

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

La mobilité des infirmières : enjeux et stratégies managériales.

Korotoumou DIAWARA

DCS@15-16

ESM-Formation et Recherche en Soins
2 Rue Antoine Etex 94000 Créteil

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'Ecole Supérieure Montsouris.

REMERCIEMENTS

Pour l'élaboration de ce travail de recherche, je tiens à remercier ma directrice de mémoire Me CHAPALAIN pour sa disponibilité, ses conseils, ses orientations, ses contacts et ses encouragements tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Je remercie également les infirmiers et les infirmières de l'unité de Chirurgie vasculaire de l'hôpital Henri Mondor pour leurs disponibilités face à ma demande d'entretien pré-exploratoire.

Je remercie les Infirmières et les Infirmiers du pôle CARAVAN et les infirmières de l'unité de Chirurgie digestive de l'hôpital Henri Mondor qui ont bien voulu répondre à mes questionnaires.

Je remercie les Cadres de Santé du temps qu'elles m'ont accordé pour la réalisation de mes entretiens.

Ces échanges m'ont permis de réaliser ce travail au plus près de la réalité de terrain et ainsi de confronter mes hypothèses avec le vécu des agents et leur travail au quotidien.

Je remercie mon entourage proche et les professionnels pour leur soutien et la relecture de mes écrits tout au long de ce processus rédactionnel.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS/ GLOSSAIRE	2
INTRODUCTION.....	3
MOTIVATION.....	5
PROBLEMATIQUE	6
CONTEXTUALISATION DE LA MOBILITE INTRA-POLE.....	8
1 Les pôles d'activités	8
2 Le management du pôle	9
2.1 La nouvelle organisation des pôles.....	9
2.2 Le rôle du chef de pôle.....	10
2.3 Le rôle du Cadre Paramédical de Pôle.....	11
3 Qu'est-ce que la mobilité	12
CADRE CONCEPTUEL.....	14
4 Le positionnement du Cadre de Santé	14
4.1 Acteur de la cohésion d'équipe	14
4.2 Acteur dans l'accompagnement des équipes	16
5 Le rôle du cadre de Santé	18
5.1 Le management des compétences	18
5.2 Le management du bien-être au travail et de la qualité des soins.....	21
6 L'Infirmière	23
6.1 L'importance de reconnaissance au travail	23
6.2 L'importance du sentiment d'appartenance.....	24
6.3 L'importance du Le bien-être au travail	25
7 ENQUETE.....	27
7.1 Méthodologie de l'enquête	27
7.1.1 Le cadre.....	28
7.1.2 La population.....	28
7.2 Le choix de l'outil	29
7.3 Les limites de l'enquête.....	29
7.4 Résultat de l'enquête	30
7.4.1 Questionnaires auprès des IDE	30
7.4.2 Entretien auprès des Cadres de Santé.....	37
7.5 Analyse qualitatives des données	37
7.6 Confrontation des résultats et confrontation aux hypothèses.....	46
CONCLUSION.....	50
BIBLIOGRAPHIE	52
TABLE DES ANNEXES	55

LISTE DES ABREVIATIONS/ GLOSSAIRE

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ANACT : Agence National d'Amélioration de des Conditions de Travail

APHP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

ARS : Agence Régional de Santé

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPP : Cadre Paramédicale de Pôle

DRH : Directeur de Ressources Humaine

ETP : Emploi Temps Plein

GH : Groupe Hospitalier

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociale

PRS : Plan Régionale de Santé

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

T2A : Tarification à l'Activité

INTRODUCTION

L'influence des évolutions technologiques, architecturales, économiques, sociales et politiques ont changé les modes de fonctionnement et surtout les besoins des individus. Au regard de ces bouleversements, nous avons eu une succession de décisions législatives qui ont modifié l'offre de soins sur le territoire.

L'organisation territoriale du système de santé s'est vue transformée progressivement par la loi du 31 juillet 1991 qui annonçait une volonté de l'état de s'adapter aux besoins de la population. La loi HPST de Juillet 2009 a considérablement modifié la structure interne des hôpitaux afin de répondre à ces nouveaux besoins. Les directeurs des établissements ont donc réorganisé les services internes en pôle d'activité en s'articulant à 3 logiques. La volonté générale repose sur un décloisonnement, une collaboration médicale et paramédicale et une recherche d'efficacité. La première est une logique de gestion, par la mutualisation des ressources humaines et du matériel dans le but de réduire les coûts. La seconde logique consiste en un partenariat médical afin de fluidifier et proposer un parcours coordonné et cohérent au patient. La troisième est une logique universitaire basée sur un enseignement et de la recherche.

Aujourd'hui l'organisation en pôle fait partie du système de pilotage des établissements de santé publics. L'environnement managérial a dû s'adapter à ces nouveaux objectifs qui sont la performance et la flexibilité des moyens afin de créer un équilibre entre les dépenses et les recettes. On demande donc un management stratégique et opérationnel.

Une des solutions managériales à la logique de gestion des ressources humaines a été la mobilité intra-pôle des infirmières dans le but de palier à un absentéisme. Cette mobilité intersectorielle est donc soit anticipée soit imposée aux IDE. Deux catégories d'agents se distinguent ainsi face à cette mobilité : les volontaires et les non volontaires à qui on doit imposer cette mobilité. Face à cette mobilité imposée, les IDE réagissent de différentes manières. Ces réactions ont des impacts sur les soins délivrés au patient. Mais au-delà de leurs bouleversements individuels, on peut y distinguer des facteurs de contingences qui eux aussi impacts la qualité des soins dispensés.

Après avoir réalisé 3 entretiens pré-exploratoires (2 IDE exerçant dans un service de soins et 1 IDE exerçant en équipe de suppléance) qui m'ont permis de

recueillir le ressenti de ces IDE face à la mobilité. On se rend compte que celle-ci modifie la stabilité professionnelle et les compétences des IDE. Ces entretiens m'ont permis de mettre en évidence les variantes de cette mobilité dans la prise en charge des patients et de dégager l'impact de cette mobilité et les facteurs de contingences qui interfèrent le bien-être des IDE et la qualité des soins. Ces résultats m'ont permis de construire un cadre conceptuel autour des notions abordées par ces IDE et définir ma question de recherche :

En quoi le positionnement et le management du cadre de santé sont des leviers d'accompagnement à la mobilité qui interfèrent sur la qualité des soins et le bien-être au travail.

Après avoir contextualiser la mobilité et la création des pôles d'activités, je vais effectuer un travail d'exploration sur différents concepts qui vont me permettent d'enrichir les hypothèses formulées face à ma question de recherche. Dans un second temps, je présenterai les résultats de mon analyse faite sur le terrain concernant le vécu des IDE et l'implication du Cadre de Santé face à cette mobilité imposée en passant par une argumentation de la méthodologie et des outils utilisés. Je ferai ensuite une analyse croisée des éléments recueillis et répondrai à la question de recherche et aux hypothèses formulées. Je terminerai par une conclusion qui amènera à me poser d'autres questions sur cette mobilité.

MOTIVATION

Avant mon entrée à l'IFCS, j'ai occupé un poste de Faisant Fonction Cadre de santé au sein d'une unité de Chirurgie. L'unité faisait partie de l'un des 5 services d'un pôle. Le pôle était composé des 2 unités de Chirurgie conventionnel, 1 service de Médecine comprenant 1 secteur de Soins Intensif et 2 secteurs d'hospitalisation conventionnel et 1 service de SSR localisé dans les locaux du second hôpital du GH.

Le secteur de Médecine venait de subir de grands changements organisationnels qui ont conduit au départ de nombreuses IDE. La CPP qui avait une vision globale des ETP du pôle, nous demandais une évaluation quotidienne de la charge de travail de chaque unité. Cette évaluation quotidienne de la charge de travail permettait donc à la CPP de mobiliser les IDE des autres services vers le service de médecine dès lors que l'équipe de suppléance ne pouvait assurer le remplacement. Chaque unité avait des ETP en lien avec le nombre de lits. De temps à autre, le taux de remplissage des lits n'était pas à son maximum et la charge en soins était moindre, la CPP demandait donc de déplacer une IDE vers les services de médecine. Cette mobilité des IDE était donc planifiée la plupart du temps mais de temps à autre celle-ci était décidée au pied levé en cas d'absence imprévue.

Les IDE exprimaient un mécontentement en amont de ce déplacement et revenaient insatisfaites de cette mobilité. La planification et la désignation d'IDE devenaient pour moi difficile car je sentais la souffrance de ces IDE qui était déplacées.

Mon entrée à l'IFCS et l'annonce de la réalisation d'un travail de recherche pour l'élaboration d'un mémoire de fin d'étude m'a semblé comme une évidence de l'effectuer sur le rôle du cadre à l'accompagnement de cette mobilité.

Occuper la fonction de Cadre de santé est pour moi, un positionnement stratégique qui permet de participer à la qualité des soins. Selon mes valeurs du soin, la qualité des soins dispensés par les agents passe par le bien-être au travail des agents. Ce nouveau management des ressources humaines reste complexe à mes yeux. Le travail de recherche qui s'envisageait alors me semblait un bon moyen d'appréhender ce management qui se représentera à moi après la formation.

PROBLEMATIQUE

Depuis la loi HPST en 2009, une réorganisation de la structure des Hôpitaux a été créée. La création des pôles d'activités s'est articulée dans une logique de coopération médicale et paramédicale afin d'offrir un parcours de soins cohérent au patient et d'assurer une efficacité dans la gestion interne des pôles. On est passé d'une logique de service à une logique de pôle concernant le déploiement des ressources humaines. De là, les aléas de planning et les remplacements sont assurés en priorité par une mobilité des ressources au sein du pôle. Les infirmières sont ainsi déplacées d'une unité à une autre au sein d'un même pôle d'activité en fonction des besoins de chaque unité au regard de l'activité et de la charge en soins.

En poste de faisant Fonction Cadre de Santé au sein d'une unité d'un pôle qui comprenait 2 unités de Chirurgie et 1 secteur de médecine cardiaque réparti sur 2 étages, les absences des IDE étaient compensées les unes par les autres par le remplacement d'infirmière issue du pôle. Le taux d'absentéisme des infirmières du secteur de médecine cardiaque ne permettait pas une autorégulation des effectifs au regard de la charge de travail. L'équipe de suppléance de l'hôpital comblait certains manques mais cela restait insuffisant. Donc au regard de la charge de travail et des effectifs présents dans les autres secteurs du pôle, la CPP exigeait ces déplacements vers le secteur de médecine cardiaque.

Les IDE étaient ainsi déplacées soit au « pied levé » en cas d'absence imprévue ou soit de manière anticipée donc planifiée en cas d'absence à moyen terme. Les IDE exprimaient toutes un mécontentement à la connaissance de leurs déplacements. Ces mécontentements étaient soit verbalisés, soit visibles dans leurs comportements. Les réactions les plus fréquentes étaient une demande d'explication supplémentaire sur la cause du besoin de l'unité dans laquelle elle était déplacée ou une volonté de connaître la cause de leur nomination afin d'éventuellement l'annuler, la reporter ou l'échanger. A ce moment-là, les IDE étaient attentives au nombre de déplacement de chacune en vérifiant les plannings. Et parfois, elles entamaient une négociation concernant la répartition de la charge de travail entre les unités pour justifier le besoin de ne pas quitter leur service d'origine

Ma prise de recul face à ces réactions m'amène à me poser plusieurs questions :

Pourquoi les IDE n'acceptent pas d'être déplacée dans un autre secteur du pôle ? Quelle vision du pôle ont-elles ? Quelles visions ont-elles de la mobilité ? Comment les services sont passés d'une logique de service à une logique de pôle ? Pourquoi les IDE entament-elles une négociation avant le déplacement ? Pourquoi sont-elles si attentifs au nombre de fois où elles sont déplacées ? Je conclus ainsi en me posant la question suivante comment le management du cadre de santé peut-il impacter l'organisation, la vision et le positionnement des IDE face à la mobilité ?

Une seconde expérience a suscité en moi un questionnement complémentaire face à cette mobilité. En effet après une mobilité intégrée au planning, j'ai été confrontée à la plainte d'un médecin suite à une négligence de prise en charge d'un patient. Une IDE expérimentée dans son secteur de provenance a commis une négligence dans la réalisation de l'un des soins dans l'unité dans laquelle elle effectuait le remplacement. D'après le signalement du médecin et une vérification faite auprès de la patiente, un entretien avec l'IDE a été effectué par la Cadre supérieur et moi-même. L'infirmière nous a fait part durant l'entretien du mal-être qu'elle avait ressenti dans l'unité de remplacement. Elle a associé ce mal-être à son sentiment de solitude et de manque de reconnaissance de la part de la cadre de l'unité et de l'équipe de soins.

Plusieurs questions me viennent ainsi en supplément des premières : *Comment une IDE expérimentée au sein de son unité a pu commettre une erreur dans sa prise en charge ? Quelle est l'influence du sentiment d'appartenance et de reconnaissance dans la réalisation des soins ? Je me pose alors la question suivante : Comment le cadre de santé peut-il utiliser les moyens existants pour s'assurer une qualité des soins et un bien-être au travail dans la mobilité des infirmières ?*

Au travers de ces questionnements et des informations recueillies lors des enquêtes pré-exploratoires, je pose 3 hypothèses que je vais chercher à valider ou invalider le long de ce travail de recherche.

- 1. La mobilité ne peut se faire sans une adhésion commune entre la cadre de proximité et l'équipe IDE.**
- 2. L'acceptation par les IDE de la mobilité ne peut se faire sans une équité dans la planification des déplacements.**
- 3. La reconnaissance de l'IDE et son accompagnement par l'équipe et la cadre de santé lors de la mobilité interviennent dans le processus de bien-être de l'agent qui agit sur qualité des soins dispensés.**

CONTEXTUALISATION DE LA MOBILITE INTRA-POLE

1 Les pôles d'activités

« La logique des pôles, bien qu'elle puisse être encore approfondie, est désormais intégrée par les établissements »¹.

L'origine législative de la création des pôles d'activités

La création des pôles d'activités s'est faite progressivement en lien avec les évolutions environnementales. La loi du 3 Juillet 1991 « *portant réforme hospitalière* » montre la volonté d'une réorganisation de l'offre de soins et la notion de territoire. On a vu apparaître les SROS-PRS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire- Plan Régional de Santé) qui depuis l'ordonnance du 24 Avril 1996 sont sous la responsabilité des ARS.

Concernant les établissements de santé, l'ambition du volet hospitalier du Projet régional de santé était d'évoluer autour d'une carte hospitalière dans laquelle on pourrait voir se dessiner une logique d'organisation et de planification des parcours de santé. On observe ainsi une adaptation de l'offre de soins aux besoins réels d'une population au sein d'une zone déterminée.

Dans un but de modernisation de l'offre de soins, l'ordonnance du 4 septembre 2003 « *portant sur la simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé* » à constituer une première étape à la mise en œuvre du plan Hôpital 2007.

L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé a constitué le troisième volet du Plan Hôpital 2007. Ces textes ont recentré les missions stratégiques d'évaluation et de financement avec l'introduction de la T2A (Tarification à l'Activité). Secondairement, ce texte a introduit la création d'une nouvelle entité juridique : les pôles d'activités cliniques et médicotechniques. Ce qui a permis de proposer des axes d'action face à cette logique budgétaire.

Puis la loi HPST du 21 Juillet 2009 « *portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires* » a mis en œuvre la constitution des pôles d'activité clinique, médico-techniques et/ou administratifs. Cette loi a permis

¹ Tiré de l'ouvrage « le management de pôles à l'hôpital » : regard croisés, enjeux et défis. De Thierry Nobre et Patrick Lambert. Edition DUNOD.2012. p 18.

l'opportunité de l'instauration d'une transversalité entre différents services d'activité et un décloisement des catégories constituantes (médicales, paramédicales et administratives). Le but étant une amélioration de la coopération. Au travers de cette loi a également été décliné toutes les organisations et le mode de fonctionnement des pôles.

2 Le management du pôle

2.1 La nouvelle organisation des pôles

Chaque établissement organise de manière incrémentale son regroupement d'unité dans une cohérence bien stricte considérée comme un levier majeur d'efficience. L'objectif de ces regroupement doit permettre de répondre à plusieurs variantes définit dans le code de Santé Public. Notamment, celle concernant la mutualisation de certaines ressources, la limitation et le respect des budgets dans un contexte de T2A et un décloisonnement des différentes communautés.

Ces regroupements d'unité ont été influencé après des expériences de terrain et des enquêtes nationales réalisées à partir de 2007. L'exemple de l'organisation des pôles au CH De DREUX en 2007 a été une base. Les stratégies de découpage mises en œuvre ont prises en compte 3 axes (l'activité, l'attractivité et la productivité). Ce découpage a permis de développer des coopérations pour une prise en charge de proximité et de répondre aux besoins d'action rapide et coordonnée des besoins du bassin de vie. D'autres organisations ont prise en compte dans ce découpage une volonté de retour à l'équilibre en associant des activités déficitaires et excédentaires. Ces 2 principes de découpage ne sont pas obligatoires, c'est une décision qui reste à l'initiative du directeur.

L'article L6146-1² du code de santé publique définit clairement les modalités d'organisation polaire au sein des établissements de santé. « *Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, ... les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques* ».

²[http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000024042712&cidTexte=LEGITEXT0000060e,](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000024042712&cidTexte=LEGITEXT0000060e)

Les éléments constitutifs de l'organisation polaire sont définis dans l'article R6146-1 à 8 du Code de Santé Publique et repris dans l'article de Christelle HAVARD³. Ils permettent d'établir une orientation de fonctionnement, d'instaurer une transversalité dans l'organisation, décloisonner les logiques (médicales, soignantes et administratives) et procurent une meilleure articulation.

Tout d'abord **les conseils de pôle** qui permettent de recueillir l'expression des personnels par une circulation facilitée de l'information pour la préparation du contrat et du projet de pôle. **Les projets de pôle** qui définissent les missions et responsabilité par une déclinaison des objectifs. **Les contrats de pôle** signés pour 4 ans fixent les objectifs opérationnels du pôle validés et suivis par la direction « *Le contrat négocié puis cosigné entre le directeur et le président de la commission médicale d'établissement, d'une part, et chaque responsable de pôle d'activité, d'autre part, définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat* »⁴. Et pour finir **une délégation de gestion** qui tient compte du principe de subsidiarité.

La gouvernance polaire est définie dans le Code de la Santé publique art L. 6146-1 « *Les chefs de pôle sont nommés par le directeur, sur présentation d'une liste élaborée par le président de la commission médicale d'établissement. La durée du mandat des chefs de pôle est fixée par décret* ».

2.2 Le rôle du chef de pôle

Il est responsable du pilotage opérationnel du pôle et possède une grande autonomie de gestion interne. Il dispose de droits et de devoirs que lui confère son poste, notamment dans sa répartition de l'allocation des moyens alloués et dans l'élaboration de stratégie interne.

Au vu des missions qui lui sont confiées, la nomination de celui-ci est régie par l'article L.6146-1 du Code de Santé Public « *Les chefs de pôle sont nommés par le directeur, sur présentation d'une liste élaborée par le président de la commission médicale d'établissement. La durée du mandat des chefs de pôle est fixée par décret* ».

³ Chercheuse-enseignante. Article de revue intitulé « l'adoption d'une structuration polaire à l'hôpital : quelles articulations des logiques professionnelles ? » Paru dans GRH. 2015/3. N°16. Page 91 à 125.

⁴ L'ordonnance du 02 mai 2005.

Dans l'exercice de ces devoirs qui ne font pas parti de son cœur de métier, depuis le **décret du 11 juin 2010**, les directions doivent leur proposer des **formations d'adaptation au poste**. Cette formation n'est pas obligatoire mais à l'issue de celle-ci l'ANAP délivre un agrément de formation. Les éléments enseignés durant cette formation sont en lien avec la gestion financière, le pilotage médico-économique, le management, la gestion des ressources humaines, gestion des activités de soins risques, qualité, sécurité et conduite de changement. En effet, l'article du Code de Santé publique qui émane de la loi HPST, définit le rôle du chef de pôle comme acteur dans la gestion des ressources humaine et le management des équipes soignantes « ... *organise avec les équipes paramédicales, soignantes, administratives et d'encadrements du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle* ».

2.3 Le rôle du Cadre Paramédical de Pôle

Elle exerce sous l'autorité fonctionnelle du chef de pôle, le Cadre Paramédical de Pôle (CPP) organise la continuité et la qualité des soins au sein du pôle et notamment les ressources humaines nécessaires aux activités du pôle.

Un des principes de subsidiarité attribué aux pôles par la DRH concerne les recrutements, les mouvements internes, le plan de formation, les notations, la gestion du temps de travail, la répartition des moyens et les remplacements. Le chef de pôle s'occupe des besoins médicaux et son organisation tandis que les besoins paramédicaux sont délégués au CPP.

On peut retrouver les missions principales de la CPP qui sont : « *Planifier, organiser et coordonner les soins / les activités du pôle, Contribuer à la gestion médico-économique au sein du pôle. Mettre en place une politique de communication dans un objectif de cohérence des organisations et de cohésion des équipes.* »⁵. La déclinaison de ces missions au sein des unités de soins se traduit par sa connaissance exacte des ETP nécessaires et alloués par le DRH pour le pôle et sa connaissance sur les différentes activités de soins rencontrées dans les unités. En lien avec la Cadre administrative de pôle, elle connaît les budgets disponibles. Elle agit en collaboration avec les cadres de proximité qu'elle manage. Elle œuvre pour créer une dynamique de pôle et une cohérence dans le management de proximité des unités du pôle.

⁵ Fiche métier. Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie de la Fonction Publique Hospitalière. Cadre soignant de pôle. Code métier 05U10.

La gestion des ressources humaines au sein de l'hôpital représente 70% du budget. On demande donc au CPP une gestion efficiente des dépenses en personnel et d'assurer une continuité qualitative et sécuritaire des soins délivrés au patient dans le respect de la réglementation. Le pôle décide de l'opportunité d'effectuer un remplacement, en veillant ainsi à privilégier les solutions de remplacement internes et les moins coûteuses. Au regard de ces objectifs, l'avantage de l'organisation en pôle d'activité lui permette de favoriser l'efficacité des modes de fonctionnement en recherchant la mutualisation des services et le partage des moyens humains. Ces actions ne peuvent se faire sans une collaboration efficace des cadres de proximité sur l'évaluation de la charge de travail. En effet, l'évaluation de la charge de travail est l'outil indispensable pour une adéquation des besoins. Le rapport de l'IGAS établi en 2012 va dans ce sens « *Par ailleurs, les démarches de mutualisation et d'adaptation des effectifs à l'activité peuvent être mieux comprises quand elles s'appuient sur une recherche d'équité des charges de travail* »⁶.

3 Qu'est-ce que la mobilité

La mobilité est aujourd'hui considérée comme un outil managérial, un processus permettant une efficacité dans la gestion des ressources humaines. La mobilité du personnel est une réponse à la contrainte budgétaire des établissements publics de santé. En sachant que le budget des établissements réservé à la gestion humaine représente 70% des dépenses.

Selon le Larousse « *la mobilité est une propriété, caractère de ce qui est susceptible de mouvement, de ce qui peut se mouvoir ou être mu, changer de place, de fonction* », « *il s'agit d'une modification extrinsèque qui entraîne une modification de la pensée intrinsèque* ». La mobilité est donc un changement environnemental qui induit par conséquent un changement de l'agir de l'individu.

La mobilité est un phénomène et un processus universel, elle peut se décliner de plusieurs manières. Au point de vue macro, on peut parler de mobilité géographique (nationale ou internationale), de statut (public ou privé) et d'emploi.

Au sein d'une institution même, on parle de mobilité verticale ou horizontale, thématique ou fonctionnelle, choisie ou subie, interne ou externe, de courte ou longue durée. La mobilité horizontale concerne un changement de poste sans évolution professionnelle, la mobilité verticale est adossée à un changement de statut. La mobilité thématique reste un changement dans le domaine professionnel initial

⁶ Rapport de l'IGAS 2012. L'hôpital. Page 178.

contrairement à la mobilité fonctionnelle qui implique un changement d'activité dans le même poste. La mobilité choisie ou subie prend en compte l'aspect volontariste de l'individu. La mobilité de courte ou longue durée fait intervenir pour l'un la succession d'emploi à l'extérieur de la structure (changement d'établissement) et pour l'autre des changements de poste à l'intérieur de la structure.

Je vais m'intéresser dans ce travail à la mobilité verticale, thématique, subie, interne et de courte durée au sein d'une même institution. Certains auteurs parlent alors de mobilité spatiale⁷.

Les individus ont des représentations de la mobilité qui leurs sont propres. « *La nature des représentations des mobilités spatiales ..., au sein d'un groupe va influencer sur les pratiques de mobilité de ses membres. Inversement, la manière dont les pratiques de mobilités sont ressenties par les individus va affecter les représentations sociales de ses pratiques* »⁸. Cette représentation personnelle de la mobilité va influencer le comportement de celui-ci et faire appel à des facultés d'adaptation qu'on ne peut prévoir. La mise en place de dispositif incitatif à la mobilité de la part de la direction a son importance dans l'adaptation des personnes face à cette mobilité. Cette mobilité nécessite alors des efforts de socialisation pour le personnel qui arrive.

On peut voir le caractère multidimensionnel de la mobilité et ses conséquences sur les individus. **Au niveau institutionnel** la mobilité « *peut contribuer à une croissance positive de l'organisation à travers le renouvellement du personnel avec notamment l'introduction de nouvelles idées et pratiques* »⁹. Elle permet une dynamique organisationnelle « *La mobilité doit s'inscrire dans un véritable projet institutionnel et contribuer au développement professionnel de l'IDE et à l'acquisition de nouvelles compétences* »¹⁰. Elle permettrait l'acquisition de nouvelles connaissances mais aussi une certaine fidélisation du professionnel par une richesse du parcours de construction sociale. « *La mobilité interne engage l'individu dans un nouveau processus de socialisation* »¹¹. **Au niveau individuelle**, la mobilité est vue comme opportun pour certains et dangereuse pour d'autres. Estelle Sulpice dans son article intitulé « *accompagner les IDE lors de la mobilité ponctuelle* »¹² explique que les IDE expriment que le remplacement est compliqué dès lors que la discipline est

⁷ Revue française de gestion : mobilité spatiales et dynamiques organisationnelles. Edition Lavoisier.2012.

⁸ Ibid. p 81.

⁹ Revue Soins n°798. Septembre 2015.p 27.

¹⁰ Ibid. p 30.

¹¹ Ibid. p 123.

¹² Estelle SULPICE. Revue Soins Cadre Supplément n°92. 2014.

éloignée du service d'origine. La mobilité fragiliserait l'aspect psychologique des professionnelles. Elle entraînerait une « *Perte de savoirs et de productivité* »¹³.

Le « Turn over » impacterait sur la sécurité et la qualité des soins par un défaut de connaissances théoriques et pratiques. Des effets sur la satisfaction au travail peuvent également se faire ressentir. **Du point de vue collectif**, de nombreux remplacements au sein de la même unité seraient le marqueur d'une instabilité de l'équipe soignante. La réputation relationnelle de l'équipe influencerait la motivation des professionnels lors de mobilité. Philippe Bernoux, sociologue du changement écrit dans ce sens, je cite « *le changement sous contrainte démobilise les acteurs* ». Estelle Sulpice cadre de Santé au CHU de Rennes-Pontchaillou a également répertorié un certain nombre de facteurs qui rendent la mobilité difficile, comme le fait de ne pas connaître l'équipe, l'influence du sentiment d'appartenance au groupe, un accueil pas toujours optimal, le manque de connaissances et les difficultés pour établir une relation avec les équipes médicales et paramédicales.

CADRE CONCEPTUEL

4 Le positionnement du Cadre de Santé

4.1 Acteur de la cohésion d'équipe

La cohésion, « *représente la totalité des forces qui poussent les membres à rester dans le groupe ..., elle augmente avec la valence du groupe* »¹⁴. On intègre un groupe grâce aux valeurs attractives qu'il dégage et dans lequel on y trouve un sens. Les membres de l'équipe partagent des valeurs communes et des objectifs professionnels et/ou personnels communs. Les objectifs communs motivent les interactions et donc la cohésion. On peut dire que plus l'équipe est motivée plus la cohésion est grande. **Roger MUCCHIELLI** dans son ouvrage « le travail d'équipe » explique l'effet solidaire du groupe, de solidarité entre les membres. Dans le groupe se créent ainsi des normes et « *un code moral de l'équipe* »¹⁵.

L'équipe est un lieu où l'on communique avec un langage commun, où l'on intègre des normes et des habitudes. L'équipe est vue comme une instance privilégiée de socialisation avec de nombreuses interactions. La cohésion et l'entente entre ses membres dépend également des comportements individuels. L'image que chacun se fait des autres dicte alors l'attitude à adopter face à la personne rencontrée.

¹³ Ibid. p 27.

¹⁴ MUCCHIELLI Roger « le travail en équipe ». 16^{ème} édition 2015. p 41.

¹⁵ Ibid. p 55.

Roger MUCCHIELLI, docteur en sociologie et psychologie, dans son ouvrage « le travail d'équipe » 16^{ème} édition paru en 2015, explique qu'il existe plusieurs styles d'équipe qui évoluent différemment et dont les règles diffèrent. Ce fonctionnement interne influence la cohésion et le travail de collaboration entre ses membres. Un premier groupe centré sur la tâche qu'il considère dans ce cas ne pas être une équipe. En effet, les individus évitent toutes analyses communes. Et un deuxième groupe orienté vers le groupe qu'il considère comme une équipe Ceux-ci recherchent ensemble des axes d'amélioration des processus internes dans l'optique d'atteindre l'objectif.

On peut aussi voir en cette valence l'influence du climat, de l'environnement, de la structure et de la hiérarchie. Le cadre de santé dit cadre de proximité manage une équipe « *un groupe d'individus interdépendants..* »¹⁶ pluridisciplinaire dans le but de répondre aux missions des établissements de santé. Pour cela il gère et organise les activités d'un groupe de personnes exerçant des métiers différents mais travaillant en collaboration « *Le management d'équipe ... l'ensemble des actions d'encadrements et de gestion du contexte que constitue un équipe* »¹⁷.

Dans son « **rôle de leader, le cadre définit l'atmosphère dans laquelle l'organisation travaillera** »¹⁸. Le cadre de santé impulse la dynamique de travail de son équipe. Il est donc garant de la cohésion de son équipe « *ensemble des forces qui réserve l'intégrité d'un groupe* »¹⁹ La cohésion d'une équipe est donc fortement influencée par le management entrepris. Mais de nombreux facteurs interviennent dans cette cohésion d'équipe et qui ne sont pas tributaires de l'attitude du cadre. La dimension socio-affective est la première qui fait référence au lien d'appréciation mutuelle entre les professionnels. La seconde dimension culturelle et normative traduit le sentiment d'appartenance, de reconnaissance et de positionnement au sein de l'équipe et pour finir la dimension fonctionnelle qui exprime la volonté du travail en commun et en partenariat.

D'après les travaux Kurt LEWIN, psychologue Allemand sur la dynamique des équipes, il explique que les comportements individuels des individus composant l'équipe génère l'esprit collectif et influence la cohésion « *les forces au sein d'un groupe s'équilibrent naturellement et contribuent à sa dynamique ... la solidarité ou les échanges vont permettre d'orienter l'action du groupe ..., la pérennité de son*

¹⁶ ALLARD-POESI Florence « management d'équipe ».Ed : Dunod, Paris, 2012. P 6.

¹⁷ Ibid.p6.

¹⁸ MINTZBERG Henry : le manager au quotidien. Ed Eyrolles. 2^{ème} édition 2014.

¹⁹ ALLARD-POESI Florence « management d'équipe ».Ed : Dunod, Paris, 2012. P 24.

existence ». En connaissant cette particularité, le cadre de santé doit mettre en œuvre une politique de management du collectif. Cette cohésion est donc une valeur importante dans l'optique d'une politique de changement et ici une volonté de mobilité des infirmières.

4.2 Acteur dans l'accompagnement des équipes

Aujourd'hui les avancées technologiques, le progrès médical, l'augmentation de la durée de vie, le vieillissement de la population et la baisse des ressources du pays sont des facteurs qui influencent le changement. L'organisation hospitalière a été modifiée par les nombreuses réformes hospitalières allant des contraintes budgétaire, au droit et exigences des patients en passant par l'évolution des outils informatiques. Ces évolutions sociales contraignent les établissements de santé à s'adapter à ce nouveau mode sociétal.

Le concept d'accompagnement est né dans les années 1990. Le concept d'accompagnement est difficile à définir mais accompagner une équipe peut être résumé comme tel « ... *c'est l'aider à (re)naître et à se développer suffisamment pour qu'elle réalise ce pour quoi elle a été créé* »²⁰.

Dans le cadre de l'institution hospitalière, l'accompagnement est une notion que l'on associe à plusieurs situations. Le soignant accompagne son patient, la direction accompagne ses subordonnées à leur prise de poste et les cadres accompagnent son équipe dans la délivrance de soins de qualité et sécuritaire pour les patients.

L'accompagnement vers le changement :

Dans certaines de nos cultures, le changement est vécu soit comme une opportunité, soit comme une contrainte. La résistance au changement est une notion subjective qui naît de la peur du positionnement.

Le changement « *une rupture dans son fonctionnement lorsque les éléments suivants sont transformés : les pratiques (manières de faire), les conditions de travail (environnement matériel), les outils (informatique et de gestion), l'organisation (les zones de pouvoir et les délimitations fonctionnelles), le métier (les savoirs faire de l'entreprise), la stratégie (les finalités collectives poursuivies et envisagées) et la*

²⁰ <http://www.croissancecoaching.com/accompagnement/equipes>. Consulté le 13 mars.

culture (le système de valeurs).»²¹ doit être accompagné afin d'obtenir une efficacité de ces changements et réduire les effets néfastes qu'il peut avoir.

D'après l'ouvrage de David AUTISSIER et Jean-Michel²²MOUTOT, maitres de conférences en management et conduite de changement, ils identifient **4 phases au changement** « *ce qui fait accepter le changement, c'est sa rationalisation, c'est-à-dire sa projection dans le temps* ».

- La phase de sensibilisation : il s'agit de la première phase durant laquelle il est important de communiquer autour du projet et des objectifs pour une prise en compte par les intéressés.
- La phase de proposition : cette seconde phase consiste en la consultation des intéressés sur la méthode et le contenu du changement afin d'évaluer la faisabilité au regard des contraintes.
- La phase d'opérationnalité : lors de cette troisième phase, on déploie et expérimente ces changements.
- La phase de stabilisation : la dernière et quatrième phase qui consiste en l'évaluation de ces changements.

Le respect de ce processus et de ses phases permettent de garantir **une adhésion des professionnels intéressés** « *... Si les acteurs ne sont pas convaincus du bien-fondé du changement pour eux et l'entreprise, l'adaptation de l'organisation ne se produira pas* »²³.

Kurt LEWIN, psychosociologue américain caractérise lui 3 phases au changement : la dé cristallisation, le déplacement et la cristallisation. La première phase correspond à l'abandon des habitudes avec une motivation au changement. Comme vu précédemment, cette motivation au changement arrivera après une phase de communication ou le professionnel commencera à percevoir un éventuel avenir. La seconde phase est celle du déplacement, on commence à utiliser de nouveaux outils, la dernière phase dite de recristallisation ou cristallisation qui permet de poser un équilibre à ce changement. A l'issue de ces 3 phases, KURT LEWIN considère que le changement est plus ou moins accepté.

²¹ D.AUTISSIER et J.M MOUTOT « méthode de conduite du changement : diagnostic, accompagnement, pilotage » Editions DUNOD. 2012. Page 7.

²² Ouvrage : stratégies de changements. L'hypercube du changement gagnant. Dunod. Paris 2012. (Chapitre 5 : management du changement).

²³ Ouvrage : D.AUTISSIER et J.M MOUTOT : méthode de conduite du changement. Diagnostic, Accompagnement, Pilotage. 3^{ème} éditions.DUNOD.2013. Citation page 172 (paragraphe la gestion des résistances au changement).

Je vais terminer cette partie par une citation de KURT LEWIN qui a su prouver l'hypothèse avancée ci-dessus lors d'une expérience avec des mamans et la consommation d'abats « ... il est plus facile de modifier les habitudes des membres d'un groupe que celles d'individus isolés »²⁴. On y comprend donc que les changements individuels doivent s'envisager avec une prise en compte du collectif.

5 Le rôle du cadre de Santé

5.1 Le management des compétences

«Manager les compétences consiste à développer les compétences individuelles et collectives pour accroître le professionnalisme des salariées et les mettre au service de la performance ..., ... favoriser la décentralisation de la GRH au travers d'activités partagées ... » ²⁵. *« Le manager de proximité est l'acteur clé du management des compétences, ...;... c'est obtenir des salariées qu'ils adoptent les comportements jugés indispensables à la performance attendue»*²⁶.

C. DEFELIX, T. PICQ ET D. RETOUR, 3 enseignants-chercheurs en ressources humaines et spécialistes de la gestion des compétences identifient sept types de compétences qu'on peut retrouver dans un environnement : les compétences individuelles, les compétences collectives, les compétences organisationnelles (capital de savoir-faire de l'entreprise et d'exécuter les missions), les compétences inter-organisationnelles, les compétences territoriales et les compétences environnementales. **Je vais m'intéresser ici aux compétences individuelles et collectives.**

Depuis la loi HPST de Juillet 2009, la recherche d'efficience est l'un des objectifs des institutions hospitalières. Un des défis quotidiens des Cadres de Santé est de rationaliser et mutualiser les ressources. On est passé d'une logique de poste à une logique d'activité. Dans ce cadre, *« Elle se développe dans une organisation repensée, ...résulte à la fois d'une bonne coordination des acteurs et une volonté de coopérer »*²⁷. La gestion et le développement des compétences sont devenus une politique institutionnelle. *« Le management des compétences définit une doctrine managériale fondée sur une relation dite gagnant-gagnant : performance et résultats*

²⁴ OBERLE Dominique : la dynamique des groupes .Ed : Presses universitaires de Grenoble, septembre 2015. p 18.

²⁵ DIETRICH Anne : management des compétences. Ed : Vuibert. Janvier 2015. P 53.

²⁶ Op. Cit p 55.

²⁷ Op. Cit p 90.

pour l'entreprise, développement de compétences et garanti d'employabilité pour le salarié »²⁸.

MACLELLAN, psychologue définit la compétence comme « *ensemble de savoirs, capacités, comportements, traits de caractère et motivations d'un individu* »²⁹. Cela traduit bien une association de plusieurs facteurs qui créent ainsi la compétence.

Guy LE BOTERF définit la compétence comme une capacité à tenir un poste. On recherche ainsi des personnes qui savent agir avec compétences dans des situations de travail particulier. Elle résulte d'un savoir agir, du vouloir agir et du pouvoir agir. Cela exprime clairement l'implication du cadre de santé dans cette acquisition de compétence. En effet du rôle du cadre de santé de proposer au salarié un environnement lui permettant d'acquérir ou de développer ces capacités.

Les caractéristiques de la compétence selon **Anne DIETRICH** maître de conférences en sciences de gestion, auteur de nombreuses publications sur le management des compétences et la GRH explique que la compétence est **contingente, structurée, finalisée, apprise** (contextualisée à une situation, en rapport avec un objectif, nul n'est compétent de manière innée, on le devient...), **abstraite et hypothétique** (elle n'est pas directement observable et s'appréhende qu'à partir de résultat). **Cécile DEJOUX** maître de conférences en gestion, rajoute la notion de dynamisme et de reconnaissance (la compétence nécessite un apprentissage permanent et est jugée au travers d'entretien et des résultats). Ces idées montrent bien que la compétence est particulière et singulière. La compétence s'acquiert dans une situation bien précise, on parle alors de compétence situationnelle. La prise en compte de l'environnement et le contexte précise cette acquisition. La compétence mise en œuvre est réalisée dans un but précis. La compétence demandée ici n'est peut-être pas la compétence demandée ailleurs.

Cécile DEJOUX définit et classe la compétence dans 5 catégories. Elle commence par les compétences des savoirs (ce sont les connaissances théoriques acquise en formation), la seconde catégorie est celle des savoir-faire (ce sont les aptitudes pratiques et les capacités de maîtrise. Elles permettent une mise en application des savoirs), La troisième s'agit du savoir-être (ce sont les aptitudes sociales, la capacité d'intégration à de nouvelles organisations). La quatrième comprend les compétences

²⁸ DIETRICH Anne : management des compétences. Ed : Vuibert. Janvier 2015. p 53.

²⁹ DEJOUX Cécile : Gestion des compétences. 2 éditions DUNOD 2013. P 11.

émotionnelles (la maîtrise des émotions, la gestion des relations avec les autres). La dernière catégorie est celle des compétences de savoir-résoudre (ce sont les capacités cognitives concernant les capacités à combiner les savoirs précédents).

L'encadrement et **les outils pour le management des compétences** selon **Guy LE BOTERF**, auteur d'ouvrages sur la formation et la gestion des ressources humaines, permettent l'articulation de la gestion des compétences individuelles et les compétences collectives considérées comme des enjeux d'envergure pour un encadrement opérationnel. Ces outils sont essentiellement : le référentiel de compétences et l'entretien d'évaluation annuel. Ils permettent d'accompagner au mieux le salarié dans la construction de son parcours professionnel. Les ressources internes à l'individu permettent cette gestion par le cadre de santé qui effectue un combiner de savoirs. Ces savoirs sont dits théoriques, formalisés et expérientiels, des savoir-faire, une connaissance de l'organisation et des procédures qui ont pour objectif une transférabilité et une transversalité dans d'autres situations.

Guy LE BOTERF continue dans son ouvrage : construire les compétences individuelles et collectives en décrivant le contexte de travail idéal qui aide à la professionnalisation. Il explique le **processus intellectuel du salarié aidant à cette intégration de compétence**. Tout d'abord l'individu doit vivre l'expérience, il est mis en situation, il s'engage dans l'action, il résout le problème sans une réelle prise de conscience de son action. Ensuite arrive le moment de l'explicitation. Il s'agit du premier temps de réflexivité et de prise de recul. Il retrace, explique le chemin entrepris et réinterprète ses actions. La troisième phase est celle de la conceptualisation, de la reconstruction qui permet d'aboutir à des modèles et des schémas opératoires qu'il transférera lors de nouvelles situations. En quatrième phase, il tient compte des expériences vécues pour adapter son comportement face à la situation.

Guy LE BOTERF déduit ensuite **un management des compétences selon trois approches**. Le cadre de santé a donc la possibilité de manager son équipe en fonction de ses objectifs. La première approche est dite *l'approche par les performances* : c'est émettre un jugement d'efficacité ou d'utilité dans lequel il y a une relation entre un résultat observable et une pratique professionnelle. La seconde est *l'approche par les pratiques professionnelles* qui consiste en la démonstration de la compétence de l'individu par l'exercice d'une activité. Le cadre émet donc un jugement de conformité en s'appuyant sur des protocoles. La troisième approche dite *l'approche par les ressources*. Cette approche permet de s'assurer que les personnes

Possèdent bien les connaissances, le mode de raisonnement et les aptitudes pour la prise de poste.

Aujourd'hui les 3 approches sont utilisées par les managers des unités. La gestion individuelle des compétences permet une visibilité et une projection vers les compétences collectives. L'origine du collectif est issue des particularités individuelles qui composent l'équipe. Le groupe va ainsi élaborer des règles de fonctionnement. Ces règles de fonctionnement et l'identification des compétences collectives ainsi formalisées vont permettre au professionnel une intégration « *pour un professionnel de pouvoir se référer aux normes et règles de son milieu professionnel d'appartenance pour construire avec sécurité et pertinence sa propre façon de s'y prendre* »³⁰.

5.2 Le management du bien-être au travail et de la qualité des soins

Aujourd'hui le positionnement du professionnel de santé au sein des établissements est modifié à cause des bouleversements d'organisations hospitalières. Les contraintes liées à une recherche d'efficacité, de réduction des coûts et une augmentation des besoins en santé des personnes rendent la vie et l'adaptation au travail de ces professionnels parfois difficiles.

Depuis quelques années, la question des risques psychosociaux émerge dans les établissements de santé. Les études sur ce sujet ont montré des liens entre les conditions de travail, le type de management, la qualité et la sécurité des soins. Donc face à ce phénomène grandissant, la HAS associée à l'ANACT a intégré dans le manuel de certification de la V2010 un critère sur la qualité de vie au travail. Aujourd'hui, les facteurs de risques sont répertoriés et bien identifiables. On retrouve les exigences du travail, les exigences émotionnelles, l'autonomie et les marges de manœuvre (la possibilité d'être acteur dans son travail, de participer aux décisions), les relations au travail avec les collègues, la reconnaissance, les conflits de valeur (impératif de production) et l'insécurité économique. (le risque de perdre son emploi et les changements non maîtrisés de la tâche ou des conditions de travail).

Le cadre de santé doit « *Fournir un système pour assurer la sécurité du malade lors des soins médicaux et infirmiers* »³¹. Par son positionnement au sein de l'institution, le cadre se situe au carrefour des individus et des situations de travail. Il

³⁰ LE BOTERF Guy : management des compétences individuelles et collectives. Ed : d'organisation 4^{ème} éditions 2006.

³¹ BENNER Patricia : de novice à expert. Ed : inter Editions 1995. p123

est l'intervenant privilégié du bien-être au travail et de la promotion de ce processus dans une volonté de prendre soin pour la prise en soins. Le management doit être un facteur de ressource à cette recherche de bien-être au travail et non de contrainte.

On retrouve dans certains articles comme la revue Soins Cadre, des raisons à l'activité des soignants, un professionnel heureux trouve du sens et de la cohérence dans ses actions, éprouver du plaisir au travail permet de se forger une identité soignante, une organisation structurée favorise le positionnement des soignants, un environnement de travail serein préserve la motivation et l'implication de travailler. Un environnement serein permet de la flexibilité, de participer aux échanges, de participer à la réflexion des modes d'organisations et des pratiques de soins. Les professionnels ont besoin de repères cognitifs et de base pour travailler.

Georges CANGUILHEM, philosophe, médecin affirme que le soignant a besoin d'autonomie pour assurer ses missions « *je me porte bien dans la mesure où je me sens capable de porter la responsabilité de mes actes, de porter les choses à l'existence ...* »³². Pour **Yves CLOT**, philosophe le « *travail est une source de satisfaction lorsque les salariés disposent d'un pouvoir d'agir et ont la possibilité d'accomplir un travail porteur de sens et de valeurs pour eux* »³³.

Face à ces affirmations, j'introduis le principe de subsidiarité qui est un moyen de considérer le travail de l'autre qui donne un droit de décision aux équipes. La décision ainsi prise est issue d'un processus collectif. On arrive à une logique de négociation qui vise à la recherche de compromis acceptable entre les participants.

En conclusion, le management doit prendre en compte l'intelligence collective et préserver des espaces de libertés et d'autonomie afin de favoriser l'accomplissement professionnel. Le collectif joue un rôle important dans la régulation des difficultés liées au travail. La qualité de vie au travail est un enjeu majeur de la performance du système de santé et de fonctionnement des établissements de santé. La qualité de vie au travail des soignants interfèrent dans leur efficacité à la réalisation des soins.

³² Revue soins cadre n°790. Novembre 2014.

³³ Ibid.

6 L'Infirmière

6.1 L'importance de reconnaissance au travail

« Percevoir l'autre, le partenaire de relation, dans toute la complexité de sa personnalité n'est pas un phénomène simple ; car cela suppose que l'on soit capable de reconnaître l'autre et d'accepter sa différence »³⁴.

Les relations interpersonnelles sont importantes pour la socialisation de tous individus tant dans la sphère privée que professionnelle. L'influence des prédispositions individuelles et du positionnement au travail impactent la façon de raisonner, d'interpréter et de communiquer de chacun dans son travail. Les échanges humains sont ainsi particuliers d'un groupe à un autre et donnent une dimension propre à la dynamique et au collectif de travail.

La reconnaissance au travail appelle au concept d'identité *« c'est le fait pour une personne, d'être un individu donné, unique, et de pouvoir être reconnu comme tel par les autres »³⁵*. En effet, ces 2 concepts sont étroitement liés. Le professionnel a besoin de se forger une identité professionnelle avant d'être reconnu par les professionnels et les patients. *« D'un point de vue anthropologique, psychologique ou sociologique, la reconnaissance est indispensable à l'individu, c'est ce qui lui permet d'exister »³⁶*. *« Ce besoin de reconnaissance et son caractère indispensable à l'humain, doit trouver satisfaction dans tous les domaines de l'existence et bien sûr dans le monde du travail où la relation à l'autre est omniprésente »³⁷*.

Le travail qu'il exécute peut être défini comme un ensemble d'actions coordonnées mises en œuvre dans le but d'atteindre un objectif. Il suppose donc une mobilisation de connaissances et de la collaboration entre les professionnels. La motivation et l'implication à la tâche dépendent des facteurs extrinsèques à l'individu. Au travers de ces différents paramètres, le professionnel va pouvoir éprouver un sentiment d'existence et d'utilité et donc se construire une identité dans une équipe de travail. Le collectif contribue à l'émergence de ses sentiments. *« Le collectif de travail donne du sens à chacun » p149*. Cette phrase montre donc l'importance du collectif dans le phénomène de reconnaissance.

³⁴ SAINSAULIEU Renaud : l'identité au travail. Ed Sciences Po. Les Presses.4^{ème} éditions 2014. p 401.

³⁵ SARNIN Philippe. Psychologie du travail et des organisations. Ed : De Boeck et Larcier .2007

³⁶ Mémoire : management de la mobilité infirmière intra pôle. Auteur : DANGÉROS LIMERY Nadiège. Promotion 2009. P16

³⁷ Ibid.

La reconnaissance d'un individu passe par un processus d'évaluation de l'autre. L'évaluation traduit un jugement de l'un vers l'autre « *C'est précisément la capacité collective de formuler les jugements les plus consensuels possibles qui sous-tend la reconnaissance du travail* »³⁸. La reconnaissance, c'est également « *se transformer soi-même* ». ³⁹« *La reconnaissance du travail participe électivement à l'accomplissement de soi dans le champ social* »⁴⁰. « *Si cette reconnaissance, d'un côté et/ou de l'autre, est, positive, l'individu sera dans une situation où le plaisir va prendre la pas sur l'effort* »⁴¹. La personne reconnaîtra l'autre dans son travail après que celui-ci a su prouver ses capacités et ses compétences.

C.DEJOURS, psychiatre et psychanalyste spécialisé en psychodynamie du travail parle de 2 **types de reconnaissance qui modifie le comportement du professionnel** : le jugement dit d'utilité et le jugement de beauté. Cette reconnaissance dite jugement d'utilité consiste en la reconnaissance du service rendu. Cette reconnaissance vient des supérieurs hiérarchiques ou des collaborateurs. Le deuxième est le jugement de beauté qui lui consiste en la réalisation d'un travail qui respectent les normes en vigueur, une reconnaissance sur la qualité du travail et l'efficacité du travail effectué par les paires. Ces jugements permettent de donner du sens au travail.

6.2 L'importance du sentiment d'appartenance

« *L'appartenance est le fait d'appartenir ou de faire la circonstance de faire partie d'un groupe ou d'un ensemble, que ce soit un groupe, une communauté, une organisation, une institution, ...* »⁴². « *Le sentiment d'existence de chacun dans le temps de l'engagement commun passe par l'appartenance à une équipe* »⁴³.

La notion d'appartenance fait référence à un groupe dans lequel les personnes partagent les mêmes valeurs, les mêmes croyances et un ou des buts communs. Le sentiment d'appartenance aide à la construction identitaire et au développement des interactions sociales.

³⁸ DEJOURS Christophe et GERNET Isabelle : évaluation du travail et reconnaissance. Revue de Psychosociologie 2009/2. N°8.Ed : Eres. p 27 à 36

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ Ibid.

⁴² <http://lesdefinitions.fr/appartenance>

⁴³ MUCCHIELLI Roger : le travail en équipe. 16^{ème} édition 2015. P 51 à 55.

D'après MUCCHIELLI Roger⁴⁴, le sentiment d'appartenance à une équipe dépend de plusieurs facteurs et de la possibilité de satisfaire plusieurs besoins. Les besoins sont : le besoin de sécurité, le besoin de reconnaissance sociale et de connaître l'autre, le besoin de communiquer, le besoin de pouvoir apprendre et d'actualiser ces connaissances, le besoin de pouvoir participer, le besoin de collaborer et le besoin de pouvoir se réunir. La croyance de pouvoir répondre à ces besoins procure une confiance au groupe que l'on veut intégrer. Cette appartenance à un groupe entraîne une atmosphère où le respect est important et vecteur de cohésion. Le respect des autres dans leurs rôles et dans leurs positionnements engage les membres à une coopération efficace et loyale. « *Sentir le groupe dans lequel on se trouve et se sentir soi-même de ce groupe, ce qui englobe un ensemble d'attitudes individuelles et de sentiments* »⁴⁵.

Le sentiment d'appartenance passe aussi par **la reconnaissance et la place du professionnel** accordé et véhiculé par le cadre de santé auprès de l'équipe « *l'appartenance à un groupe peut être centrée sur un leader investi d'une confiance considérable* »⁴⁶.

6.3 L'importance du Le bien-être au travail

Représentation du travail :

La valeur et l'importance du travail se sont modifiées au fil des années. Les représentations de celles-ci ont évolué avec les évolutions de la condition humaine et du mode de vie. De nos jours, le travail apparaît comme valeur sociale. Karl Marx philosophe assimile le travail comme valeur humaine « *c'est en tant que travailleur qu'on existe comme être humain* ».

Concept du comportement au travail ⁴⁷ :

Selon HANNAH ARENDT, philosophe l'interprétation que chacun se fait du travail est singulière mais que le mode de fonctionnement est identique. Les représentations que chacun se fait de celui-ci agit sur **son positionnement au sein du collectif de travail** « *ce qui est spécifique à l'être humain c'est qu'ils ont besoin*

⁴⁴ Ouvrage : MUCCHIELLI Roger : le travail en équipe. 16^{ème} édition 2015.p 56.

⁴⁵ <http://www.systemique.be/spip/spip.php?article831> (concept de MUCCHIELLI)

⁴⁶ Ibid. p 86.

⁴⁷ Philippe Sarnin : « Psychologie du travail et des organisations » publié en 2007 par les éditions De Boeck et Larcier, le chapitre 1 de la p 12 à 47 concernant le travail.

de s'organiser, ...ils sont différents des uns des autres, ...il leur faut agir, construire des règles et des institutions pour vivre ensemble ».

Il est important d'avoir cette connaissance car **HANNAH ARENDT** continue en expliquant que « *le développement des connaissances et savoir-faire qui permettent d'être créatif, la prise en compte de la personne, de son point de vue, dans ses rapports avec les autres, l'existence d'un collectif de travail, ...permettra plus facilement d'agir dans le sens de la mission consistant à conjuguer bien-être ... et efficacité de l'organisation* ». On comprend ainsi que le positionnement de l'individu dans son environnement peut influencer son processus d'adhésion au changement et à la mobilité.

MC GREGOR, professeur en management considère suite à des observations au sein d'entreprises qu'il existe **2 théories comportementales au travail**, la théorie X et la théorie Y. *La théorie X* explique que l'être humain n'aime pas le travail et fera tout pour l'éviter. *Mais la théorie Y* met en évidence un regard positif du travail et un facteur de bien-être. Cette théorie explique que l'individu peut se motiver si on lui donne les moyens de réaliser son travail et qu'il cherche naturellement à apprendre et à se développer. Un vrai challenge managérial peut naître à cette connaissance. En complément de cette connaissance, on peut considérer également **L'EFFET HAWTHORNE** qui repose sur l'idée que la productivité des travailleurs dépend surtout de la considération que l'on a pour eux. Ces 2 citations nous montrent que le bien-être au travail peut être influencé par le management du cadre de santé et de la considération qu'il a pour eux.

7 ENQUETE

7.1 Méthodologie de l'enquête

J'ai commencé par réaliser 3 entretiens pré-exploratoires qui ont eu pour but de m'aider à ajuster la problématique et à préparer le questionnaire pour les IDE et le guide d'entretien pour les Cadres de Santé. La méthode choisie en accord avec la directrice de mémoire a été celle de réaliser des entretiens auprès de 2 cadres de santé et de 6 questionnaires diffusés auprès d'IDE.

Selon la méthodologie expliquée par QUIVY Raymond et VAN CAMPENHOUDT Luc dans le «manuel de recherche en sciences sociales», je me suis placée dans une démarche compréhensive afin de porter un questionnement sur ma problématique. J'ai fait le choix de ces 2 outils méthodologiques qui selon moi sont les plus adaptés.

L'entretien : « *c'est un procédé d'investigation méthodologique qui utilise un processus de communication verbale. Il sert à recueillir l'information auprès de personnes qui s'expriment à partir de thématique* »⁴⁸ **Les entretiens semi-directifs** ont pour objectif d'obtenir des réponses riches, ouvertes, claires, précises et spontanées concernant le travail du cadre de santé face à la mobilité et ainsi de pouvoir éventuellement confronter les méthodes managériales. L'entretien permet à l'enquêté de s'exprimer librement, avec son propre vocabulaire sur les différents thèmes abordés et permet de proposer des questions de relance si le thème est dévié. Cela m'a permis de rester dans la continuité de mon cheminement.

Le questionnaire : « *Procédé d'investigation méthodologique qui utilise la communication écrite. Il consiste en une suite de propositions organisées pour solliciter l'avis, le jugement d'un sujet interrogé* »⁴⁹. Le questionnaire a pour objectif d'obtenir des réponses claires et précises sur certains points. Il est composé de questions ouvertes et de questions fermées.

L'utilisation de ces 2 modes de questionnement m'a permis de cibler le champ des réponses et ainsi rester dans mon cheminement et garantir des réponses en lien avec mon questionnement.

Ces résultats vont me permettre d'analyser dans un premier temps les représentations de la mobilité pour les infirmières, leurs attentes auprès des collègues

⁴⁸ DABRION Marlyne. Analyse et le résumé d'un article de recherche. Ed : De Boeck-Estem. 2012. p 33

⁴⁹ Op. Cit

et de l'équipe d'encadrement face à cette mobilité imposée. Dans un second temps, l'analyse des entretiens va me permettre d'identifier le rôle du cadre de santé et la manière dont il manage pour une efficacité de cette mobilité.

Le traitement de ces informations va me permettre d'apporter des réponses à **ma question de recherche et d'émettre des réponses à mes hypothèses.**

7.1.1 Le cadre

Ma volonté du **cadre de mon terrain d'enquête** a été celle où mon questionnement a émergé. En effet, j'ai été faisant fonction Cadre de santé pendant près de 4 ans et durant les 2 dernières années de mes fonctions, j'ai été confrontée à manager cette mobilité.

J'ai donc voulu mener une partie de mon enquête dans mon service de provenance et dans d'autres services de l'établissement, mon exercice m'a permis de situer des services exerçant cette mobilité. J'ai donc ciblé 2 cadres de santé et 2 autres services de soins. J'ai pu réaliser cette enquête dans 3 unités après avoir obtenu les autorisations nécessaires par la coordinatrice des soins de l'établissement et des cadres paramédicales de pôle.

J'ai donc pris rendez-vous avec les Cadres de Santé afin de réaliser les entretiens. J'ai ensuite laissé 2 questionnaires à chaque Cadre de Santé avec un rendez-vous le lendemain afin de les récupérer et parallèlement j'ai déposé 2 questionnaires dans le service dans lequel j'étais issue.

7.1.2 La population

Mon choix de la population s'est porté sur mon établissement d'origine dans lequel j'ai observé ma situation de départ et l'origine de ma motivation sur ce thème de recherche. C'est donc pourquoi, en accord avec ma directrice de mémoire, nous avons décidé de faire 2 entretiens auprès de **cadre de santé** qui participe à la mobilité des **Infirmières** de leur pôle et de faire remplir 6 questionnaires à des infirmières qui sont également mobiles au sein de leur pôle d'affectation.

7.2 Le choix de l'outil

L'entretien semi directif m'a permis de réaliser une étude qualitative. J'ai pu récolter des informations précises que j'ai pu élargir par des questions de relance. **Un questionnaire** qui m'a permis de récolter des réponses claires et ciblées sur les thématiques prédéfinies en amont par mes soins. L'anonymat de celui-ci permet un enrichissement des informations qui par pudeur n'aurait peut-être pas été dites lors d'un entretien.

7.3 Les limites de l'enquête

Suite à la réalisation de ce mémoire et les recherches qui en ont découlé, j'ai pris conscience du temps nécessaire à la réalisation d'un véritable travail de recherche. Dans le cadre de son élaboration, un temps imparti a été posé pour sa réalisation. Ce temps a donc limité certaines recherches notamment l'aspect quantitatif qu'il aurait été intéressant de visualiser.

Les résultats recueillis sont interprétables mais non généralisables. Ils ne sont pas représentatifs de l'ensemble des services de soins et des établissements de l'APHP. Il aurait été intéressant d'élargir ces recherches auprès d'autres établissements de santé pratiquant la mobilité. Les résultats sont donc partiels avec un échantillon non représentatif. Si le travail avait continué, il aurait été intéressant d'avoir un échantillon d'au moins 30 questionnaires et éventuellement de comparer plusieurs pôles de plusieurs établissements. Nous aurions peut-être obtenu une tendance réelle de l'impact de la mobilité et du ressenti après 6 ans de mise en place soit depuis la loi HPST de 2009.

Pendant les entretiens, les difficultés perçues ont été pour ma part la difficulté de garder la maîtrise du sujet du fait de mon positionnement de novice concernant les entretiens semi directifs. La seconde difficulté a été la démarche de l'écoute active. En tant que professionnelle, nous sommes certes dans l'écoute mais surtout dans l'interactivité des échanges entre collaborateurs. Il a été difficile de rester dans une posture de chercheur clinicien que je ne maîtrise pas. Laisser parler les personnes interviewées sans les interrompre ni les guider vers les réponses attendues n'est pas chose aisée.

7.4 Résultat de l'enquête

7.4.1 Questionnaires auprès des IDE

Je vais répertorier les réponses faites par les 6 IDE sous forme d'un tableau. En effet, celles-ci ont répondues de manière anonyme aux 13 questions posées. Pour l'analyse de ces questionnaires, il me semblait intéressant de pouvoir réutiliser le verbatim des réponses émises afin de pouvoir rester fidèle aux idées, au vécu et aux représentations des IDE.

Question 1 : Quelle est votre année de diplôme IDE ?

IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	IDE 6
2011	2013	2014	1984	2011	2014

Question 2 : Depuis combien de temps exercez-vous dans l'unité ?

IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	IDE 6
5 ans	2 ans et demi	1 an et demi	depuis 1993	5 ans	Depuis 1 an

Question 3 : Quels sont vos motivations à exercer dans ce service ?

IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	IDE 6
" la diversité des pathologies, les nombreux soins techniques, la diversité des patients (âge différents, public, privé)"	"la prise en charge post-opératoire, l'éducation et la prévention"	"pathologies cardiaques, soins relationnels et techniques propre à la chirurgie cardiaque"	pas de réponse	« la technicité, le relationnel avec le patients"	"connaissance des plaies, mise en place de pansement thérapeutique, les différentes pathologies et les surveillances post-op"

Question 4 : Quel type de patients recevez-vous dans l'unité dans laquelle vous travaillez ?

IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	IDE 6
« patients de tout âge, ... affectés par un cancer digestif ou hépato-biliaire,... pour de la petite chirurgie (hernie, cholécystectomie, appendicectomie) patient entrant pour des bilans pré-greffe »	« Cardiopathie, valvulopathies, principalement des patients âgés avec très souvent des facteurs de risques »	" pré-op, post-op cardio »	"patient relevant de la chirurgie digestive (pré-op et post-op"	"patients âgés majoritairement plus de 65 ans, avec plusieurs facteurs de risques cardio-vasculaire (fumeur, diabète), beaucoup d'altération de la mobilité"	« patients âgés, diabétiques , fumeurs"

Question 5 : Recevez-vous des patients d'autre spécialité ?

IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	IDE 6
oui	oui	oui	oui	oui	oui

Question 6 : Rencontrez-vous des soins en dehors de votre spécialité ?

IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	IDE 6
oui	oui	oui	oui	oui	oui

Quel type de soins ?

IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	IDE 6
« des pansements des lambeaux »	« sonde Naso Gastrique, soins vasculaires, ulcères, amputation, thyroïde, PEC orthopédique et traumatologique »	« type Urologie, orthopédie, digestif »	« différents pansements ou bilans sanguins »	« soins de stomie, soins de trachéotomie »	« poche de stomie, soins de sonde urinaire »

Question 7 : Avez-vous des évaluations de vos compétences ?

IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	IDE 6
oui	oui	oui	oui	oui	oui

Si oui, à quel moment ?

IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	IDE 6
au moment de la notation	quand la cadre peut	à 6 mois et à 1 an	au moment de la note	tous les 6 mois	septembre

Si oui, à quel rythme ?

IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	IDE 6
1 fois/an	1 fois/an	Pas de réponse	Pas de réponse	Pas de réponse	Tous les ans

Question 8 : Effectuez-vous des remplacements au sein des autres services du pôle ?

IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	IDE 6
oui	Oui	Oui	oui	oui	oui

Si oui, à quel rythme ?

IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	IDE 6
« cela dépend des besoins des autres services la moyenne tous les 3/4 mois »	« c'est très irrégulier, plusieurs fois en un mois puis plus avant plusieurs mois »	« au moins 2 fois/mois »	« Peu souvent 2 à 3 fois /an »	« en ce moment 4 à 5 fois par mois »	« en fonction des demandes »

Si oui, comment vivez-vous cette mobilité ?

IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	IDE 6
« Cela dépend, je le vis plutôt bien, cela permet de voir d'autres	« de façon injuste car trop d'arrêt maladie dans certains	« Mal, absence de motivation »	« mal, il est difficile de se sentir à l'aise dans une autre spécialité au	« pas les lieux et Je n'aime pas car je ne connais les spécificités	« Difficile lorsque nous sommes déplacées alors que

soins et d'autres pathologies »	étages, et très souvent dans le même, Nous sommes les seuls à être appelées pour être déplacées »		niveau des soins, du poste de soins et du rythme »	du service et certains services ne me plaisent pas »	notre service est lourd, on ne connaît pas non plus les habitudes des autres services »
---------------------------------	---	--	--	--	---

Question 9 : Attendez-vous des choses des professionnels de l'unité dans laquelle vous effectuez le remplacement ?

IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	IDE 6
« de l'entraide, si l'on rencontre des difficultés sur des soins que nous rencontrons pas dans nos services »	« de la reconnaissance, un bon accueil, une disponibilité pour nous aider si besoin et nous rendre la pareille le jour où nous sommes en sous-effectif, tous ces points ne sont malheureusement pas toujours présent »	« un bon accueil, proximité des collègues du jour, une explication sur le lieu du matériel »	« Un minimum d'informations et de l'aide quant au fonctionnement du service »	« oui, de l'accueil, de la gentillesse et de la disponibilité »	« aide pour trouver le matériel, un travail d'équipe, explication des habitudes de service »

Question 10 : Attendez-vous quelque chose de la part de la cadre de santé de votre unité face à la mobilité ?

IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	IDE 6
« non, nos cadres soient justes vis à vis de la mobilité et de nous positionner à tour de rôle »	« de savoir dire non car nous sommes trop souvent déplacés »	« du même service, de mieux répartir les déplacements entre les services du pôle et arrêter les déplacements ou limiter les déplacements provenant, une égalité entre les services »	« non rien »	« que les agents soient tous mobiles à part égale »	« rien »

Question 11 : Attendez-vous quelque chose du cadre de santé qui vous reçoit dans son unité ?

IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	IDE 6
« de l'empathie et de la compassion si on rencontre des difficultés »	« bon accueil, remerciement et rendre de la pareille en cas de sous-effectif dans notre service »	« une écoute, un bon accueil et de disponibilité »	« non »	« non, juste un bon accueil »	« oui, une visite du service et des explications des attentes du service »

Question 12 : Comment voyez-vous la reconnaissance ? Est-ce une notion importante à vos yeux ? Si oui pourquoi ?

IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	IDE 6
« oui cela est important. C'est une méthode gagnant-gagnant »	« tout à fait. Nous sommes tous des IDE, tous dans la même galère. Nous sommes réunis dans un pôle. C'est un travail d'équipe qu'on à commencer à respecter mais il n'y a pas été réciproque dans les autres services du pôle »	« oui c'est valorisant et un signe de respect »	« c'est une notion importante de reconnaître l'effort d'adaptation que l'on nous demande. Un merci un sourire et nous accueillir pour nous souhaiter la bienvenue »	« oui car cela encourage dans le travail malgré qu'il y ait tout de même à la base une conscience professionnelle »	« oui la reconnaissance est très importante pour moi c'est motivant et nous pousse à donner le meilleur de nous dans notre travail »

Question 13 : Quels sont les facteurs qui influent vos prises en charge des patients ?

IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	IDE 6
<i>Pas de réponse</i>	<i>Pas de réponse</i>	« être en nombre suffisant d'IDE pour bien prendre en charge les patients »	<i>Pas de réponse</i>	« le manque de personnel, de temps et la fatigue. La collaboration entre les collègues (AS et IDE) »	« la fatigue, la lourdeur du service et le rythme de la journée »

7.4.2 Entretien auprès des Cadres de Santé

Les questions rédigées aux nombres de 11 pour les 2 entretiens (que vous trouverez en annexe) ont été une trame de guide. Pendant les entretiens, les cadres ont parfois répondu à plusieurs questions en répondant à une question. Au fil de l'entretien et des réponses obtenues j'ai dû proposer des questions de relance qui n'apparaissent pas dans ce guide. La retranscription de ces entretiens (les verbatims des entretiens sont disponibles en annexe), a été un procédé fastidieux et chronophage de temps mais qui a eu l'avantage de faire ressortir des informations qualitatives.

7.5 Analyse qualitatives des données

L'analyse des questionnaires :

Parmi les IDE qui ont répondu au questionnaire, 5 sont diplômées après la promulgation de la loi HPST de 2009. Elles exercent toutes depuis l'obtention de leurs diplômes dans le service où elles exercent actuellement et seulement 1 est diplômé avant la loi de 2009 et exerce dans le service depuis 23 ans.

Les IDE 1 et 4 exercent en Chirurgie digestive, les IDE 2 et 3 exercent en Chirurgie cardiaque et les IDE 5 et 6 exercent en Chirurgie vasculaire. Les unités de Chirurgie Cardiaque et de Chirurgie Vasculaire sont sur le même pôle d'activité clinique.

Les motivations des IDE à exercer dans les services en question sont la spécialité chirurgicale de l'unité : IDE 2 « *la prise en charge post-opératoire...* », IDE 6 « *les surveillances post-op* », les soins techniques rencontrés : IDE 1 « *les nombreux soins techniques...* » IDE 3 « *les techniques propres à la chirurgie cardiaque...* » IDE 5 : « la technicité », 1 cite la diversité de l'âge des patients et le statut public ou privé, 2 font part de l'aspect relationnel et 1 fait part de la spécificité des connaissances des plaies et seulement l'IDE qui exerce depuis 23 ans n'a pas répondu. On peut donc constater que chacune a des motivations propres à la raison d'être et la spécificité de l'unité.

Les soins rencontrés dans le service sont en lien direct avec les spécialités des unités, IDE 1 : « *patient de tout âge, affecté par un cancer digestif ou hépatobiliaire ...* » IDE 3 : « *pré-op cardio* », IDE 5 : « *patients âgés ..., avec plusieurs facteurs de risques cardio-vasculaires ...* ». Mais elles affirment toutes recevoir au sein de l'unité des patients d'autres services et de réaliser des soins qui ne sont pas propres à leur spécialité d'origine. Pour les IDE de Chirurgie digestive, les soins rencontrés par ces patients des autres secteurs sont principalement des pansements, pour les IDE de Chirurgie cardiaque, les soins rencontrés en plus sont plus divers IDE 2 : « *Soins vasculaires, amputation...* » IDE 3 : « *type urologie, orthopédie* » et les IDE de Chirurgie vasculaire, les soins rencontrés sont des soins « de stomie, des soins de trachéotomie ». Les IDE de Chirurgie cardiaque et les IDE de chirurgie vasculaire rencontrent au sein de leur unité des soins relevant de leurs pôles d'activités.

Concernant les évaluations des compétences et la mobilité, les IDE interrogés disent qu'elles ont toutes des évaluations de compétences et qu'elles ont toutes été amenées à effectuer des déplacements au sein des autres unités de leur pôle. Trois IDE affirment que les évaluations ont uniquement lieu au moment de la notation soit 1 fois par an (entre Juin et septembre) en sachant que celles-ci sont déplacées entre 2 et 5 fois dans l'année. Pour deux IDE, elles ont une évaluation des compétences 2 fois dans l'année, une à 6 mois et l'autre à 1 an. Une autre question me vient à l'idée : ces 2 IDE ne sont-elles pas en CDD ? Une IDE exprime qu'elle a une évaluation de compétences uniquement quand la cadre peut cependant celle-ci peut être déplacée une fois ou plusieurs fois dans l'année. On peut donc conclure que les IDE n'ont pas d'évaluations de compétence au moment du déplacement. Pourtant, nous avons pu voir dans le cadre conceptuel que l'identification des compétences va permettre au professionnel une intégration « *pour un professionnel de pouvoir se référer aux normes et règles de son milieu professionnel d'appartenance pour construire avec sécurité et pertinence sa propre façon de s'y prendre* ». « *Le*

management des compétences définit une doctrine managériale fondée sur une relation dite gagnant-gagnant : performance et résultats pour l'entreprise, développement de compétences et garanti d'employabilité pour le salarié »

Le vécu des IDE lors des déplacements. Sur les 6 IDE qui ont répondu 5 disent mal vivre ces déplacements pour plusieurs raisons et seulement 1 le vis plutôt bien à cause de sa confrontation à d'autres soins et d'autres pathologies. La première cause de sentiment de mal être face à la mobilité, deux IDE disent que ce mal –être à pour cause une méconnaissance des lieux, des habitudes, des soins et du rythme. Deux IDE expriment le manque de motivation à aller dans un autre service, IDE 5 : « le service ne me plaît pas », IDE 3 : « manque de motivation ». Deux IDE expriment le sentiment d'être les seuls de leur service à effectuer ces déplacements au sein du pôle et que ces déplacements sont difficiles quand elles estiment que leur service est lourd.

Les attentes des IDE déplacées envers les équipes qui les reçoivent et les cadres de soin (question 9 et 11). Les 6 IDE ont répondu positivement à cette question, elles attendent toutes des choses de l'équipe et des cadres qui les reçoivent sauf 2 IDE qui attendent des choses uniquement de l'équipe et rien de la cadre de santé. Les IDE qui effectuent les remplacements dans les unités du pôle attendent de la disponibilité des équipes pour des explications sur les habitudes de service et l'organisation du rangement du matériel. Deux IDE disent « un minimum d'information quant au fonctionnement du service », « aide pour trouver du matériel ... et des explications des habitudes de service », deux autres IDE attendent de l'entraide en cas de difficultés ressenties sur des soins non habituels et trois autres IDE attendent un accueil de l'équipe et de la gentillesse. Une IDE seulement évoque attendre de la reconnaissance des IDE et une entraide du service en cas de besoin. Ce qui est intéressant est que les IDE attendent la même chose de la cadre de santé de l'unité et des membres de l'équipe. Seulement 1 IDE fait ressortir de l'écoute de la part de la cadre et 1 IDE dit ne rien attendre de la cadre de santé de l'unité qui la reçoit.

Ce qui ressort de l'analyse de ces questions est que les IDE interrogés attendent surtout un accueil, une visite du service et une disponibilité de l'équipe afin de répondre à leurs questions. Je reprends ainsi l'idée de Hannah Arendt qui explique que «..., la prise en compte de la personne, de son point de vue, dans ses rapports avec les autres, l'existence d'un collectif de travail,permettra plus facilement d'agir dans le sens de la mission consistant à conjuguer bien-être ... et efficience de l'organisation ». On comprend alors que les IDE ont besoin d'un sentiment de positionnement et de

reconnaissance dans cet environnement qui influence le processus de réalisation des soins.

En comparaison, la question 10 pointe les attentes des IDE de la cadre de santé de leur secteur face à la mobilité. Deux IDE de 2 secteurs différents n'attendent rien de la cadre de santé face à la mobilité. Cependant 2 IDE attendent une équité dans les déplacements au sein des IDE de l'équipe que ce ne soit pas toujours la même IDE. Une IDE voudrait que la cadre sache dire non quand on demande à les déplacer et une voudrait une équité entre les services du pôle face aux remplacements. Au travers de cette question, on peut se poser la question de savoir si les IDE sont sensibilisés aux difficultés qui amènent à demander une mobilité au sein des services du pôle.

Dans la question 12, il m'a paru intéressant de leur poser la question sur l'importance du sentiment de reconnaissance comme évoqué dans les entretiens pré-exploratoires et par l'une des IDE à la question 9.

A cette question, elles expriment cette reconnaissance comme importante (IDE 1 et IDE 4 et IDE 6) face à leur statut d'IDE comme une marque de respect et de valorisation (IDE 3) et de motivation (IDE 6). L'IDE 5 rajoute la reconnaissance comme encourageante malgré la conscience professionnelle qui pousse à faire du bon travail. L'IDE 4 parle de la reconnaissance dans le cadre de cette adaptation à la mobilité et de la notion du travail d'équipe à l'échelle du pôle. IDE 2 « *tous dans la même galère, nous sommes réunis dans un pôle, c'est un travail d'équipe qu'on à commencer à respecter ...* ». En référence à C.Dejours psychiatre et psychanalyste spécialisé en psychodynamie du travail cité dans le cadre conceptuel, on peut ainsi comprendre que ces jugements permettent de donner du sens au travail et quelle reste une notion importante pour la bonne réalisation des soins et du bien-être au travail.

La question 13 aurait dû me permettre de mettre en évidence la notion de cohésion d'équipe et les facteurs qui influent la prise en charge.

Mais, trois IDE n'ont malheureusement pas données de réponse. Seulement l'IDE 5 évoque la collaboration entre les collègues comme facteur d'influence du travail, les deux autres IDE évoquent les effectifs, le rythme de la journée et la charge en soins de l'unité comme facteur influençant leur travail.

L'analyse des entretiens :

J'ai réalisé 2 entretiens avec 2 Cadres de Santé au sein de 2 pôles différents recevant des IDE et mobilisant des IDE au sein des autres unités du pôle. Ces entretiens ne reflètent pas une représentation générale des fonctionnements des unités face à la mobilité mais ils permettent de confronter 2 méthodes managériales.

L'une exerce dans une unité de Chirurgie digestif : la cadre 2 et l'autre exerce au sein d'une unité de Chirurgie cardiaque : la cadre 1.

L'interprétation des résultats qui va suivre va être avec la prise en compte des verbatim avec des questions de relance qui n'ont pas été identiques d'un entretien à l'autre. J'ai pu ainsi dégager des thèmes que je vais vous présenter ci-dessous.

Parmi les cadres interrogées, l'une est diplômée en 1996 et l'autre en 2010. La cadre diplômée depuis 2010 exerce dans l'unité depuis l'obtention de son diplôme et la seconde y exerce depuis 2006. Une de leurs missions est bien la réalisation des plannings de leurs équipes.

➤ Concernant la gestion des compétences

Concernant le suivi des acquisitions en compétences, la cadre 2 explique que concernant l'acquisition des compétences, que les IDE se forment entre elles. Elles ont réalisé un classeur regroupant toutes les pathologies et surveillances IDE des pathologies rencontrées en Chirurgie digestive qui est actuellement en cours de validation par les Chirurgiens. Chaque nouvelles IDE pourra alors s'y référer pour l'acquisition des connaissances et des compétences propre au service. La rédaction de ce classeur se base sur la réalisation de soins qui sont des habitudes de service et non sur des protocoles de soins formalisés « *on s'est parce que ça se transmet comme ça ... par exemple une duodéno pancréatectomie, on s'est que à J3, il faut doser les amylases, à J5 on s'est que ...une hépatectomie ou une splénectomie à J7 on fait un scanner...* ». La Cadre 1 explique un temps d'acquisition des compétences d'une durée différentes en fonction de la connaissance de l'hôpital de l'IDE. (de 9 mois à 1 an).

Concernant les compétences liées à la prise de poste dans l'unité, les cadres possèdent des exigences de connaissances propres à leurs services. Toutes les deux notent une importance de la réalisation d'un stage dans leur unité durant le parcours de formation des IDE. Elles expliquent ainsi la spécificité de leurs services. La cadre 2 « *Elles accueillent des urgences, elles accueillent des patients en pré-op et en post-op*

... c particulier.....l'accueil d'un entrant en chirurgie ce n'est pas tout à fait pareil que l'accueil d'un entrant en médecine ».

Concernant les compétences lors de la mobilité, les cadres font remonter lors des mobilités que les IDE des unités de soins s'adaptent aux compétences de leurs collègues et ne les confrontent pas à des soins spécifiques. Selon la cadre, le problème majeur repose sur les organisations qui sont différentes. Ce qui perturbe les IDE « à 11h, elle n'avait toujours pas ses prescriptions, mais en médecine toute la matinée, les médecins font leur visite parce que nous en chirurgie c'est 7h30, les chirurgiens passent dans toutes les chambreset font leurs prescriptions ... ». « La seconde IDE déplacée en Oncologie s'est organisée avec la collègue IDE afin de réaliser les soins non techniques propre au secteur d'oncologie dont elle ne maîtrisait pas ». Ce mode d'organisation et de gestion des soins mis en place par l'IDE d'accueil montrent bien la considération de la spécificité de prise en charge de chaque service au regard des IDE et que les personnes remplaçantes peuvent avoir un manque de connaissances face aux soins à réaliser. Les IDE cherchent ont avant tout envies de bien travailler comme démontré dans la théorie Y du cadre conceptuel.

On remarque face la gestion des compétences des IDE que les 2 cadres n'ont pas de support pour la traçabilité des compétences et affirment ne pas utiliser d'outils de gestion des compétences tant dans le suivi des acquisitions que dans leurs évaluations. Elles ont uniquement une connaissance par la mémoire, l'observation et les échanges. Cadre 1 « *pas de documents spécifiques, ...* », cadre 2 « *... je sais que certains IDE sont plus aptes dans certains domaines, les pansements, d'autres un peu plus dans la réanimation, ...* », « *de manière informelle, je n'ai pas de support* ». Par contre, elles s'assurent que les IDE acquièrent les compétences spécifiques de leur secteur à leur prise de poste. Cependant selon GUY LE BOTERF, la gestion des compétences individuelles et collectives sont des enjeux d'envergure pour un encadrement opérationnel. Ces outils sont essentiellement. Ils permettent d'accompagner au mieux le salarié dans la construction de son parcours professionnel. Ces savoirs formalisés ont pour objectif une transférabilité et une transversalité dans d'autres situations avec une notion de sécurité.

➤ **La mobilité intra-pôle**

Les 2 cadres mobilisent leurs IDE au sein de leur pôle en fonction des besoins de leurs collègues. L'outil de planification est pour l'une le planning car il s'agit d'un ajustement des effectifs et les besoins sont planifiés et anticipés. Pour la seconde se

sont des déplacements effectués au pied levé. Le rythme de la mobilité de leurs IDE est variable et pas constant, cadre 2 « *ça peut être 1 fois tous les 2 mois* », cadre 2 « *le jour pour le jour et très rarement prévu* », « *c'est au dernier moment* ».

Le rythme de la mobilité des IDE est limité par les cadres de santé qui trouvent des solutions d'abord en interne avant de demander une IDE au sein du pôle. La cadre 2 les considère comme exceptionnelles « *les cadres essaient de se débrouiller en interne* » « *déjà en lisant nos plannings ... de faire en sorte que même si on a un arrêt on arrive quand même à y faire face* ». La cadre 2 fait d'abord appel à l'équipe de suppléance et ensuite aux heures supplémentaires avant d'avoir recours à une demande de mobilité d'une IDE d'un autre service du pôle. La cadre 2 évoque également des problèmes d'adéquation entre les besoins des uns et des autres avec des ressources pas forcément adaptées.

Ce qui est intéressant est que la cadre 2 aborde la **notion de l'exécution des soins au regard des compétences** et notamment des soins relevant du rôle propre afin de réduire l'appel à une IDE du pôle. La cadre 2 évoque la prise de poste d'un AS par une IDE préférable à son sens et choisit par les équipes. « *On essaie de mettre nos IDE en AS plutôt que de demander des dépannages* ». Elle donne l'exemple de ce matin où l'IDE a préféré prendre un poste AS dans le service que d'être déplacée dans un autre étage pour éventuellement récupérer une AS. La raison des IDE est une baisse de la rapidité dans l'exécution des soins s'il s'agit d'un personnel d'un autre secteur de soin.

Une évaluation de la charge de travail en amont est faite par les cadres des unités avant d'attribuer et valider les déplacements, la cadre 1 « *je vois au quotidien la charge de travail de la salle, en fonction des patients qu'on a, ... je dis oui ou non ... je passe quelqu'un* ».

L'alternance et l'équité dans les mobilités des IDE est évoquée par la cadre 1 qui veille à ne pas déplacer toujours la même IDE et s'assure de garder des compétences spécifiques dans son service, une part pour la formation des nouveaux arrivants et d'autre part pour garantir une qualité des soins dispensées aux patients « *je regarde en fonction du planning qui a été déplacé dernièrement de façon à ce que ce ne soit pas toujours les mêmes* », « *... je ne les déplace pas pendant 1 an, pas les nouvellessi j'ai des nouvelles, ça va être une moins ancienne qui va être déplacée afin de pouvoir garder au moins une ancienne dans le service* ».

➤ **L'adaptation des compétences IDE au service demandeur**

Il n'y a aucune adaptation des compétences des IDE face aux soins rencontrés dans le service demandeur. La cadre 1 explique du fait de sa spécialité et du pôle dans lequel le service se trouve, toutes les IDE sont compétentes pour les soins qui peuvent être rencontrés dans le pôle. Par contre, elle ne les considère pas compétente pour effectuer des remplacements dans le service de soins intensifs où là elles n'ont pas eu de formation. Elle fait remonter que le seul problème lié à cette mobilité est celui de l'organisation des services qui est différente et non sur les compétences.

La cadre 2 part sur une autre logique, la logique des personnes présentes. Elle utilise le planning et les présences du jour afin de déplacer une IDE mais elle veille à ne pas déplacer une IDE qui était présente la veille mais plutôt une IDE qui revient de repos « *on regarde qui revient de repos et pour ne pas couper une semaine* », « *si une IDE a déjà pris les patients la veille..... on ne va lui dire aujourd'hui vous allez en oncologie et puis demain vous reprenez votre poste* ».

➤ **L'accueil au sein de l'unité des IDE des autres secteurs et la répartition de la charge de travail et des patients à prendre en charge.**

Concernant l'accueil des IDE venant effectuer des remplacements au sein de leur secteur, les 2 cadres interrogés n'ont pas de procédures d'accueil particulier pour ces IDE « *y'a pas de procédure particulière on essaie de les accueillir le mieux possible* ». Les IDE sont accueillis par les collègues IDE de l'unité, les IDE en poste expliquent le fonctionnement du service, elles ont les transmissions, on leur explique l'organisation de l'unité et les soins, on leur fait visiter les locaux. Cependant, la répartition des patients à charge pour chaque IDE est fait de manière stratégique mais informelle afin de garantir une sécurité des soins. Cadre 1 « *... on fait en sorte qu'elle n'ait pas les patients greffés ou les patients sous assistanceles IDE leurs confient les patients sur lesquelles y'à le moins de spécificité à faire ...* »

Dans leurs discours, les Cadres ont **mis en évidence la cohésion des équipes** concernant les remplacements à combler au sein de l'équipe et le travail au quotidien. Les IDE ont conscience de l'absence de leur collègue et proposent des solutions et des réajustements de leur planning afin de ne pas être en sous-effectif « *les IDE n'hésitent pas à changer leurs repos pour pallier le manque de personnel..., quelqu'un est prêt à déplacer un repos de lui-même Souvent ils ont déjà réfléchis en disant moi je vais venir..... Ils ont anticipé le dépannage.....* Et parfois si l'équipe est en sous-effectif

l'équipe d'avant va aider l'équipe d'après et va pas hésiter à rester plus tard pour donner un coup de main ». La cadre 1 explique cette attitude prévoyante et aidante de l'équipe car il existe une solidarité, il y a un sentiment d'appartenance. Cadre 2 : « Ya de l'entraide entre les IDE « « elles sont coopérantes et professionnelles ».

➤ **Le positionnement et l'accompagnement du cadre de santé face la mobilité.**

Les cadres se déplacent dans l'unité afin de vérifier le bien-être de leurs agents et organisent de manière informelle un temps de parole à leur retour dans l'unité « *je vais les voir Quand elles reviennent ou au cours de la journée puisque je vais les apercevoir au cours de la journée et je leur demande si tout s'est bien passé »* un temps de parole où les IDE peuvent exprimer si elles ont eu des difficultés qu'elles font ensuite remonter au cadre des unités.

Les cadres évoquent des avantages et des inconvénients à la mobilité.

Les avantages : La cadre 1 voit la mobilité comme une aide entre services. La Cadre 2 évoque la mobilité comme solution en cas de difficulté mais non optimale « *pour moi ce n'est pas optimal ce genre Je conçois que quand on est en difficulté on n'a pas le choix »*. Un second avantage vu par les cadres, réside dans l'acquisition de connaissance du fait de la spécificité de chaque service. Elles nuancent cette notion d'acquisition de compétence en disant qu'elle ne peut se faire en peu de temps « *je vois qu'il faut un peu près plusieurs mois pour que quelqu'un soit vraiment et réellement à l'aise, une IDE qui est déplacée c pas en 1 journée qu'elle va acquérir des compétences »*. La cadre de santé ne fait qu'une supervision « *.... Et puis moi je passe voir pour savoir si tout va bien ... »*. Pour la Cadre 2, l'atout principal est le fait que cette mobilité permet d'avoir une personne physique en plus « *ca fait des bras »* et c'est toujours mieux d'avoir quelqu'un que personne. « *.. Il ne faut pas que cette mobilité devienne quelque chose de courant parce je pense qu'on va perdre en qualité » « ... que ça se reproduise le moins possible »*.

Les inconvénients : La cadre 1 explique que les IDE ne sont pas adaptées au secteur dans lequel elles sont déplacées car chaque secteur a sa spécificité. La cadre 2 voit la mobilité comme un frein à la sécurité des patients « *elles sont un peu perdues ... pour les services de chirurgie où les soins sont parfois un peu plus spécifiques que un service de médecine »*.

Cette analyse me permet d'affirmer que les cadres de santé ont bien identifiés les avantages, les freins et les limites de la mobilité. **Concernant les inconvénients**, comme évoqué Estelle Sulpice, la mobilité fragiliserait l'aspect psychologique des professionnelles. Elle entraînerait une « Perte de savoirs et de productivité ». Le verbatim des cadres de santé nous renvoie bien vers le cadre conceptuel dans lequel nous avons pu voir que le « Turn over » impacterait sur la sécurité et la qualité des soins par un défaut de connaissances théoriques et pratiques et qu'elle aurait des effets sur la satisfaction au travail. **Concernant les avantages** cités, ceux-ci renvoient à la notion de mobilité « positive ». Elle permettrait de contribuer au développement professionnel de l'IDE et à l'acquisition de nouvelles compétences. Un facteur en faveur de la fidélisation.

7.6 Confrontation des résultats et confrontation aux hypothèses

Dans une première partie, je vais d'abord confronter les réponses des IDE et les entretiens des Cadres de Santé. Ce qui va me permettre de voir s'il y a une adéquation entre les besoins des IDE face à la mobilité et les offres faites par les services de soins et de percevoir si des articulations existent entre le cadre et les IDE face à la mobilité. Dans une seconde partie, je vais confronter les résultats aux 2 hypothèses de départ en lien avec les recherches du cadre conceptuel.

Globalement, les IDE et les cadres de santé ne sont pas favorables à la mobilité. Les IDE vivent mal cette mobilité qui est ressentie par les cadres de santé. Aussi bien les IDE que les Cadres de Santé interrogés disent subir la mobilité.

Les cadres et les équipes de soins ont donc développé une cohésion d'équipe afin de s'adapter à la contrainte liée aux besoins ponctuels en ressources humaines. Ils discutent et trouvent des solutions en interne afin de pallier au manque de personnel.

Les IDE sont amenés à prendre en charge des patients et réaliser des soins au sein de leur unité qui ne sont pas initialement de leur spécialité. Face à ce constat, on peut déduire que les IDE acquièrent des compétences autres que les compétences requises pour exercer au sein de leurs unités.

Les évaluations des compétences sont réalisées par les cadres au moment de l'entretien annuel d'évaluation ou en cas du renouvellement de Contrat à Durée Déterminée. Face à cette organisation, on peut considérer que les cadres formalisent seulement 1 fois dans l'année les compétences des IDE et que les acquisitions au long de l'année par la prise en charge des patients autres de la spécialité ne sont connues

par les Cadres que de manière subjective. Je peux ainsi supposer que l'adaptation des demandes de renfort IDE ne soit pas réalisée au regard des compétences objectives des IDE.

Les facteurs influençant les IDE face à la prise en charge de leurs patients sont surtout le manque de personnel et le fait de travailler en sous-effectif mais les cadres expliquent la présence du sentiment d'entraide entre les IDE du service et lors des mobilités.

Concernant l'accueil, les cadres de soins laissent les IDE accueillir leurs collègues et elles se répartissent les patients à prendre en charge en fonction de l'état de santé des patients. Les IDE de l'unité prennent en charge les patients les plus compliqués avec le plus de soins spécifiques. Je peux donc conclure que les IDE cultivent une culture de qualité et de sécurité des soins auprès des patients et essaie d'œuvrer au de bien-être de leurs collègues IDE lors du déplacement.

Concernant les attentes des IDE et le positionnement des équipes face à l'accueil d'une IDE remplaçante, les questionnaires auprès des IDE permet de voir qu'il y a une adéquation entre les besoins des IDE et l'offre des IDE accueillante. Les IDE qui viennent remplacer dans le cadre de la mobilité attendent de l'entraide, un accueil, des informations sur le fonctionnement du service et des activités. Les cadres interrogés ont expliqué le processus d'accueil qui était réalisé par les IDE. Ce qui correspond bien aux attentes de celle-ci.

Le positionnement du Cadre de santé face à l'accueil souhaitée, lui ne correspond aux attentes des IDE déplacées. En effet les IDE attendent de la reconnaissance, un soutien de la part de la Cadre de l'unité. Les cadres interrogés n'ont pas montré être dans cette dynamique mais plutôt dans une dynamique de résultat et d'anticipation des problèmes.

Après avoir transposé les réponses des IDE et les informations recueillies auprès des Cadres de Santé et la réalisation du cadre conceptuel, je vais proposer des réponses face aux 3 hypothèses de départ formulées dans la problématique. Je rappelle les 3 hypothèses de départ et la question de recherche :

En quoi le positionnement et le management du cadre de santé sont des leviers d'accompagnement à la mobilité qui interfèrent sur la qualité des soins et le bien-être au travail.

1er hypothèse : La mobilité ne peut se faire sans une adhésion commune entre la cadre de proximité et l'équipe IDE.

2^e hypothèse : L'acceptation par les IDE de la mobilité ne peut se faire sans une équité dans la planification des déplacements.

3^e hypothèse : La reconnaissance de l'IDE et son accompagnement par l'équipe et la cadre de santé lors de la mobilité interviennent dans le processus de bien-être qui agit sur qualité des soins.

Concernant les deux premières hypothèses, la cadre de santé travaille avec ses équipes lorsque qu'un besoin IDE se fait ressentir. Comme vu précédemment, les équipes prennent conscience du manque de personnel et entrent dans une discussion avec la cadre de santé. Les cadres de santé voient la mobilité comme dernière ressource pour différentes raisons évoquées. En effet, le positionnement du cadre face à la mobilité intervient dans sa gestion, dans son organisation à la résolution de problème et donc dans ses choix et ses actions. La cadre rentre dans un processus de résolution de problème en s'immergeant avec l'équipe IDE. Elle propose donc et accepte des solutions qui émanent de l'équipe. Cette organisation mise en place par l'équipe et la cadre de santé ne rencontre par la suite pas de difficulté d'adaptation. Cette idée renvoie bien au **concept de cohésion d'équipe, du sentiment d'appartenance et de reconnaissance**.

Dans le cas où la cadre de santé doit faire appel à une demande de mobilité, les IDE assurent un accueil, une répartition et une organisation sécuritaire pour les patients à prendre en charge. **La notion de compétence et de qualité de soins** est perçue par les IDE. **Le cadre de santé** assure un rôle de support dans son **rôle de manager**.

Le cadre de santé est également attendue par ses équipes dans sa planification de la mobilité. En effet, elles attendent du cadre de proximité une équité dans les choix de positionnement et de nomination. Elles acceptent d'être déplacées mais à tour de rôles. Les IDE attendent des cadres de proximité du pôle un travail d'équipe et d'échange. On a pu voir que les IDE acceptent tout de même la mobilité mais elles attendent une contrepartie de l'ordre de la psychologie. Les IDE s'adaptent à la logique de pôle.

Je peux donc conclure qu'en effet : La mobilité ne peut se faire sans une adhésion commune entre la cadre de proximité et l'équipe IDE et que l'acceptation par les IDE de la mobilité ne peut se faire sans une équité dans la planification des déplacements.

Concernant la troisième hypothèse, après l'acceptation de la mobilité par les IDE, celles-ci attendent des éléments de la part de l'équipe et de la cadre de proximité qui les reçoit.

De la part des équipes, les IDE mobilisées attendent un accueil, une présentation du service et un soutien face aux prises en charges et aux questionnements qu'elles peuvent se poser. De la part des Cadres de Santé, les IDE attendent une reconnaissance et un accompagnement. En effet, les IDE ont conscience de la particularité des secteurs des soins et de leurs propres compétences et attendent du cadre une considération de cet état de fait. Elles attendent alors de celui-ci un soutien et un accompagnement à la réalisation de leurs soins et des réponses face à leurs méconnaissances des procédures. Cette idée fait bien référence au **rôle du cadre dans l'accompagnement des équipes.**

Cette considération permet à l'agent de pouvoir faire face aux situations de soins rencontrés, de réaliser un travail de qualité et des soins au regard des objectifs. Le climat de confiance ainsi instauré par les mécanismes mis en œuvre dès l'accueil permet de sécuriser le professionnel dans sa réalisation des soins. Cette analyse montre bien l'influence du positionnement du cadre de santé et que son mode de management interagit sur la qualité des soins et le bien-être de l'agent.

Je peux donc conclure que : La reconnaissance de l'IDE et son accompagnement par l'équipe et la cadre de santé lors de la mobilité interviennent dans le processus de bien-être qui agit sur la qualité des soins réalisés.

CONCLUSION

Ce travail de recherche touche à sa fin, par l'élaboration du cadre contextuel et du cadre conceptuel, j'ai pu approfondir mes connaissances sur différents thèmes en lien avec le fonctionnement des établissements de santé et la gouvernance des pôles.

Mon choix de recherche a été motivé par un vécu professionnel qui a suscité en moi de nombreux questionnements. Les entretiens pré-exploratoires m'ont permis de débiter un cheminement intellectuel de la représentation de la mobilité pour les IDE. Les réponses apportées lors de ces entretiens m'ont permis d'orienter mon cadre conceptuel vers des concepts et des définitions de facteur de travail important pour le soignant. J'ai également pu réfléchir et rechercher des informations sur le rôle et le positionnement du Cadre de santé auprès de son équipe dans une volonté de changement. Concernant la partie analytique de mon travail, je rappelle que celui-ci est réalisé de manière qualitative et non quantitative. Le traitement des entretiens m'a permis de mettre en évidence le positionnement du cadre de santé et les conditions actuelles de management au regard de la mobilité en intégrant la notion de compétence. Ensuite le traitement des questionnaires m'a permis de mettre en évidence les conditions actuelles de vécu de la mobilité par les IDE, les attentes des IDE face aux cadres de santé et surtout le mode de fonctionnement et d'adaptation des équipes à cette nouvelle organisation. La confrontation des éléments recueillis m'a permis de répondre à mes hypothèses de départ et répondre alors à ma question de recherche.

Avec ce travail et la prise de recul, je pense que mon regard et mes interprétations ont été biaisés par une conjoncture isolée et spécifique en ressources humaines au sein du pôle dans lequel j'ai exercé.

La mobilité est considérée comme un outil qui permet de palier à des problèmes d'effectifs mais que les cadres de santé et les IDE n'y adhèrent que par contrainte. Le cadre de santé doit alors adapter son mode de management afin de pouvoir répondre aux exigences de la CPP. Les cadres interrogés mettent en œuvre des stratégies d'acceptation en faveur de la réussite de cette mobilité, en assurant une qualité des soins et en veillant au bien-être des agents. C'est pour cela que le cadre les intègre et les rend acteurs dans cette mobilité.

Je me rends compte que cette initiation à la recherche ne traite qu'une infime partie du sujet concernant la mobilité. J'ai pu toutefois mesurer toute la rigueur et la concentration qu'impose une enquête et surtout si celle-ci à un but représentatif.

En tant que future cadre de santé, ce travail de recherche et le thème évoqué me permettra d'aborder cette mobilité différemment. Le type de management, le positionnement et le rôle du cadre de santé sont des leviers d'acceptation pour ces actions de réorganisation qui touchent la sécurité, la qualité des soins et surtout les conditions de travail des agents. Les conditions de travail et les risques psychosociaux sont aujourd'hui des variantes importantes dans la gouvernance des établissements de santé. Les établissements de santé ont des obligations de moyens et pas forcément de réussite. Pour cela, ils emploient une multitude de moyens humains et matériels qui tendent à se réduire en contrepartie d'une augmentation de la demande et des exigences. Ces établissements doivent donc s'adapter et proposer toujours plus. La possibilité de pouvoir proposer plus, passe par un personnel motivé et bien au travail.

J'ai abordé la mobilité du point de vue des IDE et des Cadres de santé. Il aurait été intéressant d'aborder également la mobilité des aides-soignants. En effet, la diversité des soins techniques de la profession est moindre que celle de la profession d'infirmière, je peux imaginer que cette adaptation de compétences lors de la mobilité peut être moins difficile. Je pense également que l'approche de la mobilité du point de vue des différentes instances présentes au sein des établissements aurait pu être complémentaire à cette recherche. Ces deux approches pourraient faire l'objet de d'autres travaux.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

- ALLARD-POESI FLORENCE. *Management équipe*. Paris : 3^{ème} éditions DUNOD, 2012. 128p.
- BENNER PATRICIA. *De novice à expert*. Ed : inter Editions, 1995. 252 p.
- CONJARD Patrick. *le management du travail, une alternative pour améliorer bien-être et efficacité au travail*. Lyon : Ed Anact, 2014. 180 p.
- D.AUTISSIER et J.M MOUTOT. *Méthode de conduite du changement. Diagnostic, Accompagnement, Pilotage*. Paris : Editions DUNOD, 2013. 256 p.
- D.AUTISSIER et J.M MOUTOT. *stratégies de changements, l'hypercube du changement gagnant*. Paris : Editions DUNOD, 2012.197 p.
- DEJOUX Cécile. *Gestion des compétences et GPEC*. 2^{ème} éditions DUNOD, 2013. 121 p.
- DIETRICH ANNE. *Management des compétences*. Editions Vuibert, Janvier 2015. 171 p.
- LE BOTERF GUY. *Construire les compétences individuelles et collectives*. 4^{ème} édition d'organisations. Groupes Eyrolles, 2006. 271 p.
- LE BOTERF GUY. *Management des compétences individuelles et collectives*. 4^{ème} éditions d'organisations, 2006. 271 p.
- LE BOTERF GUY. *De la compétence à la navigation professionnelle*. Ed d'organisations, 1998. 295 p.
- MINTZBERG HENRY. *Le manager au quotidien*. 2^{ème} éditions Eyrolles, 2014. 283 p.
- MUCCHIELI ROGER. *Le travail d'équipe, clés pour une meilleure efficacité collective*. Ed ESF Ganier 2007.203 p.
- NOBLE THIERRY ET LAMBERT PATRICK. *Mangement de pôles à l'hôpital, regard croisés, enjeux et défis*. Paris : Ed DUNOD, 2012. 293 p.
- OBERLE DOMINIQUE. *La dynamique des groupes* .Ed : Presses universitaires de Grenoble, septembre 2015. 134 p.
- ROGER MUCCHIELLI. *Dynamique des groupes*. 23^{ème} éditions ESF, 2015. 234p.
- SAINSAULIEU YVAN. *L'identité au travail*. 4^{ème} éditions Sciences Po. Les Presses, 2014. 480 p.
- SARNIN PHILLIPE. *Psychologie du travail et des organisations*. Editions De Boeck et Larcier, 2007. 224 p.

Revus :

- Revue de Psychosociologie 2009/2 : DEJOURS Christophe et GERNET Isabelle : « évaluation du travail et reconnaissance ». N°8.Ed : Eres.
- Soins Cadre n°87 Août 2013. THEOPHILE BASTIDE: « la mobilité choisies liens social et compétences IDE ».
- Soins Cadre. Supplément 92 de 2014. « Accompagner les IDE lors de la mobilité ponctuelle »ESTELLE SULPICE. Cadre de santé CHU Rennes-Pontchaillou.
- Revue française de gestion « mobilité interne ou la conquête de l'espace professionnelle » n°226. 2012/08-09.
- Revue Sciences Humaine « mobilité en questions » n°254. Décembre 2013.
- Revue SOINS : « la mobilité professionnelles des IDE hospitalier » n°798. 2015-09.
- Revue française de Gestion « mobilités spatiales et dynamiques organisationnelles » Ed : LAVOISIER 2012.
- CAIRN.INFO. ERNY Jean-Charles : Le sentiment d'efficacité personnelle, et ses attributs dans la polyvalence des infirmiers au sein d'un pôle. p 91-97.
- Objectif Soins Management : la revue des cadres de santé N°238 Septembre 2015. P 19 à 22. De Jacky Merklung Cadre supérieur de santé Formateur.
- Revue SOINS n°790 Novembre 2014. Dossier thématique « bien-être et plaisir au travail » p 23 à 54.
- Revue Sociologies pratiques 1/2011 (n°22), Nizard Erika, « La mobilité professionnelle : usages et mésusages. », p. 112-112.
- Revue GRH « l'adoption d'une structuration polaire à l'hôpital : quelles articulations des logiques professionnelles ? »Paru dans. 2015/3. N°16. Page 91 à 125.

Mémoires :

- Valérie CLEMENT dit LESENECAL. *Quel management par les compétences, pour quels sentiments d'appartenance polaire ?* Ecole Supérieure de Montsouris. Promotion 2011/2012.
- Nadège LIMERY DANGEROUS. *Management de la mobilité IDE intra-pôle.* Ecole des Cadres de Santé Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. Promotion 2008/2009.

Webographie :

- http://archives.lesechos.fr/archives/cercle/2012/03/20/cercle_44784.htm.
- http://bricks.univ-lille1.fr/M14/cours/co/chap2_01.html.
- <http://lesdefinitions.fr/appartenance>.
- http://www.scienceshumaines.com/la-reconnaissance-au-travail_fr_2661.html.
- http://affairesjuridiques.aphp.fr/IMG/pdf/Les_poles_a_l_AP-HP_-_avril_2013.pdf Motivation.
- www.cairn.info/revue-sociologies-pratiques-2011-1-page-112.htm. DOI : 10.3917/sopr.022.0112.
- <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Organismes/Infirmiers/Articles/2007/PolesActivite.pdf>. Ecole Palo Alto au Etat Unis (Feed-back et dynamique de changement) école constructiviste, méta communication.
- www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/. Consulté le 6 mars 2013.
- <http://www.metiersfonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=26>.
- <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000024042712&cidTexte=LEGITEXT0000060e>.
- http://archives.lesechos.fr/archives/cercle/2012/03/20/cercle_44784.htm.
- <http://www.croissancecoaching.com/accompagnement/equipes>.
- <http://www.systemique.be/spip/spip.php?article831>.

Documents électroniques :

- Fiche métier. Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie de la Fonction Publique Hospitalière. Cadre soignant de pôle. Code métier 05U10.
- Rapport de l'IGAS 2012. L'hôpital. Page 178.

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire des IDE

Annexe 2 : Grille d'entretien pour les Cadres de Santé

Annexe 3 : Verbatim de l'entretien avec le Cadre de santé n°1

Annexe 4 : Verbatim de l'entretien avec la cadre de santé n°2

ANNEXE 1

Questionnaire pour les IDE

Je suis actuellement étudiante Cadre de santé. Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'étude, j'effectue une recherche sur le thème de la mobilité IDE au sein d'un pôle. L'objet de ce questionnaire est de recueillir des informations sur vos conditions de travail et votre vécu face à la mobilité au sein de votre pôle.

1. En quelle année avez-vous eu votre diplôme IDE ?

.....

2. Depuis combien de temps exercez-vous dans l'unité ?

.....

3. Quel sont vos motivations à exercer dans ce service ?

.....

.....

4. Quel type de patients recevez-vous dans l'unité dans laquelle vous travaillez ?

.....

.....

.....

5. Recevez-vous des patients d'autre spécialité ?

- Oui
- Non

6. Rencontrez-vous des soins en dehors de votre spécialité ?

- Oui
- Non

a. Quels types de soins ?

.....

.....

7. Avez-vous des évaluations de vos compétences ?

- Oui
- Non

a. Si oui à quel moment ?

b. Si oui à quel rythme ?

8. Effectuez-vous des remplacements au sein des autres services du pôle ?

- Oui
- Non

a. Si oui à quel rythme ?

.....

.....

b. Si oui comment vivez-vous cette mobilité ?

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

9. Attendez-vous des choses des professionnels de l'unité dans laquelle vous effectuez le remplacement ?

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

10. Attendez-vous quelque(s) chose(s) de la part de la cadre de santé de votre unité face à la mobilité ?

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

11. Attendez-vous quelque chose du cadre de santé qui vous reçoit dans son unité ?

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

12. Comment voyez-vous la reconnaissance ? Est-ce une notion importante à vos yeux ? si oui pourquoi ?

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

13. Quel sont les facteurs qui influent vos prise en charge des patients ?

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

Je vous remercie pour le temps que vous avez accordé à remplir ce questionnaire.

Bonne continuation.

Merci pour votre aide.

ANNEXE 2

Guide d'entretien pour les Cadres de Santé responsable d'unité de Soins

1. Quel est votre année de diplôme ?
2. Depuis quand êtes-vous responsable de cette unité ?
3. Faites-vous les plannings des IDE ?
 - Oui
 - Non
4. Répertoirez-vous les compétences des IDE exerçant dans l'unité ?
 - Oui
 - Non
5. Etes-vous amené à déplacer une IDE de votre unité dans une autre unité du pôle ?
 - Oui
 - Non
6. Comment planifiez-vous ce remplacement ?
Sur quel(s) critère(s) ?
7. Recevez-vous des IDE des autres services du pôle ?
8. Comment sont accueillis les IDE venant d'une autre unité dans votre unité ?
9. (Participez-vous à l'accueil de ces IDE remplaçantes ?) Question de relance à la question 8.
10. Que pensez-vous de cette mobilité ?
11. Comment participez-vous à cette mobilité

ANNEXE 3

VERBATIM entretien n°1

Ce document retrace l'entretien « verbatim » entre la cadre de santé interviewé et moi-même. L'entretien a duré 21 min. Il s'est déroulé dans la salle de réunion de l'étage car la cadre de santé partage son bureau avec une autre cadre de santé. La cadre de santé avait éteint son DECT.

Les conditions d'accueil ont été favorables et propices aux échanges.

Récit et écriture :

- Les écrits ci-dessous sont les mots et les phrases verbalisés par la cadre sans aucune correction grammaticale de ma part.

Légende :

- Les points de suspension représentent les fins de phrase non finies de la cadre interviewée.

Moi : « Quel est votre année de diplôme Cadre ? »

Cadre interviewé : « Juin 2010 ».

Moi : « Depuis quand êtes-vous la cadre de santé responsable de l'unité ? »

Cadre : « juillet 2010 ».

Moi : « Avez-vous à charge l'élaboration du planning des IDE ? »

Cadre : « oui ».

Moi : « Répertoriez-vous les compétences des IDE exerçant dans votre unité ? »

Cadre : « pas spécialement. Enfin globalement oui, je les connais, mais on n'a pas de documents spécifiques par rapport à ça ».

Moi : « Demandez-vous des compétences particulières au IDE lors de vos recrutements, afin qu'elles puissent prendre un poste dans votre unité ? »

Cadre : « oui et non. En fait, la plupart des IDE que j'ai recruté sont des nouvelles IDE, des nouvelles diplômées, donc pour chez moi elles n'ont pas forcément elles ont les compétences pour être IDE mais pas forcément suffisamment compétente pour prendre entièrement les patients du service en charge, ne serait-ce par rapport aux patients greffer, sous assistance, sous CIPAP donc y'a des spécificités qui sont propre

au service pour lesquelles les IDE vont acquérir les compétences au cours de lors de leur intégration et au fil des mois parce que au terme du mois ou des 3 semaines d'intégration, elles ont encore besoin de les acquérir ces compétences. Donc une nouvelle IDE est réellement compétente entièrement compétente si elle connaît l'hôpital. C'est aux alentours de 9 mois si elle ne connaît pas l'hôpital et qu'elle n'a fait aucun stage c'est aux alentours de 1 an. A partir de 6 mois, elles sont beaucoup plus à l'aise pour les soins et la prise en charge des patients de la spécialité de chirurgie cardiaque puisqu'on a des sortis de réanimation qui nécessite une certaine ... des compétences également et des compétences spécifiques au service qui nécessite un temps d'acquisition ».

Moi : « Etes-vous amener à déplacer des IDE donc de votre unité dans un autre secteur du pôle ? »

Cadre : « oui, régulièrement ».

Moi : « Comment planifiez-vous ce déplacement ? »

Cadre : « alors les IDE qui viennent d'arriver je ne les déplace pas pendant 1 an déjà. Pas les nouvelles IDE comme elles ont toujours à acquérir les compétences chez moi j'attends au moins 1 an ou après en fonction de comment elles évoluent mais c'est aux alentours de 1 an. Elles ne sont pas déplacées et puis après ça va dépendre aussi des IDE qui restent, si j'ai que des nouvelles, ça va être une nouvelle ça sera une moins ancienne qui va être déplacée afin de pouvoir garder au moins une ancienne dans le service après ça dépend du degré d'ancienneté des IDE et si j'ai que des anciennes elles tournent à tour de rôle comme elles sont fréquemment déplacées. Donc je regarde qui a été déplacée avant, de façon que ce ne soit pas toujours la même et après ça dépend des personnes présentes, si j'ai que des nouveaux je ne vais pas déplacée une ancienne alors que si la nouvelle est là depuis moins d'1 an je ne la déplace pas et je fais en sorte que j'ai au moins une ancienne qui a plusieurs années dans le service qui reste afin qu'elle soit référente. Il faut toujours que j'ai un réfèrent quand même pour que les nouvelles comme j'ai beaucoup de nouveaux, il faut que les nouvelles puissent avoir quelqu'un de réfèrent dans le service ».

Moi : « Faites-vous une adaptation entre les compétences de vos agents et le service demandeur ? »

Cadre : « alors après sur pour chez moi le service demandeur est la cardiologie, donc elles sont compétentes dans l'unité de la cardiologie par contre je fais en sorte qu'elle n'aille pas enUSIC puisque qu'elles n'ont pas été formées sur les soins

intensifs de la cardiologie par contre elles sont compétentes forcément sur la médecine cardio après c juste un problème d'organisation.»

Moi : « Utilisez-vous des outils particuliers pour planifier ces déplacements ? »

Cadre : « non le planning. Je regarde en fonction du planning qui a été déplacée dernièrement de façon à que ce ne soit pas toujours les mêmes non plus. Je respecte l'ensemble des critères mais que ce ne soit pas toujours les mêmes ».

Moi : « Recevez des IDE d'autre service du pôle ? »

Cadre : « très rarement (rire...) très rarement ça arrive mais c'est très rare par contre c'est peut-être la question d'après c'est quand elle arrive on fait en sorte qu'elle n'ait pas les patients greffé ou les patients sous assistance à prendre en charge sauf si elles sont capable de le faire après on adapte, les IDE leurs confient les patients sur lesquelles y'à le moins de spécificité à faire sur la prise en charge du patient, pas de particularité comme les assistances si c'est quelqu'un qui vient d'un autre service comme la cardio ou du 9 éme c pas lui qui va s'en occuper. »

Moi : « Vous avez une planification du type de patients que cette IDE remplaçante va prendre en charge ? »

Cadre : « c'est informelle mais ça se fait.»

Moi : « Comment pouvez-vous expliquer que vous avez très peu d'IDE qui viennent en renfort chez vous ? »

Cadre : « d'une part ben... nous quand on a des arrêts déjà on essaie de s'arranger en interne, donc les IDE n'hésitent pas à changer leurs repos pour pallier le manque quand on a besoin, je pense aussi par rapport Donc y'a effectivement au fait qu'elles s'arrêtent peu et quand elles s'arrêtent en générale qu'a toujours quelqu'un qui est prêt à déplacer un repos de lui-même déjà souvent ils ont déjà réfléchis en disant moi je vais venir Ils ont déjà anticipé le dépannage la plupart du temps. »

Moi : « Comment pouvez-vous qualifier cette entraide entre IDE qui n'hésite pas à planifier ou proposer des remplacements en interne ? »

Cadre : « y'a une grande solidarité dans le service tout le monde aide tout le monde y'a aussi même si on est en pôle et qu'on doit travailler sur le pôle y'a un esprit d'appartenance au service et un esprit d'équipe qui est important. (Silence de 5 secondes) .Donc ... des fois quand on a trouvé personne et que l'on est en sous-effectif l'équipe d'avant va aider l'équipe d'après et va pas hésiter à rester plus tard pour donner un coup de main et c'est ça y'a un esprit d'équipe. » (Silence de 5 seconde).

Moi : « comment sont accueillies les IDE qui viennent d'une autre unité au sein de votre service ? »

Cadre : elles sont accueillies par l'IDE et l'équipe et puis moi aussi je passe les voir pour savoir si tout va bien et si elles ont bien été accueillies et en générale elles sont très bien accueillies donc

Moi : « Pouvez-vous expliquer un peu l'accueil que les IDE font pour leurs collègues IDE ? »

Cadre : « Ça dépend si c'est quelqu'un qui est déjà venue ou pas déjà venue, le peu qui viennent ce sont des gens qui sont déjà venue ... donc souvent les IDE du pool mais ... en générale on leur réexplique les Elles ont les transmissions avec l'IDE d'avant et puis on leur explique un petit peu l'organisation du service, des soins et puis la disposition des locaux et puis au fur Et à mesure les patients ...on leur à confier les patients les moins lourds et puis au fur et à mesure les IDE s'inquiètent de savoir si tout va bien, où elle en ait et la suive au quotidien aussi ».

Moi : « Que pensez-vous de cette mobilité des IDE intra-pôle ? »

Cadre : « euh C'est bien parce qu'il faut s'aider les uns et les autres dans les services après Ils restent une certaines spécificités dans chaque service donc Donc c voilà, les IDE qui n'ont pas trop l'habitude de bouger et ne sont pas forcément adaptée au service »

Moi : « Pour vous est-ce un atout, une contrainte ? »

Cadre : « bah c un frein quand même puisque pour la prise des patients et la sécurité des patients c un frein quand même, par exemple quand les IDE de cardiologie qui sont pas habituées Et qui sont rarement déplacées quand elles viennent elles peuvent être un peu perdues ... et surtout pour les services de chirurgie ou les soins sont parfois un peu plus spécifique que un service de médecine ».

Moi : « Donc pour vous le frein principale est par rapport à la sécurité des soins effectués au patient .Y-a-t-il selon vous d'autres contraintes ou des avantages ?

Cadre : « Non c surtout ça c surtout la spécificité de chacun des services qui est plutôt un des avantages »

Moi : « en termes d'acquisition et de compétences dans le parcours professionnel ».

Cadre : Ben oui je vois qu'il faut un peu près plusieurs mois pour que quelqu'un soit vraiment et réellement à l'aise, une IDE qui est déplacée c pas en 1 journée quelle va

... même si elle vient voir pour 1 journée ce n'est pas en 1 journée qu'elle va acquérir des compétences utilisables dans le service. » (Silence de 4 seconde).

Moi : « Comment participez-vous à cette mobilité ? »

Cadre : « on n'a pas réellement On a rien de fait jusqu'à présent sur la mobilité des IDE. On ne va pas dire qu'on a fait quelque chose. »

Moi : « Comment-vous incluez-vous, comment vous les accompagner, quelles sont vos méthodes ? »

Cadre : « quand elles sont été déplacées après les avoir déplacées, ben je vais voir si.... des fois je me déplace pour voir si tout se passe bien, quand elles reviennent je leurs demande si elles ont eu des difficultés ou pas et si y'a eu des difficultés je les fais remonter au cadre qui les a accueillis. »

Moi : « de manière formelle ou informelle ? »

Cadre : « non par téléphone c'est informelle parce que ce n'est pas écrit ».

Moi : « d'accord, donc vous les voyez donc à titre individuel et vous faites un petit bilan. »

Cadre : « oui je vais les voir aussi bien les IDE que les AS enfin Quand elles reviennent ou au cours de la journée puisque je vais les apercevoir au cours de la journée et je leurs demande si tout se passe bien, comme ça si elles ont eu des difficultés on les fait remonter de façon à ce que la fois d'après il n'y a pas de difficulté ».

Moi : « auriez-vous autre chose à rajouter ou me faire part de quelques choses en plus des questions posées par rapport à la mobilité des IDE au sein du pôle ? »

Cadre : « non parce que après c'est la règle du jeu de faire bouger les gens en fonction des demandes. » (Silence de 3 secondes).

Moi : « cette demande de mobilité de vos IDE émane de qui ? »

Cadre : « ben des services qui sont ... parce que soit, ils ont des arrêts ou soit parce qu'ils n'ont pas les effectifs complet, mais c'est souvent parce qu'ils ont des arrêts ».

Moi : « Avez-vous des obligations à déplacer vos IDE ? »

Cadre : « des fois ça arrive, on nous demande d'être en sous-effectif pour assurer le service d'à côté ... » (silence de 5 secondes).

Moi : « Qui valide ces déplacements ? »

Cadre : « La cadre de pôle car les cadres ont sollicités de l'autre côté Et puis elle nous demande, alors après moi, soit je justifie pourquoi je ne peux pas la déplacer ou soit je m'exécute en fonction du jour et de la situation de la salle aussi ».

Moi : « donc vous évaluez la charge de travail de la salle avant de vous positionner face à la demande de déplacement ? »

Cadre : « oui elle est faite au quotidien, je vois au quotidien la charge de la salle en fonction des patients qu'on a, après je dis oui je peux et si après on me dit je signale que oui dans ce cas-là effectivement je passe quelqu'un en signalant que pour moi j'avais telle charge de travail ou telle difficulté dans le service et que après c'est au supérieur de prendre leurs responsabilités. Si après ils veulent prendre le risque ils prennent le risque c pas moi qui prend le risque de laisser en sous-effectif Par exemple si j'ai 2 patients sous assistance.

Moi : « d'accord si je peux me permettre de reformuler vos réponses : vous évaluez la charge de travail, votre cadre de pôle vous impose de déplacer une de vos IDE et vous à ce moment-là ce que vous faite c'est que vous signalez à votre cadre de pôle que »,
Cadre : « la situation de la salle à ce moment-là et ».

Moi : « que vous avez une charge de travail qui est dense avec tel ou tel activité de soins qui nécessite une surveillance particulière et la cadre de pôle prend ensuite la responsabilité de déplacer » cadre : « de déplacer ou de ne pas déplacer ».

ANNEXE 4

VERBATIM entretien n°2

Ce document retrace l'entretien « verbatim » entrepris entre la cadre de santé interviewé et moi-même. L'entretien à durer 21 min. Il s'est déroulé porte dans la salle de réunion de l'étage car la cadre de santé partage son bureau avec une cadre de santé. La cadre de santé avait éteint son DECT.

Les conditions d'accueil ont été favorables et propices aux échanges.

Récit et écriture :

- Les écrits ci-dessous sont les mots et les phrases verbalisés par la cadre sans aucune correction grammaticale de ma part.

Légende :

- Les points de suspension représentent les fins de phrase non fini de la cadre interviewée.

Moi : « Quel est votre année de diplôme Cadre ? »

Cadre interviewé : « 1996 ».

Moi : « Depuis quand êtes-vous la cadre de santé responsable de l'unité ? »

Cadre : « Depuis 2006 ».

Moi : « Avez-vous à charge l'élaboration du planning des IDE ? »

Cadre : « oui ».

Moi : « Répertoriez-vous les compétences des IDE exerçant dans votre unité ? »

Cadre : « pas de façon officielle, mais oui je sais que certaines IDE sont plus aptes sur... dans certains domaines, les pansements, d'autres un peu plus la réanimation, d'autre Je cible oui »

Moi : « Gardez-vous une trace de ces compétences personnelles ? »

Cadre : « de façon informelle oui, je n'ai pas de support ».

Moi : « d'accord »

Cadre : « je sais que j'ai des IDE qui ont déjà fait de la réanimation quand on avait encore le secteur de la réanimation, donc je sais dans certaines situations à qui je Y'en a qui ont jamais fait de réa donc là dans ces cas là »

Moi : « Est-ce que les IDE ont des dossiers à votre niveau dans lesquels vous agrémentez au fur à mesure leurs acquisitions de compétence ou des surveillances sur de soins particuliers ? »

Cadre : « oui là ... elles ont préparé un classeur sur toutes les pathologies avec les surveillances, donc là c'est en cours de vérification par les chirurgiens. ».

Moi : « D'accord »

Cadre : « Donc quand il y a des nouvelles IDE qui arrivent, elles peuvent s'y référer sur tout ce qui est surveillance, surveillance des redons, surveillance des pansements, les bilans à faire à tel ... dans certaine pathologie on a des bilans à faire à des J précis... donc elles ont noté tout ça. »

Moi : « selon le protocole de soins établi par les médecins ? »

Cadre : « ce n'est pas vraiment des protocoles, c'est des plutôt Les médecins n'ont pas fait de protocole... c'est ça qui pose problème, c'est plutôt On s'est parce que ça se transmet comme ça mais pas par exemple une duodéno pancréatectomie, on s'est que à J3, il faut doser les amylases à J5 on s'est que par exemple une hépatectomie ou une splénectomie à J7 on fait un scanner donc c'est plutôt ce genre d'information..... »

Moi : « ce sont des habitudes de service qui se sont transmissent par rapport aux surveillances à faire de telle ou telle pathologie. »

Cadre : « voilà, voilà, les ablations des agrafes à J10, les hépatectomie, pour les greffer C'est ce type d'information que l'on va trouver dans le classeur qu'elles ont »

Moi : « Demandez-vous des compétences particulières aux IDE lors du recrutement et de leur prise de poste ? »

Cadre : « euhoui, j'aime bien qu'elles aient au moins fait un stage de chirurgie. »

Moi : « d'accord »

Cadre : « pour qu'elles connaissent un petit peu l'organisation de la chirurgie qui est un peu particulière, ça tourne beaucoup, elles accueillent des urgences, elles accueillent des patients en pré-op en post-op, donc qu'elles connaissent un petit peu, c'est particulier ».

Moi : « d'accord. Les compétences liées à la préparation et la surveillance d'un patient en pré et post op.»

Cadre : « L'accueil d'un entrant en chirurgie ce n'est pas tout à fait pareil que l'accueil d'un entrant en médecine, j'aime bien au moins un stage de chirurgie. »

Moi : « d'accord »

Cadre : « après si elles ont fait un stage au urgence c un plus pour moi, mais bon Après si on devait recruter que des gens qui ont fait des stages que l'on souhaite, on aurait personne (rire toutes les deux) donc on se contente de ce qu'on nous envoie aussi, y'en a qui ont fait que des stages que en gériatrie, en santé publique, et pas de stage ».

Moi : « et à ce moment-là comment vous pensez réajuster leurs connaissances ? »

Cadre : « Après c'est l'encadrement par les IDE qui est important, après quand on les confie à l'équipe ».

Moi : « Avez-vous mis en place une traçabilité suite aux acquisitions que les IDE ont à leurs prises de poste ? »

Cadre : « non » (Passage à blanc de la cadre de 15 secondes).

Moi : « Je vais passer à l'organisation du pôle »

Moi : « Etes-vous amener à déplacer des IDE donc de votre unité dans un autre secteur du pôle ? »

Cadre : « oui ».

Moi : « à quel rythme ? »

Cadre : « c pas très fréquent, ça peut être 1 fois tous les 2 mois, 3 mois parce qu'on essaie déjà de se débrouiller dans le service, déjà en lissant nos plannings, parce qu'on nous demande de bien lisser nos planningde faire en sorte que même si on a un arrêt on arrive quand même à y faire face et si y'a une catastrophe c'est pareil dans tous les services du pôle, en tous cas tous les cadres du pôle s'arrangent pours'arrangent pour que dans leur service c'est vraiment la situation exceptionnelle ».

Moi : « les IDE du pôle après éventuellement les disponibilités de l'équipe de suppléance. »

Cadre : « oui mais bon l'équipe de suppléance c'est de moins en moins honoré, donc euh donc la récemment vendredi dernier c'était un AS déplacé d'hémato pour ici ».

Moi : « D'accord. »

Cadre : « j'avais que 1 AS pour 39 patients, j'ai eu un appel 14h50 de l'AS qui m'a dit « ben je ne pourrais pas prendre son poste ma mère à un problème je vais la rejoindre » » c'est vraiment au pied levé..... Et on s'est très bien que ce n'est pas satisfaisant, donc euh C'est du dépannage, encore chez les AS ».

Moi : « les compétences sont un peu différentes ?... »

Cadre : « voilà Faire une décontamination d'un lit de sortant après accueillir... mettre en place du matériel en post op c un peu plus compliqué mais elle quand même avec une collègue donc je pense qu'elle peut s'en tirer (Mauvais enregistrement) et vice versa si nous on déplace une AS de chez nous ou une IDE en Hémato ou en oncologie, elle ne sait pas faire de chimio, elle ne peut pas faire (Mauvais enregistrement) elle est pommée ».

Moi : « donc la mobilité dans les services du pôle a quand même une limite ? »

Cadre : « pas tant que ça, enfin on essaie justement pour pas mettre les gens en difficulté et pas de se retrouver dans des situations catastrophiques, on préfère demander des heures supplémentaires et de se débrouiller en interne plutôt que d'avoir à faire des dépannages sur le pôle parce que bon on s'est très bien que c'est mettre les personnes en difficultés ».

Moi : « pour vous y'a-t-il vraiment des compétences qui sont propres à chaque secteur de soins et qui ne sont pas transposables ? ».

Cadre : « oui, ben oui, enfin elles l'ont fait j'ai eu une IDE qui a été déplacée en Oncologie. Donc Après c'est dans le service où elle était déplacée, la fille s'est arrangée pour faire toutes les chimio pendant que elle faisait tous les soins les plus courant, les antibiotiques, les antalgiques et puis l'autre ... ça se fait mais ce n'est pas les conditions optimales. J'en ai une autre ben Pascale qui a été déplacée en Immunologie donc c un peu moins problématique mais ».

Cadre : « Ben déjà en terme d'organisation c'est elle a été surprise, elle nous a dit ben moi je comprends pas (j'ai été la voir), pourtant c'est une ancienne je ne comprends pas leurs organisation à 11h elle n'avait toujours pas ses prescriptions mais en médecine toute la matinée les médecins font leurs visite parce nous en chirurgie c'est 7h30 les chirurgiens passent dans toutes les chambres et voient tous les patients et font leurs prescriptions des sorties, des choses comme ça et après se barrent au bloc et elle est attendait les prescriptions qu'elle a eu tardivement c'est l'organisation du service et de la spécialité. Ça nous a fait beaucoup rire parce

qu'elle s'attendait pas à ça mais bon..... mais je n'étais pas très inquiète pour Pascale.... ».

Moi : « Comment planifiez-vous ces déplacements, notamment Pascale qui a dû être déplacée ? »

Cadre : « Ben c'est toujours au dernier moment car ce sont toujours des situations exceptionnelles c'est très rare qu'on programme On a eu une période où on faisait une réunion avec la cadre responsable RH du pôle Me T..... Chaque cadre arrivait avec son planning et on voyait comment on pouvait mutualiser les effectifs. Bon ce n'était pas très concluant car dans le pôle on était tous à près lotis de la même façon on n'avait pas beaucoup de surplus ...on était ric-rac dans nos effectifs donc on ne pouvait même pas dépanner sur un jour en plus on disait ben voilà tel jour il va me manquer une IDE toi tu as ben non je n'ai pas ce jour-là ça ne collait pas tout le temps Ça n'a pas perduré ce truc la ça n'amenais pas à grand-chose, on a essayé de faire ça sur un weekend On a eu des dépannages d'urologie..... mais bon ce n'est pas et puis très antérieurement on a eu des dépannages d'hépto- gastro à tour de rôle elles venaient ».

Moi : « d'accord. Sur quel critère avez-vous par exemple déplacé Pascale en Immunologie et pas une autre ? »

Cadre : « y'a pas de critère, c'est On prend le planning, on regarde qui revient de repos et pour ne pas couper une semaine si une IDE a déjà pris les patients la veille On ne va pas lui dire aujourd'hui vous allez en oncologie et puis demain vous reprenez votre poste On regarde celui qui revient de son repos qui va être déplacé ou celui qui finit sa dernière journée à la rigueur ça dépend comment ».

Moi : « la séquence de travail et le cycle de travail de l'IDE »

Moi : « Vous me disiez que ponctuellement vous avez reçu des IDE d'autre secteur de soins mais interne au pôle, comment elles sont accueillies au sein de votre unité ? »

Cadre : « y'a pas de procédure particulière on essaye de les accueillir le mieux possible si on veut qu'elles reviennent mais On n'a pas d'accueil particulier ».

Moi : « Existe-t'il un circuit spécial ou des entretiens au préalable ? »

Cadre : « non parce que on ne peut pas..... Car c'est toujours vraiment dans des situations Le jour pour le jour et très rarement prévue ... ».

Moi : « au niveau de la prise des patients au sein de l'unité, y'a-t-il des réajustements organisationnel mis en œuvre quand c'est une IDE d'un autre secteur ? »

Cadre : « ben on essaie de ne pas la mettre dans le secteur..... le plus lourd et puis ici on a de la chance c'est que les IDE sont coopérantes et professionnelles donc du coup elles ne vont pas laisser leur collègue en difficulté..... y'a de l'entraide sauf si évidemment la fille arrive en faisant la tête elles auront tendance à Et puisça peut arriver dans ces cas-là mais si la fille est de bonne volonté et queElles vont tout faire pour l'aider pour quelle ne soit pas en difficulté et puis nous c pareil en tant que cadre quand on l'accueil et qu'on va la présenter à l'équipedu coup on leur dit que si y'a le moindre problème elles nous appellent sur le DECT et on viendra voir ce qui ce passe. C'est très rare qu'on ait des problèmes. »

Moi : « Vous avez anticipé ma dernière questions participez-vous à l'accueil de ses IDE ? »

Cadre : « Oui enfin, Pour moi ce n'est pas vraiment un accueil bon effectivement c juste un accueil physique après on l'emmène dans l'unité et on la lâche dans l'arène faut pas se leurrer ».

Moi : « Que pensez-vous de la mobilité ? »

Cadre : « pour moi ce n'est pas optimal ce genre Cette façon de faire..... mais bon Je conçois que quand on est en difficulté on n'a pas le choix, la dernière fois quand l'AS d'hémato est descendu je ne pouvais pas laisser une AS pour 39 maladesdonc ».

Moi : « y voyez-vous des contraintes que vous déjà un peu évoqués, des limites et des atouts ? »

Cadre : « des limites oui Parce que quand on ne connaît pas la pathologie, quand on connaît l'organisation du service, les médecins du coup forcément ça va perturber l'organisation des soins mais On essaye justement de faire en sorte que Quand chacun y met du sien je pense que ça peut bien se passer. »

Moi : « Voyez-vous des atouts à cette mobilité pour l'organisation de travail et du point personnel ? »

Cadre : « ça fait des bras (rire) ...c mieux d'avoir un dépannage même d'un autre étage que ne rien avoir on se contente de ce qu'on a..... c'est toujours mieux. »

Moi : « Comment participez-vous à cette mobilité imposé et contrainte par rapport aux disponibilités RH ? »

Cadre : « nous par exemple si on a un problème d'AS on essaie de mettre nos IDE en AS plutôt que de demander des dépannages ».

Moi : « c'est de la mobilité plutôt dans le service que par rapport au métier ».

Cadre : « voilà (mauvais enregistrement) c une chancedes fois elles sont chieuse, mais des fois pour ça je dois dire elles sont mignonnes par exemple Noelia était AS ce matin, elles ne rechignent pas à faire ça ... c déjà un plus parce que sinon prendre quelqu'un d'autre étage même, est-ce qu'il saura pas forcément c compliqué, la personne ne connaîtras pas ... ça avancera moins vite surtout le matin ou le rythme est soutenu Si on est face ... On sait qu'on va perdre en rapidité donc on essaie En fait la mobilité c vraiment la dernière solution On essaie de trouver des solutions autres en interne Après quand on n'a pas le choix on c plutôt sur les aides-soignants parce que car sur les IDE c plus compliqué Les AS ont arrivé plus à jongler à dire voilà Quand il nous une AS on a le et qu'on ne peut pas détacher on m'a demandé si le pôle à une IDE en plus ... on va donner une IDE et nous on va la mettre AS on leurs laisse le choix voilà Si c'est une AS qu'il me faut et que y'a pas d'AS dispo dans le pôle de dispo ...et qu'on n'a pas le choix ... est-ce que l'IDE préfère venir en tant AS chez nous veut ou on met une IDE de chez nous en tant que AS et elle reste en tant que IDE si y'a que des IDE dispo dans le pôle et que si l'agent accepte On essaie de voir comment avec les cadres du service qui va nous prêter l'agent on essaie de voir ce qui est le mieux et ce qu'elle va accepter si elle préfère être IDE ou être AS dans un autre service ».

Moi : « ce qui prime c'est vraiment le nombre d'agent présent auprès du patient dans le service avec un nombre minimum de compétences IDE ? ».

Cadre : « après y'a la charge de travail est-ce qu'on peut accepter si j'avais des lits de libre ce jour-là j'aurais pu accepter enfin moi et l'équipe on aurait pu accepter que l'AS reste toute seule avec l'aide des IDE Bon c'était lourd ... voilà on essaie toujours de voir aussi la charge de travail, cette AS d'hémato ben on ne pouvait pas le service était plein c'était un vendredi mais c'était plein 39 parce que le vendredi des fois on peut se dire voilà y'a pas de bloc le lendemain mais là on à récupérer toutes les réa c'était pas possible de faire autrement , on avait déjà réfléchis, je n'avais que 3 IDE je ne pouvais pas descendre à 2 IDE et mettre une IDE comme AS Car il y avait beaucoup de charge en soins IDE aussi donc que Il faut réfléchir à tous et puis la dernière solution c'est effectivement la mobilité. ».

Moi : « d'accord ». « Vous voyez alors la mobilité comme dernière solution mais qui pour vous n'est pas satisfaisant. »

Cadre : « Ce n'est pas de la faute des agents..... On essaie de faire au mieux je pense et que malgré tout même si il vienne à contre cœur, ils sont quand mêmela petite a dit à sa cadre j'ai été très bien accueillie, c'était très bien bon Très bien. »

Moi : « Auriez-vous autre chose à ajouter sur cette mobilité ? »

Cadre : « Je pense qu'il ne faut pas que cette mobilité devienne quelque chose de courant parce que je pense qu'on va perdre en qualité..... C'est pour ça chaque cadre de pôle on essaie vraiment de faire en sorte que Que ça se reproduise le moins possible. On s'est très bien que çac'est pas bon ».



Diplôme de Cadre de Santé

DCS@15-16

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

TITRE DU DOCUMENT

La mobilité des infirmières : enjeux et stratégies managériales
The nurse mobility: issues and management strategies.

AUTEUR

Me DIAWARA Korotoumou

MOTS CLÉS

Pôle, mobilité, qualité des soins, bien-être au travail, management, compétences, équipe, reconnaissance.

KEY WORDS

Sector, mobility, quality of cares, well-being at work, management, skills, team, acknowledgement.

RÉSUMÉ

La loi HPST de Juillet 2009 a considérablement modifié l'organisation territoriale du système de santé et la structure interne des hôpitaux. L'environnement managérial a dû s'adapter à ces nouveaux objectifs qui sont la performance et la flexibilité des moyens. Une des solutions managériales à la logique de gestion des ressources humaines a été la mobilité intra-pôle des infirmières. Après une observation de terrain liée à mon poste de faisant fonction et une enquête pré-exploratoire de l'impact de cette mobilité sur la psychologie et les compétences des IDE, je me suis posée la question de comprendre comment cette mobilité était ressentie par les IDE et l'accompagnement de celle-ci par les cadres de santé.

Mon enquête de terrain m'a permis de mettre en évidence que la mobilité maintenant ancrée dans les habitudes de travail ne peut se faire sans une adhésion de l'équipe. Le positionnement et le type de management entrepris par le Cadre de santé intervient dans la réussite de ce processus dont le but est d'assurer une qualité des soins et veiller au bien-être des agents.

ABSTRACT

The HPST law of July of 2009 has drastically changed the health system and the intern structure of hospitals. The body of managers environments had to adapted to those news aims witch are performance and flexibility of means. The mobility inter sector of nurses had been one solution of the management clues of human resources.

After an field observation and an pre observation investigation to how mobility impact psychology and the IDE skills, I have tried to understand how mobility were feel by the nurse and the switch to mobility were feel by the nurse manager.

My field survey allow me to underline how settled mobility in work habits can not be done without either team adhesion. The positioning and the type of management by the nurse manager influent the success in order whose aim is to ensure a high cares quality standard and ensure well-being at works of the officers.