

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

La mobilité peut-elle être attractive ?

***Entre stratégie institutionnelle et
épanouissement professionnel : la place
centrale du cadre de santé.***

Vannina BASTIANAGGI

DCS@16-17

Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé 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'IFCS de l'ESM – Formation & Recherche en Soins.

« On n'accompagne pas un chemin, on accompagne une personne sur un chemin ».

Guy LE BOTERF.

REMERCIEMENTS

Cet écrit est le fruit d'un travail de recherche qui m'a accompagné durant toute ma formation de cadre de santé.

Par ces quelques mots, je tiens à honorer sincèrement et humblement toutes les personnes qui ont contribué à la rédaction de ce mémoire et à mon cheminement, tant professionnel que personnel.

Je souhaite remercier Mme SERREAU Jacqueline pour son accompagnement, ses conseils et sa disponibilité au cours de la construction de ce travail. Je remercie l'équipe pédagogique de l'École Supérieure Montsouris, pour son soutien tout au long de la formation. Merci à Mme LE GAL pour ses qualités pédagogiques et humaines qui m'ont permis de retrouver mon chemin et de l'éclairer lorsque j'étais perdue.

Dans le cadre de mon enquête, je renouvelle mes remerciements aux infirmiers et aux cadres de santé pour leur contribution, leur implication et le temps qu'ils m'ont accordé. Ces échanges furent sources d'approfondissement de mes projections.

Je suis également redevable à l'ensemble des auteurs cités. J'espère ne pas avoir trahi leurs pensées.

Merci à toi, maman, de continuer à corriger mes fautes et à me tenir la main lorsque j'en ressens le besoin.

Enfin, j'ai une pensée particulière pour mon conjoint et ma fille qui m'ont accompagné et soutenu durant cette aventure. Merci pour le courage que vous me donnez chaque jour.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES.....	3
INTRODUCTION.....	4
1 CONTEXTE.....	5
1.1 Choix du thème.....	5
1.2 L'émergence et la représentation du sujet.....	5
1.3 Ma projection dans ma future fonction de cadre de santé.....	6
1.4 Ma question de départ.....	7
1.5 Présentation de la méthode.....	7
1.6 Les entretiens exploratoires.....	8
2 LA MOBILITE INTERSERVICES.....	9
2.1 Qu'entendons-nous par mobilité ?.....	9
2.2 Les enjeux contextuels : pourquoi devons-nous tendre vers la mobilité des soignants ?.....	11
2.2.1 Contexte économique.....	11
2.2.2 Contexte politique : le décroisement.....	13
2.2.3 Les limites à la mobilité interservices des infirmiers.....	15
2.3 Les différentes formes de mobilité interservices.....	16
2.4 L'équipe mobile.....	18
2.4.1 Définition de l'équipe.....	18
2.4.2 Les spécificités des équipes infirmières de suppléance.....	19
2.5 Mobilité : entre intérêt collectif et personnel.....	20
2.6 Compétence collective et management.....	21
3 LE MANAGEMENT EN REGARD DE LA MOBILITE INTERSERVICES DES SOIGNANTS.....	22
3.1 Les spécificités du management d'une « équipe mobile ».....	22
3.2 Compétences : une nouvelle culture de gestion.....	25
3.3 Le management par les compétences : clefs et outils de l'encadrement d'une équipe infirmière de suppléance.....	26
3.3.1 GPEC et cartographie des compétences.....	26
3.3.2 Le recrutement.....	28
3.3.3 L'accueil, l'intégration.....	28
3.3.4 L'accompagnement.....	29
3.3.5 L'évaluation.....	30
3.3.6 L'implication.....	30
3.3.7 La formation.....	31
3.3.8 La gestion des plannings.....	32
4 L'INFIRMIER MOBILE D'UNE EQUIPE DE TYPE « SUPPLEANCE ».....	34
4.1 Qui est cet infirmier ? Existe-t-il un profil particulier ?.....	34
4.2 Quelles attentes l'infirmier a-t-il de la mobilité interservices ?.....	35
4.3 La notion de compétence individuelle.....	36

4.4	La polyvalence	36
4.5	D'une démarche qualité au parcours professionnalisant	37
5	LA PROBLEMATIQUE	40
6	L'ENQUETE	41
7	A LA RENCONTRE DU TERRAIN : LES RESULTATS DE L'ENQUETE.....	45
7.1	La représentation de la mobilité	45
7.1.1	La mobilité pour vous, c'est quoi au juste ?	45
7.1.2	La mobilité, du choix à la motivation.....	45
7.1.3	La mobilité, ses freins et ses obstacles	50
7.2	Le cadre et son accompagnement de la mobilité interservices	52
7.2.1	Politique de mobilité	52
7.2.2	Les moyens et les outils au service de la mobilité	54
7.3	L'infirmier suppléant.....	59
7.3.1	Le profil des agents.....	59
7.3.2	Le regard sur les compétences	59
7.3.3	Ressentis et projets professionnels	60
8	L'ANALYSE DES DONNEES : LE SENS DES RESULTATS.....	64
8.1	Les représentations de la mobilité	64
8.2	Le cadre de santé et son accompagnement.....	66
8.2.1	Du contexte politique national vers l'institution	66
8.2.2	Les moyens et outils au service de la mobilité.....	66
8.3	Le professionnel « mobile ».....	68
8.3.1	Le profil des agents : génération « Y » et jeunes diplômés.....	68
8.3.2	Des compétences à la polyvalence	69
8.3.3	Ressentis et projets professionnels	69
9	SYNTHESE DE L'ANALYSE ET CONFRONTATION AVEC MES HYPOTHESES.....	71
	CONCLUSION	73
	BIBLIOGRAPHIE.....	74
	ANNEXES	

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
APHP	Assistance Publique Hôpitaux de Paris
Art	Article
AS	Aide -Soignant
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CDI	Contrat à Durée Indéterminée
CE	Conseil d'Etablissement
CF	Confer
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIF	Congé Individuel de Formation
CNAM	Conservatoire national des arts et métiers
CV	Curriculum Vitae
DCS	Diplôme Cadre De Santé
DE	Diplôme d'Etat
DIF	Droit Individuel à la Formation
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, et de l'Evaluation et des Statistiques
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSI	Direction des Soins Infirmiers
EHPAD	Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESM	Ecole Supérieure Montsouris
ESPIC	Etablissement de Santé Privé d'intérêt Collectif
ETC	ET Cetera
ETP	Equivalent temps plein
GED	Gestion Electronique Documentaire
GH	Groupe Hospitalier
GHT	Groupements Hospitaliers de Territoire
GPEC	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
GRH	Gestion des Ressources Humaines
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
IADE	Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
IAE	Institut d'Administration des Entreprises
IBODE	Infirmier de Bloc Opérateur Diplômé d'Etat
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IFCS	Institut Formateur Cadre de Santé
IFSI	Institut Formateur en Soins Infirmiers
IV	Intra Veineux
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
RH	Ressources Humaines
RTT	Réduction de Temps de Travail
SICS	Service Infirmier de Compensation et de Suppléance
SMS	Short Message Service
SMUR	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A	Tarifcation à l'activité
VAE	Validation des Acquis de l'Expérience

INTRODUCTION

Après presque 8 années d'expérience en tant qu'infirmière, j'ai intégré l'Institut de Formation des Cadres de Santé. Actuellement étudiante à l'École Supérieure Montsouris, j'ai choisi de faire mon mémoire sur le thème de la mobilité interservices des infirmiers.

Le mémoire qui est demandé pour parachever cette formation est une initiation à la recherche. Pour moi, il s'agit du fruit d'une réflexion basée sur mon parcours et mes aspirations. Les compétences que j'ai été amené à acquérir, axées sur le relationnel, l'accompagnement et la polyvalence ont suscité en moi l'envie d'accompagner les professionnels de santé sur ce même axe qui me paraît à ce jour presque incontournable.

Le cadre de santé est responsable de l'entretien de la motivation de son équipe. Bien plus qu'une évidence, cette réalité est surtout un défi de la fonction au quotidien. Il m'intéresse particulièrement de comprendre le mécanisme et les ressorts de ce phénomène qui à mon sens mènent à la fidélisation.

Ces dernières années en France, de nombreuses évolutions législatives ont modifié nos organisations. Elles les remanient afin de redonner du sens et de l'efficacité à notre système de santé. Les enjeux autour de la polyvalence, de la mobilité ou encore de la coordination sont donc multiples. Ils doivent répondre à des problématiques d'accès égalitaire aux soins, de maîtrise des coûts et de qualité dont le cadre de santé est le premier responsable. En parallèle de ces réformes qui se succèdent, les établissements de santé sont aussi confrontés à des évolutions permanentes : accélération des innovations technologiques et de la recherche, évolution des besoins de soins, évolution sociétale des attentes ou encore de la place de l'utilisateur. L'hôpital doit en conséquent s'adapter de manière constante.

Mon mémoire va aborder plusieurs champs de réflexion et se décliner en trois parties.

La première, explique et décrit l'émergence du choix de ce thème et de mon cheminement. J'y exprime mes représentations et mes questionnements qui me permettent de formuler et d'annoncer ma question de départ.

La deuxième partie constitue le cadre de référence de mon mémoire à travers lequel je définie les notions qui me paraissent importantes dans l'appréciation de mon sujet. Dans ce cadre théorique, j'explique le contexte sociétal et la réglementation qui accompagnent ce besoin de mobilité des infirmiers. J'y interroge également le rôle et la place du cadre de santé en lien avec cette forme de mobilité ainsi que le profil et les motivations des soignants des équipes « suppléantes ». De ce fait, je souhaite mettre en exergue les leviers managériaux favorables à la pérennisation des soignants sur ces équipes et affiner mes hypothèses. En conclusion de cette partie, je construis et expose ma question de recherche.

La troisième partie présente l'enquête de type qualitatif que j'ai menée, mon travail de recherche et notamment les choix méthodologiques que j'ai effectués en les explicitant et en les critiquant. Je propose l'analyse d'expériences de terrain via des entretiens réalisés sur cinq établissements différents. Cette enquête est effectuée auprès de cadres supérieurs de santé responsable de l'encadrement d'équipes de suppléances et d'infirmiers qui y exercent. Ce travail de recherche ne constitue pas une étude exhaustive. En effet, la mise en œuvre d'une politique de mobilité varie d'un établissement à un autre. Il donne cependant une approche sur la traduction opérationnelle du management dans le cadre de ce dispositif.

La dernière partie présente les axes d'une réflexion professionnelle visant à proposer des actions concrètes dans une perspective de prise de fonction. Cette partie tiendra compte des expériences développées dans les établissements de santé que j'ai eu l'occasion d'enquêter.

1 CONTEXTE

1.1 Choix du thème

En 2008, au sortir de mes études, j'ai débuté ma carrière professionnelle d'infirmière sur un poste « pool » venant d'être créé sur la structure. Sur cette affectation « pool chirurgie », j'ai été amenée à travailler dans différents services.

Ce poste demande des compétences multiples (techniques, relationnelles, humaines) et une grande adaptabilité. Jeune diplômée à ce moment-là, j'ai ressenti un manque de formation et d'encadrement dans cette prise de fonction et j'ai dû y faire face au plus vite. Cette expérience m'a permis d'acquérir une technicité, des compétences multiples et de m'affirmer en tant que soignante. Elle a été certes enrichissante, mais également difficile. Mon intérêt pour la relation d'aide, ma curiosité professionnelle et le travail en interdisciplinarité m'ont permis de m'épanouir un temps dans cette activité d'infirmière polyvalente.

Cependant, les difficultés de ce poste ont été pour moi variées : l'absence de continuité des soins et de suivi des patients inhérents à la mobilité quotidienne, l'incapacité à accompagner un étudiant dans sa formation tout le long de son stage, le manque de formations et d'informations, une précarité des conditions de travail (un planning non fixe, horaires changeants, rappel sur les jours de repos...), la non appartenance à une équipe, l'impossibilité de m'investir dans la vie d'un service, l'absence d'interlocuteur et d'accompagnement dans mon projet professionnel en dehors des temps obligatoires.

Malgré des sources de satisfactions nombreuses, ce défaut d'encadrement explique à mon sens en grande partie l'étiollement de ma motivation pour exercer sur plusieurs services et a incité mon choix de quitter cette affectation après seulement deux années.

Cette expérience me permet d'affirmer que je partage l'avis de **MATHIEU DETCHESSAHAR**, professeur à l'Institut d'économie et de management de l'université de Nantes, qui explique que les problématiques de management dans les institutions proviennent régulièrement non pas d'une hyper présence ou d'une hyper pression du management, mais de l'absence du manager de proximité « *Les salariés des organisations étudiées, loin de souffrir des excès ou de l'omniprésence de la hiérarchie, se plaignent au contraire de l'absence de leur management. C'est l'éloignement du manager qui pose problème lorsqu'il n'est plus là pour expliciter les difficultés du travail et soutenir les salariés dans leur résolution* »¹. D'une certaine façon, cela m'interroge sur la spécificité d'un cadre de santé encadrant une équipe de suppléance. **Comment le cadre de santé peut-il maintenir une proximité avec les soignants lorsqu'il en est géographiquement éloigné ?**

1.2 L'émergence et la représentation du sujet

De 2010 jusqu'à mon entrée en IFCS en 2016, j'ai exercé en tant qu'« infirmière fixe » en chirurgie orthopédique, toujours au sein du même établissement.

Mon attachement à mon poste « pool » d'origine et à ses contraintes m'ont fait garder une forte sensibilité au bien-être des personnes y exerçant par la suite. Amenée à travailler au quotidien avec ces professionnels « suppléants », j'ai porté une grande importance à leur accueil, accompagnement, tant relationnel que professionnel. J'ai malheureusement pu constater que les années passant et les soignants également sur ces postes polyvalents, les ressentis et les problématiques que j'avais relevé étaient toujours partagés. Pour autant, le

¹ DETCHESSAHAR Mathieu. « *Santé au travail* ». Revue Française de gestion, n°214, p89-105, 2011.

nombre de soignants affectés à ces unités sous de multiples appellations (services pool, suppléant, renfort...) ne cesse de croître au sein de l'établissement.

A mon sens, l'utilisation des ressources de ces professionnels est quasi inexistante. Je perçois que la mobilité des soignants s'apparente davantage à des « pions » déplacés sur un échiquier selon les besoins, plutôt qu'à une gestion efficiente de la polyvalence. Il n'y a pas ou peu de valorisation de la mobilité interservices. Le personnel y est souvent en affectation initiale et quitte le « pool » dès qu'un poste se libère sur un autre service. Je pense que ces postes ne sont donc pas perçus comme des postes à part entières, faisant partie d'une unité particulière mais comme des affectations d'attente, de transition vers un « vrai service ». Jusqu'à mon départ en formation en IFCS, aucune mesure spécifique n'a été instaurée au sein du groupe hospitalier en dehors de l'organisation des plannings et d'une période d'intégration à la prise de fonction. Je n'ai jamais entendu parler de groupe de travail, de réflexion particulière autour de cette équipe tant de la part de l'équipe d'encadrement que de la DRH. Cela ne semble pas faire partie des priorités institutionnelles affichées.

La liste des raisons, des causes potentielles de démotivation est longue. La situation que je décris au sein de mon établissement m'interpelle et je m'interroge sur l'organisation des unités mobiles dans d'autres établissements de santé. **Rencontrent-ils les mêmes problématiques ? Quelles sont les politiques institutionnelles de la mobilité menées sur d'autres établissements de santé ? Quelles actions sont mises en place par les équipes d'encadrement afin d'accompagner les soignants sur ces unités ? Comment intégrer une véritable politique de ressources humaines autour du concept de mobilité ?**

C'est avec toutes ces questions que j'aborde ce travail de recherche.

1.3 Ma projection dans ma future fonction de cadre de santé

Lors de mon questionnement sur la recherche d'un thème de mémoire, c'est naturellement que celui de la polyvalence, issu de mon histoire professionnelle, s'est imposé à moi. Cette expérience m'a réellement interpellé et donné envie de comprendre ce phénomène. Cette analyse m'amène à me questionner sur le rôle du cadre dans l'encadrement des équipes mobiles.

Ce projet m'intéresse car je pense que plusieurs facteurs rentrent en ligne de compte et influencent le bien-être au travail des soignants tels que : les modes de management, l'organisation, ou encore la disponibilité du cadre de santé. Ce bien être est essentiel pour que chacun puisse s'épanouir, prodiguer des soins de qualité et ai envie de s'engager. La qualité et la sécurité des soins offerts aux patients est une finalité. Le cadre de santé en est garant.

Je suis convaincue qu'une équipe a besoin de sécurité et d'un sentiment d'appartenance pour évoluer. Le cadre de santé doit prendre soin de son équipe en l'accompagnant et en la stimulant. Son rôle me paraît donc majeur dans la mobilité des soignants. Mais surtout dans la nuance non plus d'une mobilité subie mais d'une mobilité choisie et pensée.

Cette année de formation a été une occasion de prendre de la hauteur et du recul afin de poser un regard émaillé de connaissances nouvelles sur le travail de soignant et de manager. Cette recherche va me permettre de me départir de mes « a priori » pour expliquer cette problématique et tenter de trouver des pistes d'amélioration de l'organisation que j'ai connu. J'espère en ressortir plus armée pour exercer la fonction à laquelle je me destine.

Mon mémoire a pour but de comprendre comment le cadre de santé peut réussir à construire, motiver et pérenniser une équipe soignante autour du concept de mobilité. Quel est le rôle du

cadre de santé dans le management de la mobilité interservices des infirmiers afin de garantir la continuité et la qualité des soins aux patients ? Comment potentialiser et développer de nouvelles compétences essentielles à la qualité et la sécurité des soins et nécessaires à la mobilité interservices ?

1.4 Ma question de départ

Ma question de départ s'articule donc autour de l'accompagnement pratique et managérial de la mobilité interservices des infirmiers appartenant à une équipe de suppléance de type « pool ».

Ce mode d'organisation via la mobilité de certains soignants est pour l'ensemble des professionnels hospitaliers source d'interrogation. L'enjeu est d'importance car cette évolution vers une mobilité accrue des soignants, chronique ou ponctuelle est en essor depuis la création des pôles. Outre le fonctionnement de l'équipe, cette organisation remet en cause d'autres modes de fonctionnements comme la coopération entre services et surtout le décloisonnement. Mon expérience personnelle montre que le mode de management dans cette organisation semble parfois flou et mérite d'être interrogé. La cohérence de cette organisation nécessite de développer son action sur un mode de gestion transversale dans le sens de collaborer et créer du lien entre les services. Ces différents éléments sous-tendent une question qui orientera ma recherche.

Quel est le rôle et les outils du cadre de santé dans l'élaboration et la pérennisation d'une équipe de suppléance infirmière de qualité ?

1.5 Présentation de la méthode

Mon cheminement et ma question de départ me conduisent à étudier plusieurs notions clés inscrites dans un cadre contextuel et théorique. En effet, il s'avère nécessaire de traiter des concepts de mobilité, de compétence, de polyvalence et de motivation.

L'exposé de chaque concept m'amène à faire évoluer mon questionnement initial, pour aboutir finalement à une question de recherche précise.

La méthodologie de mon travail de recherche se décline donc comme suit :

- Une pré-enquête effectuée via des questionnaires exploratoires
- Des lectures me permettant de construire un cadre de recherche
- Une enquête de terrain auprès des professionnels (cadres de santé et infirmiers)
- Une analyse des informations recueillies

1.6 Les entretiens exploratoires

1) Les entretiens exploratoires :

Afin de valider ma question de départ en vérifiant son intérêt en dehors de mon expérience personnelle, j'ai élaboré un questionnaire. Je l'ai fait circuler dans la promotion DCS 2016-2017. Mon idée étant que mes collègues de formation présentaient une diversité d'origine et de parcours suffisante pour me permettre de disposer d'un échantillon assez représentatif. Cette enquête a pour objectif de faire un état des lieux des vécus de personnes ayant exercées sur des postes « mobiles » afin de vérifier mon constat de départ.

Les trois questions exploratoires que j'ai formulées me permettent de recenser des circonstances de prise de poste et de départ sur l'équipe de suppléance. Je questionne également le vécu des soignants et leur ressenti en correspondance à l'encadrement managérial durant cette expérience.

2) Synthèse des informations recueillies :

Parmi les personnes enquêtées, aucune n'a fait le choix de ce poste. Fruit du hasard, seule « porte d'entrée » de l'établissement ou encore jeune diplômée, aucune affectation n'a été faite volontairement.

Toutes les réponses mettent en exergue un manque ou une difficulté d'encadrement. Malgré un enrichissement personnel important, les multiples contraintes de ce poste (absence de continuité des soins, plannings difficilement conciliables avec une vie extérieure, manque de formation et de reconnaissance...) font que la fixité d'un service devient nécessaire à une échéance plus ou moins longue.

3) Conclusion des entretiens exploratoires

Ces réponses me permettent d'affirmer la validité de mon questionnement. Beaucoup d'établissements présentent des équipes mobiles, les mêmes types de problématiques sont ressenties par le personnel exerçant sur ces postes.

2 LA MOBILITE INTERSERVICES

Pour ce travail de recherche, il convient dans un premier temps de traiter de cette idée de mobilité afin de cerner les enjeux qui se situent autour. L'évolution des structures organisationnelles et la recherche accrue de flexibilité de la part des établissements en font aujourd'hui un enjeu stratégique. Il me semble que ce sujet mérite attention dans la mesure où il touche à plusieurs problématiques contemporaines du management à l'hôpital : la rationalisation des activités, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ou encore, l'amélioration continue de la qualité. La mobilité peut de ce fait être utilisée comme un outil de ressources humaines permettant de répondre et de s'adapter aux différentes évolutions du monde de la santé.

2.1 Qu'entendons-nous par mobilité ?

Dès le début de ma recherche, j'ai pu constater que traiter du sujet de la mobilité interservices des soignants à l'hôpital et la définir, n'est pas chose aisée. En effet, la mobilité peut revêtir différents aspects, dans la mesure où chaque établissement lui donne le caractère qu'il souhaite. Afin de véritablement cerner le sujet de ma recherche, il me paraît incontournable de s'accorder sur les mots.

D'une façon générale, il semble que la majorité des personnes concèdent une idée de mouvement, de déplacement à la mobilité. D'ailleurs, le dictionnaire Larousse la définit ainsi : *« facilité à se mouvoir, à être mis en mouvement, à changer, à se déplacer »* sens 2 *« caractère de ce qui est variable, fluctuant, instable : mobilité des traits du visage, de l'humeur. »*

La mobilité peut revêtir différentes formes :²

La mobilité interne :

- **Verticale** : transverse avec un changement important du contenu du travail, promotion
- **Horizontale** : transverse à « iso compétences » sans changement important du contenu du travail
- **Individuelle** : processus de mobilité qui traduit une évolution professionnelle et s'inscrit dans un processus de gestion de carrière
- **Collective** : processus de mobilité qui s'inscrit dans le cadre d'une transformation d'activité ou l'évolution d'un métier
- **Fonctionnelle** : mobilité avec changement de métier ou de périmètre d'intervention
- **Choisie** : mobilité à l'initiative de l'individu
- **Contrainte** : mobilité subie par l'individu
- **Anticipée** : mobilité déclenchée dans le cadre d'une prévision de changement ou d'évolution des métiers (GPEC)
- **À chaud** : mobilité déclenchée dans le cadre d'un changement en cours impactant les effectifs

² ANAP. Améliorer la gestion des ressources humaines de la mobilité. <http://www.anap.fr/publications-et-outils/detail/actualites/ameliorer-la-gestion-des-ressources-humaines-la-mobilite-professionnelle/>.

La mobilité externe :

- Changement d'entreprise ou d'établissement
- **Sectorielle** : changement de branche professionnelle
- **Socio-professionnelle** : changement de métier ou de statut : salarié, fonctionnaire, indépendant, chef d'entreprise

La mobilité géographique :

- Nationale ou internationale : mobilité avec changement de localisation géographique.

Par mobilité interne nous entendons donc tout mouvement d'un emploi à un autre à l'intérieur d'une même organisation. Elle s'exerce à l'intérieur du périmètre de l'établissement ou du groupe. La mobilité peut être demandée par le salarié, ou proposée par l'institution. Une chose sur laquelle tout le monde s'accorde, c'est que dans la mesure du possible elle doit être choisie et non subie. *« La mobilité professionnelle, qu'elle soit fonctionnelle ou spatiale, doit autant que possible, s'inscrire dans une démarche volontaire des agents concernés qui doit être favorisée par l'établissement via le développement d'approches décloisonnées dans la gestion des structures comme dans l'information apportée aux agents sur les différents secteurs d'activité ».*³

En s'appuyant sur ces catégories, il s'avère que la mobilité dont je traite peut-être définie comme une mobilité horizontale, interservices, sans changement de métier. Cependant, la configuration multi sites de certains établissements ne permet pas d'exclure totalement la notion de mobilité géographique. Une distinction doit également être opérée avec la mobilité ponctuelle d'un soignant « fixe » d'un service. Ma recherche s'intéresse donc à la mobilité interservices, voulue et organisée, d'infirmiers appartenant à une équipe suppléante, de renfort ou « pool ».

La mobilité du personnel fait partie intégrante du processus d'évolution de ces dernières années. Au cours de notre exercice professionnel, c'est au quotidien que nous constatons cette évolution vers plus de mobilité de chacun. La mobilité professionnelle regroupe donc plusieurs notions et régimes juridiques. Avec la loi du 14 juin 2013 dite « de sécurisation de l'emploi », est apparue une mobilité d'un nouveau genre, avec les accords de mobilité interne et externe.

*« Dans tous les cas, 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. »*⁴

Ce phénomène attire mon attention car il engage la compétence des professionnels, leur bien-être et surtout, par extension, la qualité des soins administrée aux usagers. La mobilité peut donc être analysée sur le plan individuel et institutionnel et revêt également des enjeux sur ces deux pans.

³ Projet d'établissement CHU limoges 2012-2016. Leviers d'actions à conduire ciblés dans le projet de mobilité du CHU de limoges.

⁴MAILLOT.S. « Mobilités professionnelles : de quoi parle-t-on ? Enjeux et complexité d'une question contemporaine ».

2.2 Les enjeux contextuels : pourquoi devons-nous tendre vers la mobilité des soignants ?

2.2.1 Contexte économique

La santé n'a pas de prix mais elle a un coût. La maîtrise des dépenses de santé est une dimension à considérer en priorité, en lien avec ce sujet.⁵

- D'une part du fait de l'environnement contraint dans lequel évoluent les établissements hospitaliers depuis quelques années

Tout comme les entreprises du milieu marchand, les organisations de santé doivent intégrer dans leurs modes de fonctionnement des logiques de coûts. Les contraintes économiques qui pèsent sur les établissements de santé rendent nécessaire de repenser les modalités de prise en charge de la personne soignée au plus près de ses besoins (développement de l'ambulatoire, parcours coordonnés), de l'organisation de l'offre de soins et des ressources humaines. Afin de rationaliser les dépenses, des systèmes d'information, d'objectifs, d'analyse et d'évaluation ont donc été créés (tarification à l'activité (T2A), réintroduction d'une comptabilité de type analytique, ONDAM...).

En effet, nous assistons depuis quelques années à des tensions au sein des structures hospitalières liées à l'émergence de logiques économiques. L'augmentation des dépenses de santé n'est pas spécifique à la France. Elle est commune à de nombreux pays en Occident. Le vieillissement démographique de la population ou encore les évolutions technologiques font partie des facteurs impactant lourdement notre système de santé. Cette réalité a conduit au développement de politiques de maîtrise de dépenses. La logique est double : le respect des moyens alloués et l'utilisation optimale des ressources.

Le contrôle des dépenses de santé impose donc depuis une trentaine d'années, le modèle de l'hôpital entreprise. Mais, cette logique gestionnaire, tend à ne prendre en compte que l'activité mesurable ; autrement dit, les actes techniques. La dimension relationnelle n'est pas comptabilisée. Cependant, le soin ne peut se réduire à une relation uniquement technique et marchande. D'autant plus, que la relation au patient est génératrice de l'engagement du soignant et sous- tend sa motivation.

- D'autre part, du fait du poids des dépenses en personnel dans le budget des établissements hospitaliers

L'article de **GILLES DESSERPRIT**⁶ sur les enjeux du travail en équipe met en exergue que les dépenses de personnels représentent environ 67% du budget d'une institution. Nous comprenons alors que la gestion des ressources humaines à l'hôpital est un enjeu prégnant pour l'avenir de notre système de santé.

L'évaluation de l'efficacité et de la performance devient incontournable. Les ressources humaines en sont un élément clef. Les réformes de santé qui se sont succédées ont donc peu à peu mis l'accent sur l'optimisation de la gestion des ressources humaines. *« Certaines entreprises ont développé des compétences distinctives en créant des processus de*

⁵ Partie construite à partir des apports théoriques issus de la formation en IFCS et au détour de la 1ère année du Master 1 Management sectoriel parcours « Management des organisations soignantes » : Economie de la Santé (Y. VIDEAU), Politiques de santé (D. LETOURNEAU), Comptabilité (M. BEJEAN).

⁶DESSERPRIT Gilles. « Les enjeux du travail en équipe » Soins Cadres. Supplément n°94, Mai 2015, p 5-6.

management des ressources humaines qu'elles entretiennent et font évoluer en adéquation, avec leur contexte. »⁷. La qualité des soins est donc en partie liée à la qualité et à la gestion des personnels.

➤ **GRH : l'adéquation entre activité et ressources**⁸

La mobilité interservices s'inscrit dans une politique de gestion des ressources humaines. Ce choix suscite des interrogations multiples et variées sur les intérêts, les enjeux, les limites et la place de la mobilité des soignants. La mobilité du personnel limite la nécessité d'une planification et réduit ainsi l'intérêt d'une démarche stratégique de type GPEC.

La GRH autorise l'adéquation des RH à des flux prévisibles et imprévisibles. Elle assure un rôle médiateur entre le capital et le travail. La gestion des organisations de travail et des compétences fait partie de ces concepts centraux. La polycompétence des soignants permet d'avoir un temps d'avance sur les besoins à venir plus ou moins envisageables de l'entreprise. La mise en place d'une politique institutionnelle de mobilité permet donc un redéploiement du personnel au vu des besoins réels en soins, variables d'une journée à une autre. Ainsi, l'optimisation des RH par l'autogestion des effectifs permet de limiter les coûts en limitant le recours à l'intérim et à la vacation.

La mobilité des soignants permet de répondre à des besoins de remplacements pour toute forme d'absentéisme ⁹:

- Travail à temps partiel,
- Congé : maternité, parental, maladie, annuel,
- Changement d'affectation,
- Accident de travail,
- RTT,
- Absence pour enfant malade,
- Formation,
- Autorisation d'absence (syndicales, instances...),
- Cessation d'activité (départs en retraite),
- Ou tout simplement pour renforcer les équipes en place lors de pics d'activités.

Pour affecter les soignants, il est primordial que des demandes de remplacement ou de renfort soient effectuées par les cadres de santé des services respectifs. Une gestion efficiente des plannings de service par les cadres de proximité en parallèle est nécessaire.

Des indicateurs de charge d'activité sont d'une utilité précieuse pour poster les agents. Ils permettent d'objectiver la production des soins en complémentarité de l'activité médicale. Il s'agit donc d'un outil d'évaluation de la charge de travail qui contribue à l'aide à la décision. Il permet de mieux répondre aux fluctuations d'activités selon les spécificités des services (certains jours sont plus lourds selon les programmes opératoires...) en renseignant l'encadrement sur l'importance de la charge en soins. Cet outil doit laisser le moins de marge d'interprétation possible. Ainsi, il doit être suffisamment fin et représentatif des différents services afin de refléter la charge d'activité réelle.

La nécessité d'un remplacement ou d'un renfort régulier sur une unité doit amener à saisir et analyser les enjeux et causes de ces difficultés. Si un seuil d'absentéisme est atteint, en

⁷ ABRAHAM Jocelyne « *Gestion de la mobilité interne et création de valeur de croissance externe* ».

⁸ Partie construite à partir des cours de GRH et du support de cours de JP. DUMOND.

⁹ Les différents types d'absentéisme sont construits à partir des cours de GRH de J-P DUMOND, responsable du master « *Management et santé* » à l'IAE et du support de cours « *Des concepts à l'action en GRH dans les organisations de santé* ».

chercher les tenants est donc nécessaire au niveau RH. Cette problématisation permet de mettre en place des actions correctives.

Car, l'absentéisme et la nécessité de remplacement qu'il induit est un phénomène coûteux en termes de frais et au niveau organisationnel. En effet, d'un point de vue humain, l'absence est source de dysfonctionnement en faisant peser des contraintes sur ceux qui sont présents. Les solutions internes sont donc privilégiées. La création de service mobile permet un redéploiement du personnel afin de maintenir un effectif de base sur les unités de soins et de les renforcer lors d'une surcharge d'activité.

Ces enjeux économiques s'accompagnent également d'une nécessité de repenser et de modifier l'organisation et l'offre de soins sur le territoire en parallèle aux évolutions politiques nationales.

2.2.2 Contexte politique : le décroisement

➤ Politiques de santé

Les réformes hospitalières engagées depuis une vingtaine d'années, semblent porter en elles l'intention de transformer les hôpitaux en organisations. La loi de 1991 rendant obligatoire la mise en place de projet d'établissement marquait assez nettement cette orientation. Le plan hôpital 2007 affichait aussi cette volonté en reprenant quatre grands axes : qualité, gouvernance, tarification à l'activité, réseaux de santé. La qualité invite alors les acteurs de l'hôpital à une réflexion sur les pratiques. Avec la T2A c'est le rapport entre les coûts et les recettes qui est mis en avant. Avec les réseaux de santé c'est le lien entre le territoire et les établissements qui est souligné.

Les récentes réformes ont donc modifié en profondeur les hiérarchies, la répartition des compétences et les moyens pour atteindre les objectifs institutionnels. Les cadres ont un rôle essentiel dans la mise en œuvre et l'application au quotidien de ces réformes. La difficulté est de gérer ces changements de pratiques tout en maintenant des capacités relationnelles, d'écoute et d'accompagnement. Cela nécessite une éthique, une expérience mais également de garder le sens de la mission d'intérêt général.

➤ HPST

Cette loi promulguée le 21 juillet 2009 est un projet d'organisation sanitaire. Elle prolonge la loi de 1991 et vise à adapter l'offre de soins aux besoins de la population en instaurant une territorialisation des politiques de santé. De nouvelles autorités responsables du pilotage de la politique de santé nationale au niveau des régions sont ainsi créées : ce sont les Agences Régionales de Santé (ARS).

L'objectif de cette loi est de permettre un accès à tous, à des soins gradués de qualité, répondant à des besoins de santé. Elle signe également la volonté d'effacer le clivage public-privé. Les hôpitaux sont appelés à plus de transparence sur leurs activités, la qualité et la sécurité des soins qu'ils dispensent.

Cette loi a également pour ambition de renforcer l'axe formation des professionnels. L'objectif est d'améliorer les formations initiales et continues, d'inciter l'évaluation des pratiques professionnelles et la coopération entre soignants.

Traditionnellement organisé en services, l'hôpital évolue au profit d'une culture polaire, regroupant les activités des unités fonctionnelles d'une même discipline. Le décroisement, la coopération et la mutualisation des moyens et des ressources font peu à peu évoluer le travail en équipe.

➤ Loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 et les GHT

Cette loi vient prolonger les évolutions initiées en 2009. Les Groupements Hospitaliers de Territoire ont pour mission de mieux répondre aux besoins de santé de la population. Structurer l'offre de soins et coordonner les prises en charge des usagers autour d'un projet médical partagé vont faire évoluer les métiers de soins ainsi que les conditions d'exercice vers plus de mobilité et de souplesse¹⁰. Un des objectifs principaux de cette loi est de garantir un décloisonnement entre les différentes démarches afin de permettre un parcours de soins sans rupture et coordonné pour les patients. Cette évolution passe par une coopération accrue entre les différents acteurs et des restructurations organisationnelles d'envergures déjà amorcées par les pôles dans le secteur public et les multiples groupements hospitaliers. Cependant, la participation du secteur privé et des libéraux au service public n'est pas favorisée.

Les objectifs des GHT sont « *de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité* » et « *d'assurer une rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements* ». ¹¹ Ce projet de coopération ambitieux réclame participation active et partage entre les établissements, et les professionnels.

Cette loi s'inscrit doublement dans ma problématique concernant la mobilité des personnels infirmiers car elle resitue les enjeux de coopération à une échelle macroscopique mais également car il me semble que l'instabilité des besoins et devenir de chaque activité induit une obligation de développement de compétences et de polyvalence des soignants afin d'anticiper d'éventuelles mobilités subies. Je pense par exemple à la fermeture d'une spécialité sur un territoire ne répondant pas aux besoins identifiés de la population, obligeant à une mobilité géographique ou à un changement de spécialité des soignants. ¹²

Nous sommes dans un environnement mouvant, en constante évolution. D'ailleurs, un des exemples le plus représentatif de ces modifications est à mon sens, l'évolution non négligeable, de la place de l'utilisateur dans le système de santé.

➤ Evolution des droits du patient

Ces dernières années, les droits des patients se sont fortement affirmés. La loi du 4 mars 2002 les a introduits dans le code de santé publique. Les droits des usagers concernent l'accès au système mais aussi la manière dont ils y sont pris en charge. Chaque patient est acteur de sa santé, il dispose d'un droit d'information, de consentement aux soins et de secret médical. ¹³

Il me paraît important d'évoquer ce thème d'une façon général en relation au sentiment d'efficacité et d'aptitude nécessaire à tout soignant qui est désormais sous le regard du médecin, de ses pairs, du cadre de santé et des patients. La mobilité interservices des infirmiers ne doit donc pas être synonyme de mise en difficulté.

¹⁰ Entretien avec Marisol TOURAINE « *Les groupements hospitaliers de territoire ont vocation à transformer les métiers de managers hospitaliers* » Soins Cadres n°99, septembre 2016, p5-7.

¹¹ Art L.6132-1 II CSP.

¹² Partie construite à partir des cours de Santé publique de J. RAIMONDEAU.

¹³ Partie construite à partir des cours de Droit de C. ZACHARIE.

2.2.3 Les limites à la mobilité interservices des infirmiers

En dehors évidemment d'une mobilité subie, quelles limites peut rencontrer la mobilité interservices des infirmiers ? En effet, de nombreux articles de GRH vantent la mobilité mais cette dernière peut faire peur aux agents si elle n'est pas suffisamment questionnée, encadrée et accompagnée.

Une enquête réalisée en 2003¹⁴, par le cadre infirmier du SICS au sein du CHU de Fort de France, a mis en exergue que les principales problématiques rencontrées par les professionnels lors des remplacements sont en lien avec : les prescriptions médicales, le manque de connaissances de certains matériels ou encore le manque d'uniformisation des différents services concernant leurs pratiques ou leurs organisations. Les conditions et l'agencement de la mobilité d'une équipe de suppléance est normalement formalisée dans une politique institutionnelle, qui peut revêtir différentes formes.

¹⁴ CHU de Fort de France. Le service infirmier de compensation et de suppléance.
<http://www.reseau-chu.org/article/le-service-infirmier-de-compensation-et-de-suppleance-sics/>.

2.3 Les différentes formes de mobilité interservices

15

<p><u>Noms de ces équipes :</u> -Pool -Suppléance -Renfort -SICS</p>	<p><u>Objectifs de déploiement et définition de la politique de remplacement :</u> -Remplacement des absences (prévues ou imprévues) -Renforcer une équipe selon des indicateurs de charge d'activités</p>	<p>Indicateurs d'activités Demande des cadres de proximité</p>
<p><u>Types de services sur lesquels l'équipe se déplace :</u></p>	<p>-Tous -Tous les services sauf ceux qui requièrent des compétences particulières (Réa, dialyse...) -Par type de spécialités : MCO, réa/urgences</p>	<p>-uni site -multi site -changement de service en cours de mission si nécessaire (non/oui : nombre de fois maximum par jour)</p>
<p><u>Amplitudes horaires</u></p>	<p>-7h -7h36 -10h -12h -Alternant selon les services</p>	<p>-jour -nuit -jour et nuit -identique ou non aux autres services</p>
<p><u>Organisation des demandes et des affectations</u></p>	<p>-Au jour le jour -Planning à l'avance et placement au besoin -Roulement fixe -Remplacement au mois -Mixte -Détermination des priorités de remplacement par les cadres de proximité</p>	<p>-Effectuée par le cadre responsable de l'équipe de suppléance qui veille au bien-fondé des demandes -Suivi et analyse des demandes de remplacements et d'affectations</p>
<p><u>Organisation de l'activité au sein des services, répartition de la charge de travail</u></p>	<p>-Continuité des soins selon l'organisation de la veille -Patients les plus légers en charge de l'IDE mobile -Patients les plus lourds en charge de l'IDE mobile (l'équipe fixe a besoin de « souffler ») -Entraide ou absence d'entraide (« Chacun ses patients ») -Description du rôle de chacun</p>	<p>Qui détermine la répartition ? -L'équipe fixe -Le cadre de santé du service -Le personnel mobile -Charte ou règlement particulier</p>
<p><u>Matériels et équipements</u></p>	<p>-logiciel de gestion des remplacements -logiciel de gestion du temps de travail -guide de la présence au travail -classeurs supports d'affectation -affichage papier des plannings -échanges par mails, sms et contact téléphonique</p>	

¹⁵ Tableau élaboré à partir de mon expérience professionnelle et des différents entretiens effectués dans le cadre de la recherche.

<u>Politique de recrutement</u>	-Profil recherché -Interne/externe -Outils, supports -Maintenir l'effectif de l'équipe de suppléance	
<u>Politique d'intégration</u>	-Période d'intégration -Durée -Outils, supports -Tutorat, compagnonnage -Sur certains services ou tous	-Par qui est effectué l'accompagnement pour l'intégration : l'équipe fixe ou le personnel plus ancien de l'unité de suppléance ?
<u>Avantages/inconvénients pour les soignants</u>	-Travail le week-end -Priorité sur les vacances -Plus de souplesse sur les plannings -Prime -Travail de nuit	

Les modalités de fonctionnement de cette unité doivent être clairement identifiées au sein d'un règlement ou encore, d'une charte de polyvalence. Les missions, amplitudes horaires, prérequis, contreparties, outils communs de mesure de la charge en soins, l'évaluation du fonctionnement de cette équipe peuvent y figurer. *« Dans tous les cas, il est important d'avoir une approche de la mobilité claire, connue et partagée par tous, et dont les processus de décision sont transparents. Un guide de mobilité, une politique de communication, une charte de la mobilité, des commissions de choix peuvent être les supports de la gestion de la mobilité d'un établissement. »*¹⁶

La politique de mobilité d'un établissement est un processus unique. Il est lié à la culture de l'entreprise, aux négociations avec les partenaires sociaux et aux objectifs stratégiques poursuivis.

Au sein d'un établissement de santé, le rôle de la direction envers la politique de mobilité est indispensable. Elle doit donner du sens au projet en l'inscrivant dans le contexte de l'établissement, en clarifiant les enjeux et priorités et en les partageant avec les professionnels. L'encadrement doit collaborer à la conception et à l'ajustement du dispositif. Pour cela, il est nécessaire de l'associer au pilotage, de lui donner les moyens (formation, accompagnement...) de réussir la mise en œuvre de la mobilité pour ses équipes.

La mise en œuvre d'une politique de mobilité interne, à plus ou moins long terme, dépend de plusieurs facteurs et notamment de :

- La taille et la structure de l'entreprise
- La culture d'entreprise : elle peut être un moteur ou un frein puisqu'elle a un impact sur les représentations qu'ont les différents acteurs concernés de la mobilité interne.
- La représentation a priori négative de la mobilité par l'un de ces acteurs peut être un obstacle majeur.
- Sans une culture de la transversalité, la mobilité interne est un processus plus compliqué, voire impossible à mettre en œuvre pour certains RH.¹⁷

¹⁶ ANAP. Améliorer la gestion des ressources humaines de la mobilité
<http://www.anap.fr/publications-et-outils/detail/actualites/ameliorer-la-gestion-des-ressources-humaines-la-mobilite-professionnelle/>.

¹⁷Politiques et pratiques de mobilité interne des cadres dans les entreprises.
https://jd.apec.fr/files/live/mounts/media/medias_delia/documents_a_telecharger/etudes_apec/politiques_et_pratiques_de_mobilite_interne_des_cadres_dans_les_entreprises/11321609cb8b970c236841ecc18be9f2.pdf.

2.4 L'équipe mobile

2.4.1 Définition de l'équipe

Le mot équipe est polysémique. Son étymologie remonte au moyen âge. Dans le langage des marins, il était alors synonyme d'équipage. Puis, il désignera un ensemble de bateaux, accrochés les uns aux autres, tiré depuis la rive par un groupe d'hommes. C'est ce groupe d'hommes qui deviendra « équipe ».

Le dictionnaire Larousse définit l'équipe ainsi : « *Groupe de personnes travaillant à une même tâche ou dans le même but.* »

L'équipe recouvre donc un groupe constitué d'individus (au-delà de deux) mais également les relations et interactions entre les professionnels qui en font partie. Ce terme est sous-tendu par les notions de collaboration (vers un objectif commun), de territoire d'exercice commun, d'organisation des rôles et d'interdépendances. Un responsable désigné assure la coordination.¹⁸

L'équipe est sous la responsabilité d'un « chef », garant de son efficacité. Mais, comme le souligne **Roger MUCCHIELLI**¹⁹, psycho-sociologue, une équipe ne se résume pas à une réunion de personnes agissant ensemble. Appartenir à une équipe c'est également en accepter les codes, les valeurs. C'est le sentiment d'appartenance, « *l'esprit d'équipe* » qui crée la cohésion. Ainsi, **R. MUCCHIELLI** définit l'équipe comme « *un petit groupe coopératif, motivé pour une tâche commune, solidaire, caractérisé par l'unité, la cohésion et l'esprit d'équipe* ». Le processus de construction d'une équipe s'inscrit dans le temps et nécessite un engagement personnel, une confiance mutuelle et une coopération. Chaque membre est une ressource pour les autres. Les compétences de chacun ne s'additionnent pas, elles se renforcent mutuellement et se potentialisent. Le maintien de la cohésion, le rappel des finalités et de l'orientation du groupe sont garantis par le rôle primordial du chef d'équipe.

« *L'esprit d'équipe ne se fonde pas sur un renoncement à des valeurs ou à des satisfactions personnelles mais sur l'occasion donnée à l'équipier d'appartenir, c'est-à-dire de vivre socialement, ou de participer à une action qui dépasse sa capacité individuelle* »²⁰.

Travailler en équipe n'est pas inné. L'efficacité collective n'est pas seulement affaire de cohésion et d'organisation. Le travail en collaboration s'appuie sur des règles, des principes, une dynamique, qui doivent être maîtrisés pour permettre la réussite de l'équipe sur le terrain. Une équipe ne ressemble à aucune autre, elle est une entité vivante où chaque professionnel tient un rôle. Elle évolue donc, passe par différents stades plus ou moins stables. Mais, ce qui fait l'équipe, c'est l'intérêt que les individus portent à leur activité, l'envie de faire ensemble et la manière de manager du cadre permettant la mobilisation des membres.

¹⁸ DESSERPRIT Gilles « *La définition du travail en équipe et de sa dynamique* », SOINS CADRES n°93, 2015, p 61-62.

¹⁹ MUCCHIELLI Roger. *Le travail en équipe, clé pour une meilleure efficacité collective*. Paris. 17ème édition ESF, 203 pages, 2016.

²⁰ DEVILLARD Olivier « *Dynamique d'équipe* ».

http://www.eyrolles.com/Chapitres/9782708133006/Devillard_Chap01.pdf.

2.4.2 Les spécificités des équipes infirmières de suppléance

En effectuant des recherches sur les équipes mobiles, celles-ci nous renvoient vers des équipes multidisciplinaires, rattachées à un établissement de santé et qui se déplacent au lit des patients et auprès des soignants à la demande des professionnels de santé. Ces équipes mobiles exercent une activité transversale, d'expertise, au sein de l'établissement auquel elles sont rattachées. Elles ont un rôle de conseil et de soutien auprès des équipes soignantes des services et participent à la diffusion de démarches spécifiques (palliatives, gériatriques). Il ne s'agit donc pas de mon sujet de recherche.

Afin de définir les spécificités d'une équipe de type « pool » ou suppléance, j'effectue donc le choix de m'appuyer sur des projets d'établissements concernant ce type de mobilité ainsi que des fiches de postes infirmiers de SICS.

Il est vrai que dans ma thématique, ce n'est pas l'équipe qui est mobile dans son ensemble, comme un tout, mais les membres qui la constituent. Là réside toute la spécificité de ce groupe dont les professionnels ne travaillent que très rarement ensemble bien qu'ils partagent des valeurs et un objectif commun. Dans le milieu hospitalier, cette équipe n'a pas de service ni de lieu de travail unique attiré. Elle évolue donc à l'échelle institutionnelle tout en possédant une identité spécifique : celle de la polyvalence.

Dans l'article *« Les équipes infirmières de compensation et de suppléance »*²¹, les auteurs expliquent qu'au sein du centre hospitalier universitaire de Toulouse, il existe deux types de SICS. Des SICS polaires placés sous la responsabilité des cadres de pôles ayant vocation de remplacer l'absentéisme prévisible et les postes en attente d'être pourvus. Le SICS central, placé sous la responsabilité du directeur des soins, en capacité d'intervenir sur tous les pôles, répondant à une compensation de l'absentéisme de très courte durée et intervenant également dans les situations de crise. Dans cette organisation, les agents expriment les ajustements des règles de fonctionnement nécessaires lors des évaluations de leurs aptitudes professionnelles par l'équipe d'encadrement. Les SICS participent *« au soutien des équipes en place en termes de reconnaissance de la charge de travail et de prévention du risque d'épuisement professionnel »*²².

J'ai également pu accéder à la charte du service de suppléance d'un établissement du Val de marne. Les valeurs spécifiques de l'équipe de suppléance qui y sont recensées sont : la motivation, la disponibilité et la responsabilité. Les soignants sont encouragés à travers une démarche autonome et de responsabilisation. Cette dernière doit cependant s'inscrire dans le respect des règles internes à chaque service. *« Le fonctionnement de l'équipe de suppléance est basé sur la confiance, la responsabilisation, ainsi que sur une organisation qui repose sur une définition précise des rôles et des missions de chacun. »*²³

Il semble que le choix d'exercer de façon mobile le métier d'infirmier est une influence sur les relations sociales ainsi que sur les compétences. Au sein des établissements, la notion de service est un espace privilégié pour les échanges et la socialisation. Il s'y construit des relations, des réseaux professionnels et parfois, des échanges dépassant ce cadre.

²¹ DESTANG. J, LAGASSE-TEILHOL. V, RAMONDENC.A-M, STERCKEMAN.C, CEAUX.C « Les équipes infirmières de compensation et de suppléance ». Soins Cadres n°82, mai 2012, p 23-24.

²² DESTANG. J, LAGASSE-TEILHOL. V, RAMONDENC.A-M, STERCKEMAN.C, CEAUX.C « Les équipes infirmières de compensation et de suppléance ». Soins Cadres n°82, mai 2012, p 23-24.

²³ Document issu de mon enquête de terrain.

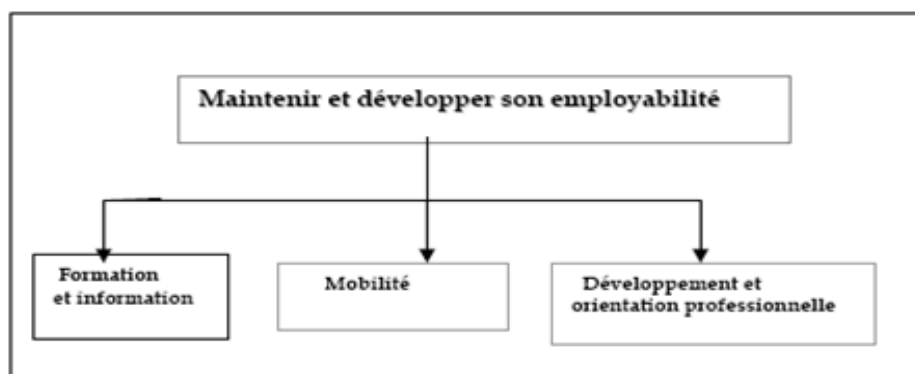
2.5 Mobilité : entre intérêt collectif et personnel

La mobilité professionnelle fait partie des concepts centraux de la GRH. L'évolution des structures organisationnelles et la recherche accrue d'optimisation font aujourd'hui de la mobilité interservices un enjeu stratégique pour les établissements de santé. En effet, avoir comme ressources des soignants en capacité de s'adapter aux différentes variations de l'environnement est un véritable atout pour les organisations. La mobilité des salariés est également intéressante pour l'entreprise dans la mesure où elle permet d'accroître les compétences présentes dans l'organisation.

Il est de la responsabilité de l'employeur d'entretenir les capacités et l'employabilité des professionnels. Par la mobilité ; la flexibilité et l'employabilité des soignants sont optimisés. Les enjeux de la mobilité sont donc double : pour l'établissement et pour l'agent. Cette employabilité, permet aux soignants d'être moins vulnérables sur le marché de l'emploi. Ainsi, les possibilités d'apprentissage d'un poste peuvent accroître le sentiment de satisfaction des soignants. La gestion de la mobilité est un moyen de gérer également la montée en compétences et donc les carrières.

A travers un travail de recherche, **Robert HATEGEKIMANA** a identifié trois grandes dimensions stratégiques des salariés pour développer leur employabilité, parmi lesquelles figure la mobilité.

Figure intitulée : Les principales dimensions de l'employabilité des salariés



24

« Dans un environnement mouvant, où la flexibilité de l'organisation est nécessaire, la mobilité est un véritable enjeu stratégique car elle permet aux différents professionnels de s'adapter aux différentes variations de cette dernière, et donc d'assurer sa pérennisation grâce à leur employabilité. Elle permet également de fidéliser les salariés grâce aux perspectives d'évolution de carrière et de développement de leurs compétences. »²⁵

²⁴ HATEGEKIMANA Robert « Gérer l'employabilité des salariés : créer un avantage concurrentiel et une performance durable à l'entreprise ». <https://www.fichier-pdf.fr/2010/02/13/jydjgvh/employabilite-des-salaries.pdf>.

²⁵ ANAP. Améliorer la gestion des ressources humaines de la mobilité. <http://www.anap.fr/publications-et-outils/detail/actualites/ameliorer-la-gestion-des-ressources-humaines-la-mobilite-professionnelle/>.

2.6 Compétence collective et management

Le professionnel est de moins en moins compétent tout seul. La capacité à agir avec compétence dépend en partie de la richesse de l'environnement et de la possibilité d'accéder à des réseaux de ressources : relationnels, documentaires, informationnels, de formations ou encore à des réseaux d'expertises.

La compétence collective représente selon **Cécile DEJOUX**²⁶, la compétence que possède une équipe. Elle se caractérise par 6 attributs : une représentation commune, un référentiel commun, un engagement, un but à atteindre, un langage partagé, une mémoire collective.

Les capacités d'un groupe de travail sont aléatoires. Selon **Guy LE BOTERF**, docteur en lettres, en sciences humaines et en sociologie, la performance d'un collectif se situe en grande partie dans les interactions entre ses membres et dans la qualité des relations qu'ils entretiennent.

Dans le cas de la mobilité interservices, les professionnels de l'équipe et des autres services, mettront en commun leurs compétences individuelles en fonction des liens qui se tisseront mais également de leurs motivations et objectifs personnels. Ainsi, l'efficacité d'une équipe dépend également des capacités du manager à coordonner les actions et les interventions de chacun.

Elaborer un référentiel métier de l'infirmier suppléant, sa fiche de poste, définir la répartition du travail et des responsabilités dans l'équipe et au sein de l'institution, mettre en place des objectifs clairs, quantifiables et atteignables font partie des objectifs managériaux initiaux. Le cadre de santé doit également engager une campagne de communication valorisant l'adhésion au service mobile

En conclusion de cette partie, nous pouvons dire que la mobilité interservices des infirmiers peut prendre différentes formes en fonction de choix institutionnels. Elle se doit cependant d'être régulée par un encadrement efficace afin de disposer d'une équipe de suppléance équilibrée, épanouie, compétente et collaborant avec tous les acteurs. Une telle approche, ouvre des voies de recherche en matière de management, de GRH et de création de valeur.

²⁶ Maître de conférences en gestion au CNAM.

3 LE MANAGEMENT EN REGARD DE LA MOBILITE INTERSERVICES DES SOIGNANTS

Dans la partie précédente, nous avons vu que les contraintes multiples de l'environnement sanitaire et plus précisément, les contraintes budgétaires, imposent des réorganisations à effectif constant. La création d'une équipe « mobile » est l'une des solutions envisagées par certains établissements afin de réduire les coûts tout en maintenant une flexibilité du personnel. La fonction de cadre de santé est en phase avec les évolutions de l'hôpital d'aujourd'hui. Elle doit répondre aux réflexions économiques, politiques, managériales et philosophiques des établissements de santé. Le cadre de santé de proximité est le maillon liant les professionnels et l'institution. Sa mission dans ce projet n'est pas seulement de coordonner et de mutualiser des actions entre elles par l'obligation mais de favoriser une participation consentie à une œuvre commune où chacun accepte d'y mettre de soi, et de partager avec les autres « ses ficelles du métier ».

Dans cette partie, il convient dans un premier temps d'éclairer les spécificités du management d'une équipe de suppléance. Dans un second temps, nous verrons plus précisément comment peuvent se décliner ces particularités en regard de moments clefs ou encore d'outils managériaux.

3.1 Les spécificités du management d'une « équipe mobile »

Jusqu'à une époque récente, le responsable d'une équipe de travail puisait son autorité dans l'exercice de la compétence technique qu'il possédait. Il savait démontrer son savoir-faire à toute occasion. Depuis, la fonction du responsable s'est radicalement modifiée et continue à évoluer. Il ne doit plus montrer ou démontrer mais manager c'est-à-dire, organiser, superviser et surtout accompagner.

Ce sont alors les compétences intellectuelles qui servent de repères à l'autorité : l'analyse de problèmes, la logique, l'organisation, l'anticipation, l'intelligence émotionnelle ou encore la créativité. L'expertise et le charisme ne suffisent plus, le cadre de santé doit posséder des compétences spécifiques, en regard de ses missions et de ses rôles. Le leadership remplace l'autorité. L'intelligence affective, l'écoute active et la persuasion s'allient pour supplanter les ordres obtus. La motivation est obtenue par le dialogue et la stimulation adaptée des partenaires.

Ce travail de recherche, a pour objet de décliner la particularité du cadre de santé responsable d'une équipe de suppléance infirmière en interrogeant les rôles et la place qu'il y tient.

Afin d'éclairer l'activité managériale d'une équipe de suppléance, il me paraît intéressant de prendre appui sur la classification effectuée par le sociologue **Henry MINTZBERG**²⁷. Il offre une description du métier de manager que je trouve intéressante. Elle est en mesure de s'appliquer au cadre de santé. Il y décrit 10 rôles managériaux, transposables dans l'ensemble des secteurs d'exercice.

²⁷ MINTZBERG Henry. Le manager au quotidien. Les 10 rôles du cadre. Paris. Edition D'Organisation Eyrolles, 2016, 283 pages.

Ces 10 rôles sont :

- Des rôles d'observateur actif, de diffuseur d'information et de porte-parole : qui représentent les rôles liés à l'information.
- Des rôles de symbole, leader et agent de liaison, liés aux contacts interpersonnels
- Des rôles d'entrepreneur, de répartiteur de ressources, de régulateur et de négociateur en lien avec la prise de décision

Finalement il en ressort 3 grandes familles de compétences pour le cadre : communicationnelles, relationnelles et décisionnaires.

Depuis quelques années, des travaux de réingénierie du diplôme de cadre de santé, du référentiel d'activité et de compétences sont en cours. J'ai donc effectué un regroupement synthétique sous la forme d'un tableau²⁸, mettant en correspondance : les rôles de manager défini par **Henry Mintzberg**, les fonctions d'un cadre de santé responsable d'une équipe de suppléance²⁹ et le référencement des compétences d'un cadre de santé³⁰. Il ressort de l'analyse de cette grille que quatre rôles identifiés par le sociologue s'appliquent préférentiellement aux fonctions d'un cadre de santé responsable d'une équipe de suppléance. Il s'agit du leader, du répartiteur de ressources, du diffuseur et de l'entrepreneur.

Les compétences professionnelles induites par ces rôles sont :

- Prévoir les activités et les moyens nécessaires pour un secteur d'activité de soin,
- Contrôler et évaluer les activités,
- Manager les compétences individuelles et collectives d'une équipe,
- Communiquer, transmettre les informations et rendre compte,
- Conduire une démarche qualité et de gestion des risques.

Comme le stipule **Paule BOURRET**³¹ « *Les cadres sont amenés à contribuer à la logique de rationalisation, ce qui les place effectivement en position décalée face aux soignants* ». Du fait de son rôle de leader, le cadre de santé est porteur et garant des valeurs de l'équipe. Il donne sens et permet de maintenir une cohésion dans ce contexte, en évaluant objectivement les charges de travail des services et en mettant en place les moyens humains en regard. Il s'agit de mettre le bon professionnel, au bon endroit, au bon moment. Cette évaluation objective n'est envisageable que par un travail en collaboration avec les cadres de proximité des différents services. Le manager responsable de l'équipe de suppléance doit réussir à positionner cette dernière auprès des multiples acteurs et favoriser son intégration.

Ainsi, il met en exergue l'intérêt partagé à travailler main dans la main. En effet, l'équipe mobile peut permettre d'améliorer la qualité de vie au travail des soignants et de maintenir une qualité des soins en offrant un soutien ponctuel rendu nécessaire par une surcharge de travail.

Ainsi, les qualités communicationnelles de ce cadre de santé doivent être développées. Le mode d'expression oral et la façon de s'exprimer devant son équipe ou ses collègues instituent un mode de management. Classiquement, nous pouvons en distinguer quatre types :

²⁸Cf annexe 2.

²⁹Déterminées à partir du projet pédagogique de l'IFCS ESM en corrélation à mon expérience professionnelle en tant qu'ancienne IDE « pool ».

³⁰Cadre de santé : référentiels d'activités et de compétences. Document de travail du Ministère des affaires sociales et de la santé - DGOS 2012. <http://www.syndicat-infirmier.com/Cadre-de-sante-Referentiels-d.html>.

³¹BOURRET Paule. Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible. Paris. Edition Seli Arslan, 2006, 284 pages.

Le management directif : dérivant du mode autoritaire, l'objectif étant que les collaborateurs soient efficaces en organisant et en structurant par une forte prescription des procédures. Cela génère de la sécurité.

Le management persuasif : l'objectif étant que les collaborateurs adhèrent en les accompagnant et en les associant. Cela génère de la confiance.

Le management participatif : l'objectif étant que les collaborateurs soient partis prenantes en les mobilisant et en les impliquant. Cela génère de l'engagement. Ce type de management développe la participation active de chacun suscite les idées et les suggestions et en tient compte. L'équipe est impliquée dans les délibérations et la prise de décision. Le cadre écoute, analyse et conseille. Il apporte assistance quand cela est nécessaire. Il règne au sein de l'équipe une ambiance de partage et de partenariat.

Le management déléguatif : l'objectif étant la responsabilisation des acteurs en développant leurs compétences. Ce type de management génère de l'autonomie.

Considérant la spécificité du management de professionnels à distance, il semble que le type participatif ainsi que le type déléguatif soient les plus adaptés à l'encadrement de cette équipe de suppléance. Ce management reposant sur la responsabilisation des acteurs, la constitution d'une équipe autonome, dépend en grande partie de la diversité et de la complémentarité des membres qui la compose. Le positionnement des infirmiers requière la définition des fonctions et des postes en y précisant les compétences attendues. La communication doit être régulière et peut utiliser différents types de supports (téléphone, SMS, mails, documenthèque...). Le mode de management proposé de ces équipes repose sur des valeurs de respect mutuel : reconnaissance de l'autre, de ses qualités, de ses compétences et de ses limites. Le cadre de santé se trouve ainsi dans un modèle nouveau de relations sociales où il doit coordonner des professionnels ayant une autonomie relative dans leur travail.

Chaque service a des pratiques de soins, d'organisations et des conditions de travail différentes. La standardisation ou l'uniformisation des procédures, des protocoles, des organisations (armoire à médicaments, salle de soins, rangements des réserves...) peut être recherchée pour permettre une meilleure réactivité et adaptation des infirmiers suppléants et favoriser des conditions favorables à la mobilité interservices³². Ainsi, nous pouvons donc mesurer l'importance et l'utilité de tenir à jour et de réactualiser des supports d'information comme outil de référence ou de découverte au sein des unités.

En parallèle, le soignant suppléant peut effectuer un « *benchmarking* » de ce qu'il observe. Il s'agit pour lui de retenir le meilleur de la technique, du relationnel, de l'observation de chacun pour permettre un accroissement de la qualité. Le cadre peut d'ailleurs tout à fait favoriser des échanges et permettre à chacun de s'interroger sur les pratiques des uns et des autres. L'objectif pouvant être d'unifier et de fluidifier les pratiques en dégagant celles qui peuvent sembler les plus pertinentes. Des actions permettant un apprentissage par l'expérience peuvent ainsi être mises en place : réseau d'échange, co-production, débriefings et toute autre méthode d'élucidation. L'accent doit être mis sur l'importance du travail d'explicitation qui tend à transformer des connaissances en savoirs.³³

Il y a là un véritable défi managérial de partage de compétences à relever dans un paysage de collaboration.

³² Projet d'établissement CHU limoges 2012-2016. Leviers d'actions à conduire ciblés dans le projet de mobilité du CHU de limoges. http://www.chu-limoges.fr/IMG/pdf/projet_d-etablissement_light-2.pdf.

³³ V. LE BASTARD, Fédérer autour d'un projet, cours ESM.

3.2 Compétences : une nouvelle culture de gestion

Le terme de qualification, rendant compte de savoirs et de savoir-faire permettant d'assurer un poste particulier c'est largement vu mis à mal par l'apparition et l'usage de celui de compétence. La notion de compétence correspond à de nouvelles orientations de l'emploi et rend compte également d'exigences différentes. Nous ne demandons plus seulement aux employés de tenir un poste, mais de contribuer à la performance et au processus d'amélioration de l'organisation. La compétence introduit une individualisation du rapport salarial.

La notion de poste évoquant un travail prescrit est remplacée par celle d'activité permettant une plus grande flexibilité (en décloisonnant les postes), autonomie et polyvalence des salariés. Le concept de compétence introduit également une culture du résultat, de contribution de l'individu à l'efficacité et à la valeur ajoutée de l'entreprise.

Dans ce modèle, l'individu doit être en capacité de prendre du recul pour « apprendre à apprendre ». Apprendre de ses expériences est à présent enseigné dans le nouveau référentiel à travers la pratique réflexive. La formation doit permettre d'acquérir une attitude proactive.

La gestion des compétences est apparue dans les années 80 en France et a connu différentes évolutions. Depuis 2005, la GPEC est devenue incontournable dans les entreprises de plus de 300 salariés. Elle permet de répondre à des enjeux multiples d'anticipation, d'optimisation, ou encore d'évolution vers de nouveaux métiers. Elle est donc tout autant essentielle que la gestion des recrutements ou que celle des relations sociales. Optimiser le domaine de gestion des compétences est un objectif qui permet à la fois de répondre à des impératifs de compétitivité à travers l'efficacité, la qualité et la performance mais également de sécuriser les parcours professionnels des salariés.

La pratique de la gestion de compétences permet une plus grande flexibilité, dans une dynamique d'évolution, de changement ainsi qu'une dimension prévisionnelle. L'individu est ainsi « partenaire-responsable » de la performance finale et de l'évolution de sa trajectoire professionnelle. En contrepartie de la participation du salarié à la valeur ajoutée de l'entreprise, cette dernière doit lui apporter les moyens de construire sa trajectoire professionnelle. Deux outils centraux permettent l'instrumentation de la GPEC : l'entretien annuel et les référentiels. Ils peuvent être enrichi et complété par des outils permettant le développement de la compétence via la formation.

La gestion des compétences peut être enrichie par la gestion des talents. « *La gestion des talents vient compléter la gestion des compétences en accordant une place entière aux compétences uniques des collaborateurs, celles qui ne sont pas inscrites dans la fiche de poste et qui leur procure une valeur ajoutée.* »³⁴. Certains individus expriment leur valeur ajoutée en dehors du référentiel de compétences, nous pouvons assimiler cela à une forme de talent, nécessitant également une reconnaissance de l'enrichissement qu'ils apportent.

Dans le domaine du soin, l'évolution rapide et permanente des techniques médicales et la mise en place de la démarche de qualité sollicitent énormément les professionnels. Il est attendu de ces derniers qu'ils développent leurs compétences pour s'adapter aux nouvelles organisations et techniques de soins sous l'orchestration des managers.

³⁴DEJOUX Cécile. Gestion des compétences et GPEC. Paris. 2ème édition Dunod, 127 pages, 2016.

3.3 Le management par les compétences : clefs et outils de l'encadrement d'une équipe infirmière de suppléance

Comme il l'est stipulé dans le recueil de pratiques de l'ANAP³⁵, pour lever les freins à la mobilité, il est nécessaire de construire différents outils : les supports d'entretien d'évaluation associant le projet individuel de formation, les souhaits de mobilité, facilitant ainsi le recoupement des aspirations individuelles des agents et les besoins de l'établissement ainsi qu'une cartographie des emplois. Ils s'inscrivent globalement dans une démarche de GPEC pour anticiper et mettre en adéquation les compétences des agents au regard des évolutions de l'établissement.

*« Souvent réduite à sa dimension procédurale « contrainte », elle doit pourtant être considérée comme une source de richesse pour les professionnels de la santé. Elle leur permet en effet d'évoluer, d'enrichir leurs pratiques professionnelles. Certains établissements l'ont bien compris et utilisent la mobilité et l'amélioration de l'employabilité comme un levier d'attraction pour les professionnels et, par voie de conséquence, comme un levier de la performance. »*³⁶

Une table ronde en 2013 autour du sujet de l'accompagnement de l'évolution professionnelle par la mobilité et la formation³⁷, met en lumière les enjeux partagés par les employeurs et les agents.

Ainsi, la mobilité selon cet article est :

- Une réponse à l'adaptation nécessaire des métiers
- Une nécessité compte tenu des contraintes
- Un moyen de redonner un second souffle à la carrière d'un agent

Les outils mobilisables par l'encadrement relevés lors de cet échange sont : le bilan de compétence ou professionnel, le tutorat ou encore l'accès à la formation.

*« La référence à une logique de compétences cible une double évolution du système de santé : la recherche d'une organisation de travail de plus en plus réactive face à un environnement incertain et l'initiative accrue du professionnel face à une logique de services. »*³⁸

La cadre de santé, dans cet environnement, doit mettre en place les moyens nécessaires afin de disposer de soignants possédants des compétences permettant de répondre à des besoins évoluant. Certains outils RH permettent cette anticipation.

3.3.1 GPEC et cartographie des compétences

L'objectif d'un manager est de permettre une gestion efficace des compétences, de faire la bonne équation en connaissant les ressources de l'équipe. Nous parlons indissociablement de qualité des soins, de services rendus et de la qualité des soignants. Dans le milieu sanitaire et social, la coopération et la complémentarité des acteurs participent à l'efficacité. Cette

³⁵ANAP. Améliorer la gestion des ressources humaines de la mobilité. <http://www.anap.fr/publications-et-outils/detail/actualites/ameliorer-la-gestion-des-ressources-humaines-la-mobilite-professionnelle/>.

³⁶Christian Anastasy, Directeur général de l'ANAP.

³⁷Table ronde du 10 avril 2013 du centre national de la fonction publique territoriale. « *Accompagner l'évolution professionnelle par la mobilité et la formation* » https://www.cdg35.fr/beacdf17e90166e1ba64332030865eexy/iedit/11/13291_15166_8._Accompagner_l'evolution_professionnelle_par_la_mobilite_et_la_formation.pdf.

³⁸Dumas Catherine « *Le développement du management par les compétences au sein des pôles* », soins cadres n°71, août 2009, p 28-30.

recherche de qualité va de l'individuel au collectif, du particulier au général. Elle nécessite des choix managériaux. Le cadre de santé doit définir, orienter et orchestrer des objectifs, concevoir des stratégies, fixer des programmes et des actions, sans oublier de contrôler et d'évaluer ces démarches.

*« L'objectif est de générer plus d'autonomie et d'introduire une culture du résultat pour tendre vers une logique d'efficience. Pour atteindre cet objectif d'efficience, les compétences professionnelles, qu'elles soient acquises et/ou détenues par une autorité légitime (métier) ou de fait (en dehors du champ attendu), doivent s'exprimer pour servir cette organisation et bénéficier d'une valorisation. Aussi, l'enjeu repose sur la dynamisation du potentiel humain à l'hôpital ».*³⁹

C. PARMENTIER⁴⁰, chercheur et enseignant, révèle l'importance d'une cartographie élaborée par l'équipe d'encadrement afin de gérer la mobilité des salariés. La méthodologie de sa constitution s'appuie sur un traitement des données passant par : un tri, un classement, une projection. Anciennement, les métiers étaient structurés autour de la notion de qualification. De nos jours, le concept de compétence, faisant davantage référence à l'individu et à sa capacité à faire face à une situation est mis au cœur des organisations et des dispositifs de formation. *« Aujourd'hui on ne gère plus des emplois ou des hommes mais des compétences, on ne recherche plus des candidats, mais des compétences et on fait des bilans...de compétences, bien évidemment »*⁴¹

Sur le plan qualitatif, un recensement des compétences existantes et des besoins est donc préconisé. Leur modalité de développement doit dans la mesure du possible être mit en correspondance. Il faut dès lors prévoir des outils nécessaires à l'évaluation et au suivi : bilan de compétences, entretien professionnel, analyse de situations, référentiel ou encore cartographie. Ainsi, les compétences détenues par le salarié peuvent être mises au regard de celles requises dans son exercice.

Les comparaisons entre la cartographie des compétences individuelles et des emplois peuvent ainsi être utilisées comme outil :

- De recrutement : la description des compétences d'un métier permet d'établir une grille de profil afin d'identifier le candidat le plus apte à l'embauche
- D'évaluation des performances des salariés
- De mobilité : permet d'évaluer vers quelle cible peut être dirigé le professionnel sans nécessiter trop d'effort d'adaptation
- De formation : l'évaluation des compétences en rapport à un métier cible permet d'identifier les besoins en formation pour combler l'écart

La cartographie est donc un outil incontournable. Un état prescrit peut ainsi être appréhendé à partir d'un état décrit. Des aires de mobilité sont identifiées entre les fonctions, construite autour des référentiels et orientées vers des parcours de formation.

Dans le cadre de la mobilité interservices, les compétences attendues des soignants doivent être cartographié d'une façon générale et recouvrir les spécificités des différents services sur lesquelles l'infirmier est appelé à exercer. Cette perspective de gestion permet également de prévoir la réalisation de formation en vue de favoriser l'adaptation des soignants aux évolutions des professions et de l'entreprise.

³⁹ DUMAS Catherine « *Le développement du management par les compétences au sein des pôles* », soins cadres n°71, août 2009, p 28-30.

⁴⁰PARMENTIER Christophe « *Une cartographie métiers pour gérer des mobilités de salariés* ». https://www.cairn.info/article_p.php?ID_ARTICLE=MAV_015_0120.

⁴¹PARMENTIER Christophe « *Une cartographie métiers pour gérer des mobilités de salariés* ». https://www.cairn.info/article_p.php?ID_ARTICLE=MAV_015_0120.

3.3.2 Le recrutement

Moment décisif, il permet d'établir le contrat, de fixer les règles de cette mobilité auprès des infirmiers et le rôle des différents acteurs. Les échanges et l'expression des agents permettent de déterminer leurs motivations, de clarifier et de réaffirmer les valeurs partagées ainsi que les objectifs et les résultats souhaités. Cette étape peut permettre au soignant de se situer dans son choix d'évolution de carrière, dans son projet mais également dans son statut d'infirmier polyvalent.

J'ai pu relever dans le projet d'établissement du CHU de Limoges, le souhait de la direction de mettre en place des stages de « découverte » et des échanges interservices afin de développer et de recenser les possibilités de mobilité des agents, mais également, de réduire le risque d'erreur d'affectation.

Le recrutement peut également être facilité par l'existence d'un référentiel ou d'une cartographie déjà explicitée en amont. « *Plus que jamais, le défi des cadres est de manager les compétences des hommes* ». ⁴²

Monique Rivet, dans un article intitulé « *Recherche de la performance ou émergence des talents dans la pratique infirmière* » établit une classification en trois niveaux des démarches de management des compétences :

- **Le niveau 1 correspond à la gestion des compétences** : c'est un répertoire établi par le DRH reprenant l'ensemble des compétences requises et celles détenues par les salariés. La meilleure adéquation entre besoins et ressources est ainsi recherchée.
- **Le niveau 2 correspond au management des compétences** : Il s'inscrit au niveau managérial et cherche à développer les compétences métiers afin d'améliorer les performances.
- **Le niveau 3 correspond au management par les compétences** : Les compétences stratégiques développant la professionnalisation et favorisant l'employabilité sont identifiées, la direction effectue des choix pour l'entreprise en regard.

« *Les diverses missions des établissements de santé, de la satisfaction des clients à la gestion de la qualité, conditionnent la recherche des compétences des individus.* » ⁴³

Il s'agit donc de cerner le profil d'un professionnel apte à travailler sur une équipe de suppléance, mais également, de construire par la suite avec lui son parcours de soignants « mobiles ».

La mobilité horizontale est une opportunité permettant aux soignants de « se confronter à autre chose », d'élargir les compétences, d'éviter l'ennui et la démotivation. Elle est aussi devenue un modèle de développement de carrière à long terme. Elle peut être présentée comme une étape intermédiaire permettant par la suite une évolution verticale au sein de l'entreprise.

3.3.3 L'accueil, l'intégration

L'accueil et l'intégration d'un agent sont des moments clefs susceptibles de déterminer et d'influencer sa motivation et son vécu professionnel. Une notion d'accompagnement à l'intégration est régulièrement apparente dans les différentes politiques institutionnelles de mobilité. Les acteurs de l'intégration sont multiples : DRH, cadre supérieur de santé, cadre de

⁴² RIVET Monique « *Recherche de la performance ou émergence des talents dans la pratique infirmière ?* » SOINS CADRES n°80, novembre 2011, p 24-28.

⁴³ RIVET Monique « *Recherche de la performance ou émergence des talents dans la pratique infirmière ?* » SOINS CADRES n°80, novembre 2011, p 24-28.

santé de proximité et équipes. Les ressources nécessaires ciblées sont : le livret d'accueil, le tutorat et le référentiel de compétences.

L'identification de personnes ressources sur lesquelles s'adosser s'avère nécessaire. Un système de tutorat peut permettre une facilitation de l'intégration de l'agent. Il s'agit d'une forme de développement et de transfert de compétences par les pairs. Il peut s'agir d'une personne référente (plus ou moins formalisée) vers laquelle l'infirmier pourra se tourner afin d'émettre ses questionnements.

La formation par les pairs est cependant une charge de travail supplémentaire éprouvée par les équipes. Cette responsabilité demande de l'énergie, de la patience, du temps, de l'investissement personnel et une capacité à accepter d'être observé. Cela montre bien l'intérêt de ne pas user les soignants en leur demandant sans cesse de participer à l'accueil et à l'accompagnement de nouveaux. Ainsi, il faut effectuer le maximum pour recruter les bonnes personnes, fidéliser et maintenir dans le temps le personnel mobile.

Grâce à ses connaissances du soin, sa vision transversale et ses compétences managériales, le cadre de santé doit anticiper, planifier et accompagner les prises de fonctions des infirmiers afin qu'ils acquièrent l'autonomie et la maturité nécessaire à l'exercice en interservices. Il semble évident de devoir prendre et laisser du temps aux soignants afin qu'ils s'adaptent et trouvent des repères. La bienveillance du manager se situe dans la prise en compte des atouts et des difficultés des professionnels qui font partie de l'équipe.

L'élaboration du parcours d'intégration est individualisée et construite en collaboration avec les soignants. L'objectif étant de lever les appréhensions et d'enclencher des échanges nécessaires à la compréhension des organisations mises en place et des pratiques soignantes.

3.3.4 L'accompagnement

« L'accompagnement de la mobilité professionnelle constitue un des leviers de développement de la gestion des ressources humaines. C'est à la fois un facteur de fidélisation des professionnels, un axe de la politique de gestion des carrières et de développement des compétences. »⁴⁴

Le concept d'accompagnement a été étudié et décrit pas de nombreux auteurs. **Maela PAUL** explique que : *« L'accompagnement s'inscrit dans un contexte d'injonction à « se construire soi-même », à « être le responsable de son histoire, de son parcours », à « entrer dans une dynamique de projet ». Le travail « avec » autrui présuppose donc que soit reconnue la dimension de sujet dans son rythme propre, ses résistances, son histoire et les contextes qui sont les siens, où toute forme d'intimidation est exclue. »⁴⁵*. Il s'agit donc d'une forme de cheminement mutuel, dont la finalité est d'accroître l'autonomie de l'accompagné (notion mise en exergue dans les attendus d'un soignant « mobile »).

Comme le stipule **Estelle Sulpice** dans *« Accompagner les infirmières lors de la mobilité ponctuelle »*, nous pouvons regrouper trois notions différentes autour du mot « accompagner » : guider (ou proposer une orientation), conduire (ou donner une direction), escorter (ou apporter une protection).

Le cadre de santé doit accompagner les soignants au quotidien ainsi que dans le développement de leurs compétences, en mettant à disposition les ressources de l'environnement leur permettant d'évoluer. La montée en compétence permet ainsi de

⁴⁴ANAP. Améliorer la gestion des ressources humaines de la mobilité. [Consulté le 26/04/2017]. Disponible : <http://www.anap.fr/publications-et-outils/detail/actualites/ameliorer-la-gestion-des-ressources-humaines-la-mobilite-professionnelle/>.

⁴⁵PAUL Maela *« L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique »*, 2004. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-3-page-13.htm>.

répondre au besoin de sécurisation des professionnels en situation de mobilité.⁴⁶ L'intérêt d'un parcours polyservices peut également se situer dans l'acquisition de qualifications en vue d'un projet professionnel en construction.

Walter HESBEEN⁴⁷ considère que le métier de cadre de santé est un métier qui se pense dans la proximité et au cœur des soins. Le cadre est issu de la culture soignante et doit continuer à en être un, non pas directement pour les patients mais pour son équipe. Le management est au cœur de l'activité du cadre et nécessite de porter un regard éthique et bienveillant sur les agents. Les multiples réformes des organisations de santé ne doivent pas éloigner le manager du sens de sa fonction : être garant du plaisir au travail de ses équipes reposant sur des liens de confiance et de dialogue, n'hésitant pas à se remettre en question dans un contexte de plus en plus complexe.

Les approches individuelles qui sont une forme d'accompagnement, permettent d'appréhender la trajectoire de chaque agent, d'élaborer des plans de carrière et de sceller des engagements.

3.3.5 L'évaluation

L'identification des difficultés potentielles d'un infirmier en rapport à certaines activités, services ou soins doit être défini dans la mesure du possible avec ce dernier. Des mesures correctives à mettre en œuvre sont alors envisagées. Outre l'évaluation des compétences, l'évaluation peut aussi prendre le visage de l'évaluation de la différence et parfois, des talents.

« Rechercher dans quel domaine l'autre possède un talent et savoir l'utiliser font partie de la stratégie du management. Avant de pouvoir les employer, il s'agira de les détecter par une évaluation critériée argumentée, dans une posture d'évaluateur fondée sur le renforcement positif, excluant les attitudes guidées par les affects, et misant sur la responsabilisation et l'autonomie des membres de l'équipe. Le cadre de santé aura surtout à cœur de favoriser l'émergence des talents en ayant présent à l'esprit les 10 critères d'une équipe performante, à savoir : la coopération, la communication, la remise en question, l'ouverture à la différence, la mobilisation, la créativité, la mise en projets, la mise en perspective des réflexions, la continuité et la vigilance »⁴⁸

3.3.6 L'implication

Comme le stipule **Catherine Dumas** dans son article sur le management par les compétences, ce type d'encadrement permet d'individualiser la performance des soignants. Stimuler et valoriser l'effort de chacun est alors possible à travers la contractualisation d'un accord d'objectifs et de moyens, individualisant la relation de travail. Ainsi, le professionnel est également responsable et acteur de son activité. *« La gestion des compétences accroît l'équité et l'objectivité dans la prise de décisions concernant leur carrière, en fournissant un cadre commun et des indicateurs clairs des comportements attendus »⁴⁹*.

Afin d'assurer un fonctionnement de qualité au quotidien, un personnel compétent, motivé et impliqué est nécessaire. Reconnaître la valeur professionnelle des agents dans l'exercice de leur fonction et leur permettre une prise de responsabilité au sein des services et des instances sont des leviers managériaux importants.

⁴⁶ SULPICE Estelle « *Accompagner les infirmières lors de la mobilité ponctuelle* », SOINS CADRES Vol 23 - N° 92. S27-S29 - novembre 2014.

⁴⁷ HESBEEN Walter. Cadre de santé de proximité. Un métier au cœur du soin. Issy-les- Moulineaux. Edition Elsevier Masson, 2011, 155 pages.

⁴⁸ RIVET Monique « Recherche de la performance ou émergence des talents dans la pratique infirmière ? » SOINS CADRES n°80, novembre 2011, p 24-28.

⁴⁹ DUMAS Catherine « *Le développement du management par les compétences au sein des pôles* », Soins Cadres n°71, août 2009, p 28-30.

3.3.7 La formation

Il existe une co-responsabilité du salarié et du supérieur hiérarchique dans la gestion de sa carrière. En matière de développement des ressources humaines, la qualité est en lien direct avec la formation. L'acte de former doit être pensé en ces termes, de la formation initiale à la formation continue. L'investissement de l'institution fertilise l'engagement des professionnels. La qualité se prépare et s'entretient tout au long d'une carrière.

Comme nous l'avons vu précédemment, la compétence connaît de nombreux contours (temps, champs d'action...) contrairement à la qualification par un diplôme qui elle s'acquiert une fois seulement. Le développement de compétences peut revêtir différents sens : meilleur degré de maîtrise ou élargissement des compétences.

➤ L'évolution du référentiel infirmier de formation : l'intégration des compétences dans la formation initiale

Les accords de Bologne marquent de nouvelles politiques éducatives visant à faire de la diffusion des savoirs un moteur du développement économique et social. C'est dans ce changement de paradigme que s'inscrit la modification de la formation initiale des infirmiers (référentiel de formation régi par l'arrêté du 31 Juillet 2009) avec une approche par compétences et non par actes. Ainsi le développement de cette approche coïncide avec les attentes exprimées à son égard d'une meilleure contribution à la professionnalisation des personnes formées.

« Dans cette perspective, il ne s'agit plus de faire produire des comportements reproductibles, mais de développer des dispositions à générer des conduites adaptées face à des situations diverses et changeantes. »⁵⁰

« Les pressions récentes à la professionnalisation s'inscrivent dans un contexte de mutations sociales et économiques caractérisées par des restructurations de secteurs de production, par un renouvellement fréquent des métiers, par une évolution des formes et de l'organisation du travail. L'individu est censé prendre des initiatives, s'adapter, être autonome dans la réalisation des tâches, évoluer dans ses fonctions et, le cas échéant, changer de métier plusieurs fois au cours de sa carrière professionnelle. Dans un tel cadre, l'apprentissage de comportements types apparaît peu opératoire. Le modèle de la compétence, conçue comme une organisation cognitive évolutive permettant d'apporter des réponses comportementales adaptées en fonction des caractéristiques d'une situation, semble idéalement s'ajuster sur les attendus d'éducation liés à ce contexte. Ainsi les milieux professionnels et les employeurs valorisent et renforcent le recours à ce modèle qui est aussi convoqué dans la gestion des compétences internes aux entreprises. »⁵¹

La notion de compétence ne s'arrête pas à une formation initiale. Chaque professionnel continue à acquérir et développer ces dernières tout au long son exercice. La formation se doit donc d'être mise en avant et valorisée : nous ne sommes jamais compétents à vie.

⁵⁰ CHAUVIGNE Christian, COULET Jean Claude « *L'approche par compétences : un nouveau paradigme pour la pédagogie universitaire ?* ». Disponible : <https://rfp.revues.org/2169>.

⁵¹ CHAUVIGNE Christian, COULET Jean Claude « *L'approche par compétences : un nouveau paradigme pour la pédagogie universitaire ?* ». Disponible : <https://rfp.revues.org/2169>.

➤ La formation continue

« L'employeur a l'obligation d'assurer l'adaptation de ses salariés à leur poste de travail. Il veille au maintien de leur capacité à occuper un emploi, au regard notamment de l'évolution des emplois, des technologies et des organisations. Il peut proposer des formations qui participent au développement de compétences. »⁵²

La déclinaison de cette loi peut s'effectuer autour de 4 outils valorisant la codécision « employeur-employé » :

- **L'entretien professionnel** permettant d'effectuer une évaluation via le bilan de compétences. Le salarié identifie les objectifs pour améliorer ses compétences, effectue des choix de formation et des souhaits d'évolution. Cette rencontre est formelle et préparée.
- **L'accompagnement par le plan de formation** (CIF, DIF...)
- **Le passeport formation** permettant de faire la traçabilité des postes, expériences, compétences et formations acquises.
- **La VAE** permettant une reconnaissance des compétences

L'importance de la formation dans la qualité de soins n'est plus à démontrer, l'obsolescence des connaissances est rapide au vu de la vélocité des évolutions dans le domaine de la santé.

L'individualisation des parcours de formation permet d'optimiser l'employabilité des salariés et de répondre au besoin de sécurité de l'emploi. La gestion des carrières fait aussi partie des solutions et des arguments performants permettant d'attirer et de fidéliser les soignants. Dans certains projets d'établissements, il est notifiable que leur ambition est de construire une gestion des ressources humaines tenant compte de l'évolution des métiers et donc des besoins en formation afférents. Dans ce sens, accroître les compétences des professionnels de santé permet également d'augmenter le potentiel de proposition de pratiques paramédicales avancées.⁵³

Le management par les compétences permet l'identification de celles qui sont stratégiques et développent la professionnalisation. La gestion des plannings et des affectations permet de renforcer l'acquisition de certains savoirs, savoir-faire et savoir-être en répondant au besoin expérientiel et de partage d'expérience nécessaire à chaque infirmier pour continuer à évoluer. Il semble que cette gestion tienne une place cruciale dans le management de cette équipe.

3.3.8 La gestion des plannings

« La mise en œuvre des 35 heures s'est accompagnée tantôt de la persistance d'anciens horaires et/ou roulements rendant plus complexes la gestion du temps, tantôt de remise à plat, profonde, sur un mode participatif. Des enjeux majeurs accompagnent l'organisation du temps de travail des soignants : enjeux de qualité de prise en charge des patients, enjeux financiers, enjeux symboliques et sociaux. »⁵⁴

La gestion des plannings est au cœur de la gestion du temps de travail des soignants. De nombreux enjeux gravitent autour, tant pour les infirmiers que pour le cadre de santé. A la fois facteur d'efficacité et des bonnes relations de travail, la gestion des plannings constitue un point d'équilibre, un compromis. Les plannings peuvent être un véritable levier d'action pour le

⁵² Article L.930-1 de la loi du 4 mai 2004.

⁵³ Projet d'établissement CHU limoges 2012-2016. Leviers d'actions à conduire ciblés dans le projet de mobilité du CHU de limoges. http://www.chu-limoges.fr/IMG/pdf/projet_d-etablissement_light-2.pdf.

⁵⁴ANAP. Rapport Temps de travail des soignants et organisation des services dans les hôpitaux et cliniques. http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/avant_2009/RF_chantier_appfondissement_temps_des_soignants_10_07_08.pdf.

cadre de santé, dans une logique « donnant-donnant ». Cette activité est extrêmement chronophage.

Le cadre de santé responsable de cette équipe est donc par extension responsable d'une grande partie des remplacements sur l'établissement d'exercice. Il assure la gestion quotidienne des plannings des agents dans le respect de la loi, de la réglementation sur le temps de travail, du code du travail et parfois d'accords d'entreprise. Il doit faire preuve d'équité tant dans la gestion des remplacements pour les services demandeurs que pour la gestion des présences et absences du personnel suppléant. Ainsi, il veille à l'équilibre. La gestion des plannings des infirmiers suppléants et leur analyse permet également aux RH d'avoir un œil sur la consommation en remplacements de chaque service ou secteur.

L'accompagnement de la mobilité doit être pensé, solide et transparent. Seul un service mobile de qualité conduit par un manager averti, permettra progressivement de construire une identité à cette équipe et d'y développer un sentiment d'appartenance. Cette construction passe par un esprit d'ouverture des acteurs et partenaires en termes d'écoute et de respect de chacun. Un travail de valorisation fondé sur une structuration des règles de ce service, le développement et le renforcement des compétences est nécessaire pour lui conférer un statut de professionnalisme. Il apparaît là un véritable défi managérial de partage des compétences à relever. Alors, nous verrons apparaître, un paysage inédit de collaboration, allant de l'individuel vers le collectif et du groupe vers l'individu.

4 L'INFIRMIER MOBILE D'UNE EQUIPE DE TYPE « SUPPLEANCE »

4.1 Qui est cet infirmier ? Existe-t-il un profil particulier ?

Assurer la continuité des soins avec du personnel formé et polyvalent est la mission première des équipes infirmières de suppléance, de renfort ou de pool. Il est cependant difficile de trouver des informations statistiques et descriptives sur les soignants concernés par ce type de mobilité interservices.

Afin de construire le profil d'un infirmier exerçant sur une équipe de type SICS, je me suis donc intéressée aux fiches de poste et aux offres d'emplois.

En m'appuyant sur une fiche de poste d'un SICS⁵⁵ de Tours, d'un SICS de Vienne⁵⁶, ainsi que sur une offre d'emploi d'un infirmier pour une équipe de suppléance sur un établissement du Val de Marne⁵⁷, je peux ressortir un profil technique et un personnel de l'infirmier mobile. Le profil personnel me paraît plus intéressant du fait de sa spécificité.

Les qualités recherchées d'un infirmier polyvalent sont donc :

- Un esprit d'initiative et un sens des priorités
- Une rigueur et le sens de l'organisation
- Une disponibilité et une adaptabilité
- Une capacité à travailler en équipe pluridisciplinaire
- Une curiosité intellectuelle, professionnelle et une ouverture d'esprit
- Une discrétion, une capacité d'écoute et d'accompagnement
- Une tolérance
- Une autonomie
- Des capacités à bien assurer les transmissions écrites et orales conditionnant une bonne circulation de l'information

Mais également des aptitudes liées au changement et à la volonté de progresser :

- Une volonté de réactualiser ses connaissances
- Une motivation pour apprendre et développer des compétences
- Faire preuve d'une attitude ouverte et constructive
- Faire preuve de solidarité
- Une faculté d'intégration assez rapide
- Une disposition à se remettre en question

Cette mobilité interservices demande donc beaucoup de capacités d'intégration (au sein d'équipes différentes et auprès de profils de patients variés), d'adaptation (entre les différentes organisations de services et les pathologies multiples prise en charge), d'écoute et de flexibilité.

La mobilité impose un dynamisme et une aptitude à se remettre en question, à évoluer. Elle induit une progression personnelle et professionnelle importante à travers un parcours qualifiant autonome.

⁵⁵CHRU Hôpitaux de Tours. Fiche de vacance de poste ou d'emploi Service SICS.

http://www.chu-tours.fr/assets/files/pdf/portail_emploi/2016/IDE_100_SICS.pdf.

⁵⁶Centre Hospitalier de Vienne. Fiche de poste IDE SICS jour.

<http://www.ch-vienne.fr/extranet/recrutement/emplois/318.pdf>.

⁵⁷CHIC, offre d'emploi équipe de suppléance.

<http://www.chicreteil.fr/offres-d-emploi-132/infirmier-diplome-d-etat-infirmiere-de-l-equipe-de-suppleance.html?cHash=a77c57af00e7901622fdf6d3b977a789>.

4.2 Quelles attentes l'infirmier a-t-il de la mobilité interservices ?

Pour expliquer les motivations d'un infirmier à exercer sur un poste de type suppléance, j'ai effectué le choix de m'intéresser au profil des soignants travaillant en intérim. En effet, il me semble que d'une certaine façon, un lien peut être effectué entre ces mobilités bien qu'elles soient différentes. Dans ces deux situations, les infirmiers sont sollicités afin d'effectuer une continuité des soins, dans des services différents dont ils ne sont pas issus.

Ainsi, sur un site de recrutement d'intérim⁵⁸, j'ai référencer 10 raisons de préférer ce mode d'exercice: conserver un emploi (et une employabilité), favoriser ses chances de trouver un emploi stable (type CDI), se créer un réseau professionnel, acquérir de l'expérience, développer des compétences professionnelles, accéder à une formation professionnelle, s'intégrer plus facilement au monde du travail, se familiariser avec des environnements professionnels différents, rompre la monotonie, bénéficier d'avantages sociaux.

Depuis les années 80, de nombreuses études nord-américaines ont cherché à mettre en exergue les raisons du « turn-over » ou de l'attractivité des hôpitaux. Nous parlons alors de « **magnet hospital** ». Selon Y. BRUNELLE⁵⁹, il semblerait que les facteurs d'attractivité d'un établissement de santé peuvent être regroupés sous huit conditions essentielles :

- L'autonomie professionnelle
- La sécurité et les supports au travail
- Une collaboration de qualité entre médecin et infirmiers
- La valorisation professionnelle, l'accès aux formations
- Des relations positives avec les pairs
- Un ratio de personnel adéquat
- L'attention portée au patient
- La recherche de la meilleure qualité de soins

Afin de rendre attractive la mobilité, par extension, nous pouvons postuler qu'il parait primordial de favoriser l'atteinte de ces différents facteurs de motivation. **Mais qu'en est-il plus précisément de la motivation des soignants à exercer sur un poste mobile ? Quelles sont leurs attentes ?**

Au vu du profil soignant recherché sur ces postes, les attentes des agents vis-à-vis d'une politique de mobilité peuvent donc être multiples :

- Recherche d'une mobilité permettant de ne pas s'enfermer dans une spécialité
- Effectuer un choix d'affectation éclairé
- Opportunité afin de développer une employabilité ou un projet professionnel en développant des compétences variées (techniques et relationnelles)
- Capacité à préserver une vue d'ensemble des prises en charge, une « polycompétence »

« À titre plus personnel, l'agent qui effectue une mobilité développe ses capacités et opère une montée en compétences. La mobilité est un outil pour enrichir son parcours, améliorer sa polyvalence et donc son employabilité. En effet, il expérimente de nouveaux cadres de travail, de nouvelles cultures professionnelles et démontre sa capacité d'adaptation. La découverte d'autres milieux lui permet également de reconsidérer ses méthodes de travail à l'aune des comparaisons possibles avec le fonctionnement du service dans sa collectivité antérieure. Cela lui offre des points de repère et lui permet d'objectiver ses intuitions ou observations. En

⁵⁸10 raisons de préférer l'intérim. <http://www.regionsjob.com/conseils/10-raisons-de-preferer-linterim.html>.

⁵⁹ Y. BRUNELLE (Chercheur à la Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (Canada)) « *Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner* ». Pratiques et Organisation des Soins, janvier 2009 (Vol. 40), p. 39-48.

se confrontant à l'altérité, il peut remettre en cause ce qu'il considérerait comme acquis, c'est à dire l'idée selon laquelle « l'organisation du travail dans son service est la meilleure possible » et vivre mieux des changements qui lui seraient proposés. »⁶⁰

Il semble donc que la notion de compétence soit en partie juxtapositive à celle de mobilité.

4.3 La notion de compétence individuelle

Le mot « compétence » est actuellement présent dans tous les discours et dans de multiples domaines. Il n'existe pas, à ce jour de définition socialement établie et faisant consensus de la compétence. C'est une notion complexe, définie par de multiples auteurs. La notion de compétence s'avère donc délicate à expliciter et dispose d'un réseau lexical riche. Ce concept peut être examiné dans une perspective individuelle ou collective. Cependant, les compétences se réfèrent toujours à des personnes car elles n'existent pas sans individus pour les porter.

La compétence implique des dimensions cognitives et métacognitives, relationnelles, des aspects intellectuels et pratiques. Elle s'est donc accompagnée d'une instrumentation nouvelle notamment sous la forme de référentiels de compétences.

Cécile DEJOUX, définit la compétence individuelle comme suit : *« La compétence individuelle est la combinaison d'un ensemble de connaissances, de savoir-faire et d'aptitudes qui dans un contexte donné, permettent d'aboutir à un niveau de performance attendu et validé. »⁶¹* La compétence est un savoir agir qui prend sens en rapport à une action.

Guy LE BOTERF, docteur en sociologie est incontournable lorsque l'on parle de compétence. Il précise *« qu'une personne sait agir avec compétence, si elle sait combiner et mobiliser un ensemble de ressources pertinentes, pour gérer un ensemble de situations professionnelles, définies par une activité clé »⁶²*

Nous pouvons donc dire que la compétence mobilise des ressources diverses. Elle est également en partie liée à l'intuition, l'esprit de synthèse, de décision et de confiance en soi d'un individu. C'est un savoir-faire opérationnel validé et entretenu car la compétence n'est jamais acquise de façon définitive.

Dans l'article *« Qualité de vie au travail et performance économique »* les auteurs, **Evangelina PERSONENI et Gilles CALMES** abordent la notion de développement des compétences. L'augmentation du potentiel des collaborateurs, via la formation et le développement de compétences est une technique de management, par la qualité, centrée sur l'individu.

4.4 La polyvalence

La polyvalence est un sujet qui ne laisse pas indifférent à l'hôpital. Dès que nous parlons de mobilité, le premier mot exprimé par les professionnels est celui de la polyvalence. Selon le Dictionnaire Larousse, la polyvalence est définie ainsi : *« Caractère de ce qui est polyvalent ;*

⁶⁰Les mobilités, un levier de management.

http://www.inet.cnfpt.fr/sites/default/files/mobilites_un_levier_de_management.pdf.

⁶¹ DEJOUX Cécile. Gestion des compétences et GPEC. Paris. 2^{ème} édition Dunod, 127 pages, 2016.

⁶²LE BOTERF Guy. Construire les compétences individuelles et collectives. Paris. 7^{ème} Edition argumentée Eyrolles, 307 pages, 2015.

qualité de quelqu'un qui a plusieurs spécialités ». Polyvalent « qui est efficace dans plusieurs cas différents ».

La polyvalence des infirmiers est un concept ancien. **Pierre JOANNON**, médecin, décrit dès 1930 les « *quatre domaines d'activités de l'infirmière polyvalente* » : l'hôpital, la lutte contre certains fléaux sociaux, le sanitaire et le social.

Selon **Theophile BASTIDE**⁶³, cadre de santé, le concept d'infirmier polyvalent est apparu dès les années 1930. La polyvalence des infirmiers est inscrite dans le programme de formation menant au diplôme d'état depuis 1992. L'infirmier est donc de formation initiale polyvalent. Cette formation de base généraliste instruite en IFSI et en partenariat avec les terrains de stage doit permettre à chaque nouveau diplômé de s'adapter à des spécialités. Ensuite, chaque infirmier effectue des choix de carrière et de services et peu à peu, se spécialise. Nous pouvons donc considérer que les infirmiers qui demeurent généralistes, polyvalents, sont ceux qui exercent à travers une démarche de mobilité dans des services différents.

*« La polyvalence requiert un état d'esprit et une volonté. Elle demande du courage car elle n'est ni banale, ni évidente comparé au côté rassurant que représente la spécialisation [...] »*⁶⁴

La formation dispensée en IFSI continue à évoluer afin de permettre aux futurs soignants d'acquérir des compétences et une réflexivité permettant une plus grande adaptation. La formation par alternance permet de développer la polyvalence dans l'apprentissage théorique et clinique. N'est-ce pas d'une certaine façon un choix de formation permettant d'anticiper une tendance à une plus grande polyvalence attendue dans les établissements de santé ?

4.5 D'une démarche qualité au parcours professionnalisant

La démarche qualité semble faire partie intégrante des politiques institutionnelles favorisant la mobilité des soignants. En effet, une politique qualité visant à l'harmonisation des pratiques est requise afin que les agents puissent exercer sur les différents services sans avoir la sensation de devoir réapprendre à travailler à chaque changement. Cette démarche peut s'engager par une confrontation des pratiques professionnelles internes et un « brassage » permanent des compétences.

En effet, la mobilité interservices à l'avantage, de permettre des échanges de savoirs et la diffusion de bonnes pratiques soignantes, de développer une approche transversale des pratiques (le personnel mobile est « catalyseur » des comparaisons de pratiques et d'organisations) et d'uniformiser les pratiques à travers une culture institutionnelle décloisonnant. Cependant, ces notions avantageuses ne sont possibles que si le savoir du personnel mobile est valorisé.

Le décloisonnement des services par la pratique transversale d'infirmiers mobiles est fondé sur la notion de mutualisation et de partage des ressources dans l'intérêt des patients. La mobilité au sein des services peut être un facteur d'épanouissement. Elle permet une meilleure appréhension des processus, des actions et des parcours de soins des patients au sein d'un établissement. Elle permet également de mieux situer le rôle de chaque professionnel. L'évolution vers plus de mobilité professionnelle des infirmiers réinterroge les organisations et les fondements identitaires. Le rapport au travail peut s'envisager pour certain davantage comme le développement d'une trajectoire personnelle que comme l'exercice d'une vocation.

« Loin d'être métamorphosées en individu calculateurs, davantage à la recherche de leur propre satisfaction qu'à celle d'autrui, les infirmières recherchent, dans l'accomplissement de

⁶³ BASTIDE Théophile « *Mobilité choisie, lien social et compétences infirmières* », Soins Cadres n°87, août 2013, p 44-48.

⁶⁴ MICHELETTI Patrick. « *La polyvalence sous toutes ses facettes* ». Edition d'organisation, 192 pages, 2002.

leurs objectifs, la voie qui leur permettra d'améliorer la qualité des soins, dans une perspective de réalisation personnelle et professionnelle. »⁶⁵

Le développement de cette trajectoire peut renvoyer au concept de parcours professionnalisant. Souvent rattaché à la formation et aux étudiants, il n'en est cependant pas l'apanage. Un professionnel peut construire son parcours personnalisé de professionnalisation tout au long de sa carrière.

« Placée au cœur des dispositifs des formations paramédicales et dans la lignée des travaux de R. Wittorsky (2007, 2012), la professionnalisation se définit comme un processus de construction et d'acquisition de savoirs professionnels, qui implique une mise en mouvement et une dynamique de transformation et de développement des individus par l'action.⁶⁶ »

En effet, comme le stipule **Guy LE BOTERF**⁶⁷, le raisonnement en termes de compétences est limité si nous ne prenons pas en compte les individus. Les compétences n'existent que par les professionnels qui les possèdent. *« Ce que le marché du travail requiert, ce sont des professionnels engageant les ressources de leur personnalité. Les compétences des référentiels sont des abstractions certainement utiles mais des abstractions. Seules les personnes existent ».*

Richard WITORSKY⁶⁸, maître de conférences, s'intéresse aux multiples voies de professionnalisation des individus et plus particulièrement, à partir des sphères du travail et de la formation. Pour lui, autour de la notion de professionnalisation, gravite celles de savoir, de compétence et d'identité. La professionnalisation peut donc être explorée d'un point de vue sociologique comme la construction de nouvelles professions ou dans un versant psychologique comme outil de socialisation des individus dans leur travail. C'est-à-dire une socialisation assurant un développement personnel et professionnel.

Le processus de professionnalisation est garant de la compétence au travail, de l'efficacité des soins, du respect du patient et de la production des savoirs infirmiers. Elle permet une meilleure compréhension de l'environnement professionnel. L'enjeu est de passer de l'idée d'une formation permanente à celle d'une professionnalisation continue par le biais de multiples ressources.

Le parcours professionnalisant doit se situer à la rencontre du projet personnel de l'individu et de l'intérêt de l'établissement. Le modèle de carrière nomade, permet à l'infirmier de développer ses compétences, de se construire un réseau et de mettre en sens son parcours professionnel. La professionnalisation comme prise de conscience d'une spécificité professionnelle peut modifier le cadre d'activité et en créer de nouveaux.

Par exemple, la pratique avancée est un nouveau mode d'exercice qui s'ouvre aux professionnels paramédicaux. L'objectif est de répondre aux besoins de santé et d'améliorer la prise en charge des patients chroniques, âgés, polyopathologiques ou encore, en situation de handicap. La formation et les diplômes nécessaires à cette pratique sont encore en discussion afin de reconnaître ce nouveau métier.⁶⁹ La co-construction d'un parcours

⁶⁵ BAILLY Isabelle « Les pôles d'activité au service de la reconstruction identitaire infirmière ». SOINS CADRES n°71, p 20-22, août 2009.

⁶⁶ PEOC'H Nadia « Accompagnement de la professionnalisation des infirmiers nouvellement diplômés en France : une étude qualitative ». Revue Francophone Internationale De Recherche Infirmière N°1, mars 2015, p57-64.

<http://www.em-consulte.com/article/968303#N1049B>.

⁶⁷ LE BOTERF Guy. Professionnaliser : construire des parcours personnalisés de professionnalisation. Paris. Edition Eyrolles, 169 pages, 2016.

⁶⁸ WITORSKI Richard. Professionnalisation et développement professionnel. Paris. Edition l'Hartmann, 190 pages, 2007.

⁶⁹ Entretien avec Marisol TOURAINE « Les groupements hospitaliers de territoire ont vocation à transformer les métiers de managers hospitaliers ». SOINS CADRES n°99, septembre 2016, p5-7.

professionnalisant d'un infirmier polyvalent ne lui permettrait-il pas de tendre vers ce type de nouveaux métiers ?

Afin de conclure ce cadre de référence, comme le stipule **C. DEJOUX**⁷⁰, il semble que parler de compétences en gestion revient à se situer dans les champs de trois disciplines :

- des RH, qui s'intéressent aux compétences individuelles
- du management , qui s'oriente davantage vers les compétences collectives de l'équipe
- de la stratégie de l'entreprise qui détermine les compétences clés attendues

L'essentiel étant de réfléchir à la façon dont nous pouvons créer du lien entre elles.

⁷⁰ DEJOUX Cécile. Gestion des compétences et GPEC. Paris. 2ème édition Dunod, 127 pages, 2016.

5 LA PROBLEMATIQUE

Au début de ce travail de recherche, je m'interrogeai sur le rôle et les outils du cadre de santé afin de pérenniser les infirmiers au sein d'une équipe de suppléance de qualité. A la suite de cette phase exploratoire, il semble que la notion de développement de compétences et les attentes personnelles des soignants soient incontournables à leur fidélisation. Ainsi, la place du manager serait à mettre en regard de ces attentes.

Cette approche théorique me conduit à affiner mon questionnement initial et à proposer une problématique de recherche :

Le management par le développement des compétences permet-il de pérenniser une équipe de suppléance ? La notion de parcours professionnalisant permet-elle de fidéliser le professionnel au sein de l'équipe ?

Pour répondre à cette problématique, deux hypothèses sont établies. Elles sont des affirmations, posées sous condition de vérification. Ces hypothèses seront donc mises à l'épreuve des procédures d'investigation.

Hypothèse 1

Le management de la mobilité interne par la valorisation et le développement des compétences est propice à la fidélisation des infirmiers d'une équipe de suppléance.

Hypothèse 2

L'absence de parcours professionnalisant individualisé est un frein au maintien des infirmiers sur des postes à mobilité interservices de type « pool ».

L'hypothèse 1 tient à la gestion managériale d'un collectif, d'un groupe et est relativement générale.

L'hypothèse 2, relève d'une gestion managériale individualisée, pour le soignant. Il faut y lire la notion d'« accompagnement individuel ».

6 L'ENQUETE

Le terrain d'enquête

J'ai effectué mon enquête de terrain au sein de cinq établissements hospitaliers différents sur Paris et dans le Val de Marne. La sélection des personnes interviewées s'est faite en raison d'une zone géographique et du type d'établissement (Public, ESPIC). En effet, j'ai fait le choix de solliciter des établissements de profils variés (taille, histoire, type de services) sur un territoire proche afin d'observer les variations managériales et les politiques institutionnelles de mobilité dans des environnements relativement similaires.

Il s'agissait de démontrer la nécessité de prise en compte des aspirations et des souhaits des infirmiers dans la gestion managériale autour de la thématique de mobilité interservices des équipes suppléantes. De plus, il me semble intéressant de profiter de cette enquête pour observer comment le cadre de santé met en œuvre et accompagne cette mobilité, montée en compétence et polyvalence en regard des besoins institutionnels et individuels.

Au cours de mon enquête, deux discours se devaient donc d'être recueillis afin de m'aider à évaluer la validité de mes hypothèses : celui du cadre et celui de l'infirmier. Je me suis entretenue avec ces deux types de populations.

Cinq cadres de santé, responsables de l'encadrement d'équipes de suppléance ont été interrogés. Six infirmiers « suppléants » ou « pools » ont été rencontrés.

Les managers interrogés sont tous des cadres supérieurs de santé, exerçant leur fonction pour quatre d'entre eux au sein de la direction des soins de leur établissement et pour un, à la direction des ressources humaines. Ils ont tous une expérience de cadre de proximité au sein de plusieurs services, préalable, de plusieurs années.

La présentation générale des établissements enquêtés ainsi que de l'organisation de la mobilité au sein de ces structures est exposée sous la forme d'un tableau à double entrée en annexe 4. Il ressort de ces entretiens que chaque structure possède sa politique institutionnelle, afin de répondre à des besoins précis et uniques.

Concernant le profil des personnes interviewées, il est renseigné de façon complète en annexe 5, dans les tableaux 1 et 2. Chaque cadre de santé exerce au sein de l'établissement identifié par le même numéro. Pour le dépouillement, C1E1 signifie par exemple : cadre n°1, établissement n°1.

Les infirmiers rencontrés sont toutes des femmes. Leur moyenne d'âge est de 29,6 ans. Il s'agit exclusivement d'une population appartenant à la génération « Y ». Aucune d'entre elles n'a d'enfants pour le moment. Deux, ont une expérience préalable d'aide-soignante. Une seule, a exercé en tant qu'infirmière en amont de l'équipe de suppléance. Leur ancienneté moyenne sur le pool infirmier est de 3 ans. Elle est quasi équivalente à leur ancienneté de diplôme. Leur descriptif sociologique est présenté en annexe 5. Pour le dépouillement, I1E1 signifie par exemple : infirmière n°1, établissement n°1. J'ai cependant rencontré deux infirmières dans l'établissement n°5. Elles sont référencées selon le même classement.

Les modalités d'enquête

L'enquête s'est déroulée sur une période approximative d'un mois et demi. En amont, j'avais effectué des demandes d'autorisations auprès des différentes directions avec un envoi des grilles de questions. Les entretiens ont été réalisés après l'accord de chaque personne interviewée. Des rendez-vous ont été ainsi programmés sur leur lieu de travail ou par téléphone.

Cinq des six infirmières interviewées pour l'enquête, m'ont été adressées par les cadres de santé responsables des unités de suppléance. L'un des cadres de santé m'a stipulé : « *de toute façon, on ne va pas vous orienter vers les soignants qui posent problème* ». Nous pouvons donc supposer que la fiabilité de l'échantillon infirmier peut être légèrement remise en cause du fait d'une sélection non aléatoire par les responsables d'encadrement.

L'objectif de l'entretien est annoncé à son début, ainsi que sa durée potentielle. La durée des interviews a été comprise entre 28 minutes et 2 heures. Je remarque que les entretiens auprès des infirmières ont été relativement plus courts. Un seul professionnel interrogé a refusé que ses propos soient enregistrés. L'anonymat des réponses a bien évidemment été rappelé et garanti.

L'outil d'enquête

Cette étude qualitative est de nature exploratoire. Il s'agit d'une enquête plutôt d'ordre subjective puisqu'elle s'intéresse au vécu des individus concernant le concept de mobilité. J'ai effectué le choix de mener cette recherche via des entretiens semi-directifs avec une demande d'autorisation d'enregistrement vocal. Il me semble que cet outil était plus adapté afin de permettre une expression libre à partir de questions prédéfinies. Ainsi, la richesse des réponses et leur diversité est à mon sens favorisé.

J'ai construit ce guide d'entretien et après validation de cet outil, j'ai débuté mon enquête. Je me suis rapidement rendue compte que l'ordre des questions n'était pas optimal. J'ai donc remanié ce premier support en construisant des axes de recherche reprenant les trois parties de mon cadre conceptuel. Je propose aux professionnels interviewés un espace de remarque ou de suggestion libre, à la fin de chaque rencontre.

Cet outil doit amener les cadres de santé responsable des unités de suppléance à évoquer le fonctionnement et l'organisation de ce type de mobilité dans l'établissement, puis, à évoquer progressivement les outils d'accompagnement qu'ils utilisent. Concernant les entretiens infirmiers, ce support doit m'amener progressivement à comprendre les attentes et les freins de cette mobilité.

Les limites de la méthodologie

Ces entretiens se sont déroulés après l'obtention d'accords de la part des directions des établissements. Il m'a donc fallu anticiper les demandes dès le mois de janvier afin de pouvoir mener à bien cette recherche et obtenir une variété suffisante de lieux et de personnes à interviewer.

Tous les cadres de santé contactés m'ont demandé de consulter mes grilles d'entretien avant de me donner leur accord pour les réaliser. La construction de celles-ci a donc dû être anticipée par rapport à la progression de ma réflexion et la mise par écrit de mon cadre de référence. Cela m'a mise en difficulté. En effet, ma question de recherche n'était alors à ce moment-là qu'une ébauche.

La seconde difficulté a résidé dans le fait que certains entretiens n'ont pas pu se dérouler en face à face pour des raisons organisationnelles ou de disponibilités. Ainsi, un entretien auprès d'un cadre de santé a été effectué par téléphone ainsi que trois entretiens infirmiers. Ne possédant pas de retour visuel sur les réactions ou les mimiques pouvant être faites durant ces échanges, cette configuration a rendu plus difficile les relances. L'expression corporelle est, je pense, indispensable à l'évaluation du ressenti des personnes. Cette absence de feedback rend moins aisée la perception des réponses données, de leurs qualités ou de leurs honnêtetés.

J'ai tout de même choisi de garder ces entretiens dans mon analyse, du fait de la qualité et de la concordance des réponses données avec les autres. Le manque de temps imparti pour cette recherche et la difficulté à trouver des personnes acceptant d'y participer ne me permettant pas également d'effectuer ce changement.

Parmi les difficultés que j'ai rencontrées dans la réalisation de l'enquête, je peux énumérer :

- Mon manque d'expérience dans le domaine de la recherche
- L'acceptation des rythmes des échanges, tels que les silences
- La nécessité de reformuler certaines questions sans induire de réponses
- L'absence de feed-back pour les entretiens effectués à distance
- Je pense également avoir permis trop de souplesse en ne voulant pas empêcher certaines informations

La matière obtenue me permet toutefois de penser que mes entretiens étaient adaptés au cadre de ma recherche même si je pense, que si je devais à nouveau repartir en enquête, j'effectuerai des modifications.

Les atouts de la méthodologie

Le choix de l'entretien semi-directif s'est révélé être un outil pertinent. Il a favorisé la libre expression des interviewés et m'a permis de réaxer ou de reformuler les questions quand cela était nécessaire.

Dans un deuxième temps, il a permis de susciter la réflexion des cadres de santé sur leur fonction d'encadrement et les outils d'accompagnement de la mobilité qu'ils utilisent. La notion de « *benchmarking* » a plutôt intéressée la majorité des professionnels interrogés. Certains m'ont demandé de leur envoyer mon mémoire par la suite.

Concernant les infirmiers, la plupart d'entre eux m'ont remercié de les avoir sollicités. Certains m'ont exprimé leurs difficultés et leurs inquiétudes et étaient content de pouvoir échanger autour. D'autres m'ont remercié de les avoir amenés à une réflexion, sur leur poste et leur façon actuelle de vivre leur profession.

Le fait d'avoir rencontré à la fois les cadres de santé et les infirmiers au sein de chaque institution enquêtée m'a permis de visualiser l'écart ou son absence entre le ressenti de l'encadrement et des soignants en regard.

Toutefois, mon expérience professionnelle en tant qu'ancienne infirmière pool et mon statut d'étudiante cadre de santé, ont été un avantage pour communiquer et échanger tant avec les cadres de santé, que les infirmiers. J'ai en effet fait le choix d'indiquer mon expérience sur ce type d'équipe dans ma présentation et les motivations qui m'ont poussé à choisir ce thème de recherche. J'ai ainsi créée un lien entre mes interlocuteurs et moi. Les cadres m'ont paru en confiance, car ils savaient que mon intérêt dans cette démarche rejoignait leur exercice et leur volonté de qualité au quotidien. Ils ont compris que mon but est de mieux appréhender l'accompagnement des soignants pour indirectement améliorer la prise en soin des patients dans mon futur exercice de cadre de santé.

Les points de vue recueillis sont souvent complémentaires et viennent enrichir ma réflexion. Mais certaines réponses étaient pour moi inattendues et me permettent d'envisager de nouvelles pistes de réflexion et d'ouvertures pour un autre travail de recherche sur le sujet.

Après cet exposé de ma méthodologie d'enquête de terrain, je vais vous présenter celle de l'analyse qualitative des données recueillies lors de ces entretiens.

La méthodologie de dépouillement des données

J'ai retranscrit chaque entretien de manière exhaustive informatiquement. J'ai ensuite employé une méthodologie de dépouillement qui nous avait été exposé par une sociologue, Mme OLIVIER, durant la formation à l'IFCS. J'ai pris chaque entretien un à un et découpé les idées, phrase par phrase. J'ai effectué des petits tas par thème avec les « verbatim » des personnes interrogées. Les « verbatim » rapportés m'ont permis d'établir des liens, de mettre en évidence des points de convergence et de divergence afin de réaliser une analyse croisée en regard de ma question de recherche et de mes hypothèses.

7 A LA RENCONTRE DU TERRAIN : LES RESULTATS DE L'ENQUETE

Après une analyse attentive des entretiens, je restituerai dans un premier temps les idées dominantes se dégageant de ces échanges. Pour des raisons de commodité, j'appellerai les infirmiers et les cadres de santé par la numérotation utilisée dans les tableaux de description sociologique.

Dans un deuxième temps, j'effectuerai une analyse des tendances identifiées en les mettant en relation avec le cadre théorique.

7.1 La représentation de la mobilité

7.1.1 La mobilité pour vous, c'est quoi au juste ?

J'ai choisi de débiter mes entretiens avec une question commune aux cadres de santé et aux infirmiers. Il me paraissait intéressant en premier lieu d'obtenir le ressenti de chacun et de savoir ce que recouvre le terme « mobilité » pour ces derniers. Les réponses que j'ai recueillies à cette question étaient relativement courtes. Je remarque que dans l'ensemble, les cadres de santé tout comme les infirmiers ont rencontré une difficulté à se détacher du sujet de ma recherche afin d'apporter une caractérisation à ce concept.

La mobilité est donc définie par les cadres de santé comme le fait de changer de service. L'équipe de suppléance est citée comme étant formée pour cette mobilité dans le cadre de remplacements et d'entraides. Il ressort également une notion d'adaptabilité et de capacité.

Parmi les 5 cadres interrogés, la réponse de **C1E1** est relativement différente. Elle considère que le concept de mobilité n'a aucun lien avec le pool : *« Ce sont des agents qui font partie d'une équipe fixe et qui vont sur des missions de courte durée sur les services. Moi je n'appelle pas cela de la mobilité. J'appelle cela une mise à disposition ponctuelle d'agent. »*

Les définitions apportées par les 4 autres cadres sont relativement similaires dans l'idée de mouvement. **C5E5** considère que la mobilité fait partie intégrale du diplôme d'infirmier et de celui de cadre de santé et donc par extension, des fiches de poste. La mobilité doit selon elle être accompagnée afin de s'effectuer dans un environnement sécurisé. Elle permet de répondre à des besoins en ressources humaines. La mobilité des professionnels est donc considérée comme une obligation devant être présentée dès le recrutements des agents.

Ce concept est également envisagé par **C4E4** comme un mouvement au sein de la fonction publique ou le long d'une carrière professionnelle.

Les réponses des infirmiers sont davantage homogènes. Dans leurs discours apparaît la notion d'intégration, de flexibilité, de déplacement, de mouvement et de changement. La préoccupation du patient survient dans deux entretiens. **I6E5** l'exprime ainsi : *« Etre capable de s'adapter aux situations différentes, à un service différent, aux différents personnels puis à une population de patients différente puisqu'il y a aussi de la pédiatrie »*.

7.1.2 La mobilité, du choix à la motivation

Toutes les infirmières interviewées ont choisi directement ou indirectement cette mobilité. Elle n'a été imposée à aucune. Pour 3 d'entre elles, il s'agit d'un choix de seconde intention. **L'12E2** l'a accepté pour intégrer un établissement particulier. **L'16E5** est venue sur la région Parisienne car elle ne trouvait pas d'emploi en province. Elle a fait le choix d'intégrer le pool parmi trois postes que l'établissement lui a proposé. **L'13E3** a rejoint le pool après une expérience très brève dans un service de nuit. **L'15E5** était aide-soignante sur un pool avant d'intégrer sa

formation en IFSI. L'**I4E4** a postulé sur le pool car elle effectuait des remplacements en tant qu'aide-soignante lorsqu'elle était en formation en IFSI. Elle a ainsi pris goût à la mobilité entre les services. L'**I1E1** a fait délibérément le choix d'intégrer un pool après son obtention de diplôme.

Concernant le choix de cette mobilité par les soignants, les cadres de santé l'ont évoqué spontanément pour 4 d'entre eux. Ils considèrent que la mobilité ne doit pas être imposée. La cadre **C1E1** n'a pas apporté d'élément direct à ce sujet. Elle m'a expliqué qu'actuellement un agent est à mi-temps thérapeutique sur l'équipe de suppléance qu'elle manage. Elle ne choisit que 60% des recrutements.

C2E2 « *Je préfère y mettre du personnel motivé, bien accompagné. Parfois il peut y avoir des craintes et cela se comprend* ».

C4E4 « *Globalement, ce n'est quand même pas un poste sur lequel on peut affecter un agent pour raison disciplinaire. C'est toujours des agents qui ont choisi et qui ont été choisis pour ce poste.* » Les soignants du pool aiment effectuer un weekend entier sur le même service, mais, ils ne veulent cependant pas rester plus de 72 heures sur le même secteur. « *Donc ils tournent. Ils sont là pour ça en même temps. Ils choisissent ce poste aussi car on les fait tourner.* »

C3E3 et **C5E5** m'ont expliqué que la mobilité sur la suppléance est un choix. Cependant, il existe une autre forme de mobilité au sein de leurs établissements qui elle est imposée. C'est la mobilité ponctuelle des infirmiers « fixes » sur les pôles.

Il m'est apparu logique de m'intéresser à cette question de choix de mobilité pour les personnes principalement concernées : les infirmiers. Mais quand est-il des cadres de santé ? Ont-ils eux aussi effectué le choix de manager ces équipes ?

Pour 3 des cadres de santé, l'encadrement de l'équipe de suppléance n'est pas un choix.

C1E1 est une cadre supérieure de santé qui fait partie de la DRH de la structure. Elle n'a pas décidé de manager l'équipe de suppléance. Au début, elle était même plutôt réticente pour cette mission puisque l'équipe était réputée comme « difficile ». La mise en place des règles de mobilité et l'explication aux agents suppléants de ce qui était attendu d'eux lui a permis de trouver sa place.

C2E2 est la nouvelle directrice des soins. Elle a pris temporairement la gestion de cette équipe. Elle m'explique mettre un point d'honneur à accompagner et encadrer ces soignants qui ne l'ont quasiment pas été jusqu'à présent. Elle effectue actuellement un point sur les compétences de chacun. Elle rencontre les soignants suppléants et du pool régulièrement, individuellement et en groupe. Elle souhaite mettre en place un cadre de proximité pour accompagner au quotidien ces infirmiers.

C5E5 fait partie de la DSI mais effectue une mission DRH en complément. La gestion du pool lui a été imposée en 2005 mais, elle ne souhaite plus s'en passer « *Si on m'enlève cette gestion d'équipe qui me permet d'être encore auprès du terrain, j'arrête immédiatement, je m'en vais. J'ai besoin de cette équipe pour m'alimenter moi, pour être efficace dans mon fonctionnement. Mon poste est à 80 % avec la DRH, je travaille sur les fiches de postes, les compétences...Comment voulez-vous que je sois compétente pour parler de compétence si je n'ai plus d'équipe à gérer ? Et, je trouve qu'une équipe de suppléance doit être gérée en centrale.* »

Il y a donc 2 cadres de santé qui ont effectué le choix de manager la suppléance. **C3E3** pour qui cette gestion est similaire à tout autre service, sans la gestion des lits. Pour **C4E4**, ce choix est un peu différent. Il a lui-même par le passé exercé en tant qu'infirmier « pool ». « *J'apprécie beaucoup cette fonction. L'autonomie que les agents ont, elle me convient bien aussi. Moi, du coup, je ne suis pas en permanence sur eux. C'est plutôt confortable. On n'a pas de médecin. Ce n'est pas négligeable cela, un poste de cadre où il n'y a pas de médecin.* »

Le regard des infirmiers sur leur activité : motivations et intérêts

4 sous-thèmes ressortent des entretiens. Exercer sur la suppléance revêt les mêmes avantages pour les six infirmières interrogées.

- **Un développement des compétences personnelles et professionnelles**

La mobilité interservices est reconnue comme une opportunité de suivre et d'appréhender le parcours d'un patient de son entrée dans l'établissement jusqu'à sa sortie. Il s'agit donc d'une facilitation pour les infirmiers d'avoir une lecture du rôle de chacun et du fonctionnement de l'organisation. Le maintien d'une mobilité sur une vraie variété de services est attendu et requis pour que les infirmiers aient accès à des soins et pratiques multiples. Cette façon d'exercer est définie comme source d'enrichissement tant sur le plan personnel que professionnel. Grâce à la mobilité interservices, les infirmières développent des connaissances professionnelles générales mais également spécifiques en regard de chaque spécialité. **I2E2** explique développer ses capacités en communication grâce aux variétés des situations et des interlocuteurs qu'elle rencontre. Les infirmières interrogées notifient qu'une certaine exigence, rigueur du soignant envers lui-même et ses pratiques est nécessaire. La confrontation de pratiques qu'elles effectuent leur permet de s'évaluer, de se réadapter, et de ne pas rester sur des acquis au regard de la variété des expériences qu'elles vivent.

- **Un changement rassurant**

Le questionnement ainsi induit permet de ne pas s'inscrire dans une habitude tant redoutée. La mobilité est ressentie comme une alternative à la routine par toutes les infirmières rencontrées lors de cette enquête. « *Cela permet de ne pas prendre trop d'habitude, de ne pas s'enfermer dans un service* » comme le dit l'**I2E2**. Les **I5E5** et **I6E5** expriment également clairement leur inquiétude de la « fixité » comme une peur de s'ennuyer, de perdre en qualité. La flexibilité et le changement permis par ce poste sont rassurants : « *J'adore le changement et je n'envisage pas de m'encroûter dans un service fixe* ». (**I3E3**). Car en ce sens, toutes s'accordent sur le fait qu'en faisant partie d'une équipe « pool », elles effectuent une véritable variété de PEC leur permettant de ne pas perdre de compétences et de continuer à se former. La mobilité est également perçue comme une source de motivation pour une infirmière, dans le sens où elle lui permet de garder de l'espoir. Les conditions de travail étant reconnues comme de plus en plus difficile au quotidien, le fait de changer de service est une opportunité pour souffler.

- **Une limitation des conflits**

L'exercice sur la suppléance est pointé comme un réel avantage par 4 infirmières sur 5 qui expliquent ne pas subir ainsi les « *prises de tête* » au sein des équipes et être ainsi plus disponible pour se consacrer aux patients. « *Pour ne pas tomber dans des querelles extra-professionnelles, je considère que faire partie du pool centralise mon attention exclusivement sur le patient.* » (**I4E4**). La mobilité leur permet de se concentrer sur l'essentiel, dans ce contexte de perte de sens, lié aux contraintes institutionnelles et aux comportements de certains agents.

- **Une préservation de l'indépendance et de l'autonomie**

Enfin, la mobilité est vécue comme une forme de préservation grâce à l'indépendance et la liberté qu'elle permet. Elle rend possible un maintien d'autonomie et l'acquisition d'une maturité professionnelle. « *Je dirai que la mobilité me préserve et me rend vigilante* » (**I1E1**).

« Si demain on me demandait de me fixer dans un service, je serai bien embêtée. Pour ma part, je trouve toujours plus d'avantages à être au pool que dans les services » (I5E5).

Le regard de l'encadrement sur la mobilité : motivations et intérêts

4 sous thèmes ressortent :

- **Le développement des compétences et de l'employabilité**

Cet item ressort du discours de 3 cadres de santé : **C2E2**, **C4E4** et **C5E5**.

Pour **C2E2**, la mobilité interservices permet avant tout un enrichissement professionnel et personnel des soignants. En observant différentes façons d'exercer, les infirmiers suppléants s'enrichissent, augmentent leurs capacités d'adaptation. En retour, leur expérience peut être utilisée pour apporter de nouvelles pratiques dans les services. Un autre intérêt pour les soignants mobiles est que leur polyvalence apparaisse dans leur dossier. **C2E2** leur demande également s'ils souhaitent s'investir sur des missions transversales.

« Après, ils trouvent du boulot super facilement grâce à cette polyvalence. Elles ont une grande employabilité. ». Pour **C5E5**, la mobilité induit un développement de compétences et une polyvalence. Elle marque une continuité de l'apprentissage par alternance pour les nouvelles diplômées. Elle pense que cela les rassure. Elle m'explique avoir gardé contact avec certaines anciennes infirmières du pool. Ces dernières vivent très mal leurs changements d'activité. Elles lui ont exprimé leur ennui.

C4E4 reconnaît également une richesse du CV de ces agents. La suppléance bénéficie dans cet établissement, d'un accès facilité aux formations ainsi que d'une souplesse d'organisation des plannings.

Concernant les entretiens des cadres **C1E1** et **C3E3** voici ce qui ressort :

Dans le discours de **C1E1**, le développement de compétence apparaît mais comme un accompagnement lambda. « Je ne fais qu'accompagner l'acquisition et le développement des compétences comme tout encadrement ». Il est vrai que tout le long de l'entretien, elle m'a expliqué qu'il n'existe aucune différence entre des infirmiers fixes et suppléants.

C3E3 est la seule qui ne parle à aucun moment du développement de compétence ou de l'employabilité des agents pour eux. Elle énumère un « parcours compétence » qu'elle est en train de construire pour répondre aux besoins de l'établissement. Il s'agit d'une cartographie des compétences par service qu'elle souhaite utiliser comme base pour effectuer les formations nécessaires des agents.

- **L'intérêt de l'établissement**

Quatre cadres sur cinq parlent de l'intérêt de la mobilité pour l'établissement.

Il est en effet mis en avant dans le discours de **C3E3**, concernant le développement de compétences des agents afin de répondre à un besoin institutionnel.

C5E5 évoque un intérêt à la mobilité pour l'institution ainsi que pour les infirmiers. Sur l'établissement n°5, il existe deux types de pool : un pool long, et un pool court. Sur le pool court, les soignants ne font pas de nuit (contrairement aux autres). Ils effectuent 2 week-end par mois et sont payés pour 4. Ils connaissent la planification de leur week-end à l'avance, pour l'année entière. Avoir un pool est selon elle, moins coûteux qu'un recours à l'intérim et est plus encadré concernant la qualité des PEC.

C1E1 évoque le coût de l'absentéisme mais également du présentéisme. Sa gestion du pool lui permet un regard sur les pôles et la vérification des ratios infirmiers/lits afin d'effectuer des redéploiements.

C4E4 « *il y a de tels intérêts financiers, qu'un rapprochement DRH peut avoir du sens* ».

Il n'y a que **C2E2** qui ne parle à aucun moment d'un intérêt « x » ou « y » pour l'établissement à avoir une équipe mobile. Elle reste centrée tout le long de son discours sur l'accompagnement bienveillant des soignants.

- **Les plannings**

Pour trois cadres de santé, les plannings des équipes de suppléance peuvent être considérés comme un avantage.

Pour **C4E4**, du fait qu'il peut moduler les présences selon les besoins des agents ou pour favoriser leur accès aux formations. Il recense également leurs souhaits avant de construire la trame du cycle de 12 semaines.

Au sein de la **structure n°1**, le roulement de l'équipe de suppléance est considéré par **C1E1** comme étant plus attractif que pour les agents fixes. Elle relate même des jalousies de la part des agents des services envers les infirmiers suppléants du type « *De toute manière tu es là pour ça, pour modifier ton planning quand tu en as besoin* ». En effet, dans cet établissement, le pool possède un roulement à l'année, sans les affectations préalables. Ce propos contraste avec celui de l'infirmière de l'équipe mobile (**I1E1**) qui considère que la situation s'est dégradée et qu'on la contacte trop régulièrement sur ses jours de repos, ce qui nuit à sa vie personnelle.

Pour **C3E3**, il s'agit d'un véritable outil de management à travers les arrangements qu'elle effectue : « *J'ai une bonne capacité de négociation, on fait changer les jours de présence des infirmières, on s'arrange* ». Cela répond très bien aux attentes de **I3E3**. En effet, lors de l'entretien avec cette infirmière, elle me révèle que les plannings tiennent une place centrale pour elle dans son activité. « *Manager un service de suppléance donne la possibilité à un cadre d'être flexible dans ses plannings. Parfois, j'ai besoin de jours et si je n'ai pas d'affectation et bien, ma cadre me laisse prendre ma journée. En contrepartie, je la dépanne sur mes jours de repos.* »

Pour **C2E2** et **C5E5** les plannings ont une importance dans la qualité de vie au travail des soignants.

« *C'est une équipe qu'il faut respecter, prévenir suffisamment à l'avance* » (C2E2).

- **La liberté, l'autonomie**

« *La polyvalence et la mobilité sont une source de motivation. Sur cette unité, les infirmiers sont moins confrontés aux « histoires de personnes », ils n'ont pas à prendre parti. Eux, ils sont là pour les patients.* » C3E3

Pour **C4E4**, l'un des intérêts qu'il reconnaît à la mobilité est de « *Ne pas appartenir à un service et à une équipe qui serait oppressante* ». Il admet leur laisser une autonomie. Les agents sont ainsi capables de se repositionner sur les services lorsqu'une affectation n'était pas judicieuse et de l'argumenter. Il m'a également expliqué que les infirmiers du pool aiment et recherchent une certaine autonomie, liberté. Il leur rappelle cependant qu'« *Etre autonome c'est accepter la responsabilité qui va avec.* ». En respectant les horaires de présence par exemple.

La liberté de positionnement ou de repositionnement de l'affectation par les agents est laissée par **C3E3**, **C4E4**, et **C5E5**.

7.1.3 La mobilité, ses freins et ses obstacles

Le regard des infirmiers sur leur activité

5 sous items apparaissent dans le discours des infirmières.

- **Les plannings**

L'organisation des plannings est énumérée par toutes les infirmières. L'absence de roulement est un frein évident pour elles, qui n'est pas conciliable avec une vie de famille. D'ailleurs, aucune n'a d'enfant pour le moment.

L'I1E1 constate une évolution plutôt négative de son poste : « *Mon travail prend beaucoup de place au quotidien dans ma vie personnelle* ». Elle explique être régulièrement contactée sur ses jours de repos afin de palier à un déficit en personnel dans une situation hospitalière se dégradant. Malgré ce constat, elle exprime une satisfaction particulière à exercer son métier ainsi : « *Je me sens utile en étant à ce poste* ».

- **De la mobilité à l'hypermobilité**

Il est notifié par les I2E2, I4E4 et I5E5 une difficulté liée à l'absence de continuité des soins. L'I2E2 précise : « *Il ne faut pas avoir les deux pieds dans le même sabot* ». L'I4E4 exprime sa frustration et son angoisse du fait de ne pas avoir de visibilité sur l'impact des prises en charge qu'elle effectue.

4 infirmières sur 6 parlent d'une mobilité dangereuse et redoutée. Elles peuvent parfois changer jusqu'à 2 fois d'affectation dans une journée. I1E1, I3E3, I5E5 et I6E5 m'ont expliqué être en difficulté lorsqu'on leur demande de changer de service ainsi : « *Il y a un moment lorsqu'on fait les transmissions, on se revoit faire des choses et on est obligé de se dire : « Mais là c'était sur cette patiente ou c'était... »* ». Il y a une véritable peur de l'erreur en lien avec cette « sur-mobilité ». Sur les établissements n°3 et 5, cette dérive est présente lors de l'absence de la cadre responsable de la suppléance. Dans l'établissement n°1, elle est tolérée dans la politique institutionnelle.

- **Les compétences**

Les compétences sont reconnues comme une limite à la mobilité. « *On ne peut pas être spécialisé en tout* » (I3E3). Il est admis par l'I5E5 que certaines spécialités requièrent une formation et que le fait de ne pas y travailler régulièrement rend les remplacements difficiles.

- **La reconnaissance et l'identité**

L'attente d'une reconnaissance pour les efforts et les compétences que requièrent ce poste (concentration, exigence envers soi-même, organisation, connaissances et compétences étendues et variées, polyvalence, investissement, capacité d'adaptation) est citée par les I1E1 et I2E2. Seule l'I2E2 émet le souhait d'une compensation financière en réponse.

Concernant la notion d'équipe, toutes s'accordent sur la difficulté à trouver une réelle identité commune bien qu'il existe de l'entraide et du soutien entre les membres du « pool ». Ce verbatim de l'I1E1 exprime relativement bien ce ressenti « *Par contre on ne peut pas réellement dire que nous sommes une équipe à proprement parler, car on se voit trop peu pour cela.* »

Cette absence d'identité commune et ce manque de reconnaissance engendre des sentiments de solitude qui peuvent être amplifiés par des difficultés à s'intégrer dans les équipes fixes. *« Parfois on se sent seul dans cette mobilité, on ne peut pas créer autant d'affinités avec les collègues que dans un service fixe. Mais on n'est pas non plus à part » .(I2E2)*

- **Les équipes fixes**

L'importance de la qualité de l'accueil dans les services par les équipes « fixes » ressort des échanges auprès des **I3E3, I4E4 et I6E5**. L'**I2E2** propose une intégration réelle dans tous les services afin de faciliter et d'accompagner la prise de poste des nouveaux agents de l'équipe de suppléance.

Une problématique de comportement des soignants fixes est pointée. Certains profitent de la présence des IDE suppléantes afin de soulager leur charge de travail et n'apportent pas d'aide à ces dernières. *« On n'est pas là pour faire tout ce qu'elles n'ont pas envie de faire. Ça malheureusement, elles n'ont pas compris le système » (I6E5)*. Ce phénomène est évoqué longuement par l'**I5E5**. L'**I6E5** complète cette remarque par un manque d'entraide général des soignants en service ainsi qu'un défaut de comportement de leurs parts. *« On ne vient pas nous aider, on ne nous propose pas d'aide et puis si jamais on se plaint on entend « la poollette, elle n'arrive pas à gérer » » . (I6E5)*.

Le regard de l'encadrement sur la mobilité

Concernant les obstacles et les freins à la mobilité interservices, les cadres de santé ont été beaucoup moins loquaces que les infirmières. Une cadre n'en voit aucun (**C3E3**).

4 sous items apparaissent tout de même.

- **L'organisation de la mobilité**

C5E5 commente que la mobilité doit être organisée et non pas « sauvage ». Elle effectue une relation avec la mobilité intra pôle des agents fixes dans l'**établissement n°5**. Celle-ci n'est ni accompagnée, ni désirée. Par conséquent, elle est très mal vécue par les soignants et engendre de nombreuses démissions. *« Au pool, ça marche très bien la mobilité que j'ai mis en place. Mais ça marche très mal dans les pôles. Pourquoi ? Parce que en fait elles font de la mobilité sauvage. C'est-à-dire que c'est vraiment pour pallier à l'arrêt de maladie de dernière minute. Les cadres de pôles n'ont pas prévu cela dans le cursus de la personne quand elles l'ont intégré. »*. Elle est très agacée par cette non organisation de la mobilité sur laquelle elle n'a pas de main mise. Elle m'explique que dans ces situations, rien n'est envisagé pour le soignant. Les cadres de pôles se moquent de leur développement de compétence. Ils sont tout simplement déplacés comme des pions et les cadres de proximité ne se questionnent pas sur leurs envies ou leurs capacités. Cela contraste totalement avec son implication dans l'accompagnement des équipes pool qu'elle effectue au quotidien.

Pour **C1E1**, une des raisons qui fait partir les soignants est leur souhait de stabilité. Soit pour leur vie personnelle, soit pour rejoindre une équipe fixe. Au début de sa prise d'encadrement de cette équipe, les agents étaient parfois déplacés jusqu'à trois fois dans la même journée. Leur charge de travail était démesurée et épuisante. Maintenant, les soignants sont susceptibles d'être déplacés au maximum deux fois chaque jour.

- **Les compétences**

Pour **C5E5**, le deuxième frein à la mobilité est les compétences. Elle émet l'idée que tout le monde n'est pas en capacité d'exercer sur plusieurs services. « *Même si en théorie on dit que tout le monde peut aller partout, dans la pratique, les gens ont la trouille* ».

Un des obstacles à la mobilité est également l'exigence de certains services spécifiques tels que la réanimation où les agents vont peu. **C1E1** explique donc tenir compte au maximum des compétences des agents du pool et de leurs goûts afin d'effectuer les affectations le plus judicieusement possible. **C4E4** explique lui aussi que l'aspect technique d'une spécialité peut-être un frein à la mobilité interservices des infirmiers (dialyse, soins intensifs, psychiatrie). Là aussi, ce sont les compétences individuelles qui permettent de juger de la capacité des agents à effectuer le remplacement. Sur cet établissement, il est demandé au personnel fixe de remplacer leurs collègues sur les unités plus spécifiques afin que les « pool » puissent venir en complément sur les unités plus générales du même service.

- **Les interactions et la communication**

Deux typologies ressortent : la solitude des soignants du pool et les problématiques rencontrées avec le personnel fixe.

Sur la **structure n°2**, bien qu'ayant pris l'encadrement des équipes mobiles depuis quelques mois, **C2E2** m'explique qu'elle ne perçoit pas de liens, d'identité commune aux soignants de l'équipe de suppléance. Elle reconnaît que ce manque de liens, de construction, peut être un frein à la mobilité des soignants qui peuvent ressentir le besoin d'être davantage intégrés à un groupe.

Il existe des problématiques concernant les interactions entre les agents fixes et du pool au sein de certains établissements. **C1E1** le verbalise ainsi « *Le plus gros souci rencontré sur le pool c'est, je ne dirai pas la maltraitance car je n'aime pas utiliser ce terme mais, le non-respect inter-équipe. [...] Les agents du service malmènent les agents du pool, ça, c'est clair.* »

- **La géographie**

C4E4 cite un obstacle géographique du fait de la configuration multisite de l'établissement. Les infirmiers du pool sont susceptibles d'exercer sur deux lieux différents. La vie de famille est donc prise en compte pour des questions organisationnelles. Par exemple, si une infirmière fait garder son enfant au sein de la crèche hospitalière, elle sera préférentiellement en exercice sur le même site.

7.2 Le cadre et son accompagnement de la mobilité interservices

7.2.1 Politique de mobilité

Il ressort des entretiens la nécessité de poser des règles, clairement établies, tant pour les soignants exerçants sur cette unité, que pour les équipes fixes. Ainsi, les dimensions de la mobilité doivent être clairement établies pour tous. Des outils de gestion individuelle et collective peuvent être utilisés pour organiser la mobilité. Il est également à noter que nombres de réponses évoquent l'évolution ou la réactualisation de procédures. Tous les cadres interrogés ont créé la politique de mobilité au sein de l'établissement, ou l'on redéfinit. Elle est actuellement en cours de formalisation sur l'établissement 1 et en remaniement sur la **structure 2**.

La réglementation est respectée et identique pour tout le monde, concernant les repos ou les plannings. Cela m'a été affirmé d'emblée par les cadres **C3E3** et **C4E4**. Cette déclaration transparait en confirmation dans le discours de **I5E5**.

Sur 2 établissements, la politique de mobilité de l'équipe de suppléance est entièrement formalisée. Il s'agit des **structures 3 et 5**. Sur l'**établissement 4**, elle l'est, mais de façon incomplète. **C4E4** dit devoir parachever l'intégration et les évaluations des agents. Les **établissements 1 et 2** sont en train de construire et de formaliser cette politique institutionnelle. Pour **C1E1**, il s'agit d'élargir cette organisation aux GHT.

C1E1 a effectué une proposition de charte de mobilité en 2015 qui n'a pas été validée. Elle travaille actuellement sur une charte de fonctionnement du pool dans le cadre du GHT. Elle m'explique utiliser un document lui permettant de mettre en regard le nombre de patients présents par service et l'effectif en parallèle. *« En fonction du nombre de lits occupés, on y met un effectif et on redéploie l'autre. Parce que l'absentéisme à un coût, mais le présentéisme à un coût aussi »*. Selon cette cadre, la politique actuelle dans son établissement est satisfaisante puisque le personnel reste. Elle pense cependant que le pool est amené à disparaître pour une mise à disposition des agents à l'intérieur des pôles, ou des « pool » intra-pôles.

C2E2 travaille à l'élaboration de cette politique de mobilité. Pour cette directrice des soins, la polyvalence est un élément positif mais il ne faut cependant pas tendre vers des excès mettant les agents en difficulté. Actuellement la mobilité des infirmiers s'effectue sur l'entièreté du site. Le projet de mobilité de la suppléance a été validé en CE en mars 2016, avec l'idée d'augmenter les effectifs de l'équipe déjà en place et de tendre à plus long terme vers une diminution des effectifs fixes. *« Il faut objectiver les besoins réels et ressentis par les équipes et les cadres pour être équitable, neutre »*.

La politique de mobilité est clairement formalisée dans l'**établissement n°3**. Il existe une charte de la suppléance où sont notifiés les critères et les délais de mobilisation de cette équipe. Il n'y a pas d'indicateurs de charge d'activité d'utilisés. Les affectations sont faites à partir des demandes des cadres de proximité et selon le regard des soignants de la suppléance. Ils disent parfois eux-mêmes où ils doivent travailler. La présence de la suppléance permet de ne pas fermer de lits pour des raisons de sécurité, en cas de manque de personnel. Cet établissement est le seul (parmi les enquêtés) où l'effectif mobile fluctue avec les saisons. L'équipe fixe de suppléance est complétée par une vingtaine d'agents (IDE et AS) en CDD d'octobre à février. Il existe donc une saisonnalité des moyens. Tous les suppléants ne vont pas sur les secteurs de réanimation. Seulement ceux ayant reçu une formation de 3 semaines.

C4E4 a créé la politique de mobilité en cours. Il existe une procédure de gestion des remplacements. Il reconnaît cependant qu'elle n'est pas optimale. Il souhaite travailler sur l'intégration des agents et la formalisation de cette dernière. Il rencontre de réelles difficultés pour effectuer les évaluations annuelles des agents, du fait qu'il ne les voit pas en exercice. La suppléance et son organisation a permis de diminuer le recours à l'intérim. Cependant, il reste nécessaire pour les remplacements des métiers spécialisés (IADE, IBODE). Une équipe de suppléance est dédiée aux réanimations. *« La logique de remplacement ici, c'est une équipe polyvalente dans le sens où elle peut intervenir dans toutes les spécialités, mais pas sur tous les postes »*. Concernant les services, il considère que les cadres de proximité doivent développer les compétences spécifiques, des infirmiers fixes. Lui, doit développer les compétences des soignants de la suppléance, afin de leur permettre d'intervenir sur les secteurs conventionnels. **C4E4** m'a expliqué qu'il est actuellement affilié à la DSI mais, que les intérêts financiers autour de la suppléance sont tels qu'un rapprochement de la DRH a du sens : *« Aujourd'hui nos missions sont des missions de cadre de santé parce que j'encadre quand même des professionnels de santé, mais sinon ce sont des missions RH pures »*. Il m'énonce gérer l'intérim, les candidatures, accompagner les agents en inaptitude et qu'à son sens, il ne s'agit pas de missions de direction de soins. *« Aujourd'hui, un directeur des soins on l'attend sur de l'expertise du soin [...] La direction des soins c'est un service « support soin ». Ce n'est pas un service « support RH » de recrutements et autres »*

C5E5 me commente les deux types de mobilité existant actuellement au sein de son établissement. *« Moi, j'ai créé l'organisation et l'encadrement de ces équipes selon les besoins de l'établissement »*. La politique de mobilité du pool est formalisée mais pas celle des agents fixes au sein des pôles. Ce deuxième type de mobilité est encadré par les cadres de pôles. *« Ils sont conscients qu'ils ont besoin de remplacer un arrêt maladie mais ce n'est pas pour*

faire progresser les infirmières. C'est très égoïste. Ce n'est pas pour leur apprendre quelque chose. Cette mobilité n'est pas du tout accompagnée. »

7.2.2 Les moyens et les outils au service de la mobilité

- **Politique de recrutement de l'équipe mobile**

Le recrutement des agents mobiles n'est pas envisagé de la même façon par les cadres de santé interrogés. Cependant, la notion de mobilité forcée sur la suppléance est à chaque fois écartée voir redoutée par les cadres de santé.

Pour **C3E3**, il s'agit d'un recrutement similaire aux autres services : *« Il s'agit d'un recrutement classique. On vérifie qu'ils sachent faire des calculs de dose, on vérifie leurs compétences en transfusion sanguine »*.

C1E1 recrute peu et m'a exposé décider que de 60% des affectations. Tous les postes sont pourvus sur l'établissement. Lorsqu'un agent du pool part, le poste est attribué à des personnes reprenant leur activité après une interruption comme une disponibilité ou un congé maternité. *« Quand c'est des agents à problème je tiens bon. Je m'accroche au mat et je tiens bon »*. Elle fait tout ce qui est dans ses possibilités pour ne pas avoir dans cette équipe des profils d'agents difficiles. Elle reconnaît ne pas avoir vraiment le choix dans les recrutements. *« Les nouveaux recrutés sont des agents à qui on accorde une seconde chance ou des personnes à mi-temps thérapeutique que personne ne désire prendre »*. Actuellement, tous les IDE du pool ont désiré cette affectation, sauf une personne en mi-temps thérapeutique.

Les trois autres cadres de santé effectuent un recrutement particulier des agents sur ces postes : les agents doivent être des personnes suffisamment affirmées, avec des capacités de remise en question et relationnelles. La procédure de recrutement est relativement peu formalisée. Elle relève essentiellement de l'expérience du manager et de son ressenti. Les motivations des personnels sont évaluées. Prendre le temps de former est chronophage. L'erreur d'affectation est limitée par une étude fine des candidatures. Le portfolio des jeunes diplômés est utilisé par **C4E4** et **C5E5**, comme outil de recrutement.

C2E2 énonce que tout le monde n'a pas le profil pour exercer sur une équipe de suppléance. Certaines personnes ont besoin de repères. Il est nécessaire selon elle de travailler en prenant en compte les compétences de chacun. Lors des recrutements, elle cherche certains traits de personnalité compatible avec l'activité de suppléance : adaptabilité, curiosité intellectuelle, souhait d'enrichissement personnel et interroge les motivations. *« C'est souvent des personnes qui s'ennuient si elles restent trop longtemps sur un service »*.

C4E4 porte un réel intérêt au parcours de stage et aux appréciations des portfolios des candidats. Il use de son ressenti pour prendre les décisions. Il trouve difficile d'évaluer les capacités d'adaptation des agents de prima bord. Il porte attention aux capacités relationnelles et aux motivations. Il profite des stages pour induire les recrutements à venir. Il sollicite l'avis de l'équipe sur les candidats, ainsi que celui des cadres de services, lorsqu'ils ont eu des postulants en stage. Pour les professionnels déjà en exercice, il s'appuie sur les évaluations annuelles. Il m'explique avoir le choix du fait d'un nombre de candidatures suffisant et d'une absence d'obligation de recrutement de certains agents. *« On n'a jamais eu d'agent disciplinaire, ni d'agent dont personne ne veut dans un service »*.

C5E5 m'a confié ses inquiétudes concernant les recrutements pour le pool. *« Les IFSI, ont de plus en plus de mal à trouver des terrains de stages intéressants en trois ans. De ce que je vois, elles font des EHPAD, de la psychiatrie... Et moi je ne peux pas recruter ces personnes. »* Actuellement, des postes sont donc vacants sur la suppléance, par choix. Pour elle, le recrutement doit être effectué avec réflexion, en tenant compte du profil, des qualifications et des projets des postulant. Elle choisit des candidats ayant suffisamment de caractère pour ne pas se laisser faire. Elle ne recrute pas de personnes timides ou réservées. Elle apprécie les profils de soignants qui savent se remettre en question. En effet, selon elle, les agents vont nécessairement devoir faire face aux critiques. *« Il faut, des personnes avec du tempérament et une soif d'apprendre »*. La plupart des candidats sont de jeunes diplômés. Il arrive que des

personnes extérieures à l'établissement y postulent. Dans cette configuration, c'est souvent pour avoir une visibilité sur les services, que les agents demandent le pool, avant d'effectuer un choix d'affectation. Tous les nouveaux soignants, commencent sur le pool long, afin de s'enquérir des organisations et des soins. Elle développe le rôle et les valeurs de cette équipe dès le recrutement et fait signer aux agents un document les engageant au respect de l'organisation. Elle m'a expliqué avoir à de nombreuses reprises réorientées des demandes d'affectation suite aux entretiens. « *Embaucher pour embaucher dans l'urgence ça ne marche pas* ». Lorsqu'elle recrute un infirmier, elle le présente à l'ensemble de l'équipe de suppléance et les laisse échanger. Cette démarche est orientée. Elle autorise ainsi la personne recrutée à poser des questions qu'elle n'aurait pas osée formuler auprès d'elle. Cet échange lui permet également de prendre en considération l'avis et le ressenti des infirmières déjà en poste. Elle m'a en parallèle expliqué son regret de l'ancienne organisation des recrutements. Elle y rencontrait tous les postulants de l'hôpital. Maintenant, les cadres de pôles rencontrent les candidatures du pôle. Il lui semble que ce changement d'organisation explique le fort turn-over actuel sur l'établissement, du fait d'erreurs d'affectations et d'une mobilité imposée au sein des pôles qui elle, est cachée au recrutement. « *La DSI ne décide plus de rien* ».

- **Politique d'intégration des suppléants**

On retrouve deux typologies d'intégration par accompagnement des pairs. Une, effectuée par les agents des services (**E1 et E2**). L'autre, par les soignants chevronnés de la suppléance (**E3, E4, E5**). La durée de cette période est variable d'un établissement à l'autre : entre 3 jours et plus de 2 mois et demi.

L1E1 a été doublée 3 jours sur sa première affectation en pool long puis, 2 jours pour les services de réanimation, pédiatrie et ORL. Concernant les outils d'accompagnement, elle utilise la GED, qui est accessible pour tous les agents. « *On doit être compétent rapidement pour remplacer les manques de personnel.* ». Elle m'a fait part de son étonnement concernant la durée de cette intégration : les agents fixes sont doublés 3 semaines dans un service, au pool c'est 3 jours, voire, pas du tout. L'intégration est effectuée par les infirmières du service qui l'acceptent.

C1E1 organise l'intégration des soignants selon leur expérience professionnelle. Elle les intègre en priorité sur des spécialités qu'ils connaissent. La durée de cette période est donc variable.

L1E2 dit avoir eu une période d'intégration de 3 jours par service à son arrivée dans l'établissement. « *J'ai pris quelques mois avant de me sentir à l'aise* ». A sa création, la suppléance était sectorisée par zone d'activité : chirurgie, urgences et réanimation. Depuis quelques mois, les infirmiers n'exercent plus par secteur mais sur la totalité de l'établissement. Une formation de 3 semaines en réanimation a donc été effectuée.

C3E3 a organisé une intégration sur tous les services, par l'accompagnement d'un infirmier suppléant. Cette dernière est au minimum de 15 jours. Aucun autre outil n'est utilisé. L'infirmière suppléante de cet établissement (**I3E3**) dit ne pas avoir reçu cette intégration, accompagnement, du fait de l'épidémie hivernale. Ni pour les services généraux, ni pour la réanimation.

C4E4 a créé un parcours d'intégration, même s'il le juge insuffisant à ce jour. « *On a un circuit d'intégration qui verrouille un peu les choses, même s'il n'est pas formalisé suffisamment.* ». Le nouvel infirmier, est confié pendant plusieurs semaines, à un soignant chevronné de la suppléance. Il lui fait découvrir un grand panel de services. La durée de ce tutorat est évaluée au cas par cas, de 15 jours à 2 mois. Le nouveau recruté n'a pas l'occasion de voir tous les services durant cette période. Ce parcours d'intégration est considéré par **C4E4** comme le début d'un parcours professionnalisant. L'infirmière rencontrée sur cet établissement dit avoir bénéficié de 2 mois et demi d'intégration, avec des collègues très pédagogues.

C5E5 a construit une intégration en plusieurs phases. Une période initiale de 3 jours à la DSI, pendant laquelle la structure est présentée. Elle est suivie d'un parcours, avec de nombreuses étapes de présentation et de formation : hygiène, visite de la chambre mortuaire et explication des rites, blanchisserie, tri des déchets, laboratoire, pharmacie, dossier de soins informatisé

et six formations en e-learning (douleur...). Il y a ensuite, un doublement de l'agent, par un infirmier du pool court. Il présente les soins, les équipes, les « trucs et astuces ». L'infirmier intégrant le nouvel agent, doit effectuer avec lui, son évaluation de compétences et la remettre à la cadre de l'équipe. *« Les 48 premières heures, elle vérifie les acquis. Après, tout ce que l'infirmier c'est mis « à améliorer », elle lui fait faire le soin. C'est vraiment un partenariat ».* L'**I5E5** dit avoir eu 15 jours d'intégration, dans ces conditions. De plus, des outils tels que des classeurs de protocoles et de description des organisations sont présents dans les services.

Aucune infirmière n'a bénéficié d'une personne référente en dehors de la période d'intégration.

- **Formations**

Sur tous les établissements, le budget de formation de l'équipe de suppléance est le même que dans les autres services. Cependant, il apparaît plus simple aux équipes d'encadrement de détacher les agents pour leur permettre d'y assister. La cadre **C5E5** m'a cependant fait part de ses difficultés à inscrire les agents du pool. Les démarches n'étant pas affectées à un service identifié, elle doit toujours vérifier que les demandes d'inscriptions ne soient pas égarées. *« Donc je râle beaucoup pour pouvoir assurer les formations et la polyvalence de mes soignants et ne pas prendre de risques pour les patients ».* Les formations, sont envisagées par tous, dans le cadre de la formation continue et obligatoire. Mais également pour un développement personnel selon certains cadres (**C4E4**, **C5E5**).

C1E1 explique que pour maintenir les compétences des infirmières, elle les inclut dans les groupes de travaux transversaux quand elle le peut. *« Les agents sont formés sur des domaines où ils désirent être formés [...] ».* En plus, elle cible les formations nécessaires aux agents, selon les problématiques qu'elle détecte.

C3E3 propose des formations aux agents quand cela est nécessaire. Les demandes émanent généralement des soignants qui sont en capacité d'identifier leurs difficultés. Pour exercer en réanimation, une formation supplémentaire est exigée.

C4E4 laisse une autonomie de demande de formation aux agents *« Ils font la démarche, ils remplissent les documents, ils me les soumettent à signature par le classeur ou ils viennent me les déposer ».* Il considère que c'est aux soignants de construire leur parcours en étant proactifs. Cependant, lorsqu'il décèle des lacunes sans demande, il les inscrit en formation. Les infirmiers profitent des formations proposées par l'institution. Ils participent cependant peu à celles internes aux unités par manque d'information et de proposition des services. *« La formation continue ne suffit pas aux compétences. L'exercice professionnel non plus car on peut être dans l'exécution sans comprendre ce que l'on fait. A un moment, il faut pouvoir remonter pour comprendre ce qui se joue, se fait. C'est cette alternance formation-situation-besoin de formation qui crée le parcours professionnalisant ».*

Pour **C5E5**, les formations obligatoires et basiques sont effectuées en priorité, les trois premiers mois. Ensuite, ce sont des formations pour pallier aux besoins des agents à partir des grilles d'évaluation de compétences (construites sur le modèle du portfolio) sur le pool long. Les infirmiers du pool court accèdent à des formations externes à leur demande (anglais médical, fin de vie, soins palliatifs).

- **Management et communication : relation entre les soignants et le manager**

C1E1 relate une réelle satisfaction à collaborer avec les soignants de la suppléance qu'elle trouve impliqués. Elle rencontre les agents dans son bureau ou passe les voir dans les services de façon régulière. Ils échangent autour des difficultés. Il est primordial pour elle de se rendre disponible pour les infirmiers de la suppléance. Elle considère que sa gestion de cette équipe n'est pas différente de celle des services qu'elle a encadrés avant. Comme pour tout service, elle explique manager, encadrer et promouvoir les agents. Elle communique beaucoup par mail avec les agents de la suppléance. En parallèle, l'**I1E1** trouve que **C1E1** la contacte trop souvent sur son téléphone même lors de ses jours de repos. Elle a cependant conscience des contraintes qui pèsent sur sa responsable. Elle reconnaît l'accompagnement

effectué par cette dernière. Aucun support particulier n'a été créé pour l'équipe de suppléance. Les soignants ont accès à la bibliothèque interne de l'établissement sur intranet.

C2E2 envisage des entretiens trimestriels avec les agents, accompagnés d'évaluation. C'est ce qu'elle est actuellement en train de faire. En effet, elle a cette équipe en gestion depuis peu de temps mais les rencontrent individuellement et en groupe afin de les suivre dans leur activité. Pour elle, l'accompagnement de ces agents est différent. Il doit être plus important et régulier que dans les services lambda. Les échanges se font sur le lieu de travail.

C3E3 dit avoir de très bonnes relations avec les agents avec qui elle « *s'arrange* » et a établi une relation de confiance. Il est vrai que dans son discours et celui de l'infirmière, tout semble se jouer dans la capacité de négociation et d'arrangement de l'une envers l'autre. La recherche de flexibilité dans les plannings est le socle porteur de cette relation. Elles échangent essentiellement par mail.

C4E4 va peu à la rencontre des soignants. Il les voit en réunion institutionnelle ou de service (tous les 3 mois). Sinon, lors des « entretiens annuels », tous les 2 à 3 ans. Les échanges se font par téléphone. Il considère que le management de l'équipe de suppléance est totalement différent des autres équipes du fait de la distance « *Quand on voit son infirmier une fois tous les trois mois, parce que en effet, on ne se croise pas souvent, on ne peut pas avoir la même appréciation, le même management qu'un infirmier qu'on voit tous les jours et qu'on voit exécuter les soins* ». Il m'affirme travailler autour de la notion d'autonomie avec ces agents et que d'une certaine façon, ce sont des profils générationnels qui ne tolèrent pas la contrainte hiérarchique pesante. Il n'a pas de support ou de livret de validation de compétences. Il n'utilise pas les compétences pour les entretiens annuels contrairement aux autres services de l'hôpital. **I4E4** le trouve à l'écoute, disponible et compréhensif. « *Le rôle du cadre est d'écouter son personnel, comprendre nos besoins sans imposer à tout prix le planning* ».

Pour **C5E5**, le management du pool est complètement différent d'une équipe fixe du fait de la distance entre elle et les soignants et ce que cela induit. Elle a donc mis en place de nombreux moyens afin d'accompagner les infirmiers et de s'assurer de leurs capacités. Elle a construit ces outils avec les soignants du pool, à partir de leurs échanges. Il existe à ce jour : une fiche de poste validée par les agents, une charte du pool, un contrat avec les pôles, des outils de suivi de compétences. Les plans de formation sont donc élaborés à partir de la fiche de poste et des évaluations de compétences. Elle effectue des entretiens mensuels avec les infirmiers du pool long. Ainsi, les entretiens annuels sont facilités par ces rencontres régulières. A chaque affectation, l'infirmier effectue son autoévaluation de compétences. Puis, une co-évaluation est faite avec le cadre de proximité à la fin du mois. Pour le pool court, les entretiens sont annuels. Ces infirmiers ont cependant exercé auparavant au moins deux ans sur le pool long. Elle les connaît bien et les a donc très régulièrement en contact. Elle passe rencontrer tous les infirmiers « pool » dans les services. « *Je n'ai pas de regard sur les indicateurs d'activité mais les soignants du pool jouent le jeu institutionnel : ils me préviennent quand ils n'ont pas de raison d'être sur le service et du coup je les déplace* ».

Du côté des infirmiers, il est attendu de cette relation, une écoute et un accompagnement du cadre de santé. « *Un cadre avec une option un peu spécifique liée à la mobilité, nous permettant de créer des liens avec les services, avec un cahier, un outil, je ne sais pas. Quelque chose qui nous permettra d'être relié aux autres. Un outil aussi de récapitulation de l'organisation des services.* » (I2E2)

Trois infirmières expliquent que leurs cadres les défendent, les protègent et limitent les dérives (**I3E3, I5E5, I6E5**) d'un excès de mobilité dont elles sont victimes lors de leurs absences. Les cadres de proximité ainsi que les équipes fixes ont de temps en temps besoin que les règles de fonctionnement du pool leurs soit rappelées. « *Elle nous évite d'être traité comme des pions ou des « bouches trous », mais parfois en 12 heures, il m'arrive d'aller dans deux services différents* » (I3E3).

Bien que l'encadrement effectué ne soit pas de proximité, **I'5E5** m'a expliqué que sa responsable la connaît très bien et se tient informée sur ce qu'il se passe dans les services.

- **Management et communication : la communication entre cadre**

Les relations avec les cadres de proximité sont influencées par les missions des cadres responsable de la suppléance. **C1E1** et **C4E4** ont clairement comme objectif de regarder la gestion des plannings dans les services, ce qui influence leurs relations avec les autres cadres.

C1E1 : « *Je fais un peu l'intrus en regardant les plannings et cela est mal vécu. Moi je suis prise entre deux services : la DSI et ses exigences de service liée à une charge en soins et la DRH et les mesures économiques. Du coup je vérifie et je propose des organisations afin d'éviter des recours à la vacation et au pool. Parce que le pool n'est pas très conséquent* ». Elle me commente n'avoir aucun impact sur les cadres de service. Même pour se faire entendre, lorsqu'elle relève des agissements qu'elle estime être de la maltraitance pour les agents de la suppléance, elle n'a pas d'influence.

C4E4 a un retour des cadres de proximité, lorsqu'il y a un souci avec un agent. Au sein des pôles, il a des interlocuteurs privilégiés, lorsque certains ont des missions RH à cette échelle. Le reste de la communication s'effectue par mail. Cette communication peut être compliquée car il effectue en même temps un regard sur la gestion des plannings, de contrôle, et relève les demandes incohérentes. « *En même temps je n'ai pas forcément le bon rôle. Mes objectifs c'est aussi de limiter les dépenses de remplacements, c'est aussi l'efficience donc forcément les relations ne sont pas forcément top. [...] 50% des demandes qui sont formulées ont pour réponse : non* ». Il n'a cependant pas les capacités de vérifier chaque demande. L'année dernière il y en a eu plus de 23000. La connaissance de l'activité plus ou moins « élastique » des services, lui permet d'effectuer des affectations plus pertinentes. Les échanges avec les cadres de proximité lui permettent d'avoir un regard et un avis sur les agents du pool.

Pour **C2E2**, la communication avec les cadres des services est jugée insuffisante. Elle souhaite que ce soit un cadre de proximité et non la DRH qui endosse la responsabilité de l'encadrement des agents « mobiles ». Un travail est à effectuer avec l'ensemble de l'équipe d'encadrement afin que chacun verbalise ses besoins en remplacement le plus tôt possible et effectue des retours sur les affectations des agents. **C2E2** regrette l'absence d'échanges de la part des cadres des santé dans les services. En conséquent, elle souhaite mettre en place des outils, une traçabilité écrite, pour pallier à ces problématiques.

Deux cadres interrogées disent avoir dans l'ensemble de bonnes relations avec les cadres de proximité :

C3E3 dit entretenir de très bonnes relations avec les autres cadres grâce aux arrangements qu'elle fait pour eux, avec l'équipe de suppléance.

C5E5 m'explique avoir de bonnes relations avec les autres cadres du fait de sa mission RH. « *Je suis plutôt dans l'aide à la décision, au recrutement, au renouvellement de CDD. C'est mon domaine d'expertise, je suis vraiment en appui* ». Elle regrette cependant la création des pôles. Selon elle, ils sont sources de cloisonnement. Elle garde un contact permanent avec les cadres pour effectuer les affectations des agents du « pool ». Ils la sollicitent pour les demandes de remplacement. Une fois les affectations faites, elle n'a pas trop de retour. Elle leur demande de s'investir dans le cadre de l'accompagnement de l'évaluation des compétences des infirmiers du pool long. Elle constate tout de même que les cadres de proximité font appel à la suppléance avant même de chercher des solutions à leur niveau, dans leur gestion de planning.

7.3 L'infirmier suppléant

7.3.1 Le profil des agents

La première information qui m'a interpellé est en lien avec le profil des infirmiers suppléants. Toutes les personnes interviewées font partie de la génération dite « Y ». Parmi les 6 infirmières interrogées, une seule a une expérience en amont du pool (**I2E2**). Deux ont une expérience d'aide-soignante (**I5E5 et I6E5**). Mais là encore, l'une n'a fait que de la suppléance dans cette fonction et l'autre était extrêmement mobile au sein de l'institution (**I6E5**). Elles sont toutes jeunes diplômées, avec une moyenne de 3 ans d'expérience en tant qu'infirmière. Aucune n'a d'enfants. Elles reconnaissent d'ailleurs, qu'une vie de famille est incompatible avec un exercice sur la suppléance. C'est l'absence d'un rythme de travail prédéfini qui est un frein.

Selon **C5E5**, « *Le pool ressemble à ce qu'elles ont vécu pendant 3 ans* ». « *On retrouve dans les dossiers ce dynamisme, cette envie d'apprendre, cette disponibilité.* »

Pour **C5E5** et **C4E4**, le pool s'inscrit donc dans la continuité du cursus de formation connu en IFSI.

Bien que ces soignants n'exercent que rarement ensemble, selon **C4E4** « *Il y a une vraie dimension de groupe. [...] Ils partagent quelque chose de commun* ».

Dans le discours de **I1E1**, **I3E3**, **I5E5** et **I6E5**, la recherche de sens, d'utilité au travail apparaît. Pour exemple ces quelques « verbatim » : « *Je trouve que faire partie du pool centralise mon attention exclusivement sur le patient* » (**I3E3**). « *Je me trouve utile en étant à ce poste* » (**I1E1**).

Toutes ont fait le choix de rester au pool du fait de l'exigence en qualité et en compétences de cet exercice.

7.3.2 Le regard sur les compétences

Les discours des cadres autour des compétences des infirmiers suppléants sont relativement différents.

Pour **C1E1**, par définition, une infirmière est polyvalente du fait de son diplôme généraliste. Elle considère que l'encadrement s'accompagne par une montée en compétences. « *Tout soignant doit être polyvalent de fait par son diplôme d'état, je ne fais qu'accompagner l'acquisition et le développement des compétences comme tout encadrement* ». Le parcours professionnalisant est pour elle, un outil pensé, permettant d'acquérir une compétence professionnelle. Il s'intègre avant tout, dans une démarche de service public, pour la prise en charge du patient. Il ne doit en aucun cas être un parcours spécialisant, puisqu'à son sens, cela relève de la formation professionnelle. L'agent doit être acteur de son parcours en menant une réflexion sur son travail et le sens qu'il y donne.

A contrario, **C5E5** considère que l'équipe de suppléance ne se définit pas par la polycompétence mais par la polyvalence. « *Je vois vraiment la différence d'évolution et de développement de compétences entre deux personnes recrutées en même temps, l'une sur un service fixe, l'autre sur le pool. Cela n'a rien à voir.* » Selon **C5E5**, on ne peut pas être compétent dans tous les domaines ne serait-ce que pour des raisons d'affects. Chacun a, par obligation, des préférences de spécialités. Cela explique une variation d'investissement des agents sur certains services. Ainsi, ils sont davantage experts dans certains domaines. « *Faire par obligation ne développe pas forcément la compétence* ». Elle stipule que les infirmières : « *préfèrent rester au pool car elles estiment qu'elles vont y développer plus de connaissances et de compétences* ».

Pour **C4E4**, « *Les remplaçants doivent pouvoir s'adapter à différentes organisations en gardant un esprit critique pour être sûre qu'on est toujours dans les clous et pas forcément tout harmoniser* ». Le fait de se déplacer dans les services ne permet pas aux soignants de développer de nouvelles compétences. Leur véritable compétence est leur adaptabilité. « *La capacité à être mobile, à exercer dans l'ensemble des services de l'hôpital, c'est une compétence en soi* ». Il m'a donc expliqué que pour sa part, le travail qu'il effectue auprès de la suppléance se centralise sur l'adaptabilité aux différents secteurs. Ce qui justifie l'intégration.

Pour tous les cadres de santé rencontrés, il reste indéniable que les plannings sont construits en fonction des compétences des agents.

Pour **C2E2**, l'évaluation des compétences est donc incontournable. Elle la juge actuellement insuffisante au sein de son établissement. Les objectifs étant que les agents soient « opérationnels » et qu'ils se sentent bien. « *On peut être mobile sans être compétent. [...] Donc pour moi, la suppléance c'est : professionnaliser une mobilité et valoriser en même temps des compétences* ».

C3E3 considère que l'encadrement des infirmiers suppléants est différent. Elle attache beaucoup plus d'importance à leurs compétences. Ils font selon elle, preuve d'une plus grande adaptabilité et technicité que les autres soignants. Elle travaille actuellement sur la construction d'un « parcours-compétences », par service. Elle effectue une cartographie des compétences nécessaires sur chaque unité, et souhaite créer un passeport formation pour la suppléance, à partir de ce référencement. Il s'agit pour elle d'un parcours professionnalisant interne à l'établissement.

Du côté des infirmières, elles se sentent toutes polyvalentes et compétente : « *Nos connaissances sont plus larges mais moins précises à mon sens* » (**I2E2**). Elles reconnaissent toutes être compétentes au niveau relationnel et technique, mais sont plus en difficulté concernant les organisations.

Sur l'**établissement n°1**, toutes les infirmières ont une mission transversale : référent hygiène, pharmacovigilance...**I1E1** : « *Nous avons tous les ans un bilan durant lequel nous devons nous auto-évaluer sur nos compétences, que l'on confronte ensuite avec ce qu'en pense notre cadre de santé.* ».

L'I2E2 s'était fixée comme objectif, de développer ses compétences organisationnelles, dans chaque service, sur l'année 2016. Elle éprouve des difficultés au niveau de l'organisation de chaque service pour deux raisons : le fait de ne pas y aller régulièrement et l'affinité qu'elle a avec le service. Elle considère posséder tout autant de compétences techniques et relationnelles que le personnel fixe.

I5E5 se sent également moins à l'aise que les infirmiers des services, sur les compétences organisationnelles (commandes...), du fait de la mobilité. Elle considère avoir vu et pratiqué une plus grande variété de soins. Elle se sent donc enrichie de cette expérience. Elle aime pouvoir échanger autour des pratiques, avec le personnel affecté à une spécialité. Lorsque cela est accepté, ce partage s'inscrit dans une dynamique de « donnant-donnant ».

Pour **I6E5**, les infirmières fixes sont plus expertes sur leur spécialité. Elle juge que son panel de compétences techniques est cependant plus large. « *On a beaucoup de notions mais moins spécialisées* ».

7.3.3 Ressentis et projets professionnels

Il ressort deux idées principales des entretiens. D'un côté, les infirmières suppléantes sont reconnues pour leurs compétences. De l'autre, elles subissent le comportement de certains professionnels. Il n'y a que sur la **structure n°2** que des problématiques avec les équipes fixes ne sont ni relevées par la cadre de santé, ni par l'infirmière.

C2E2 remarque que les infirmières sont agréablement surprises de l'accueil qu'elles reçoivent dans les différents services. Pour **I2E2** « *Le pool fait partie des équipes* ». Au détour de l'entretien, elle exprime cependant un sentiment de solitude. Elle attend du cadre de santé, qu'il aide à l'intégration des soignants suppléants.

Pour **C3E3**, les infirmiers du pool sont référents sur certains actes techniques. « *Ils sont très reconnus dans les services pour leur façon d'être et leur façon de faire* ». Pour **C1E1**, la suppléance est une équipe à part entière qui a réussi à se créer une véritable identité. Les infirmières sont connues et reconnues dans les services. « *J'ai la chance de travailler avec des gens performants, compétents et rigoureux, c'est un vrai bonheur* ». Cependant, elle m'explique qu'il y a des problématiques réelles autour de la répartition de la charge de travail dans les services. « *On leur laisse toujours le côté le plus lourd. Je n'arrive pas à me faire entendre* ». Le comportement malveillant des agents l'oblige à effectuer des répartitions à la journée.

Pour **C4E4**, les soignants suppléants « *ont leur place de remplaçant qui est particulière* ». Il y a des services où les soignants du pool ne veulent pas aller. Ce qui pose problème, c'est l'accueil des soignants fixes ou de l'encadrement de proximité. « *Ils vont dire que c'est la charge de travail et quand on gratte : c'est une « peau de vache » ou un cadre qui n'est pas sympa* ».

Selon **C5E5** les cadres de proximité sont trop tolérants avec ce qui se passe dans les services. Elle ne comprend pas non plus pourquoi les infirmières du pool sont en permanence sollicités pour l'encadrement des étudiants. « *Le problème d'accompagnement des équipes suppléante, il n'est pas dans le développement de compétence qui permet de les pérenniser. Il est dans les services. Dans l'accueil et l'intégration des soignants. C'est un problème de professionnalisme. Elles sont considérées comme des « bouches-trous ». Les équipes fixes n'acceptent pas forcément le regard sur leurs organisations de la part des infirmières du pool* ». Elle me traduit que ce comportement contraste avec celui des soignants suppléants, qui eux, sont investis. Elle a effectué de multiples interventions pour essayer d'endiguer ces dérives. « *Pour expliquer les difficultés qu'elles rencontrent avec les équipes, la maltraitance des équipes, des médecins et des cadres. Car les cadres aussi les maltraitent* ». Le personnel fixe profite de la présence des suppléants pour prendre des journées, aller à des consultations ou se reposer en salle de détente. Elle m'explique aller dans les services, sans prévenir, pour voir ce qu'il s'y passe. « *A 8h, tout le monde est attablé en même temps. Sauf, mon infirmière du pool, qui est dans le poste de soins et qui répond aux sonnettes et qui n'a pas été conviée* ». Elle me manifeste faire tout ce qui est en son pouvoir, pour protéger son équipe. Car elle souhaite les garder. « *Je n'ai pas envie qu'elles s'en aillent parce qu'elles sont maltraitées dans les services* ». Elle regrette, le manque d'implication des cadres de proximité, qui n'énoncent pas suffisamment le rôle du pool selon elle. Cela s'exprime pour elle, par la suite, par le fait que les infirmières ne veulent plus quitter le pool. « *A force de tourner, elles voient les désavantages des services où elles vont et elles n'ont pas envie d'y postuler. [...] Plus aucun service ne trouve grâce à leurs yeux* ».

Les entretiens auprès des infirmières relatent les mêmes dérives.

I1E1 reconnaît qu'elle n'est pas intégrée dans tous les services, même si elle s'entend bien avec beaucoup de personnes. « *En étant au pool, nous ne faisons pas partie des équipes* ». **I3E3** observe beaucoup les soignants. Elle considère que l'accueil du personnel fixe est déterminant. Elle me confie que si **C3E3** devait partir, elle ne resterait pas à la suppléance. Elle n'aurait plus de protection et ne pourrait contrer l'« hyper mobilité » forcée par les cadres de proximité. **I4E4** déplore une absence de communication avec les soignants des services en dehors de la communication professionnelle. « *Mon rapport avec les collègues des services est cordial mais seulement utilitaire* ». **I5E5** se sent intégrée professionnellement. Elle reconnaît que cela n'est pas le cas de ses collègues du pool et qu'il est vrai que les soignants fixes déchargent l'activité sur les infirmiers de la suppléance. Elle ne le prend pas mal mais aimerait au moins que cela soit dit ouvertement. Elle souhaite que les infirmiers reconnaissent avoir besoin de souffler. **I6E5** quant à elle, considère que les infirmières des services lui font confiance professionnellement dans le sens où elles lui délèguent des soins. Humainement, elle ne se sent pas toujours intégrée. « *Il y a des services où elles sont exécrables [...], elles*

vont prendre des pauses pendant que le pool est là [...] ». Si les infirmières du pool osent dire quelque chose, il leur est reproché de ne pas « gérer ».

Les projets des infirmiers sont évoqués lors des entretiens annuels.

C2E2 venant de prendre en charge l'encadrement de cette équipe, est actuellement en train de les rencontrer individuellement. Elle profite de ces échanges, pour évaluer leur vécu sur la suppléance et pour discuter de leurs projets professionnels.

Pour **C4E4**, la suppléance est de toute évidence « *une bonne école* ». Selon ce manager, avoir une expérience d'infirmier suppléant permet par la suite d'accéder à tout autre poste. « *Donc je vois là un parcours professionnalisant* ». Les infirmiers du pool développent une capacité d'adaptation et ont une grande connaissance des pathologies, des soins, de l'hôpital et des organisations. Le quotidien inscrit les agents dans une démarche perpétuelle de formation, contrairement à la formation continue, qui elle est limitée dans le temps. Il m'explique ressentir le potentiel de certains. Il observe une implication qui donne du sens à leurs projets. Il les accompagne dans cette démarche dès qu'il le peut, en leur donnant des missions transversales ou encore, en les inscrivant à des préparations aux concours. L'implication des infirmiers du pool dans la vie de l'institution est également sollicitée par la DRH. « *[...] Quand il y a un travail de groupe, les directeurs des soins ont la bonne idée de dire « mais si on prenait quelqu'un de la suppléance »* ». Il m'annonce que c'est un réel avantage pour la DRH, qui a ainsi, un retour critique et comparatif de ce qui se passe dans les services. Dans l'équipe actuelle, 3 infirmières finalisent le concours d'entrée en IFCS et 1 en école d'IADE.

Il ressort des entretiens auprès des cadres de santé que la première raison de départ des infirmiers de la suppléance est un souhait d'évolution professionnelle vers une spécialisation, le diplôme de cadre de santé ou pour quitter l'hôpital afin d'exercer en libéral. Selon **C5E5**, être au pool fait partie du projet initial de ces infirmiers.

Les infirmiers n'ont pour le moment, que des ébauches de projets professionnels.

L'1E1 souhaite peut-être intégrer une HAD « *le lien avec la mobilité est évident puisqu'il s'agit quasiment de la même chose à part que je me déplacerai chez les patients [...]. Je pense d'ailleurs que pour les agents ayant un projet de travail à domicile, le pool est formateur car il faut être polyvalent, autonome et organisé* ».

L'1E2 accorde pour le moment une priorité à la construction de sa vie personnelle. Elle envisage par la suite d'exercer en libéral ou de se spécialiser en puériculture.

L'1E3 a pour projet actuel de rester sur la suppléance. Elle n'est pas en capacité de se projeter davantage puisqu'elle est infirmière depuis peu de temps. Elle m'a tout de même évoqué à plusieurs reprises son goût pour la pédiatrie.

L'1E4 aimerait tendre vers le pool réanimation de son établissement pour renforcer son projet de devenir IADE par de l'expérience dans des activités d'urgence.

L'1E5 attache pour le moment plus d'importance à son projet personnel : avoir un enfant. Elle aime le pool et n'a pas vraiment envie de repartir à zéro ou, dans des études. Il est vrai qu'elle a déjà fait évoluer son projet en passant le diplôme d'état d'infirmier alors qu'elle était aide-soignante. Elle m'explique avoir eu envie de faire du libéral. Elle n'a pas donné vie à ce projet car certaines de ses anciennes collègues qui l'on fait ont rencontré des difficultés pour trouver des patients. Elle m'exprime un « *ras le bol* » des conditions d'exercice. Elle n'a pas de projet encore définit mais si elle part, c'est pour quitter l'hôpital. « *Je suis parfois fatiguée de la façon dont je dois travailler [...] ce qui me dérange c'est de rentrer chez moi quand j'ai l'impression de ne pas avoir bien travaillé parce que j'ai eu l'impression de voir les patients deux secondes et de leur jeter les médicaments, en disant « je reviens », mais je ne reviens jamais en fait car je n'ai pas le temps* ».

L'1E6 m'explique vouloir dans un premier temps continuer sur le pool. Par la suite elle aimerait faire du libéral « *parce que malheureusement cela se dégrade beaucoup dans les hôpitaux [...] en termes de personnel et de moyens.* »

La mobilité interservices est un frein à un projet de vie personnel pour des raisons d'organisations. Elle est cependant vue comme un avantage pour les projets professionnels grâce à la polyvalence, la polycompétence et l'adaptabilité qu'elle permet.

8 L'ANALYSE DES DONNEES : LE SENS DES RESULTATS

Après avoir élaboré l'ensemble des synthèses en regard de mes entretiens, est effectué un croisement de ces données avec mon cadre théorique.

8.1 Les représentations de la mobilité

Nous pouvons de prime abord constater que la vision du concept de mobilité des professionnels interrogés est relativement réduite. Il n'est pas envisagé sous tous ses aspects par les différents acteurs. Pour l'un des cadres, il n'existe même pas de lien entre la mobilité et l'équipe de suppléance. En observant le parcours professionnel de ce manager, nous pouvons trouver une explication à ce positionnement, à mon sens étonnant. En effet, cette cadre a depuis 2010, une mission transversale concernant la gestion du temps de travail et des plannings. Elle est de plus, positionnée au sein de la DRH. En ce sens, et en correspondance à son discours tout au long de l'entretien, nous pouvons constater qu'elle envisage la mobilité interservices des infirmiers comme une mobilité au service des plannings. Il est vrai, que le planning est un véritable outil managérial qui peut également être utilisé comme médiateur. **D'ailleurs, l'équipe de suppléance n'est-elle pas visible avant tout par le planning ?**

C2E2 donne une définition un peu plus large à la mobilité. Sa réponse a probablement été influencée par le travail qu'il effectue actuellement. Il s'agit de simplifier les parcours en termes de mobilité interne entre deux postes, des agents au sein de son établissement.

Les réponses apportées par les infirmières sont totalement en lien avec l'idée de mouvement présentée dans la définition du Larousse. Contrairement aux cadres, les infirmières évoquent les patients. Bien qu'au fait des contraintes hospitalières, elles se positionnent dans une logique de soins et non dans une logique gestionnaire ou de fonctionnalité.

La définition que l'on donne à la mobilité est donc totalement influencée par le rôle que l'on tient et les missions que l'on porte.

Il est annoncé par la majorité des professionnels interrogés que la mobilité doit avant tout être un choix et en aucun cas, être subie. Il n'y a qu'un cadre de santé qui n'avance pas cette affirmation. En analysant la politique de mobilité au sein de son établissement, nous pouvons comprendre son positionnement. En effet, au sein de cette structure, la mobilité sur la suppléance n'est pas toujours désirée. La situation financière de l'établissement impacte les conditions d'accès aux postes du pool. Il n'y a plus de recrutements extérieurs sur les postes vacants. Ce sont donc les agents en reprises d'activité qui viennent compléter les effectifs manquants et donc, la suppléance.

Des comparaisons avec la mobilité subie sur les pôles sont effectuées par deux cadres de santé. Il en ressort, qu'une mobilité non désirée, même ponctuelle, ne fidélise pas les infirmiers et engendre un fort turn-over des soignants. Face au manque de référence théorique, j'ai fait le choix dans ma partie conceptuelle de prendre appui sur les profils d'intérimaires et des offres d'emplois afin de comprendre les sources de motivation à la mobilité interservices des infirmiers. A présent, il est possible de comparer ces informations, aux données issues du terrain. **Il apparaît que la mobilité est expérimentée par les agents et les fidélisent. Elle est donc elle-même, source de motivation.** Il existe cependant un parcours professionnel particulier des agents. Les soignants sont pour l'ensemble de jeunes diplômés qui continuent à exercer à travers un parcours mobile. Nous pouvons le caractériser comme similaire à celui des stages en IFSI. La variété des pratiques et des techniques est recherchée. Les infirmiers suppléants désirent ne pas réduire leurs possibilités d'évolution et de choix de carrière. Ils souhaitent continuer à évoluer, à apprendre. Pour les infirmières ayant un parcours professionnel en amont, une notion de mobilité, de pool aide-soignant ou de changement de service est observable.

Source d'enrichissement et de développement de compétences, l'expérience pluridisciplinaire, par la diversité des gestes et des prises en charge qu'elle induit, évite un sentiment de routine. Elle autorise les soignants à clarifier leurs compétences et manques, à prendre conscience de leurs capacités et à se protéger face à un avenir parfois inquiétant. En dehors du développement des connaissances et compétences, la mobilité est un moyen de stimuler la réflexion, l'analyse et l'adaptabilité. L'immobilité des soignants est envisagée comme une forme d'expertise entraînant une limitation des soins et une perte de qualité par une non remise en cause des pratiques. Comme développé dans le cadre conceptuel, il apparaît que la mobilité revêt des enjeux sur les pans individuels et collectifs. Sur le versant institutionnel, les avantages de la suppléance portent sur une plus grande flexibilité du personnel et un coût moins élevé des remplacements par un ajustement rapide des effectifs.

Malgré un discours relativement positif, les infirmières évoquent certains obstacles, difficultés à vivre cette mobilité. Parmi les limites relevées lors de la construction du cadre théorique, certaines ne sont pas reprises par les professionnels rencontrés. Les problématiques en lien aux prescriptions médicales n'ont pas été abordées. Il est vrai que de nombreux établissements sont à ce jour informatisés ou en cours d'informatisation. Ce frein est donc moins prégnant à l'heure actuelle. Le manque d'uniformisation des organisations n'est pas introduit directement par les suppléants comme limitant leur polyvalence. Les infirmières expriment manquer de compétences organisationnelles et souhaiteraient une plus grande formalisation du fonctionnement des unités lorsque cela est possible. Cependant, le manque de reconnaissance des infirmiers mobiles est énuméré par ces derniers. Face au peu d'écrits autour de la mobilité des équipes de suppléance à l'hôpital, il n'était pas possible de présumer de ce fait, sans être dans des préjugés. C'est pourquoi, le concept de reconnaissance n'est pas développé en amont. Au détour de l'enquête, nous constatons que la reconnaissance attendue des soignants du pool est protéiforme. Elle est souhaitée comme émanant de l'institution, des équipes paramédicales et médicales ainsi que du manager responsable de l'équipe. Les infirmières suppléantes, en attendent une identification des efforts, de l'énergie et de l'investissement déployé au travail. L'une d'elles, souhaite une légitimation de son exercice de nature financière, afin que sa contribution au sein de la structure soit valorisée. L'attente d'une reconnaissance concernant les compétences et les capacités des infirmiers en lien à la pratique de travail polyvalente est également citée par ces derniers. Ces différentes formes de reconnaissance pourraient favoriser la construction et le renforcement d'une identité « suppléante » et endiguer le sentiment de solitude ressenti ainsi que la qualité de l'accueil dans les services. En effet, l'intégration des soignants est à ce jour encore souvent réduite à l'entité d'un service et d'une spécialité. Pour que la suppléance trouve sa place, il apparaît que le sentiment d'appartenance à un collectif doit se travailler à plusieurs niveaux : celui de l'équipe, des soignants fixes, du personnel médical et de la culture de l'établissement. Le constat de nécessité de travailler autour de la notion de reconnaissance que j'effectue à cette étape, est confirmé par un article sur l'accompagnement managérial des infirmiers lors d'une mobilité ponctuelle, venant juste de paraître dans une revue professionnelle.⁷¹

Pour finir, un autre point sensible identifié par les infirmiers et les cadres de santé est le changement d'affectation demandé au cours d'une même journée. Trop de mobilité est préjudiciable à la PEC des patients, à la sécurité des soins et à la qualité de vie au travail. Cette hypermobilité met également en exergue un décalage entre les valeurs professionnelles des infirmiers et les logiques gestionnaires. **La mobilité interservices peut alors être vécue comme une source d'insécurité, par la peur de l'erreur qu'elle engendre.**

⁷¹ LE BEC-ZION Séverine. « Accompagnement des professionnels et remplacements interservices ». SOINS CADRES n°102 mai 2017 p 43-46.

8.2 Le cadre de santé et son accompagnement

8.2.1 Du contexte politique national vers l'institution

L'enquête de terrain me permet de confirmer le contexte économique contraignant évoqué au sein du cadre contextuel comme facteur favorisant la volonté de constituer des équipes mobiles au sein des institutions. En effet, le monde de la santé n'est pas épargné par ces nécessités de mutualisation et d'efficacité. Repenser les organisations et la gestion des ressources humaines est donc une réalité en cours. Les établissements contactés pour l'enquête ont créé des équipes de remplacement ou de renfort, de type SICS, pool ou suppléance. Les professionnels issus de ces structures ont confirmé la nécessité de construire des équipes de suppléance sur la base du volontariat, avec des agents connus et reconnus. Les politiques internes de mobilité sont uniques, adaptées à des besoins et à une culture d'établissement. La seule similitude que nous pouvons trouver se situe au niveau du choix de management. Je m'attendais à rencontrer des cadres de santé de proximité pour les entretiens. En réalité, tous les managers responsables des professionnels suppléants se situent au niveau des directions d'établissements. Pour une seule structure, il ne s'agit pas d'un choix délibéré. Pour les quatre autres, il est avéré que ce management permet d'avoir un regard sur l'ensemble des demandes de remplacements et sur l'absentéisme au cœur des services. Cette vigilance a un objectif financier et gestionnaire certain. A l'échelle des institutions, plus ou moins bien encadrées, les politiques de mobilité des équipes de suppléance ont le mérite d'exister ou d'être en cours de formalisation. Cependant, il apparaît dans plusieurs discours l'existence de mobilités intra pôles, qui elles, sont très mal vécues par les infirmiers. Elles ne sont pas anticipées mais qualifiées de « sauvages » et de « subies ». Ces professionnels ne sont pas accompagnés et formés pour la mobilité interservices. La volonté de décloisonnement initiée depuis quelques années par la construction des pôles crée donc une autre forme de mobilité professionnelle interservices. Cet exercice ressemble selon les professionnels rencontrés, davantage à une instrumentalisation des soignants, qui sont déplacés en fonction des besoins de l'institution. Le mouvement des agents fixes sur les pôles s'apparente ainsi à une autre dérive, comme celle évoquée par les infirmiers concernant « l'hypermobilité ». Comme l'a évoqué **C5E5**, dans ces configurations, il n'existe pas de réelle volonté d'accompagner les soignants dans un développement de compétences. Par extension, nous pouvons donc nous questionner sur le visage que peut prendre la mobilité interservices, avec l'élaboration et les regroupements actuels en GHT. En effet, **C1E1** a exposé au cours de l'entretien son travail sur la création d'une charte de mobilité pour le GHT. **La mobilité de l'équipe de suppléance de demain devra elle être pensée, anticipée et accompagnée à l'échelle des GHT ?**

8.2.2 Les moyens et outils au service de la mobilité

Le premier constat que nous pouvons faire, concerne les différents niveaux de perception de l'accompagnement. Pour les cadres de santé, la mobilité interservices des agents est un levier managérial tout autant qu'un dispositif de gestion du temps de travail. Il apparaît alors que les différents outils et étapes cités en référence soient indispensables à la gestion efficace d'une équipe de suppléance.

Le recrutement des agents s'effectue en analysant leurs motivations, parcours professionnels et profils personnels. L'expérience du cadre de santé dans la conduite d'entretien, ses capacités d'analyse et sa connaissance du profil spécifique de l'infirmier mobile sont utiles afin de ne pas se fourvoyer dans la sélection des agents. Les compétences sont bien au cœur des recrutements, mais ne sont pas envisagées dans une dynamique de GPEC ou en parallèle d'une cartographie préalable.

Il existe au sein des cinq institutions, une politique d'intégration des suppléants. Ce moment est reconnu comme primordial et déterminant pour le vécu professionnel. Les acteurs de l'intégration les plus régulièrement mobilisés sont les suppléants déjà en exercice, par un

doublement plus ou moins long des nouveaux agents. La formation par les pairs est vécue positivement par les différents partenaires. Ainsi, les professionnels aguerris participent à la montée en compétence des nouveaux recrutés et sont également une aide utile pour permettre un repérage rapide des éléments de vigilances propres à chaque service, spécialité, équipe. Cet accompagnement comme le stipule **Maela Paul**⁷² permet d'accroître petit à petit l'autonomie de l'accompagné en le confrontant à des situations diverses. L'infirmier accompagnant, lui, voit son champ d'activité étendu par la mission d'encadrement et de formation qui lui est confiée et déléguée par son responsable. La construction de ce cheminement par les pairs illustre le mode de management dont use les cadres de santé responsables des équipes de suppléance et la reconnaissance par ces derniers des difficultés inhérentes à ce mode d'exercice. Il s'agit bien d'un management par les compétences, délégatif et participatif. Les soignants sont ainsi responsabilisés et participent de temps en temps, à la prise de décision.

L'évaluation des compétences des agents est utilisée dans quatre établissements. **C4E4**, a expliqué être pour sa part en difficulté pour évaluer des soignants qu'il ne voit pas en exercice. A cette occasion, **C5E5** a construit tout un panel d'outils lui permettant d'effectuer des estimations revêtant différentes formes. Dans un premier temps, une autoévaluation de l'infirmier puis une comparaison avec la vision du soignant procédant à son intégration. Dans un second temps, elle mobilise les cadres de santé de proximité des services pour compléter ces évaluations. Elle emploie ce support pour les entretiens annuels et les demandes de formation. **C5E5** utilise comme point de départ les compétences individuelles des soignants pour les amener vers la cartographie qu'elle a élaborée et qui continue à évoluer. L'évaluation des managers de proximité permet de la maintenir à jour. Inversement, **C3E3** construit un « parcours compétences » reprenant une cartographie par service. Les compétences des agents doivent ensuite s'adapter à cet attendu via la formation. Sur les trois autres établissements, l'accompagnement des agents suppléants au quotidien reste peu formalisé. Pour autant, les infirmiers ne partent pas du pool. Ces cadres de santé favorisent la montée en compétence par la formation « standard » et les demandes des agents. La performance des soignants n'est donc que peu individualisée contrairement aux recommandations de **Catherine Dumas**⁷³ concernant le management par les compétences et l'implication. Nous pouvons constater que l'état d'avancement de cet accompagnement est très variable d'un établissement à un autre. L'existence de charte de mobilité ou l'engagement des différents partenaires sécurise les infirmiers mais ne suffit pas à garantir un vécu positif de cette polyvalence. Le cadre de santé ne peut inscrire cet accompagnement dans une simple formalisation. Pour être effectif et optimal, il apparaît que le management de la suppléance doit s'étendre et s'appuyer sur une collaboration de qualité avec l'ensemble des cadres de proximité. Une participation à l'encadrement des remplacements mais également une cohérence des demandes sont attendues.

La gestion des affectations et des plannings s'effectue essentiellement par des échanges indirects : mails, sms, classeur d'affectation, et pour certains, des appels. La communication établie entre les cadres de santé et les infirmiers est bonne. Elle est construite sur une confiance réciproque, une collaboration, des arrangements et l'autorisation d'autonomie des soignants. Ce constat est à mettre en relation avec le profil particulier des infirmiers suppléants.

⁷² Docteur en sciences de l'éducation citée dans la partie théorique concernant la notion d'accompagnement.

⁷³ Cadre paramédical de pôle à Hôpital Saint-Antoine (AP-HP), Paris (75), citée dans la partie théorique sur le thème du développement de compétences.

8.3 Le professionnel « mobile »

8.3.1 Le profil des agents : génération « Y » et jeunes diplômés

Avant ma rencontre du terrain, il m'était impossible de dresser un profil des infirmiers suppléants fiable et précis. Ma surprise est de constater qu'il existe réellement une typologie du professionnel mobile. Il est nécessaire d'adosser le profil générationnel apparu à cette recherche. En effet, les infirmiers suppléants sont une génération « Y ». La moyenne d'âge des infirmiers en exercice recensée par la DRESS en 2015 était de 43,6 ans⁷⁴. Celle des infirmières que j'ai vues en entretien est de 29, 6 ans. Les cadres de santé rencontrés, ont confirmé ce profil d'âge comme représentatif des soignants mobiles. Encore une fois, la seule qui ne me l'a pas stipulé est **C1E1**. Comme relaté précédemment, les recrutements sur le pool de cet établissement sont biaisés. Cependant, **I1E1** a 26 ans et son profil correspond à celui des autres infirmières rencontrées. La génération « Y » a grandi dans une époque de transition technologique, avec l'apparition et le développement des outils informatiques. Les « *digital natives* » fascinent et en même temps inquiètent par leur rapport au travail. De nombreux écrits invitent à la réflexion autour de ce sujet et continuent à apparaître puisque cette génération entre de plain-pied sur le marché de l'emploi. Ce sujet mérite d'être le point de départ d'une nouvelle recherche dans le prolongement de l'initiation que j'effectue dans le cadre de ce mémoire.

Les rapports sociaux développés par cette génération au travail tendent vers un modèle horizontal. Le principe prédominant est celui de la parole libérée garantissant une créativité et un bien-être. Leur souhait peut être formulé ainsi : travailler « avec » et non « pour ». Le rapport hiérarchique de cette génération est différent. Il nécessite donc d'être appréhendé autrement par les managers. Ainsi, cela fait totalement écho avec le discours de **I3E3**, qui explique la relation « donnant-donnant » qu'elle a établie avec **C3E3**. L'idée de travail en « open-space », dans des espaces de d'échanges tels que des « co-working » est préférée. Ce besoin de travailler en communauté et en collaboration se révèle un facteur de productivité car il est un moyen de confronter son travail entre pairs. Avec l'arrivée de cette nouvelle génération d'infirmiers et leur vision différente du monde du travail, l'hôpital devrait pouvoir muter vers plus de décloisonnement, de collaboration et être ainsi en phase avec leurs attentes. Souvent assimilés à des « zappeurs », la fidélisation, ou plutôt, la pérennisation de ces professionnels est un véritable enjeu. Cette génération est motivée par le challenge, le défi, la créativité, l'évolution perpétuelle et est très attentive à la conciliation des temps de vie. D'où l'importance pour le cadre de santé responsable d'une équipe de suppléance, de mettre en place des règles de fonctionnement, et de les appliquer, en optimisant la conciliation du temps de travail et du temps personnel. L'accompagnement de chaque individu dans son développement professionnel, ne doit pas être omis. La quête de sens est également très prégnante pour les « Y ».

« Car, contrairement à leurs parents, la génération Y ne perçoit pas le travail comme une fin en soi, mais plutôt comme un moyen de s'accomplir en tant qu'individu. »⁷⁵

Cela fait totalement écho aux « verbatim » des soignants rencontrés. Ils disent ne pas vouloir être happées par les problématiques de service, ce qui explique en partie leur choix de la suppléance. En effet, leur volonté première est d'être là, pour les patients tout en continuant à évoluer. La comparaison des pratiques, permise pas l'exercice de la mobilité, les maintient dans une performance, et les aide à prodiguer des soins de qualité.

Le deuxième point intéressant à relever du profil des infirmières mobiles interviewées est qu'elles sont toutes diplômées depuis peu. En moyenne, elles sont titulaires du diplôme d'Etat

⁷⁴Au cœur du métier 638 248 infirmier(e)s en France ? <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/638248-infirmiers-france.html>.

⁷⁵ La génération « Y » au travail. <http://resources.grouperandstad.fr/generation-y-tous-au-travail/>

d'infirmier depuis 3 ans. Quatre infirmières parmi les six rencontrées ont effectué leurs études après la réforme de 2009.

8.3.2 Des compétences à la polyvalence

La compétence est au cœur de la modification du programme de formation de 2009 menant au diplôme d'état d'infirmier. La réforme précédente, mettait l'accent sur le diplôme d'infirmier généraliste, le passage du statut d'élève à étudiant et de l'école d'infirmière au centre de formation. Nous voyons donc, peu à peu, se dessiner les contours d'une professionnalisation du métier d'infirmier. Elle tend vers une diminution de son rôle d'exécutant et la recherche d'une zone d'autonomie, de réflexion et de réflexivité donnant vie aux compétences de chacun. Tous les professionnels intègrent dans leurs discours le terme de compétence. Cependant, il ne recouvre pas encore les mêmes réalités.

➤ **Le regard des cadres de santé**

Il est clair dans le discours des cadres de santé, que l'obtention du diplôme d'infirmier signifie que le professionnel est censé être polyvalent. L'encadrement se reconnaît responsable du maintien et de la montée en compétence des agents. Des secteurs peuvent être définis afin de circonscrire la polyvalence et permettre aux soignants de développer leurs aptitudes dans un domaine d'activité, un champ d'exercice. Il est de toute évidence, que la mobilité n'est pas pour autant gage de compétence. C'est une combinaison de savoirs, savoir-faire, savoir-être mais surtout des savoirs-agir et des savoirs-décider qui participe à la construction d'un professionnel polyvalent. Pour faire face aux exigences de qualité et de sécurité, c'est la réactivité et la capacité à agir dans des situations complexes et inédites qui seront signe de professionnalisme. **Mais si la véritable compétence des soignants suppléants était leur adaptabilité comme le suggère C4E4 ?**

➤ **Le regard des infirmiers**

Les infirmières se sentent toutes polyvalentes. Leurs compétences sont cependant définies comme plus larges et moins spécifiques que celles de leurs pairs « fixes ». Elles sont capables de prise de recul, de remise en question et de réflexivité. Il est indéniable que leurs profils et leurs façons de vivre leur profession tend à s'harmoniser avec les attentes d'évolution du métier d'infirmier. Nous ne pouvons plus à ce jour, attendre une expertise et une haute technicité des soignants. Face aux modifications de notre société, au vieillissement de la population et à l'augmentation des polyopathologies, l'infirmière de demain doit être capable de s'adapter. Inspirées de leurs formations, réfléchi ou non, leur approche du concept de compétence est extrêmement appropriée, mature et visionnaire. Elle répond au contexte d'évolution politique de la santé.

8.3.3 Ressentis et projets professionnels

Au sein de 4 établissements sur 5 enquêtés, les entretiens auprès des cadres de santé et des infirmières font ressortir des cas de maltraitance envers les professionnels suppléants. Ces comportements déviants se retrouvent à trois niveaux différents :

- Les pairs, par la répartition inégalitaire de la charge de travail, la mise à l'écart et le manque d'entraide
- Les cadres de santé de proximité, qui sont les premiers responsables de l'hypermobilité du pool
- Les médecins, par leur manque de reconnaissance envers les professionnels suppléants

L'établissement n°2 est le seul où ne sont pas relatés des faits de ce type, comment expliquer cette différence ?

Il s'agit d'un ESPIC, de plus petite taille que les autres établissements. Il n'existe pas de pôles au sein de cette structure. La configuration est à l'échelle des services, gérés par les cadres de santé de proximité. Ces derniers n'interviennent pas sur les affectations des soignants de la suppléance. C'est un établissement avec une histoire associative et religieuse forte. La politique de mobilité y est actuellement en construction. Les infirmiers mobiles ont pendant plus de 2 ans exercés sans cadre de santé référent, bénéficiant uniquement d'un planning au mois, élaboré par la secrétaire de la direction des soins. En dehors de ces bribes d'explications, pour appréhender d'une façon plus sûre cette différence notable, il serait nécessaire d'aller à la rencontre des différents professionnels, pairs, cadres de proximité et médecins afin de les interroger sur leurs représentations de la mobilité et de cerner davantage, la culture de cette institution. Car en effet, il apparaît que le vécu de la mobilité interservices soit en corrélation avec la culture de l'établissement, la culture de la transversalité, et les représentations de chacun. **A quelle échelle se situe le sentiment d'appartenance à un groupe ?**

Ces ressentis influencent les projets professionnels des agents. Les infirmières interrogées ne souhaitent pas ou plus travailler au sein d'un service. Cependant, aucun des soignants rencontrés n'a déterminé de façon précise son projet professionnel. La mobilité interservices est pour eux un moyen de garantir leur choix de carrière en maintenant leur polyvalence.

La notion de mouvement, reste cependant étroitement liée avec les projets professionnels individuels qu'ils m'ont énumérés. Dans tous les projets cités, on décèle le symbole de la mobilité. Que ce soit pour **I4E4** qui souhaite devenir IADE (mobilité entre les salles de blocs, mobilité au sein d'un SMUR) ou pour les autres infirmières qui se projettent plutôt à l'extérieur d'un établissement en travaillant en HAD ou en libéral.

Parmi les cadres de santé rencontrés, l'un d'entre eux a exercé en tant qu'infirmier suppléant (**C4E4**). Cette expérience a selon lui influencé son parcours professionnel. Il explique disposer au sein de l'équipe de plusieurs soignants engagés dans une démarche de spécialisation (IADE) ou d'évolution hiérarchique (cadre de santé). Il les accompagne dans ces projets, en les faisant participer à des groupes de travail, en les soutenant et en leur donnant accès aux préparations aux concours.

Cependant, dans aucun établissement apparaît un véritable parcours professionnalisant individualisé. Des situations de retour d'expérience, de partages de pratiques, la mise à disposition de ressources externes ou encore de participation à des rencontres professionnelles ne sont pas ou peu favorisées. Les modalités d'apprentissage des soignants ne sont pas considérées. La professionnalisation ne se réduit cependant pas à la formation ou à l'accompagnement de situations de travail. Nous constatons donc que les souhaits de quitter la suppléance sont alimentés par un ressentiment de la fixité et de nouveaux projets professionnels, maintenant un caractère personnel et une empreinte de mobilité.

9 SYNTHÈSE DE L'ANALYSE ET CONFRONTATION AVEC MES HYPOTHÈSES

L'objectif de cette étude était de confronter les organisations et les accompagnements managériaux de la mobilité interservices des infirmiers afin d'identifier les éléments facilitateurs et les freins autour de cette polyvalence.

C'est pourquoi, en regard de mes différentes lectures, du cadre théorique et de l'enquête de terrain, je peux répondre à ma question de recherche :

Le management par le développement des compétences permet-il de pérenniser une équipe de suppléance ? La notion de parcours professionnalisant permet-elle de fidéliser le professionnel au sein de l'équipe ?

Tout d'abord, le contexte économique contraint est connu et reconnu de tous les professionnels. Il donne sens à cette nécessité de mobilité des soignants pour l'établissement, mais également pour ces derniers, afin de préserver leur employabilité. Pour la totalité des personnes interrogées, il existe une adhésion volontaire des infirmiers à ce mode de travail. Il apparaît que l'élaboration du planning a une grande importance dans cette mobilité et peut revêtir à la fois l'apparence d'un frein ou d'un élément facilitateur, s'il est réalisé de façon anticipée.

L'accompagnement effectué par les cadres de santé est ressenti positivement par l'unanimité des soignants même si ces derniers n'ont pas des attentes identiques de leur manager. Il est assimilé à un point de repère, une stabilité, une protection grâce à son écoute attentive, sa bienveillance et la défense qu'il prend de l'équipe.

La politique de mobilité est différente d'une structure à l'autre. L'accompagnement de cette polyvalence n'est donc pas effectué d'une façon unique dans tous les établissements enquêtés. Il ressort des entretiens, que la mobilité interservices des infirmiers leur donne l'opportunité de développer leurs compétences techniques et relationnelles. Ils possèdent un panel de connaissances et de pratiques qu'ils sont en capacité de faire évoluer en les confrontant avec celles des autres professionnels. Cette remise en question continue des soignants dans un désir de qualité et l'évitement d'une routine anxiogène est de toute évidence leur motivation principale.

L'hypothèse 1 émise : « ***Le management de la mobilité interne par la valorisation et le développement des compétences est propice à la fidélisation des infirmiers d'une équipe de suppléance*** » est totalement validée. Même si l'objectif de montée en compétence des agents par les cadres de santé n'est pas soutenu par une volonté unique. Certains effectuent cet accompagnement dans une mission institutionnelle ou de service public alors que d'autres le font également pour le développement et l'enrichissement du soignant. Ils veillent cependant tous à l'accessibilité des agents aux différentes formations institutionnelles. Ils travaillent et s'interrogent sur la construction de procédures, d'outils, de « parcours-compétences » afin de faciliter l'adaptation des infirmiers aux différentes organisations.

Cependant, concernant l'hypothèse 2 « ***L'absence de parcours professionnalisant individualisé est un frein au maintien des infirmiers sur des postes à mobilité interservices de type « pool »*** », ne peut être affirmée en regard des résultats obtenus. Il apparaît que l'absence de parcours professionnalisant individualisé n'est pas un frein au maintien des infirmiers sur des postes à mobilité interservices de type « pool ». Le développement de leurs compétences par la mobilité les satisfait. Ils mettent d'ailleurs en exergue un véritable enrichissement personnel et professionnel rendu possible par l'exercice sur plusieurs services. Ils se sentent ainsi davantage présents pour les patients et moins pour les conflits relationnels existants au sein des services. La réelle problématique rencontrée se situe au niveau de l'accueil qu'ils reçoivent au sein des unités et vient au contraire, renforcer leur volonté de ne pas exercer en tant qu'infirmier « fixe ».

Les résultats de cette initiation à la recherche se doivent d'être mesurés à l'aune de l'existence de quelques biais potentiels :

- Un échantillon de population rencontré relativement réduit
- La nécessité que j'ai rencontrée de combler certains manques théoriques, après l'apparition de thèmes suite à l'enquête de terrain
- La subjectivité du chercheur pour son objet, étant moi-même une ancienne infirmière suppléante.

CONCLUSION

Cette année de travail, de partage et de réflexion m'a permis d'approfondir mes connaissances et compétences pour assurer pleinement mes futures fonctions de cadre de santé. Cette thématique de recherche est mon implication personnelle dans l'approfondissement et le choix de mes connaissances. Elle me permet de m'approprier et de donner vie à ce processus professionnalisant.

Ce travail d'initiation à la recherche, qui s'est déroulé tout au long de la formation, a été très enrichissant. Tout le cheminement effectué dans l'élaboration de ce document s'est accompagné de doutes et d'une réflexion continue. Il m'a permis de recueillir des informations sur la mobilité interservices au sein des hôpitaux. Ainsi, je peux effectuer un constat concernant son management actuel en analysant le vécu exprimé des infirmiers suppléants.

La mobilité est pour le professionnel un moyen de progression et de développement de compétences reconnu s'inscrivant dans une pratique volontariste. L'exercice infirmier en tant que « pool » ou « suppléant » est révélateur de l'évolution du secteur de la santé et du décloisonnement souhaité et nécessaire entre les services. Il reste à le faire accepter de tous, à repenser nos organisations et à modifier notre accompagnement managérial afin d'ouvrir les échanges avec les agents « fixes » et les cadres de proximité. Ainsi, apparaîtra la possibilité d'un réel travail de lien, de partage et de collaboration interdisciplinaire afin d'améliorer la qualité de vie au travail des soignants et par extension, la prise en charge du patient. Les critères de réussite résident dans l'implication et la collaboration de tous. Le rôle et l'implication du cadre responsable de l'équipe de suppléance y est centrale. Il s'agit de rendre possible ces échanges, d'impulser une nouvelle culture de prise en charge des patients dans un cadre sécurisé et serein, et de fédérer autour de ce dispositif.

Pour conclure, je dirai que la mobilité interservices des infirmiers se manage en prenant garde aux « à priori » de chacun. Le constat le plus important que je fais au détour de cette recherche, est que la mobilité des infirmiers suppléants ne se travaille pas qu'auprès d'eux. La mobilité interservices se travaille par le « fixe » et pourquoi pas l'envisager également autour de la personne la plus mobile dans l'hôpital : le patient.

BIBLIOGRAPHIE

➤ **Ouvrages**

- BOURRET Paule. Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible. Paris. Edition Seli Arslan, 2006, 284 pages.
- DEJOUX Cécile. Gestion des compétences et GPEC. Paris. 2^{ème} édition Dunod, 127 pages, 2016.
- LE BOTERF Guy. Construire les compétences individuelles et collectives. Paris. 7^{ème} Edition argumentée Eyrolles, 307 pages, 2015
- LE BOTERF Guy. Professionnaliser : construire des parcours personnalisés de professionnalisation. Paris. Edition Eyrolles, 169 pages, 2016
- HESBEN Walter. Cadre de santé de proximité. Un métier au cœur du soin. Issy-les-Moulineaux. Edition Elsevier Masson, 2011, 155 pages.
- MICHELETTI Patrick. La polyvalence sous toutes ses facettes. Paris. Edition d'Organisation, 192 pages, 2002.
- MINTZBERG Henry. Le manager au quotidien. Les 10 rôles du cadre. Paris. Edition D'Organisation Eyrolles, 2016, 283 pages.
- MUCCHIELLI Roger. Le travail en équipe, clé pour une meilleure efficacité collective. Paris. 17^{ème} édition ESF, 203 pages, 2016
- WITORSKI Richard. Professionnalisation et développement professionnel. Paris. Edition l'Hartmann, 190 pages, 2007
- DICTIONNAIRE Le grand Larousse illustré. Paris. Edition Larousse. 2014

➤ **Revue**

- BAILLY Isabelle « *Les pôles d'activité au service de la reconstruction identitaire infirmière* ». Soins Cadres n°71, août 2009, p 20-22
- BASTIDE Théophile « *Mobilité choisie, lien social et compétences infirmières* ». Soins Cadres n°87, août 2013, p 44-48
- BRUNELLE Y « *Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner* ». Pratiques et organisation des soins, janvier 2009, Vol. 40, p. 39-48.
- DESSERPRIT Gilles « *Les enjeux du travail en équipe* ». Soins Cadres. Supplément n°94, mai 2015, p 5-6.
- DESSERPRIT Gilles « *La définition du travail en équipe et de sa dynamique* ». Soins Cadres n°93, février 2015, p 61-62.
- DETCHESSAHAR Mathieu. « *Santé au travail* ». Revue Française de gestion, n°214, p 89-105, mai 2011.
- DESTANG. J, LAGASSE-TEILHOL. V, RAMONDENC.A-M, STERCKEMAN.C, CEAX.C « *Les équipes infirmières de compensation et de suppléance* ». Soins Cadres n°82, mai 2012, p 23-24.
- DUMAS Catherine « *Le développement du management par les compétences au sein des pôles* ». Soins Cadres n°71, août 2009, p 28-30.
- LE BEC-ZION Séverine. « *Accompagnement des professionnels et remplacements interservices* ». SOINS CADRES n°102 mai 2017 p 43-46.
- PEOC'H Nadia « *Accompagnement de la professionnalisation des infirmiers nouvellement diplômés en France : une étude qualitative* ». Revue Francophone Internationale De Recherche infirmière N°1, mars 2015, p 57-64.
- RIVET Monique « *Recherche de la performance ou émergence des talents dans la pratique infirmière ?* ». Soins Cadres n°80, novembre 2011, p 24-28.
- SULPICE Estelle « *Accompagner les infirmières lors de la mobilité ponctuelle* ». Soins Cadres N° 92, novembre 2014, p 27-29
- Entretien avec Marisol TOURAIN « *Les groupements hospitaliers de territoire ont vocation à transformer les métiers de managers hospitaliers* ». Soins Cadres n°99, septembre 2016, p 5-7.

➤ Webographie

- ABRAHAM Jocelyne « *Gestion de la mobilité interne et création de valeur de croissance externe* ». [Consulté le 18/02/2017]
Disponible : <https://www.agrh.fr/assets/actes/2002abraham001.pdf>
- CHAUVIGNE Christian et COULET Jean-Claude « *L'approche par compétences : un nouveau paradigme pour la pédagogie universitaire ?* ». [Consulté le 21/01/2017].
Disponible : <https://rfp.revues.org/2169>.
- DEVILLARD Olivier « *Dynamiques d'équipes* ». [Consulté le 17/11/2016]
Disponible : http://www.eyrolles.com/Chapitres/978270133006/Devillard_Chap01.pdf.
- HATEGEKIMANA Robert « *Gérer l'employabilité des salariés : créer un avantage concurrentiel et une performance durable à l'entreprise* » [Consulté le 15/02/2017]
Disponible : <https://www.fichier-pdf.fr/2010/02/13/jydgjvh/employabilite-des-salaries.pdf>.
- MAILLIOT. S. « *Mobilités professionnelles : de quoi parle-t-on ? Enjeux et complexité d'une question contemporaine* ». [Consulté le 22/03/2017].
Disponible : www.cereq.fr/content/download/1026/13142/file/relief32_p57.pdf.
- PARMENTIER Christophe « *Une cartographie métiers pour gérer des mobilités de salariés* ». [Consulté le 13/02/2017]
Disponible : https://www.cairn.info/article_p.php?ID_ARTICLE=MAV_015_0120.
- PAUL. M. « *L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique* », 2004. [Consulté en février 2017].
Disponible : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-3-page-13.htm>.
- Projet d'établissement de l'APHP. [Consulté le 22/01/2017]
Disponible : file:///C:/Users/nina/AppData/Local/Temp/projet_detablissement_global_2015_-_2019-1.pdf.
- Projet d'établissement 2012-2016 CH Ravenel. [Consulté le 22/01/2017]
Disponible : <http://www.ch-ravenel.fr/pdf/presentation/projet-ets-tome3-social.pdf>.
- Projet d'établissement 2009-2013 Centre Hospitalier Soissons. [Consulté le 22/01/2017]. Disponible : http://www.ch-soissons.fr/iso_album/00_projet_d_etablissement_2009-2013_-_synthese.pdf.pdf.
- SANDRET Arnaud. La mobilité interne au centre hospitalier bretagne atlantique. Comment valoriser la mobilité interservices pour l'intégrer à une politique de ressources humaines. 2005.[Consulté le 11/03/2017]
Disponible : documentation.ehesp.fr/memoires/2005/edh/sandret.pdf.
- CHRU Hôpitaux de Tours. Fiche de vacance de poste ou d'emploi Service SICS. [Consulté en janvier 2017]. Disponible : http://www.chu-tours.fr/assets/files/pdf/portail_emploi/2016/IDE_100_SICS.pdf.
- Centre Hospitalier de Vienne. Fiche de poste IDE SICS jour. [Consulté en janvier 2017]
Disponible : <http://www.ch-vienne.fr/extranet/recrutement/emplois/318.pdf>.
- CHIC, offre d'emploi équipe de suppléance. [Consulté en janvier 2017]
Disponible : <http://www.chicreteil.fr/offres-d-emploi-132/infirmier-diplome-d-etat-infirmiere-de-l-equipe-desuppleance.html?cHash=a77c57af00e7901622fdf6d3b977a789>.
- Projet d'établissement CHU limoges 2012-2016. Leviers d'actions à conduire ciblés dans le projet de mobilité du CHU de limoges. [Consulté en décembre 2016].
Disponible : http://www.chu-limoges.fr/IMG/pdf/projet_d-etablissement_light-2.pdf.
- CHU de Fort de France. Le service infirmier de compensation et de suppléance. [Consulté en janvier 2017]. Disponible : <http://www.reseau-chu.org/article/le-service-infirmier-de-compensation-et-de-suppleance-sics/>.
- Cadre de santé : référentiels d'activités et de compétences. Document de travail MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE - DGOS 2012. [Consulté en décembre 2017].

- Disponible : <http://www.syndicat-infirmier.com/Cadre-de-sante-Referentiels-d.html>
- Table ronde du 10 avril 2013 du centre national de la fonction publique territoriale. « *Accompagner l'évolution professionnelle par la mobilité et la formation* ». [Consulté le 13/01/2017]. Disponible : https://www.cdg35.fr/beacdf17e90166e1ba64332030865eexy/iedit/11/13291_15166_8._Accompagner_levolution_professionnelle_par_la_mobilite_et_la_formation.pdf.
 - 10 raisons de préférer l'intérim. [Consulté en janvier 2017]
Disponible : <http://www.regionsjob.com/conseils/10-raisons-de-preferer-linterim.html>.
 - ANAP. Améliorer la gestion des ressources humaines de la mobilité. [Consulté le 26/04/2017].
Disponible : <http://www.anap.fr/publications-et-outils/detail/actualites/ameliorer-la-gestion-des-ressources-humaines-la-mobilite-professionnelle/>.
 - Politiques et pratiques de Mobilité interne des cadres dans les entreprises. Juin 2013. [Consulté le 26/04/2017].
Disponible : https://jd.apec.fr/files/live/mounts/media/medias_delia/documents_a_telecharger/etudes_apec/politiques_et_pratiques_de_mobilite_interne_des_cadres_dans_les_entreprises/11321609cb8b970c236841ecc18be9f2.pdf.
 - Les mobilités, un levier de management. [Consulté en février 2017].
Disponible : http://www.inet.cnfpt.fr/sites/default/files/mobilites_un_levier_de_management.pdf
 - ANAP. Gestion du temps de travail des soignants. Guide de bonnes pratiques organisationnelles. [Consulté le 2/05/2017]. Disponible : http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/avant_2009/BPO_Temps_Soignants.pdf.
 - ANAP. Rapport Temps de travail des soignants et organisation des services dans les hôpitaux et cliniques. [Consulté le 1/05/ 2017].
Disponible : http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/avant_2009/RF_chantier_appfondissement_temps_des_soignants_10_07_08.pdf.
 - Actu juridique. Dossier mobilité professionnelle. [Consulté le 30 mars 2017].
Disponible : <https://www.fo-cadres.fr/mobilite-professionnelle-geographique/>.
 - Au cœur du métier 638 248 infirmier(e)s en France ? [Consulté le 7/05/2017].
Disponible : <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/638248-infirmiers-france.html>
 - La génération « Y » au travail [consulté le 8/05/2017.]
Disponible : <http://ressources.grouperandstad.fr/generation-y-tous-au-travail/>.

➤ Cours

- V. LE BASTARD, Fédérer autour d'un projet, IFCS ESM.
- Y. VIDEAU, Economie de la Santé. 1^{ère} année du Master 1 Management sectoriel parcours « *Management des organisations soignantes* ».
- D. LETOURNEAU, Politiques de santé. 1^{ère} année du Master 1 Management sectoriel parcours « *Management des organisations soignantes* ».
- M. BEJEAN, Comptabilité générale et analytique. 1^{ère} année du Master 1 Management sectoriel parcours « *Management des organisations soignantes* ».
- JP. DUMOND, Gestion des ressources humaines. 1^{ère} année du Master 1 Management sectoriel parcours « *Management des organisations soignantes* ». Ainsi que le support de cours « *Des concepts à l'action en GRH dans les organisations de santé* » Août 2016.
- J. RAIMONDEAU, Santé Publique. 1^{ère} année du Master 1 Management sectoriel parcours « *Management des organisations soignantes* ».
- C. ZACHARIE, Droits de l'usager. 1^{ère} année du Master 1 Management sectoriel parcours « *Management des organisations soignantes* ».
- Projet pédagogique 2016-2017 de l'IFCS ESM.

➤ **Lois**

- Art L.6132-1 II CSP (GHT).
- Article L.930-1 de la loi du 4 mai 2004 (relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social).
- Loi HPST du 21 juillet 2009.
- Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Loi de modernisation du système de santé 26 janvier 2016.

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Entretiens exploratoires de pré-enquête

Annexe 2 : Tableau descriptif et de mise en lien : Cadre de santé responsable d'une équipe de suppléance

Annexe 3 : Grilles d'entretiens cadre de santé et infirmier

Annexe 4 : Présentation des terrains d'enquête

Annexe 5 : Talon sociologique des cadres de santé et des infirmiers interrogés

Annexe 6 : Entretien C3E3

Annexe 7 : Entretien I6E5

Annexe 1 : Entretiens exploratoires de pré-enquête

1) Attentes et circonstances d'une prise de poste sur une équipe de suppléance

2) Vécu de cette expérience ? Points positifs, négatifs, management ?

3) Pourquoi avez-vous quitté le poste de suppléance ?

Question 1: Attentes et circonstances d'une prise de poste sur une équipe de suppléance

Questionnaire 1

« J'ai choisi la spécialité mais pas l'organisation : mobilité sur 6 unités du service. La période de travail dans 1 unité variant de 1 jour à 1 semaine : certains IDE avaient 1 poste fixe dans 1 unité (privilège de l'ancienneté) donc on allait ailleurs quand elles revenaient de leur repos »

Questionnaire 2

« A la sortie de l'IFSI. Poste mobile imposé et de nuit. »

Questionnaire 3

« Embauchée par hasard sur ce poste. Je voulais absolument intégrer l'établissement et j'ai accepté le poste.

-Mes attentes : être doublée dans tous les services, ce qui a été respecté. Respecter mon choix de ne pas aller dans certains services tels que la réa, ce qui a été aussi respecté. »

Questionnaire 4

« Prise de poste après mon diplôme d'infirmière. Pas de choix de poste. Imposé pour être recrutée. »

Question 2: Vécu de cette expérience ? points positifs, négatifs, management ?

Questionnaire 1

« Points positifs : développement de capacités d'adaptation, de réactivité par rapport à des patients nouveaux à redécouvrir sans cesse (rapidité de jugement clinique). Développement d'aptitudes à collaborer avec un grand nombre de personnels (IDE, AS, médecins, Kiné).

Points négatifs :

-moins d'investissement dans le suivi des patients (difficile d'anticiper le suivi des examens et RDV...) et dans la tenue de l'unité (rangement, tenue des dossiers, contrôle du chariot d'urgence : tendance à laisser ces tâches à l'IDE en poste fixe...).

-Impression d'être un « pion » qu'on déplace en fonction des besoins.

-relation d'aide et de confiance difficile à instaurer avec les patients.

-management : malgré beaucoup de personnels et plannings compliqués à faire, tentative de laisser au moins 2 jours de suite une IDE dans la même salle (encadrement conscient des inconvénients, mais quasiment même exigences vis-à-vis des volants et des fixes.) »

Questionnaire 2

« Très formateur. Découverte des $\frac{3}{4}$ des services de l'hôpital.

-positif : développe l'autonomie, l'organisation

-négatif : non encadrée au début, Ai-je fais des erreurs ?

Cadre peu présent (la nuit) ».

Questionnaire 3

« Très positive. Développement de capacités d'adaptation, techniques, relationnelles, organisationnelles. Découverte de spécialités différentes ; d'équipes différentes. Le fait de ne pas être investi dans l'équipe permettait un certain recul sur l'organisation de l'équipe, les soins, les problématiques existantes.

Manque : approfondissement dans les spécialités, manque de suivi avec les patients, faire partie d'une équipe, faire des projets de service ».

Questionnaire 4

« - Points positifs : acquisition d'expériences.

-Points négatifs : pas d'appartenance à une équipe, difficultés à débiter dans un service sans encadrement, pas de repères dans le service.

-Aucune aide de l'équipe et de la cadre. La cadre ne s'est jamais présentée le premier jour, identique dans les autres services »

Question 3: Pourquoi avez-vous quitté le poste de suppléance ?

Questionnaire 1

« - Désir d'avoir la responsabilité d'une unité, m'impliquer dans la gestion de son organisation et le suivi des patients.

- Besoin de collaborer avec les mêmes médecins (relation de confiance, connaître la façon de travailler de l'autre, coopération renforcée)

-Certainement besoin de reconnaissance, en étant considérée comme une personne ressource. »

Questionnaire 2

« Envie de me fixer au bout de 2 ans. »

Questionnaire 3

« Par rapport aux cadres des services : très bien reçue, reconnue au fur et à mesure du temps passé dans les services et de nos compétences acquises.

Avec cadre du pool : bonne relation, à l'écoute mais manque de formations+++ . Manque de réunions d'équipe, d'informations sur l'établissement.

Poste de suppléance quitté suite à un déménagement personnel qui m'a fait quitter la structure et l'envie de s'installer dans une spécialité et dans une équipe pour faire des projets de service. »

Questionnaire 4

« Proposition d'un poste fixe. Inconfortable dans mon positionnement. »

Annexe 2 : Tableau descriptif et de mise en lien : Cadre de santé responsable d'une équipe de suppléance

Rôles selon Mintzberg	Référentiel de compétences ⁷⁶	Fonctions	Exemples d'activités
<p>Répartiteur de ressources :</p> <p><i>« Responsable de la répartition des sources organisationnelles de toutes sortes... »⁷⁷</i></p>	<p>Prévoir les activités et les moyens nécessaires pour un secteur d'activités de soin</p>	<p>Organisation et gestion des soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Créer des conditions favorisant la valorisation des ressources de son équipe -Construire et utiliser des outils de contrôle pour évaluer la charge en soins des unités afin de planifier les remplacements -créer les plannings
<p>Leader :</p> <p><i>« Responsable de la motivation et de l'activation des subordonnés, responsable des affectations, de la formation, etc »⁷⁸</i></p>	<p>Prévoir les activités et les moyens nécessaires pour un secteur d'activités de soin</p>	<p>Continuité et coordination des soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Gérer les conflits et prendre des décisions -Associer l'ensemble de l'équipe à l'amélioration des conditions de travail -Prévenir les risques professionnels -Définir une politique de gestion du système d'information et de communication interne et externe (ex pour transmettre les affectations) -Coordonner les actions et les moyens avec les différents partenaires

⁷⁶ Document de travail MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE - DGOS 2012

file:///C:/Users/nina/AppData/Local/Temp/Ref-activites-et-competences-1.pdf

⁷⁷ H. MINTZBERG « *Le manager au quotidien : les 10 rôles du cadre* » édition d'organisation Eyrolles, deuxième édition 2016, 283 pages

⁷⁸ Ibid.

<p>Répartiteur de ressources :</p> <p><i>« Responsable de la répartition des sources organisationnelles de toutes sortes... »⁷⁹</i></p>	<p>Contrôler et évaluer les activités</p>	<p>Evaluation des besoins</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Déterminer et mettre en œuvre avec l'équipe une démarche d'analyse des besoins des usagers sur les différents services -Délimiter le champ d'action des infirmiers dans les unités en regard du cadre législatif, réglementaire, professionnel et institutionnel -Définir le principe de partage des responsabilités (responsabilité transversale ex : CLUD, CLIN, référent intégration...)
<p>Leader :</p> <p><i>« Responsable de la motivation et de l'activation des subordonnés, responsable des affectations, de la formation, etc. »⁸⁰</i></p> <p>Et</p> <p>Diffuseur :</p> <p><i>« Transmet aux membres de l'organisation des informations reçues de personnes extérieures ou d'autres subordonnés... »⁸¹</i></p>	<p>Communiquer, transmettre les informations et rendre compte</p>	<p>Management, animation, communication</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Diffuse les informations institutionnelles et s'assure de leur compréhension par l'équipe -Recrute le personnel -Définit les valeurs de l'équipe -Met en place des temps et lieux d'expression

⁷⁹ Ibid.

⁸⁰ H.MINTZBERG « *Le manager au quotidien : les 10 rôles du cadre* » édition d'organisation Eyrolles, deuxième édition 2016, 283 pages

⁸¹ Ibid

<p style="text-align: center;">Leader :</p> <p style="text-align: center;"><i>« Responsable de la motivation et de l'activation des subordonnés, responsable des affectations, de la formation, etc. »⁸²</i></p>	<p style="text-align: center;">Manager les compétences individuelles et collectives d'une équipe pluri professionnelle</p>	<p style="text-align: center;">Formation/ encadrement pédagogique</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Evaluer les besoins individuels et collectifs de formation -Assurer les évaluations professionnelles -Organiser l'intégration des nouveaux personnels intégrés à l'équipe -Met en place des supports pour l'intégration (charte, livret d'accueil, support descriptif des unités...) -Réalise et propose des programmes de formation interne en fonction des besoins du personnel -Participer à l'évolution de la cartographie des compétences des personnels de l'équipe -S'assure de la veille documentaire dans les différents services en collaboration avec les cadres de proximité des différentes unités
<p style="text-align: center;">Entrepreneur :</p> <p style="text-align: center;"><i>« Recherche des opportunités dans l'organisation et son environnement et prend l'initiative de « projets d'amélioration... »⁸³</i></p>	<p style="text-align: center;">Conduire une démarche qualité et de gestion des risques</p>	<p style="text-align: center;">Evaluation/ Recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Repérer les pistes d'amélioration nécessaires à la prise en charge des patients (utilisation du benchmarking interservices, œil à l'extérieur des différentes organisations (rapport d'étonnement)).

⁸² Ibid

⁸³ H. MINTZBERG « *Le manager au quotidien : les 10 rôles du cadre* » édition d'organisation Eyrolles, deuxième édition 2016, 283 pages

Annexe 3 : Grilles d'entretiens cadre de santé et infirmier

Grilles d'entretiens de mémoire

Anonymat garanti :

Cet entretien est totalement anonyme et confidentiel. Il ne porte ni votre nom, ni votre adresse, vous pouvez donc vous exprimer librement.

Il n'existe pas de réponse attendue, bonne ou mauvaise. Ces entretiens ont pour objet de préciser des situations existantes dans différents services et au sein de plusieurs établissements.

Tous ces entretiens seront exploités avec attention et pris en compte dans leur intégralité dans le cadre de ma recherche pour mon mémoire de Cadre de santé.

Si vous le souhaitez, je vous ferai parvenir les résultats de mon analyse.

Questions générales sur la structure :

- Définition de la mobilité sur l'établissement,
- Depuis combien de temps existe-t-il cette unité mobile ?
- Combien de personnes sont concernées par cette mobilité ?
- Quelles catégories professionnelles sont concernées par la mobilité ?
- Durée moyenne d'exercice sur ces postes ?
- Particularité des profils des soignants sur cette unité ?
- Dans votre établissement, quel est le degré de polyvalence ?
- Comment la mobilité interne et la polyvalence sont-elles valorisées ?

INFIRMIER :

Axe de recherche n°1 : Talon d'identification sociologique

Age

Sexe

Situation familiale

Année de diplôme

Expérience professionnelle

Axe de recherche n°2 : La mobilité

- 1) Comment définissez-vous le terme « mobilité » ?
- 2) Quelles seraient vos propositions afin d'améliorer l'envie des soignants de rester sur les postes mobiles ?
- 3) Comment vivez-vous cette mobilité ?
- 4) Quelles sont pour vous les limites à la mobilité ?

Axe de recherche n°3 : Le cadre de santé et son management

- 5) Comment avez-vous été accompagné dans cette prise de poste ?
- 6) Avez-vous eu l'opportunité d'être doublé à la prise de fonction ?
- 7) Que pensez-vous de l'accompagnement de votre cadre de santé dans votre poste requérant de la polyvalence ?
- 8) Vous sentez-vous intégré professionnellement au sein de chaque service ?

Axe de recherche n°4 : Le soignant et son parcours

- 9) Comment êtes-vous arrivé sur ce poste ?
- 10) Vous considérez-vous polyvalent ? Compétent ? Comment vous situez-vous en rapport à vos collègues fixes ?
- 11) Pourquoi restez-vous sur ce poste ?
- 12) Avez-vous un projet professionnel ?
- 13) Comment envisagez-vous votre avenir professionnel à court et moyen terme ?

Avez-vous des éléments à préciser ? des remarques à formuler sur le sujet ?

CADRE DE SANTE ET/OU DE DIRECTION :

Axe de recherche n°1 : Talon d'identification sociologique

Année de diplôme

Expérience professionnelle

Expérience d'encadrement dans quels services ?

Axe de recherche n°2 : La mobilité

- 1) Comment définissez-vous le terme « mobilité » ?
- 2) La politique de mobilité dans l'établissement est-elle clairement formalisée ?
- 3) Il y a-t-il une obligation de mobilité posée au sein de votre établissement ?
- 4) Quels sont les obstacles que vous reconnaissez à la mobilité des infirmiers ?

Axe de recherche n°3 : Le cadre de santé et son management

- 5) Est-ce un choix de votre part de manager cette équipe ?
- 6) En quoi l'encadrement d'infirmiers polyvalents est-il selon vous semblable ou différent de celui de personnel fixe ?
- 7) Comment sont recrutés les soignants sur les postes mobiles ?
- 8) Que pouvez-vous dire de la communication que vous entretenez avec les cadres de proximité ?
- 9) Quelle est votre place ? Votre capacité de négociation ?
- 10) Comment accompagnez-vous la mobilité interservices des soignants ?

Axe de recherche n°4 : Le soignant et son parcours

- 11) Quels liens faites-vous entre les termes « mobilité », « polyvalence » et « compétences » ?
- 12) Selon vous quels sont les intérêts et qu'est ce qui peut être source de motivation pour les soignants à exercer sur les postes mobiles ?
- 13) Que vous évoque la notion de parcours professionnalisant ?
- 14) Pour quelles raisons les soignants quittent ils les postes mobiles selon vous ?

Avez-vous des éléments à préciser ? des remarques à formuler sur le sujet ?

Annexe 4 : Présentation générale de la mobilité sur les terrains d'enquête

	Etablissement n°1 (E1)	Etablissement n°2 (E2)	Etablissement n°3 (E3)	Etablissement n°4 (E4)	Etablissement n°5 (E5)
Type d'établissement	ESPIC	ESPIC	Public	Public	ESPIC
Définition de la mobilité sur l'établissement	<p>Personnel uniquement de jour, sauf si demande des agents.</p> <p>Planning fixe sur l'année avec 2 week-end sur 4 travaillés par mois.</p> <p>Base d'un cycle de travail.</p> <p>Les affectations sont envoyées par mail.</p> <p>Amplitude en 7h30.</p>	<p>En cours de modification.</p> <p>Pas d'équipe de nuit.</p> <p>Objectif : continuer à agrandir ces équipes pour permettre des plannings fixes, à l'année, effectuer un positionnement au besoin et réduire le personnel fixe.</p> <p>L'unité de suppléance : Horaires calqués sur ceux du remplacement (12h, 10h, ...)</p> <p>Un week-end sur trois travaillé.</p> <p>Le Pool : en 7h du lundi au vendredi, positionné la veille pour le lendemain en fonction d'indicateurs de charge en soins</p>	<p>Une équipe en CDI toute l'année et une augmentation des effectifs lors de la saison hivernale pour répondre aux problèmes d'épidémies.</p> <p>Le personnel effectue les mêmes horaires que dans les services : 7h36 le matin ou l'après-midi, 10h la nuit de mars à septembre, 12h d'octobre à février.</p> <p>Tout le monde fait un week-end sur deux.</p> <p>Les roulements sont effectués sur 6 mois mais sans les affectations qui elles sont faites le jour même.</p>	<p>Une équipe de journée, une de nuit.</p> <p>Une partie de l'équipe de suppléance est dédiée aux réanimations : 7 infirmiers dont 5 de jour et 2 de nuit.</p> <p>Les nuits sont en 10 heures.</p> <p>Les horaires de jours sont en 7h36 ou 7h30.</p> <p>Les plannings sont effectués selon un cycle de travail construit sur 12 semaines. Permet d'avoir du personnel en permanence.</p> <p>Affectation à la prise de poste.</p>	<p>Deux types de pool :</p> <ul style="list-style-type: none"> -un pool long : affectation au mois -un pool court : affectation à la journée avec un planning à la semaine. <p>Il faut avoir exercé au moins deux ans au pool long pour pouvoir postuler au pool court.</p> <p>Les agents affectés au pool long effectuent 2 mois de nuit par an.</p> <p>Les infirmiers font les horaires des personnes qu'ils remplacent. 7h30 en général mais 12h aux urgences, 10h en suite de couches. Le pool court ne fait pas de nuit.</p>
Depuis combien de temps existe cette équipe de suppléance ?	1973	2008	2014	Début des années 2000	2002

<p>Combien de personnes sont concernées par cette mobilité ?</p>	<p>ASH : 3 postes non pourvus AS : trois en 12 heures, sept en 7h30, IDE : trois à 100%, une à 80%, un à 50% (mi-temps thérapeutique).</p>	<p>Unité de suppléance : 8 IDE, 4 AS. Pool : 3 IDE et 3 AS.</p>	<p>13 personnes : 9 IDE et 4 AS</p>	<p>60 agents suppléants au total. 34 IDE, dont 10 de nuit. 5 de jour que pour les réanimations, les autres mobiles sur l'ensemble des secteurs.</p>	<p>14 IDE et 13 AS. Au pool court : 6 IDE et 6 AS Au pool long : 8 IDE et 7 AS</p>
<p>Ancienneté d'exercice des infirmiers sur ces postes</p>	<p>La dernière arrivée à 4 ans de pool.</p>	<p>La plus ancienne depuis 4 ans, la plus récente vient d'arriver. L'équipe vient de s'agrandir donc beaucoup de nouvelles affectations.</p>	<p>Les plus anciennes sont là depuis la création de l'équipe.</p>	<p>Fort renouvellement de l'équipe de 2009 à 2012, depuis, peu de mouvements.</p>	<p>Maximum 8 ans.</p>
<p>Particularité des profils des soignants sur cette unité selon les cadres de santé rencontrés</p>	<p>Les nouveaux recrutés sont des agents à qui on accorde une seconde chance ou des mi-temps thérapeutiques. Actuellement tous les IDE du pool ont désiré cette affectation sauf la personne en mi-temps thérapeutique. Profils : personnes bien intégrées dans la structure avec de l'expérience.</p>	<p>Ce sont souvent des personnes qui s'ennuient vite, qui aiment la mobilité et ont une forte adaptabilité</p>	<p>Capacité d'adaptation, esprit nomade. Ils ont majoritairement entre 20 et 30 ans.</p>	<p>Profils variés, beaucoup de jeunes diplômés.</p>	<p>IDE n'ayant pas fait le deuil de l'IFSI. Majoritairement des jeunes diplômés.</p>

Degré de polyvalence dans l'établissement	Partout. Egalement sur les établissements annexes sauf en réanimation.	Remplacement dans tout l'hôpital sauf sur l'autre site du GH.	Ils vont sur tous les services sauf la réanimation. Sur la réanimation, certains IDE seulement qui ont reçu une formation de 3 semaines.	Les IDE vont sur les deux sites, les AS un seul. Une équipe dédiée aux réanimations. Remplacements uniquement sur les services conventionnels : les pôles doivent s'organiser pour les remplacements plus spécifiques.	Tout l'établissement. Sauf le bloc opératoire et la réanimation néonatale.
Changement de service en cours d'affectation	Limite posée à deux changements par jour, soit pas plus de 3 services.	Non.	Oui, lors de l'absence du cadre.	Autonomie des agents qui peuvent décider de changer d'affectation s'il juge cette dernière non prioritaire.	Parfois, mais pas plus de 2 services dans la même journée.
Valorisation de la mobilité interne et de la polyvalence dans l'établissement	Reconnaissance du cadre.	Valorisation du parcours. Prime de suppléance en cours de négociation ainsi qu'une indemnité au prorata des gardes pour les services où il existe des primes : réanimation, urgences...	Prime mensuelle et surprime de mobilité	Reconnaissance du cadre. Moins de prime que les autres (pas de primes de pôles...). Plus d'accès à la formation. Organisation des plannings moins rigide.	Que pour le pool court : tous les week-ends sont payés.
Nombre de lits d'hospitalisation	545	340	317	958	531
Nombre de salariés (paramédicaux et médecins confondus)	1638	1000	2186	3426	2300

Annexe 5 : Talon sociologique des cadres de santé et des infirmiers interrogés

Tableau 1 : talon sociologique des cadres de santé

Chaque cadre de santé exerce au sein de l'établissement identifié par le même numéro. Pour le dépouillement, C1E1 signifie par exemple : cadre n°1, établissement n°1.

	Sexe	Parcours d'encadrement	Type d'établissement	Durée de l'entretien
Cadre 1 C1E1	Femme	<ul style="list-style-type: none"> -De 1989 jusqu'en 1997, IDE sur un service de médecine interne qui comprenait plusieurs spécialités puis en HDJ et en chirurgie <ul style="list-style-type: none"> - « Faisant fonction » cadre de 1997 à 1999 -Cadre de santé en 2000 -Depuis 2000 expérience d'encadrement sur des services conventionnels et en HDJ -2006 arrivé dans l'établissement actuel sur les spécialités chirurgicales et en consultation ORL, chirurgie maxillo-faciale et ophtalmologique. -En 2010, mission transversale en tant que « fonction cadre supérieur » notamment sur la gestion du temps de travail et l'informatisation des plannings <ul style="list-style-type: none"> -Cadre supérieur de santé depuis quelques mois -Ne fait plus partie de la DSI mais de la DRH -Gestion du pool depuis 2 ans 	ESPIC	1h05
Cadre 2 C2E2	Femme	<ul style="list-style-type: none"> -Sage-femme de formation, à ce titre, expérience en réanimation néonatal, médecine, consultation -Ecole des cadres en 2004 avec une équivalence infirmière <ul style="list-style-type: none"> -Poste en DSI pendant 4 ans dans une clinique. -Cadre des urgences pédiatriques -Cadre en maternité, puis à la DSI de l'établissement n°2 	ESPIC	40 minutes

Cadre 3 C3E3	Femme	<ul style="list-style-type: none"> -Expérience d'encadrement en réanimation médicale, réanimation chirurgicale et transplantation, gériatrie -Diplôme de cadre dans les années 90 -Actuellement DSI 	Public	Non enregistré, 40 minutes
Cadre 4 C4E4	Homme	<ul style="list-style-type: none"> -Infirmier depuis 2001 au sein d'un Pool puis en psychiatrie. - 2005 poste de « Faisant Fonction » cadre, de nuit avec une mission transversale - 2007 école des cadres. -2008 cadre en psychiatrie. -2008-2009 fonctions RH, sur un pôle, en tant que cadre : gestion, recrutement, suivi de candidature, élaboration de plannings sur plusieurs secteurs, gestion de remplacements sans équipe dédiée -Fin 2009, début 2010, cadre de l'équipe de suppléance à la DSI -puis Master 2 	Public	1h15
Cadre 5 C5E5	Femme	<ul style="list-style-type: none"> -Infirmière pendant plus de 10 ans : chirurgie, oncologie, maternité. - « Faisant fonction cadre » -Ecole des cadres en 1993 à la pitié salpêtrière. -Jusqu'en 2004, surveillante en chirurgie oncologique -Actuellement : Cadre supérieure en mission transversale, en charge du pool et missions RH (inaptitudes, réintégrations, compétences). -Auditrice interne, pilote de processus du parcours patient pour la certification V2014 	ESPIC	2 heures

Tableau 2 : talon sociologique des infirmiers suppléants

Pour le dépouillement, I1E1 signifie par exemple : infirmière n°1, établissement n°1.

	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	IDE 6
Sexe	Femme	Femme	Femme	Femme	Femme	Femme
Age	26 ans	31 ans	26 ans	28 ans	35 ans	32 ans
Situation familiale	En couple, sans enfant	Mariée, sans enfant	En couple, sans enfant, enceinte	Seule, sans enfant	Vit en concubinage, sans enfant	Sans enfant
Poste occupé	Premier poste	-Chirurgie digestive pendant 3 ans. -Pool au début chirurgie digestive et orthopédique, depuis novembre 2016 sur tout l'établissement Tout sauf les spécialités sur l'autre site	3 mois d'intérim, puis CDD à la suppléance	Premier poste	AS: pool long puis pool court IDE : idem, toujours au sein du même établissement.	-AS : pendant 6 ans en : gériatrie, SSR, long séjour, MDR et neurochirurgie sur plusieurs établissements. -IDE depuis 3 ans, que sur le pool long
Année de diplôme	2013	2009	2015	2016	IDE :2011. AS en 2003.	2014
Ancienneté sur la suppléance	4 ans	4 ans	Moins de 2 ans	Moins d'un an	Pool IDE depuis 5 ans	Pool depuis 3 ans
Type d'établissement	ESPIC E1	ESPIC E2	Public E3	Public E4	ESPIC E5	ESPIC E5
Durée de l'entretien	35 minutes	30 minutes	30 minutes	35 minutes	28 minutes	44 minutes

Annexe 6 : Entretien C3E3

Questions générales sur la structure :

Définition de la mobilité par suppléance sur l'établissement

-Depuis combien de temps existe-t-il cette unité suppléante ?

L'équipe de suppléance a été créée en 2014, à mon arrivée pour répondre à une problématique réelle : diminuer le recours à l'intérim. Avant, il y avait 3 soignants mobiles à l'intérieur d'un pôle. Ils ont rejoint la suppléance.

-Combien de personnes sont concernées par cette mobilité ?

9 IDE ,4 AS en CDI

-Quelles catégories professionnelles sont concernées ?

IDE et AS

-Combien d'infirmières ?

9 IDE en CDI. Augmentation du nombre de personnel sur la suppléance pour l'hiver. Saisonnalité des moyens, embauche d'une vingtaine d'IDE et AS en CDD d'octobre à février pour les épidémies.

-Durée moyenne d'exercice sur ces postes ?

Les plus anciens sont là depuis la création de l'équipe.

-Particularité des profils des soignants sur cette unité ?

Capacité d'adaptation, esprit nomade. Ils ont majoritairement entre 20 et 30 ans.

-Dans votre établissement, quel est le degré de polyvalence (réa, mater, salle de naissance, bloc césar, urgences et services de chirurgie/médecine) ?

Ils vont sur tous les services sauf la réanimation. Sur la réanimation, certains IDE seulement qui ont reçu une formation de 3 semaines.

-Comment la mobilité interne et la polyvalence sont-elles valorisées ?

Prime mensuelle et surprime de mobilité.

CADRE DE SANTE ET DIRECTION :

Axe de recherche n°1 : Talon d'identification sociologique

Expérience d'encadrement : Réanimation médicale, réanimation chirurgicale et transplantation, gériatrie...

Diplômée cadre de santé dans les années 1990

Axe de recherche n°2 : La mobilité

1) Comment définissez-vous le terme « mobilité » ?

Pour moi la mobilité c'est aller d'un service à un autre. L'équipe de suppléance est faite pour la mobilité et formée pour. Elle effectue des remplacements et de l'entraide.

2) La politique de mobilité dans l'établissement est-elle clairement formalisée ?

Il s'agit de la politique de suppléance. Oui, elle est clairement formalisée. Il existe une charte de la suppléance où il est notifié dans quelles conditions les soignants de cette équipe sont mobilisés et dans quels délais. La politique de cette suppléance vise à ne plus faire appel à de l'intérim et à ne plus fermer de lits faute de personnel. Nous n'utilisons pas d'indicateurs de charge d'activité. Les cadres des services nous disent quand ils ont besoin. Le regard des soignants de la suppléance aussi est important, parfois c'est eux qui nous disent où ils doivent aller.

3) Il y a-t-il une obligation de mobilité posée au sein de votre établissement ?

La mobilité sur la suppléance est un choix. La mobilité imposée est celle sur les pôles, ponctuelle, pour le personnel fixe.

La suppléance est un service comme un autre. On suit la même réglementation pour tout le monde pour les repos, les plannings...

Les plannings sont faits presque 6 mois à l'avance mais sans les affectations, car pour cela, on y répond en fonction des demandes, le jour même.

Le personnel effectue les mêmes horaires que dans les services : 7h36 le matin ou l'après-midi, 10h la nuit de mars à septembre, 12h d'octobre à février. Tout le monde fait un week-end sur deux.

4) Quels sont les obstacles que vous reconnaissez à la mobilité des infirmiers ?

Je n'en vois pas.

Axe de recherche n°3 : Le cadre de santé et son management

5) Est-ce un choix de votre part de manager cette équipe ?

Oui, c'est un choix. C'est un service comme un autre sauf qu'on n'a pas la gestion des lits. La gestion RH est identique.

6) En quoi l'encadrement d'infirmiers polyvalents est-il selon vous semblable ou différent de celui de personnel fixe ?

La différence c'est qu'on regarde beaucoup leurs compétences.

7) Comment sont recrutés les soignants sur les postes mobiles ?

Il s'agit d'un recrutement classique. On vérifie qu'ils sachent faire des calculs de dose, on vérifie leurs compétences en transfusion sanguine.

8) Que pouvez-vous dire de la communication que vous entretenez avec les cadres de proximité ?

Ma communication avec les autres cadres est bonne. On se voit souvent. Il y a une très bonne ambiance et de très bonnes relations. Les arrangements que je fais pour eux permettent d'entretenir ces bonnes relations.

9) Quelle est votre place ? Capacité de négociation ?

J'ai une bonne capacité de négociation, on fait changer les jours de présence des infirmières, on s'arrange.

10) Comment accompagnez-vous la mobilité interservices des soignants ?

On échange par mails. Je fais suivre les informations aux infirmières.

Je leur propose des formations quand cela est nécessaire, quand les cadres de proximité me disent qu'elles en ont besoin. De toute façon, les infirmiers suppléants le disent quand ils ressentent le besoin d'être formés sur quelque chose.

Il y a une intégration des nouveaux, par les anciens de l'équipe de suppléance, sur tous les services. La durée de cette intégration est variable. Mais elle est au minimum de 15 jours. Aucun autre outil.

Axe de recherche n°4 : Le soignant et son parcours

11) Quels liens faites-vous entre les termes « mobilité », « polyvalence » et « compétences » ?

Il faut être un minimum compétent dès la formation initiale. Les infirmiers suppléants sont polyvalents car ils font beaucoup de soins et ont une grande technicité. Ils font preuve d'une plus grande adaptabilité aux imprévus que les autres soignants. Ils sont reconnus comme référents sur certains actes. Par exemple, c'est à eux qu'on fait appel pour perfuser des patients difficiles. Ils sont très reconnus dans les services pour leur façon d'être et leur façon de faire.

12) Selon vous quels sont les intérêts et qu'est ce qui peut être source de motivation pour les soignants à exercer sur les postes mobiles ?

La polyvalence et la mobilité sont une source de motivation. Sur cette unité, les infirmiers sont moins confrontés aux « histoires de personnes ». Ils n'ont pas à prendre parti. Eux, ils sont là pour les patients.

13) Que vous évoque la notion de parcours professionnalisant ?

On est actuellement en train de construire un « parcours-compétences » qui est en fait un « parcours professionnalisant » par service. On répertorie les compétences nécessaires par service. A partir de ce référencement, on va créer un passeport profession pour l'équipe de suppléance dans lequel apparaîtra toutes les compétences nécessaires sur l'établissement. Ainsi, on pourra pointer les formations nécessaires. Nous avons le même budget de formation que sur les autres services. Les formations sont donc beaucoup en interne.

14) Pour quelles raisons les soignants quittent ils les postes mobiles selon vous ?

Pour prendre un poste fixe, pour partir se former (spécialisation), ou pour partir en province.

Avez-vous des éléments à préciser ? des remarques à formuler sur le sujet ?

Ce qui les fait rester c'est la relation de confiance établie avec moi.

Annexe 7 : Entretien I6E5

INFIRMIER :

Axe de recherche n°1 : Talon d'identification sociologique

Age : 32 ans

Sexe : femme

Situation familiale sans enfant,

Année de diplôme diplômée depuis 3 ans

Expérience professionnelle AS pendant 6 ans (en gériatrie, SSR, long séjour, maison de retraite et neurochirurgie) avant d'être IDE. Le pool est mon premier poste infirmier.

Axe de recherche n°2 : La mobilité

1) Comment définissez-vous le terme « mobilité » ?

C'est le fait de changer de service. Etre capable de s'adapter : aux situations différentes, aux services différents, aux différents personnels puis, à une population différente. Puisqu'il y a aussi de la pédiatrie. Il faut une certaine autonomie.

2) Quelles seraient vos propositions afin d'améliorer l'envie des soignants de rester sur les postes mobiles ?

Moi, j'agirai plus sur le comportement des soignants dans les services. C'est cela qui m'exaspère un petit peu. Ce n'est pas dans tous les services, ce n'est pas toute les personnes. Loin de là, et heureusement. Sinon je pense qu'on n'arrêterait directement. Mais, il y a un gros problème, ça c'est sûr. Ils se disent « *il y a une « poolette », elle va nous décharger un peu* ». Donc tous les gros soins, enfin, le côté le plus lourd, va être pour la « *poolette* ». Sauf que la « *poolette* », c'est cela dans tous les services. On sort d'un service difficile, où on nous a vraiment laissé tout ce qui était compliqué, et on va dans un autre service, où on nous laisse encore tout ce qui est compliqué. Alors qu'à la base, on est là pour les décharger. Enfin remplacer quelqu'un ou décharger. On n'est pas là non plus pour faire tout ce qu'elles n'ont pas envie de faire. Ça malheureusement elles n'ont pas compris le système. J'entends qu'elles soient fatiguées. Mais nous aussi. Parce que nous, on n'a jamais de moment où c'est vraiment calme. C'est très rare parce que tout le monde se dit « *c'est la poolette, elle est là une fois de temps en temps, elle va pouvoir faire ça* ». Sauf que c'est tous les services qui se disent cela. Et il n'y a pas d'entraide.

On ne vient pas nous aider. On ne nous propose pas d'aide. Et puis, si jamais on se plaint : « *c'est la poolette qui n'arrive pas à gérer* » ou « *elle ne gère pas ses patients* ». Heureusement ce n'est pas dans tous les services, encore une fois et c'est certaines personnes. Mais c'est quand même récurrent.

Je ne sais pas, est-ce qu'il y a pas un problème au niveau de l'apprentissage déjà ? Déjà dans les IFSI, est-ce qu'il n'y a pas un problème aussi ? A l'époque quand j'étais AS il y avait beaucoup d'entraide. J'ai fait AS en 2005, donc ça fait déjà 12 ans que j'ai passé mon diplôme. Ce n'était pas du tout comme ça. Les étudiants n'avaient pas du tout la même posture. Je me

souviens en tant qu'étudiante il y a 12 ans et étudiante aujourd'hui, on n'avait pas cette proximité. On avait un certain respect, on ne tutoyait pas. Sauf si on nous le demandait. On répondait aux sonnettes, on ne faisait pas de copinage. Aujourd'hui je trouve que c'est vraiment du laxisme, on fait vraiment ce qu'on a envie. Et puis, « *J'ai envie de prendre une pause, je vais à une pause* ». Des fois je ne comprends plus l'attitude du personnel.

Je pense que c'est une attitude à retravailler dès la formation. Il faut déjà l'axer, dans la formation où il y a un gros manque. Certaines IDE sont déjà installées depuis plusieurs années et elles oublient de dire que ce qui est important aussi, c'est de s'aider, de s'entraider. Parce qu'un jour, on peut avoir besoin d'aide. Et puis, c'est bien aussi d'aider les autres. Moi, j'ai toujours bossé comme cela et là, je ne comprends vraiment plus rien.

Il peut y avoir des anciens qui sont je pense un peu...j'utiliserai le terme « blasés ». Je pense qu'ils en ont un petit peu marre. Et puis, il y a aussi des nouvelles infirmières, qui ont un an ou deux de DE et qui sont déjà comme ça. Et puis, même, des nouvelles AS qui ne viennent pas forcément aider. Alors que des anciennes vont avoir cette envie d'aider. Même ne serait-ce que de prendre des constantes ou de noter quelque chose sur l'ordinateur. Ce n'est pas grand-chose mais ça nous décharge quand même beaucoup. Moi, s'il y a besoin de faire un lit avec une fille, ça ne va pas me déranger. Je vois beaucoup de choses qui me gênent dans les services. C'était comme cela dès le début. J'ai eu 15 jours de formation, d'intégration. Après j'étais lâchée en pneumologie. On m'a laissé le côté le plus lourd, avec des CIP, avec des changements de lignes, avec beaucoup de soins IV. J'avais un charriot énorme et on ne m'a jamais proposé d'aide. Il y avait une fille, ils appellent ça « *de couloirs* », donc elle doit aider les trois secteurs. Je ne l'ai pas vu. On m'a laissé dans ma galère, j'étais jeune diplômée.

3) Comment vivez-vous cette mobilité ?

Moi je suis contente d'être au pool parce que je me dis : dans certains services, je ne voudrais vraiment pas y être. Soit parce que l'équipe ne me plaît pas, soit parce que la spécialité est tellement lourde que je me dis qu'au quotidien je ne voudrais pas être toujours dans ce service-là. Et puis j'aime bouger aussi, ne pas être toujours à faire la même chose.

J'aurai peur de m'ennuyer. Enfin, m'ennuyer non, je pense qu'on ne s'ennuie pas parce que les patients sont toujours intéressants. Mais je trouve que l'on réadapte plus nos soins. Parce qu'on n'est pas dans cette routine. Donc on se remet en question. On n'est pas des « supers infirmières » qui se remettent toujours mieux en question que les autres. Mais peut être que le fait de changer du coup de service et puis, voir des manières de faire différentes, du coup on peut se dire « *oui, ça je ne le fais pas bien ou je devrais réadapter plutôt là-dessus* » et ne pas rester sur ses acquis. C'est ce que je me disais en tant qu'aide-soignante. Quand on est toujours dans le même service, on reste dans des acquis. Enfin, quoique je bougeais beaucoup sur l'hôpital où j'étais. Je n'étais pas toujours dans le même service même si c'était de la gériatrie. Il y avait trois SSR différents, des longs séjours, des maisons de retraite. Donc il fallait se réadapter aux collègues. Et puis, j'aime bien voir des collègues différents, voir une manière de travailler différente. Parfois on a de l'aide quand même. J'ai noirci un peu le tableau peut-être. Mais il y a des personnes qui aident, des personnes sympathiques, qui répondent à nos questions même. Celles qui ne nous aident pas répondent à nos questions, parce que de toute façon j'attends une réponse. Si je ne sais pas faire, je ne vais pas faire n'importe quoi parce qu'on ne veut pas me répondre sinon je ne le ferais pas. Au moins c'est clair et net.

4) Quelles sont pour vous les limites à la mobilité ?

Les limites à la mobilité, c'est surtout au pool court. Commencer dans un service, faire le plus gros du travail, nous envoyer dans un autre service, faire le gros du travail. Parce qu'il manque du monde. A un moment donné on est mobile, mais on reste tout de même des êtres humains

et il faut respecter un minimum les soignants. Ici la politique c'est de commencer sur le pool long au moins 2 ans. Je suis bien au pool long. Et puis, si ma vie de famille évolue, je ne sais pas si le pool court sera possible avec des enfants. Car on n'a le planning qu'à la semaine. Donc l'organisation en rapport à la vie personnelle est une limite. Après notre cadre nous arrange. Le pool court ne me dérange pas, mais j'ai pas envie de changer de service deux ou trois fois dans la même journée.

Axe de recherche n°3 : Le cadre de santé et son management

5) Comment avez-vous été accompagné dans cette prise de poste ?

J'ai eu une formation de 10 à 15 jours sur différents services avec une collègue du pool court. Et puis après on a été lâchés. Moi je n'ai pas forcément fait les services où j'ai été affecté par la suite. Malheureusement on ne peut pas trop savoir quand on est en pool court ou on va aller à l'avance.

6) Avez-vous eu l'opportunité d'être doublé à la prise de fonction ?

Oui, 15 jours.

7) Que pensez-vous de l'accompagnement de votre cadre de santé dans votre poste requérant de la polyvalence ?

Elle nous fait une grille d'évaluation pour savoir ce qu'on sait faire, où on en est. Ce n'est pas mal. Chaque mois, surtout au début, il faut remplir cette feuille pour savoir par rapport au service ce qu'on sait faire. Après, la cadre du service doit le remplir ou non. Voir ce qu'il faut améliorer. Ça fait un peu stage mais quelque part ça force à toujours donner le meilleur. Et puis, voir où on en est tout simplement. Après, c'est vrai qu'au bout de 3 ans, heureusement, ils nous laissent un peu tranquille avec ça.

Après, notre cadre, elle a beaucoup à gérer donc ... Mais sinon, elle est quand même présente si on a un problème. Elle va nous écouter. On communique beaucoup par mail. Si on a besoin de l'appeler, on l'appelle. On a son numéro. Si on a besoin, par sms on peut la joindre. Elle est disponible. C'est vrai que ce n'est pas comme dans un service où elle est là. Donc si on a un problème ponctuel, on peut aller la voir. On se plaint rarement. Elle a aussi plusieurs casquettes donc, c'est un peu compliqué. Mais bon, elle nous accompagne, elle nous écoute et elle nous défend. Donc ça c'est plutôt bien. Après, je pense que personne n'est parfait, même nous.

8) Vous sentez-vous intégré professionnellement au sein de chaque service ?

Professionnellement, oui. Dans le sens où on nous délègue des soins. Donc c'est que je suis capable de les faire. Humainement, pas toujours. Il y a des services où elles sont assez exécrables. Par exemple, aux urgences. Elles vont prendre des pauses pendant que l'équipe du pool va être là. Alors qu'on est là soit en renfort, soit pour remplacement. Et puis on va les voir fumer pendant que nous on fait les soins et après « *nous on a tout fait, les poollettes, elles ne gèrent pas* ». Elles ne gèrent pas mais elles sont là pendant que vous êtes en train de fumer. Heureusement ce n'est pas tout le monde. Mais elles sont capables de critiquer alors qu'elles nous laissent faire les choses seules. Elles nous critiquent entre-elles. Je pense qu'elles ne vont pas forcément voir les cadres. Ce n'est pas forcément dans leur intérêt. Parce que si elles se plaignent de telle ou telle personne, elles savent très bien qu'elle ne reviendra pas dans le service. Ou alors, elles n'auront plus de pool. Je crois que c'est arrivé une fois aux

urgences. Il y avait du personnel qui en avait marre d'y aller. Parce que mal reçu, laisser faire tous les soins, les soins les plus lourds c'était au pool de les faire. Donc après, Mme C5E5 avait mis le « ola ». Et il n'y avait plus de réserve aux urgences. Certaines se mettaient en arrêt quand il y avait des filles en réserve. Elles se mettaient en arrêt comme ça elles se reposaient et puis l'équipe de pool assurait le remplacement. On n'est pas là pour ça. On n'est pas là pour des arrêts de convenance. Heureusement il n'y a que quelques personnes qui le faisaient. Certains collègues ont entendu « *Ce weekend il y a un pool de réserve, tu devrais te mettre en arrêt* ». Ou alors si elles veulent des heures sup « *tu peux te mettre en arrêt comme ça j'aurai des heures sup ?* » Des choses que l'on ne devrait pas entendre. Malheureusement ça arrive.

Axe de recherche n°4 : Le soignant et son parcours

9) Comment êtes-vous arrivé sur ce poste ?

Je ne suis pas de la région. Je suis de Saône et Loire. Quand j'ai été diplômé, je me suis pris un peu de vacances. Entre le métier d'AS où il a fallu que je travaille la première année pour pouvoir payer, c'était un peu compliqué. Du coup, je me suis dit « *je prends des vacances et je vois après* ». Je pensais qu'il y avait pas mal de travail. Et finalement, pas de travail. En 2013 c'était assez compliqué de trouver un poste. Dans ma région, même hors région. J'ai tenté un peu partout en France. Et puis il y avait ce poste ici, sur le pool qui était proposé. J'avais fait de l'intérim pendant mes études donc je me suis dit : « *Pourquoi pas ? Ça se passe bien dans les équipes. J'arrive à m'intégrer assez facilement* ». Après, concernant les soins, c'était un peu un défi pour moi. Je suis quelqu'un qui ne suis pas sûre de moi. Donc je me suis dit que c'était un défi et que j'allais tenter et voir ce que ça donne. Ensuite voir des soins différents, des services différents, voir ce qui me conviendrait et puis finalement, je vois que le pool me convient très bien. Quand j'ai passé mon entretien avec C5E5, elle m'a proposé 2 autres services. Et finalement, j'ai préféré prendre le pool et je ne regrette pas.

10) Vous considérez-vous polyvalent ? Compétent ? Comment vous situez-vous en rapport à vos collègues fixes ?

Polyvalente oui. Compétente, je ne dirai pas que je suis incompétente. Mais pas comme les collègues fixes, c'est sûr. Forcément, quand on a 3 ans dans un service, une spécialité, on acquiert beaucoup de connaissances et une certaine pratique que je n'aurai pas. Après c'est vrai que nous, on connaît beaucoup de choses, mais pas à fond. On a des bribes d'informations, on connaît beaucoup de choses sur plusieurs pathologies, sur plusieurs services. Que ce soit en pédiatrie ou chez l'adulte ou en oncologie. Les filles qui travaillent aux urgences ne connaissent pas du tout l'oncologie. On a beaucoup de notions mais après, on est spécialiste en rien en fait. C'est le sentiment que j'ai. Dans beaucoup de services, elles nous font confiance, elles savent qu'on sait faire les soins. Après, si c'est un soin que je n'ai pas fait depuis un an, je vais leur demander. Poser une chimio par exemple, parfois les protocoles sont réactualisés, du coup je préfère redemander. Être sûr de mon coup, car on ne peut pas se tromper avec ces choses-là. Récemment, j'ai fait une transfusion chez un enfant. Je ne l'avais jamais fait. Donc je voulais revoir avec les collègues comment elles faisaient pour ne pas faire d'erreur. Ça ne me dérange pas de poser des questions. Je pense qu'il vaut mieux poser des questions et paraître stupide, que ne pas poser et faire une grosse erreur. Donc dans la plupart des services, c'est plutôt bien pris. Après certaines nous prennent un peu de haut mais c'est des individualités. Mais, ça arrive que ce soit des jeunes diplômés. Je me dis qu'on a la même année de DE, faut arrêter. Nous prendre de haut alors qu'elles ne seraient pas capables de faire ce que nous on est capable de faire non plus. Faut qu'elles se remettent un petit peu les choses au clair quoi.

11) Pourquoi restez- vous sur ce poste ?

Parce que c'est un poste très intéressant. Je pense que je n'ai pas encore fait le tour. Et puis comme je l'ai dit tout à l'heure, ça me permet de me réévaluer. Il n'y a pas de routine.

12) Avez-vous un projet professionnel ?

Pour le moment je n'ai pas vraiment de projet professionnel. Je n'ai pas encore trouvé le service dans lequel je veux me poser. Pour le moment ça me convient très bien. Et puis, évoluer, pour le moment je ne sais pas encore si je veux me spécialiser dans un domaine ou passer cadre par la suite. Ce n'est pas encore défini. Ça fait que 3 ans que je suis infirmière. Je suis passée d'aide -soignante à infirmière, je veux y aller tranquillement. Voir le plus possible de services, de soins différents et puis après par la suite, pourquoi pas faire autre chose ? Je trouve que je n'ai pas assez d'année de DE pour me dire que j'ai fait le tour ou que j'ai envie de me spécialiser ou faire une formation pour me spécialiser dans un domaine. Pour le moment je n'en ressens pas encore le besoin.

13) Comment envisagez- vous votre avenir professionnel à court et moyen terme ?

A court terme, rester au pool. A moyen terme, tout dépend de ma vie de famille. C'est ça qui va jouer. Je pensais peut-être par la suite, mais, je ne sais pas encore, faire du libéral. Parce que malheureusement ça se dégrade beaucoup dans les hôpitaux. Je sais qu'en clinique ce n'est pas mieux, mais c'est vrai que malheureusement ça se dégrade. En termes de personnels, de moyens.

Le fait d'être au pool, je vois que je suis capable de m'adapter à plusieurs situations. Et du coup quand on est en libéral on tombe sur tout et n'importe quoi. Que ce soit des chambres implantables, des pansements complexes et bien d'autres choses. Je pense qu'il y a pas mal de soins différents. Ça peut être aussi une continuité du pool. Et puis être libre de faire « *ce qu'on veut* ». C'est ce qu'on pense en idéal mais ce n'est jamais comme ça, je sais bien. La mobilité me permet une certaine liberté. Je ne sais pas si cela sera un projet mais c'est quelque chose que j'ai envisagé. Quand j'en ai marre de voir les filles et comment elles se comportent dans les services. De voir ce manque d'entraide, qu'il n'y a plus de moyens dans les hôpitaux et que malheureusement, on nous parle de bientraitance et qu'on nous donne pas les moyens. Bien sûr que chacun doit y mettre du sien mais c'est vrai que quand on a un moment de libre, on ne peut pas être toujours à 100%, à fond. Parce qu'on l'est tellement souvent. Sinon, on est vite usé, on perd pied. Il y a des collègues qui font des burnout. Je les comprends. Ce qui me permet de ne pas faire de burnout, c'est déjà de changer de service. Ça nous permet de ne pas trop s'impliquer dans le service. Parce que certains services, je n'y suis pas aller depuis 3-4 mois, mais je vois que les problèmes sont toujours les mêmes. Il n'y a rien qui change. Pas d'écoute, que ce soit des médecins parfois des cadres. Après je sais que les cadres ont les manient aussi. Ils ont le directeur au-dessus. Parfois on dit qu'il n'y a pas de personnel mais c'est pas la faute de la cadre. Je l'entends. On n'est pas stupide non plus. Mais c'est vrai que des fois, on en a un peu marre. Elles en ont un peu marre dans les services et ça je le comprends. On nous parle de bientraitance et du coup je me dis mais ils veulent de la bientraitance, ils ne nous donnent pas le personnel, de moyens non plus pour mettre en place c'est choses-là donc... Alors ils nous font des formations là-dessus mais quels moyens ils nous donnent derrière ?

Il y a une perte de sens total.

[Avez-vous des éléments à préciser ? des remarques à formuler sur le sujet ?](#)

Non je pense qu'on a tout abordé.

Diplôme de Cadre de Santé DCS@16-17

Mémoire

La mobilité peut-elle être attractive ?

Entre stratégie institutionnelle et épanouissement professionnel : la place centrale du cadre de santé

Can mobility be attractive?

Between corporate strategy and professional development: the centrality of the nurse manager

BASTIANAGGI Vannina

MOTS CLÉS

Mobilité, compétences, management, politique de mobilité, polyvalence, équipe de suppléance, pool, parcours professionnalisant, projet professionnel, cadre de santé, fidélisation

KEY WORDS

Mobility, skills, management, political of mobility, flexibility, substitute teaching team, pool, professionalizing courses, professional project, nurse manager, loyalty

RÉSUMÉ

Ces dernières années en France, de nombreuses évolutions ont modifié nos organisations. L'environnement managérial paramédical, doit s'adapter aux objectifs de qualité, de sécurité et de décloisonnement, dans un système de plus en plus contraint. Les dépenses de personnels représentent un budget conséquent pour les institutions nécessitant une organisation efficiente des ressources humaines. Une des solutions managériales apportée à cette logique gestionnaire est, la mobilité interservices des infirmiers. Mon mémoire a pour but, de comprendre, comment le cadre de santé peut réussir à construire, motiver et pérenniser une équipe soignante autour du concept de mobilité. Mon enquête de terrain (qualitative/ entretiens), effectuée auprès de cadres supérieurs de santé et d'infirmiers suppléants, au sein de 5 établissements, m'a permis de prendre connaissance de différentes approches et politiques du processus de mobilité. Elle met en évidence la nécessité d'une mobilité désirée et formalisée afin de fidéliser les soignants. L'accompagnement effectif de la polyvalence des infirmiers permet d'assurer une qualité et une sécurité des soins. Il ne s'inscrit pas nécessairement dans un projet professionnel individualisé mais dans une dynamique plus générale de développement de compétences. En réalité, toute la difficulté managériale semble résider dans son impact sur l'accueil, l'intégration et le respect des infirmiers au sein des services.

ABSTRACT

Our organizations have been modified by countless evolutions in France over the past few years. The managerial environment of paramedical staff has to live up to its objectives in terms of quality, safety and decompartmentalization due to a system which is getting more and more demanding. Staff expenditure make up a considerable budget for the institutions requiring that human resources should be efficiently organized. One of the managerial answers which has been put forward for this administrative logic consists in allowing nurses to be appointed from one unit to another. The purpose of my report is to understand how a nurse manager can succeed in building, motivating and sustaining a team revolving around the concept of professional mobility. The field survey (qualitative/ interviews), which was carried out with the help of medical top executives and supply nurses in five hospitals, enabled me to become aware of different approaches and strategies over the professional mobility process. It highlights the need for a desired and formalized professional mobility in order to have loyal employees. Effective support for the flexibility of nurses makes it possible to ensure quality and safety of care. It is not necessarily inscribed in an individualized career plan but in a more general dynamic of skill development. Actually, the overall managerial challenge seems to lie in its consequences on the warm welcome, integration and respect for nurses working in the various units.