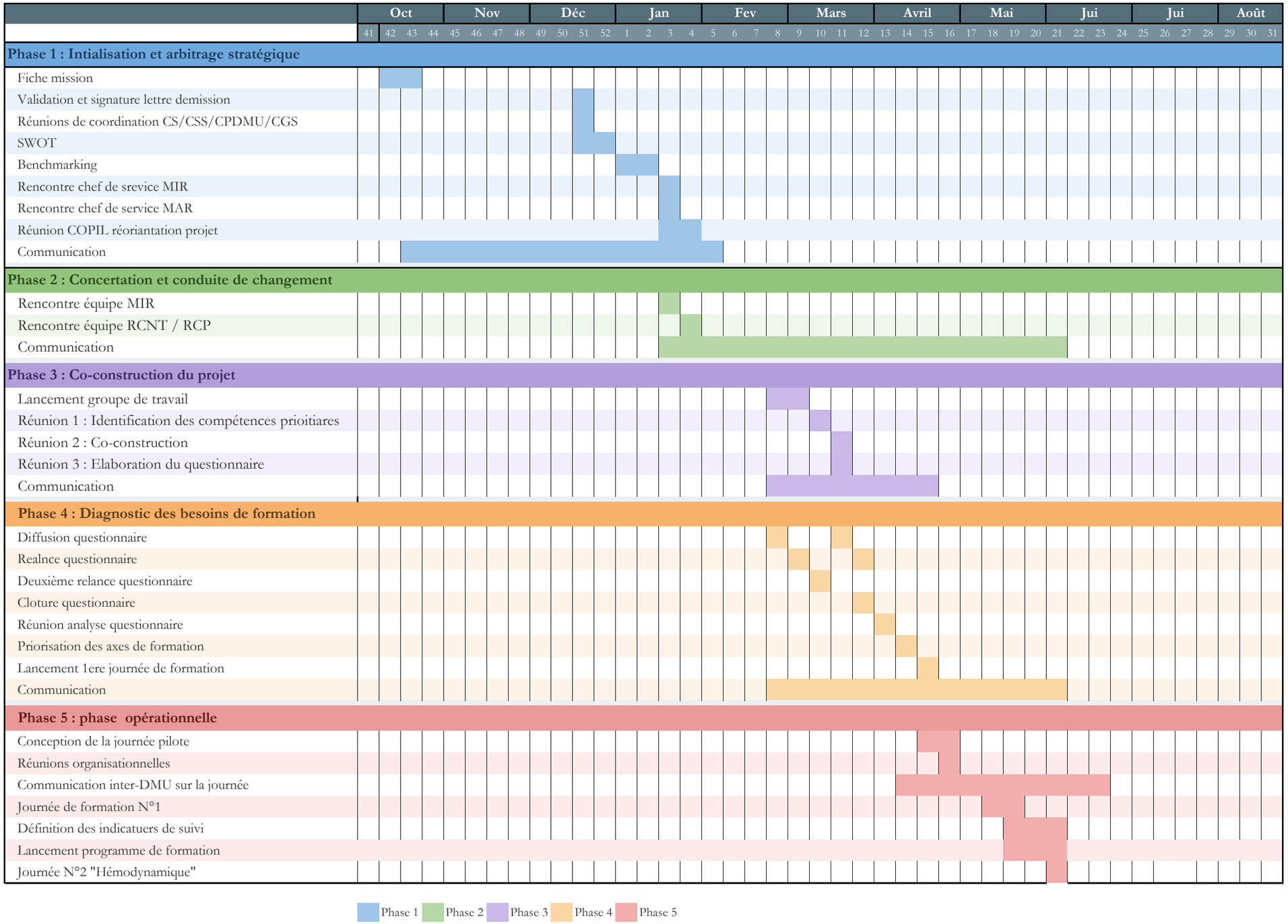
AP-HP. Hôpitaux universitaires Henri-Mondor	Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2025-2026	UPEC UNIVERSITÉ PARIS-EST CRÉTEIL – FACULTÉ DE SANTÉ – ESM Formation & Recherche en Soins

Désignation du projet	La polyvalence des effectifs paramédicaux entre les différentes unités de réanimation : une réponse organisationnelle réaliste et sécurisée pur une optimisation des ressources humaines.
Commanditaire	Direction des Soins et des Activités Paramédicales (DSAP). Monsieur Guenot Christophe, coordinateur général des soins.
Nom du responsable du projet	Ann-Cécile Pallud, cadre de santé, service de Médecine Intensive Réanimation,
Missions du responsable de projet	**Pilotage du projet** - Assurer la coordination globale du projet, de la conception à l'évaluation. - Proposer un calendrier de déploiement réaliste et adapté aux contraintes des unités de réanimation. - Assurer la liaison entre encadrement, équipes paramédicales, CPDMU et DSAP. **Analyse du projet** - Analyse des trois services de réanimation : organisations, procédures et protocoles divergents, - Étude de l'absentéisme, des fermetures de lits, du recours aux heures supplémentaires et intérim. - Analyse de l'impact budgétaire du sous-effectif (TDB activité / RH). **Cadrage du dispositif de polyvalence** - Délimitation du socle commun des compétences IDE et AS des réanimations. - Recensement des compétences spécifiques par unité - Construction d'un programme de formation : compagnonnage, simulation haute-fidélité, apports théoriques - Intégrer la polyvalence dans le Parcours d'Adaptation à l'Emploi (augmentation du temps d'intégration ?) **Outils et documents** - Création d'un guide de la polyvalence : objectifs, modalités, périmètre, conditions… - Création d'un groupe de travail inter-réanimation (IDE, AS, cadre, référent médical ?) - Révision/actualisation des fiches de poste, intégrant la

AP-HP. Hôpitaux universitaires Henri-Mondor	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

	- Indicateurs RH : taux d'absentéisme, turn-over.
Durée	**Court terme (1er semestre M2)** : Diagnostic, benchmark, analyse de l'existant, définition du socle de compétences. **Moyen terme (2e semestre M2)** : Construction du dispositif, validation du guide, questionnaire expérimentation par volontariat ? **Long terme** : Déploiement progressif + évaluation finale. **Durée totale prévisionnelle : 12 à 18 mois.** Durée suivie via un diagramme de GANTT
Documents de référence	Documents législatifs (lois, circulaires) TDB – TDB RH Décret n°2022-694 du 26 avril 2022 sur les conditions techniques en soins critiques (ratios IDE/AS) Loi n°2025-74 du 29 janvier 2025 sur le nombre minimum de soignants par patient
Date : Le 1er décembre 2025	
Signature du commanditaire AP-HP. Hôpitaux universitaires Henri-Mondor Christophe GUENOT COORDONNATEUR GÉNÉRAL DES SOINS DIRECTION DES SOINS ET DES ACTIVITÉS PARAMEDICALES	Signature du responsable de projet . AC PAWD

PLANNING PRÉVISIONNEL GANTT



Annexe N°3

Questionnaire d'identification des besoins en formation des IDE en soins critiques MIR-RCNT- RCP

Dans le cadre de la mise en place du plan de formation communes aux secteurs de réanimation, ce questionnaire vise à identifier les besoins en formation des infirmiers exerçant en soins critiques afin d'adapter l'offre de formation aux besoins des professionnels.

Le questionnaire est anonyme et dure environ **5 minutes**.

---

1. Profil professionnel

1. Secteur principal d'exercice :

☐MIR
☐RCNT
☐ RCP

2. Ancienneté en soins critiques :

☐ <1an

☐ 1 à 3 ans

☐ 3 à 5 ans

☐ Plus de 5 ans

4. Avez-vous bénéficié d'un parcours d'intégration/tutorat ?

☐ oui

☐ Non

2. Auto-évaluation des compétences

Échelle :

1 = Non maîtrisé

2 = À renforcer

3 = A l'aise

4 = Très à l'aise

C1 : Ventilation

Compétences	**1**	**2**	**3**	**4**
Compréhension des paramètres ventilatoires	☐	☐	☐	☐
Interprétation des gaz du sang	☐	☐	☐	☐

Annexe N°3

Compétences	1	2	3	4
Assistance lors d'une intubation en urgence	☐	☐	☐	☐

C2 : Hémodynamique / assistance circulatoire

Compétences	1	2	3	4
Surveillance ECMO VA	☐	☐	☐	☐
Surveillance ECMO VV	☐	☐	☐	☐
Surveillance BCPIA	☐	☐	☐	☐
Surveillance IMPELLA	☐	☐	☐	☐
Prise en charge du choc cardiogénique	☐	☐	☐	☐
Utilisation des drogues vasoactives	☐	☐	☐	☐
Lecture ECG / troubles du rythme	☐	☐	☐	☐
Reconnaitre les troubles du rythme	☐	☐	☐	☐

C3 : Urgences vitales

Compétences	1	2	3	4
Prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire	☐	☐	☐	☐
Hypotension majeures (bas débit)	☐	☐	☐	☐
Intubation en contexte d'urgence	☐	☐	☐	☐
Coma-troubles de la conscience	☐	☐	☐	☐

C4 : Neurochirurgie : patients cérébrolésés

Compétences	1	2	3	4
Gestion DVE	☐	☐	☐	☐
Gestion PIC (monitorage)	☐	☐	☐	☐
Surveillance post-neurochirurgicale	☐	☐	☐	☐
Gestion HTIC	☐	☐	☐	☐

C5 : Rein / épuration extra-rénale

Compétences	1	2	3	4
Dialyse continue/	☐	☐	☐	☐
Anticoagulation citrate	☐	☐	☐	☐
Dialyse intermittente	☐	☐	☐	☐

C 6 : Chirurgie cardiaque

Compétences	1	2	3	4
Accueil post-opératoire immédiat	☐	☐	☐	☐
Gestion des drains thoraciques	☐	☐	☐	☐
Gestion des drains médiastinaux	☐	☐	☐	☐

Annexe N°3

Compétences	**1**	**2**	**3**	**4**
Pace Maker	☐	☐	☐	☐

C 7 : Pathologies spécifiques

Compétences	**1**	**2**	**3**	**4**
Pathologies hépatiques sévères	☐	☐	☐	☐
Drépanocytose sévère	☐	☐	☐	☐
Syndrome de Lyell	☐	☐	☐	☐
Fasciite nécrosante	☐	☐	☐	☐

3. Priorités de formation

Selon vous, quelles sont vos **3 priorités principales de formation** ?

1. _____
2. _____
3. _____

5. Modalités pédagogiques préférées

☐ Simulation

☐ Ateliers pratiques

☐ Formation au lit du patient

☐ E-learning

☐ Tutorat

☐ Analyse de pratiques

6. Freins à l'accès à la formation

☐ Manque de temps

☐ Charge de travail

☐ Manque d'effectifs

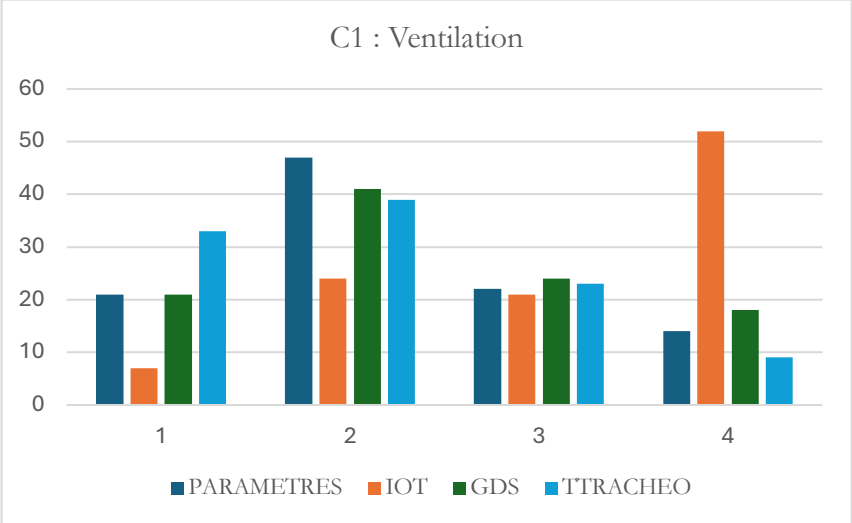
☐ Organisation des plannings

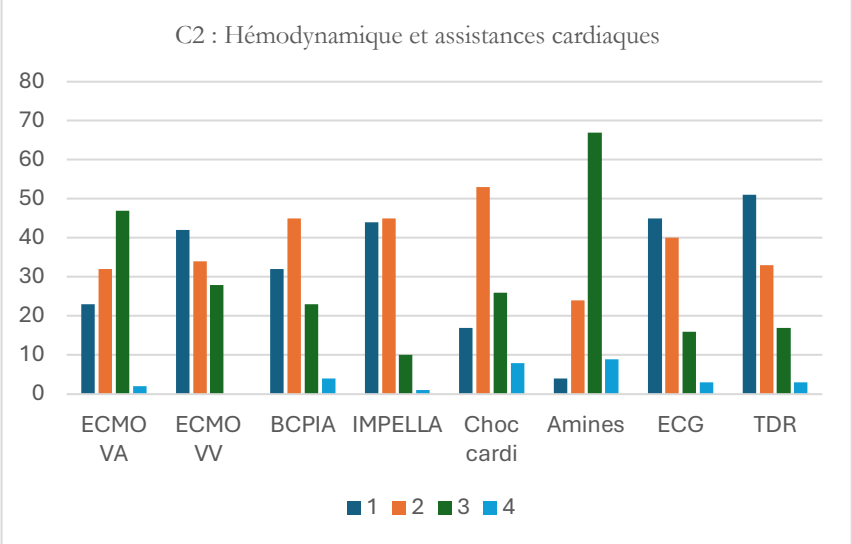
☐ Offre de formation insuffisante

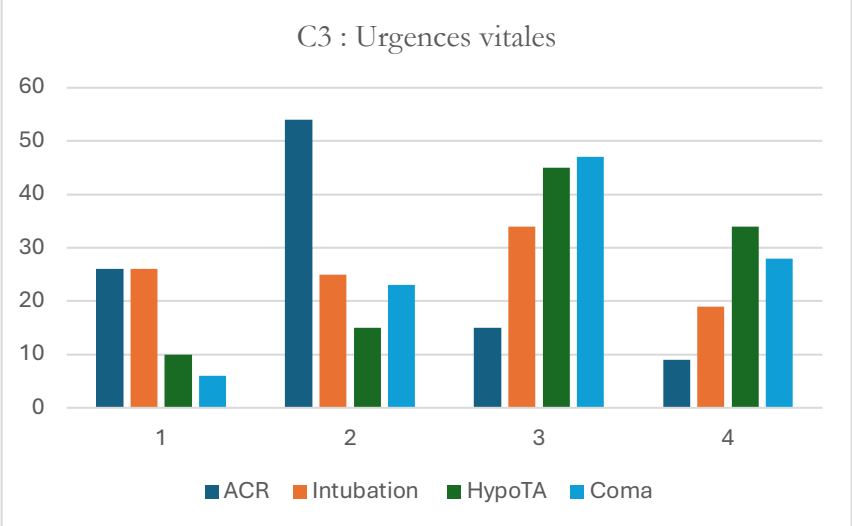
7. Commentaires / suggestions

Annexe N° 4

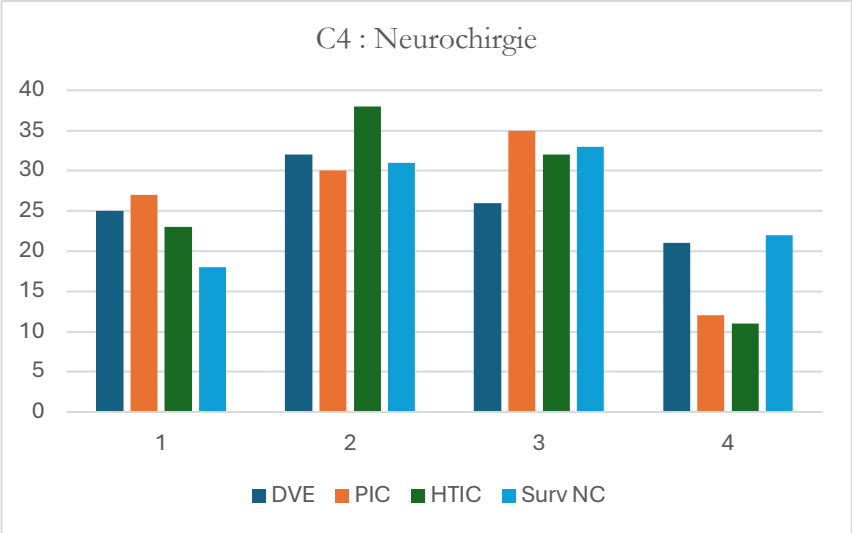
Questionnaire IDE : résultats questionnaire

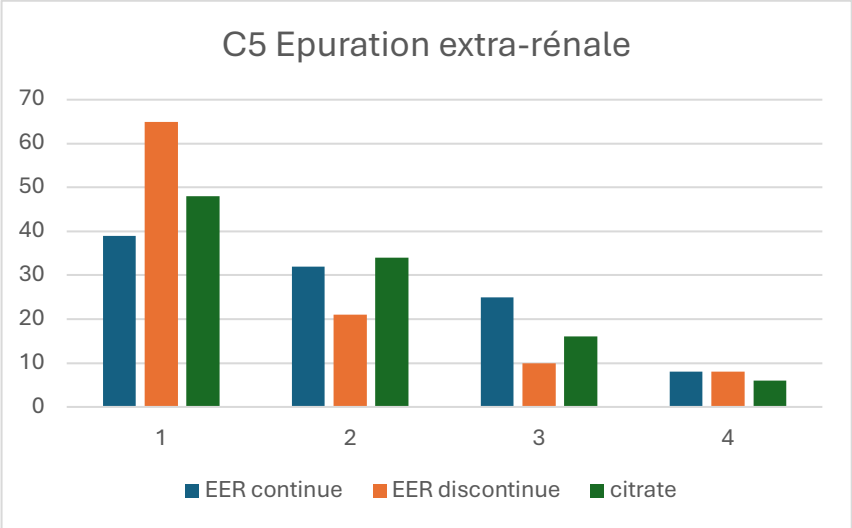


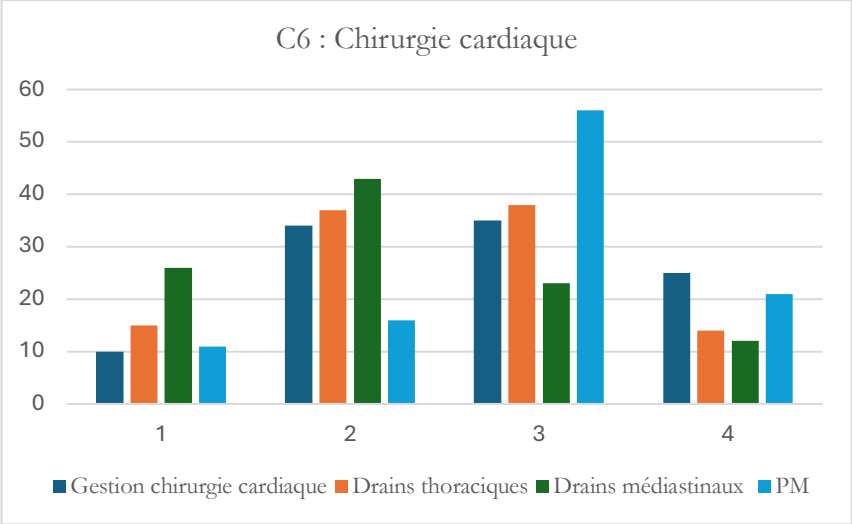




Annexe N° 4


C4 : Neurochirgie
40
35
30
25
20
15
10
5
0
1
2
3
4
DVE
PIC
HTIC
Surv NC


C5 Epuration extra-rénale
70
60
50
40
30
20
10
0
1
2
3
4
EER continue
EER discontinue
citrate


C6 : Chirurgie cardiaque
60
50
40
30
20
10
0
1
2
3
4
Gestion chirurgie cardiaque
Drains thoraciques
Drains médiastinaux
PM

AP-HP.
Hôpitaux universitaires
Henri-Mondor

Sites Henri MONDOR et Albert CHENEVIER
hmn-formation-hmn-ach@aphp.fr
HMN ☎ 01 49 81 22 27 ☎ 01 49 81 42 22
ACH ☎ 01 49 81 30 04 ☎ 01 49 81 39 23

Le rein dans tous ses états !

Domaine 2 : **Projet médical et de soins** – *Thème 6 :* **Anesthésie – Réanimation**
Code stage : 022080067

PUBLIC CONCERNÉ	Tous les professionnels de soins critiques : MIR-RCNT-RCP
GÉNÉRALITÉS	Mieux comprendre la prise en charge des patients présentant une insuffisance rénale aigu ou chronique Comprendre et appréhender la gestion des différentes dialyses
OBJECTIFS	✓ Comprendre la physiopathologie de l'insuffisance rénale aiguë en réanimation ✓ Identifier les indications des différentes techniques d'épuration extra-rénale ✓ Différencier les principes de l'hémodialyse intermittente et de l'épuration continue ✓ Préparer, surveiller et sécuriser une séance d'épuration extra-rénale ✓ Identifier les complications potentielles et réagir face aux alarmes ✓ Manipuler et monter les circuits dans le respect des procédures institutionnelles ✓ Coopérer avec les autres professionnels dans des situations critiques simulées
PROGRAMME	Matinée : Formation théorique interactive **8h30-9h00 : Accueil des participants autour d'un petit-déjeuner convivial** 9h00-09h45 : « Le rien agressé » : comprendre l'insuffisance rénale aiguë ✓ Physiopathologie de l'IRA ✓ Facteurs de risque en soins critiques ✓ Conséquences hémodynamiques et métaboliques 09h45-10h30 : les différentes techniques d'épuration extra-rénale ✓ Hémodialyse intermittente ✓ Épuration continue ✓ Citrate ✓ Choix des techniques selon les situations cliniques ✓ Avantages et limites des différentes modalités Pause 10h30-10h45. 10h45-11h45 : « Derrière les alarmes » : comprendre le générateur pour mieux sécuriser le soin ✓ Lecture des pressions ✓ Gestion des alarmes fréquentes ✓ Anticoagulation ✓ Prévention des incidents techniques ✓ Points de vigilance en réanimation 11h45-12h30 : Retour d'expérience inter-services : « Ce qu'on fait différemment » ? Temps d'échange autour des pratiques des différents secteurs afin de favoriser le partage d'expérience, la réflexion collective et la construction d'une culture commune.

AP-HP.
Hôpitaux universitaires
Henri-Mondor

Sites Henri MONDOR et Albert CHENEVIER
hmn-formation-hmn-ach@aphp.fr
HMN ☎ 01 49 81 22 27 ☎ 01 49 81 42 22
ACH ☎ 01 49 81 30 04 ☎ 01 49 81 39 23

	Après-midi : Ateliers pratiques et simulation 14h00-14h30 : Foire aux questions : « Les situations qui nous mettent en difficulté » Analyse collective des situations complexes rencontrées par les professionnels. 14h30-16h30 : Ateliers pratiques en demi-groupes Atelier 1 : Montage et gestion des circuits ✓ Préparation du matériel ✓ Montage des lignes ✓ Vérification de sécurité ✓ Branchement et débranchement Atelier 2 : Simulation haute-fidélité ✓ Gestion d'alarmes ✓ Dégradation hémodynamique sous EER ✓ Travail en équipe ✓ Communication en situation critique Atelier 3 : Cas cliniques « Rock'n'Rein » ✓ Quiz interactifs ✓ Défis inter-équipes ✓ Analyse de prescriptions ✓ Identification des erreurs potentielles
METHODE PEDAGOGIQUE	Apports théoriques interactifs-Simulation haute-fidélité-ateliers pratiques-analyse de cas cliniques-partages d'expériences
RESPONSABLE PEDAGOGIQUE	Dr Romain Arrestier (PH MIR) - Marianne Le Joncour (CS RCNT) - Marie Leblond (CS RCP) - Ann-Cécile Pallud (CS MIR)
INTERVENANTS	Dr Romain ARRESTIER – Bérengère Araujo (IPA MIR) – Andréa Ravelojaona (IDE RCP)
CONTACTS SERVICE FORMATION	Malika RAYMOND, Responsable de Formation HMN/ACH Chirine IBRAHIM, Adjointe Responsable de Formation HMN/ACH
CONTACTS SERVICE FORMATION PARTICIPANTS	Amélie BERGER / Laetitia FATHALLAH, Assistantes formations ACH Céline CHEVET / Aurélie RAMIREZ PANDOR, Assistantes formations HMN
	5 places au minimum
MODALITÉS D'INSCRIPTION	**Formation collective organisée directement par les services :** Les inscriptions se font directement auprès du cadre du service concerné. Après la formation et afin d'alimenter les passeports formation, la liste des participants devra être retournée au service de la formation continue, selon le modèle fourni. **Si vous ne possédez pas le modèle type de la liste d'émargement, merci d'en faire la demande auprès du service de la formation continue : hmn-formation-hmn-ach@aphp.fr**

AP-HP.
Hôpitaux universitaires
Henri-Mondor

Sites Henri MONDOR et Albert CHENEVIER
hmn-formation-hmn-ach@aphp.fr
HMN ☎ 01 49 81 22 27 ☎ 01 49 81 42 22
ACH ☎ 01 49 81 30 04 ☎ 01 49 81 39 23

DATES	LIEU	SALLE	HORAIRES	DUREE
Mardi 12mai 2026 Mardi 19 avril 2026	Henri Mondor	Espace bulle StudioSim	09h-17h	1 jour

TITRE DU DOCUMENT

La polyvalence des équipes de soins critiques en inter-DMU : une réponse organisationnelle réaliste, organisée et sécurisée pour l'optimisation des ressources humaines

AUTEUR
Ann-Cécile PALLUD

MOTS CLÉS : Soins critiques-polyvalence-conduite de changement-compétences collectives - management hospitalier-ressources humaines-coopération inter-DMU-sécurité et qualité des soins.

KEY WORDS : Critical care-versatility-change management-collective skills-hospital management-human resources-inter-DMU cooperation-patient safety.

RÉSUMÉ

Dans un contexte hospitalier marqué par des tensions croissantes sur les ressources humaines, les services de soins critiques doivent aujourd'hui conjuguer exigence de qualité des soins, maintien des capacités d'accueil et contraintes médico-économiques. Difficultés de recrutement, turn-over élevé des infirmiers et augmentation des besoins de santé liés au vieillissement de la population fragilisent durablement l'organisation des réanimations et interrogent la capacité des établissements à faire face aux crises futures. Au sein du Groupe Hospitalier Universitaire Henri Mondor, trois secteurs de soins critiques coexistent sur un même bâtiment sans réelle coopération interservices. Pourtant, les déséquilibres d'effectifs observés au quotidien révèlent la nécessité de penser autrement l'allocation des ressources humaines et de dépasser les logiques historiques de cloisonnement. Ce projet managérial propose une réflexion autour de la polyvalence progressive et sécurisée des équipes paramédicales en inter-DMU comme levier stratégique d'adaptation organisationnelle. Mais la polyvalence ne peut se réduire à une simple mobilité imposée. Les expériences passées ont laissé des traces : sentiment d'insécurité, résistances, perte de repères et parfois souffrance professionnelle. Derrière les organisations, ce sont aussi des identités de services, des cultures professionnelles et des équilibres humains qui se jouent. À travers une démarche de conduite du changement fondée sur la formation, la co-construction et le développement des compétences collectives, ce travail explore les dimensions humaines, culturelles et politiques d'une transformation hospitalière complexe. Entre coopération, jeux d'acteurs et recherche d'une organisation plus résiliente, ce mémoire questionne finalement une problématique centrale : comment adapter l'hôpital aux contraintes de demain sans perdre ce qui fait la force des équipes de réanimation : l'expertise, la solidarité et le sens du soin ?

ABSTRACT

In a hospital context marked by increasing pressures on human resources, critical care services must now balance the demands of quality care, maintaining capacity, and medico-economic constraints. Recruitment difficulties, high nurse turnover, and increased healthcare needs related to an aging population are putting a lasting strain on the organization of intensive care units and raising questions about the ability of hospitals to cope with future crises. Within the Henri Mondor University Hospital Group, three critical care sectors coexist in the same building without any real inter-departmental cooperation. Yet, the staffing imbalances observed daily reveal the need to rethink the allocation of human resources and move beyond historical compartmentalized approaches. This management project proposes a reflection on the progressive and secure multi-skilling of paramedical teams across different medical-medical departments as a strategic lever for organizational adaptation. However, multi-skilling cannot be reduced to simple imposed mobility. Past experiences have left their mark: feelings of insecurity, resistance, loss of bearings, and sometimes professional suffering. Behind the organizational structures, service identities, professional cultures, and human dynamics are also at play. Through a change management approach based on training, co-creation, and the development of collective skills, this work explores the human, cultural, and political dimensions of a complex hospital transformation. Between cooperation, stakeholder dynamics, and the search for a more resilient organization, this thesis ultimately addresses a central issue: how can hospitals adapt to the constraints of tomorrow without losing what constitutes the strength of intensive care teams: expertise, solidarity, and a sense of purpose in care?