

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

La mobilité

Un enjeu managérial du cadre de santé

Pascale GATIER

DCS@17-18

REMERCIEMENTS

Je remercie toutes les personnes qui m'ont aidée dans l'élaboration de ce travail, en particulier :

- ✓ Ma directrice de mémoire, Madame VEYRET qui m'a guidé et aidé à porter mon thème ainsi que pour sa patience lors de mes nombreux questionnements.
- ✓ Morgane Le Gal, ma formatrice pour son accompagnement tout au long de l'année et Patrick Farnault.
- ✓ Mon groupe cadres de santé au sein duquel j'ai évolué et me suis épanouie, qui m'ont soutenu et sans qui la formation aurait pris une toute autre dimension. Merci à Amélie, Aurélie, Christophe, Isabelle, Laura, Lucie et Sophie pour cet esprit d'entraide et tous ces moments partagés pendant ces 10 mois.
- ✓ Ma mère, et ma sœur, Sandrine, pour leur aide précieuse dans la correction d'orthographe et grammaticale de ce mémoire ainsi que mon amie de toujours, Sylvie, qui a réalisé l'impression de ce document.

Et je remercie, mon fils MATHIS qui a été ma force toute cette année.

Je dédie ce mémoire à ma grand – mère adorée, partie à l'aube de ma formation avec une grande confiance en ma réussite.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
CONTEXTE D'EMERGENCE	8
1 CONSTAT PERSONNEL	9
2 ENQUETE EXPLORATOIRE	10
CADRE DE REFERENCE	12
3 LA MOBILITE	12
3.1 La mobilité ponctuelle	12
4 LA POLYVALENCE	13
5 LA COMPETENCE.....	14
6 L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL	15
6.1 Emergence du concept	15
6.2 Les manifestations	16
6.3 Les facteurs de risques	17
7 LES RISQUES PSYCHO SOCIAUX.....	17
7.1 Le stress	18
8 LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL (QVT).....	19
9 LE CADRE DE SANTE	20
9.1 Le cadre de santé et son histoire	20
9.2 Le rôle du cadre	20
9.2.1 Les rôles interpersonnels	21
9.2.2 Les rôles liés à l'information.....	21
9.2.3 Les rôles décisionnels (décider, prévoir, planifier et contrôler).....	21
9.3 La fonction managériale	22
9.3.1 Les quatre modes de management	23
9.4 Le management par la reconnaissance professionnelle	24
9.5 L'identité professionnelle	25
ENQUETE DE TERRAIN.....	27
10 PRESENTATION DE LA DEMARCHE	27
11 CHOIX DE L'ETABLISSEMENT ET DE LA POPULATION	27
12 CHOIX DE L'OUTIL	27
13 DEROULEMENT DES ENTRETIENS	27
14 LES LIMITES DE L'ENTRETIEN.....	28
15 PRESENTATION DES RESULTATS.....	28
15.1 Le profil des personnes interrogées.....	28
PRESENTATION DE L'ANALYSE.....	29
16 LA MOBILITE	29
16.1 La politique de mobilité.....	30
16.2 L'organisation de la mobilité.....	31
16.3 La représentation de la mobilité	31
16.4 Les leviers de la mobilité	32
16.5 Les freins de la mobilité.....	32
17 LA COMPETENCE.....	33
18 L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL ET LES RISQUES PSYCHO-SOCIAUX.....	34
18.1 La réaction et l'impact sur les professionnels de santé	34
19 LE CADRE DE SANTE ET LA MOBILITE	36
19.1 Le rôle du cadre de santé.....	36
19.2 L'accompagnement de la mobilité	36

19.3 Les difficultés du cadre de santé.....	37
20 SYNTHÈSE	39
LES LIMITES DE MES RECHERCHES	40
LES ENSEIGNEMENTS TIRES.....	40
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE.....	42
ANNEXES	

ABREVIATIONS

A

AP : Assistance publique
APHP : Assistance publique des hôpitaux de Paris.
AMES : Analyse et management des établissements de santé.
ARS : Agence régionale de santé.

C

CA : Congé annuel
CDD : Contrat durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée.
CHU : Centre hospitalier universitaire.
CME : Commission Médicale d'établissement.
CPP : Cadre paramédical de pôle.
CS : Cadre de santé
CSS : Cadre supérieur de santé

D

DE : Diplôme d'état.
DMS : Durée moyenne de séjour.
DRH : Direction de ressources humaines.
DSAP : Directeur de soins paramédicaux

E

EHESP : Ecole des hautes études de santé publique.
ESPIC : Etablissement de santé privé d'intérêt collectif.
ESM : Ecole supérieure de Montsouris.
FFC : Faisant fonction cadre

F

FFCS : Faisant fonction cadre de santé

G

GH : Groupement hospitalier.
GRH : Gestion des ressources humaines.

H

HAD : Hospitalisation à domicile.
HAS : Haute autorité de santé.
HPST : Hôpital-Patient-Santé-Territoire.

I

IBODE : infirmière du bloc opératoire diplômée d'Etat.
IESCH : institut d'enseignements supérieur des cadres hospitaliers.
IFCS : Institut de formation des cadres de santé.
IFSI : Institut de formation en soins Infirmiers.

H

HDJ : Hôpital de jour.
HDS : Hôpital de semaine.

M

MCO : Médecine – Chirurgie – Obstétrique.

O

OTT : Organisation du temps de travail.

R

RH : ressources humaines.
RPS : Risques psychosociaux.
RTT : réduction du temps de travail.

S

SLD : Soins longue durée.
SMUR : Service mobile d'Urgences et de réanimation.
SSR : Soins de suite et de réadaptation.

T

TPER : Tableau prévisionnel d'effectifs rémunérés.

U

UGA : Unité de gériatrie aigue.

USC : unité de surveillances continues.

USIC : unité de soins intensifs de cardiologie.

V

VNI : Ventilation non invasive.

Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

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

Note aux lecteurs

Pour les termes :

- Infirmières, merci de comprendre infirmiers ou infirmières.
- Agent, merci de comprendre agent de la fonction publique hospitalière. Dans ce travail, j'entends uniquement par agent les infirmiers et les aide – soignant(e)s.
- Les acteurs représentent le groupe de personnes interrogées lorsque je ne peux les distinguer individuellement.

INTRODUCTION

Les différentes gouvernances de ces dernières années ont conduit les établissements de santé à repenser leur organisation et leur gestion des ressources humaines. La loi HPST de 2009 a favorisé un décloisonnement des services et créé une réorganisation par pôles d'activités. Afin de répondre aux enjeux d'efficacité et d'efficacités, ce changement a conduit les établissements de santé à s'adapter par **le recours à la mobilité**.

J'ai expérimenté la mobilité d'un regard infirmier et d'un point de vue managérial, lors de ma fonction cadre de santé de nuit. J'ai ainsi eu une première approche des enjeux et des freins de cette mobilité. Cette expérience a influencé mon choix pour ce travail de recherche que j'ai mené tout au long de l'année de ma formation à l'IFCS.

Dans mon contexte d'émergence, j'ai cherché à préciser mes questionnements autour des stratégies de la mobilité. Suite à des entretiens exploratoires, j'ai pu consolider une problématique axée sur l'impact de la mobilité sur les professionnels de santé et le rôle du cadre de santé.

Dans mon cadre de référence, j'apporterai des concepts théoriques liés à la mobilité, puis j'aborderai l'épuisement professionnel et je m'intéresserai au cadre de santé et ses missions managériales.

Pour confronter ces concepts théoriques à la réalité du terrain, j'ai réalisé une enquête auprès de managers d'établissements de santé. Je vous présenterais les résultats ? suivis d'une analyse croisée pour chaque thème afin d'éclairer mon hypothèse.

Je conclurais par les apports et les limites de ce travail ainsi que mes perspectives professionnelles.

CONTEXTE D'EMERGENCE

Ces dernières années, l'hôpital a connu de profondes transformations organisationnelles notamment avec la mise en place de la tarification à l'activité et l'organisation polaire décrits dans l'ordonnance du 2 mai 2005. Le plan « Hôpital 2007 » décline des axes de réorganisation interne des établissements de santé. Il est renforcé par la loi HPST du 21 juillet 2009 autour d'une restructuration de l'hôpital en créant les pôles d'activité clinique ou médico technique. *« Les Pôles regroupent différents secteurs d'activité de l'établissement autour d'un projet médical élaboré par plusieurs services et de la mise en commun de leurs ressources humaines et matérielles ».*¹

Auparavant, les établissements de santé étaient découpés en service. Strauss et Mintzberg décrivent l'organisation des établissements de santé comme des « systèmes complexes » et « cloisonnés » à la fois par la diversité de l'activité mais aussi par la spécialisation des différents acteurs. Ces cloisonnements se justifient par l'exercice des catégories professionnelles qui développent « des logistiques propres ».

Cette nouvelle organisation a donc permis de mutualiser les moyens et de décloisonner les logistiques administratives, médicales et soignantes. Elle a également modifié le positionnement et le rôle des différents acteurs : les directeurs de soins, les chefs de pôle, les cadres supérieurs de pôle, les cadres de santé jusqu'ici « de proximité » et les professionnels de santé.

*« La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) introduit des changements importants dans le système de soins. L'organisation de l'hôpital évolue vers un mode plus managérial où les relations au sein de l'établissement deviennent contractuelles passant par la définition d'objectifs et d'évaluation des résultats. »*²

L'organisation polaire « nécessite une acculturation des acteurs hospitaliers à la logique gestionnaire, elle bascule les équilibres de pouvoirs traditionnels, modifie les lignes hiérarchiques et redessine la place et le rôle de chacun ».³

Comment les missions du cadre de santé se sont transformées au rythme des grandes mutations de l'hôpital ? Le cadre de santé se retrouve au carrefour des cultures du soin et managériales, entre l'institution et l'équipe soignante, entre le médecin responsable du service et l'équipe mais aussi entre les logistiques gestionnaires et soignantes. Sainsaulieu explique l'évolution des cultures managériales du cadre de santé⁴ par trois courants : d'abord le management « vocation » plutôt autoritaire puis le management « profession » au cadre expert et le management « gestion » ou « cadre manager ». Aujourd'hui le management mené par le cadre de santé est à la croisée des deux derniers courants ; logiques soignantes et gestionnaires.

Le cadre de santé mène une conduite opérationnelle du projet de soins et doit manager l'équipe dans ce sens.

Depuis l'instauration des pôles d'activités, la mobilité s'inscrit dans la politique des gestions de ressources humaines. La mobilité est caractérisée par une notion de mouvement. Il s'agit d'un outil de gestion pour répondre à un contexte d'efficience. Ce nouveau fonctionnement modifie l'organisation du travail et demande au personnel soignant une adaptabilité et une flexibilité permanente. D'ailleurs, de nombreuses résistances des professionnels de santé se sont manifestées. Une adaptation managériale du cadre de santé a été alors indispensable et des formations ont été déployées pour accompagner le changement à l'hôpital. A l'heure où l'organisation des hôpitaux prend un nouveau virage avec la création des GHT et la parution de la dernière réforme du 24 janvier 2016, je me suis interrogée sur le vécu des équipes soignantes. **La culture de la mobilité est – elle bien intégrée par les professionnels de santé ? Quel est l'enjeu managérial de la construction d'un collectif de travail par pôle ? Le cadre de santé a-t-il un rôle à jouer pour développer le passage d'une culture de service à une culture de pôle ?** Ainsi découle ma question de départ :

¹ P.574

² EHESP. Référentiel métier de Directeur des soins. Mars 2010. Disponible https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2008/06/Referentiel_metier_de_Directeur_trice_des_soins.pdf

³ LAGADEC A-M. Les pôles hospitaliers, une mutation en cours. Soins cadres n°98 2016.05. p15

⁴ SAINSAULIEU I. L'hôpital et ses acteurs : appartenances et égalité. Éditions BELIN, 2007.

En quoi le cadre de santé peut-il accompagner les équipes vers une culture de la mobilité et préserver l'identité professionnelle des soignants ?

Pour répondre à cette question de départ, je vais m'appuyer de mon expérience professionnelle infirmière puis de ma Fonction de cadre. Je confronterais cette expérience avec les résultats de deux entretiens exploratoires menés auprès d'une infirmière et une cadre de santé et tenter de poser deux hypothèses.

1 Constat personnel.

D'abord aide – soignante pendant trois ans au service de suppléance court, j'ai bénéficié d'une promotion professionnelle. Infirmière diplômée d'Etat en décembre 2008, j'ai réintégré mon établissement d'origine au moment où l'organisation polaire commençait à se mettre en place. La coordinatrice des soins m'a proposé de choisir mon service d'affectation. Lors de mon entretien, elle a évoqué succinctement la mobilité par une possibilité d'aller remplacer ponctuellement des absentéismes au sein du pôle médecine, devenu aujourd'hui pôle oncologie.

Je suis donc affectée en service de pneumologie conventionnel. Pendant mes six ans d'exercice dans cette unité, j'ai vécu une mobilité vers les différents secteurs de la pneumologie : HDJ, HDS. J'ai ainsi pu développer de nombreuses compétences dans cette spécialité, dans laquelle je me confortais. Je me suis épanouie autour de cette polyvalence notamment pour la prise en charge du patient tout au long de son parcours. Mais, je reconnais quelques difficultés rencontrées par cette mobilité. Je devais faire preuve d'adaptabilité et de flexibilité en permanence. J'avais l'impression de ne plus appartenir à un service à part entière avec sa dynamique, sa vie, ses projets, son équipe, son environnement sans pour autant appartenir à un pôle d'activité. Le sentiment d'appartenance fait écho à la notion d'intégration à un groupe. L'appartenance définie et l'appartenance ressentie sont les deux grandes théories sociologiques. La première relève à la fois du groupe de la profession, d'une fonction, (ex : infirmière) et de la structure (hôpital, pôle, service). La deuxième implique l'identité individuelle et le lien établi avec le travail et les autres.

L'un des objectifs de la mutualisation des moyens est « *d'intégrer chaque soignant avec son identité personnelle et professionnelle dans un groupe constitué par les équipes du pôle et qui disposent d'autres valeurs et d'autres habitudes complémentaires* ». ⁵

Mon regard sur la mobilité a changé lorsque j'ai accepté un poste de faisant fonction de cadre de nuit quelques mois avant mon entrée en IFCS. Ayant recours à la mobilité régulièrement pour répondre aux absences inopinées ou à un renfort ponctuel, je me suis rapidement aperçue des freins et des limites de la mobilité.

Au sein de l'hôpital où je travaille la mobilité est complètement intégrée par les directeurs, les cadres supérieurs de pôle et les cadres de santé. La mobilité est mise en avant dès l'embauche. Un parcours d'intégration des soignants est organisé. Il comprend une journée d'observation avec une présentation des services d'un même pôle.

Mais sur l'établissement aucun outil ou procédure ne sont à disposition des cadres pour gérer de façon optimale et accompagner la mobilité du personnel.

Si j'ai rencontré peu de résistance à mes sollicitations, les professionnels demeurent toutefois peu volontaires aux remplacements dans les services. Ils expriment un manque de considération et vivent la mobilité comme quelque chose qui leur ait imposé : « *Nous sommes considérés comme une croix sur un planning et non plus comme une infirmière du service* ». Dans le cadre d'une restructuration des services en pôle, la mobilité est dite « imposée » par l'environnement alors que la mobilité « choisie » est initiée par l'individu.

Je m'aperçois que les soignants s'inscrivent encore actuellement dans une logique de service et que la culture du pôle n'est pas complètement intégrée. **Pourquoi le sentiment d'appartenance à un service persiste-t-il ?**

⁵ BAILLY.I. Les pôles d'activité au service de reconstruction identitaire infirmière. Soins Cadres N°71-08/2009. P20-22.

Si dans leur service d'origine, les soignants assurent des soins avec aisance, la spécificité de chaque service peut entraîner une certaine appréhension. Ils manifestent régulièrement une inquiétude de commettre des erreurs. La mobilité demande une opérationnalité immédiate alors que, paradoxalement, une période d'encadrement est nécessaire pour intégrer un service lors d'une prise de poste. Il s'agit d'une forme de passage d'un terrain expert vers un inconnu. Elle semble vécue comme déstabilisante avec une perte de repère, une perte des habitudes et l'éloigne d'un environnement rassurant. De plus, chaque unité a son propre fonctionnement, une configuration des locaux différente et une dynamique d'équipe. L'appartenance à un service est source de confort. Ces éléments combinés peuvent conduire à un épuisement majoré par un stress des professionnels de santé.

2 Enquête exploratoire.

Afin d'objectiver mes constats, j'ai réalisé deux entretiens exploratoires (cf annexe 1) au sein de l'ESM. J'ai d'abord rencontré une infirmière concernée par la mobilité ponctuelle. Puis, je me suis entretenue avec une cadre de santé (faisant fonction) pour recueillir son positionnement et son attitude managériale adoptée pour assurer l'accompagnement de la mobilité.

A travers l'analyse des résultats, je souhaite mettre en corrélation mes constats et vérifier si le sentiment d'appartenance des infirmières est réellement impacté par les mobilités récurrentes.

Je me suis d'abord intéressée à la politique de mobilité au sein de leur établissement. Je recherche ici à comprendre s'il existe des moyens institutionnels pour encadrer la mobilité avec des procédures ou des chartes par exemple. Dans les deux structures la mobilité n'est pas concrètement formalisée. La cadre de santé, Me D, soulève le manque de procédure institutionnelle, d'organisation et d'absence de moyen pour conduire la mobilité. L'infirmière, Me P rejoint cette idée. De plus en clinique où elle travaille, les pôles d'activités n'existent pas alors qu'au centre hospitalier de Me D la notion de pôle est une dimension prégnante au niveau de l'établissement. Toutes les deux évoquent la mobilité pour répondre à un contexte économique complexe.

La mobilité est appliquée sous deux formes dans les deux établissements. La première ne peut être anticipée puisqu'il s'agit de gérer un imprévu, une absence inopinée. Cette situation est la plus complexe pour Me D. La deuxième peut être planifiée par anticipation lors d'une absence prolongée. Pour Me D cette mobilité est plus simple car elle n'est pas prise de court par le temps pour trouver une solution, elle n'agit pas dans l'immédiateté. Elle a le temps de s'organiser avec ses collègues cadres du pôle. Me P précise qu'au début de sa mise en œuvre, la mobilité était basée sur du volontariat du personnel alors qu'aujourd'hui elle lui semble imposée par les cadres.

J'arrive ainsi aux méthodes de management conduites par les cadres de santé autour de la mobilité. Me P dénonce un manque d'accompagnement et d'écoute de la part des cadres de santé et précise un manque d'équité. Me D avoue que lorsqu'elle agit dans l'urgence elle n'est pas toujours équitable. Elle s'adresse en priorité aux personnes plus flexibles ou celles qui ne refuseront pas. Elle reconnaît aussi, pour un gain de temps et par facilité, utiliser parfois des moyens de pression et de contrainte. Même si ces méthodes ne lui conviennent pas et préfère de loin instaurer un climat de confiance, de reconnaissance, de valorisation du personnel et de « *donnant – donnant* ». Elle a l'impression d'être en perpétuelle négociation avec son personnel et les cadres du pôle sans recevoir un soutien de la part de l'institution.

Me P e Me D notent toutefois des avantages à la mobilité sur le personnel : la polyvalence, le développement des compétences et des connaissances, l'adaptabilité et les échanges interservices. Me D rajoute que la mobilité peut aussi éveiller des vocations et influencer des choix professionnels futurs. D'un point de vue cadre de santé, la mobilité facilite la gestion des ressources humaines et permet d'impulser la culture de pôle d'activité.

J'ai également cherché l'impact sur le personnel et les difficultés rencontrées face à la mobilité. Les spécificités des services semblent laisser des appréhensions. Pour la cadre qui connaît les différentes spécificités du pôle explique, qu'une infirmière ne peut être aussi efficace et à l'aise dans l'exécution des soins d'une spécialité différente. Elle confronte par exemple un service d'adolescents et un service de néonatalogie qui, pour elle, demande des compétences différentes. Me P, approuve cette idée par son vécu. Elle ne peut pas approfondir les soins dans une spécialité qu'elle ne connaît pas autant que dans son service d'affectation. Elle rencontre même des soins techniques qu'elle ne

connait pas et met davantage l'équipe en difficulté lorsqu'elle a besoin d'une aide pour réaliser un soin. La qualité de l'accueil dans le service est également pointée autant par la cadre de santé que l'infirmière. La mobilité entraîne une perte de repère et les conditions d'accueil ne sont pas toujours optimales. Les équipes sont parfois peu disponibles pour rendre favorable l'accueil comme accorder un temps pour présenter la spécificité, les locaux et le matériel. Me D, précise que l'accès par badge aux différents locaux n'est pas disponible pour les personnes qui n'appartiennent pas au service.

Me D évoque sa position difficile entre les différentes injonctions. Le cadre est en première ligne pour demander au personnel de se déplacer. Pour son équipe, le cadre est le « *mauvais objet* » non pas pour son individualité mais pour sa fonction. Elle est confrontée régulièrement à la résistance du personnel. Elle ressent de leur part une perte de confiance et pour elle une perte de crédibilité. L'équipe exprime aussi une certaine injustice car elles ont l'impression d'être en sous – effectif en permanence et qu'aucun moyen ne leur ait attribué.

A l'heure où les risques psychosociaux sont à prendre en considération, elle constate un épuisement et une souffrance des soignants mais également des cadres de santé. Car, si elle se sent seule face à l'administration, elle entretient une proximité et un réseau de soutien au sein du pôle. Cette souffrance des cadres émane de ses échanges avec ses collègues. Me P confirme un épuisement du personnel. Elle rajoute, que son identité professionnelle est impactée. Ce qui est confirmée par les propos de Me D.

Les exigences de performance et d'efficience réduisent les marges de manœuvre du cadre de santé. La **conduite managériale** influence le vécu de la mobilité mais les cadres de santé semblent être en difficulté pour mener une politique de mobilité encore fragile au niveau institutionnel.

Malgré quelques avantages de la mobilité comme le développement des compétences, l'adaptabilité, la gestion de l'absentéisme, ces entretiens mettent en exergue l'impact majeur sur les soignants qui vivent la mobilité, plus particulièrement la **mobilité ponctuelle**.

Les différents verbatim recueillis comme « *épuisement, fatigue, stress, découragement, manque de reconnaissance, perte d'identité professionnelle* » montrent une souffrance au travail et sont des indicateurs d'un **épuisement professionnel**.

Je m'interroge alors, **comment le cadre de santé peut – prévenir l'épuisement professionnel en conduisant la politique de mobilité ?**

Au regard de tous ces éléments ma question de départ évolue et me permet de la reformuler.

En quoi le management du cadre de santé peut – il conduire les équipes vers une acceptation de la mobilité ponctuelle en les préservant du risque d'épuisement professionnel ?

Pour répondre à cette question je vais mener des recherches sur la mobilité et établir un lien entre les définitions théoriques et la mobilité qui est organisée au sein des pôles. Le concept de mobilité sous – entend la notion de polyvalence et de compétences que je vais également traiter dans cette première partie. Ensuite, je vais définir l'épuisement professionnel des soignants, comprendre son mécanisme, ses facteurs déclencheurs et ses conséquences sur l'état de santé des professionnels. Puis, j'évoquerai les RPS qui sont en étroite lien avec l'épuisement professionnel, plus précisément le stress, cause principale des risques et l'épuisement professionnel.

Enfin, je développerai le rôle du cadre de santé et ses fonctions managériales après un petit retour historique de la profession. Enfin, j'émettrai une hypothèse qui sera le fil conducteur de mon enquête de terrain.

CADRE DE REFERENCE

3 La mobilité.

Pour répondre à l'absentéisme certains établissements ont créé des services de suppléance de pôle pour assurer les remplacements. L'ensemble des soignants, généralement volontaires, interviennent donc dans tous les services du pôle selon des organisations précises et anticipées. L'institution fixe également des compensations variables : dimanches travaillés limités, plus de facilité pour poser des RTT ou congés. Ces professionnels sont formés pour être opérationnel rapidement dans toutes les spécialités du pôle. D'autres établissements préfèrent avoir recours à la mutualisation du personnel pour compenser l'absentéisme mais il s'agit rarement d'un choix. Ils ne sont pas formés aux différentes spécificités du pôle et ne connaissent pas les équipes, les organisations des unités et les patients. Ces remplacements peuvent être très courts allant de quelques heures à 1 ou 2 jours. En avançant dans mes premières recherches, je prends connaissance de l'existence de plusieurs types de mobilité et je peux ainsi mieux les distinguer. Au sein des hôpitaux, deux mobilités sont prédominantes : la mobilité ponctuelle, de quelques jours, dans un autre secteur du pôle, qui est organisée à l'avance et la mobilité imposée qui résulte d'un imprévu la veille ou le jour même.

M.PENGAM, cadre supérieure de santé, définit la mobilité comme « *le passage d'un point A à un point B : changement de lieu, changement de fonction, changement de statut ou encore changement de métier. Elle s'exerce à l'intérieur d'un même territoire ou bien entre territoires différents* ». ⁶ La notion du mouvement est ici mise en évidence dans cette définition. Pour E. VAN SCHINGEN, infirmière, doctorante en sciences infirmières et paramédicales, la mobilité est définie comme « *un changement d'entreprise ou d'établissement, ou, dans un cadre plus restreint (...) un changement d'affectation dans une structure organisationnelle* ». ⁷

Au sein même de l'organisation plusieurs mobilités se déclinent : la mobilité verticale ou horizontale, choisie ou subie, interne ou externe.

La mobilité interne s'effectue d'un établissement à un autre, issue d'une même organisation. Elle se différencie de la **mobilité externe** qui nécessite un changement d'employeur tout en gardant la même fonction et une qualification identique.

La **mobilité géographique** diffère de la **mobilité « spatiale »** car elle suppose un changement de domicile. Ces deux mobilités s'apparentent à la mobilité externe.

La mobilité horizontale ou appelée aussi **mobilité fonctionnelle** correspond à un changement de poste au sein même de l'organisation mais contrairement à la **mobilité verticale** aucun changement de statut hiérarchique n'est envisageable. En effet, la mobilité verticale est assimilée à une évolution professionnelle donc de statut hiérarchique.

La **mobilité est dite « choisie »** ou « **subie** » car elle s'effectue respectivement, soit à la demande du professionnel, soit imposée par l'institution.

Enfin, la **mobilité de courte durée** consiste à un changement de poste à l'intérieur de l'organisation. Elle est aussi appelée mobilité ponctuelle. Je vais donc m'intéresser plus particulièrement à celle – ci.

3.1 La mobilité ponctuelle

Au cœur d'un contexte économique complexe, la mobilité est un moyen d'efficience dans la gestion des ressources humaines des établissements de santé. Elle permet le décloisonnement des services et se présente comme un levier managérial.

La mobilité ponctuelle correspond à un changement temporaire d'unité de soins souvent de courte durée allant de quelques heures à quelques jours. Les soignants sont rarement volontaires et cette

⁶ SLIWKA C. et PENGAM M. changement de poste, changement de fonction : les compétences des cadres de santé à l'épreuve de la mobilité. Editions Lamarre 2006. Page 2.

⁷ VAN SCHINGEN É., LADEGAILLERIE G., LEFEBVRE H., et al. La mobilité professionnelle des infirmières hospitalières. Revue Soins N°798 -09/2015. p25-30.

mobilité est dite « non choisie » ou « imposée » par l'organisation. Cette mobilité à visée plutôt palliative, permet de gérer une augmentation d'activité ou un absentéisme plus ou moins prolongé. Si cette mobilité n'est pas toujours bien vécue, elle peut aussi être source de motivation sous deux formes :

- **La motivation réactive** : permet au soignant d'élargir ses compétences et de s'ouvrir à un autre fonctionnement de service. D'ailleurs les DRH, recrutent aujourd'hui sous forme de la polyvalence et de la mobilité.
- **La motivation proactive** : le soignant est motivé par la recherche de nouveaux défis notamment avec l'arrivée des générations « Y » dans le monde du travail. En effet, ces générations sont en soif d'apprendre et n'exercent pas longtemps dans le même service ou la même institution. Ce qui explique un grand turn over du personnel. Alors qu'au contraire, les générations précédentes étaient capables de travailler des années voire même toute une carrière au sein d'un même service ou d'une même institution. Ils ont vécu les grandes réformes qui ont modifié l'organisation hospitalière et ont souvent exprimé leur résistance aux changements.

Cette approche générationnelle est également observée par C. SLIŪKA & M. PENGAM qui le souligne ainsi : « *Afin de s'adapter à ces nouvelles situations professionnelles, les qualités comme la flexibilité, la polyvalence, l'adaptation se sont substituées à celles de la stabilité, fidélité et insécurité.* »⁸. Lors de mes différentes lectures, la mobilité fait référence systématiquement à la polyvalence. Je vais donc aborder ce concept.

4 La polyvalence

Ce terme est apparu au 19^{ème} siècle dans la médecine et la chimie d'où son étymologie « Valence » qui signifie les liaisons entre les atomes. Poly signifie plusieurs. Le terme polyvalence fait donc appel aux différents liens d'un élément avec des multiples éléments d'une même catégorie ou de catégorie différente. P. MICHELETTI, enseignant – chercheur spécialisé en ressources humaines, met en évidence deux modes de polyvalence : la multivalence et la polycompétence.

Dans son ouvrage, il définit la personne multivalente « *est un individu susceptible de changer de poste sans pour autant changer de métier*⁹ ». Il entend ici que le professionnel peut exercer son activité dans une autre unité. Le professionnel doit alors s'adapter à une organisation et un environnement différent qui exigent une capacité d'adaptation. La multivalence, n'a pas pour objectif de développer les compétences du soignant mais de les utiliser à bon escient dans un autre service. Ce concept a pour avantage de rompre ses habitudes et de s'extérioriser vers une nouvelle organisation et créer des nouveaux liens professionnels.

Il définit également un multi compétent comme « *un individu susceptible de changer de poste ou de mettre en œuvre une part plus ou moins importante de la qualification d'un ou plusieurs autres métiers en possédant une partie ou sa totalité*¹⁰ ». C'est-à-dire qu'un soignant peut assurer une autre fonction pendant une durée déterminée qui relève de son champ de compétence mais ne le met pas en application au quotidien dans son secteur actuel. P. MICHELETTI distingue trois formes de polyvalence qui ont d'ailleurs des similitudes avec les différentes mobilités. Tout d'abord la polyvalence verticale qui demande au personnel d'exercer une fonction relevant d'une qualification supérieure à celle initialement acquise en formation. Ensuite il parle de polyvalence structurelle qui est liée à l'activité et à la structure de l'institution. Le professionnel est amené à bouger géographiquement au sein de l'établissement dans un contexte économique qui l'exige. Enfin, la polyvalence horizontale permet à un professionnel d'exercer la même fonction dans plusieurs postes. Elle exige une flexibilité et renvoie à la polycompétence. La mobilité des professionnels se retrouve ici. Le soignant possède une formation initiale qu'il peut mettre en application dans un autre contexte que le sien.

⁸ SLIŪKA C. et PENGAM M. changement de poste, changement de fonction : les compétences des cadres de santé à l'épreuve de la mobilité. Editions Lamarre 2006. Page 2.

⁹ P. MICHELETTI. La polyvalence sous toutes ses facettes. Editions Fayolles, 2002. p32.

¹⁰ Ibid. p36.

La polyvalence se différencie donc de la mobilité car elle ne consiste pas uniquement à des changements de poste mais fait plutôt appel à la diversité des tâches. Dans le cadre de la mobilité, la polyvalence fait plutôt référence au développement des compétences.

Le programme de formation infirmière tend vers la polyvalence et le développement des compétences en formant les professionnels à travailler dans tous les secteurs d'activités. Le développement des compétences rend plus polyvalent les étudiants. De plus, au cours de leur formation ils s'approprient la notion de polyvalence. Le développement des compétences est une dimension intéressante dans le concept de mobilité. La compétence mérite d'être traitée dans ce travail, je vais donc évoquer maintenant ce concept.

5 La compétence

De nombreuses définitions s'articulent autour de la compétence. Selon le sociologue P. ZARIFIAN « *la compétence est une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforme, avec autant plus de force que la diversité des situations augmente* »¹¹. Pour lui, l'individu mobilise ses connaissances, capable de les transférer en s'adaptant à la situation. Il aborde également de notion de « compétences collectives », tout comme G. LE BOTERF, professeur en sociologie. En effet, le professionnel de santé ne travaille pas seul, il tire les bénéfices des compétences des autres pour enrichir les siennes et lui permettre de les réinjecter dans une même situation donnée.

La compétence est une combinaison de trois formes de savoir : le savoir-être qui définit une attitude professionnelle, le savoir-faire en lien avec les pratiques professionnelles et le savoir-théorique qui fait appel à ses connaissances.

P. BENNERT, professeur en école des sciences infirmières, s'inspire du modèle du philosophe DREYFUS (1981) en déclinant 5 stades successifs dans l'acquisition et le développement des compétences. En IFSI, l'étudiant est **novice**, il se situe en phase d'apprentissage. Ensuite à l'issue de son diplôme il devient **débutant**, infirmier il peut établir les liens entre les situations réelles et ses savoirs théoriques mais n'est pas encore à l'aise avec la mise en place de ses compétences dans des situations données. Ensuite il est **compétent**, il sait mettre en corrélation tous ses savoirs, il priorise et il est à l'aise dans ses pratiques. Puis il devient performant avec une expérience avancée et, enfin il est **expert** dans son domaine de compétence. Le cadre de santé à un rôle essentiel dans le maintien et le développement des compétences des soignants. Il identifie les besoins, évalue les compétences et propose des formations.

La mobilité permet, d'acquérir des compétences dans des domaines d'activité très variés et pour l'institution, de favoriser une culture de pôle pour tous les professionnels. La mobilité peut ainsi créer une vision transversale des soignants. Il s'inspire des organisations respectives pour proposer des améliorations et des changements. Tous ces avantages permettent une valorisation et une reconnaissance des qualités et des compétences professionnelles.

La mobilité est donc une stratégie majeure dans la gestion des ressources humaines et apportent des atouts supplémentaires dans le parcours des professionnels.

Cependant, des aspects moins valorisants ne sont pas à ignorer. La mobilité peut conduire à une perte de repères en bouleversant des habitudes professionnelles instaurées dans le service d'appartenance. Cette déstabilisation accompagnée d'une carence en connaissances ou en compétences dans un domaine d'activité peut aussi mettre en difficulté les soignants dans la réalisation des missions qui leur sont confiées et créer un stress. Les interactions sociales sont également perturbées et la mobilité ponctuelle subie peut majorer le risque d'épuisement professionnel. Je vais donc m'intéresser à ce phénomène.

¹¹ . ZRIFIAN. Objectif compétences. Edition Liaisons 2003. p69

6 L'épuisement professionnel

6.1 Emergence du concept

L'épuisement professionnel est également appelé « **Burnout** », qui signifie en anglais : brûler, s'éteindre, se consumer.

Le concept du burnout est né dans les années 60 aux Etats Unis. Il est mis en évidence lors des travaux de recherches menés, pour définir l'apparition d'un stress au travail qui génère un état d'épuisement professionnel. H. FREUDENBERGER, psychanalyste, est le premier à le décrire en observant les soignants au sein de la clinique psychiatrique où il exerçait. En 1974, il définit ainsi le burnout : « *L'épuisement professionnel est un état causé par l'illustration excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore être exténué* ». Il utilise alors une métaphore forte au sens propre pour décrire ce nouveau concept qui touche les professionnels de l'intérieur. Le burnout est pour lui une « **brûlure interne** ». Il en donnera le titre à l'un de ses ouvrages et décrira cette brûlure ainsi : « (...) *les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble être plus ou moins intacte* » (1987 p73). Le mot consumer illustre bien l'impact et la violence interne du burnout. En littérature et en psychologie, le mot consumer renvoie à un sentiment qui détruit peu à peu une personne en la vidant de ses forces et de son énergie.

Dans la décennie suivante le burnout fait l'objet de nombreuses recherches. MASLACH (1982), chercheuse en psychologie sociale, a étudié ce phénomène auprès d'une population soignante mais aussi d'enseignants et d'avocats. Elle définit le burnout comme « *un syndrome d'épuisement physique et émotionnel, qui conduit au développement d'une image de soi inadéquate, d'attitudes négatives au travail avec perte d'intérêts et de sentiments pour le patient* »¹².

Le burnout est un concept mouvant qui donne naissance à d'innombrables définitions, toutes convergentes autour d'une signification commune : il s'agit d'un « *épuisement physique émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel* »¹³. Pour C. DEJOURS, psychiatre et spécialiste en psychologie du travail, le burnout est la « *pathologie du surinvestissement* ». Il atteint donc le plus souvent les personnes très impliquées dans leur travail au détriment parfois de leur vie personnelle.

Le burnout touche toutes les catégories socio professionnelles : les dirigeants d'entreprise, les cadres, les accompagnants de personnes souffrantes, les ouvriers. En France, la succession de suicides survenus en 2008 dans une grande entreprise de téléphonie ont mis en exergue une problématique sous-jacente et ses conséquences dramatiques. Ces suicides ont soulevé des questionnements sur les méthodes de management utilisées en entreprise et les conditions de travail.

Le secteur de la santé n'est pas épargné par ce phénomène. En effet, les grandes restructurations du système de santé de ces dernières années ont bouleversé les organisations soignantes au sein des hôpitaux. Ces changements impliquent des enjeux économiques, juridiques et stratégiques des établissements sanitaires ou médico – sociaux qui impactent directement sur les conditions de travail des professionnels de santé. Le rythme exigé par ces transformations demande aux professionnels une capacité d'adaptation importante, entraîne une perte de repères des soignants et augmente la charge de travail. Les cadres demandent aux équipes d'atteindre des objectifs de performances sans avoir la capacité de leur apporter les moyens nécessaires. Des climats de tensions s'installent notamment entre le cadre de santé et le personnel soignant. Cette association d'éléments est susceptible de générer un burnout appelé aussi « *épuisement professionnel des soignants* ».

Dans le burnout, la perte de motivation associée à des réactions psychosomatiques et émotionnelles succèdent au surinvestissement professionnel. Cette phase est suivie d'une frustration marquée par un pessimisme permanent puis de cynisme. Ensuite, l'apathie remplace l'empathie associée à un sentiment de vide. Dès la deuxième phase les symptômes peuvent se révéler dévastateurs. De nombreuses études montrent que les manifestations physiques peuvent atteindre tous les organes

¹² BRISETTE, ARCAND, BONNET. Soigner sans s'épuiser Editions Gaétan Morin Cheneliere Education, 1998.

¹³ SCHAUFELI, GRENNGLASS, 2001.

de l'individu y compris sur le plan psychique conduisant les professionnels vers des consommations médicamenteuses telles que les anxiolytiques, somnifères ou à des comportements addictifs (alcool, drogues). Lorsque la spirale est déclenchée le processus ne cesse de progresser et le sentiment d'inefficacité prend une ampleur démesurée entraînant une grande perte de confiance en soi et ses capacités. Cette dévalorisation s'installe avec une culpabilité d'être moins performant.

WB SCHAUFELI, psychologue des organisations et D. ENZMANN, psychologue chercheur dans le phénomène du burnout, blâment l'environnement de travail, responsable de l'épuisement professionnel dans 60% des cas. Dans cet environnement de travail, deux dimensions bien distinctes sont mises en cause : celle de l'évolution sociétale et celle liée au fonctionnement de l'organisation.

Le niveau sociétal sous – entend, la notion d'efficacité et de performance, c'est à dire la diminution des moyens pour produire un travail de plus en plus exigeant.

Au niveau des organisations, la gestion des ressources humaines et les conduites managériales sont elles aussi mises en cause. Au sein de l'institution, plusieurs facteurs sont vecteurs de stress : la politique de l'établissement, l'organisation, les conditions de travail, le management, les rapports entre les soignants et les cadres de santé, les modes de contrôle et d'évaluation. Pour le sociologue R. SAINSAULIEU¹⁴, l'organisation polaire a été source d'un stress important avec la mise en place de mutualisations, une exigence de mobilité et de flexibilité du personnel.

MASLACH et FREUDENBERGER considèrent le burnout comme un processus de dégradation du rapport au travail. Ce processus est évolutif et s'articule autour de trois dimensions qui touchent les ressources internes : **l'épuisement émotionnel, la déshumanisation et la diminution de l'accomplissement.**

6.2 Les manifestations

L'épuisement émotionnel, psychique et physique est l'une des premières manifestations à considérer. Le soignant présente des troubles thymiques inhabituels, montre des signes d'irritabilité avec une certaine labilité.

Il peut également développer une déshumanisation de la relation à l'autre. Il possède une certaine rigidité envers autrui et adopter une attitude cynique dépourvue d'empathie. Il est en perte de toutes sortes d'émotions laissant place à l'apathie. Il devient même parfois impassible aux souffrances des autres donc du patient. Cette mise à distance est considérée comme un mécanisme de défense. Le soignant réalise des actes de soins avec automatisme en perdant son intérêt et son sens.

Progressivement, il se désengage, réduit son investissement tant dans son travail que dans la vie au sein du service. Ces troubles perturbent profondément ses relations au travail et ont un impact également sur sa vie personnelle.

Le burnout se caractérise par une perte de l'accomplissement personnel qui se traduit par une dévalorisation de soi, un sentiment d'inefficacité voire d'inutilité au travail.

Au travers de ces dimensions l'épuisement professionnel s'installe donc progressivement.

Les douleurs dorsales, une fatigue, une insomnie sont des signes précurseurs de l'épuisement pouvant conduire jusqu'à la dépression profonde. MASLACH distingue le burnout des maladies mentales même, si, une infime ressemblance symptomatique les sépare. L'épuisement professionnel est « *une spirale dangereuse susceptible de conduire au basculement dans la maladie-dépression ou maladie somatique – et à la désinsertion sur le plan professionnel, social et familial.* »¹⁵

Le soignant, à l'origine surinvestit dans son travail montre des symptômes semblables à la dépression et se « détache » de l'intérêt du soin. Paradoxalement, par peur du changement, il persiste dans cet environnement pourtant devenu source de souffrance. Pour d'autres l'absentéisme ponctuel et répété est un signe de fuite du travail.

¹⁴ Le malaise des soignants. Le travail sous pression à l'hôpital.

¹⁵ ANACT Agence Nationale pour l'Amélioration des conditions de travail

6.3 Les facteurs de risques

Dans le secteur de la santé, les facteurs de risques prédisposés à l'épuisement sont multiples. Ils peuvent être d'ordre individuel, relationnel ou organisationnel.

Pour C. DEJOURS, les professionnels qui travaillent auprès des malades ou des grabataires sont les plus exposés à l'épuisement professionnel.

Le burnout concerne les professionnels qui accordent une forte importance à leur travail et se surinvestissent professionnellement. Pour ces personnes, le travail touche l'identité professionnelle et individuelle dans le but de se réaliser. Le soignant se sent utile et s'accomplit grâce au travail.

Des études affirment que les difficultés liées aux spécialités de certains services majorent le risque du burnout notamment dans les services de soins, où, les soignants sont confrontés de façon récurrente à la souffrance ou à la mort. Les secteurs de psychiatrie, de gériatrie et d'oncologie sont reconnus comme « usant » et des situations, comme la mort, sont parfois transférables à des situations personnelles.

De plus, les soignants sont confrontés à des situations relationnelles difficiles avec une recrudescence de la violence verbale et physique à leur encontre malgré leur investissement dans la prise en charge des patients. Cette exacerbation de violence provoque un stress impliqué dans les RPS et responsable d'un certain nombre d'absentéisme.

Les conditions organisationnelles liées à une charge de travail importante contribuent aussi à l'épuisement professionnel. C. DEJOURS implique les interruptions des tâches intempestives. Il entend par ce terme tout événement qui survient et parasite le travail planifié et organisé du soignant. Les services aigus tels que les urgences, la réanimation sont d'autant plus concernés par ce phénomène et sont soumis à de multiples sollicitations (patients, médecins, familles, téléphones...). Ces sur-sollicitations demandent une concentration plus élevée et majore le risque d'erreurs. Le caractère éclaté du travail entraîne inévitablement une insatisfaction du travail et moins de disponibilité pour la relation soignant/soigné.

Les données sont difficilement évaluables mais le burnout est un réel problème de santé publique. Il a des conséquences sur la santé du soignant mais également dans la gestion des ressources humaines. Il entraîne une augmentation de l'absentéisme, d'accidents du travail liés à l'épuisement et favorise les départs en retraite anticipée. Il est donc dans l'intérêt de tous d'agir sur la prévention et le dépistage des risques.

Pour C. DEJOURS (Cotta 2016), le burnout est « *une pathologie dite de surinvestissement* » et entre dans la classification des Risques Psycho sociaux (RPS).

7 Les Risques Psycho Sociaux

Au cours de mes recherches le sens donné aux RPS est commun. Ils sont décrits comme les risques encourus sur la santé physique, psychique et sociale du professionnel et les conditions de travail sont responsables de ce phénomène.

Le rapport du suivi des RPS, de GOLLAC et BODIER réalisé en 2011 définit les RPS comme « *les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrée par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental* »

Ce trouble est reconnu comme un problème de santé publique et suscite de nombreuses instances de mobilisation et de réflexion de la part du ministère, des ARS et des établissements de santé. Si les chiffres aujourd'hui, ils ont considérablement augmenté.

Trois grands aspects sont impliqués dans les RPS : les conditions techniques, les facteurs humains et l'organisation du travail.

Les symptômes, qui sont quasi similaires aux signes d'épuisement professionnel, traduisent un sentiment de souffrance au travail.

Le cadre de santé, a un rôle essentiel dans l'accompagnement des équipes et une influence non négligeable dans la gestion du stress selon trois dimensions : individuelle, managériale et organisationnelle. En matière de harcèlement au travail, J.L Stanislas, cadre supérieur de santé, rappelle l'engagement du cadre à respecter les règles éthiques et déontologiques.

La prévention des RPS est au cœur des préoccupations nationales et devient une priorité pour les directeurs d'hôpitaux comme pour les cadres de santé. Trois grands axes sont conduits au sein des

établissements de santé : l'identification, l'évaluation et la prévention des RPS. Le document unique est mis à disposition pour mesurer et évaluer les risques.

Le cadre de santé est en première ligne pour évaluer et identifier les facteurs de risques et les signes précurseurs des RPS. Il travaille en collaboration avec les différents acteurs et les instances de l'établissement pour mettre en place des leviers d'actions.

Si les RPS ont des conséquences sur la santé physique et morale du personnel, ils ont également un impact financier sur les établissements de santé par l'augmentation évidente de l'absentéisme. Il s'agit d'un premier indicateur d'importance des RPS dans les structures hospitalières. D'autres indicateurs comme le turnover du personnel, les comportements à risques (les conduites addictives ou suicidaires sur le lieu de travail) et la recrudescence de la violence démontrent le poids des RPS dans l'organisation. Ces situations sont inquiétantes pour la sécurité du personnel soignant. La succession des suicides de soignants ces dernières années est un signal d'alarme d'une souffrance croissante des soignants à l'hôpital.

Les RPS sont aujourd'hui pris en considération et des actions de préventions sont menées dans les établissements de santé. La prévention s'oriente sur 3 dimensions : la **prévention primaire** qui agit sur les causes liées à l'organisation, la **prévention secondaire** qui propose des méthodes de gestion du stress et la **prévention tertiaire** qui permet un accompagnement individualisé.

Les compétences de l'encadrement de proximité sont indispensables et son rôle est fondamental autour de cette prévention. Pourtant, dans le contexte actuel, ces marges de manœuvres ne sont pas toujours optimales. Enfin, le cadre de santé apporte une forte contribution dans l'identification des déterminants organisationnels et managériaux de la santé au travail en fonction de différents critères d'évaluation.

Je vais maintenant aborder le **stress** qui est un facteur majeur des RPS conduisant jusqu'à l'épuisement professionnel.

7.1 Le stress

Dans son article¹⁶ A. GINTAC reprend la définition de l'accord national interprofessionnel (2008) qui indique « *qu'un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face* ». Deux états de stress sont mis en évidence : l'un est passager et l'autre prolongé et durable « *l'individu est capable de gérer la pression à court terme, mais il éprouve de grandes difficultés face à une exposition prolongée ou répétée à des pressions intenses* »

H. SEYLE a mis en lumière le concept sur le stress en 1946. Il décrit ce syndrome comme évolutif en trois phases : la phase d'alerte, la phase de résistance et la phase d'épuisement, qui ont un impact sur le plan physique et psychique de l'individu.

Il a mis en évidence deux types de stress appelés respectivement « le bon stress », stimulant, favorable à la motivation et à la productivité et « le mauvais stress ». Celui-ci entraîne des conséquences destructrices sur la santé physique et psychique de la personne comme le développement de maladies cardiovasculaires et les troubles musculo squelettique, une dépression conduisant jusqu'au suicide et les conduites addictives.

Le concept du stress est apparu lors de la période du Taylorisme, qui par la division des tâches a augmenté la pénibilité du travail et l'isolement des ouvriers. Dans les années 80, les exigences de qualité et de performance prennent une place dans les entreprises. C.DEJOURS qui s'est intéressé à la dynamique du travail démontre les effets néfastes du travail sur la santé mentale. Il déplore une détérioration des relations humaines alors qu'elles sont indispensables sur un plan cognitif.

Dans les établissements de santé, le stress a été majoré au fil des évolutions induites par les différentes réformes. L'hôpital entre dans une logique économique et de maîtrise des coûts entraînant des répercussions sur le nombre des effectifs alors que paradoxalement des exigences de qualité des soins sont demandées. Les conditions de travail sont impliquées dans le mécanisme du stress.

¹⁶ GINTAC A. Le stress au travail, un état des lieux. Management & Avenir 2011/1, n° 41, p89-106.

L'enquête menée par l'ANFH en 2016 auprès de 80 000 agents de la fonction hospitalière montre des résultats inquiétants concernant une croissance des tensions dues au travail par rapport à 2013. Le personnel interrogé justifie ce problème principalement par une augmentation de la charge de travail alors que les conditions de travail se dégradent.

Tous les chercheurs s'accordent sur le fait que le stress chronique qui touche la sphère professionnelle est responsable du Burnout. En effet, le burnout est l'expression du stress lorsque tous les mécanismes d'adaptation de l'individu sont arrivés au maximum.

Le stress vécu de façon chronique symbolise à lui seul un symptôme majeur de l'épuisement professionnel. Celui-ci est donc consécutif à des situations de stress prolongées, répétées sur une longue durée allant de un à cinq ans.

Lorsque le sujet de la souffrance au travail est traité, il fait écho inévitablement à la qualité de vie au travail.

8 La Qualité de Vie au Travail (QVT)

L'OMS définit la qualité de vie au travail comme « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte, de la culture et du système des valeurs dans lesquelles il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et inquiétudes* »¹⁷.

Dans le secteur de soin, les recherches ont été longtemps dirigées vers les indicateurs négatifs de la santé au travail (stress, RPS, burnout) et leurs conséquences sur le soignant.

Le rapport Lachmann de 2010 consacré au bien-être au travail, situe les managers de proximité comme les premiers acteurs de la qualité de vie au travail. Il possède une place stratégique de prévention de l'épuisement professionnel.

En 2016, M. TOURAINE, alors ministre des affaires sociales et de la santé, lance une stratégie nationale, dite « prioritaire », d'amélioration de la qualité de vie au travail de l'ensemble des professionnels de santé. Elle propose des outils pour améliorer l'environnement et les conditions de travail des professionnels au quotidien, de les accompagner dans les courants du changement et d'améliorer l'identification des RPS.

Soucieuse de la santé des soignants, l'HAS a elle-même intégré des critères de qualité de vie au travail dans la démarche de certification des établissements de santé.

Le cadre de santé est l'acteur central entre les demandes de la direction et le management de la mobilité. Il est également responsable de la qualité de vie au travail des soignants et se trouve en première intention pour repérer les signes d'épuisement professionnel. Dans la partie suivante, je vais faire un focus sur la fonction cadre de santé. Je reviendrai d'abord sur l'histoire de la fonction puis son rôle au sein de l'institution et pour finir par ses fonctions managériales.

¹⁷ BRUNAUT P, FOUQUEREAU, Gillet-N. Qualité de vie au travail et management participatif. Editions Lamarre, 2012, Ch. 6, p49.

9 Le cadre de santé

Le cadre est apparu pendant le développement de l'économie industrielle. A cette période le terme cadre prend son sens dans le monde de l'entreprise et devient « *le personnel d'encadrement* »¹⁸. Même si la notion d'encadrement est prédominante, elle ne suffit pas pour définir le cadre de santé qui a vu ses missions évoluées en parallèle des grandes mutations hospitalières.

9.1 Le cadre de santé et son histoire

Au Moyen âge, l'organisation ecclésiastique donne naissance aux religieuses qui ont pour fonction principale le service aux pauvres, aux exclus et aux malades. Les mères supérieures assurent un rôle de surveillante, d'intendante et du maintien de la discipline. La dimension d'autorité est alors très prégnante. Au début du XXème siècle, la dénomination « surveillante » est apparue. L'infirmière la plus experte est à ce moment-là promue, par le médecin, au rang « d'infirmière-chef ». Le décret du 17 avril 1943 portant sur la réglementation d'administration, définit la fonction d'encadrement aux surveillantes ainsi : « *Les surveillantes dirigent les services des malades et le personnel placé sous leurs ordres, sous l'autorité du directeur pour toutes les questions administratives et sous l'autorité du médecin chef de service pour les soins à donner aux malades* ». ¹⁹

L'évolution de la profession est ensuite divisée en deux périodes, de 1950 à 1990 puis de 1990 à nos jours. D'ailleurs cette dernière période rejoint la succession des nombreuses réformes hospitalières qui ont bouleversé le fonctionnement et l'organisation des hôpitaux à partir de 1991. La première école de cadre de santé a été créée en 1951 par la Croix Rouge française. Les premiers diplômes sont ensuite apparus. Le décret du 14 novembre 1958, a permis la création du Certificat d'Aptitude aux Fonctions Infirmières Monitrice (CAFIM) et d'Infirmière Surveillante (CAFIS). Ces certificats sont délivrés à tous les professionnels titulaires du diplôme d'état d'infirmière et qui suit une formation de huit mois dans une école de cadres agréée par le ministère de la santé.

La fonction de cadre de santé fait émergence avec le décret du 9 octobre 1975 relatif au Certificat Cadre Infirmier (CCI). Bien que la dénomination « surveillante » reste dans le langage hospitalier, elle devient **Cadre Infirmier**.

La circulaire du 20 février 1990 clarifie le rôle et les missions du cadre de santé : « *il participe en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire médicale à la définition des objectifs et du projet de l'unité* ». Ainsi, les surveillants s'éloignent de la pratique du soin et s'imprègnent des missions de gestion, de coordination et d'animation d'équipe.

Les certificats existants sont remplacés par l'arrivée du diplôme de cadre de santé régit par **le décret du 18 août 1995**. Le module 4 de la formation précise d'ailleurs la fonction d'encadrement et managériale. Il revoit également l'accès à la fonction qui n'est plus exclusivement réservé à la corporation infirmière. Le décret du 31 décembre 2001 marque un nouveau tournant dans la fonction. L'écueil est de constater l'émergence strictement managériale et organisationnelle. Le cadre de santé a pour mission d'« *organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, medicotechnique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations* ».

En 2013, tous les IFCS établissent un partenariat avec les universités pour intégrer un master au programme de formation.

Le cadre de santé est donc passé par trois dénominations, d'abord surveillant, puis cadre infirmier et cadre de santé. Au fur et à mesure des changements et des exigences organisationnelles de l'hôpital, les compétences attendues et le rôle du cadre de santé ont évolué.

9.2 Le rôle du cadre.

Etymologiquement, le mot cadre est issu d'une double articulation entre l'italien *quadro* et le latin *quadrus* qui signifie « carré » et qui s'est ensuite transformée en *quadrare* qui veut dire « encadrer,

¹⁸ . <http://www.cnrtl.fr/étymologie/cadre>

¹⁹ Décret du 17 avril 1943. [Consulté le 15 février 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006072701&dateTexte=20101105>

encadrement ». Ce terme est en premier lieu utilisé dans le vocabulaire militariste. D'une manière générale le cadre est « *un salarié ayant acquis une fonction supérieure et qui exerce en principe une fonction de commandement, de contrôle ou de direction dans une entreprise ou une administration, en assumant des responsabilités, et qui bénéficie d'un statut particulier par rapport aux employés et ouvriers, dans de nombreuses conventions collectives* »²⁰.

H. MINTZBERG, sociologue, s'est intéressé aux différentes activités des cadres dans une entreprise et a relevé des missions plutôt complexes et un planning journalier décousu. Il a mis en avant dix rôles essentiels du manager²¹ répartis sur trois niveaux : les rôles interpersonnels, les rôles liés à l'information et les rôles décisionnels. Ces dix rôles sont transposables au rôle du cadre de santé.

9.2.1 Les rôles interpersonnels

Le manager est le **symbole** que renvoie l'image de sa fonction. Il représente son équipe ou son service au sein de son entreprise mais aussi au regard des organisations extérieures. « *Le cadre a le devoir de représenter son organisation dans toutes les occasions formelles* ».

Il incarne un rôle de **leader** en impulsant la motivation et le dynamisme d'équipe ; il fixe les règles et les objectifs. L'environnement dans lequel travaillent les équipes dépend du leader. Celui-ci « *définit les relations du cadre avec ses subordonnés : motivation, gestion du personnel* ».

Enfin, le cadre assure un rôle d'**agent de liaison** : « *interagissant avec des pairs et des personnes extérieures à l'organisation pour obtenir des faveurs et informations* ». En effet, le cadre est en recherche permanente d'informations, il construit un réseau autour de lui. Mintzberg souligne toutefois que le cadre passe davantage de temps aux échanges avec ses pairs ou avec les personnes extérieures qu'avec ses subordonnés.

9.2.2 Les rôles liés à l'information

« *Pour ses subordonnés, pour l'observateur et pour lui – même, le cadre occupe clairement la position centrale dans la circulation de certains types d'informations dans l'organisation. En fait, le cadre est le centre nerveux de son organisation. Le flux des informations passe par lui* ». Le cadre de santé est l'interlocuteur des trois logiques : administratives, médicales et paramédicales.

Le cadre incarne un rôle d'**observateur actif** à la recherche constante d'informations. Il est « *en quête d'informations afin de détecter les changements, d'identifier les problèmes et les opportunités, d'accumuler les données sur le milieu, de savoir qu'il y a des informations à diffuser et les décisions à prendre* ».

Il est au premier plan de l'information qui lui permet inéluctablement d'être **diffuseur** « *en transmettant des informations de l'extérieur vers son organisation d'une part, et d'autre part d'un subordonné à un autre à l'intérieur de l'organisation* ».

Le manager est aussi le **porte – parole** de ses équipes, aussi bien vers l'extérieur que l'intérieur de l'entreprise. Le manager « *communique à l'extérieur des informations sur son organisation* ».

Finalement, le cadre a un accès privilégié aux informations et lui donne la position centrale de l'information et la communication. « *Pour ses subordonnés, pour l'observateur, et pour lui-même, le cadre occupe clairement la position centrale dans la circulation de certains types d'informations dans l'organisation. En fait, le cadre est le centre nerveux de son organisation. Le flux d'informations non routinières passe par lui* ».

9.2.3 Les rôles décisionnels (décider, prévoir, planifier et contrôler).

Le manager est **entrepreneur**. Il élabore et conduit des projets d'établissements ou de service mais qu'il ne peut mener à terme sans la participation de ses subordonnés ou sa hiérarchie. « *La fonction du cadre est de prendre l'initiative du changement* ».

Le cadre assure un rôle de **régulateur** dans la gestion des imprévus, des problèmes à résoudre et des conflits. Il « *prend en charge les problèmes pouvant conduire à des crises et répond aux pressions exercées sur son organisation* ».

²⁰ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/cadre/12057>

²¹ MINTZBERG H. Le manager au quotidien : les 10 rôles du cadre. Editions d'organisation, 2006, p84-99

Enfin, il exerce un rôle de **négociateur** non négligeable avec ses collaborateurs mais également avec ses supérieurs ou des personnes extérieures. « *Il traite des situations dans lesquelles il se sent obligé d'entamer des négociations au nom de son organisation.* »

Le cadre de santé s'approprie ces différents rôles. Il est au cœur de l'organisation entre l'équipe de soins et la direction. La fonction du cadre s'apparente à celle d'un « *acteur (...) ayant en charge la gestion et le développement d'équipes de travail, en vue d'atteindre des objectifs de performance et d'efficacité* »²².

D'après J.L. STANISLAS, l'activité du cadre de santé nécessite aujourd'hui des compétences tant managériales, techniques, gestionnaires voire d'expertises. Les missions du cadre ne cessent d'augmenter pour répondre aux injonctions de l'organisation hospitalière. Il a une place stratégique dans la conduite des projets centrés sur la qualité des soins et dans l'accompagnement au changement. Le changement, en fonction des individus, peut être vécu comme une opportunité ou au contraire comme une contrainte. Le changement est « *une rupture dans son fonctionnement lorsque les éléments suivants sont transformés : les pratiques, les conditions de travail, les outils, l'organisation, le métier, la stratégie et la culture* ». ²³ Le processus du changement présente plusieurs étapes : le refus de comprendre, la résistance, la décompensation, la résignation et l'intégration. Le recours à la mobilité s'est montré un vrai défi pour le cadre de santé face à des soignants résistants au changement en leur demandant de passer d'une logique de service à une logique de pôle. La mobilité, en outre, s'inscrit dans un changement dit « prescrit » c'est-à-dire qu'il est imposé par l'institution. Le cadre de santé déploie ses compétences managériales et d'encadrement pour accompagner, donner du sens à cette mobilité, susciter la reconnaissance et maintenir une qualité de vie au travail pour éviter l'épuisement professionnel. J.M. REVILLOT précise la position du cadre de proximité comme « *une présence, une attention, une proximité, un équilibre entre des fonctions managériales et d'encadrement (...)* ». ²⁴

9.3 La fonction managériale

L'étymologie des termes « management » et « manager » est d'origine latine « *manus* »²⁵(main) et de « *managerria* » qui signifie « manœuvrer ». En anglais, le management est une action de conduire, de diriger, d'entraîner. En français, le terme recouvre l'ensemble des techniques de gestion et d'organisation d'une entreprise. Le management est un concept qui a émergé à l'ère de l'industrialisation, longtemps réservé dans la gestion du personnel en entreprise. Après un management purement directif pendant la période Taylorienne, c'est en 1977 que Crozier et Friedberg développent un management construit sur la relation humaine. Le cadre cherche à créer à l'adhésion aux projets des collaborateurs en utilisant des méthodes persuasives.

Selon THIETHARD, « *le management est l'art de conduire, diriger, motiver et contrôler les membres d'une organisation, en établissant des liens entre les différents acteurs du système dans un souci de cohérence et d'efficacité. Le style de management peut varier selon le profil des dirigeants, la nature de l'environnement et la taille de l'entreprise* ». ²⁶

Dans le secteur hospitalier, le manager est associé à l'encadrement. J. HART et S.LUCAS, comparent les cadres de santé à « *un maillon de mise en œuvre des projets institutionnels puisque c'est à leur niveau que l'opérationnalité s'exerce, que les évaluations de projets s'opèrent* ». ²⁷

Pour Fayol, économiste pionnier de la gestion d'entreprise, le management a une fonction plutôt administrative alors que pour Mayo, psychologue et sociologue accorde une grande importance à l'humain dans le management. Il est fondateur des relations humaines en management. La fonction managériale renvoie à une dimension d'organisation et de gestion. Le cadre de santé adopte un

²² GILBERT P. Répondre aux mutations de l'environnement des entreprises : le métier de manager aujourd'hui. La documentation française, n°321, 2004.

²³ AUTISSIER D, MOUTOT J-M. Méthode de conduite du changement : diagnostic, accompagnement, pilotage. Editions DUNOD, 2012, p 7.

²⁴ REVILLOT J.M. Pour une vision éthique de cadre de santé. Editions LAMARRE, Rueil Malmaison, 2010, p 167.

²⁵ REVILLOT J.M. Pour une vision éthique de cadre de santé. Editions LAMARRE, Rueil Malmaison, 2010, p 91.

²⁶ MEIRER O. Dico du manager. Éditions Dundod, 2009, p122.

²⁷ HART J, LUCAS S. Management hospitaliers stratégies nouvelles des cadres. Editions Lamarre, 2002

management situationnel, c'est-à-dire qu'il l'adapte en fonction des situations en combinant 4 modes de management.

9.3.1 Les quatre modes de management

Il existe différents modes de management qui vont être influencés par les situations, par l'équipe et par la personnalité du cadre de santé. Selon K. BLANCHARD et P. HERSEY, chercheurs, le management s'articule entre quatre notions : le management directif ou encore appelé autocratique, le management persuasif ou dit « relationnel », le management délégatif et le management participatif ou « démocratique ».

Le management directif

Le but de ce mode de management est d'instaurer des règles et de structurer l'organisation.

Le cadre de santé donne ses prérogatives, ses instructions, impose et répartit les ressources pour réaliser le travail. Il contrôle et prend seul les décisions sans tenir compte de l'avis de l'équipe. Ce mode de management est centré sur la tâche au détriment des relations humaines.

Lorsque le management directif est prédominant dans les secteurs de soins, il peut engendrer une démotivation des équipes. Le manager est parfois confronté à des résistances qui créent un climat conflictuel.

Le management directif est adapté aux situations d'urgences car il induit un rôle passif ne permettant aucun investissement personnel amenant parfois à appliquer des directives non comprises.

Le management persuasif :

Ce management est fondé sur un mode plus explicatif et sur la persuasion. Dans son discours le cadre de santé cherche à convaincre les soignants. Ici, le manager écoute l'avis de son équipe mais la décision n'est pas consensuelle. Elle revient exclusivement au manager. Même si ce management est centré sur la tâche, une dimension relationnelle est toutefois accordée. L'avantage de ce management est de générer l'adhésion de l'équipe aux différents projets.

Le management délégatif :

L'objectif de ce management est de responsabiliser les équipes par la délégation de missions précises. Dans ce mode de management, le cadre de santé recherche à initier la prise d'initiatives de l'équipe et la conduire vers l'autonomie. Aucun avis hiérarchique n'est émis et le manager se met en retrait de toute prise de décision. K. LEWIN, psychologue qui a mené des recherches sur le leadership, définit cette méthode comme le « laisser faire institutionnel ». En effet, la délégation peut aussi entraîner des dérives telles qu'une absence de contrôle du cadre ou un laxisme de ses responsabilités, un abus de délégation. Je peux prendre par exemple les commandes de pharmacie réalisées par les infirmières mais qui n'excluent pas le contrôle du cadre.

L'avantage du management délégatif est de créer une relation de confiance entre le manager et les professionnels de santé.

Le management participatif :

Le but de ce management est d'encourager les professionnels à participer au projet. Le cadre de santé favorise les échanges avec son équipe et tient compte de leur avis. Les professionnels contribuent à la prise de décision en apportant des éléments de proposition et/ou de solution. Mais le manager assume seul les conséquences de la prise de décision.

Ce mode de management permet de créer une relation de confiance entre le manager et les professionnels, de développer une cohésion d'équipe et de maintenir une motivation. En revanche, il doit être vigilant car un excès d'implication augmente le risque de surinvestissement de certains soignants.

Pour illustrer la description de ce mode de management je vais me référer à R. Likert, professeur en psychologie :

« Il cherche à développer des relations de confiance forte avec ses collaborateurs (...). L'esprit d'équipe et les dynamiques de groupes constituent de véritables objectifs stratégiques internes à la structure et le mode de management cherche à expliciter les buts à atteindre, le projet de l'entreprise ». ²⁸ L'auteur a mis en évidence les dimensions de relation de confiance, la cohésion d'équipe et leur implication dans les projets.

Aucun style de management n'est prédictif, le cadre de santé adopte le mode de management le plus adapté en fonction des situations ou des soignants. Il est donc essentiel pour le cadre de santé d'observer et de connaître chacun des membres de son équipe.

Le style participatif est recommandé dans le management d'équipe pour prévenir le stress et améliorer la qualité de vie au travail.

La stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail du 5 décembre 2016 préconise une formation sur « le management, la gestion et l'animation d'équipes, les leviers de la reconnaissance, la résolution de conflits et la conduite de projet. Le management est en effet l'échelon – clé pour diffuser et améliorer la qualité de vie au travail. Une équipe qui bénéficie d'un management performant, qui sait reconnaître et valoriser ses membres, sera moins exposée aux RPS et saura mieux gérer les situations de soins les plus difficiles ».

La souffrance au travail vient aussi du manque de reconnaissance, de la part de la ligne hiérarchique, des pairs ou des patients, pour le travail réalisé.

La reconnaissance professionnelle est un élément indispensable pour valoriser et développer la motivation du soignant. Je vais donc inclure une partie sur le management via la reconnaissance professionnelle.

9.4 Le management par la reconnaissance professionnelle

La reconnaissance professionnelle est un enjeu fondamental dans la prévention des RPS.

Le concept de reconnaissance professionnelle a fait l'objet de nombreuses recherches en philosophie et sociologie. Maslow situe la reconnaissance parmi les 5 besoins fondamentaux dans la classification hiérarchique qu'il a élaborée.

L'étymologie du terme reconnaissance signifie « faire renaître dans la mémoire une image, une idée ». Jean Pierre Brun, professeur de management, cite les notions de la reconnaissance dans sa définition : « objet insaisissable car multidimensionnel, elle est à la fois individuelle et collective, quotidienne et ritualisée ; elle concerne autant la personne que le travail ; elle peut être financière ou « symbolique ». La pratique de la reconnaissance doit prendre en compte toutes ces dimensions ». ²⁹

Il décline quatre formes de reconnaissances :

- **La reconnaissance existentielle** qui porte sur la personne en tant qu'individu. Le cadre va exprimer des valorisations de la personne de façon individuelle, elle donne à l'employé un sentiment d'exister. Trois autres modes découlent de cette forme de reconnaissance.
- **La reconnaissance des résultats du travail** est portée sur l'efficacité et l'utilité du travail fourni par l'employé. Elle est généralement accompagnée d'une récompense financière. L'employé se sent valorisé et important à l'institution.
- **La reconnaissance de la pratique de travail** s'intéresse à la façon dont l'employé atteint les objectifs par ses compétences. Il se sent ainsi reconnu pour son expertise et participe à l'estime de soi.
- **La reconnaissance concernant l'investissement** déployé pour atteindre les résultats.

A la période taylorienne, la reconnaissance se traduit principalement par une valorisation financière. Pour Herzberg les primes et les augmentations de salaires, n'influencent pas durablement dans le temps la motivation mais, elles empêchent la démotivation.

Plusieurs auteurs estiment que la reconnaissance est fondamentale pour exister : « Etre reconnu c'est être présent dans l'esprit de l'autre, c'est existé pour l'autre, c'est devenir pour l'autre un objet d'intérêt » ³⁰.

Les besoins de reconnaissance sont vécus à des degrés différents en fonction des personnalités de chacun. « De la reconnaissance dépend, en effet le sens de la souffrance. Lorsque la qualité de mon travail est

²⁸ PLANE JM. Théorie et management des organisations. Editions Dundod, 2008, p76.

²⁹ BRUN JP. La reconnaissance au travail. Sciences Humaines, 2008 n°12. Disponible sur https://www.scienceshumaines.com/la-reconnaissance-au-travail_fr_22737.html

³⁰ Extrait de STRAUSS A. La trame de la négociation. Edition : L'Harmattan, 1992, p59.

reconnue, ce sont ainsi mes efforts, mes angoisses, mes doutes, mes déceptions, mes découragements qui prennent sens. Toute cette souffrance n'a donc pas été vaine. » (Dejours, 1998).

La reconnaissance suppose être fondée sur l'objectivité du manager en fonction d'éléments factuels. Elle passe en premier lieu par « *la restitution de la manière dont les problèmes relatés ont été accueillis, compris et réfléchis par le cadre* »³¹. Les professionnels ont l'impression d'être reconnus pour leurs efforts fournis et leurs performances. Ils se sentent entendus et soutenus.

« *La reconnaissance, qu'elle soit en direction de la personne, de son travail, de ses convictions, suppose une utilisation fondée sur l'honnêteté intellectuelle. Il ne s'agit pas de dire aux gens ce qu'ils veulent entendre mais de dire ce qui est factuel, en mettant en avant ce qui a du sens pour l'interlocuteur* ». ³² La reconnaissance doit donc être utilisée à bon escient en toute objectivité.

Pourtant, un décalage subsiste parfois entre les pratiques de reconnaissance du cadre de santé et le sentiment de non – reconnaissance des soignants. En effet, une reconnaissance inadaptée pourrait être vécue comme une non – reconnaissance. Le soignant n'est pas toujours réceptif aux signes de reconnaissances et l'interprète en fonction des situations.

La reconnaissance est étroitement liée à la dimension d'identité.

9.5 L'identité professionnelle

Pour C. DUBAR, philosophe et sociologue, la reconnaissance a une importance primordiale dans la construction identitaire. Le mot identité vient du latin « *Identitas* » qui désigne « *la qualité qui est la même* ». Il rappelle que l'identité se construit autour de la dimension individuelle l'image que l'on se construit de soi – même, dès l'enfance, en fonction de sa propre histoire de vie, des relations aux autres, de l'image renvoyée à autrui. La construction identitaire n'est pas figée, elle se poursuit à l'âge adulte avec le travail, lieu de socialisation.

C.DUBAR décline 2 principaux processus identitaires. La première forme identitaire est « *l'identité pour autrui* », interaction relationnelle avec autrui. Elle est basée sur le désir de reconnaissance de l'individu.

La deuxième identité reconnue par C. DUBAR est « *l'identité pour soi* » s'appuie sur un parcours personnel et social impliquant notamment le contexte familial, l'éducation scolaire et religieuse, la culture, l'environnement ethnique et le milieu socioprofessionnel.

Ces deux identités se combinent entre elles dans le milieu professionnel et permet à l'individu de trouver un équilibre. L'identité professionnelle s'inscrit donc dans une identité liée à un métier ou une profession.

La profession infirmière forme une corporation autour de valeurs et de savoirs théoriques et techniques identiques. Pour Guy Le Boterf le métier est source d'identité. Il s'agit d'une communauté d'appartenance et de compétences. C.DUBAR explique que les changements d'organisation conduisent à des « *crises d'identité* », tant que les professionnels de santé n'ont pas maîtrisé les nouvelles organisations de travail. La notion de stabilité est alors remise en cause. Le groupe favorise la construction de cette identité professionnelle et sociale avec les collègues de travail. Pour R. SAINSAULIEU, l'équipe permet de développer un collectif de travail au sein d'un même service. L'HAS définit l'équipe comme : « *un groupe de professionnels qui s'engagent à travailler ensemble autour d'un projet commun centré sur le patient. L'équipe se compose de professionnels avec des compétences complémentaires dont le patient a besoin* ». ³³ Chacun des membres s'appuie sur des règles, des repères, une culture, des interactions autour de situations et d'objectifs communs. R. MUCCHIELLI, psycho sociologue, définit l'équipe comme « *un petit groupe coopératif, motivé par une tâche commune, solidaire, caractérisé par l'unité, la cohésion et l'esprit d'équipe* »³⁴.

La mobilité suppose fragiliser cette notion d'équipe et le sentiment d'appartenance.

³¹ REVILLOT J.M. Pour une vision éthique de cadre de santé. Editions LAMARRE, Rueil Malmaison, 2010, p 91.

³² DUBOURG P. Qualité de vie au travail et management participatif. Editions Lamarre, 2012, p67.

³³ ³³ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601003/fr/travailler-en-equipe consulté le 06/02/2018

³⁴ MUCCHIELLI R. Le travail en équipe, clé pour une meilleure efficacité collective. Édition ESF, 2016, 203pages

A l'issue du cadre de référence, je peux déduire que la mobilité pourrait être impliquée dans les facteurs organisationnels responsables des RPS, notamment, du stress, et, par conséquent, de l'épuisement professionnel. En effet, elle demande une polyvalence, une flexibilité, une adaptabilité et un déploiement de nombreuses compétences au sein d'un service qui peut parfois entraîner une perte d'identité professionnelle. Mais qu'en est-il réellement sur le terrain ?

Quelles sont les stratégies managériales mises en place par le cadre de santé pour appliquer les politiques institutionnelles de mobilité, inscrire les professionnels de santé dans une dynamique de pôle en les préservant de l'épuisement professionnel ?

J'émet ainsi l'hypothèse suivante :

Hypothèse :

La politique de mobilité instaurée institutionnellement et le management appliqué par le cadre de santé favorisent l'adhésion des professionnels de santé à la mobilité au sein d'un pôle d'activité.

Afin d'affirmer ou infirmer cette hypothèse, je vais mener une enquête de terrain auprès de professionnels. Dans le chapitre suivant, je vais présenter le processus de cette enquête.

ENQUETE DE TERRAIN

10 Présentation de la démarche

Pour vérifier mon hypothèse je vais m'intéresser aux conduites managériales de la mobilité organisées au sein des institutions, des pôles et des unités de soins. Mes objectifs de recherche se déclinent ainsi :

- Comprendre la politique de mobilité institutionnelle et la place de celle – c au sein des pôles d'activités.
- Percevoir les enjeux institutionnels grâce au recours à la mobilité, les leviers et les freins de cette mobilité.
- Appréhender le management de la mobilité et les missions du cadre de santé.
- Evaluer l'impact de la mobilité sur le personnel.

11 Choix de l'établissement et de la population.

J'ai orienté mes entretiens vers des établissements publics au sein d'un même GH. Je me suis mise en relation avec la DSAP (Directeur de soins paramédicaux) de ce GH qui m'a ensuite recommandé un CPP (Cadre Paramédical de Pôle) qui, lui-même, m'a adressé à des cadres de son pôle. J'ai saisi cette opportunité dans le but de comprendre le fonctionnement d'un pôle et le rôle de chacun de ces professionnels.

Ensuite, j'ai profité de mon stage d'encadrement pour mener cette enquête au sein d'un établissement de ce GH et rencontré les mêmes catégories professionnelles. Cet hôpital est spécifique puisqu'à lui seul il représente un des trois pôles gériatriques du GH. Lors de ce stage, j'ai pu constater une mobilité importante et appréhender le management du cadre de santé, ce qui m'a dirigé vers ce choix.

J'ai préféré ne pas interroger des infirmières car les résultats des entretiens à partir d'un petit échantillon seraient peu représentatifs de la population. J'ai alors réfléchi sur l'éventualité de diffuser un questionnaire en ligne mais le sujet mérite des précisions individuelles que je n'aurais pas eu via cet outil.

Je me suis centrée sur ma recherche principale : le **management de la mobilité**.

12 Choix de l'outil

Pour obtenir une analyse qualitative étoffée, j'ai utilisé des entretiens semi directifs. L'entretien permet de recueillir des éléments précis, riches et variés. Il demande un grand sens d'adaptabilité intellectuelle pour respecter l'ordre des questions initialement défini dans une grille d'entretien.

Pour cette recherche, j'ai élaboré deux grilles d'entretien bien distinctes. Afin de comprendre la politique institutionnelle de la mobilité et ses stratégies managériales, j'ai proposé une grille destinée aux DSAP et aux CPP. La deuxième grille s'adresse aux cadres de santé. Elle a pour objectif de cibler la dimension managériale de proximité, de percevoir les enjeux, de comprendre leur rôle dans la politique de mobilité. Les questions de ces deux grilles sont étroitement liées pour obtenir des éléments de comparaison et de discussion.

13 Déroulement des entretiens

Après la validation de ma grille d'entretien par ma directrice de mémoire, j'ai envoyé mes demandes par courrier électronique auprès de trois directeurs de soins d'établissements publics. Deux réponses me sont revenues favorables : un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et un établissement gériatrique ; tous les deux rattachés à un même GH de l'Assistance Publique. Chacun des deux assurent son organisation des soins et possède sa propre entité. Les deux directrices des soins paramédicaux (DSAP) ont souhaité visualiser ma grille d'entretien au préalable avant de me donner leur aval. J'ai effectué mes entretiens auprès du DSAP, un Cadre de Santé Supérieur du

Pôle Cardiologie – Réanimations – Vasculaire – Anesthésie, un cadre de santé en réanimation médicale, un cadre de santé en réanimation de chirurgie digestive et hépatique et un cadre de santé en chirurgie vasculaire du CHU. L'hôpital E est à lui seul un pôle d'activité spécialisé en gériatrie. J'ai également eu l'opportunité de rencontrer la DSAP, le CPP de gérontologie, un cadre de santé en Unité de Gériatrie Aigue et un cadre de santé qui travaille en unité de soins de suites et de réadaptation. Le troisième établissement ne m'a pas donné de suite. J'ai également envoyé une demande à Madame E.VAN SCHINGEN qui a présenté sa thèse relative à la mobilité en septembre 2017 mais je n'ai eu aucun retour de sa part.

Tous mes entretiens se sont déroulés en fin d'après – midi du **6 avril au 27 avril 2018**. A chaque entretien, j'ai été reçue dans un bureau calme ; je n'ai rencontré qu'une seule interruption téléphonique pendant l'entretien N°7. Tous les entretiens étaient fluides.

Avant de commencer l'entretien, j'ai présenté mon parcours professionnel puis j'ai précisé le thème principal de mon mémoire : **le management de la mobilité ponctuelle**. J'ai demandé à mes interlocuteurs l'autorisation d'enregistrer la discussion avec mon dictaphone en garantissant l'anonymat notamment lors de la retranscription, annexée en totalité à la fin de ce mémoire. J'ai fixé la durée de l'entretien de 30 à 45 minutes maximum que j'ai respecté pour tous les entretiens. Lors de mes entretiens, j'ai utilisé des questions de relance et parfois un peu d'improvisation qui m'ont permis de rebondir et garder le fil conducteur. J'ai également manié la reformulation tout en restant vigilante de ne pas induire la réponse recherchée.

14 Les limites de l'entretien

Après mes deux premiers entretiens, je m'aperçois que je ne peux obtenir des réponses bien différenciées pour les questions 6 et 7 relatives aux leviers et les inconvénients de la mobilité. J'ai donc réajusté oralement ces questions en les regroupant pour les entretiens suivants.

Je reconnais que la grille a été toutefois un frein pour conduire mon septième entretien. En effet, le cadre de santé apportait tous les éléments de réponses au fur et à mesure du déroulé, qui s'est révélé très fluide. J'ai eu des difficultés à reprendre le fil de mes questions. J'ai préféré ne pas interrompre son discours et fais le choix de réajuster mon questionnement afin de ne pas obtenir des réponses répétitives. Lors de la retranscription, j'ai envisagé de décomposer son discours et les apposer aux questions, tout en respectant son verbatim, mais je me suis très vite aperçue que je me mettais en difficulté. Cet entretien a été d'autant plus très riche d'informations et j'ai retrouvé tous les éléments que je recherchais. J'ai donc décidé de conserver la structure de l'entretien tel qu'il s'est déroulé. Ce choix n'a pas été un obstacle pour réaliser ma grille d'analyse.

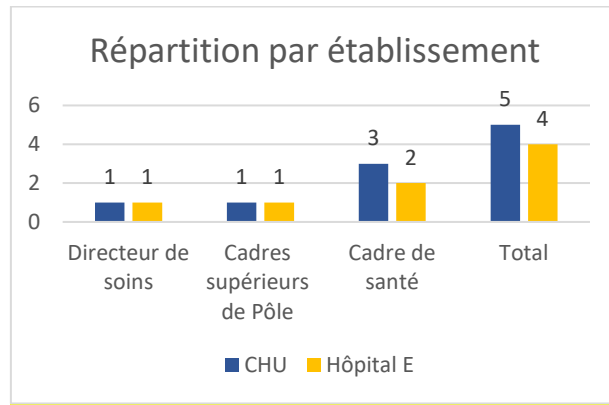
Lors de ma retranscription, je m'aperçois également que pour l'entretien n°8, j'ai oublié de poser la question N°5 « Quelle est votre vision de la mobilité ? ».

J'aurais souhaité étendre ces entretiens vers d'autres établissements et d'autres pôles mais j'ai revu mes objectifs à la baisse car il s'agit d'un travail de longue envergure alors que l'échéance pour rendre ce travail se rapprochait.

15 Présentation des résultats.

15.1 Le profil des personnes interrogées.

J'ai réalisé neuf entretiens au total avec : deux DSAP, deux CPP et cinq cadres de santé dont la répartition est représentée dans le diagramme suivant.



Je me suis intéressée au parcours des neuf professionnels (cf tableau annexe 14).

Les DSAP

Me M, DSAP 1, est diplômée et en poste au sein de l'hôpital E depuis 2016.

Me D, DSAP 2, est plus ancienne dans la fonction ; elle est directrice coordinatrice des soins depuis 8 ans au sein de l'hôpital H.

Les CPP

Les deux CPP ont été nommés en 2017, ils sont donc jeunes dans leur fonction, c'est-à-dire qu'ils occupent un poste inférieur à un an.

Les cadres de santé

Deux cadres de santé sont également en poste depuis 2017 depuis leur sortie de l'IFCS. Les trois autres cadres sont en poste depuis 2015.

Présentation de l'analyse

Suite à la retranscription des entretiens, j'ai réalisé un résumé pour chacun d'entre eux. J'ai extrait les phrases essentielles pour appuyer les notions fortes. Ces résumés m'ont permis de dégager les idées principales, d'identifier les points communs et les contradictions des personnes interrogées. J'ai ensuite opté pour regrouper ces idées sous la forme de thèmes que j'ai insérés dans mon analyse. Je me suis inspirée du cheminement et du plan de mon cadre de référence pour structurer mon analyse. Je vais maintenant présenter mon analyse en concluant chaque partie par une analyse croisée qui permet de mettre en corrélation les données recueillies aux différents concepts abordés dans mon cadre de référence.

16 La mobilité

Toute la population interrogée s'accorde sur l'émergence de la mobilité au sein des pôles d'activités. Sur l'hôpital H, les pôles se sont mis en place progressivement, depuis la gouvernance de la loi HPST de 2009. Lorsque la DSAP est arrivée au sein de l'institution en 2010, la mobilité était déjà instaurée. Pour répondre à l'injonction de diminution des dépenses, elle a renforcé ce qui existait déjà. En revanche, l'organisation de l'hôpital E est plus spécifique puisqu'à lui seul il représente le pôle de gériatrie du GH. Jusqu'en 2016, la mobilité dans cet établissement s'exerçait uniquement autour des changements de planning et, exceptionnellement, des déplacements dans une autre unité mais qui géographiquement était située sur le même étage. Suite à la mise en place de l'OTT, l'année 2016 fût marquée par des mouvements sociaux importants et un fort taux d'absentéisme. Afin de gérer cet absentéisme et assurer une continuité des soins, la DSAP de l'établissement, a commencé à « induire la mobilité » sur l'établissement. La mobilité s'étend alors d'un bâtiment à l'autre et se

généralise sur l'établissement. La mobilité est donc récente sur l'hôpital E et plus prégnante au sein de l'hôpital H.

Lorsque j'aborde la mobilité ponctuelle, tous les acteurs que j'ai rencontrés identifient clairement deux types de mobilité : la **mobilité organisée** et la **mobilité liée à une absence inopinée**. La première permet d'anticiper et de déployer des moyens pour combler les absentéismes prévus (congs, arrêts maladies). La deuxième, est une mobilité mise en place lors d'un arrêt imprévu « *au pied levé* ». Celle – ci semble plus difficile à gérer puisqu'elle ne peut être anticipée.

Pour la moitié des acteurs, la mobilité est **subie** ou **imposée** car les professionnels n'ont pas le choix. Le DSAP2 rajoute que si le recours à la mobilité est trop fréquent, le problème devient du ressort de la gestion des ressources humaines. Pour tous les acteurs, il s'agit d'un mode de gestion qui permet de pallier l'absentéisme mais, comme le précise le CPP1, ce recours doit être une mesure non pérenne. La mobilité est exercée uniquement à l'intérieur du pôle.

Trois professionnels évoquent l'équipe de suppléance, qui est une mobilité dite **choisie**. Dans l'établissement H, une équipe de suppléance était, jusqu'en 2017, exclusivement consacrée aux services de réanimation du pôle. Elle a été dissoute pour des raisons de restructuration des services de réanimation. Cette équipe était donc très spécialisée et a été redéployée dans les différents secteurs de réanimation. A l'hôpital E, l'équipe de suppléance représente une plus petite échelle du personnel par rapport aux besoins.

16.1 La politique de mobilité

Au sein de l'établissement E, la mobilité n'est pas encore formalisée en tant que telle. Un groupe de travail a été créé et une vraie réflexion sur le sujet est actuellement en cours. La mobilité n'est pas annoncée de façon formelle, mais, lors de l'entretien de titularisation, les devoirs du fonctionnaire sont rappelés dont celui de la continuité des soins qui peut laisser supposer via la mobilité.

Au contraire sur l'hôpital H la mobilité est formalisée dès l'embauche en passant par le sommet stratégique : la DSAP et la ligne hiérarchique : le CPP ou le cadre supérieur et les cadres de santé. La mobilité est stipulée sur la fiche de poste des professionnels de santé et spécifiée une nouvelle fois lors de la journée d'accueil organisée par l'établissement pour tous les nouveaux arrivants. Cette journée favorise les premiers échanges entre professionnels qui seront amenés à travailler ultérieurement ensemble et l'esprit pôle est mis en avant. Dans les deux pôles, il n'existe ni livret d'accueil, ni de journée prévue dans le parcours d'intégration du personnel pour approcher l'organisation d'une autre unité. Même si les cadres de santé sont favorables à cette journée, le CPP2 préfère optimiser la totalité de cette période d'intégration au profit du service d'affectation. En effet, il est peu convaincu sur les bénéfices réellement apportés si le soignant se déplace un an après. « *Je ne l'organise pas pendant la période d'intégration, c'est un choix, j'y suis opposé car c'est trop en amont par rapport au moment où l'agent va être déplacé* ». La DSAP 1, pense au contraire, qu'un travail sur un stage d'une ou deux journées dans un autre service permettrait au soignant de se sentir plus à l'aise le jour où il sera déplacé.

Sur l'hôpital H, la mobilité est structurée par **pôle, par spécialité, par fonction et par compétences acquises**. C'est-à-dire que la mobilité est envisageable après une certaine expérience pour ne pas **mettre en difficulté les professionnels et préserver la sécurité des soins**. La DSAP de l'hôpital H s'inspire de ses expériences personnelles et professionnelles qui l'ont « *toujours guidé* » pour conduire la mobilité au sein de l'établissement. Pour elle, l'ancienneté dans la fonction, voire même dans la spécialité est indispensable pour se déplacer vers une autre unité : « *C'est-à-dire qu'il faut que l'agent soit compétent dans son service ou qu'il soit confirmé dans ses compétences pour qu'il puisse bouger* ». Aucune procédure ne précise ce principe mais tous les propos recueillis par les cadres montrent que cette prérogative est respectée. En effet, ils déplacent les agents lorsqu'ils ont une certaine maîtrise et expérience au sein de leur unité d'appartenance entre 6 mois et un an d'expérience.

La culture de pôle est prédominante au sein de l'hôpital H. Pour le CCP 2 le fonctionnement par pôle est fondamental car un service ne peut se suffire à lui-même ; il est incapable de se reconfigurer en cas d'absentéisme sans pénaliser la prise en charge des patients. Il exerce cette politique de

mobilité par la transparence sur tous les sujets. Par exemple, il transmet des tableaux de bords d'indicateurs de mobilité concernant l'établissement et le pôle à l'ensemble des managers. Ainsi, tous les cadres ont une vision globale et participent à la dynamique du pôle.

Il existe donc une politique managériale autour de la solidarité entre les unités du pôle. La DSAP attache une importance particulière au recrutement des CPP et des cadres de santé pour transmettre et conduire la mobilité.

Tous les professionnels interrogés ont une vision globale du pôle, une culture de pôle et ils adhèrent tous à la stratégie institutionnelle. Le CCP 2 rajoute « *Si le cadre devait résister cela demanderait l'intervention du cadre supérieur et du collectif cadre* ». D'ailleurs, les cadres de santé sont eux-mêmes concernés par la mobilité. Lorsqu'un cadre est lui – même absent, une collaboration par binôme a été insufflée.

16.2 L'organisation de la mobilité

La mobilité de l'hôpital H est organisée par secteur. Elle se met en place entre deux secteurs d'activités similaires d'un même pôle. Par exemple, les soignants qui exercent dans un service de réanimation seront déplacés uniquement vers des services de réanimation, ceux d'un service de chirurgie vers un service de chirurgie et d'un service de médecine vers la médecine. La mobilité exercée au sein de l'hôpital E est plus spécifique. Elle est organisée soit en interne du bâtiment soit d'un bâtiment à l'autre. La spécialité du pôle est la gériatrie donc peu importe si le personnel se déplace au SRR ou en SLD. La DSAP 1 précise pourtant que le personnel du secteur de l'UGA est plus facilement mobilisable. Elle se justifie en précisant que l'UGA est dotée suffisamment en infirmières pour avoir une marge supplémentaire par jour. La cadre de santé de cette unité (CS1) explique plutôt que l'UGA est un service qui permet aux infirmiers d'être polyvalents grâce à la diversité que propose l'activité. Ils développent ainsi un panel de compétences qu'ils pourront réinvestir dans d'autres services du pôle. En revanche, aux vues de cette spécificité, les agents des autres secteurs se déplacent peu pour remplacer dans cette unité. Au final, elle a l'impression que cette unité est lésée d'infirmières dès qu'une possibilité de retirer une marge se présente, alors qu'en retour, l'équipe de l'UGA reste en difficulté lorsqu'elle est en sous – effectif.

Pour la DSAP 1, la « mobilité doit *forcément s'organiser* » et se préparer notamment par une anticipation. Cette anticipation est réalisable lorsque la mobilité est prévue. Au sein des deux pôles, lorsqu'il s'agit d'une mobilité organisée, un lissage des plannings prévisionnels du mois suivant, est réalisé lors d'une réunion d'encadrement entre les cadres de santé du pôle, le cadre supérieur et le CCP. Ce lissage permet d'organiser en amont la mobilité du personnel, de l'identifier et le valider sous la forme d'un code couleur. Le lissage de planning est également effectué une fois par semaine par les cadres de santé pour anticiper d'éventuelles absences du week-end. Le logiciel informatique est un outil commun pour faciliter la gestion des ressources humaines. Un code mission permet d'identifier les services qui ont du personnel supplémentaire, de tracer et de notifier la mobilité sur le planning de l'agent. Le CPP2 met à disposition des cadres de santé des tableaux de bords d'indicateurs de mobilité et de statistiques qui permettent d'établir un suivi des besoins (services demandeurs, fonction) et de repérer les fortes mobilités. Trois cadres de santé ont créé leur propre tableau de suivi de la mobilité.

Les procédures et les protocoles de soins institutionnels sont à disposition des professionnels via la gestion électronique documentaire. Ces outils permettent une harmonisation et une uniformisation des pratiques professionnelles pour répondre aux enjeux de la sécurité des soins.

16.3 La représentation de la mobilité

Au regard des réponses reçues pour la question relative à la vision de la mobilité me permet de distinguer les différentes représentations de la mobilité pour les cadres de santé.

La vision managériale d'efficience et de maîtrise de la masse budgétaire est mise en valeur. Les marges de personnel retrouvées dans les services évitent le recours à l'intérim ou aux heures supplémentaires. Mais pour tous les professionnels, il s'agit également d'un concept de solidarité

et d'entraide entre les différents services du pôle. La mobilité est « *une bonne chose* » car elle permet d'extérioriser le personnel vers d'autres organisations. La DSAP, pourtant très à l'aise avec la politique de la mobilité au sein de l'établissement H avoue : « *Je ne suis pas contre la mobilité en tant que coordinateur général des soins, je ne suis pas non plus très favorable, c'est-à-dire qu'il faut le faire de façon intelligente et ne pas mettre en péril la qualité des soins. Il faut être raisonnable et audacieux.* »

Même si elle reconnaît quelques avantages, la CS3, trouve une connotation négative par rapport la sécurité des soins. Pour elle « *ça permet de mettre un chiffre sur un planning* » ou « *une croix qui remplit une case, le chiffre qu'il faut mais je ne suis pas sûre que la qualité des soins soit là.* ». Pour la CS 2, la mobilité est « *pratique* », elle favorise la mutualisation des moyens et permet d'avoir les effectifs requis mais précise : « *c'est juste un chiffre* ».

Pour la CS3, la polyvalence n'est pas représentative de la mobilité. « *Quand ça fait 5 ans qu'on développe et qu'on a acquis des compétences dans une chirurgie. Quand on travaille en réanimation, on a beau avoir un panel de surveillances en raison des défaillances multiviscérales c'est pas pour autant qu'on est polyvalent* ».

16.4 Les leviers de la mobilité

Avec les éléments recueillis, j'ai relevé des leviers à la mobilité qui concernent la structure et les professionnels de santé.

Pour l'institution

Pour une majorité des acteurs, la mobilité facilite la gestion des ressources humaines dans le but de pallier l'absentéisme et maintenir un effectif suffisant. Elle permet de maintenir l'activité afin d'éviter la fermeture de lit. A l'unanimité, la mobilité garantit la continuité des soins.

La CS3 insiste plus particulièrement sur l'avantage d'accueillir des personnes extérieures dans son service de réanimation qui a été marqué par un contexte historique difficile. La mobilité redonne un regard plus positif sur cette unité qui a vu son image profondément changée, notamment grâce aux dispositions d'accueil favorables des soignants.

Pour les professionnels de santé

Grâce à cette extériorisation les soignants font preuve d'un esprit critique sur leur propre organisation et sont force de proposition pour améliorer le fonctionnement dans leur service. Ils se retrouvent face à des spécificités ou des situations de soins enrichissantes et bénéfiques pour leur parcours professionnel. La mobilité favorise les échanges avec d'autres professionnels et d'autres médecins.

Toutes les personnes interrogées s'accordent à dire que la mobilité favorise le maintien et le développement des compétences.

16.5 Les freins de la mobilité

J'ai également relevé des freins à la mobilité :

Pour le patient

Pour le CPP1, la mobilité entraîne une déresponsabilisation des soignants ou une non - adhésion au projet médical. Au regard de la spécialité gériatrique de l'hôpital E, le changement trop fréquent de soignants peut perturber les patients vulnérables par l'âge et par les troubles cognitifs. Le soignant représente un repère fixe pour les patients.

La plupart des acteurs reconnaissent que la qualité des soins peut être diminuée. La polyvalence et l'adaptabilité des soignants ont leurs propres limites même si l'agent est très compétent dans son service. La mobilité demande particulièrement un sens d'adaptation à un environnement inconnu, à une autre équipe, à du matériel, à des procédures et à des protocoles spécifiques.

Le manque d'uniformisation des organisations est un frein. Il oblige les soignants à user de leur capacité d'adaptation et de flexibilité.

Pour les professionnels de santé.

Si le développement des compétences est mis en exergue dans l'enquête comme un levier managérial, le manque de compétence est, à contrario, considéré comme une limite managériale. Le manque d'expérience peut s'avérer déstabilisant car le soignant n'est pas toujours à l'aise dans ses pratiques.

La méconnaissance d'une spécialité, la perte de repères peut générer un stress et déclencher certaines appréhensions du soignant qui ne maîtrise ni la spécialité ni les soins. Par exemple, sur le pôle de l'établissement H, il existe quatre services de réanimation mais « *les équipes médicales sont bien distinctes, 4 réas, 4 organisations médicales différentes, ce qui n'est pas rien avec des prescriptions et pancartes différentes, pour quelqu'un qui est très visuel ça peut être très déstabilisant voir même source d'erreur* ». ³⁵

Analyse croisée

Le sens donné à la mobilité par les acteurs interrogés est en adéquation avec les différentes définitions recherchées dans mon cadre de référence. La notion de déplacement, rejoint celle du mouvement défini par M. PENGAM. J'ai également retrouvé la **mobilité subie ou imposée** qui a été le fil conducteur de ce mémoire. Elle se décline sous deux formes : la **mobilité organisée et la mobilité inopinée**. La première permet d'anticiper les déplacements et la deuxième ne peut être organisée en amont puisqu'elle est déployée pour gérer une absence imprévue. Les professionnels aussi ont évoqué succinctement les équipes de suppléance.

D'après tous les propos relevés, la mobilité est une réelle dynamique institutionnelle. Les cadres de santé adhèrent et s'inscrivent dans cette culture de pôle. La politique de mobilité est instaurée depuis le début de la loi HPST en 2009 sur l'hôpital H alors qu'elle commence à s'installer sur l'hôpital E. La mobilité se met en place peu à peu dans cet établissement et se trouve encore instable alors qu'au sein de l'hôpital H, elle est bien plus ancrée. Au regard des éléments de mon cadre théorique et ceux recueillis auprès des professionnels, je m'interroge sur cet écart entre les deux structures. Comment expliquer un tel delta entre deux pôles d'activité d'un même GH ? La spécificité gériatrique d'un pôle peut-elle justifier cette différence ?

L'organisation de la mobilité apparaît comme une nécessité et soulève quelques axes de réflexions comme l'harmonisation des pratiques, l'uniformisation des rangements ou encore l'amélioration de sa formalisation. Au sein de l'établissement E, la mobilité n'est pas formalisée, la DSAP la laisse sous-entendre en évoquant la continuité du service public. Il est vrai que l'une des valeurs du service public est la continuité des soins.

La mobilité ponctuelle est considérée par les professionnels comme un levier managérial dans la gestion des ressources humaines. Elle permet de répondre à un besoin institutionnel dans un esprit commun de solidarité et d'entraide. Les managers ont une vision globale en prenant en compte l'institution et les soignants.

Aucun des entretiens n'aborderont la notion de motivation nécessaire à la mobilité. Pourtant au regard de mon champ de recherches théoriques, la motivation apparaît comme un avantage dans le concept de la mobilité ponctuelle (cf. page 10).

17 La compétence

La mobilité nécessite une remise à niveau pour les plus anciens et favorise le développement des compétences pour les plus novices. Le cadre de santé qui accueille les agents est en première ligne pour identifier les besoins en compétences et se met en lien avec le cadre de santé du service pour objectiver ces besoins. Le développement des compétences et le maintien dans le métier est sa responsabilité pour assurer la sécurité des soins. Certaines pratiques sont obsolètes et mettent en insécurité le patient et en difficulté le professionnel. Une DSAP et un cadre de santé évoquent, en exemple, la transfusion sanguine qui est peu pratiquée la nuit. La spécificité des services est également une limite à la compétence.

Pour les deux DSAP, une infirmière peut très bien être compétente dans sa spécificité, et, l'être bien moins dans une autre spécialité. Par exemple, les compétences demandées en réanimation cardiaque sont différentes que celles demandées en réanimation de chirurgie et vice et versa.

³⁵ CS 3 – Réanimation médicale. Hôpital H.

L'éloquence des propos d'une des deux DSAP va dans ce sens : « *Si on met une IDE en réanimation et qu'elle n'y connaît rien elle peut tuer un patient* ». Les cadres confirment : « *tant qu'on est pas à l'aise dans sa propre réanimation, on ne peut pas être déplacé* ».

La DSAP1 aimerait s'inspirer du portfolio des étudiants infirmiers pour créer un « *porte feuilles* » de compétences qui suivrait l'agent tout au long de son parcours professionnel. Dans la même idée, la deuxième DSAP a créé un fichier qui recense les compétences des agents pour le déploiement du plan blanc. Cet outil pourrait être transposable pour mettre à jour le niveau de compétences des professionnels.

Analyse croisée

La compétence semble être indissociable de la mobilité. Je peux mettre en corrélation ces résultats avec la partie relative aux compétences dans mon cadre de référence. La mobilité est source de développement des compétences grâce aux différentes spécificités de certaines unités. En lien avec la définition donnée par G. Le Boterf, les professionnels sur le terrain usent d'un savoir-faire pratique et théorique transposables à d'autres situations mêmes les plus complexes. Néanmoins, comme le précise P. BENNERT en reprenant les 5 stades décrits par le philosophe Dreyfus, le professionnel novice devra acquérir une certaine expérience avant de s'inscrire dans la mobilité. La direction, les CPP et les cadres de santé manient avec prudence la mobilité lorsque le soignant est jeune en expérience.

Ils sont également garant du maintien des compétences des professionnels pour ne pas mettre en difficulté le soignant et assurer la sécurité des soins. En effet, les professionnels qui exercent dans le même service depuis des années peuvent se retrouver en difficulté face à des situations de soins inconnues. Le management des compétences appartient à la responsabilité des acteurs à tous les niveaux. Dans son rôle de proximité, l'évaluation et l'identification des besoins en formation sont du ressort du cadre de santé. La direction doit proposer des dispositifs de formation et de permettre la valorisation des professionnels par le biais des compétences. Dans son article « *Accompagner les infirmières lors de la mobilité* », E. SULPICE, montre que la montée en compétences est fondamentale pour sécuriser les professionnels de santé lors de la mobilité.

Le programme de formation infirmière tend vers la multi compétences et la polyvalence. Cette notion est évoquée succinctement par les professionnels alors que dans mon cadre de référence, j'ai pu établir un lien étroit entre mobilité et polyvalence notamment au regard des travaux de P. MICHELITTI.

18 L'épuisement professionnel et les risques psycho-sociaux

18.1 La réaction et l'impact sur les professionnels de santé.

Différentes réactions émanant des soignants sont relatées par les cadres de santé. Néanmoins, toutes les personnes interrogées s'accordent à dire que ces réactions sont individuelles.

Elles sont « *variables* » selon les unités, les profils, la pyramide des âges, l'ancienneté dans le service et les équipes de jour ou de nuit.

D'après la moitié des cadres, certains soignants sont enthousiastes car la mobilité est une opportunité pour « *voir autre chose* ». Certains sont volontaires et jouent le jeu malgré une situation récurrente.

Les réactions des professionnels ne sont pas toujours aussi positives. Le mécontentement, le désaccord et l'insatisfaction se manifestent parfois par des « *arrêts maladies réactionnels* ». La majorité des cadres confirment cette réaction, observée principalement chez les aides – soignants et l'équipe de nuit qui se montrent plus résistants aux changements. Cette population soignante est plus réfractaire à la mobilité car ils ont une certaine ancienneté dans leur service et le changement de

leurs habitudes peut s'avérer déstabilisant. « *Ils ont tous une sorte de routine, dans ce secteur là avec leurs habitudes, leurs collègues et ils n'ont pas envie d'aller ailleurs* »³⁶.

Un sentiment d'injustice est également observé lorsque les infirmières, en surplus, sont déplacées. Elles ont l'impression d'être pénalisées alors que ce surplus pourrait être profitable au service pour approfondir la qualité des soins. Pour la DSAP 1, la mobilité mérite d'être reconnue pour ne pas qu'elle soit vécue comme « *une sanction* ».

Malgré une culture de pôle importante au sein des deux structures, le sentiment d'appartenance à un service est encore prégnant pour les professionnels de santé.

La mobilité oblige les professionnels « habitués » à leur service à sortir de leur « *zone de confort* ».

Un soignant s'inscrit dans une dynamique d'équipe tant sur le travail que sur les habitudes construites en équipe. Cette dynamique d'équipe permet de mener des projets. Ce sentiment d'appartenance est fragilisé par les multiples déplacements. Je reprends les propos de la CS 2 qui illustrent bien toutes les caractéristiques énoncées par l'ensemble des personnes interrogées en lien avec l'appartenance à un service : « *Ce qui ne va pas quand elles sont mobilisées c'est cette notion d'équipe, car elles ne sont pas dans leur équipe, là-bas elles ne font pas partie de leur équipe même si elles s'adaptent, mais dans une équipe il y'a ce qu'on se confie, ce qu'on se dit, les habitudes, la vie de service. Il y a des façons de travailler, la façon de faire, de comment on conçoit la chose, d'une réanimation à l'autre elles peuvent se sentir perdues. C'est plutôt la perte de repères, elles n'ont pas leur repère, leur médecin, ce n'est pas leur locaux* ». Le sentiment d'appartenance est donc impacté même si les soignants ont la capacité à s'adapter à une autre équipe. La CS4 rejoint aussi cette idée : « *l'équipe c'est partager, se confier, avoir des habitudes de vie de service, des façons de faire, une conception commune de la prise en charge (...) appartenir à une équipe, c'est travailler avec, travailler de la même façon (...)* ».

L'augmentation de l'absentéisme et les récentes mobilités géographiques sont des indicateurs de l'impact de la mobilité sur les professionnels. L'observation de la sérénité ou encore de tensions dans les services par les cadres ou les cadres supérieurs, est un paramètre plus subjectif de bien être ou mal être au travail.

L'inconnu, le changement sont des situations déstabilisantes et provoquent une certaine appréhension. Sur du long terme, la mobilité entraîne une insatisfaction, de l'incompréhension, de la fatigue et des arrêts maladies.

Tous les professionnels interrogés parlent d'**épuisement**, de **fatigue**, d'**usure** ou même de **destruction** pour la DSAP 2. La CS2 rajoute que les soignants « *sont essoufflés, à bout de course* ». Tous établissent un lien étroit entre la mobilité et l'épuisement. Les soignants subissent la mobilité soit par les déplacements incessants vers d'autres services, soit par les sur sollicitations des soignants qui viennent combler l'absentéisme dans l'unité. En effet, afin de faciliter l'accueil et ne pas mettre en difficulté la personne qui vient dans le service, les personnels de l'unité se répartissent la charge en soin la plus lourde.

Analyse croisée

Même si la mobilité a l'avantage de créer de nouveaux échanges avec d'autres professionnels, le sentiment d'appartenance à un service, à une équipe perdure. Cette idée est en accord avec mes recherches sur l'identité professionnelle et le sentiment d'appartenance mis en avant par C. DUBAR de R. SAINSAULIEU Je peux également faire un lien avec la dynamique d'équipe que j'ai abordé dans mon cadre de référence.

L'idée qui émerge c'est la résistance aux changements. Néanmoins, les personnes interrogées s'accordent à dire que les habitudes et l'ancienneté dans un service sont sources de résistances.

La résistance peut se définir comme « *l'aptitude qu'ont les êtres humains à affronter toute situation qui leur paraît illégitime* »³⁷

³⁶ Madame G, cadre de santé n°3, service de réanimation médicale.

³⁷ <https://fr.slideshare.net/miginmrs/conscience-rsistance>

Un épuisement des professionnels de santé est observé par la majorité des personnes interrogées. Le mot « burnout », qui, est synonyme d'épuisement professionnel, n'est pourtant pas utilisé. Je peux interpréter le mot « **destruction** », fort en son sens, comme la « *brulure interne* » définit par FREUDENBERGER. Cette étude montre que la mobilité est source de stress, un des facteurs majeurs des RPS, abordés dans mes concepts. La mobilité répétée, le rythme de travail, le travail en sous – effectif, l'adaptabilité, la flexibilité, l'angoisse d'être mobilisé, la perte de repères sont autant d'éléments réunis pour laisser penser aux facteurs de risques liés à l'organisation, responsables des RPS

Comme JL. STANISLAS l'a démontré dans ses recherches sur les RPS, le cadre de santé, dans sa fonction de proximité, est en première ligne pour observer les premiers signes de RPS : une anxiété, une fatigue majeure, un changement de comportement des professionnels. Les CPP et les DSAP s'appuient sur le retour des cadres de proximité et sur les indicateurs d'absentéisme pour identifier les RPS. Les RPS sont au cœur des préoccupations des établissements de santé mais je n'ai pas recueilli d'éléments suffisants pour montrer les outils de prévention et d'identification des RPS.

Les moyens mis en place pour organiser au mieux la mobilité, le management des cadres de santé, la notion d'équité, de reconnaissance tendent vers un accompagnement des professionnels et du maintien de la qualité de vie au travail. Les cadres de santé sont attentifs à la qualité de vie au travail.

Les CPP insistent sur la culture de pôle et l'accompagnement des cadres de santé dans la conduite de mobilité. Je vais donc maintenant identifier le rôle du cadre de santé dans le management de la mobilité.

19 Le Cadre de Santé et la mobilité

19.1 Le rôle du cadre de santé

Pour le CPP1, l'approche de la mobilité demande une certaine **pédagogie** du cadre de santé notamment pour communiquer et annoncer aux équipes la mobilité. Plus le message du cadre est positif dans son discours, plus la réponse du soignant sera positive. A l'inverse si le cadre adopte une attitude négative, la réponse sera forcément négative et pourra générer des résistances et des conflits. Cette **communication** passe également par la **négociation** et de l'**argumentation**.

Le cadre de santé est en première ligne de la mobilité soit pour déplacer les professionnels soit pour les accueillir dans leur unité de soins. Il assure le rôle d'**agent de liaison** entre les équipes et le cadre supérieur pour répondre aux demandes institutionnelles mais également pour remonter les difficultés. Le cadre de santé est porteur de sens à la mobilité.

19.2 L'accompagnement de la mobilité.

Tous les acteurs rencontrés se sentent concernés par le sujet mais la mobilité doit être pratiquée de façon réfléchie et organisée. Dans les deux structures, l'**accompagnement** de la mobilité est essentiel pour aider le soignant à mieux vivre les déplacements et diminuer les appréhensions. Le cadre de santé s'inscrit dans une démarche positive pour que l'agent ne vive pas la mobilité comme « *une corvée* ».

Toutes les cadres de santé essaient de mettre en place un processus d'accompagnement des soignants vers les autres unités en fonction des possibilités. Elles parlent principalement d'un **accompagnement physique**, surtout lorsqu'il s'agit d'un premier déplacement.

Les 3 cadres de l'hôpital H, travaillent en collaboration autour de l'accueil des agents. **La qualité de l'accueil** améliore l'intégration et influence le ressenti du soignant. Plus l'accueil est optimal, moins le soignant appréhendera de revenir lors d'une prochaine mobilité.

Le principe d'**équité** est primordial pour les cadres de santé même s'il est institué différemment d'une cadre à l'autre. La CS 2 part du principe : « *chacun son tour* » sur le planning. La CS 1 fonctionnait ainsi auparavant mais elle a modifié sa pratique en considérant les propositions des

professionnels. Elle s'inscrit ici dans un **management participatif**. Aujourd'hui, pour assurer une continuité des soins, elle préfère mobiliser le soignant qui revient de repos. Mais dans son rôle de **contrôle**, elle reste vigilante que tous les agents soient concernés par cette mobilité. La CS 3, au contraire, évite une mobilité deux jours consécutifs pour préserver les soignants. Elle **adapte son management** en fonction des situations et des équipes. Dans le but d'éviter les conflits, pour une des deux équipes, elle désigne la personne qui sera déplacée alors que, pour l'autre équipe, elle laisse la liberté aux professionnels de trouver un consensus. Elle passe donc d'un management directif à un management délégué.

Les cadres de santé, s'accordent à dire qu'il est essentiel de ne pas toujours solliciter les mêmes personnes, même si certains soignants sont plus à l'aise que d'autres avec la mobilité au risque de les épuiser.

3 cadres sur 5 ont mis en place un tableau de suivi des déplacements qui permet de tracer les différentes mobilités. Les CS 2 et 3 notifient également les aides reçues par les autres services pour avoir des éléments de comparaison et démontrer une certaine réciprocité de la mobilité. L'équité est également valable entre les différents services. Les deux CPP et trois cadres de santé constatent que certaines cadres ont recours à la mobilité plus que d'autres. Cette dernière, donne avec précision les chiffres des mobilités qui ont eu lieu l'année précédente et ceux exercés en ce début d'année. Elle réalise une comparaison entre l'aide apportée et l'aide reçue. « *En 2016, nous avons déplacé 74 plages de 12h des infirmières et à contrario nous nous sommes fait aider de 8 infirmières* ». « *En 2017, sur 11 mois on a prêté 32 infirmières mais on nous a prêté 18 aides – soignantes donc ça reste équilibré, on a prêté malgré la conjoncture très défavorable dans ce service 17 AS et on nous a dépanné sur 32 plages horaires AS donc ça contrebalance le fait qu'on aide* ». Au regard des chiffres et du discours relaté, ce service a beaucoup été touché par la mobilité ces deux dernières années.

Pour la majorité des cadres de santé, **la communication** est une caractéristique fondamentale pour aborder la mobilité avec les soignants. La CS2, trouve parfois compliqué de demander aux agents d'être déplacé. Elle utilise un management **plutôt directif** « *c'est comme ça, ce n'est pas autrement* ». La formulation et l'argumentation sont essentielles ainsi que le mode de transmission de l'information. Les cadres s'inscrivent dans une vraie dynamique de continuité des soins. La CS3 l'évoque clairement : « *Il y'a une forte communication des équipes sur la mobilité, sur la prise en charge des patients* », « *Quand on s'adresse à des soignants et quand on reste dans le discours patient, travail en équipe, les collègues, sur ce sujet-là, ça marche mieux* ».

Différents outils de communication sont utilisés comme les mails, les appels téléphoniques, l'affichage sur les plannings et la **transmission d'information** directe.

Pour la CS5, la mobilité ne doit pas être imposée pour éviter que les professionnels ne « *se braquent* ». Mais elle applique un **management plus directif** lorsqu'il s'agit d'une mobilité qui a lieu le matin à la prise du service. Si un agent est en retard, il sera déplacé automatiquement pour ne pas interrompre un travail débuté par ses collègues.

La communication est également mise en exergue au sein du collectif cadres autour de réunions d'encadrement mensuelles et hebdomadaires pour les lissages de plannings.

Les cadres fonctionnent en binôme cadres, ce qui permet de faire du **lien entre les services**.

19.3 Les difficultés du cadre de santé

Lorsque que j'ai interrogé les cadres de santé sur leurs difficultés dans la conduite de la mobilité, j'ai obtenu parfois des réponses hésitantes.

La **gestion des équipes de nuit et des aides – soignantes** est une difficulté majeure remarquée par les cinq cadres de santé. En effet, les cadres de santé se retrouvent régulièrement face à des résistances de cette population qui répliquent parfois par un arrêt maladie. La discussion, la négociation semblent plus importantes auprès des aides – soignantes que les infirmières. La CS3 soulève une hypothèse intéressante pour justifier le comportement des aide- soignants « *Chez les AS c'est plus compliqué, c'est aussi lié à l'âge des aide – soignants (...) situé entre 19ans et 60 ans avec une ancienneté de 15 à 20 ans dans le service* » (...) « *qui n'ont jamais bougé, et parce qu'aller dans une autre réa ce n'est pas envisageable, c'est très compliqué* ».

La majorité des cadres de santé rencontrent aussi la difficulté de **déplacer un soignant qui est en « surplus »**, mais qui pourrait soulager la charge de travail du service, libérer du temps pour approfondir des soins ou assurer des missions transversales. Les cadres de santé rencontrent également des limites lorsqu'elles laissent leur unité en **sous-effectifs** pour répondre aux besoins des autres unités.

Les cadres de santé ne sont pas toujours très à l'aise dans l'annonce et la gestion de la mobilité. Elles bousculent parfois leurs valeurs personnelles et leur concept du management. Une des cadres se considère comme « *maltraitante* » envers les soignants. Dans un but de préserver leurs équipes, elles dérogent parfois à la déontologie du métier de cadre en rajoutant des heures au compteur des agents ou, en refusant de transmettre le chiffre réel de l'effectif présent. Le CS3 confirme qu'elle est en accord avec ses valeurs du management mais elle avoue avoir déjà « *menti* ».

Les cadres de santé rencontrent donc elles – mêmes des difficultés pour manager la mobilité même si elles reconnaissent la nécessité. Elles sont conscientes de l'impact de la mobilité sur les professionnels de santé. Je pensais que les déterminants sociaux entraient en considération dans les difficultés : plus le cadre était proche de sa prise de fonction, plus le management de la mobilité était compliqué. Or, je m'aperçois que d'autres facteurs entrent en compte : la personnalité et les valeurs du cadre de santé, la situation, l'équipe et l'individu.

Analyse croisée

Les types de management repérés dans cette analyse sont en lien avec les différents modes décrits dans ma recherche sur le management. Le cadre de santé adopte un management en fonction de la situation et du professionnel. Les 4 modes de management sont ici retrouvés :

- Le management participatif lorsque les soignants sont impliqués dans les décisions de la mobilité. Le cadre prend aussi en compte les axes d'amélioration, proposés par l'équipe.
- Le management délégué : lorsque les soignants s'organisent entre eux pour trouver un consensus.
- Le management directif : qui peut être utilisé lors d'une mobilité inopinée ou, si un accord entre les professionnels n'est pas réalisable. Dans ce cas la situation doit être expliquée pour ne pas générer des conflits.
- Le management persuasif : Le cadre doit utiliser un discours convaincant pour impulser la dynamique de mobilité.

Les résultats de cette recherche montrent aussi plusieurs aspects de l'**accompagnement** de la mobilité par les cadres de santé. E. SULPICE s'inspire de la dimension d'accompagnement étudiée par M. PAUL qui regroupe trois notions : « *guider* », « *conduire* » ou « *escorter* ». Elle place le cadre de santé en première intention pour promouvoir la mobilité des équipes. La demande nécessite parfois de la négociation et de l'argumentation. Il est porteur de la transmission d'informations de cette mobilité auprès de son équipe. Il **organise** au mieux cette mobilité surtout lorsqu'elle peut être anticipée. L'accompagnement renforce l'adhésion des équipes à la mobilité. Le cadre de santé joue un rôle essentiel pour identifier les difficultés liées aux compétences de chacun pour proposer un plan de formation.

Les rôles du cadre de Mintzberg se retrouvent complètement dans le management de la mobilité : les rôles liés à l'information, les rôles décisionnels.

La politique de mobilité sera d'autant mieux perçue si elle est associée à de la reconnaissance. E. SULPICE, explique dans son article que la mobilité peut être ressentie comme un manque de considération.

L'accompagnement passe aussi par la notion d'équité. La décision doit être réfléchie et constructive en fonction de critères variés. Cette équité amoindrira un sentiment d'injustice.

L'impact d'une mobilité excessive peut conduire à l'épuisement professionnel. Le cadre de santé doit rester vigilant sur l'identification des RPS et son mode de management peut être impliqué dans ses risques.

20 Synthèse

A l'issue de cette analyse, je peux constater que le management de la mobilité se décline sur tous les niveaux hiérarchiques. L'accompagnement de la mobilité est une réelle volonté de l'institution et des managers. Toutes les personnes interrogées ont une vision similaire de la mobilité qu'il s'agisse de la gestion des ressources humaines, d'efficacité, d'entraide ou de sécurité des soins. La mobilité, clairement définie, répond aux besoins institutionnels dans une logique de continuité des soins et permet aux soignants de développer de nouvelles compétences.

Il apparaît que la formalisation de cette mobilité dès l'embauche est primordiale pour impliquer les professionnels dans une dynamique de pôle.

Elle favorise le décloisonnement des professionnels et une ouverture vers d'autres organisations. Le cadre de santé doit utiliser ses compétences pédagogiques pour expliquer et permettre aux professionnels de s'approprier le projet de mobilité. Il instaure la communication, le dialogue, l'écoute pour échanger les différentes informations.

Cette analyse et les leviers managériaux retrouvés confirment mon hypothèse : **la politique de mobilité instaurée institutionnellement et le management appliqué par le cadre de santé favorisent l'adhésion des professionnels de santé à la mobilité au sein d'un pôle d'activités.**

Mais ma recherche montre qu'il existe encore des résistances et que la mobilité a des impacts sur le soignant comme la perte du sentiment d'appartenance, un sentiment d'insécurité qui entraîne une angoisse, un stress majeur et peut conduire jusqu'à l'épuisement.

LES LIMITES DE MES RECHERCHES

Au cours de cette recherche, j'ai rencontré quelques limites que je vais préciser dans ce chapitre.

Tout d'abord, je n'ai pas traité l'équipe de suppléance, car, pour moi il s'agit d'une mobilité **choisie** souvent pour des raisons professionnelles ou personnelles. L'équipe de suppléance sous-entend aussi que son fonctionnement est organisé et formalisé. Dans mon cadre théorique, j'ai donc volontairement pointé la mobilité ponctuelle, car elle suppose être plus problématique à gérer. De plus les études que j'ai retrouvées s'intéressent davantage à cet aspect de la mobilité. Je pense que l'annonce de mon thème en début d'entretien a ciblé les réponses dans le sens de la mobilité ponctuelle. Mais la suppléance ne mériterait – elle pas d'être étudiée comme un sujet à part entière ?

Ensuite, je n'ai pu récupérer suffisamment de données exploitables sur la reconnaissance pour proposer une analyse approfondie sur ce sujet. Je pense qu'il aurait été intéressant d'insérer une question plus précise pour induire les professionnels vers ce concept. Il en est de même pour le concept de la polyvalence qui a été cité trois fois sur l'ensemble des entretiens.

Enfin, dans mon cadre de référence, j'ai apporté des éléments qui renvoient à la dimension d'accompagnement mais je ne l'ai pas abordée comme un concept. L'accompagnement mérite d'être traité plus en profondeur puisque c'est une partie intégrante des missions quotidiennes du cadre de santé.

LES ENSEIGNEMENTS TIRES

Je vais maintenant exposer mes apports reçus grâce à ce travail de recherche.

Cette initiation à la recherche m'a permis d'approfondir des connaissances et à modifier mes représentations sur le management de la mobilité.

Au fur et à mesure de l'avancée de ce travail et des différentes lectures, je me suis complètement approprié le sujet. Ma directrice de mémoire m'a accompagné et aidé à construire, structurer mes idées et m'a remotivé lorsque mes doutes sur l'aboutissement de ce travail me rattrapaient.

Je suis sortie enrichie des entretiens avec les différents managers. J'ai ainsi eu une autre vision de la mobilité que celle rencontrée lors de mon expérience professionnelle. Je peux maintenant réinvestir cette année de recherche au profit de mon propre management de la mobilité lorsque j'y serai confrontée.

Pour réaliser un projet, j'ai pris conscience que maintenir un rythme constant de travail peut s'avérer compliqué en fonction des contraintes de chacun, de temps et des imprévus.

Cette étude sera également bénéfique pour réaliser des analyses. Elle m'a permis de développer une capacité de synthèse et de rédaction qui me seront utiles pour élaborer des rapports et des projets. Les entretiens m'ont permis de trouver une posture d'écoute. J'ai réalisé que tout mot prend son sens et ne peut être déformé pour ne pas altérer la compréhension de l'idée. Il en est de même pour garder toute objectivité sans interpréter ou juger les propos de l'interlocuteur lors d'une analyse. La conduite d'entretien est transposable dans ma fonction cadre, lorsque je dirigerai des entretiens professionnels, d'embauche ou de recadrage.

L'accompagnement, la communication et le management par la reconnaissance sont moteurs pour mener à bien la mobilité auprès des équipes soignantes. Je suis convaincue que le manager peut aider les professionnels à adhérer à la mobilité via l'écoute, la relation de confiance et un management situationnel. Il est également garant du bien-être au travail de son équipe et doit rester vigilant sur les indicateurs de RPS.

CONCLUSION

Ce travail m'a permis d'approfondir mes connaissances sur un sujet d'actualité : **la mobilité ponctuelle** autour duquel gravitent politiques, stratégies et organisation.

La loi HPST du 21 juillet 2009 a été un grand tournant dans la restructuration des hôpitaux. Les établissements de santé sont passés d'une logique de service à une logique de pôle d'activités.

Mes recherches théoriques et l'enquête réalisée auprès des professionnels m'ont permis de comprendre les différents enjeux de la mobilité et son organisation. Chacun des acteurs est impliqué dans une dynamique de pôle et dans un management de la mobilité.

Par son rôle de proximité, de répartition des ressources et de communication, le cadre de santé permet l'accompagnement de la mobilité auprès des soignants. Elle agit sur le sentiment d'appartenance, entraîne une perte de repères et, utilisée de façon récurrente, elle peut conduire à l'épuisement professionnel.

L'ensemble de mes recherches a révélé un aspect positif de la mobilité que je n'avais pas envisagé. Je peux aujourd'hui proposer différents axes d'amélioration dans la conduite de la mobilité :

- Définir clairement la politique et formaliser la mobilité dès l'embauche.
- Intégrer la mobilité dans un projet institutionnel.
- Décloisonner les services et développer un esprit de solidarité et d'entraide au sein d'un pôle.
- Développer les compétences des professionnels.
- Permettre des échanges avec d'autres services, appréhender les spécificités.
- Uniformiser les pratiques professionnelles les outils, le matériel, les rangements.
- Créer une réflexion collégiale, un collectif et une collaboration entre cadres de santé.
- Anticiper, organiser et accompagner la mobilité.

Les cadres de santé ont un rôle fondamental pour utiliser ces leviers dans le management de la mobilité. Il est l'élément central entre la mise en place de la mobilité exigée par le contexte institutionnel et la communication avec l'équipe.

Au regard de cette recherche, je constate que la mobilité est étroitement liée à l'accompagnement au changement. Cette notion ouvre un nouveau questionnement de recherche :
Comment le cadre de santé peut accompagner la mobilité via la conduite de changement ?

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

B

BADULCI.R & PENOT J.L « *L'estime de soi au cœur du management, valoriser les équipes pour progresser collectivement* ». Édition GERESO 2017. 273 pages.

BERNOUX Philippe « *La sociologie des organisations* », Éditions du Seuil, parution octobre 2015. 480 pages.

BOURRET. C « *Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible* ». Edition SELI ARSLAN 2014. 286 pages.

D

DEJOURS Christophe « *Travail – usure mentale* ». Collection travail social, éditions Bayard, parution du 12/03/2015. 302 pages.

DELBROUCK.M, « *Le burn-out du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel* ». De Boeck Supérieur, « Oxalis », 2008, 284 pages.

DUBAR Claude, « *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles* ». Collection Universitaire Sociologie, éditeur Armand Colin, parution le 06/05/2015. 256 pages.

M

MINZTBERG. H « *Le manager au quotidien – les dix rôles du cadre* ». Collection Références – poche. Edition ORGANISATION 2006. 283 pages.

MONCET M.C « *Conduire le changement à l'hôpital : de la communication à l'hôpital apprenant* ». Collection fonction cadre de santé, éditions Lamarre. 169 pages.

P

PENGAM.M er SLIKA.C, « *Changement de poste, changement de fonction, les compétences du cadre de santé à l'épreuve de la mobilité* ». Collection gestion des ressources humaines, éditions LAMARRE 2006.163 pages.

R

REVILLOT J.M « *Pour une visée éthique du métier de cadre de santé* ». Collection gestion des ressources humaines. Edition LAMARRE 2016. 177 pages.

SITOGRAPHIE

- ANAP. « *Améliorer la gestion des ressources humaines de la mobilité* ». (Consulté le 14/11/2017).
- www.legifrance.gouv.fr : **Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.** (Consulté le 21/01/2018).
- Bibliothèque de l'UPEC
- <http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/ameliorer-la-gestion-des-ressources-humaines-la-mobilite-professionnelle/> (consulté le 23/01/2018).
- http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/Developper_une_approche_territoriale/Parcours_professionnels/ANAP_Ameliorer_la_GRH_la_Mobilite_Professionnelle.pdf (consulté le 14/11/2017).
- http://www.cairn.info/ezproxy.upec.fr/feuilleter.php?ID_ARTICLE=PUF_DUBAR_2010_01_0095 (consulté le 26/11/2017).
- https://www.scienceshumaines.com/la-reconnaissance-au-travail_fr_22737.html (consulté le 26/11/2017).

- http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_MISSION_POLES.pdf (consulté le 26/01/2018)
- <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000246.pdf> IGAS, RAPPORT N°RM2010- (consulté le 03/02/2018).

ARTICLES

B

P.-H. BRÉCHAT, A. LEENHARDT, M.-C. MATHIEU-GRENOUILLEAU « Des pôles d'activités hospitaliers entre gestion de la crise et mise en œuvre d'une politique de santé publique ». *Santé Publique* 2010, n°22, p 571-580.

C

CHERKAOUI Widad, MONTARGOT Nathalie, PERETTI Jean-Marie : « Stress et épuisement professionnel dans un contexte de changement organisationnel : le cas de l'hôpital DS au Maroc », *Humanisme et Entreprise*, 2012/5 (n° 310), p. 21-40. DOI : 10.3917/hume.310.0021. URL : <https://www.cairn.info/revue-humanisme-et-entreprise-2012-5-page-21.htm> (consulté le 18.03.2018).

G

GINTRAC Alain, « Le stress au travail, un état des lieux », *Management & Avenir*, 2011/1 (n° 41), p. 89-106. DOI : 10.3917/mav.041.0089. URL : <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2011-1-page-89.htm> (consulté le 19/03/2018).

H

HAVARD Christelle « L'adoption d'une structuration polaire à l'hôpital, quelles articulations des logiques professionnelles ? ». *@grh* N°16, mars 2015, p 91 – 125.

L

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

S

SOHIER Anne « *Compétence infirmière et mobilité* ». *Soins Cadres*, N°71, août 2009, p 31- 33.

SULPICE Estelle « *Accompagner les infirmières lors de la mobilité ponctuelle* ». *Soins Cadres*, /supplément au N°92, p s27- s29.

T

TAPIA Claude, « Souffrance et plaisir. Catégories d'analyse des rapports humains », *Le Journal des psychologues*, 2007/6 (n° 249), p. 14-14. DOI : 10.3917/jdp.249.0014. URL : <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2007-6-page-14.htm> (consulté le 15.03.2018)

ANNEXES

- Annexe 1 : Grilles d'entretiens exploratoires
- Annexe 2 : Grille d'analyse de l'entretien exploratoire.
- Annexe 3 : Grille d'entretien DSAP et CPP.
- Annexe 4 : Grille d'entretien Cadre de santé.
- Annexe 5 : Verbatim, entretien 1, DSAP, Mr M
- Annexe 6 : Verbatim, entretien 2, CPP, Me L
- Annexe 7 : Verbatim, entretien 3, CPP, Mr B.
- Annexe 8 : Verbatim, entretien 4, CS, Me J.
- Annexe 9, Verbatim, entretien 5, DSAP, Me D.
- Annexe 10, Verbatim, entretien 6, CS, Me P.
- Annexe 11 : Verbatim, entretien 7, CS Me G
- Annexe 12 : Verbatim, entretien 8, CS, Me M.
- Annexe 13 : Verbatim : entretien 9, CS, Me F.
- Annexe 14 : Profil des professionnels.

Grille d'entretien exploratoire.

IDE	CADRE DE SANTE
<p>1) Quel est votre âge ?</p> <p>2) Depuis combien de temps êtes – vous infirmière ?</p> <p>3) Depuis combien de temps exercez – vous dans ce service ?</p> <p>4) Quelle est la politique de mobilité au sein de votre établissement</p> <p>5) Depuis combien de temps êtes-vous concernée par cette politique de mobilité ?</p> <p>6) Quels types de mobilités existe-t-il au sein de votre établissement ? <i>(Interservices, Pôle, Établissement, inopinées ou renfort dans une unité...)</i></p> <p>7) A quelle fréquence êtes – vous sollicitée pour un déplacement ?</p> <p>8) Comment le cadre de santé vous informe-t-il des demandes de mobilité ? <i>(accompagnement)</i></p> <p>9) Quelles sont vos difficultés lorsque vous êtes dans un autre service ? <i>(Perte de repère, stress, sécurité des patients, désorganisation, spécificité, accueil, matériel...)</i></p> <p>10) Trouvez – vous des bénéfices à cette mobilité ?</p> <p>11) Quelles seraient vos propositions pour améliorer la mobilité ?</p> <p>12) Avez – vous des remarques ou suggestions à rajouter ?</p>	<p>13) Quel est votre âge ?</p> <p>14) Depuis combien de temps êtes – vous cadre de santé ?</p> <p>15) Depuis combien de temps exercez – vous dans ce service ?</p> <p>16) Quelle est la politique de mobilité au sein de votre établissement ?</p> <p>17) Depuis combien de temps appliquez – vous la politique de la mobilité ?</p> <p>18) Pensez – vous que la politique est ancrée dans les équipes ?</p> <p>19) Quels types de mobilités existe-t-il ? <i>(Interservices, Pôle, Etablissement, inopinées ou renfort dans une unité...)</i></p> <p>20) A quelle fréquence sollicitez – vous votre personnel pour un déplacement ?</p> <p>21) Comment sollicitez – vous une infirmière pour un déplacement ? <i>(accompagnement, communication, contrainte ou choix).</i></p> <p>22) Comment adaptez – vous votre management ?</p> <p>23) Quelles sont les 1ères réactions du personnel concerné que vous constatez ? <i>(Stress, résistance, négation, acceptation, négociation, plainte, motivation).</i></p> <p>24) Quelles sont les REX en général ? <i>(déstabilisation, perte de repère, sécurité du patient en jeu, accueil).</i></p> <p>25) Pour vous quels sont les avantages de la mobilité ? <i>(institution, pôle, service).</i></p> <p>26) Pour vous existe-t-il des limites à la mobilité ?</p> <p>27) Avez – vous des remarques ou suggestions à rajouter ?</p>

Grille d'analyse de l'entretien exploratoire

IDE : Madame P	Fonction Cadre de santé
<p>Parcours professionnel : Infirmière depuis 9 ans. L'expérience de Me P est variée : 4 ans dans un service de neuro chirurgie, puis coordinatrice en addictologie. Enfin, elle a exercé en clinique : médecine, oncologie, chirurgie et pour finir, en chirurgie ambulatoire les deux dernières années.</p> <p>Politique de mobilité La mobilité n'est pas formalisée et aucune procédure n'est mise en place. L'objectif est de substituer les absences par les personnes présentes afin de limiter les intervenants extérieurs dans un but d'efficacité. <i>« le mot d'ordre est de remplacer le personnel absent par le personnel présent pour avoir recours le moins possible à des intérimaires qui coûtent chères ».</i> La clinique n'est pas organisée par pôle d'activités. Me P est donc amenée à se rendre dans tous les secteurs de soins.</p> <p>Organisation de la mobilité La mobilité est organisée sous deux formes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sans anticipation, à l'arrivée dans le service pour remplacer une absence inopinée ▪ La demande est anticipée et planifiée à l'avance. Si au départ la mobilité était sur la base du volontariat, aujourd'hui elle est imposée. Elle est concernée par la mobilité régulièrement <i>« plusieurs fois par mois ».</i></p> <p>Conduite managériale du cadre Me P note une absence d'accompagnement du cadre de santé. Un management persuasif est utilisé. La formulation est <i>« tournée de telle que nous ne pouvons pas dire non, nous nous sentons obligé d'y aller par conscience professionnelle ».</i> Me P soulève également un manque d'équité : <i>« ce sont toujours les mêmes personnes qui se rendent dans les autres services ».</i> Me P insiste sur une absence d'écoute. La cadre de santé ne tient pas en compte des</p>	<p>Parcours professionnel Spécialisée infirmière puéricultrice depuis 25 ans, Madame D a d'abord pris sa fonction de cadre à la direction d'une crèche hospitalière pendant 6 ans. Puis, elle a rejoint l'équipe d'encadrement du pôle « Femmes – Enfants – Adolescents », en service de pédiatrie générale ou elle exerce depuis deux ans.</p> <p>Politique de mobilité Me D soulève le manque de procédure institutionnelle, de formalisation, d'organisation, de moyens (formation, temps d'échanges...) de la part de l'administration autour de la mobilité. Elle évoque l'efficacité ainsi : <i>« Pour des raisons de restrictions budgétaires, nous devons rechercher le personnel remplaçant soit dans le service soit dans le pôle afin d'éviter de demander l'intervention d'intérimaires qui coûtent trop chers. L'équipe de suppléance ne suffit plus pour répondre aux besoins de l'hôpital. Nous devons donc trouver des solutions avec un service déjà au minimum et parfois en le mettant en sous – effectif ».</i> La notion de pôle est toutefois prégnante au niveau de l'encadrement.</p> <p>Organisation de la mobilité Madame D, applique deux modes de mobilité : la mobilité qu'elle dénomme comme non – formelle, c'est à dire pour répondre à une absence de dernière minute et la mobilité plus formelle par une anticipation sur les plannings. Elle est organisée de cadre à cadre. Les cadres communiquent entre elles par mail, par téléphone pour trouver des solutions. Sans avoir des chiffres réels, Me D estime une sollicitation minimum par semaine au sein du pôle. La première permet d'anticiper entre collègues cadres du pôle, de négocier avec l'équipe en mettant en avant la polyvalence, la poly compétences. La deuxième est plus complexe à gérer, car elle s'effectue lors des absences fortuites.</p> <p>Conduite managériale du cadre. Lorsqu'elle est sollicitée par ses collègues cadres, Me D s'accorde un temps de réflexion avant d'effectuer sa demande. Elle essaie de prendre en compte, au mieux, la charge de travail dans son service pour limiter les risques de</p>

limites exprimées par le personnel soignant. Elle donne en exemple ses difficultés face à des services plus techniques tels que les urgences, le SSPI, la réanimation. Elle parle également du manque de reconnaissance de la part des cadres et de l'administration.

Les avantages de la mobilité

Me P relève des avantages à la mobilité : la polyvalence, le développement des compétences et des connaissances, l'adaptabilité, les échanges.

Les difficultés rencontrées

Les services/ le patient

L'accueil dans les services est parfois sommaire par manque de disponibilité des équipes. Les transmissions sont parfois succinctes. D'ailleurs, elle évoque un problème rencontré suite à une transmission omise de sa collègue. Aucune conséquence majeure, sur le patient, ne s'en est suivie mais, une sanction lui a été infligée. Me P pense qu'il y a une répercussion sur les soins dans les deux services :

- le service d'accueil par méconnaissance de la spécificité et a l'impression de ne pas approfondir la prise en charge du patient.

le service d'origine

- car il est lésé d'une infirmière.

En dehors du soin technique, Me P, parle d'une prise en charge du patient dans sa globalité insuffisante.

Impact sur le personnel

L'épuisement professionnel est inévitable. Me P conclue cet entretien : « *La mobilité entraîne une atteinte à notre identité professionnelle avec une*

généralisation de l'infirmière alors qu'une infirmière est une individualité parmi un collectif ».

Axes d'amélioration

Pour Me P, des axes d'améliorations restent indispensables :

- Accorder un temps d'accueil lors d'une arrivée dans un nouveau service (présentation à l'équipe, le fonctionnement, les locaux).

désorganisation. Me D explique, que, parfois, elle est obligée d'imposer : « *Il faut un nom dans une case, juste une personne physique pour filer un coup de main dans un service surchargé. Je n'ai pas le temps de me préoccuper d'identifier les compétences de chacune* ». Les soignants acceptent mais « *sous contrainte* ». Elle reconnaît aussi ne pas être toujours équitable et d'utiliser des moyens de pressions. En effet, pour des questions de facilité, elle va s'adresser en priorité aux personnes qui sont motivées par la polyvalence, notamment la génération dite « Y » puis à celles qui, après négociation, ne refusent pas d'être déplacées, « *celles, qui diront toujours oui* ».

Mais, elle admet que ce management ne lui correspond pas. Elle préfère instaurer une relation de confiance et utiliser la méthode du « *donnant – donnant* » lorsque c'est possible, une valorisation du travail et une reconnaissance. Elle est en perpétuelle négociation avec son personnel et les cadres du pôle.

Les avantages de la mobilité

▪ Pour l'institution

La mobilité permet une économie en matière de personnel

▪ Pour le cadre

La mobilité facilite la gestion des ressources humaines.

▪ Pour le personnel

La mobilité permet d'acquérir des compétences dans différents secteurs. Elle peut aussi éveiller des vocations et influencer des choix professionnels futurs.

Les difficultés de la mobilité

□ Pour le cadre :

Me D évoque sa position entre les différentes injonctions. Le cadre est en première ligne pour demander au personnel de se déplacer. Pour le personnel le cadre est le « *mauvais objet* » non pas pour son individualité mais pour sa fonction. Elle est confrontée régulièrement à la résistance du personnel. Elle ressent de leur part une perte de confiance et de crédibilité. ▪

Pour le personnel

Les soignants ont une certaine appréhension « *qu'il se passe quelque chose ou de faire une erreur de prescription* ». Ils sont également réticents en fonction de l'accueil de certains services. La perte des repères est également une difficulté : la méconnaissance du matériel et des locaux,

<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement du cadre de santé dans le service et s'intéresser au retour d'expérience. - Prendre en compte les limites des professionnels. 	<p>les accès limités (utilisation d'un badge) et demande un sens d'adaptation important. Les spécificités de chaque service sont aussi problématiques. Elle donne en exemple : « <i>la prise en charge d'un adolescent n'est pas la même qu'un bébé en néo natale et peut mettre en difficulté les infirmières</i> ».</p> <p><u><i>Impact sur le personnel</i></u></p> <p>Un épuisement, un découragement et une lassitude sont perceptibles. L'équipe ressent aussi une certaine injustice car elles ont l'impression d'être en sous – effectif en permanence et qu'aucun moyen ne leur ait attribué. « <i>Elles vont aider, mais en retour, personne ne vient les soulager</i> ».</p> <p>A l'heure où les RPS³⁸ sont à prendre en considération, elle constate une souffrance des soignants mais également des cadres de santé.</p> <p>Axes d'amélioration</p> <p>Pour Me D, la mobilité pourrait être accompagnée avec en premier lieu un engagement de l'institution :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévoir des journées d'observation au parcours d'intégration pour se présenter et bénéficier d'une première approche des différents services et spécificités du pôle. - Proposer du pool de remplacement pour permettre aux cadres d'organiser régulièrement des formations en fonction des spécificités et de développer les échanges entre personnels. - Organiser des réunions communes autour de la mobilité et proposer une procédure. Me D revient sur l'accueil, qui, est fondamental pour motiver les équipes. Plus l'accueil sera optimal, plus le personnel sera encouragé à revenir et sera moins résistant. <p>Les limites de la mobilité</p> <p>La mobilité devrait rester une aide ponctuelle, exceptionnelle. « <i>En pratique, les soignants font partis d'une équipe d'un service. La mobilité sur du long terme peut entraîner une perte de repère, d'identité face à un groupe</i> »</p>
---	---

³⁸ Risques psycho – sociaux.

Annexe 3

Grille d'entretien DSAP / CPP

Population choisie : 2 DSAP et 2 cadres Paramédicaux de Pôle

Objectif de recherche : Je souhaite comprendre les enjeux organisationnels et managériaux de la mobilité ponctuelle au sein des établissements de santé tant sur l'implication du directeur des soins, du cadre supérieur de pôle et des cadres de santé.

Durée approximative : 30 minutes à 45 minutes.

Enregistrement vocal : Sur autorisation

Déterminants sociaux
Quel est votre parcours professionnel ?
Année d'obtention du diplôme de cadre de santé et/ou Directeur :
Année dans l'établissement :
Année dans le pôle : :
Année dans le service :

Objectifs	Questions
<p>Comprendre la politique de mobilité, son organisation</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Depuis combien de temps la mobilité est – elle appliquée au sein de votre établissement ? (émergence) 2) Quel type de mobilité exercez – vous au sein de votre établissement ? (ponctuelle, organisée, service de pool) 3) Comment sont organisés les pôles d’activités au sein de votre institution ? (nombre, activités...) 4) Comment formalisez – vous la mobilité ? (outils, procédures, embauche, projets de pôles organisation).
<p>Comprendre le management mené autour de la mobilité</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5) Quelle est votre vision sur la mobilité ? (stratégies managériales, flexibilité). 6) Quels sont les leviers managériaux liés à la mobilité ? (GRH, avantages) 7) Quels sont les freins à la mobilité ?
<p>Comprendre l’accompagnement de la mobilité au niveau institutionnel</p>	<ol style="list-style-type: none"> 8) Quelles stratégies déployez – vous pour accompagner les cadres de santé pour les impliquer dans la mobilité ? 9) Comment mesurez – vous l’impact de la mobilité sur les soignants ?

Annexe 4

Grille d'entretien Cadre de santé

Population choisie : Cadre de santé

Objectif de recherche : Je souhaite comprendre l'organisation et la stratégie managériale menée par le cadre de santé pour conduire la mobilité ponctuelle au sein d'une équipe

Durée approximative : 30 minutes à 45 minutes

Enregistrement vocal : sur autorisation

Déterminants sociaux

- Quel est votre parcours professionnel ?
Année d'obtention du diplôme de cadre de santé :
Année dans l'établissement :
- Année dans le pôle :
Année dans le service :

Objectifs	Questions
<p>Comprendre l'organisation polaire et la mobilité mis en place au sein de l'établissement</p>	<p>1) Comment est organisé votre pôle d'activité ? (nombre, activités...)</p> <p>2) Comment la mobilité du personnel est – elle formalisée ? (outils, procédures, embauche, projets de pôles).</p>
<p>Comprendre le management mené autour de la mobilité</p>	<p>3) Quelle est votre vision sur la mobilité ? (stratégies managériales, flexibilité).</p> <p>4) Pour vous, quels sont les leviers managériaux liés à la mobilité ? (GRH, avantages cadre/service/soignant/patient))</p> <p>5) Pour vous, quels sont les freins à la mobilité ?</p>
<p>Comprendre l'organisation de la mobilité au sein de votre unité de soins.</p>	<p>6) Comment organisez – vous la mobilité au sein de votre service ? (communication, demande)</p> <p>7) Comment accompagnez – vous les professionnels dans la mobilité ponctuelle ? (équité, reconnaissance...)</p>
<p>Comprendre les stratégies managériales mises en place par le cadre dans la gestion de la mobilité et le vécu par les professionnels</p> <p>Analyser le vécu du personnel face à la mobilité.</p>	<p>8) Quels sont les outils à votre disposition pour conduire la mobilité ?</p> <p>9) Quelles sont vos difficultés dans la conduite de la mobilité ?</p> <p>10) Quels sont les moyens que vous utilisez pour informer le personnel d'un déplacement vers un autre service ? (Planning, mail, demande orale, formelle ?).</p> <p>11) Quelles sont les réactions des soignants lorsque vous annoncez un déplacement ? (résistance, résignation, acceptation, émotions...)</p> <p>12) Quels sont les impacts de la mobilité ponctuelle et répétée chez les soignants ?</p>

Verbatim de l'entretien N°1 : DSAP, Me M de l'Hôpital E du 6 avril 2018. Durée 30'10

Quel est votre parcours professionnel ?

« Je suis infirmière de formation, j'ai un parcours ESPIC avec un parcours en cancérologie, en rééducation fonctionnelle et ensuite j'ai été formatrice en institut de formation, toujours en ESPIC, donc aux diaconesses. Ensuite j'ai été formatrice en IFCS à Saint Anne en tant que cadre supérieur de Santé. En 2014, j'ai préparé le concours de directrice des soins et je suis donc rentrée le 1^{er} janvier 2015 à l'EHESP de Rennes où je suis restée un an comme il se doit. J'ai choisi de venir sur l'APHP qui est un endroit que je ne connaissais pas puisque comme vous l'avez vu sur mon parcours, je ne connaissais pas particulièrement bien. J'avais envie, vu que j'avais fait une quinzaine d'années de formation, revenir sur une organisation de soins. C'était vraiment mon souhait de revenir à mes premières amours qui étaient le soin en proximité et en même temps la question de la temporalité est importante pour moi et de travailler sur les personnes vulnérables. Donc, mon choix c'était ou de la psychiatrie ? ou la gériatrie. Ce poste à proximité de chez moi s'est présenté et je l'ai accepté avec beaucoup d'enthousiasme et j'en suis très contente. Ça fait donc deux ans et demi que je suis là. »

1) Depuis combien de temps la mobilité est – elle appliquée au sein de votre établissement ? (Émergence)

« Quand je suis arrivée, il y avait une mobilité très réduite, on était vraiment sur une mobilité dans le même service où on était davantage sur des changements de plannings. On peut appeler ça aussi de la mobilité, je ne sais pas si la mobilité est uniquement géographique ou aussi temporelle mais il y a cette dimension-là. C'était avant l'OTT. C'est pour ça qu'il y a aussi de la mobilité inter – équipe qui a un peu fait évoluer avec l'OTT. On avait quelques mobilités au sein de certains services mais ça n'allait pas au-delà. En tout cas, il n'y avait pas de mobilité géographique inter secteur d'activités. J'entends par là qu'il n'y avait pas de personnel de SSR qui allait en SLD et vice et versa. Ce n'était pas quelque chose qui n'était pas dans la culture du site. Et puis on a eu quand même, en 2016, la première année où je suis arrivée, l'OTT, on a eu 9 mois de grève, un fort absentéisme et il a bien fallu organiser la continuité du service et la prise en charge des patients. Donc on a dû commencer à induire la mobilité, un peu plus on va dire, subie pour les agents que volontaires. On avait un contexte qui nous a contraint à aller plus vite que je l'aurai souhaité ».

2) Quel type de mobilité exercez- vous au sein de votre établissement ? (Ponctuelle, organisée, service de suppléance).

Dans la mesure où il y a l'OTT on est sur une grande équipe de jour, donc on ne demande plus des changements de plannings. Enfin si, il y a des changements de plannings mais on est dans le cadre d'une grande équipe mais c'est considéré comme une équipe. C'est un peu différent, donc ça se pose moins et ça devrait moins se poser aussi puisqu'on est dans une stabilité des équipes, des plannings, il y a l'OTT, que j'espère la prochaine enquête pourra démontrer même si on sait que ce n'est pas toujours aussi vrai que le papier. Aujourd'hui on a une mobilité entre SSR, SLD et UGA aussi puisque l'Unité de Gériatrie Aigüe qui est l'unité, notamment celle de Calmette, où on a 24-26 lits, assez bien dotée notamment en infirmières et que quand on n'a pas forcément d'entrée d'après – midi, il y a une des infirmières qui peuvent éventuellement plus se mobiliser davantage qui peut aller sur le SSR et sur le SLD. Et c'est vrai que c'est une équipe, qui en termes d'infirmière étant la mieux dotée, est parfois la plus impactée par des mouvements de personnel ».

Question rebond : comment organisez – vous votre équipe de suppléance ?

« L'équipe de suppléance est assez faible, nous avons peu d'infirmières et quelques aides – soignantes mais au regard du nombre de lits et de l'effectif soignant c'est assez faible. Il était jusqu'à présent géré par la direction des soins. J'avais un cadre sup qui était chargé de gérer cette organisation-là, à la fois la gestion des demandes d'intérim par les cadres des services et puis donc la gestion de cette équipe de suppléance. J'ai pensé que ce n'était pas forcément justifié que ça reste à la direction des soins, pourquoi, car c'est plus intéressant que ce soit à la direction des soins quand il y a plusieurs pôles et qu'il faut éviter qu'il y ait des pôles qui soient davantage favorisés, en tout cas que les besoins de certains soient peut être davantage utilisés que d'autres et donc le fait qu'il y ait cette vision des soins permet qu'il y ait une harmonisation au regard des besoins de fonctionnements et des priorités qu'on peut avoir sur les pôles. Nous n'avons qu'un pôle ici donc ça ne me semblait pas justifier que ça reste à la direction des soins donc j'ai fait le choix de donner le cadre supérieur de la direction de soins aux cadres de pôle pour qu'ils aient un cadre RH qui a donc la responsabilité de la gestion du remplacement et d'évaluer le besoin en CDD, en intérim et la gestion de l'équipe de suppléance. Je souhaite que la gestion RH soit au plus près des services, c'était ma volonté c'est pour ça que j'ai voulu que ce soit fait comme ça même si j'ai toujours un regard puisque toutes les demandes d'intérim sont validées par moi. »

3) Comment sont organisés les pôles d'activités au sein de votre institution ? (Nombre, activité)

« Il y a un seul pôle qui est le pôle gériatrique et puis qui comprend à la fois de l'hospitalisation et puis de l'ambulatorio, puisqu'on a les hôpitaux de jour thérapeutiques, diagnostics, les consultations et on a aussi un autre service d'hospitalisation mais qui est de l'addicto mais qui dépend du pôle de psychiatrie de Mondor car en fait c'est un peu compliqué parce que la question du type d'activité, de l'organisation etc dépend du pôle de psychiatrie addicto de l'hôpital C mais par contre les personnels sont des personnels d'E donc c'est un peu particulier. Après on a d'autres services qui appartiennent à des pôles on va dire transversaux GH par exemple la pharmacie. Du coup nous on est un très gros pôle à la fois en nombre de lits et à la fois en termes de personnels ce qui fait que j'ai souhaité avoir un schéma d'encadrement qui reprend à la fois le schéma d'encadrement de l'APHP c'est-à-dire un cadre paramédical de pôle qui a deux adjoints, un cadre RH et un cadre qualité. En même temps parce que ce sont des grosses équipes et qu'on a aussi des demandes médicales d'un accompagnement des cadres de proximité à avoir deux cadres sup qui sont des cadres sup entre guillemets des cadres sup de proximité pour accompagner, et là pour le coup, qui ont une vision hiérarchique sur les cadres qu'ils ont donc un cadre sup pour le SSR et un cadre sup pour le SLD sachant que le cadre sup à une mission en plus qui est celle d'avoir le sujet de la bientraitance en transversale sur le pôle, puisque c'est un sujet... j'ai créé cette thématique là avec un groupe de travail spécifique qui n'existait pas quand je suis arrivée. On a plusieurs axes notamment l'hygiène buccodentaire, sur la question de l'agressivité en tout cas de la dimension dans les soins, ça c'est un travail qui est fait et être en train d'objectiver, la gestion des plaintes et des réclamations. Voilà on a plusieurs axes de travail sur la bientraitance.

4) Comment formalisez – vous la mobilité du personnel ? (outils, procédures, embauche, projets de pôle)

« Je ne recrute que les cadres et les cadres sup, je rencontre par contre les infirmiers au moment de leur titularisation parce que je souhaite, la titularisation c'est devenir fonctionnaire, je souhaite que à ce titre là on réexplique comment fonctionne le service public, les droits et devoirs des fonctionnaires et donc à ce titre là j'explique bien quelles sont les contraintes du service public c'est-à-dire qu'il doit ne jamais s'arrêter, donc la continuité du service public et qu'à ce titre là on peut être amené à modifier les plannings, à faire des rappels de personnel, et j'explique donc qu'on ne peut pas travailler pour un autre employeur. Donc, je rappelle à toutes les infirmières qui sont titularisées, à quoi sert une directrice des soins déjà et toute la hiérarchie comment ça se situe et puis rappeler quelques projets de l'établissement, notamment sur cette question-là, sur l'obéissance et la hiérarchie et puis la question de la continuité du service. C'est aussi un élément de les préparer

à la mobilité, en tout cas de l'engagement qu'ils prennent à signer à devenir fonctionnaire, c'est-à-dire qu'il y a un engagement réciproque qui est que, en effet, ils ont un emploi garanti etc avec des possibilités de formations, avec des possibilités aussi de mobilité choisie et d'évolution et promotion professionnelle mais que en contrepartie il y a aussi des engagements au service public puisque je leur rappelle que ce sont les impôts des citoyens qui nous paient, qui s'occupent de notre gestion. J'y tiens, je leur pose la question qu'est-ce que c'est pour vous d'être fonctionnaire, qu'est-ce que ça représente, « j'ai un CDI » et là qu'elle est la différence avec la clinique d'à côté et du coup je reprends les missions du service public et ses valeurs : la non-discrimination etc et je le fais aussi à tous les nouveaux arrivants le rappel des droits et devoirs des fonctionnaires. On fait une journée pour tous les nouveaux arrivants et je fais aussi la même chose sur la journée d'accueil des nouveaux arrivants.

Et puis si non, nous avons travaillé sur comment est – ce qu'on prépare, notamment puisque que la question s'était posée à un moment donné fréquemment j'ai eu à déplacer les infirmières de l'UGA puisque c'était monté jusqu'à moi en disant « on a trop de travail » et j'ai dû imposer un certain nombre de choses donc de travailler justement sur comment est-ce qu'on organise la mobilité notamment de l'infirmière de l'UGA de l'après – midi si elle est amenée à être déplacée, d'abord comment est – ce que c'est entendu dans le service et comment est-ce qu'on anticipe pour le travail qui peut être fait en amont avec les trois infirmières du matin et là aussi c'est confortable donc elles peuvent faire les choses comme ça. Donc là il y avait normalement, mais je ne l'ai pas vu fini, je ne sais pas si ça été complètement terminé cette affaire mais en tout cas c'est un travail que madame M (cadre santé) et Me B (cadre supérieure) avaient commencé avec l'équipe de l'UGA ».

5) Quelle est votre vision sur la mobilité ? (stratégies managériales, flexibilité)

« Je pense qu'on ne peut pas détacher mobilité de compétence et de sécurité, pour moi ça va forcément ensemble parce que la mobilité quand elle est imposée fait que la personne se sent pas forcément reconnue car il y a aussi la question de reconnaissance dans ce qu'elle apporte au service et la question de si on n'est pas ou on se sent pas, parce qu'on l'est parfois mais on ne se sent pas forcément expérimenté, on imagine qu'on ne va pas être compétent, on ne se sent pas en sécurité, ça génère du stress et demande beaucoup d'énergie, un risque d'arrêt donc je pense que de la mobilité doit forcément s'organiser, s'accompagner. J'en ai parlé avec les cadres mais c'est vrai que les projets n'avancent pas forcément au rythme qu'on souhaiterait avoir parce que on a quand même un fort absentéisme et du coup on n'arrive pas toujours à dégager les agents pour travailler notamment à la fois sur des formations et moi ce que j'aurai voulu c'est qu'on puisse faire une charte de la mobilité, peut-être qu'on y arrivera, et de manière à ce qu'il y a déjà une vraie discussion sur ce que c'est une mobilité on va dire pas forcément pas programmée et en tout cas de courte durée pour aller travailler sur un autre service, qu'elle soit bien comprise, pas comprise comme une sanction mais comme une valorisation et surtout qu'elle puisse être préparée, c'est-à-dire que des personnels volontaires, car je pense qu'il faut d'abord travailler sur cette question de volontariat puisse aller dans les services dans lesquels il sera amené à être déplacé de manière à connaître le service, à y passer une journée, voire deux mais en tout cas connaître les collègues, connaître les organisations, avoir un apport en terme s'il y a de spécificité en terme de prise en charge, de pathologies etc de manière où le jour ils sont déplacés ils soient en capacité d'être plus à l'aise et de savoir que les compétences qu'ils ont, car évidemment il faut qu'ils soient évalués par le cadre qui viendrait les recruter entre guillemets de manière temporaire, voilà donc tout ça il faudrait qu'il y ait un vrai travail qui soit fait avec ces agents qui seraient susceptibles de travailler sur la mobilité, de manière à sécuriser tout le monde. C'est-à-dire je pense que ça reconforte, ça sécurise les cadres qui se disent voilà il va y avoir quelqu'un qui va venir mais quelqu'un qui connaît, bien sûr ça n'empêche pas de l'accueillir, et l'accompagner et de l'aider et d'être attentif à ses pratiques, par rapport aux collègues qui vont l'accueillir aussi parce qu'ils les connaîtront déjà donc tout de suite on peut quand même commencer à travailler et à être efficace et puis ça peut permettre un retour et éventuellement que cet agent si sur les premiers temps il ne s'est pas senti très à l'aise qu'il y ait des formations complémentaires qui lui soit proposées et je pense qu'après c'est intéressant qu'il

y'ait éventuellement, alors sur un plan réglementaire ça n'existe pas forcément mais qu'on travaille sur une question d'un portefeuille de compétences par exemple qu'on pourrait lui faire valider, dans le style du portfolio mais qu'on change le mot, mais que du coup ça permette à l'agent si après il veut une mutation une mobilité plus définitive, aller vers un autre établissement qu'il puisse aussi mettre en avant cette mobilité, comment il l'a travaillé et que du coup c'est quand même une compétence plutôt intéressante pour un futur recruteur, c'est quelque chose de valorisant.

6) Quels sont les leviers managériaux liés à la mobilité ? (GRH, avantages)

A partir du moment où il y a un développement des compétences ça veut dire qu'on sécurise les soins, c'est bien évident, ça permet quand même une facilitation dans la gestion RH, c'est bien évident aussi et puis c'est une valorisation des compétences y compris de détecter des potentiels d'agents qui sont susceptibles de vouloir acquérir des compétences supplémentaires et éventuellement de penser à des promotions professionnelles pour certains agents.

7) Quels sont les freins à la mobilité ?

Je ne sais pas si je parlerais de freins, car les freins ... oui les inconvénients ; pourquoi je vous dis ça car on est sur des prises en charge qui sont des prises en charge longues et qui sont des prises en charges compliquées surtout des personnes âgées qui sont des personnes âgées parfois désorientées soit liées à l'hospitalisation soit à une pathologie on va dire courte mais parfois on a des personnes avec des démences et des désorientations très fortes pour qui il faut des personnes, des points de repère on va dire que ce soit géographique ou des personnes qui s'occupent d'eux et c'est vrai quand on commence à avoir une certaine relation de confiance avec une personne âgée qui peut être au départ n'acceptait pas les soins, changer pour que ce soit quelqu'un d'autre c'est parfois un peu compliqué donc cette mobilité elle trouve ce frein dans le cadre d'un suivi et d'un accompagnement des personnes âgées démentes et désorientées, même simplement âgées qui ont des habitudes et qui ont du mal à accepter que ce soit ... notamment dans la question de l'intimité. On a eu l'autre jour un débat éthique dans le cadre du café éthique et les personnes âgées ont parfois du mal à accepter de livrer leur corps à des mains qu'ils ne connaissent pas et du coup c'est un peu la limite à cette mobilité, c'est de ne pas avoir de repère fixe en terme de soignants, je dis ça pourquoi parce que on va avoir à refaire les USM pour mise en conformité incendie et qu'on va faire déménager deux étages par deux étages et ma première priorité est que les agents suivent leurs patients, pour moi cette mobilité-là elle sera contrainte de changer de bâtiment mais parce que je veux que les équipes suivent leurs patients. Déjà ils vont avoir un changement de lieu donc il n'est pas question qu'en plus il y ait un changement d'équipe. Donc pour moi cette mobilité là c'est une mobilité qui sera contrainte mais aussi définitive dans l'intérêt du patient toujours.

8) Quelles stratégies déployez – vous pour accompagner les cadres de santé pour les impliquer dans la mobilité ?

Alors ça c'est une question piège ! Non c'est parce qu'on a beaucoup d'échanges avec l'encadrement lors des réunions d'encadrements, je suis plus en contact avec l'encadrement supérieur mais on échange autour de ça quand on est dans les situations extrêmement tendues comme les étés par exemple ou les périodes de congés, je fais systématiquement une réunion d'une heure de manière à faire le point sur l'absentéisme et à imaginer avec eux des organisations entre guillemets, je ne vais pas dire dégradées parce que je n'aime pas le mot, donc on va dire adaptées à la situation donc c'est-à-dire en leur demandant c'est pas toujours facile mais de venir à la fois avec le nombre de patients dans chaque unité et puis une charge de travail ce qui permet de reprendre des scénarios de mobilité d'agent disant là tu as 5 patients en moins, là tu as une charge de travail du coup, là tu en a 3 mais là il y'en a 2 donc tu vas en déplacer 1 là, là tu vas faire ça etc etc et ça on le fait comme ça. En situation de crise il y a vraiment un accompagnement DSAP, de l'encadrement supérieur et des cadres pour établir les scénarios de mobilité.

9) Comment mesurez – vous l'impact de la mobilité sur les soignants ?

On a tous les indicateurs d'absentéisme bien évidemment, ce que nous font remonter les organisations syndicales qui viennent me voir ; l'APHP est connu pour avoir un climat social particulièrement intense. Il y a aussi d'autres indicateurs, je dirais des indicateurs plus subjectifs, il y a évidemment ce que nous disent les cadres bien sûrs et puis il y a des indicateurs quand on passe dans les services. Je vois, je discutais tout à l'heure avec mon adjointe qui est cadre supérieure experte en soins et puis la cadre qualité sur les observations des évaluations des pratiques professionnelles, elles disaient que c'était beaucoup plus calme et beaucoup plus serein dans les services. C'est un indicateur aussi du bien-être au travail et donc du coup même si on a un absentéisme important on a quand même une certaine sérénité dans les services donc je pense que c'est un indicateur aussi même s'il est plus subjectif.

Verbatim de l'entretien N°2 : Mr L, CPP de l'Hôpital E du 9 avril 2018. Durée 28'20.

Quel est votre parcours professionnel ?

J'ai été diplômé en 2003 infirmier, en 2005 puériculteur, j'ai commencé mon exercice professionnel dans un service d'urgences pédiatriques au sein d'un centre hospitalier intercommunal en banlieue. Après j'ai intégré l'assistance publique dans un SMUR pédiatrique en 2005, je suis rentré à l'école des cadres en 2010, à la sortie de l'école des cadres en 2011 j'ai intégré une réanimation puis en 2012 un service de chirurgie et en 2017 j'ai été nommé cadre supérieur et j'ai intégré la fonction de cadre supérieur paramédical de pôle au sein d'E.

1) Depuis combien de temps la mobilité ponctuelle est – elle appliquée au sein de votre établissement ?

Vous entendez par mobilité ponctuelle le fait de déplacer un agent au regard de l'absentéisme inopiné ? Je crois que ça a toujours existé et la question est avant tout conceptuelle c'est de dire qu'au regard d'un effectif; en fait il y a deux cas de figures. Le premier cas de figure c'est la mobilité où on a une marge dans un service et on transfère cette marge vers un service qui est en difficulté. Le deuxième cas de figure est qu'on transfère du personnel d'un service où il n'y a pas de marge vers un service qui est en grande difficulté et à ce moment-là c'est un équilibrage au regard d'un arbitrage sur le fait de bénéficier / risque sur le fait de ne pas garder une unité qui est en fonctionnement normal alors qu'on a une unité qui est en fonctionnement extrêmement dégradé. Ce cas de figure s'exerce en dernier recours après les différents modes de gestion de l'absentéisme c'est-à-dire les demandes d'heures supplémentaires, d'intérim.

2) Quel type de mobilité exercez – vous au sein de votre établissement ?

Le pool est une équipe qui sert à gérer, qui est un mode de gestion qui vise à pallier un absentéisme donc c'est vraiment un mode de remplacement. Un absentéisme qui est lié aux congés maladies, congés maternité mais aussi des congés de formation ou des congés annuels.

3) Comment est organisé le pôle d'activité au sein de votre institution ?

Le pôle est divisé en 3 bâtiments principaux, un premier bâtiment qui est constitué d'à peu près 450 lits de SLD réparti en 5 bâtiments, des grands bâtiments allant de 110 et des petits bâtiments, le plus petit est de 26 + 16 dans une unité de surveillance continue (un USC). Après, nous avons deux autres bâtiments qui sont des bâtiments un peu jumeaux et là nous avons un mixte d'activités entre l'Unité de Gériatrie Aigüe sur chaque bâtiment, pour chaque bâtiment c'est 20 lits et pour l'autre c'est 24 lits et des unités de SSR qui comportent à peu près 75 lits de SSR à chaque étage donc sur deux étages, on a aujourd'hui environ 370 lits de SSR. La capacité totale du pôle étant de 810 lits. Ça représente en TPER à peu près 890 paramédicaux.

4) Comment formalisez – vous la mobilité ?

Le premier élément qu'on peut donner c'est que la mobilité est une mobilité qui est recherchée de façon générale mais en cas d'absentéisme. Ce qu'on recherche c'est surtout de la compétence et une identification à une équipe au sein des unités. Après ce qu'on recherche aussi c'est d'avoir un esprit bâtiment, c'est de dire si on est en difficulté sur le bâtiment, la marge est avant tout de ce bâtiment. Maintenant on a une organisation au sein du pôle qui est un peu pyramidale et qui permet d'avoir une vision bâtiment et celle des cadres et cadres supérieurs, et après, pôle qui est le travail du cadre sup RH au niveau du pôle et qui lui, va donner ses indications en disant, on a peut-être une marge ici, on va aller vers un autre bâtiment et on ne va pas avoir besoin d'utiliser de l'intérim. Donc il y a différents strats de décisions, la 1^{ère} strats est celle du cadre d'unité qui a la mobilité sur son planning, en jouant sur des RTT ou des déplacements de RH, après celle de l'ensemble des cadres avec les cadres supérieurs sur une vision bâtiment et du cadre RH sur une vision pôle.

Après sur l'organisation proprement dite nous on a, fait le choix d'avoir une ouverture un peu systématique, d'avoir une forme de transparence. C'est-à-dire que quand on sait qu'on va devoir déplacer quelqu'un parce qu'on sait qu'on est sur des secteurs qui sont un peu plus, on va l'annoncer à l'avance pour pas que l'acteur soit pris au dernier moment en disant « à 13h40 vous allez prendre votre poste mais vous n'allez pas le prendre là, vous allez le prendre sur un autre secteur » donc on annonce sur le planning qu'il y aura un agent qui va être déplacé sur un autre secteur. On a fait ce choix car on considère qu'on a des agents responsables et qu'en même temps ça ne sert à rien de le cacher car ça n'apportera rien. Ce n'est pas une situation qui s'inscrira dans la pérennité.

5) Quelle est votre vision sur la mobilité ?

Ma vision va sur deux dynamiques qui peuvent être parfois opposées voire antagonistes mais qui en même temps sont complémentaires. La première, c'est de dire qu'un agent est affecté à une unité c'est là où il va acquérir, déployer et user de ses compétences afin d'assurer une qualité et une continuité des soins. Au regard de ça c'est le lieu d'affectation et qui va être son lieu d'exercice professionnel de façon prioritaire. Maintenant il n'est de fait que ce mécanisme-là permet d'avoir une dynamique d'équipe, d'avoir une forme d'unité et du travail en commun dans l'équipe et d'avoir historiquement l'unité ou le service qui restent une valeur très forte d'attachement pour l'agent. L'autre dynamique est de dire qu'effectivement l'unité d'affectation de l'agent est en priorité celle-là. Mais au regard d'évènements comme l'absentéisme qui peut être prévu mais aussi de dernière minute, l'agent peut être amené à exercer ses compétences dans un autre service dans l'objectif de garantir la continuité des soins.

Pour être clair, dans une vision managériale d'efficacité et de maîtrise de la masse budgétaire, il ne paraît pas concevable d'avoir une unité avec des effectifs pleins et une unité avec un déficit de personnel ou on va mettre des mesures de comblements de l'absentéisme à titre d'intérim alors que l'on a une marge dans d'autres services. Au regard de ça c'est ce double dynamique de dire oui on a une base d'affectation maintenant au regard du contexte on peut être amené à avoir une projection de certains acteurs sur d'autres unités. C'est en rien une mutualisation c'est la conjoncture qui fait qu'il peut y avoir une projection vers une autre unité.

6) Pour vous quels sont les leviers managériaux liés à la mobilité ?

Les avantages c'est qu'on a des gens compétents sur plusieurs secteurs, on a une certaine efficacité, on a une flexibilité dans le rôle et du cadre, ça permet de combler un absentéisme et en régulant les masses de TPER d'un service sur l'autre. Moi je reste persuadé que cette mobilité doit être un peu organisée c'est-à-dire que ça ne doit pas être toujours le même agent qui bouge, ça ne doit pas être systématique sinon ça veut dire que c'est une mesure pérenne et non pas une mesure d'absentéisme ponctuelle.

7) Pour vous quels sont les inconvénients de la mobilité ?

C'est-à-dire que la mobilité portée à l'extrême on a un risque de non adhésion au projet médical et paramédical et un sentiment de non appartenance. C'est une vraie difficulté parce que du coup on a l'impression d'avoir des agents qui sont déresponsabilisés dans leurs missions puisqu'ils vont alterner et du coup aussi de déresponsabiliser dans leur présentéisme. Ça c'est un des enjeux, c'est de dire que l'acteur de soins aime avoir certaines habitudes, avec qui il travaille, avec les patients dont il travaille et qui effectivement peut être un pan visant à garantir une certaine qualité de soins par la connaissance du patient. Ça peut être aussi un pan c'est de dire que des habitudes se font et qu'ici on est dans un travail un peu plus routinier surtout qu'on a des patients qui restent sur des DMS extrêmement longues. Donc tout l'enjeu est d'avoir une certaine forme d'équilibre, avoir la possibilité de déplacer certains acteurs à certains moments au regard du contexte mais en même temps garder une dynamique d'équipe pour pouvoir mener des projets, pour avoir un sentiment d'appartenance et avoir une continuité dans les soins mais aussi avec l'encadrement dans le fait de monter des projets au sein de ces unités. Il n'y a pas de recette miracle, on essaie un peu de faire au regard de la conjoncture aussi mais effectivement de porter un projet de mobilité à grande échelle sur un pôle qui va concentrer à peu près 900 agents ça peut être une difficulté. La mobilité peut être plus prégnante la nuit que le jour parce qu'il y a moins d'acteurs, parce que ces acteurs peuvent

être aussi un peu plus polyvalents en tout cas cette politique a été mise en place depuis un peu plus longtemps alors que c'est moins vrai sur le jour.

8) Quelle stratégie déployez – vous pour accompagner les cadres de santé pour les impliquer dans la mobilité ?

La mobilité part quand même d'un concept, celui de la solidarité interservices c'est-à-dire que c'est celui qui est en plus grande difficulté et c'est la mobilisation des autres acteurs en général coordonnée par un cadre supérieur au niveau du pôle pour voir certains arbitrages. L'enjeu c'est de ne pas créer de dualité dans l'encadrement et de dire « *t'es plus en difficulté que moi* » car il y a toujours une notion très subjective sur les charges en soins, sur les difficultés des uns et des autres donc l'arbitrage des déplacements se fait majoritairement par l'encadrement supérieur même si l'encadrement de proximité a toujours une sorte de vision, c'est-à-dire être en capacité, voir où il peut y avoir plus de difficultés notamment le Week end puisqu'on a un cadre de garde mais c'est vrai qu'il y a toujours cette volonté de dire « on protège un petit peu nos équipes, nous aussi on est en difficulté, nous aussi on a des sujets transversaux à poser sur nous » et c'est vrai que c'est un peu difficile de faire à moyens un peu réduits. En tout cas quand on n'est pas à l'effectif cible, maintenant c'est une réalité que cet accompagnement du cadre de proximité ne doit pas être fait à ses dépens dans son management c'est-à-dire ça passe par de la pédagogie, pédagogie près des équipes mais aussi près de l'encadrement pour leur dire pourquoi on le fait. Oui il y a une mesure d'efficacité financière c'est vrai pour un maintien de la masse budgétaire mais il y a aussi une idée qui doit être portée c'est celle de la continuité des soins et de la capacité d'un acteur à être polyvalent. C'est-à-dire que quand vous avez un acteur qui vous dit : « ah non moi je ne peux pas aller sur un autre secteur parce que je ne suis pas compétent ça doit nous interroger sur pourquoi cet acteur au bout de 20 ans finalement il est resté sur son champ de compétence, sur son périmètre car il n'a peut-être pas su aller vers les techniques plus développées où on pense que les soins sont plus aigus comme la transfusion, c'est un acte marqueur en gériatrie de dire que certains infirmiers ne peuvent plus transfuser, ça interroge et ça questionne justement sur la compétence et ce qu'on attend d'un infirmier.

Question rebond improvisée : « *Dans le cadre du développement des compétences quelle stratégie adoptez – vous lorsqu'un agent vous dit qu'il ne peut pas se rendre dans ce service parce que je n'ai pas la compétence ?* »

J'ai eu cette discussion-là récemment, notamment de nuit, ça peut être une source d'anxiété. Par contre il peut y avoir des jeux d'acteurs qui sont basés plus que sur l'individu que le collectif et ça c'est un des enjeux majeur en terme de vision sur la flexibilité et la mobilité, c'est-à-dire comment d'un comportement très individualiste d'un acteur de soins en disant « *je suis sur mon unité, voilà je suis affecté là, j'ai en charge les patients et je fais mon travail* » à le faire passer à une vision plus collective et de dire « oui mais vous faites partie d'un ensemble plus large où effectivement il y a un ensemble d'activités et parce qu'on a des soucis là, là et là il faudrait peut-être qu'un jour vous soyez amené à être déplacé » On change ce sentiment de confort qu'on a dans une unité, on change vraiment le jeu de l'acteur de soins et on le sort de sa zone de confort. C'est vrai que certains vont dire « *oui je vais pouvoir apprendre d'autres choses et voir certaines choses* » et certains acteurs qui vont être plutôt sur le fait « *non moi je ne veux pas, j'ai mes habitudes, j'ai mon fonctionnement, j'ai mon chariot, mes patients* ». En tout cas il faut garder à l'esprit le principe d'équité, c'est-à-dire que c'est aussi à tour de rôle qu'on y va. Il faut garder aussi à l'esprit un rôle de pédagogie mais aussi un maintien des compétences. Ce maintien des compétences ne se fait pas dans le seul but de la flexibilité mais aussi de se dire qu'un infirmier doit avoir son socle de compétences minimal parce qu'autrement il n'est plus en capacité d'assurer toutes ses missions. Bien sûr il peut y avoir des socles très spécialisés notamment dans le MCO sur la réanimation des choses comme ça. Maintenant il faut entendre aussi que la transfusion par exemple est un acte de soin qui doit pouvoir être fait par tous les infirmiers. Cette compétence-là doit être maintenue ce qui est compliqué parce que ça demande du temps de formation, ça demande de l'engagement des professionnels qui vont initier la formation et ça demande de l'engagement qui va recevoir la formation. Ces adéquations-là sont aujourd'hui que partiels parce qu'on n'a pas 100% de nos soignants qui ont été formés aux formations obligatoires. Ça c'est une réalité et qui est à peu près vraie partout.

9) Comment mesurez – vous l'impact de la mobilité sur les soignants ?

Les impacts on les connaît un petit peu. C'est-à-dire on a des soignants qui peuvent être amenés à partir, à aller vers d'autres secteurs qui garantissent enfin qui annoncent une garantie de stabilité. On peut avoir des risques quand la mobilité n'est pas organisée c'est de dire aussi que on assure la continuité des soins oui mais aussi d'être en capacité d'assurer la sécurité des soins dans un environnement tout autre. Cette démarche est portée maintenant depuis plusieurs années avec une mise à disposition de procédures de protocoles et aussi quelque part une standardisation sur le circuit du médicament par exemple, sur des approches de stockage de médicaments, voilà le médicament est toujours un acte fort et un enjeu de sécurité majeur. Donc beaucoup d'efforts sont faits pour uniformiser le circuit du médicament. Après sur les actes de soins il peut y avoir des spécificités mais ces spécificités restent quand même dans un périmètre assez restreint surtout dans le cadre de la gériatrie où on ne va pas trouver des patients sous VNI ou sous dialyse ou des actes extrêmement spécifiques, c'est un des enjeux. Donc on a l'autre point c'est celui de l'absentéisme. Oui on a des agents qui vont faire le choix de partir vers d'autres secteurs et notamment d'autres hôpitaux et d'autres qui vont dire aussi : « Et bien si c'est comme ça moi je m'arrête ». On est dans une spirale infernale, la mobilité sert à combler un absentéisme et en même temps cette mobilité entraîne de l'absentéisme. Donc c'est l'un des points que l'on peut percevoir de façon plus négative. Il y a aussi deux réalités par rapport à ça c'est que l'absentéisme on peut avoir ce jeu une fois, deux fois, trois fois mais en même temps on ne peut pas construire sa carrière sur un absentéisme comme ça. Donc ça peut être un axe de mécontentement ou une manière de dire « je ne suis pas d'accord » oui ok. En plus on a toujours la menace « *moi si vous m'enviez ailleurs et bien moi je m'arrête* ». Là il faut reprendre, c'est un peu pédagogique, que la responsabilité de l'arrêt ne dépend pas du manager mais dépend de l'arrêt qui va arrêter l'agent mais on a ce risque et cette attitude qui sont là. Maintenant ça passe par des explications, de la pédagogie, le cadre de proximité a un rôle déterminant dans le cadre de la flexibilité de l'agent. C'est-à-dire que si c'est un acteur positif le message va d'autant plus passer auprès de son équipe, si c'est un acteur neutre, on va avoir beaucoup de gens qui crient, qui vont avoir des frictions on va dire et si c'est un acteur négatif, à ce moment-là c'est là qu'on va avoir de l'absentéisme et des conséquences qui peuvent être négatives. En tout cas, c'est de la façon dont on va amener les choses. Est – ce que c'est un verre à moitié plein ? Est – ce que c'est un verre à moitié vide ? Et surtout redonner du sens à cette pratique, c'est-à-dire que ce n'est pas systématique c'est pour, de façon conjoncturelle, assurer une continuité. Maintenant ça pose d'autres questions. On a des services qui sont, des fois un peu toujours en surplus et puis des acteurs qui sont toujours en déficit, il y a une vraie question de fond : pourquoi il y a des acteurs qui sont bien et toujours des acteurs en difficulté, on connaît ces services. Des fois c'est historique, des fois c'est vraiment conjoncturel au regard des situations, là certains acteurs vont dire « oui mais moi j'aide toujours alors que je ne suis jamais aidé » et d'autres acteurs qui vont dire « oui mais moi j'ai besoin qu'on m'aide parce que je suis toujours en difficulté » donc c'est aussi un peu cet enjeu-là, en tout cas sur l'encadrement c'est de repositionner chaque acteur dans sa responsabilisation auprès de son équipe. C'est d'avoir une vision. On sort les agents de leur zone de confort oui, qu'il y ait un problème de compétence oui, qu'il y 'est un stress oui mais il y a aussi un problème d'envie oui sûrement. C'est-à-dire on préfère rester dans son service dans sa spécialité dans ses patients qu'il connaît et finalement dans ses habitudes. En regardant ça il y a un vrai profil âge qui joue. Plus l'acteur est là dans son service depuis plus longtemps, et notamment de nuit, plus il est difficile de mobiliser vers une autre spécialité. Là je pense vraiment qu'il y a un sujet compétence. La situation n'est pas linéaire mais polymorphe, complexe et qu'au regard des unités, des profils, des pyramides d'âges des acteurs et de l'ancienneté dans le service on peut avoir des comportements qui sont différents.

Verbatim de l'entretien N°3 : Mr B, CPP de l'Hôpital H du 10 avril 2018. Durée 27'26

Quel est votre parcours professionnel ?

Je suis de filière infirmière diplômé en 2000 de l'IFSI H. J'ai exercé d'abord un an en équipe de suppléance puis 10 ans en réanimation médicale toujours à H où j'ai d'abord été infirmier de nuit, puis infirmier en alternance jour/nuit puis j'ai intégré un poste référent soins c'est un poste transversal où je travaillais principalement sur l'intégration des nouveaux professionnels, la mise en œuvre de procédures de soins et l'accompagnement des étudiants. Par la suite j'ai fait Faisant Fonction de Cadre de Santé dans ce secteur pendant un an et après j'ai rejoint l'école des cadres en 2011 et j'ai été diplômé en 2012. A la sortie de l'école, j'ai pris un poste de cadre en réanimation chir vasculaire à H. que j'ai exercé pendant 5 ans jusqu'à 2017 avec des missions transversales au fur et à mesure, principalement sur les ressources humaines avec la mise en œuvre de tableaux de bords, l'harmonisation des plannings, le lissage des plannings, la mobilité du personnel notamment sur les réanimations. Puis j'ai fait le remplacement de la CCP qui était absente et par la suite j'ai obtenu le grade de cadre supérieur en octobre 2017 et j'ai été nommé cadre paramédical du pôle en cardiologie réanimation anesthésie vasculaire. Après j'ai un parcours universitaire parce que j'ai fait un master 1 « économie gestion de la santé » j'ai obtenu mon master avec les hautes études en santé publique sur l'analyse et le management des établissements de santé (AMES) et là je suis inscrit en école de doctorat de sciences et vie de la santé où je fais une thèse dans le cadre d'un projet de vie d'appartenance universitaire.

1) Depuis combien de temps avez – vous recours à la mobilité sur l'établissement ?

Depuis les pôles peut être 2011, non ça a dû se mettre en place un petit peu avant, je n'ai plus les dates exactes mais je sais que la politique sur l'établissement a été renforcée avec les pôles où justement les moyens ont été alloués au pôle on a demandé vraiment de la mobilité interne. Après les vitesses de mises en œuvre ont été différentes mais le grand pas de la mobilité du personnel c'était les pôles.

2) Quelle type de mobilité exercez – vous au sein de votre établissement ?

On a différents niveaux. Sur l'établissement on a un service de suppléance qui existe depuis très longtemps, il y a toujours eu des équipes de suppléances, où en tout cas il y a eu des arrêts mais reconduites c'est-à-dire qu'il existe sous la forme actuelle depuis 2000 puisque ça été le service que j'ai occupé, on recréait le service de suppléance. Ce service de suppléance travaille sur 2 sites M et l'hôpital C elle a évolué dans sa forme parce qu'elle travaille sur l'ensemble de l'établissement hors réanimation et jusqu'à 2017 nous avions aussi une équipe de suppléance réanimation qui avait été créée il y a 7 ans mais qui n'existe plus car les effectifs ont été réintégrés dans les secteurs de réanimation. C'est le mode de fonctionnement sur l'hôpital avec une équipe de suppléances très axée infirmiers avec quelques aides-soignantes mais on va dire une prédominance infirmière Jour / Nuit en horaire variable donc du 7h30 de présence. C'est aussi pour ça que sur les services de réanimation c'est particulier car on travaille sur du 12h. Au niveau du pôle la mobilité s'effectue à différents niveaux. Elle s'effectue par ce qu'on appelle du lissage prévisionnel, c'est-à-dire qu'en amont avant de valider les plannings, l'encadrement réalise son planning avec son équipe, établit un planning prévisionnel. L'ensemble des plannings des secteurs sont remis en communs et on voit s'il y a encore des difficultés à passer ensemble. Je prends un exemple il pourrait manquer un infirmier en chirurgie vasculaire et sur cette journée là si on a la possibilité d'avoir un infirmier en plus en chirurgie cardiaque d'emblée nous allons faire la mobilité en amont, donc ça c'est un mois avant. Et après, de façon ponctuelle ce qu'on n'arrive pas à résoudre avec nos moyens propres, nous faisons des demandes de suppléance si nos demandes de suppléances ne sont pas honorées on recourt à la recherche d'heures supplémentaires. Et de façon ponctuelle si sur une problématique aigue sur une journée et une absence inopinée, si on a des moyens en interne de pôle et bien on déplace en interne de pôle.

3) Comment est organisé votre pôle d'activité ?

On a une organisation un peu particulière sur le pôle C parce qu'on a 3 entités dans le pôle. Ça regroupe une dizaine de services, 4 secteurs de réanimation, 1 secteur d'anesthésie, un secteur de soins post interventionnel, 2 services de chirurgie et une fédération de cardiologie qui est basée sur 4 services : hôpital de jour, hôpital de semaine, hospitalisation conventionnelle et soins intensifs. Donc a 3 entités pour nous dans le pôle qui sont l'anesthésie avec la salle de réveil, les consultations anesthésie et l'équipe de prélèvements multi organes, les secteurs de réanimation et les secteurs de médecines vasculaires. Chacun de ces secteurs a un cadre sup qui anime son équipe de cadres et donc les services qui sont en lien. Et donc si lissage et utilisation doivent se faire, il se fait dans ce périmètre-là. C'est-à-dire que je ne déplace pas une infirmière de réanimation à un service de chirurgie, je ne déplace pas une infirmière de service de médecine en anesthésie ou en réanimation. Et à l'intérieur de ces spécialités-là, après il y a des binômes qui travaillent notamment comme on a un service de cardio médecine et chirurgie on va d'abord travailler la médecine ensemble et après faire travailler la chirurgie ensemble.

4) Comment formalisez – vous la mobilité ?

C'est noté sur la fiche de poste, la mobilité interne au pôle ça fait partie des choses qui sont dites dans la procédure de recrutement où il y 3 étapes donc la personne qui se porte candidate rencontre une cadre qui est détachée sur le pôle dont la mission est de voir tous les candidats et de suivre tous les candidats et aussi d'administrer tous les étudiants donc en mission transversale sur le pôle. En 2, ce message-là est passé par la cadre transversale, il est passé par la cadre de proximité et il est rappelé à la journée d'accueil. Donc il y différents temps où on rappelle l'organisation interne du pôle comme ça il n'y a pas de surprise pour les personnes qui viennent chez nous. En plus comme on a un groupement très interne, les gens sont quand même au courant déjà parce qu'ils ont été étudiants, ils ont vu qu'il y avait d'autres personnes avec lesquels il pouvait être amené à travailler. Après sur la formalisation en tant que telle, on travaille avec un outil Gestime qui est un outil déployé sur l'ensemble de nos établissements qui permet d'avoir des regroupements d'équipe et de mettre ce qu'on appelle des « codes mission » par exemple vous travaillez en cardiologie, vous êtes prévus du matin en cardiologie, il y a une infirmière en trop, le lendemain il se trouve qu'il y a une problématique dans un autre secteur de cardiologie on va former de « code mission » et on va vous en informer. Et sur Gestime c'est tracer la mobilité et sur le planning physique des agents le code mission est changé et l'agent est informé. Donc après on n'a pas jugé nécessaire de faire d'autres outils parce que l'outil Gestime permet de faire des requêtes avec des outils statistiques pour qu'on suive un petit peu les services qui ont soit une forte mobilité soit les agents qui sont très sollicités.

5) Quelle est votre vision de la mobilité ?

D'une part la mobilité est une nécessité aujourd'hui, c'est à dire que les effectifs sont vraiment au plus juste pour les services et donc on fonctionne avec très peu de marge de manœuvre voire en tension. Ce qui fait que les services pris isolément n'ont pas la capacité de fonctionner de façon pleine et entière si leur arrive un souci. Je prends en exemple d'une HDJ cardiologie, leur effectif est tellement faible que s'ils ont un seul arrêt ils sont incapables de se reconfigurer donc ça amènerait à pénaliser l'activité donc à pénaliser la prise en charge patient. Donc aujourd'hui pour qu'on puisse fonctionner, il est nécessaire qu'au sein du pôle il y ait une forme d'entraide. Ça c'est une politique managériale qui est appelée comme ça, c'est la solidarité du pôle et c'est un peu comme ça qu'on la présente. Solidarité qui a pour but de ne pas pénaliser une activité plus qu'une autre mais qui a pour but de faire en sorte que l'ensemble des missions qui sont dévolues au pôle soient remplies. Donc c'est vrai comme on a un suivi dans le temps si par exemple on voit que dans un service de réanimation est beaucoup plus à l'aise dans ses effectifs, il va peut-être être plus sollicité pour aider les autres secteurs et vice et versa. Pour moi il y' a une nécessité aujourd'hui pour remplir nos missions que l'ensemble de mes effectifs puissent travailler ensemble. Après comme je vous ai dit, on a des services très spécialisés avec des secteurs de médecine, de chirurgie, des secteurs de réanimation dont les compétences attendues ne sont pas les mêmes et donc il faut qu'on soit vigilant en terme de management à ne pas mettre les agents en difficulté voire en

insécurité car derrière c'est le patient qui est en première ligne. Donc une fois qu'on a affiché ce message-là. Déjà quand on affiche les choses c'est que quand on vient, quand on est déplacé dans un autre secteur, d'emblée l'équipe qui reçoit de l'aide doit faire en sorte que la personne soit bien accompagnée et ne soit pas dans le secteur le plus en difficulté. Si vous venez dans un secteur de réanimation vous n'allez pas avoir les patients les plus aigus du secteur de réanimation parce que oui vous connaissez les soins de base de réanimation mais vous ne connaissez pas forcément l'organisation spécifique, pas forcément la pathologie aussi bien que ceux du secteur, pas forcément non plus les protocoles aussi bien qu'eux donc ça ne sert à rien de rajouter de la difficulté. 2^{ème} chose, on essaie d'harmoniser le plus possible nos pratiques. Alors ce n'est pas faisable tout le temps parce qu'il y a des décisions médicales qui sont prises et l'action est portée sur tel type de prise en charge et donc il y a une décision qui est faite mais on tend à harmoniser le plus possible que ce soit le matériel, que ce soit les organisations, que ce soit les procédures de soins. Ah ça aussi la gestion électronique documentaire du site nous y aide beaucoup parce que forcément toutes les procédures validées institutionnellement sont déployées au sein des secteurs et donc il y a quand même une aide même si c'est insuffisant, même si ça ne remplace pas l'organisation de travail quotidienne, il y a quand par exemple on fait un prélèvement sanguin sur un secteur on fait de la même façon sur l'ensemble des secteurs. Et on rappelle ce maître mot que la personne qui remplace vient là déjà pour aider l'équipe et elle ne doit pas être mise en difficulté autant que possible, même si on sait que ce sera inconfortable pour elle, l'idée est de ne pas non plus dégrader ses conditions de travail et donc que ça ne porte pas préjudice. Et après il y a un accompagnement qui est fait au quotidien auprès des agents. C'est-à-dire que pour ceux qui sont déplacés, l'encadrement est vigilant, va les rencontrer, met à disposition éventuellement des informations et des procédures. On ne l'organise pas, ça c'est un choix qui est fait lors de la période d'intégration. Moi je m'y suis un peu opposé car je trouvais que ça donnait trop en amont et que c'était trop éloigné de la fois où la personne allait être déplacée sur un autre secteur et que pour moi ça avait peu de sens. Maintenant c'est quelque chose qui est de nouveau sur la table où l'équipe d'encadrement souhaite en rediscuter, moi j'ai les arguments qui sont les miens, eux ils en ont d'autres donc on est en cours de discussion pour qu'on voit comment on va évoluer dessus si on change notre stratégie et que dans la période d'adaptation à l'emploi on intègre une visite des autres secteurs ou si on garde cette même stratégie. Moi je n'y suis pas forcément favorable car la personne qui sera amenée à être déplacée elle n'y sera pas avant minimum de 6 mois donc le bénéfice d'avoir vu une journée ou deux jours dans un autre secteur pour moi il est vraiment mineur et à la marge d'avoir deux jours en moins sur son secteur où on va prendre un poste. Et pour moi aujourd'hui on a quand même des infirmiers qui sont généralistes qui sont formés à une posture réflexive donc à aller chercher des renseignements et donc c'est vrai que même si on est une spécialiste d'une pathologie ça ne nous empêche pas de travailler dans un autre secteur, les outils sont les mêmes, les prises en charges sont les mêmes, les prescriptions sont quand même similaires et le fait que nos infirmiers soient formés au questionnement et à la pratique ça fait que quand même il y'a un travail d'équipe, un travail de questionnement en amont où les choses vont s'organiser.

6) et 7) Quels sont les leviers et les freins de la mobilité ?

Les seuls avantages que j'y vois c'est le fonctionnement des services. Après pour moi il n'y a pas de... on va parler de polyvalences, on va parler de développement des compétences des agents sur d'autres secteurs. Moi j'avoue que je le fais contraint, si je pouvais m'en passer et que les secteurs étaient autonomes ça serait très bien et qu'on ait une équipe de suppléance généraliste qui vient remplacer ce serait tout aussi bien et ça se passerait très bien. Eux ils ont l'habitude avec le temps de la connaissance des services. Moi sur un pôle de 650 personnes en soignants quand on va les déplacer il n'y a pas 650 personnes qui vont être déplacées donc forcément il n'y a pas cette habitude de la mobilité et de l'adaptabilité aussi forte. Et ce que j'attends des soignants quand ils sont dans leur service c'est qu'ils s'investissent sur leur secteur, sur leur service, leur pathologie, les patients avec lesquels ils vont le plus travailler et l'équipe médicale. Donc forcément je n'ai pas la volonté aujourd'hui de dire : j'ai des gens qui vont bouger tous les jours. Donc pour moi le frein c'est justement que ça altère les structures d'équipe même si on dit que les personnes ont des compétences générales et qu'elles vont s'adapter, le soin rendu sera d'une autre qualité parce qu'on

ne connaît pas la réanimation, parce qu'on ne connaît pas forcément la pathologie, parce que je ne connais pas la façon de travailler de la personne. Donc il y'a une altération du tissu de l'équipe aussi en tant que telle. Le bénéfique vraiment est de dire aux infirmiers vous voyez il y a d'autres façons de travailler et les conditions de travail sont les mêmes. Donc il y a un effet solidarité au sein du pôle. On sait que on est bien content de trouver le collègue de chirurgie d'à côté quand on est en difficulté donc quelque part le côté je vais rendre service aussi parce qu'on est venu vous aider ça marche bien. Pour ça il faut être vigilant pour que ce ne soit pas les mêmes services qui soient en difficulté et tout le temps les mêmes services qui dépannent mais ce côté don et contre don quelque part est assez intéressant en sachant que ça reste très à la marge et que du point de vue individuel pur forcément c'est très mal perçu le déplacement. L'autre chose c'est que là c'est la mobilité organisée en amont, elle est connue, elle est faite mais après tous les agents ont la possibilité de pouvoir réaliser des heures supplémentaires dans le pôle ou sur l'établissement et on voit quand la rémunération est associée et quand on a le choix finalement de choisir c'est moi qui ai choisi d'aller ce jour-là ici et que ce n'est pas imposé, c'est beaucoup plus facilitant. Il y a le côté j'ai la rémunération du fait de me mettre un peu en difficulté et c'est moi qui ai organisé et choisi le fait d'y venir. C'est une reconnaissance financière et la possibilité de dire c'est moi qui ai décidé. Ça ne m'a pas été imposé, c'est moi aujourd'hui, je m'étais fait à l'idée de travailler en cardiologie et quand j'arrive malheureusement je suis déplacée ça c'est difficile, j'avais peut-être prévu le petit déjeuner avec une collègue et malheureusement non j'ai changé de service et notre pôle étant très éclaté, il y a aussi finalement une altération géographique, c'est-à-dire qu'on ne forme pas une entité regroupée. On a des services du -3 au 12^{ème} étage. Il n'y a pas de mobilité sur l'hôpital C avec notre établissement, C, s'organise avec les équipes de l'hôpital C mais la difficulté elle est là c'est qu'aujourd'hui quand vous êtes en réanimation au 11^{ème} et que vous êtes déplacés en réanimation médicale vous êtes 10 étages plus bas. Donc vous êtes vraiment coupés de vos équipes. Et autre chose, j'ai la chance d'avoir un collectif cadre solide qui travaille dans cette optique-là. C'est-à-dire que j'ai assez peu de résistance des cadres sur ce sujet – là donc ils sont promoteurs de cette politique managériale. Si j'avais une équipe d'encadrement qui ferait de la résistance ça ne fonctionnerait pas.

8) quelles stratégies déployez – vous pour accompagner les cadres de santé pour les impliquer dans la mobilité ?

J'ai une stratégie assez simple qui est la transparence sur tous les sujets. Je travaille avec des cadres de santé qui ont un parcours, une formation, des responsabilités qui sont élevés et donc pour moi avec Mr D et Me D notre CPP, on pratique une transparence assez importante. C'est-à-dire que des informations ou des tableaux de bords qui concernent le pôle ils sont diffusés à l'ensemble des managers du pôle, managers paramédicaux et médecins qui sont en responsabilité. Ce qui fait que, prenez le service de chirurgie cardiaque, le cadre de chirurgie cardiaque et le chef de chirurgie cardiaque ont exactement les mêmes éléments qui sont donnés par le trio de pôle. Pour eux ça leur donne une vision globale de la situation du pôle et de la situation d'établissement. Aujourd'hui on est en période d'extrême difficulté sur l'AP, il y a des tensions importantes dans tous les établissements de santé mais là je vais parler un peu de l'AP, notre groupe aussi est ciblé donc toutes les mesures qui nous ont été présentées que ce soit en CME, en réunion de CPP, en réunion finances, on fait l'objet après d'une présentation au pôle à l'encadrement médical et paramédical et de discussions en internes. Du fait qu'ils ont les éléments de discussion, les éléments de compréhension, ça facilite pour eux la possibilité. La deuxième chose les outils sont partagés, quand on a l'information on a les outils. Je vous ai dit qu'on utilisait le logiciel Gestime, les cadres sont habilités et la visibilité de pouvoir intervenir sur le Gestime d'un collègue. Ce n'est pas parce que je travaille en chirurgie médecine que je n'ai pas accès au Gestime de ma collègue de chirurgie vasculaire. Donc même là si un cadre mettait de côté et ne jouait pas la règle, le collectif cadre aurait tout fait pour venir à la rescousse et de dire moi je fais des efforts mais je vois que ça ne marche pas donc ça c'est un autre levier. Troisièmement ils ont des cadres sup qui animent des réunions de proximité, qui organisent le lissage et qui ont un lien très concret au jour le jour et qui vont prioriser les besoins car forcément le cadre va être à la défense de son secteur, ça c'est logique, mais

le cadre sup va donner la règle, il va dire non aujourd'hui il faut qu'on aille aider le secteur de salle de réveil car ils sont en extrême difficulté et aujourd'hui je fais porter l'accent dessus. Donc globalement c'est un ensemble d'éléments qui fait que ça marche. Et chaque cadre pilote sa situation hiérarchique et donc ils sont au clair sur leur propre difficulté et ils ont accès à la vision globale du pôle. On a mis en place des outils, des tableaux de bords de suivi RH de service qui alimentent un tableau de spécialités qui aborde donc le tableau de bord du pôle. Mais l'ensemble de ces informations sont disponibles pour le cadre qui le souhaite et font l'objet de présentation en réunion. Donc finalement ils ont l'information, ils ont les outils, ils sont au courant de la philosophie du pôle donc après s'ils font choix de rester dans l'équipe c'est qu'ils adhèrent à la stratégie et ceux qui n'adhèreraient pas ou qui devraient de la résistance, si ça venait à se faire soit le collectif cadre interviendrait soit une cadre supérieure interviendrait.

9. Comment mesurez-vous l'impact de la mobilité sur les soignants ?

Il y a différents niveaux. Il y a le retour par l'encadrement car forcément ils sont en première ligne avec les équipes soit l'encadrement qui déplace soit l'encadrement qui accueille qui nous font part des difficultés et qui me disent : voilà on trouve que l'équipe est trop sollicitée ou bien ils sont en extrême difficulté. On a le retour des réunions de services auxquelles je peux participer ou je suis invité ou aux réunions de pôle où on a des éléments qui viennent et on a le retour du suivi des déclarations des événements indésirables, avec le logiciel déployé sur l'AP où les agents nous font remonter un certains nombres de dysfonctionnements que ce soit de sous – effectifs, soit de déplacements parce qu'ils se trouvent en difficulté parce que la stratégie ou l'annonce qui avait été faite n'était finalement pas au rdv donc c'est à peu près tous les signaux qu'on a qu'ils soient formels ou informels qui font qu'on a une mesure mais qui au final est subjective. On n'a pas fait de questionnaire de satisfaction, on n'a pas fait d'enquête auprès des équipes, ça n'a pas été le choix de le faire notamment parce que ce n'est pas un aspect où j'ai envie de le plus travailler ça et que je n'ai pas une levée de bouclier à ce jour dessus. Si vraiment on sentait que la mobilité était vraiment très intense ça voudrait dire que le pôle en lui-même serait vraiment en très grande difficulté et donc le problème n'est pas la mobilité, le problème serait la gestion rh de nos effectifs.

Pour conclure, aujourd'hui la mobilité ne concerne pas uniquement les infirmiers et les aide – soignants mais elle concerne aussi les cadres. Quand un cadre est absent, il est remplacé par un autre cadre et ça les équipes le voit c'est-à-dire qu'ils voient bien que ce n'est pas que les seules personnes et que si aujourd'hui il manque un cadre on a cherché un cadre et ils voient un cadre de réa chir dig qui viennent dans leur service et qui vont venir les aider. Là par exemple, on a un poste vacant en réanimation et pareil en cardiologie, les équipes voient les cadres à tour de rôle et ils voient bien que cette mobilité s'exerce à tous les niveaux et quelque part il y a un effet un peu exemple et qui touche tout le monde. Eux aussi sont soumis à ça avec les mêmes difficultés, je ne connais pas le service, je n'ai pas la maîtrise mais on voit bien qu'il y a un suivi qui est exercé par l'encadrement. Ce qui marche bien c'est qu'on a séparé le pôle en 3 avec les différentes spécialités, ça aide pas mal.

**Verbatim de l'entretien N°4 : Me J, Cadre de Santé (CS 1) de l'Hôpital H du 11 avril 2018.
Durée 28'10**

Quel est votre parcours professionnel ?

Moi j'ai été infirmière en réanimation cardiaque et en chirurgie cardiaque donc couplée sur la réa et sur l'hospitalisation, on faisait moitié moitié en fonction des semaines. J'ai démarré ma carrière d'infirmière en 2006, à la suite de cela, je me suis absentée et je suis revenue en 2009 et puis j'ai été dans la coordination des lits, dans la programmation des patients, donc un petit parcours jusqu'en 2013 sur l'ancienne fédération de cardiologie qui était positionnée sur le 8ème étage, maintenant on ne l'appelle plus comme ça, il a été sectorisé on l'appelle insuffisance cardiaque, unité de soins intensifs et l'hôpital de semaine. Puis je suis rentrée à l'école des cadres en 2013, sortie d'école en 2014. Je suis arrivée en tant que cadre de santé sur le service de chirurgie cardio vasculaire donc toujours sur le même pôle, référente des équipes de nuit de chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire et des secrétaires hospitalières. Tout ça jusqu'en 2015. Puis fin 2015 j'ai été affectée en chirurgie vasculaire ici. Je suis donc cadre depuis 2015 en chirurgie vasculaire.

1) Comment est organisé votre pôle d'activité ?

Notre pôle est constitué des services de réanimation, il y a la réa polyvalente, la réa chir dig, la réanimation médicale et la réanimation cardio vasculaire. Sur l'hôpital AC, on a aussi la réadaptation cardiaque, on a le secteur du bloc opératoire, la salle de réveil et après on a les services de médecine de cardiologie et le service de chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire. Et nous en terme de mobilité on déplace les agents de chirurgie en chirurgie, on priorise dans ce sens-là car en terme de compétences, les infirmières ont des compétences en chirurgie du coup on déploie dans le secteur de chirurgie et puis après s'il y a des manques en cardiologie, effectivement aussi nos infirmières vers les secteurs de cardiologie. Donc on ne fait pas de déplacement en réanimation, ni au bloc, ni en salle de réveil et ni en réadaptation cardiaque sauf s'il y a vraiment une nécessité en réadaptation cardiaque.

2) Comment la mobilité du personnel est – elle formalisée ?

Dès le recrutement de l'agent, je le signale bien que du coup on est un pôle et comme on mutualise le personnel, l'agent est recruté dans un service mais il est agent du pôle donc dans ces cas-là il sera amené à être déplacé. D'emblée je le dis en entretien comme ça lors des déplacements l'agent ne me dit pas je suis l'agent de la chirurgie vasculaire par exemple. Non c'est un agent du pôle et ça il le sait. Bien sûr je l'informe qu'il ne sera pas transféré ni en réanimation ni en salle de réveil, ni au bloc ce n'est pas ce qui est attendu donc il sait déjà qu'il sera au sein du secteur MCCV : Médecine Cardiologie Chirurgie Vasculaire. Donc dès l'embauche ils sont au courant de ces déplacements là et nous on a formalisé avec l'encadrement de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque des réunions de lissage qui ont lieu tous les mardis au cours desquelles on évoque nos besoins, des besoins de chacun, c'est-à-dire que si une me dit qu'elle a besoin en chirurgie cardiaque une ide de garde et bien si moi j'ai dû plus on le déploie dans ce secteur-là. Donc c'est formalisé comme ça. Après au niveau des agents on les informe au travers des plannings, on leur met sur quel étage ils sont déplacés, on le met également sur la feuille d'émargement et si l'agent est présent sur la semaine où moi je suis présente je le dis aussi oralement à l'agent que du coup il va être amené à être déplacé sur les semaines à venir et sur quelle période.

3) Quelle est votre vision sur la mobilité ?

En tant que cadre je pense que c'est une bonne chose car ça permet à l'agent d'aller voir autre chose, de voir comment une organisation et ce qui diffère par rapport à nous et les éléments qui semblent positifs pour notre organisation, l'agent peut venir me voir en me disant voilà Madame J, en cardio on fait ça, ça est-ce qu'on ne pourrait pas avoir la même chose. Je prends l'exemple de la pharmacie. On avait des armoires et des placards qui étaient très anciens et moi l'agent est venu me voir en me disant la pharmacie de la cardio, elle est super, est – ce qu'on ne peut pas faire en

sorte d'avoir la même pharmacie. J'ai pris contact avec ma collègue, pour lui demander le référent qui lui a fourni ce matériel et j'ai pris contact avec lui, je l'ai ciblé sur le plan de l'équipement et depuis on a exactement les mêmes armoires. Du coup ils ne le voient pas comme ça mais je les accompagne dans ce sens-là en leur disant effectivement être déplacé dans une équipe qu'on ne connaît pas ce n'est pas très évident. Après il faut voir ce qu'on peut avoir en plus, en positif et donc je les amène à être dans cette démarche-là de manière justement à ce que lorsqu'ils vont être déplacés, ils ne soient pas là oh la la c'est une corvée. De la même façon lorsque je dis à mes collègues, la veille pour le lendemain, voilà tel agent va arriver chez vous, elle n'a pas l'habitude d'où il faut l'accompagner, faut la présenter auprès des équipes et il faut que le cadre soit présent aussi pour le diriger, lui dire voilà le matériel est là, la pharmacie est là, le code c'est ça et accompagner l'agent de manière qu'il ne soit pas mal accueilli et perdu dans le service. Parce que l'intérêt c'est qu'il accompagne bien les patients et qu'il prenne bien la continuité des soins. C'est comme ça que je le vois, pour moi c'est positif. Après tout dépend quand l'agent revient me voir voilà l'accueil était pas top, la prise en charge des patients je l'ai bâclée parce qu'on ne m'a pas apporté tous les éléments. Moi tous les éléments qu'il va me transmettre, je vais faire un point avec la cadre pour dire voilà ça n'a pas été fait, j'ai espoir que pour la prochaine fois, pour les prochains ça ira mieux et je rassure l'agent en disant qu'effectivement aujourd'hui c'était pas bien mais les prochaines fois ce sera mieux. Car dans tout service il y a des failles et ça arrive qu'il y ait des hauts et des bas, nous après on est là pour les accompagner en faisant ça.

4) Pour vous quels sont les leviers managériaux liés à la mobilité ?

Déjà pour le patient il y a un avantage car face à lui il aura un soignant, il y aura continuité des soins il ne va pas se retrouver sans personne et il n'aura pas du coup une négligence dans sa prise en charge. Parce que du coup si on se retrouve à un infirmier pour 28 vous êtes sûr qu'il n'y aura pas la même prise en charge que si c'est deux pour 28 donc là pour le patient, il y a un intérêt positif. Pour le personnel, comme je vous l'ai dit précédemment, l'intérêt il ne l'aura pas. Lui il est déplacé, il est mis dans un milieu qui ne connaît pas auprès d'une équipe qu'il ne connaît pas donc pour lui il n'y verra pas d'intérêt. Derrière c'est à moi cadre, d'accompagner l'agent en lui disant c'est pour l'intérêt du patient que vous allez accompagner dans le service et apporter des soins. Pour l'institution, l'avantage ce serait de ne pas avoir à déployer des membres d'intérim par exemple, de faire des économies par rapport à ça et que la suppléance soit dédiée sur les secteurs où y a pas moyen de déplacer au sein du pôle. Je pense que l'intérêt institutionnel c'est ça. Après pour mon cadre supérieur et mon CPP, l'intérêt est de voir que les cadres savent bien redéployer les moyens au sein de leur pôle et pour moi cadre c'est de savoir que le patient d'un autre étage aura une infirmière face à lui et que du coup je ne garde pas du plus ici alors que ce plus là peut être mis à disposition dans l'intérêt des patients. Et puis pareil qu'ils aillent voir ailleurs quand ils sont tout le temps en train de se plaindre de ce qui se passe dans le service comme la fin du monde, elles peuvent voir qu'ailleurs y a pire et que du coup on est très bien loti par rapport aux autres secteurs. Depuis qu'il y a des déplacements dans les autres secteurs j'ai beaucoup moins de plaintes que lorsque je suis arrivée. Il y a une grande différence. Ils prennent consciences qu'ils ont le matériel, qu'il y a un contrôle sur bien des choses et que derrière quand ils demandent quelque chose ils ont toujours une réponse, positive ou négative mais en tout cas ils ont un retour. Elles parlent avec les infirmières des autres secteurs et elles voient bien qu'il y a une différence d'organisation et de prise en charge et des réponses aux demandes.

5) Pour vous quels sont les freins à cette mobilité ?

Le frein c'est plutôt pour ma collègue. C'est-à-dire du coup moi quand j'ai un arrêt maladie, je récupère l'agent et vice versa et quand elle a un arrêt maladie elle récupère un agent et je me retrouve en difficulté le jour J. Donc le jour J il faut que je trouve une solution de savoir de comment est – ce que je fais. Je suis obligée d'aller voir un agent du matin, de lui demander s'il peut déborder jusqu'à 19h pour qu'au moins il y ait une continuité jusqu'à 19h et après les autres agents se retrouvent à deux par exemple pour l'ensemble des patients, jusqu'à 21h21. Ça c'est un des freins de ces déplacements là c'est que le jour J on peut être amené à ne pas avoir cet agent et là du coup on se retrouve en difficulté. Et là de suite on appelle la suppléance pour savoir s'il n'y a pas moyen

de remobiliser un des soignants qui était déployé sur un autre secteur mais qui n'en a plus réellement l'utilité mais qui le garde quand même donc la personne qui est référente de la suppléance appelle tous les secteurs pour savoir du coup où est ce qu'on peut le récupérer et on est certain que le jour J on ne peut pas demander de l'intérim. Après il y a un deuxième frein, c'est pour les agents, c'est les compétences des agents. C'est-à-dire que par exemple si vous demandez à quelqu'un de la médecine de venir travailler en chirurgie vasculaire elle n'aura pas forcément les compétences sur les pansements des patients amputés, sur les thérapies par pression négative. En termes de compétences c'est plus compliqué. C'est plus facile nous en chirurgie d'aller travailler en cardio, mais la cardio venir vers nous c'est un peu plus compliqué dans les compétences car elles n'ont pas forcément mais ici on est organisé quand on voit que l'infirmière n'a pas les compétences qu'elles aient au moins la prise en charge, des patients de base et tout ce qui est complexe par rapport aux pansements, ce sont les infirmières qui le font. Du coup, elles s'organisent pour pouvoir aider la personne qui vient nous aider.

6) Comment organisez – vous la mobilité au sein de votre service ?

La communication est faite sur le planning papier, on le transmet aussi sur Gestime pour que le cadre sup et l'institution aient la visibilité, après on le met sur la feuille d'émergence pour que l'agent dès qu'il arrive en poste d'aller prendre les transmissions car il y a certains agents qui n'ont pas le réflexe de se coller au planning. Il y a des agents qui ont ce réflexe là et d'autres qui ne l'ont pas et donc c'est important que l'agent n'arrive pas dans le service, qu'il ne prenne pas les transmissions et qu'après il se rende compte à tout compte fait je suis déplacé. C'est très embêtant, c'est très énervant et d'emblée c'est le grand clash. Si c'est la veille pour le lendemain, comme on a fait la semaine dernière, on a fait le lissage des plannings du mois de mai, là je sais en amont qu'il y aura des déplacements, je vais aller voir l'agent pour lui dire, faites attention, regardez bien votre planning, vous êtes déplacé telle et telle date. Mais je ne vais pas l'écrire sur la feuille d'émergence de mai puisque j'aurai informé oralement l'agent. Par exemple, j'ai un agent qui va être déplacé sur deux jours, là je sais qu'elle est là le matin, je vais aller lui transmettre l'information mais ce sera aussi écrit sur le papier donc elle ne pourra pas me dire je n'étais pas au courant. Il y a toujours une communication qui est faite. L'agent va râler mais moi derrière je vais lui dire c'est pour les patients ce n'est pas pour faire plaisir aux collègues ou à l'institution, c'est vraiment pour qu'il y ait une continuité pour les patients et c'est ça mon but premier de ces déplacements-là. Et après l'agent le comprend, il rouspète intérieurement mais elle a compris l'intérêt et l'accepte.

7) Comment accompagnez – vous les professionnels à la mobilité ?

Au départ j'étais toujours dans le système équité, je déplaçais un peu tout le monde mais le problème c'est que les agents sont venus me voir en me disant dès fois on a pris notre poste ici vous êtes sur les deux jours de la fin *vous nous demandez à nous alors que déjà on était en poste le lundi mardi et le mercredi jeudi on se retrouve sur un autre service*. Ils m'ont proposé est ce qu'il ne serait pas plus judicieux de déplacer l'agent qui prend son poste. En réfléchissant un peu, effectivement vous avez complètement raison, depuis l'année dernière j'ai arrêté de déplacer les agents en milieu de prise en charge des patients et en fait le premier agent qui prend son poste c'est lui que je vais déplacer ou bien évidemment si la semaine suivante c'est le même agent, je vais essayer de ne pas le déplacer et expliquer aux équipes : voilà c'est lui qui a déjà été déplacé la semaine dernière donc ce n'est pas parce que c'est lui qui reprend son poste que ça veut dire que ça va être forcément lui. Si non le premier qui arrive et qui prend son poste et bien ça va être lui-même s'il n'est pas là le lendemain, le deuxième qui arrive va être aussi déplacé même s'il n'y a pas de continuité avec le même soignant, au moins ce n'est pas la même personne et au moins ils savent que je ne cible pas toujours le même agent. Ce que je fais c'est que je laisse le planning des mois précédents parce que souvent les agents me disent : c'est toujours moi. Je leur dis non regardez le planning de janvier février ce n'est pas toujours vous comme ça ils ont une visibilité, je leur prouve pas A + B que ce n'est pas toujours eux.

8) Quelles sont vos difficultés dans la conduite de mobilité ?

La grosse difficulté c'est quand je sais d'emblée que les agents n'aiment pas les déplacements, je sais que l'agent va s'arrêter, je parle surtout par rapport à l'équipe de nuit car je sais que l'équipe de nuit déteste les déplacements. Ce que je fais c'est que je ne mets pas trop en avance. Les agents dont je sais pertinemment qu'ils vont s'arrêter et vont prévoir leur arrêt, je leur mets la veille pour le lendemain ou le jour J comme ça je sais que ces agents ne vont pas s'arrêter, ils vont venir en poste et ils vont assurer leur poste et j'envoie un mail pour assurer une transmission à la cadre de nuit, de manière que la cadre de nuit vienne pointer dans le service voir si l'agent est bien descendu ou monté dans les étages où il doit être. Par contre pour la grande équipe, j'ai des difficultés plus au niveau des aides – soignants qui sont des fois réticents à être déplacés. Alors c'est un vécu de service, c'est-à-dire que quand on déplace d'autres agents, d'autres secteurs pour le vasculaire pourquoi ils s'arrêtent, ils ne viennent pas, ils n'honorent pas leur déplacement et suite à ça les agents du vasculaire du coup se disent nous on honore les déplacements et les autres ils s'arrêtent c'est donc entre guillemets une injustice pour nous. Je leur explique que ce n'est pas parce qu'eux ils se conduisent comme ça que vous allez vous conduire de la même façon. Je les ai accompagné dans cette démarche-là, après il y a quand même certains qui, surtout les we, quand ils voient qu'ils sont déplacés s'arrêtent parce qu'ils estiment qu'ils n'ont pas envie d'être... le we, le seul moment où ils sont tranquilles sur leur unité parce qu'il n'y pas de bloc, il n'y a pas d'examen et quand plus ils sont déplacés sur un secteur qu'ils n'aiment pas donc ils n'ont pas envie d'y aller. Moi ce que je fais vraiment c'est que j'essaie de ne pas trop mettre en avant quand je sais par exemple que l'agent est en repos le vendredi, je vais le mettre le vendredi et quand je sais qu'il va être en repos le jeudi, je vais le mettre le jeudi comme ça il ira voir sur le planning directement et il n'aura pas le moyen d'anticiper car on sait tous que les rdv médicaux la veille pour le lendemain dès fois c'est compliqué, donc j'essaie de jouer un petit peu de ça, sur les agents que je connais et que je sais qu'ils vont s'arrêter dans l'intérêt de ne pas mettre en difficulté le secteur. Et le we c'est déjà très compliqué en termes de personnel, c'est ma petite stratégie. Après, c'est vrai que ces agents là c'est difficile d'aller avec eux dans la communication. Comme j'en parlais ce matin, moi j'y vais à reculons en me disant, je vais être brève et très directe en leur disant vous êtes déplacés, regardez votre planning, je ne vais pas m'étendre sur le sujet. Je ne vais pas le dire, je vais voir la cadre, je vais faire en sorte que vous soyez sur le secteur facile... Ça m'est déjà arrivée une fois d'écrire un rapport pour un agent qui a refusé le déplacement et du coup c'est un autre agent qui a accepté. C'était sur un we je n'étais pas là, je ne comprenais pas que c'était l'agent qui finissait son service et qui du coup était déplacé, et en discutant avec l'agent y'a eu un grand clash. J'ai donc fait un rapport en disant qu'à partir du moment où vous donnez une directive, vous devez exécuter, vous n'avez pas à discuter les ordres de votre hiérarchie, l'agent a dit si je fais ce que je veux etc etc ... j'ai donc rédigé un rapport, je lui fais lire le rapport, elle s'est excusée de son comportement. Elle dit qu'elle ne ferait plus ce genre de chose et depuis chaque fois que je la déplace je n'ai plus de réaction vive. Il n'y aucun problème. Elle vient quelquefois même me voir en me disant ce mois-ci vous ne me déplacez pas ? Elle a reconnu que ce n'était pas bien ce qu'elle avait fait donc le rapport n'a pas été envoyé ni à l'encadrement supérieur ni à la direction. Je lui ai dit que la prochaine fois ce sera le rapport plus le premier rapport qui seront envoyés ensemble pour montrer qu'il y avait déjà des faits et que là il y a récidive. Mais d'emblée je dis aux agents que mon intérêt ce n'est pas de les mettre en difficulté c'est que du coup il y a un besoin, ils sont agents du pôle, ils ne sont pas agent du service de chirurgie vasculaire, qu'ils soient contents ou pas, ils sont obligés d'honorer ces déplacements c'est comme ça et pas autrement.

9) (question rebond) Vous m'avez apporté des éléments de réponses dans vos réponses précédentes concernant la question : **Quels sont les outils mis à votre disposition pour conduire la mobilité ? Avez-vous des éléments supplémentaires à rajouter ?**

Non pour l'instant je n'ai pas plus d'éléments à rajouter.

10) **Quels sont les moyens que vous utilisez pour informer le personnel d'un déplacement vers un autre service ?**

Comme je vous l'ai expliqué j'utilise trois moyens d'abord le planning puis la feuille d'émargement leur demandant de vérifier le planning et je leur transmets oralement.

11) Quelles sont les réactions des soignants lorsque vous annoncez un déplacement ?

J'ai de l'acceptation avec propos c'est toujours les mêmes qui sont déplacés ou c'est encore nous qui allons aider les autres. Alors je leur dis non car là c'est le cas, ça fait depuis février que j'ai 3 postes vacants et ça fait quand même depuis février qu'on est aidé par la cardio 8 que par la cardio 12 et par la suppléance donc je leur redis bien de regarder les plannings que je laisse en évidence et vous regardez si c'est vous qui êtes le plus déplacés dans les autres services. Il faut aussi que nous aidions, on a été aidé donc allons aussi rendre service. Donc là d'emblée c'est coupure et arrêt. Au niveau infirmier je n'ai généralement pas de problème, j'ai rarement d'arrêt c'est plus au niveau aides-soignants et nuits que j'ai des arrêts derrière en disant je ne suis pas d'accord. Après ils rouspètent vraiment quand c'est la journée même, c'est déjà arrivé la semaine dernière où du coup le cadre supérieur a vu que je n'avais que 26 patients donc 10 lits de moins et il manquait un aide-soignant pour 22 patients en chirurgie cardiaque au lieu de deux et moi j'en avais trois donc c'était normal de les répartir au niveau des effectifs. Donc il nous a prévenu à 14h40 alors que la prise de poste est à 13h45 que du coup il fallait déplacer un des aides-soignants alors qu'il avait déjà commencé son service ici, pris les transmissions et débuté une désinfection de chambre et à l'accueil d'un des premiers patients. On lui a expliqué à l'agent que malheureusement on ne pouvait pas laisser un secteur en difficulté, qu'effectivement on nous prévenait en retard mais que c'était dans l'intérêt des patients une fois de plus et que de toute façon c'était une directive du chef du cadre supérieur donc il fallait qu'elle monte. Donc elle n'était pas contente, très en colère, elle est montée très en colère et m'en a voulu pendant deux jours. Le deuxième jour je l'ai vu en tête à tête, je lui ai expliqué que ce n'était pas pour la mettre en difficulté, que moi aussi il y a avait les directives qui me sont données et je dois suivre aussi ces directives et que malheureusement j'ai compris sa colère, qu'à sa place j'aurais été pareil mais que derrière il y avait des patients qui l'attendaient et qu'il fallait qu'elle assure la continuité des soins.

12) Quels sont les impacts de la mobilité ponctuelle et répétée sur les soignants ?

Ici, par rapport aux autres services, on va dire que c'est le service le plus lourd par rapport à la cardio et la chirurgie cardiaque, la chirurgie vasculaire est le service le plus lourd. Donc en gros quand elles sont déplacées dans les autres services, elles me disent qu'en gros ici c'est le club méd. C'est l'expression qui ressort souvent c'est les vacances. Du coup elles sont déplacées, elles prennent en charge des patients qu'elles ne connaissent pas et une typologie de patient qu'elles ne connaissent pas mais elles sont contentes car il y a une coupure avec le vasculaire et pour elles c'est un moment de détente même si elles ne sont pas contente de côtoyer d'autres équipes. Elles sont contentes de revenir au vasculaire car elles retrouvent leur groupe d'appartenance mais quand elles y vont, elles ne reviennent pas en mode très fatiguées. C'est souvent pour une ou deux journées et donc elles ne reviennent pas en mode dépression, en disant je suis épuisée. Généralement après elles sont en repos donc il y a la coupure et si elles n'ont pas un repos elles sont très heureuses de revenir dans le service. Elles savent déjà qu'il va y avoir une grosse charge de travail qui va les attendre. Elles ne sont pas plus mécontentes ni plus fatiguées et c'est comme si c'était sur un mois. Je pose toujours la question est – ce que ça été, parfois je monte même les voir en leur disant est ce que ça va, si vous avez besoin, même si votre cadre d'unité ne répond pas appelez-moi et moi je vais mettre une petite couche derrière pour que la cadre puisse venir vous voir si vous êtes en difficulté. Et donc elles savent qu'il y a la cadre qui sera toujours là pour les accompagner même si je ne suis pas de l'étage. Et elles me disent quand ça ne s'est pas bien passé, et je transmets à la cadre en lui disant voilà moi mon équipe ça n'a pas été comme il fallait donc il faut que derrière vous accompagniez les agents après s'ils s'arrêtent lors des prochains déplacements, il ne faudra pas vous plaindre c'est vous qui allez être en difficulté et donc depuis elles accueillent en systématique les agents. Pour moi ça se passe bien. Je ne vais pas vous dire qu'elles ne sont pas contentes, qu'elles y vont avec la joie et la bonne humeur parce qu'elles préfèrent rester ici.

Verbatim de l'entretien N°5, Madame D : DSAP de l'Hôpital H du 11 avril 2018. Durée 43'54

Quel est votre parcours professionnel ?

Je suis de filière infirmière sur un roulement équipe de jour équipe de nuit aux services portes des urgences. Je n'ai pas fait fonction car à l'époque ça ne se faisait pas trop J'ai connu la mobilité entre les urgences portes et les urgences. J'en ai tiré des expériences personnelles et professionnelles qui m'ont toujours guidé dans la façon de voir les choses.

J'ai passé ensuite le concours à l'école des cadres, je suis ressortie de l'école des cadres un an après, j'ai pris un poste en hôpital de jour et consultation d'infectieux à l'AP. C'était l'ouverture et mise en route d'un service d'hôpital de jour, un super poste que personne ne voulait et quand la petite jeune débarquait tout le monde a voulu lui prendre car ce n'était pas normal qu'une petite jeune le prenne. C'était les années SIDA donc ils avaient tous peur. J'ai ensuite eu l'occasion de faire un petit peu d'hospitalisation parce que j'ai une collègue qui est partie donc j'ai pu la remplacer en tant que cadre et à l'époque on avait un concours d'entrée dans une école qui s'appelait l'IESCH : Institut d'Enseignement Supérieur des Cadres Hospitaliers et qui nous permettait d'avoir une maîtrise d'économie gestion à Dauphine en un an et demi, 6 mois en alternance, un an à temps plein et de sortir avec une maîtrise. Et avec l'arrivée des nouvelles lois et le changement de catégorie concours sur titre. Donc avec le concours sur titre de cadre supérieur et la maîtrise après j'ai pris un poste en HAD où c'était une restructuration et une création de service à l'AP il y avait 28 antennes de coordination autant d'antennes que de sites hospitaliers c'était avant les GH. Là c'était surtout de travailler sur la mobilité des agents entre les sites quand ils étaient proches de façon à assurer un remplacement et qualifier les gens et arriver à leur faire comprendre qu'ils étaient importants et que personne d'autre ne pouvaient les remplacer et faire de l'activité, être au courant de tout ce qui se passait dans les sites hospitaliers quels qu'ils soient et structurer un service avec projet de service, le développement des compétences et promotion de la structure donc un poste hyper intéressant. On a eu un super beau projet d'établissement qui s'est mis en route avec une consultante sauf que dans le projet on n'avait pas mesuré tous les impacts et un jour je me suis rendue compte que les infirmières de coordination avaient une intelligence remarquable, c'est-à-dire qu'elles avaient cour circuité toute la hiérarchie de la coordination donc mes cadres et moi-même parce qu'on avait mis des cadres sup des unités de soins à côté d'elles donc elles allaient directement négocier les patients directement avec les cadres sup parce que avant les cadres sup étaient à l'hôpital PS et elles s'occupaient un peu de partout petite et grande couronne, et donc j'ai rendu 6 postes : 4 cadres et 1 secrétaire et moi-même. Donc j'ai trouvé un point de chute, car j'avais envie d'essayer directeur des soins car j'avais une vision transversale sur tous les sites. J'ai trouvé un poste pour me rassurer en compétence sur le poste de directeur des soins éventuellement, à la Direction des soins de Bichat comme coordinateur général mais à l'époque il s'agissait d'un coordinateur d'un site et là j'étais plutôt sur le volet chef du personnel, chef des personnels paramédicaux avec qui je m'entendais très bien et on a vraiment travaillé ensemble et du coup je m'occupais tout ce qui était paramédical exclusivement infirmiers et aide – soignants puisqu'à l'époque ce n'était pas encore très bien rentré dans les mœurs tout ce qui était médico technique et rééducateur et l'équipe de suppléance. Et la mobilité je connaissais puisque j'étais chargée de l'organiser et en fait on prenait les meilleurs, au début on prenait les moins bons mais à la fin on prenait les meilleurs car pour être mobile il faut être compétent. Là je suis restée 4 ans puis j'ai passé le concours et j'ai été coordinateur des soins à V, 2 ans, coordinateur général des soins au CH de V 1 an et j'ai débarqué ici et en novembre ça fera 8 ans. Et là c'est coordinatrice générale des soins du GH donc j'ai 4 directeurs de soins adjoints.

Donc j'ai été cadre de santé en 1990, cadre sup en 1995, directeur de soins : 2006.

1) Depuis combien de temps la mobilité est – elle appliquée au sein de votre établissement ?

Moi je suis arrivée, c'était déjà quasiment en place, c'est-à-dire que j'ai été très surprise par la capacité des cadres à faire bouger les équipes. Je n'ai fait que renforcer cette mobilité à partir du moment où on a mis en pôle, c'est-à-dire que les pôles ont été réellement restructurés en 2009, moi je suis arrivée fin 2010, on peut dire qu'en 2011 c'était vraiment l'injonction pour arriver à faire en sorte de diminuer les dépenses d'intérim, essayer de faire en sorte que les pôles soient sur la mobilité et on a besoin de la mobilité aussi au niveau de la nuit. Pour autant une équipe de suppléance. La mobilité a commencé par une équipe de suppléance puisqu'on a une équipe qui fait C et H ce qui était inimaginable, à mon sens, d'après ce que j'ai compris, avant que je n'arrive, et j'ai un cadre sup qui s'occupe de ça. C'est lui qui a fait la charte de la suppléance, il est très au courant de tout ça et il est très pro du coup je m'en occupe que très peu car c'est lui qui organise il faut marcher très bien, il y a des pôles où ça marchait moins bien.

2) Quels types de mobilité exercez – vous au sein de votre établissement ?

On essaie de faire de la mobilité entre chirurgie/ chirurgie et médecine /médecine histoire de garder un peu ce qu'on sait faire c'est-à-dire infirmière, on est plus branché chir ou plus branché médecine. On a créé une équipe de suppléance réa qu'on a dissoute là pour des raisons des structurations des réanimations donc c'était vraiment une équipe spécialisée qui avait fait de la réa. Inter sites c'est plus rare à part sur le pôle de psy avec l'équipe de suppléance qui se rend sur 3 établissements du pôle, on a décidé que c'était une entité donc ils se remplacent, ils ont acté le fait qu'ils soient mobiles sur ces sites-là donc ça se passe bien mais ça a mis 4 ans. Inter pôle ça dépend des spécialités puisqu'on part plutôt sur chir/chir et médecine / médecine. Et puis intra pôle il faut faire attention aussi. La problématique ce sont les petites spécialités, c'est-à-dire que nous on a l'hémo, on a néphro, dialyse, uro, chirurgie plastie, chirurgie vasculaire, chirurgie cardiaque, on a de la dermato, on a de l'immuno, tout ça ce sont de toutes petites spécialités. Par exemple l'immuno/néphro, les gens tournaient sur les deux services et on a été obligé d'interrompre car toujours cet esprit d'appartenance qui n'existait plus, pas de fidélisation, les médecins qui ne savaient plus à qui s'adresser, les pratiques professionnelles non conformes donc on a construit l'idée un an en immuno, un an en néphro du coup ça les colle, ça bouge moins.

3) Comment sont organisés les pôles d'activité au sein de votre établissement.

Avant on avait un chef d'établissement par établissement, on avait un directeur de soins par établissement, on avait un DRH par établissement, on avait 1,2,3,4,5 cadres sup par établissement et encore plus que ça parfois 12 ou 13, on a tout sabré. Et les réactions ont été la résistance. Les sites se sont appropriés le GH car ça fait quand même depuis 2009, moi je travaille bien donc je connais bien les sites, je me déplace, puis on y va mais il a fallu que tous les collègues partent pour que ce soit ressenti normalement. C'est-à-dire que j'ai des collègues plus jeunes, le fait qu'ils aient un coordinateur ça ne leur pose aucun problème.

Sur le GH on a 12 pôles donc le bloc. On a 3000 lits, 2000 lits de gériatrie et 1000 lits de MCO. On n'a pas d'obstétrique, on n'a pas la pneumo, on n'a pas la pédiatrie. 6 établissements forment le GH situés dans l'Essonne et le Val de Marne. Les pôles : le 91 est un pôle à lui tout seul : 900 lits à peu près, l'hôpital E 700 lits ça fait un pôle et ici on a le bloc, bien sûr qui ne fait pas qu'un pôle mais qui est dans la gestion et là on a des pôles intersites qui sont au nombre de 9. On a le pôle biologie qui est GH, on a aussi le pôle imagerie thérapeutique qui est on va dire GH aussi et les autres sont les hôpitaux M et C. Donc on en a 5 qui sont un peu dans ce sens-là. Ils sont composés de, avant on avait plus mais j'ai souhaité qu'on diminue, parce qu'ils voulaient moins de chefs, moins de cadres de pôles, plus de rationalisation et donc on est passé de 15 à 12 pôles. On les a réparti plutôt par filière de prise en charge donc on a la neuro, la cardio, tout ce qui est anesthésie et réanimation regroupées avec la cardio qui font un taux de plus de 600 emplois, le pôle des urgences, les spécialités et le pôle I de Marne et la gériatrie.

4) Comment formalisez – vous la mobilité ?

Alors sur la réanimation la mobilité est plutôt dans le sens alternance jour / nuit qui est un peu raccourcie car avant on avait un dominant jour et une dominante nuit, là on va perdre des gens car ils étaient contents d'avoir le dominant jour parce qu'ils étaient que de jour ou très peu de nuit. Donc là l'alternance et la mobilité va être jour/nuit pour des raisons de recrutement, pour pouvoir

attirer les jeunes, sinon on ne les a pas. Si non la mobilité se fait au sein du pôle après une certaine expérience en général. On essaie d'éviter, la politique c'est pas forcément procédurier mais c'est quand même de dire on ne met pas des jeunes diplômés n'importe où, n'importe comment pour n'importe quoi, après si on a un trou on est obligé de le faire. Mais c'est plutôt structuré par pôle, par service, en fonction des compétences acquises c'est-à-dire que suite à mon expérience entre les services portes et les urgences je me suis dit il faut quand même que pour bouger on ait un minimum de compétences, c'est-à-dire que j'ai refusé d'aller en hémato pédiatrique. Du jour au lendemain, c'est la seule fois de ma vie où je me suis mise en arrêt maladie réactionnel, parce que ça ne s'improvise pas je ne me sentais pas capable de m'occuper des enfants, d'hémato enfants et je trouvais complètement absurde qu'on me demande, qu'on envisage de me changer comme ça donc je ne l'ai pas fait. Par contre, je suis allée en réa, faire des remplacements, pour le coup, je n'ai fait que des choses que je savais faire, donc pas n'importe quoi et c'était plutôt une aide aux prélèvements, une aide à poser des perfusions mais c'était pas du tout des soins de réa que je n'avais jamais fait. Donc c'est de dire il faut que l'agent soit compétent dans son service ou qu'il soit confirmé dans ses compétences pour qu'il puisse bouger. Le principe il est là. Je ne recrute pas mais les cadres et les cadres de pôle parlent de la possibilité d'être mobilisés dès leur rencontre à l'embauche. En fait, on va tous dans le même sens. Ce que j'apprécie beaucoup dans ce GH c'est qu'on est tous dans la même façon de voir les choses, c'est peut-être parce que ça fait un petit moment que je suis là et le message a réussi à passer. Mais on a fait un travail sur les compétences et je tiens à ce que le travail soit fait pour l'évaluation par compétences et on ne peut pas déroger de nos obligations de rendre nos agents plus compétents. On a eu des problèmes dans le pôle cardio, on a fait bouger des gens et les gens se sont arrêtés parce qu'ils avaient peur d'aller à l'USIC par exemple. Effectivement on n'avait pas les moyens de faire autrement, on a eu un mouvement de grève, et je trouve ça légitime, c'est légitime. Après il faut qu'on organise les choses de façon à ce que les gens n'aient pas peur et l'idéal serait de donner du temps quand on crée ou quand on conçoit une mobilité, c'est de donner du temps à l'agent pour qu'il puisse aller rencontrer les autres collègues, voir les procédures, faire un petit stage d'immersion et puis ne pas avoir peur d'y aller. Mais pour ça il faut avoir le temps et les sous.

5) Quelle est votre vision de la mobilité ?

Pour l'instant ce serait péjoratif, on parlerait plutôt de flexibilité. Moi je n'aime pas ça mais je suis obligée de le faire quand on n'a pas les moyens donc je suis obligée de le demander pas de le faire mais de le faire faire. Après c'est d'essayer d'arranger les choses de façon que cette flexibilité puisse être acceptée par les agents. Sur le pôle de cardiologie, je le prends en exemple car c'est un pôle qui avait travaillé là-dessus un petit peu, il y a quelque chose d'organisé qui a été interrompu parce qu'en fait on avait une désresponsabilisation des agents sur la fédération cardio médecine car ils tournaient trop et n'arrivaient plus à se fixer sur une unité donc ils tournaient et se désinvestissaient. Donc c'est la limite entre les deux. Là aujourd'hui on est en train de réfléchir et on a mis en place dans certains pôles une petite équipe de suppléance de 2 ou 3 infirmières selon la dimension du pôle de façon que les équipes de suppléances du pôle puissent se sentir intégrées, remplacées, soulagées et que ce soit une compétence interne au pôle et que ce soit géré par le cadre de pôle ou son adjoint peu importe. Après on a le problème de la mobilité des gens de nuit c'est-à-dire que si on parle de mobilité au-delà du sens du remplacement on a le problème des équipes de nuit qui sont scotchées à leur rocher et on n'a pas de politique RH de mobilité pour le développement et maintenir les compétences et ça c'est plus ennuyeux. C'est-à-dire qu'on se retrouve avec des gens qui utilisent des pratiques qui sont complètement obsolètes et qu'on peut passer à côté. Ça c'est plutôt le projet social et de ressources humaines au sens large du terme : déploiement des compétences, enrichissement, maintien dans le métier. C'est aussi notre responsabilité de dire quand les gens sont fixes dans un poste ce n'est pas toujours de leur rendre service que de les laisser pendant des années sur un poste sans les revoir et sans leur organiser une mobilité pour le coup de remise à niveau. Donc vous avez deux niveaux : mobilité flexibilité qui pour moi c'est la même chose, de personnels qui sont sur une dimension d'il faut remplacer en urgence ou organiser. On peut l'organiser, on peut l'anticiper. Moi je sais que sur l'hôpital, l'été on avait des difficultés, on avait organisé le remplacement en amont, le cadre avait fait en sorte de présenter les agents qui

allaient venir, de les former, d'anticiper le remplacement pour éviter qu'ils se mettent en arrêt maladie l'été et on avait fait du 12H de façon à ce qu'ils puissent vraiment être ensembles 12h et ne pas tourner sans arrêt, sans arrêt, donc on avait très bien organisé le truc, les cadres avaient suivi et fait ça parfaitement bien et on avait eu aucun souci donc c'était quelque chose qu'on avait renouvelé. Sur l'assistance publique on a beaucoup de problèmes sociaux, c'est-à-dire qu'on a souvent les organisations syndicales qui sont souvent sur notre dos et donc du coup quand on met du 12h ça fait la catastrophe même si les agents sont d'accords les syndicats interviennent. Et on n'a pas trop le temps d'accompagner ces remplacements organisés et en revanche sur le projet de ressources humaines sociales, là on n'est pas très bon parce qu'on a de la réflexion menée sur les agents de nuit toujours pareil : situation sociale, situation familiale. Là récemment j'ai parlé avec des hôpitaux de jour, les consultations et les hôpitaux de semaine c'est à dire qu'ils ne font jamais de we et on a à peu près 200 personnes qui pourraient renforcer les remplacements si on organisait un we par an par exemple. On pourrait avoir au moins 200 we c'est-à-dire environ 4 agents par we à peu près, on a une marge de manœuvre possible sans pour autant étrangler les gens. Mais il faut un vrai projet social au profit de l'agent pour développer des compétences, maintenir des compétences et éviter que quelqu'un se retrouve propulsé puisque moi je l'ai été et je n'ai absolument pas apprécié et heureusement que les aides-soignants m'ont appris le boulot, sinon j'aurais fait des énormes erreurs. J'ai été propulsée sans maîtrise sans rien avec une peur phénoménale et d'ailleurs suite à ça j'ai réalisé un classeur de conduite à tenir dans tous les cas pour que tout soit cadré déjà dans les procédures. Il faut accompagner. C'est l'idéal ce que je raconte mais je suis bien consciente que la réalité ce n'est pas ça. Je ne suis pas contre la mobilité mais en tant que coordinateur général des soins je ne suis pas non plus très favorable c'est-à-dire qu'il faut le faire de façon intelligente et ne pas mettre en péril la qualité des soins. Il faut être raisonnablement audacieux.

6) et 7) Quels sont les leviers et les freins de la mobilité ?

Développement de compétences. Et puis il y a des gens qui ne bougeront jamais car ils n'aiment pas bouger. Ceux-là il faut les sortir car ça leur fait du bien, ça ouvre l'esprit, ça fait voir d'autres organisations, ça permet de voir d'autres horizons et d'être un peu plus ouvert à l'autre. Après il faut en faire quelque chose de promotion, de dire que c'est dans ce sens-là et que ce n'est pas pour pallier un manque, c'est ce qu'on fait tous les jours mais bon. Mais c'est vraiment de dire que si on l'inscrit dans une politique quelle qu'elle soit c'est de dire que c'est à ça que ça sert. Et dans les pôles quand ça marche bien, là je vous parle de la psychiatrie car ils sont obligés de remplacer en psy ou en addicto, on le fait avec la suppléance mais c'est vrai qu'on ne peut pas le faire n'importe comment. La psy ça ne s'improvise pas trop. S'ils le font entre eux, en fait ça valorise.

Les freins c'est le fait que ce soit financier, le fait que ce soit fait dans l'urgence et puis à partir du moment où on a une mobilité de tout le monde, on a les compétences, c'est vrai que sur le bloc opératoire par exemple quand il n'y a pas les IBODE d'ortho, les ortho sont mécontents alors on essaie de déployer des multi compétences pour essayer d'éviter d'avoir du manque pour anticiper les départs ou les manques, c'est vrai que l'expertise c'est vraiment entier l'expertise. Ce serait vraiment le seul frein qui moi me gêne. Après tous les ressentis, tous les vécus par les agents, par les cadres, par le fait que ce soit imposé, parce qu'on le fasse parce qu'on n'a pas les moyens de faire correctement, parce qu'on n'a pas les moyens de remplacer, toutes les raisons institutionnelles et médico – économiques, ça ce sont des freins.

8) Quelles stratégies déployez – vous pour accompagner les cadres de santé pour les impliquer dans la mobilité ?

Il y a eu plusieurs types d'organisations. Il y a d'abord ce que je veux, c'est-à-dire la politique, après il y a ce qu'on me demande de faire les économies, après il y a ce qu'on est capable de tolérer, c'est-à-dire être capable d'avoir des médecins qui viennent vous crier dessus parce que vous avez fait tourner les équipes et que ça ne va pas et que vos équipes sont en train de pleurer dans leur jupon. J'adore les médecins mais ça c'est caricatural. Et puis vous avez le recrutement et le recrutement des cadres de pôle. Et en fait avant que je n'arrive, ma collègue a fait quelque chose qui a porté préjudice à la réputation du GH mais qui a malgré tout servi, c'est-à-dire qu'elle a fait tourner tous

les cadres, elle a changé de poste tous les cadres parce qu'il y avait un encroûtement de l'encadrement, où chacun était dans son site, dans son service, avec son chef de service et que ça ne bougeait plus et donc elle a vu avec la directrice elle a fait bouger tous les cadres, ça a duré jusqu'à ce que j'arrive et comme elle a voulu le faire avant que je n'arrive, elle l'a fait très rapidement et très mal. Donc il y a eu des ressentis très violents. Du coup, les cadres ont vu autre chose eux-mêmes, car quand vous avez des cadres qui sont implantés dans un service il est évident que vous ne pouvez pas faire bouger les gens. C'est-à-dire qu'eux-mêmes ont du mal à faire bouger les gens. Après vous avez une dynamique, c'est-à-dire que les cadres de pôle qui ne jouent pas trop le jeu, on va regarder les plannings, on va leur dire on ne remplace pas parce qu'on a un système de remplacement informatique qui nous permet de voir les demandes, de voir les plannings, si les plannings ne sont pas lissés on leur dit vous n'aurez pas. Ce n'est pas très pédagogique parce que c'est un peu par sanction mais une fois qu'on a dit qu'il faut faire les plannings en temps réel, qu'il faut prévoir, qu'il faut lisser, qu'il faut faire des réunions de planning au sein du pôle et qu'il faut arriver de faire le minimum de gaspillage possible quand on a besoin d'un renfort, on peut entendre, c'est pas le problème. Au fur et à mesure les gens s'y mettent. Alors les cadres ne sont pas très contents mais sur les demandes de remplacements il faut faire valider par le cadre de pôle et c'est un directeur de soins qui valide une demande d'interim. Après vous avez divers systèmes. Dans mon expérience, ce qu'on avait mis en place, il y a avait une réunion de tous les cadres, par la personne qui s'occupait de la suppléance, tous les cadres étaient réunis une fois par semaine pour faire le lissage des plannings sur tout l'établissement. Donc c'était rentré dans les mœurs et on se prêtait les agents qui disaient là j'en ai trop, là je n'en ai pas assez. En revanche, à un moment donné on avait quelques difficultés parce que c'était toujours les mêmes qui étaient en train de remplacer. On avait commencé à tourner, à dire, par mois on va essayer d'instaurer une rotation pendant un mois ce sera le service de médecine qui va remplacer, pendant l'autre mois ce sera l'autre service, pendant l'autre mois ce sera l'autre service de façon à que ce ne soit pas toujours les mêmes qui tournent. Donc on avait essayé d'instaurer un truc comme ça qui ne marchait pas trop mal mais c'était plus petit. Ici c'est énorme. Donc on est sur des tests. Et l'encadrement je choisis aussi les cadres, je prends des cadres qui sont plutôt partants sur la dynamique et qui n'ont pas trop le choix. Ils savent qu'on est à l'efficacité, qu'on a un projet et les cadres de pôle leurs disent. Donc on est sur une dynamique d'encadrement, moi je suis sur cette politique, J'ai missionné là-dessus, on a des analyses de suppléance, des tableaux de bords etc, on a un suivi, les cadres de pôles sont autonomes donc on leur redonne le recrutement aux cadres de pôles complètement, les fiches de poste que je valide puisque je valide les compétences. Les cadres de pôle recrutent et en fonction de leur TPER, le DRH valide ou pas. On a donc fait une marche en avant de façon que l'agent qui arrive il ne soit pas obligé de passer à la direction des soins, que je l'adresse à la cadre de pôle, que le cadre de pôle l'adresse au cadre. Depuis qu'on a fait ça, ça les responsabilise plus dans la démarche de recrutement et moi je veux que les cadres rencontrent leurs agents, qu'ils choisissent leurs agents. Je ne sais pas si c'est fait en revanche, je n'ai pas évalué mais l'idée c'est que ce soit le cadre qui compose son équipe sinon ça ne rime à rien. Même si dès fois je suis en désaccord, je trouve important que je traite bien les cadres comme moi j'aimerais être traitée. Après j'ai des travers, je vieillis, j'ai la hiérarchie dans la peau depuis longtemps mais le principe est celui – ci. Ça marche pas mal, c'est-à-dire que le cadre sait que si on ne peut pas donner et bien on ne donne pas. Y a des cadres qui ne savent pas gérer le planning donc on sait qui c'est et puis il y a des cadres qui sont très bien et qui du coup demandent peu donc quand ils demandent on sait que là il faut y aller. Ça c'est la connaissance de la structure.

10) Comment mesurez – vous l'impact de la mobilité sur les soignants ?

L'impact ... très négatif... des départs, de l'usure, des arrêts maladie. C'est-à-dire que si on fait de la mobilité pour boucher les trous, c'est négatif. On a des vagues de départs et on a eu un problème de recrutement au mois de mars l'année dernière puisque l'IFSI d'E a validé 50% des DE alors qu'ils nous fournissaient pas mal à un moment donné, on eut des problèmes parce que le siège de l'Assistance Publique ne nous a pas autorisé des mises en stages des infirmières directement quand elles arrivent et différentes sur les autres sites, donc on a eu une concurrence, pas déloyale mais une concurrence très forte sur la mise en stage des infirmières à leur arrivée donc avec la prime

d'installation. C'est-à-dire que c'était que des CDD, les cadres de pôles voulaient absolument des CDD de 3 mois en 3 mois pour pouvoir évaluer et sûr de pouvoir les virer si besoin. Alors je leur ai dit qu'il fallait quand même qu'on ait une assurance d'au moins un CDD de 6 mois pour poser un peu la personne car ce n'est pas au bout de 3 mois qu'on va évaluer un nouveau diplômé, pour dire il n'est pas bon ou alors il est bon directement ou il n'est pas bon mais en tout cas il faut lui donner une chance. Du coup on a eu pas mal de problème de recrutement car ça sait su et puis le siège nous rebase chaque année que l'AP doit faire des économies, c'est-à-dire que nous le TPER on le rebase sur les rémunérés du 31 décembre, comme on avait 2,5 voire 5 millions non consommés car on n'avait pas trouvé suffisamment d'infirmiers, de kinés, d'IBODE... du coup on a un TPER qui s'est effondré et ça, ça a épuisé les troupes, c'est-à-dire des CDD sans arrêt, d'avoir des gens qui tournent, de tourner eux – mêmes on a foutu en l'air le truc. Les anciens sont fatigués, le taux d'absentéisme commence à baisser un peu mais on a touché les anciens qui y croyaient parce qu'ils se sont épuisés, les heures sup, les remplacements, la mobilité. Et là, je pense, à mon avis, qu'on va en avoir pour 3 ans pour remonter tout ça. Alors maintenant on a le droit de mettre en stage mais vraiment ça été difficile par défaut de candidatures compte tenu de la concurrence. Donc là on a usé nos cartouches et je suis furieuse mais on fait partie de l'AP, on a les avantages, on a les inconvénients, quand on est en excédent et bien l'excédent va chez les voisins et quand on est en déficit les voisins paient pour nous. Pour l'encadrement là c'est dur mais on va remonter la pente. Les médecins sont inquiets parce que les intérimaires ce n'est pas ça, ce n'est pas assez compétent, sauf si c'est un ancien qui connaît. Par exemple, quand on a des remplacements à faire, un moment donné je me disais il vaut mieux que le réveil va en réa et on met l'intérim au réveil mais ça a tenu un moment, après le réveil est monté au créneau.

Donc voilà, moi je suis très sensible à ce genre de choses, je n'aime pas imposer à quelqu'un de changer de service, on est obligé de le faire, on le fait, les cadres savent qu'ils sont obligés de le faire mais pour autant, pour l'avoir vécu je trouve que ce n'est pas confortable et que si ce n'est pas préparé, c'est vraiment destructeur. Donc c'est un vrai sujet, la mobilité c'est un vrai sujet sur lequel il faut qu'on ait un travail de procédure, un travail d'accompagnement, un travail pour ça mais pour ça il faut qu'on soit en plein emploi avec des postes comblés. Et là on fait l'inverse c'est un cercle vicieux. Alors qu'on avait un niveau de mobilité intra pôle, on en arrive à figer les gens dans un service pour les poser et leur donner un point de référence. Alors après vous avez d'autres choix. C'est hors AP, hors M... j'ai une amie qui a mis en place sur un hôpital de 700 lits une suppléance de 300 personnes. C'est un choix, c'est-à-dire qu'on met que quelques infirmières référentes dans les services et on a 300 personnes qui sont capables et formées pour aller n'importe où. Au début j'ai trouvé ça absurde mais aujourd'hui je réfléchis à ça et je me dis après tout pourquoi pas. Pool long, pool court je me dis pourquoi pas. En fait quand on a une équipe de suppléance généralement ce sont les meilleures. Avant c'était les plus nuls puisqu'on les mettait dans la suppléance pour s'en débarrasser, aujourd'hui ce sont les meilleurs. C'est une vraie réflexion et je n'ai pas trouvé de solution mais c'est une vraie réflexion. Je change ma façon de voir les choses, car finalement je me dis, les ambiances d'équipe pèsent, les conflits d'équipe pèsent. Quand on a un système où les gens tournent comme ça, où ils peuvent savoir qu'ils sont là pendant 15 jours, ils s'investissent à fond, ils ont une semaine de repos car c'est calculé, ils peuvent faire des trucs, ils reviennent dans un service. Je sais que pour avoir géré la suppléance d'un autre hôpital, puisque j'étais cadre sup, ils étaient vraiment contents. Une infirmière intérimaire, on m'a dit elle est super bien mais elle m'a répondu Madame D, *j'en ai plein le dos quand je suis en service fixe, j'ai mal au dos*. Elle me dit *l'ambiance, le poids, les conflits, les conflits inter équipe, l'encadrement, la hiérarchie*, elle me dit *je ne peux pas travailler à l'hôpital en fixe parce que j'ai mal au dos*. Ça faisait 3 mois qu'elle était dans le service mais elle me dit en intérim, *je sais que je peux partir, je sais que je suis extérieure et bien j'ai pas mal au dos*. La mobilité il faut aussi qu'elle soit acceptée par les collègues qui vous reçoivent. Le travail à faire sur l'accueil des suppléances, des mobilités et la répartition du travail et l'équité, c'est-à-dire que lorsqu'on se venge et qu'on donne le plus dur à la suppléance et que nous on va s'asseoir boire un coup, ça c'est inadmissible. Donc c'est un vrai sujet votre sujet. Ce qu'on a fait en revanche, pour le plan blanc, sur les services concernés, on a fait un tableau récapitulatif des services dans lesquels les personnels ont été affectés de façon à pouvoir identifier les compétences. C'est de se dire celles qui étaient en réa qui sont par exemple aux urgences, celles – ci on peut les remettre en réa. C'est le principe lors

d'un attentat de ne pas appeler n'importe qui n'importe comment, chaque service a fait ce job, en tout cas chaque service qui serait appelé, concerné par les attentats. C'est aussi une façon de tenir les compétences à jour, de se dire ça fait penser à vos procédures, on n'a pas été jusqu'à faire une procédure sur les compétences. Quand on met une suppléance en réa qui n'y connaît rien, elle peut tuer un patient. En fait il faut conventionner sur les remplacements c'est-à-dire entre service et service on conventionne, auquel cas c'est clair. Nous, on ne le fait pas. Enfin on le fait inter pôles, par exemple sur l'imagerie, on a fait une convention inter pôles, s'il n'y a pas de manip comment on gère l'absence de manip mais on ne l'a pas fait écrite alors qu'effectivement ça rassurerait les agents et les cadres.

Quel est votre parcours professionnel ?

J'ai 41 ans, je suis infirmière de métier, j'ai exercé principalement sur des services aigus : réanimation, un peu de salle de réveil, j'ai fait 15 ans de réanimation et puis un jour, je suis venue ici postuler un poste d'infirmière en réa dig. On m'a proposé un poste de nuit que j'ai refusé car je venais d'avoir mon deuxième garçon et puis la cadre de pôle en voyant mon cursus m'a proposé de faire FFC en réanimation cardio vasculaire, ce que j'ai fait pendant 20 mois, j'ai passé 3 concours de l'école des cadres que j'ai eus et je suis partie à l'IFCS de l'APHP. J'ai donc le diplôme cadre plus le master 1 « économie et gestion de la santé ». Je suis sortie en juillet 2017 et je n'ai pas eu le droit de réintégrer mon poste en réa cardio car ils estiment que ce n'est pas toujours une bonne idée, ce que je peux comprendre et du coup je suis partie sur la réanimation médicale donc ça va faire un an que je suis là.

1) Comment est organisé votre pôle d'activités ?

C'est un gros pôle. Au sein du pôle il y a 4 réanimations : une réanimation médicale, une réanimation digestive et hépato – biliaire, une réanimation chirurgicale polyvalente qui fait plus tout ce qui est traumatisme – uro et une réanimation cardio vasculaire. Après c'est tout ce qui est cardiologie :USIC, insuffisant cardiaque. En fait ce pôle a fusionné avec anciennement le RAC (Réanimation Anesthésie Cardio). Du coup on est resté un peu sur le même schéma, c'est-à-dire que sur le pôle on dit qu'il y a deux bosses : la bosse cardio et la bosse réanimation.

2) Comment la mobilité du personnel est – elle formalisée ?

Déjà c'est quelque chose qui est évoquée lors des entretiens d'embauche. C'est-à-dire que quand on recrute des infirmiers, on leur dit qu'ils sont susceptibles à certain moment d'être mutualisés au sein des différentes réanimations parce que nous on estime qu'ils ne vont que sur les réanimations, ou en salle de réveil mais c'est très rare en revanche on ne les envoie jamais en cardiologie des choses comme ça car nous on a un fuseau horaire entre guillemets de 12heures et les autres services travaillent sur une base de 7h30. Donc on ne fait pas ça mais en revanche dès l'entretien on fixe les choses, on les cadre en leur disant pas dans les premiers mois mais dans les 6 mois / 1 an on peut dire que s'ils sont aptes ils seront mobilisés. Donc on fait un planning prévisionnel. On se réunit le 5 du mois avec notre cadre supérieur de santé donc toutes cadres de la réanimation et la salle de réveil on fait un lissage des plannings. C'est-à-dire qu'on donne nos plus, nos moins et en fonction des plus et des moins de chacun, on comble les trous. Ça c'est un premier lissage. Je ne sais pas si c'est vraiment efficace puisqu'on commence le mois avec un planning bien propre, bien lisse et puis il finit avec des trous puisqu'avec les arrêts inopinés comme son nom l'indique c'est inopiné. Et après on fait tous les mercredis avec toutes les cadres des réanimations, une petite réunion pour anticiper les we et des éventuels problèmes et pour le coup lisser, on relisse une deuxième fois les plus et les moins, les arrêts de dernière minute, on essaie de voir s'il y a du plus ou du moins. Sachant que par exemple que tous les we, il y en a un d'entre nous qui est d'astreinte, pour le we d'astreinte celui qui est là il sait à peu près où est ce qu'il y a du plus où est ce qu'il y a du moins comment va s'organiser son we. Ça c'est plutôt bien. Donc là c'est pour la mobilité. Il n'y a aucune procédure écrite, ça doit être mis en place mais ce n'est pas fait encore. Sur le logiciel de planning c'est noté, par exemple déplacement réa chirurgie cardiaque on le note sur le planning. On n'a pas tous les mêmes codes, chacun fonctionne dans sa réanimation avec ses propres codes. Mais les aides-soignants et les infirmiers sont très amènes de connaître. En ce moment les infirmières on ne les déplace pas trop, on a des gros problèmes d'effectifs Mais ils connaissent les codes sur les plannings. C'est plus visuel pour les agents.

3) Quelle est votre vision de la mobilité ?

La mutualisation c'est pratique car ça permet d'avoir les effectifs requis. Mais à la fin, c'est juste un chiffre et quelques fois les compétences ne sont pas là. C'est-à-dire qu'on a 4 spécialités de réanimation et ce n'est pas toujours évident d'avoir les bonnes compétences. Par exemple, quand

on a des personnes qui viennent de l'extérieur du service chez nous, on ne les met pas dans les zones les plus sensibles, sur les secteurs les plus aigus, ils ne font pas de dialyse, on les met en box où ils n'ont que deux patients, donc ça alourdi la charge de travail de l'autre infirmier. Après les stratégies managériales, c'est-à-dire que, moi clairement, j'essaie toujours de préserver nos agents. Je trouve qu'on a vécu une période assez difficile en réanimation médicales, ils étaient essouffés, à bout de course, fatigués...et moi j'estime que leur dire *là vous êtes en plus et vous allez être déplacés...* soit je préviens avant en leur disant *attention vous êtes plus, soit vous posez des jours soit vous allez être déplacés*. Je suis assez transparente avec eux, c'est-à-dire que je leur dis *soit vous êtes en plus et vous êtes acceptez d'être déplacés, soit vous posez des jours*. Parfois il y'en a qui disent moi *ça ne me gêne pas donc je serais déplacé* mais souvent on fait des magouilles de planning, c'est transparent mais je les préserve un peu. Parce que c'est difficile, par exemple notamment la réa dig, ils dépannent beaucoup et les infirmiers en ont assez. Ils en ont marre parce qu'elles n'ont pas leurs repères, ils partent dans un service là puis dans un autre, vous savez le sentiment d'équipe c'est difficile, comment on fait fonctionner une équipe quand on et jamais là finalement, ça c'est un peu un défi de l'hôpital public.

4) Pour vous quels sont les leviers et les freins managériaux liés à la mobilité ?

L'avantage numéro 1 est de maintenir un effectif et d'avoir une continuité et une sécurité des soins. On va dire c'est la meilleure des choses. On n'est pas obligé de fermer des lits, on peut maintenir l'activité. Après, moi je trouve que aussi quand elles sont déplacées dans les autres réanimations, ça leur permet de voir que la charge de travail dans les autres réanimations, car ils ont toujours l'impression que c'est eux qui ont toujours le plus de travail, qui sont le plus à bout de course mais non ici ils sont quand même protégés car ils ont deux patients quand ils sont en box, les autres réanimations, ils ont 3 patients. Donc il y a aussi ce delta, je trouve qu'elles se confrontent aussi aux autres secteurs, qu'elles voient qu'il n'y a pas qu'eux qui galèrent donc ça c'est plutôt bien. Après je pense que ça créé du lien entre les infirmières, elles commencent à se connaître. La particularité c'est qu'on fonctionne en binôme, c'est-à-dire la réa chir / la réa méd et la réa poly / et la réa cardiaque, les cadres fonctionnent ensemble comme ça quand il y'en a une qui n'est pas là, elle gère l'autre secteur et du coup ça permet de mettre du lien entre les deux réanimations avec les infirmières et les aides-soignants. Après ça leur permet aussi de voir d'autres spécialités. Par exemple nous on n'est pas spécialisés dans tout ce qui est assistance cardiaque mais en revanche en réa cardiaque elles en font beaucoup, ça permet de voir même si je ne pense pas qu'elles développent beaucoup de compétences en faisant ça mais elles se confrontent aussi à d'autres choses. Donc ça c'est bien. Ensuite le côté négatif c'est la perte de repère c'est ce qui revient souvent, elles ne connaissent pas les locaux, la disposition des chambres, ce n'est pas les mêmes pancartes, ce n'est pas les mêmes médecins, ce n'est pas les mêmes façons de prescrire voilà il y' a toujours ce côté où on ne connaît pas. Et il y'a toujours cette phase...nous on fait attention, enfin depuis que je suis là j'essaie de faire attention, mais avant systématiquement quand ils venaient sur les réanimations médicales ils se retrouvaient sur les secteurs les plus lourds, sur le poste aigu qui n'est pas du tout apprécié car il y a une grosse charge de travail et donc ils se défaussaient un peu en laissant la place. Du coup c'était mal vu et ce sont des choses qu'on rétablit, c'est-à-dire qu'on ne les met pas en difficulté. L'inconvénient aussi c'est que dès fois elles peuvent être mis en difficulté sur des secteurs qu'elles ne connaissent pas parce que l'infirmière n'a pas envie de s'occuper des patients, pas forcément les plus lourds, mais les plus pénibles parce qu'il est agité, agressif donc ça, ça peut arriver. Et les inconvénients c'est qu'elles ont l'impression que dès qu'elles sont en plus, on retire le plus pour les autres et ça je pense que c'est difficile à vivre. Elles ont l'impression d'être pénalisées car le moment où ils sont 9 au lieu de 8, c'est un moment où ils peuvent souffler, prendre du temps avec le patient, faire des choses qu'ils ne font pas habituellement c'est-à-dire des shampooings, vraiment prendre le temps de les bichonner entre guillemets.

6) Comment organisez – vous la mobilité au sein de votre service ?

Moi je suis très transparente, je suis très souvent avec elles, moi je leur dis les choses c'est-à-dire, *là vous étiez en surplus, vous n'avez pas voulu poser de jour, un de vous sera déplacé*. Je communique beaucoup par mail comme sur l'équipe de nuit quelques fois c'est difficile et je trouve le mail, ça permet de

toucher un peu tout le monde, soit on l'a vu soit on ne l'a pas vu, mais ça permet que tout le monde ait la même information au même moment et ça moi je trouve ça bien. Et après quand c'est une personne que je déplace, je l'appelle en lui disant, *voilà je suis désolée mais tu seras déplacée*, je préviens toujours, ils ont jamais la surprise et je ne fais jamais, je ne ferme pas le planning et je pars en courant... non je les averti, même si ce n'est pas une décision facile à prendre par ce qu'ils n'aiment pas, ils peuvent râler mais au moins c'est clair et transparent. Je pense que ça ils apprécient. Et même une fois avec une infirmière qui a été déplacée en face, on est allée visiter la réanimation pour qu'elle ne soit pas perdue quand elle arrive, le code, les chambres pour voir un peu l'équipe. Je l'ai accompagné. On est parti une petite vingtaine de minutes comme ça elle regarde, l'équipe voit celle qui va venir et elles n'ont pas la surprise à 7h du matin qui vient, même pour les cadres je trouve ça plutôt agréable de savoir qui vient. Comme tout à l'heure ma collègue qui déplace quelqu'un le 30, elle est venue faire le tour car c'est son premier déplacement de cette infirmière, on a fait la visite des lieux, on a présenté l'équipe puisque ce sera la même qui sera là en poste le 30. Du coup je lui ai expliqué qu'elle sera en box 2, qu'elle ne pouvait pas avoir de dialyse, c'est déjà une mise en confiance, et c'est vraiment les reconnaître, ce n'est pas des pions.

7) Comment accompagnez – vous les professionnels dans la mobilité ponctuelle ?

Déjà tous les nouveaux on ne les met pas, c'est une fragilité, ils ne sont déjà pas bien dans leur service moi je ne vois pas pourquoi on irait les mettre en difficulté après moi je le fais soit par équité, on part du haut sur le planning, puis c'est chacun son tour après il y en a c'est plus propice à la mobilité. Je voyais quand j'étais en réa coeur quand il fallait déplacer du monde ici, il y avait une infirmière qui venait d'ici, donc c'était plus facilement accessible, en plus elle connaissait, elle ne rechignait pas mais au bout d'un moment on ne pouvait pas toujours compter sur elle car elle aussi elle est partie de ce service. Donc j'essaie d'être équitable. Et puis c'est en fonction aussi des compétences et des appétences pour les services, c'est-à-dire que je sais que la réa chir attire plus que la réa dig et que la réa cœur qui est en grande difficulté du coup j'essaie de faire comme ça et ce n'est pas toujours les mêmes personnes. On compte, surtout pour les aides-soignants, le nombre de déplacements, on peut dire *toi tu en as eu deux, toi tu en as eu trois, toi tu en as eu zéro donc ce sera toi*. On essaie d'avoir une équité. Je vais créer, je vais d'abord compter tout, car on a des répartitions particulières, je voudrais afficher sur janvier, février, mars qui a été déplacé quand, dans quel service et combien de fois les gens sont venus nous dépanner par ce qu'il faut mettre en regard. Ils ont l'impression qu'ils donnent toujours plus, il faut leur montrer que ça ne va pas que dans un sens mais que c'est réciproque. C'est ce que je vais faire pour avril, en disant voilà personne n'a été déplacée, en revanche on a eu 4 déplacements de la réa dig pour aussi pour les informer, j'essaie mais on est tellement happé par le travail.

8) Quelles sont vos difficultés dans la conduite de la mobilité ?

Non, c'est qu'on n'aime pas déplacer, moi je trouve que déplacer des personnes qui ont besoin de temps pour elles. Quand on est à flux tendu, il faut faire la mutualisation des effectifs pour faire fonctionner l'hôpital mais moi je trouve que ce n'est pas quelque chose qui est plaisant de dire aux agents ben aujourd'hui tu seras déplacé, pour moi c'est compliqué, après je suis honnête, je leur dit et pour moi ce n'est pas quelque chose avec lequel je ne suis pas très à l'aise. Moi je ne l'ai pas vécu ou très peu, j'ai eu la chance d'être dans un service où il y avait des infirmières, on était souvent de repos, on avait nos jours. Je trouve que c'est quelque chose qui s'amplifie avec le temps, c'est fréquent mais après je n'ai pas de problématique managériale, ils sont vraiment soumis, ils sont déplacés... ils sont déplacés. Je leur dis sans gêne même si je n'aime pas ça. Je vais les voir, toute façon c'est comme ça et pas autrement donc ils n'ont pas le choix. Enfin si, le choix c'est de se mettre en arrêt maladie.

9) Quels sont les outils à votre disposition pour conduire la mobilité en dehors de ceux que vous avez évoqués précédemment ?

Lorsque je suis arrivée ici, j'avais fait des entretiens avec chaque agent pour essayer de les connaître et finalement ce qui ressortait beaucoup c'est que quand ils étaient déplacés il fallait que ce soit prévu en amont, donc anticiper et donc avec des journées d'intégration. Sauf que c'est impossible

de faire ça, parce que le jour où ils sont 9 ils ne sont plus que 8 car il y en a un qui ne vient pas parce que quand ils sont 9, il y en a un qui pose sa journée, parce que ce n'est pas possible tout simplement. Ce sont des choses qu'ils imaginent, qu'ils disent, qu'ils évoquent mais qui ne se fait pas finalement donc ça il n'y a pas de formation. C'est des choses sur lesquelles on peut réfléchir mais je crois que notre CPP n'est pas pour. Il dit que c'est se moquer du monde car quand ils font des heures supplémentaires sur les autres réanimations ils y vont sans être préparés. Ils le vivent différemment car c'est voulu, c'est un choix, c'est rémunéré donc une reconnaissance financière et puis ils savent que finalement ils se disent *j'y vais car je sais que je vais avoir 350 euros au bout de ma nuit, que j'ai accepté donc j'y vais*. Mais les heures sup sur les autres services ça ne marche pas trop non plus. On reste dans notre service, un petit peu sur la réa chir ; la réa méd c'est quand même très spécifique, déjà on n'a pas une spécificité chirurgicale ou médicale. Il y a une scission entre les autres réanimations, ce n'est pas tout ce qui est chir. Quand on fait de la réa chir poly c'est vrai qu'on peut faire de la réa chir cardiaque. Mais non il n'y a pas de journée de formation, il n'y a pas de livret d'accueil, d'intégration. C'est quelque chose qui avait été évoqué peut-être sur le parcours de l'adaptation à l'emploi mais qui ne se fait pas car ça fait rallonger le parcours ou ça enlève des jours sur leur intégration. C'est quand même deux mois d'intégration. Au départ c'était un mois et puis on s'est rendu compte qu'il y avait beaucoup d'échecs car ils n'étaient pas prêts au bout d'un mois parce qu'ils n'étaient pas en sécurité et que finalement que c'était mieux de partir, de faire vraiment crescendo avec des bilans.

10) Quels sont les moyens que vous utilisés pour informer le personnel d'un déplacement vers un autre service ? en dehors de ceux que vous avez évoqués précédemment ?

Non je ne vois pas d'autres moyens à rajouter pour le moment.

11) Quelles sont les réactions des soignants lorsque vous annoncez un déplacement ?

Ça dépend du personnel forcément alors il y en a qui vont dire ok mais un peu blasés mais je n'ai pas de NON franc. Je n'ai jamais eu un *non je n'irai pas*. En revanche, alors ça dépend des agents mais il y en a qui vont très bien nous dire *pourquoi on est déplacé alors que nous on est comme si, on est comme ça*, il y en a tout le temps qui vont essayer de polémiquer autour au lieu d'accepter en disant voilà *c'est comme ça, on joue le jeu*, ils sont tout le temps dans le *oui mais, je ne comprends pas*. Ils cherchent une réponse qu'on n'a pas finalement, on leur dit *c'est comme ça*. Mais il n'y a pas de colère, ils jouent le jeu, ils le savent, on leur dit systématiquement quand on met les plannings, le planning est prévisionnel juste le temps qu'il soit validé, *posez des jours, si vous ne posez pas vous êtes possiblement mutualisable donc faites ce que vous avez à faire, si vous n'en voulez pas, vous n'en voulez pas mais vous prenez le risque*. Ils sont plutôt au courant avec ça, au clair. Après la mutualisation des effectifs c'est difficile. Ils n'aiment pas... alors il y en a qui disent *ça ne me dérange pas*, mais la plupart c'est *on ne connaît pas, pourquoi on est déplacé alors que nous on pourrait être en plus, car du coup ça permet aussi de faire souffler*, de toute façon dès qu'ils sont un peu plus, ils posent des jours pour ne pas être déplacés.

12) Selon vous, quels sont les impacts de la mobilité ponctuelle et répétée sur les soignants ?

Par exemple, quand il y a quelqu'un qui vient de l'extérieur, on ne les positionne pas sur les patients par exemple, le secteur le plus aigu de la réanimation, là où il y a uniquement un patient sous assistance cardiaque et ou un patient qui a une dermabrasion de la peau avec un décollement de la peau et là le patient doit être à 80-90%. Ce sont des soins qui sont très lourds, quand on fait un nursing c'est deux heures dans la chambre, du coup les infirmières on les ne mets jamais sur ces postes-là. On les met toujours sur des postes un peu plus faciles avec des patients un peu plus légers. Donc ça veut dire que toute la charge de travail repose sur les infirmiers du service, sur l'équipe. Cela peut provoquer un épuisement, elles sont sans cesse sollicitées parce que l'autre infirmière ne connaît pas donc elle sollicite plus donc c'est un peu plus fatigant. Ça c'est quand elles viennent chez nous. Quand elles sont mobilisées qu'est ce qui ne va pas c'est cette notion d'équipe, car elles ne sont pas dans leur équipe, là-bas elles ne font pas partie de leur équipe même si elles

s'adaptent mais dans une équipe il y a ce qu'on se confie, ce qu'on se dit, les habitudes, la vie de service. Et puis il y a des façons de travailler, la façon de faire, de comment on conçoit la chose, comment on conçoit la prise en charge, on n'a pas tous la même façon de travailler donc c'est vrai que d'une réanimation à l'autre elles peuvent se sentir perdues. C'est plutôt la perte de repères : elles n'ont pas leur cadre, elles n'ont pas leur médecin, ce n'est pas leurs locaux. Et souvent elles reviennent déjeuner dans leur service, elles ont un besoin de revenir souffler ici. Elles s'organisent, elles ont leur pause donc elles préfèrent descendre. Après c'est un peu particulier quand elles sont au 11^{ème} pour descendre au 1^{er} mais quand elles sont au 4^{ème} elles descendent plus facilement. Il n'y a que 3 étages donc ça va vite. Quand elles sont en face c'est encore plus simple. On sent que quand il y a la réa chir et la réa med il y a plus de liens. Géographiquement, c'est le même pallier et puis la machine à gaz du sang est là donc les infirmiers viennent là, ils traversent le service, ils se côtoient. C'est plus facile de mutualiser avec la réa chir poly qu'avec les autres réanimations. On le dit très bien, appartenir à une équipe c'est travailler avec, travailler de la même façon et là elles sont un peu comme un pion qui arrive, il n'y a pas cette notion d'équipe, à force de faire ça de mutualiser on en perd même la notion d'équipe parce que c'est des équipes qui se dispatchent, qui deviennent énormes. On devrait préserver ses équipes. Il y a des moments où c'est tendu à l'hôpital, on devrait essayer, je le fais, je sais ce n'est pas bien, de ne pas donner tous mes résultats parce qu'on ne veut pas les déplacer parce que je veux les préserver. C'est de les laisser souffler car dès fois on les récupère, elles pleurent, elles sont fatiguées, parce qu'elles n'en peuvent plus et moi je trouve que ça c'est hyper important. Je demande systématiquement comment elles ont été accueillies, est ce que ça s'est bien passé donc souvent elles me font un retour. De toute façon, quand ça se passe mal on le sait mais quand ça se passe bien, elles le disent aussi. *Oui elles m'ont bien accueilli, elles ont été sympas* et c'est la même chose quand d'autres viennent dans le service, je dis souvent à ma collègue cadre *fais-moi un retour*, ce qui ressort c'est positif, c'est qu'ils sont bien accueillis, ils ne sont pas mis en difficulté, avec l'équipe médicale ça se passe bien. Et quand moi je suis là le soir, quand l'infirmière arrive le soir, je prends le temps de les présenter à l'équipe et aux médecins de garde car déjà nous on est jaune, elles, elles sont en vert, il y a déjà ce côté de scission clairement. Alors de les présenter aux médecins, en disant *ce n'est pas notre infirmière* alors quelques fois ils sont plus vigilants, ils font aussi plus attention à la façon dont ils parlent car quelques fois avec les leurs entre guillemets, ils peuvent être plus bruts et là ils font attention. C'est des choses que je prends à cœur, c'est d'améliorer leur accueil, d'améliorer leur confort et moi les miennes quand elles vont dans un autre service, ça m'ennuie quand elles sont mal accueillies car après elles n'ont pas envie d'y retourner après quand ça se passe bien, elles sont contentes parce qu'elles ont appris autre chose, les gens ont été sympas, elles ont fait des choses qu'elles ne font pas ici. Je pense que si ça ne se passait pas bien je pense que je le dirais à ma collègue cadre avec tout de même une appréhension parce que quand on critique l'équipe de l'autre ça ne fait jamais plaisir.

Verbatim de l'entretien N°7 : Me G, Cadre de Santé (CS 3) de l'Hôpital H du 18 avril 2018. Durée 45'16

Quel est votre parcours professionnel ?

Je suis infirmière depuis décembre 2, j'ai travaillé dans un service de réanimation hors APHP. J'ai intégré l'APHP fin 2001 dans une réanimation spécialisée dans laquelle je suis restée deux ans de nuit. Et ensuite dans une autre réanimation spécialisée dans un autre établissement de l'APHP où je suis restée jusqu'en 2012. Après je suis restée deux ans FFC dans un service d'urgence. En septembre 2014 j'intègre l'IFCS de l'APHP et depuis juillet 2015, je suis ici dans une réa spécialisée médicale.

Comment est organisé votre pôle d'activité ?

Le pôle existe depuis 2015. Je suis arrivée en même temps que la création de ce pôle qui est le résultat d'une fusion de deux pôles : médecine / cardio / chirurgie vasculaire et cardiaque, le deuxième comprenait le service d'anesthésie, la salle de réveil et les 4 réanimations, les 3 réanimations chirurgicales et la réanimation médicale. Le SAMU faisait aussi parti de ce pôle. En juillet 2015, pour différentes raisons, la création de ce pôle qui regroupe l'ensemble de ces secteurs avec le chef de pôle de cardiologie, une nouvelle CPP et une cadre administrative de pôle.

A l'heure actuelle il y a une mutualisation sur le pôle, à l'image de ce qu'est le pôle, c'est-à-dire que le pôle a beau exister en une seule entité en son nom ainsi que dans ses têtes, au quotidien il y a deux fonctionnements avec deux entités bien distinctes qui sont le reflet de l'historique de ce pôle. Pour la partie anesthésie et réa médicale il y a une forte mobilité du personnel.

La mobilité est liée à l'**absentéisme**, le **manque d'effectif**. C'est-à-dire qu'il y a deux temporalités dans la mobilité. Il y a l'arrêt **ponctuel**, dans la **logique RH** souhaité, arrêt ponctuel égal, j'appelle les collègues pour voir s'il n'y a pas du plus dans les réanimations d'à côté. Réanimations parce que le problème avec la salle de réveil c'est qu'ils ne sont pas sur la même organisation de travail sur du 7h36 de jour et d'après midi et en 10h de nuit. Ça peut arriver mais ce n'est pas l'idéal, c'est plutôt pour l'arrêt de 7h du matin en attendant de trouver une solution d'après-midi ou de fermeture de lit. Tant qu'à la nuit il y a des dysfonctionnements dans les réas puisqu'il n'y a pas le 19h – 21h de couvert. Ça peut arriver que le personnel de réa soit déplacé sur le réveil quand il y a vraiment une grosse pénurie du personnel mais ils restent 7-19h. Donc les mobilités sont plus fréquentes sur les secteurs de réanimations pour dans la même lignée arrêt sur appel des collègues. S'il y a du plus, ce sera forcément le plus qui sera déplacée. On privilégie la mutualisation du personnel, autant IDE que AS sachant qu'on en est parfois à prêter une infirmière s'il manque une AS. Ça c'est la temporalité aigue, j'ai un arrêt comment je fais demain ou après – demain et il y aussi la mobilité prévue sur le mois d'après. Entre le 1^{er} et le 5 du mois d'avant, on se réunit avec le cadre des réanimations pour faire le point sur le planning du mois suivant au regard des congés mater, des congés maladie etc. Il peut y avoir dans le planning qu'on va valider des trous car ça reste une réanimation donc on a un quota à respecter c'est-à-dire de mettre une infirmière pour 3 patients de réa et 1 AS sur 4 patients. Sur cette base là il y a des mois les plannings sortent avec du négatif lié à une absence longue sachant qu'il y a une majorité ferme de l'encadrement de laisser une semaine de RR par mois puisqu'ils sont en 12h. Si nous ne sommes pas en capacité d'avoir le nombre d'infirmière pour assurer la capacité de l'ensemble de la prise en charge des patients pour mettre une semaine de jours de récupération à tout le monde, on créera du négatif pour mettre les jours de récupération CA c'est une politique de l'encadrement actuel pour préserver les équipes. Jusqu'en janvier 2018 il y avait 6 infirmières de suppléance destinées aux réanimations mais elle n'existe plus suite à des réorganisations RH.

Comment la mobilité est – elle formalisée ?

Lors de l'embauche, on informe au cours de la conversation de la présentation du pôle, on présente cette organisation en leur disant qu'ils peuvent, ça va un peu dans le discours des heures

supplémentaires, une fois qu'ils auront accès aux heures supplémentaires, ça va dans la même lignée dans la réa, sur les autres réas, ça permet d'aborder la mobilité, sur le fonctionnement des 4 réas.

Je dirais fin 2015 et 1^{er} trimestre 2016 nous avons déplacé les infirmières vers l'une des réas, ça nous a même amené à élaborer un **tableau de suivi global** car nous on avait l'impression de déplacer énormément d'infirmières. On avait déplacé 8 infirmières enfin 8 plages de 12h en janvier 2016, 13 en février et en mars 2016 sachant que ça pouvait être des déplacements prévus comme des déplacements ponctuels type on arrive un matin où ils ont 3 lits vides, nous on a 2 lits vides, on fait sortir un patient pour libérer et avoir 3 lits vides pour pouvoir dégager une infirmière. On était dans cette dynamique dans ce secteur avec des médecins très aidants, il y a une vraie notion de continuité des soins. Même si on martelait le fait qu'au regard des effectifs, il était grand temps de fermer des lits afin que la sécurité des patients soit assurée. Au mois d'avril on a sorti un planning avec cette forte envie d'arrêter la mobilité, on a sorti un planning où il n'y avait pas une infirmière qui dépassait. Malgré tout on a déplacé 6 IDE. Donc le mois d'après, compte de tenu des difficultés, la réanimation a fermé 3 lits. Dans cet historique c'est assez fort ici. Il y a eu une forte communication des équipes sur la mobilité, sur la prise en charge des patients, on n'est pas du tout parti sur la réglementation du fonctionnement des pôles et c'est peut-être pour ça que ça marche aussi bien parce qu'on a pas du tout initié le de toute façon vous n'avez pas le choix. De toute façon, quand on s'adresse à des soignants et qu'on reste dans le discours patient, travail en équipe, les collègues, sur ce sujet-là ça marche mieux auprès de cette équipe ci. Après on a fait des déplacements ponctuels mais en tout cas sur 2016 nous avons déplacé 74 plages de 12h des infirmières et à contrario nous nous sommes fait aidé parce que bien évidemment ce tableau a été fait pour mesurer l'aide qu'on apporte et l'aide qu'on nous apporte, nous avons été aidé à la hauteur de 8 infirmières. On a fait aussi ça pour les aides-soignantes. C'est pour aussi montrer aux infirmières parfois un peu réfractaires, je ne dirais pas en colère car ce n'est pas ce sentiment qui les anime mais plutôt de l'agacement. On n'a jamais dû batailler pour qu'elles y aillent. C'est quand même intéressant de pouvoir dire que sur 74 plages déplacées on nous a aidé 8 fois au niveau infirmier, finalement ça permet ok on dépanne au niveau infirmier mais on a été dépanné au niveau aide-soignant. CA c'était en 2016. Ça initie quelque chose même si en 2017 j'ai l'impression que ça été moins catastrophique, sur 11 mois en 2017 on a prêté 32 infirmières mais on nous a prêté 18 aides-soignants donc ça reste équilibré, on a prêté malgré la conjoncture très défavorable dans ce service 17 AS et on nous a dépanné sur 32 plages horaires AS donc ça contrebalance le fait qu'on aide. Au niveau infirmier on peut démontrer qu'on a dépanné mais on a été dépanné de bien plus d'AS donc ça équilibre. Ces chiffres concernent sur les déplacements uniquement bruts. C'est-à-dire qu'il est censé travailler dans ce secteur et va dans un autre secteur. Après, sur 2018 on a prêté 2,5 AS, je dis virgule 5 parce qu'en SSPI on a dépanné une demi-journée et pour l'instant on nous a dépanné de 37 AS sur 3 mois et demi. Au niveau infirmier on a été dépannés de deux IDE depuis le 1^{er} janvier et nous avons déplacé 12,7, je dis virgule 7 car il me semble que c'était un jour il y a une infirmière qui a dû partir à 10h et nous ici on a dû réorganiser le service, parce que c'était possible de réorganiser et on a fait monter un infirmier en haut. Donc 12,7 en janvier, 4 en février, 6 en mars et au mois d'avril j'en suis à 11 aujourd'hui et prévu entre demain et la fin du mois 7 donc ce qui fera 18 en avril. Sachant que c'est possible parce qu'en sous-effectif aide-soignant dans cette réanimation, nous avons demandé la fermeture des 6 lits de soins continus en accord avec l'équipe médicale qui est particulièrement attentive aux difficultés liées aux effectifs et donc depuis le 3 avril on a fermé ces lits, ça libère une infirmière. Et au regard de ce qui se passe dans les autres réa cette infirmière libérée est vite absorbée par les besoins des autres réas. Donc après avoir déplacé 9 infirmières en 6 jours j'ai un peu dit aux infirmières *attention l'USC est fermée, vous êtes en plus si vous avez des jours à poser c'est le moment* pour plusieurs raisons. Car elles ont été aussi impactées en charge de travail au mois de mars par un sous-effectif AS et d'un et parce que de deux, la conjoncture RH dans cette réanimation fait que nous allons arriver dans des mois compliqués parce que nous aussi on a des départs non remplacés et je préférerais qu'elles se reposent maintenant pour affronter les mois difficiles plutôt qu'elles s'épuisent dans une autre réanimation et qu'ensuite elles s'arrêtent et que nous n'ayons pas non plus le même retour. Je ne leur impose pas des jours, on a prolongé cette semaine la fermeture de cette unité. Après je comprends qu'elles n'aient pas envie de poser des jours pour poser des jours donc je leur signale

qu'il y a des plus sur les plannings, si elles ne posent pas de jour, elles savent qu'elles seront déplacées parce qu'elles ont été suffisamment déplacées depuis un an et demi deux ans pour savoir qu'elles risquent d'être déplacées. C'est un peu la discussion que j'ai eu ce matin avec deux infirmières de nuit que j'ai croisé vous savez on a réfléchi finalement personne veut poser son we on sait on sera déplacé, si on est déplacées c'est moi qui y vais vendredi.

Elles n'aiment pas forcément être déplacées et encore il y a de tout. Il y a différentes réactions, il y a celles qui s'en fichent avec le *ab ok*, il y a celles qui s'interrogent mais *qu'est ce qui se passe dans cette réa il y a plein d'arrêt, ils ne peuvent pas réfléchir à pourquoi il y a autant d'arrêt il y un problème*, celles qui n'apprécient pas mais qui y vont. Après c'est de la négociation entre eux, parfois je laisse un message et je m'aperçois que c'est une autre personne qui y est allée. Il n'y a pas de conflit autour de ce sujet mais en général ça se passe relativement bien. Ça dépend aussi de la façon dont on l'amène. Chez les aides - soignants c'est plus compliqué, c'est aussi lié à l'âge des aides-soignants. Disons que les infirmiers ont entre 21 et 35 ans avec une moyenne d'âge de 26,4 ans allant de quelques mois d'expérience avec 8 ans d'ancienneté dans ce secteur pour une moyenne de 3 ans. Les aides-soignants vont de 19 à 60 ans, bientôt à la retraite, des gens qui sont là depuis 15-20 ans, qui n'ont jamais bougé et pour qui aller dans une autre réa ce n'est pas envisageable, c'est très compliqué. Ils sont là dans une sorte de routine, dans ce secteur-là, avec leurs habitudes, avec leurs collègues et ils n'ont pas envie d'aller ailleurs. C'est un peu plus froid quand il s'agit de la mobilité AS. Il y a un petit blanc, comme il y en a moins, ils finissent par accepter.

Quels sont les impacts de la mobilité sur les soignants ?

La plus valu positive : on n'est pas dans un secteur pour lequel on fait de l'assistance respiratoire mais c'est arrivé 4 fois sur les six derniers mois qu'on ait eu de l'assistance respiratoire et le fait qu'ils aient pu l'avoir vu dans d'autres secteurs, ça diminue quand même l'appréhension, la peur en se disant *je ne n'ai jamais vu, je ne connais pas donc je ne sais pas* car c'est impressionnant. Ça permet de voir autre chose et pour certaines de se dire tiens je vais y aller, a va me changer d'air, voir autre chose, autre équipe, autres médecins pas trop en termes de pathologie mais en terme d'équipe et de médecins.

Je ne suis pas sûre que ça créer des liens entre les équipes car elles finissent par connaître mais ça ne suffit pas, elles appartiennent à leur service et font parties de leur équipe.

Sur l'impact négatif, quelle que soit la charge de travail dans un secteur s'il y a un plus 1 et un moins 1 derrière, il sera déplacé quelle que soit la charge de travail derrière. C'est vrai quand on sait qu'on a une infirmière de déplacer dans un autre secteur et qu'on voit les 5 ici pour les 15 lits courir partout on se dit elle n'aurait pas été de trop pour soulager sa propre équipe, son propre secteur. Mais cette charge de travail ne se prévoit pas, car qu'un planning c'est juste une histoire de case.

La fatigue, l'épuisement et puis finalement ici on n'applique pas le décret et les seules fois où on pourrait l'appliquer et travailler dans des conditions sereines et plus confortables finalement elles sont déplacées. Quand il y a du plus et qu'elles ne sont pas déplacées elles le sentent dans la charge de travail, elles prennent plus de temps pour affiner les prises en charge, sont moins stressées. C'est important aussi pour elles de finir en se disant qu'elles sont satisfaites de leur travail, qu'elles ont pu aller au bout des choses avec le patient, la famille. Mine de rien quand elles sont une de plus ça permet de travailler mieux et normalement pour 15 lits il y a 6 infirmières et s'il y avait toujours 6 infirmières on pourrait aussi travailler sur l'organisation, réfléchir sur les procédures, les protocoles, vérifier s'ils sont toujours en vigueur. Donc la fatigue car elles cumulent leur compteur horaire mais ne récupèrent pas.

Dans l'historique de Mondor cette réa est une jeune réanimation où avant elle était rattachée à son service de chirurgie donc avec un chirurgien en chef de service. C'est en 2011 que les réas spécialisés ont été rattachées au service d'anesthésie. C'est un service qui a ouvert avec peu de matériel, peu de personnel, les locaux ne sont pas fonctionnels et donc il y'a toujours eu une mauvaise image sur ce site-là, l'image d'une réa « pauvre ». Il y'a des points où cette réanimation a toujours été stigmatisée donc finalement la mobilité permet d'avoir un autre regard dans ce qui se passe dans cette réanimation, en point positif. C'est un peu comme tout, quand on va voir les gens et qu'on enlève l'étiquette qu'on lui a collé sur le front c'est le même principe. Quand on ne sait pas ce qui se passe, on ne comprend pas les difficultés de l'autre. C'est un point positif l'image de cette

réanimation a profondément changé. Mais ce n'est pas anodin, c'est aussi l'accueil, ils sont accueillis, ils ont le sourire, ils sont dans les secteurs les plus légers, ils ne sont pas lâchés, ça compte. Je pense qu'en termes de planning, il fait bon vivre dans ce secteur aides-soignantes comme infirmier car on a aussi cette envie de faire en sorte qu'ils aient envie de venir, et de proposer des plannings aux gens pour qu'ils puissent tenir la route. Je n'ai pas envie d'avoir des gens qui sont fatigués et qui se traînent. C'est important pour les patients d'avoir des soignants qui sont frais, disponibles et ont l'envie de travailler. Mais la dynamique d'équipe entre en compte, ils ont tous plus ou moins le même profil et ce n'est pas anodin non plus. L'équipe des deux réas spécialisées se ressemblent beaucoup, il y a un profil et on n'a pas le même profil quand on va en réa med, quand on va en réa chir poly ou réa spécialisée. C'est très subjectif mais c'est un constat. Moi quand je leur dis qu'elles sont déplacées elles ne répondent pas par un arrêt. Ici sur ce secteur, s'il y a un arrêt qui tombe et que si on a cherché des solutions et qu'ils n'y pas de solution et bien on fermera des lits, on réorganisera le service. Ce qui n'est pas le cas dans les autres réas. C'est une politique de l'équipe médicale, ils sont attentifs aux difficultés des infirmières.

...*pause téléphone.*

Après il y'a différentes façon de fonctionner, il y a un moment où ils se débrouillaient entre eux pour les déplacements, il y a toujours eu un côté si c'est un déplacement sur deux jours il y'en a une qui y va un jour et l'autre le 2ème jour. Il n'y a jamais eu deux jours de suite. Mais il y'a une période où ils se débrouillaient tout seul. Mais maintenant qu'il y a pas mal de déplacements il y'a deux équipes qui m'ont demandé de désigner les gens, pour plusieurs raisons : déjà parce que ça évite les conflits, je les pensais suffisamment responsables pour choisir entre eux qui irait dans un autre secteur. Mais j'ai appris par la suite qu'ils avaient désigné eux même une infirmière qui était là depuis seulement 5 mois. Donc ce roulement-là déjà je vais désigner. Suite à ça j'ai repris tous les déplacements qui avaient été fait en 2017, histoire de voir qui avait été déplacé car c'est toujours la même chose il y'en a qui ne sont pas là quand il y'a des besoins donc ils ne sont pas là, ce n'est pas une volonté de ne pas y aller mais une conjoncture et des coïncidences qui font qu'elles n'y vont pas. Donc ce qui me permet de désigner les gens. Il y a le nombre de déplacement qui entre en compte. Mais surtout avant ça il y a est ce qu'ils sont déplaçables ou non, c'est-à-dire que je considère que tant qu'on n'est pas à l'aise dans sa propre réanimation, on ne peut pas être déplacé. Donc on considère qu'il faut à peu près un an pour être à l'aise dans son propre secteur. Il y'en a qui seront déplaçable au bout de 10 mois, d'autre plus 13 ou 14 parce que chacun a besoin d'un temps différent. Au bout d'un moment il faut y aller aussi et passer au-dessus de l'appréhension et le tout c'est que ça se passe le plus sereinement possible. Ça c'est mes critères et après je me base sur mon tableau de suivi. En août on a eu pas mal de nouveaux, comme on est sur une notion 3 mois / 3 mois on se retrouve parfois qu'avec 3 infirmières déplaçables si on en reste à ces critères-là. Heureusement qu'elles sont compréhensibles car il y a des fois où on revient toujours sur les mêmes fautes d'infirmiers répondant à ces critères. Et vous voyez à la fin du mois je déplace une IDE qui ne correspond pas du tout à ces critères puisqu'elle est arrivée en août et sera déplacée fin avril donc 8 mois donc ce n'est pas les 13 mois requis. Après ses collègues sont énormément déplacées, elle est venue me voir en me demandant si *je pouvais aller dans tel secteur*, moi je ne m'y oppose pas au regard des compétences qu'elle a ici, elle a été visitée le secteur concerné, elle a rencontré l'équipe, elle a vu les cadres, vu les locaux même si ce n'est pas une intégration mais le fait qu'elle ait pu rencontrer l'équipe, vu des visages, vu les locaux ça diminue quand même l'appréhension. Là je viens de faire la même chose il y a une heure avec une autre infirmière arrivée en août et qui demain est déplacée en renfort car il y a une réanimation avec une charge de travail énorme avec certaines infirmières qui craquent. Donc je ne pouvais pas laisser cette équipe en difficulté alors qu'ici la charge de travail ne nécessite pas d'avoir une infirmière ne plus. En plus au regard de l'organisation de cet hôpital, car si on appliquait le décret elle ne serait pas en plus. Au niveau des AS, je déplace moins souvent car l'AS qui dépasse son compteur d'heures est vite happé pour un repos et il y a une discussion sur 2 points avec mes collègues. C'est-à-dire quand il manque un AS dans une autre réa et qu'il y a une infirmière en plus dans un secteur on déplace qui ...un aide-soignant... une infirmière. Est-ce qu'on met en sous-effectif les aides-soignants mais qui est

comblé par une infirmière en plus ou pas ? J'ai eu les deux façons de faire et finalement ça dépend de la situation. Là avec l'USC fermée j'ai pile poil mon nombre d'aide – soignant, les infirmières sont en plus car elles ne souhaitent pas poser de récupérations, donc en avril je déplace l'infirmière pour compenser l'aide-soignant. Déjà parce que je suis persuadée qu'une infirmière ne déplacera jamais aussi efficacement un aide-soignant dans ses missions AS et aussi parce que les AS qui triment dans cette réa n'ont pas à partir que l'infirmière n'ait pas voulu. Classiquement quand il manque un AS c'est évidemment dans la réa où il y a 4 AS pour 15 lits qu'on vient chercher car 2 pour 12 lits ce n'est pas entendable donc on va mettre 3 pour 12 et 3 pour 15. Et ça j'ai beaucoup de mal car je me bats au quotidien pour cette histoire d'aide –soignant et d'entendre que dans cette réa 3 pour 15 c'est assez, ça me met hors de moi. Moi en tant que cadre de proximité qui a une vision de protection de ses équipes. Donc c'est les grandes discussions entre le fonctionnement de l'institution et l'accompagnement des équipes. C'est très compliqué en tant que cadre d'aller voir les aides-soignants, vous êtes en nombre aujourd'hui mais il y en a un de vous qui allez être déplacé pour aller aider les voisins qui ne sont pas en nombre et c'est vous qui n'allez pas être en nombre car finalement c'est ça qui se passe. Tous les autres réas sont à l'effectif sauf celle – ci au niveau AS. C'est pour ça que j'évite à tout prix de déplacer les aides-soignants quitte à le cacher. Oui des fois j'ai menti en disant que je n'ai pas de plus en appelant certaines infirmières en leur disant de poser un repos. Après ça reste à la marge parce qu'il y a des patients dans les lits donc il faut des infirmières... mais une fois de temps en temps pour arrêter d'épuiser les équipes.

Ce n'est pas le cas partout mais ici la réanimation, ainsi qu'une autre réanimation a la réputation d'être extrêmement accueillante, ces deux équipes-là ont vraiment la notion quand les gens viennent, ils viennent aider donc on les accueille au regard de l'aide qu'il nous apporte car on sait que s'ils n'avaient pas été là on aurait été un peu embêtés. Ce n'est pas le cas sur d'autres réa donc il y a un gros travail particulièrement dans une réa sur la notion d'accueil, tout ça va de pair, c'est un peu lié. Il y a un moment on sentait bien que c'était un peu tendu quand on disait *il y'a un manque sur tel secteur et vous allez être déplacé* c'était un peu tendu donc il y a un gros travail de l'encadrement auprès de cette équipe sur tout ce qui est l'accueil, ce qu'est l'aide car ils ont tendance à dire ils viennent nous aider donc on va le mettre là où on n'a pas envie d'aller.

L'affinité qu'ils ont avec les secteurs ça rentre en jeu aussi, je finis par connaître professionnellement les équipes d'ici et je sais dans quel secteur aller ou pas donc quitte à déplacer quelqu'un je choisis en fonctions des secteurs. Il y a un we j'ai quand même déplacé deux infirmières différentes, quitte à déplacer quelqu'un autant déplacer un tel qui préfère aller là et un tel aller là, c'est logique. Même si du coup elle n'a jamais été dans d'autres secteurs, elle préfère aller dans ce secteur alors ce n'est pas la peine d'aller au conflit, autant qu'ils aillent dans un secteur où ils ont une affinité avec l'équipe ou ils connaissent l'équipe parce qu'ils ont été dans la même promo où ils préfèrent la pathologie plutôt qu'une autre.

Quels sont les leviers et freins managériaux de la mobilité ?

Les freins ce seraient les spécialités qui sont différentes, 4 réas même s'il y en a 3 issues du même service, les équipes médicales sont vraiment bien distinctes, 4 réas avec 4 organisations médicales différentes, ce qui n'est pas rien avec des prescriptions et pancartes de surveillance différentes, mine de rien ça peut être très déstabilisant, des codes différents, pour quelqu'un qui est très visuel ça peut être assez déstabilisant voir même source d'erreur. Ça peut être un frein à la mobilité. Les spécialités aussi, on n'a quand même pas les mêmes pathologies, les mêmes profils des patients. On dit infirmière polyvalente moi je n'y crois pas trop. Quand ça fait 5 ans qu'on développe et a acquis des compétences dans une spécialité chirurgicale. On a beau, quand on travaille en réanimation, un panel de surveillances en raison des défaillances multiviscérales c'est pas pour autant qu'on soit polyvalent, c'est mon avis. Les soins sont faits grâce à la mobilité, sur le planning il y a une croix qui remplit une case, le chiffre qu'il faut mais je ne suis pas sûre que la qualité des soins soit là. Parce que je ne pense pas que quand vous êtes déplacé ponctuellement dans une autre réa, sachant qu'il y a un turn over important, là on est dans un concentré de déplacements mais au final sur 74 déplacements en 2016 si on répartit ça sur 365 x 2, c'est-à-dire 730, ce n'est pas si énorme que ça. Il y a des mois où on ne déplace pas et si on prend en compte la rotation infirmière,

finalement elles sont déplacées 2 ou 3 fois par an avec un peu de chance sur le même secteur. Ça permet de mettre un chiffre sur un planning mais encore une fois je ne suis pas sûre que la qualité soit là même si dans son secteur est ultra compétente mais il y'a l'adaptation à l'environnement, l'adaptation à l'équipe, au matériel, les procédures, les protocoles sont différents, l'organe touché est différent donc la prise en charge c'est différent donc la polyvalence je n'y crois qu'à moitié. Un autre frein, au regard du contexte actuel, l'absence de retour, c'est-à-dire qu'il n'y a jamais de retour à la hauteur des aides apportées.

Les leviers c'est la communication qu'on fait autour.

7 Comment accompagnez – vous les professionnels de santé à la mobilité ?

Il avait été proposé à un moment de mettre dans l'intégration quelques jours sur l'ensemble des réas, certains n'étaient pas d'accord, ne trouvaient pas ça pertinent car ça enlève autant de jours d'intégration dans leur secteur d'affectation alors qu'on ne va pas les déplacer avant un an donc la plus-value d'avoir été 10 mois avant dans le secteur, il n'y a aucun inconvénient si ce n'est d'enlever des jours d'intégration dans le secteur. Après je pense que d'aller dans le service c'est idéal, enfin ce n'est pas toujours possible, parce que par exemple, une infirmière est déplacée vendredi, mardi on devait aller visiter le secteur au moins localiser, voir les locaux, avoir accès aux codes, je pense que ça fait diminuer l'appréhension mais on n'a pas eu le temps. Mais quand on peut ce n'est pas ma d'y aller avant quand c'est la première fois et c'est pas mal aussi de passer les voir le jour où elles sont déplacées. Je ne dis pas que je le fais systématiquement parce que ce n'est pas le cas mais ça m'arrive parfois d'aller les voir dans le secteur. Juste pour leur montrer qu'on est là, voir comment ça se passe, généralement ils ont le sourire de nous voir, ça leur donne l'impression que le cadre est à l'écoute, le cadre est là, attentionné. Mais je pense que l'ensemble des cadres sur ces 4 réa est assez vigilant pour donner le signal à l'infirmière qui est déplacé, que oui je sais que vous êtes déplacé et je ça c'est important que le cadre et qu'il y ait un collectif cadre autour de la mobilité. Donc, oui c'est la communication et puis ça reste des soignants alors quand on leur explique qu'il y a des patients dans les lits, ils sont infirmiers, ils en sont conscients. Ils le sont pour les patients et l'équipe de cette réa connaît bien maintenant deux autres réas et finalement ils vont aider les collègues. C'est aussi lié au fait qu'on est une équipe d'encadrement qui travail en cohésion, ils le ressentent, ils le savent. Je peux aller dans d'autres réas, mes collègues aller dans cette réa donc ce n'est pas aller dans un service inconnu. Donc c'est vraiment important aussi.

Plusieurs solutions soit je sais quand je sais que l'infirmière est présente je vais la voir en lui expliquant que dans tel secteur il manque donc vous serez déplacé, ça c'est l'arrêt imprévu. Soit l'arrêt prévu, je note une ide dans tel secteur, une ide dans tel secteur, soit d'elles-mêmes, elles mettent leur prénom parce qu'elles ont vu entre elles soit elles viennent me dire là c'est compliqué il va falloir que vous tranchiez donc je mets le prénom, je les averti oralement et quand c'est la nuit ou le lendemain matin je les appelle. Il est hors de question qu'elles arrivent le soir à 19h ou le matin à 7h, qu'elles viennent prendre leur poste ici et qu'elles découvrent qu'au final elles ne sont pas là. Déjà pour deux raisons : elles ne vont pas forcément voir le planning en arrivant et ce n'est pas à l'équipe de jour de leur annoncer, et puis le mode de communication par papier ce n'est pas cool, ce n'est pas fairplay, ce n'est pas assumer sa décision d'encadrement donc je les appelle en leur disant il y a un arrêt dans tel secteur donc vous êtes déplacé.

C'est un sujet intéressant, j'en parlerais encore car je suis bavarde sur ce sujet. Je me sens vraiment concernée par ce sujet.

Verbatim de l'entretien N°8 : Me M, Cadre de Santé (CS 4) de l'Hôpital E du 27 avril 2018. Durée 31'10

Quel est votre parcours professionnel ?

J'ai commencé dans la banque pendant 9 ans au contrôle de gestion et direction financière. Après j'ai repris des études d'infirmières, j'ai été infirmière au centre hépato biliaire au centre digestif à Paul Brousse pendant 5 ans. Ensuite j'ai fait un an de FFC formatrice à Paul Brousse. Ensuite l'année d'après j'ai passé le concours à l'IFCS et j'ai suivi la formation de l'école des cadres pendant un an. Diplômée en 2011, je suis arrivée ici sur un 1^{er} poste d'abord dans un service de longue durée où je suis restée 2 ans puis on m'a proposé de venir sur ce bâtiment pour l'UGA de 24 lits et un service de SRR et je suis maintenant dans ce poste depuis un peu plus de 4 ans.

1) Comment est organisé votre pôle de l'activité ?

C'est un hôpital un peu spécifique dans la mesure où c'est un hôpital égal un pôle. Habituellement un hôpital est divisé en plusieurs pôles. Chez nous il n'y a qu'un pôle. Par contre ce pôle est organisé en plusieurs activités qui permettent de suivre le parcours du patient. C'est-à-dire qu'on a un service ambulatoire qui fait du diagnostic, un hôpital de jour, du suivi du patient pour les aider et les accompagner dans leur quotidien. Ensuite on a plusieurs unités de gériatrie aigues, c'est le service d'aval des urgences du GH donc ces patients viennent en situation aigue pour une prise en charge et la durée d'hospitalisation est en moyenne de 10 jours. Après ces 10 jours soit ils vont mieux ils rentrent à domicile, soit ils ont encore besoin de soins et ils vont être orientés vers des SSR. Donc il ya des services de réadaptation dans deux bâtiments. Services dans lesquels les patients sont hospitalisés environ 45 jours, soit ils vont mieux et ils peuvent rentrer chez eux soit on s'aperçoit qu'ils ne pourront jamais rentrer chez eux et nécessitent une structure pour les prendre en charge telle que des EHPAD. Donc ce pôle – là est structuré, on trouve le parcours de la gériatrie de l'hôpital de jour jusqu'au long séjour.

2) Comment la mobilité du personnel est – elle formalisée ?

Alors il y a eu deux phases de la mobilité. Quand je suis arrivée il y a 6 ans sur l'hôpital il y avait déjà cette notion de mobilité d'un bâtiment sur l'autre sur le SLD. Sur le SLD, à l'intérieur par bâtiment il y'a une culture de mobilité. Après maintenant je dirais qu'il y a cette culture de mobilité qui s'est développée, on est passés d'une culture de mobilité bâtiment à une culture hôpital qui s'est mis en place depuis environ 3 ans petit à petit et qui s'accroît mais n'est pas spécialement formalisée.

3) Quels sont les leviers managériaux de la mobilité ?

Les avantages c'est surtout de combler les manques et d'assurer une continuité des soins. Elle permet aussi aux soignants d'aller voir dans d'autres services, d'autres activités et de rencontrer d'autres équipes. Ça leur permet d'être polyvalents.

4) Quelles sont les limites de la mobilité ?

Mais il y a des limites si cela se reproduit souvent. Ça peut déstabiliser l'agent mais aussi l'équipe qui souvent se retrouve en sous-effectif. Ça aussi c'est une limite. Retirer un agent pour aller ailleurs et laisser sa propre équipe en sous-effectif et de les laisser en difficulté. Donc la mobilité c'est bien mais pas trop souvent. Et puis les personnes âgées ont besoin de repères soignants, ils aiment bien avoir les mêmes soignants.

5) Quelle est votre vision de la mobilité ?

La mobilité est une force ça permet de pallier quand on n'a pas les effectifs pour faire fonctionner. La mobilité ça permet de répartir au mieux les agents et de compenser l'absentéisme. Ça permet de développer une certaine solidarité et l'esprit d'entraide donc ça c'est intéressant. Après il ne faut pas mettre les agents en difficulté et pour moi cette mobilité est intéressante dès lors qu'il y a de la

marge ou du surplus quelque part et ça les agents l'entendent et le comprennent tout à fait même s'ils n'aiment pas trop être déplacés mais là ça ne me pose pas de problème. Ce qui est plus compliqué c'est quand on est amené à déplacer les agents d'une équipe qui est au complet pour l'affecter sur un autre service voir un autre bâtiment et là du coup l'effectif qui était au complet se retrouve aussi en difficulté. Pour moi c'est là, la grande limite de l'exercice.

13) Comment organisez – vous la mobilité au sein de votre service.

Il y a deux cas de figure où la mobilité est programmée où on sait que dans l'unité il va y avoir une infirmière en plus donc elle sera déplacée car il y a un besoin sur une autre unité. Et le 2^{ème} cas de figure c'est quand la mobilité n'est pas anticipée, elle est décidée au dernier moment.

Dans le 1^{er} cas quand la mobilité est prévue, à chaque fin de semaine je regarde ma répartition et je demande au gestionnaire d'inscrire le nom de l'agent qui va être déplacé. Ils savent que tel jour ils sont un de plus donc untel va être déplacé et sur telle unité donc c'est inscrit. Je peux le faire car j'ai une équipe qui est assez professionnelle et flexible et ça ne génère pas d'absentéisme ou d'arrêt derrière, quand c'est programmé vu qu'ils sont en plus ça ne pose pas de souci. Après quand c'est le jour pour le jour, les agents sont en poste je vais les voir directement et je leur explique la situation et la nécessité de les déplacer. Ça peut être aussi la gestionnaire qui les attend et va leur annoncer qu'ils sont déplacés sur telle ou telle unité. En tout cas il y' a toujours quelqu'un qui va les voir et leur annonce qu'ils sont déplacés.

Ce qui se passe le matin quand on arrive il y'a un état des lieux qui est fait. Les cadres d'ouverture, quand il manque un agent sur l'un ou l'autre bâtiment, appelle ses deux autres collègues pour voir s'il y a des marges et si on peut déplacer du personnel d'un bâtiment sur l'autre. Après soit le manque est comblé, il y a des marges et tout rentre dans l'ordre, soit il n'y a pas de possibilité et la situation est très compliquée et du coup le problème peut remonter au cadre supérieur RH qui va décider de déplacer des agents d'un bâtiment à un autre quand il y a trop d'absences.

Il y a sur l'ensemble de l'hôpital une discussion, une réorganisation en interne qui est mise en place avec les cadres pour essayer de déplacer les agents et de faire en sorte que le personnel soit réparti au mieux sur l'ensemble de l'hôpital.

14) Comment accompagnez- vous les professionnels à la mobilité ?

Dans cette mobilité pour les accompagner je leur explique toujours les tenants et les aboutissants le pourquoi, je leur explique toujours le contexte. Je commence par ça et quand on leur explique par ça en général ils comprennent et c'est plus difficile pour eux de refuser. Après il faut les remercier, rien que de la reconnaissance et des remerciements c'est pas beaucoup mais c'est important pour eux, ils en ont besoin. Quand la situation est vraiment compliquée et que des agents ont été déplacés à plusieurs reprises ça m'est arrivé de créditer des heures en plus pour les remercier. Pour être au plus juste et pour que ce ne soit pas toujours les mêmes qui soient déplacer, j'ai un outil ou je note le déplacement des agents sur l'année, je les inscris, je sais exactement qui a été déplacé, combien de fois et donc cet outil me permet de décider qui va être déplacé à son tour. Ce qui permet de répartir cet effort et de ne faire en sorte que ce ne soit pas toujours les mêmes donc c'est mieux vécu. Après quand c'est compliqué ça m'est arrivé d'aller les voir pour prendre la température, comment ça se passe et bien réexpliquer le contexte. C'est important pour eux de leur expliquer le pourquoi du comment c'est une marque de respect et ça leur permet de mieux comprendre et de mieux accepter les choses.

15) Quelles sont vos difficultés dans la conduite de la mobilité ?

Quand ils sont en effectif en plus, ça ne pose pas de difficulté, c'est normal d'aller aider un service qui lui est en difficulté et ils le comprennent assez bien. Ce qui me pose un problème et c'est là où est la limite c'est quand je dois déplacer un agent de mon service pour aller dans un autre service et mon propre service se retrouve en sous effectifs et en difficulté. Et quand la situation se répète ça devient problématique et ça va à l'encontre de mes valeurs, on devient maltraitants, l'institution devient maltraitante et on devient maltraitant avec l'équipe et ça me pose des soucis par rapport à mes valeurs et ma conception du management. C'est une équipe à qui on demande beaucoup de

choses, qui est très professionnelle, très engagée, très sérieuse, qui est présente mais du coup il ne faut pas non plus les mettre en difficulté et de les maltraiter, c'est vraiment important. Donc là oui ça me pose un problème, oui là c'est difficile pour moi. Je le fais parce qu'on me le demande et parce que je n'ai pas le choix mais je ne le fais pas de gaité de cœur et c'est quelque chose qui me coûte. En plus au niveau des infirmières de l'UGA, l'UGA c'est le service qui demande au soignant des compétences plus techniques et qui peut donc faire plus donc on va plus facilement déplacer une infirmière qui peut aller partout, qui peut se retrouver partout, sur du SSR, du SLD. Alors qu'à l'inverse on va avoir beaucoup plus de difficultés à déplacer les infirmières de SLD sur l'UGA car n'ont pas toujours les compétences à jour. Un exemple, les infirmières de SLD ne font jamais de transfusion. Pour transfuser un patient de SLD on le transfère à l'UGA. Comme elles ne transfusent plus elles ont perdu ce savoir-faire et cette compétence. Elles sont en plus souvent déplacées mais à l'inverse n'est pas si évident que ça et si l'intérim ne répond pas il arrive qu'elles doivent prendre en charge l'unité en sous-effectif. Donc elles n'ont pas forcément le retour escompté. Par exemple là, elles ont été remplacées pendant toutes les vacances et là on a un arrêt et l'intérim n'a pas répondu parce qu'on a une infirmière qui était épuisée, qui est tombée malade et qui est du coup en arrêt et bien c'est la double peine : elles s'épuisent, elles s'arrêtent et les infirmières qui restent doivent prendre en charge tout le service en sous-effectif.

16) Quelles sont les réactions des soignants lorsque vous annoncez un déplacement ?

Elles vont spontanément râler parce qu'elles n'aiment pas et puis parce qu'elles sont rarement en plus et du coup quand elles sont en plus c'est un confort et ça leur permet de souffler aussi. Après ça va dépendre de chacun, de où elles vont aller, de qui est là car il y'a des agents qui sont plus flexibles de que d'autres, ça c'est un peu personne dépendante. C'est plutôt rare le conflit mais ça arrive. Par exemple, récemment, j'ai eu des refus dans une unité où ils étaient à 3 au lieu de 2 et l'agent a refusé de se déplacer. Mais ça on ne peut pas tolérer ça car quelqu'un qui refuse ça voudrait dire que c'est toujours une collègue qui se déplace à sa place et il y a un sentiment d'injustice au niveau de l'équipe, si on veut respecter une certaine équité il faut que chacun puisse être déplacé à tour de rôle. Il faut parfois argumenter, parfois négocier, discuter mais dans tous les cas quand ils sont en plus pour la continuité des soins il faut absolument se déplacer. En général ça se passe plutôt bien mais parfois en fonction de qui est en face on est amené à parlementer, négocier.

A la longue, on entraîne de l'insatisfaction de l'incompréhension, un sentiment d'injustice qui peut entraîner les agents à refuser d'être déplacés. Je pense qu'il ne faut pas aller là-dedans parce que c'est problématique et on va contre cet esprit d'entraide, de collaboration et on génère de la résistance au niveau des équipes et en plus de la fatigue, des arrêts maladie qui suivent. Ça génère des conséquences qui vont impacter le service de façon négative.

17) Quels sont les impacts sur les soignants consécutifs à une mobilité ponctuelle et répétée ?

Quand c'est ponctuel ça ne pose pas de souci. Il y'a l'impact sur ceux qui sont déplacés, finalement qui travaillent ici où là sauf si ça entraîne un grand stress mais en général on essaie toujours de les déplacer, de faire en sorte qu'ils ne soient pas en difficultés donc ceux qui sont déplacés. Pour celui qui est déplacé il va y avoir le souci de ses collègues, il va faire son travail mais il n'est pas satisfait et il a une inquiétude vis à vis de ses collègues. Le souci c'est aussi pour ceux qui restent et qui se retrouvent en sous effectifs, l'impact est réel. C'est chez ceux qui restent qui finalement l'impact est plus élevé. Car ceux qui sont déplacés comme on les déplace à tour de rôle, si je regarde les infirmiers depuis le début de l'année, le fait de tourner, celui qui a été le plus souvent déplacé ça représente 3 fois. Ce n'est pas énorme ça reste raisonnable. Ce qui embête c'est que les périodes où ils sont déplacés c'est concentré c'est-à-dire les vacances de février, les vacances d'avril.

Mais il y a quand même certains agents qui sont plus anxieux, plus inquiets qui aiment moins. J'ai certains agents quand ils savent qu'ils vont aller sur certaines unités c'est très anxiogène pour eux et préfèrent ne pas y aller car ils n'aiment pas être déplacés, ils n'ont plus leur repère, leurs habitudes de services.

Du coup ces agents j'évite de les déplacer pour ne pas les mettre en difficulté. Je les mets en sécurité, j'essaie plutôt de les déplacer dans un contexte où ils sont en plus ou le déplacement sera plus

serein, plus organisé, plus cadré où ils peuvent se préparer. Par exemple, j'essaie de faire attention si j'ai un agent enceinte, de les protéger du stress et l'équipe adhère par rapport à ça.

**Verbatim de l'entretien N°9 : Me F, Cadre de Santé (CS 5) de l'Hôpital E du 27 avril 2018.
Durée 35'07**

Quel est votre parcours professionnel ?

J'ai débuté en tant qu'aide-soignante en 1991, puis j'ai fait l'école d'infirmière en 2009 par la suite j'ai pris un poste de FFC et j'ai fait l'école des cadres diplômées en juillet 2017. Et je suis donc ici depuis **un an**.

1) Comment est organisé votre pôle de l'activité ?

Déjà on a du SLD, du SSR et de l'UGA répartis sur plusieurs bâtiments. Nous ici on a que du SSR. Il faut savoir que les patients arrivent soit de l'UGA soit de l'extérieur, après le circuit c'est toujours le même.

2) Comment la mobilité du personnel est – elle formalisée ?

Quand je suis arrivée déjà c'était compliqué d'étage à étage et d'unité à unité sur le même étage. Elles n'allaient pas forcément aider à gauche si elles sont à droite et vice versa. Elles font parties de ce service là et pas celui d'à côté. C'est pour ça qu'il y'a eu tout un travail, une réorganisation à cet étage pour un peu éclater l'équipe et la mutualiser. Il y a des agents qui sont installés dans leur service depuis des années, avec leurs habitudes et les nouveaux avaient du mal à trouver leur place donc ça été repenser. Les mouvements se passent beaucoup mieux. On essaie de bouger tout le monde, pas toujours les mêmes. Sur le bâtiment ça se passe toujours bien. Maintenant ce qui change et ce que je n'avais pas avant c'est le mouvement de bâtiment à bâtiment qui se fait de plus en plus souvent, chose qu'avant il n'y avait pas. C'est compliqué, les agents ne comprennent plus, rien n'a été vraiment formalisé, on met tout ça sur le compte de l'OTT mais en fait on se rend bien compte qu'il y a beaucoup d'arrêt qu'on est obligé de pallier. Nous on est parfois en difficulté, on sollicite mais quand il y a un effectif en plus il faut savoir, qu'il ne reste jamais, il bouge tout le temps dans un autre étage, un autre bâtiment car on a quasi tout le temps des arrêts. Je dirais environ tous les deux jours.

Question rebond : est – ce que par exemple vous avez des outils, où est ce qu'au moment de l'embauche vous évoquez la mobilité ?

En effet, au moment de leur embauche on leur explique qu'ils seront amenés à changer de côté, soit d'étage, soit de bâtiment. En général quand on a expliqué ça à l'agent à l'entretien, ça passe toujours bien. Je trouve que quand c'est dit, c'est expliqué à l'embauche les agents se souviennent et se disent c'est vrai lors de l'entretien elle m'avait expliqué. Ça passe mais si c'est récurrent l'agent ne comprend pas, ça devient compliqué. Quand on les recrute, on leur fait la visite d'approche des deux unités, du bâtiment pour visiter, on leur explique mais on ne fait pas le tour de l'hôpital. Mais on espère qu'une infirmière affectée à l'étage on ne la bougera pas tout le temps.

3) Quels sont les leviers managériaux de la mobilité ?

Moi je dirais que l'avantage c'est de ne pas rester cloîtrer dans un même service, d'aller voir ce qui se passe ailleurs. Je trouve que c'est important d'être polyvalent. Ça permet de communiquer avec les autres et de voir aussi comment dans d'autres services ils fonctionnent. Ça permet d'équilibrer les équipes.

La mobilité ça permet d'aider un service en difficulté pour la continuité des soins. Quand on a une marge c'est quand même important quand on a une marge et pour la qualité et la sécurité du patient. On ne peut pas laisser une unité sans infirmière ou laisser une seule infirmière à gérer seule un service complet. On travaille beaucoup sur la qualité mais pour faire de la qualité il faut avoir des agents. Et, si on n'en a pas assez et si on tourne tout le temps avec des intérimaires ou des personnes qui ne connaissent pas le service la qualité des soins n'est pas optimale. Il faut le reconnaître. Parce qu'ils ne connaissent pas le fonctionnement du service, son organisation, ils ne connaissent pas le patient, la spécificité des soins, il y'a des pratiques qu'ils ne connaissent pas. Parfois on se dit qu'il

faudrait du personnel solide, du personnel fixe pour pouvoir faire du bon travail. On ne peut pas faire de la qualité, ce n'est pas possible.

4) Quelles sont les limites de la mobilité ?

Je dirais la qualité de la prise en charge du patient. Je trouve que ça manque de suivi. Et ça elles le disent : *je ne connais pas le patient, je fais comment*. Donc par rapport au suivi, à la prise en charge du patient c'est un inconvénient. Il y a des transmissions mais les transmissions ne font pas tout. Ça ne suffit pas pour prendre en charge un patient dans sa globalité car on peut le lever, faire ses transferts, mais on oublie parfois comment faire attention au comportement. On doit faire attention à la façon dont on s'adresse au patient, des choses à ne pas faire, ne pas dire. Parfois une parole ou un geste peut tout faire flamber. L'approche du patient n'est pas la même. En plus souvent quand elles viennent aider on leur donne la charge de travail la plus lourde et parfois il y a un mauvais accueil. Et il y'en a qui ne veulent même plus aller dans certaines unités à cause de l'accueil. Maintenant je leur dis que s'ils se sentent mal par rapport à l'accueil ou la charge de travail, je leur dit d'aller le signaler à la cadre du service qui est là et de m'en informer car ce n'ai pas normal que les agents qui viennent aider soient mal accueillis. Alors déjà, qu'ils doivent changer d'organisation, d'équipe et d'environnement alors si en plus ils sont mal accueillis. Tout ça, ça les déstabilise.

5) Quelle est votre vision de la mobilité ?

6) Comment organisez – vous la mobilité au sein de votre service.

Si une collègue d'un bâtiment m'appelle. Je regarde d'abord mes effectifs, il y a deux possibilités : si on a une soignante en plus, je vais aller voir. En général, pour les AS si on a des étudiants infirmiers, dans le service, je vais bouger l'étudiant au lieu de bouger les personnes fixes du service. Ensuite, si on a que 4 AS de garde de chaque côté et qu'on nous dit qu'il faut absolument déplacer quelqu'un même si on tombe en sous – effectifs de sécurité, on n'a pas le choix. Je fais attention qui a été déjà bougé et les agents communiquent avec nous, c'est-à-dire que même si on n'est pas là, qu'un cadre les as bougés, on s'est ce qui s'est passé. Je le note sur le planning comme ça quand j'ai besoin de bouger quelqu'un je regarde les plannings et je ne mobilise pas toujours les mêmes mais je n'ai pas un tableau de bords de suivi. Généralement je leur impose. Je leur dis que j'ai besoin de quelqu'un de je leur demande de se décider. Quand il y a un agent qui n'était pas la veille je priorise cette personne pour que la personne qui était la veille continue la prise en charge des patients. Si, parfois elles se décident entre elles, je vais les laisser organiser mais si elles ne se mettent pas d'accord je tranche.

Après, par exemple, il y'en a qui aiment bien aller au 1^{er} étage alors je les favorise comme ça ils sont plus à l'aise. Mais il faut que ce soit équitable. Ça ne sert à rien de trop leur imposer si non ils se braquent.

C'est impensable aujourd'hui de refuser. En revanche je suis un peu moins équitable quand le matin il y a un besoin ailleurs et que l'agent arrive en retard, c'est lui qui sera déplacé car les soins ont déjà commencé pour les autres. Donc il n'y a pas intérêt à interrompre les soins.

Quand la veille, il y' a un besoin ailleurs et qu'on le sait la veille, on peut anticiper et aller voir la personne directement pour la préparer à aller dans une autre unité et de ne pas arriver, commencer à prendre les transmissions et quitter le service.

7) Comment accompagnez- vous les professionnels à la mobilité ?

Quand on déplace et qu'il y' a un sous-effectif, il y a tout un accompagnement qui se fait. On explique au mieux la situation, on ne peut pas laisser un secteur sans effectif ça la sécurité des soins n'est pas là. On essaie de négocier en expliquant les problématiques des services. Et là les agents comprennent et ils vont.

Si c'est dans les étages quand je vois que l'agent est réticent je l'accompagne, on y va ensemble. Je connais très bien mes agents donc je m'adapte à eux, je sais très bien qu'il y a des agents qui s'y rendent directement alors que certains vont retarder le déplacement. Donc pour éviter ça je les

accompagne et je vais les présenter. Mais, si je ne peux pas j'appelle ma collègue et lui demande de l'accueillir, on communique avec les cadres.

8) Quelles sont vos difficultés dans la conduite de la mobilité ?

Moi ça m'embête parfois. Je ne le dis pas aux agents mais ça m'embête car nous on fait en sorte de faire tourner les plannings, parfois même en prévoyant une marge. On essaie d'établir la communication avec l'équipe, qu'il y ait une relation de confiance, d'échanges avec les agents et en leur demandant tout le temps d'aller ailleurs on perd cette relation, ils perdent confiance au cadre. Parce que les agents pensent qu'on ne les défend pas, qu'on ne fait rien pour eux. Ils ont l'impression que c'est toujours eux qui bougent tout le temps. Ça me met mal à l'aise. Parfois j'y vais à reculons, je n'ai même pas envie d'aller les voir pour aller leur demander. Ce n'est pas une peur mais ça m'énerve à l'intérieur car j'ai envie de garder mon équipe au 2^{ème}. Ce qui m'ennuie c'est qu'ils viennent travailler et quand ils sont là il faut les envoyer ailleurs. C'est une difficulté, je le fais parce que je suis cadre et je suis obligée de le faire mais ça va contre ma façon de voir les choses et c'est épuisant car on aimerait avoir toujours son équipe au complet et que si on a du plus, de pouvoir programmer des choses en plus. Et au final on nous déloge et on est en négatif. En tout cas je ne le vis pas bien car il n'y a pas d'équité entre bâtiments. Nous quand on a besoin l'aide n'est pas équitable. On épuise nos agents en leur demandant de revenir ou de rester plus tard s'ils sont du matin.

9) Quelles sont les réactions des soignants lorsque vous annoncez un déplacement ?

Au départ elles sont un peu dans la résistance et tentent de négocier. Parfois c'est un non catégorique. Elles ont un sentiment d'injustice, elles vont dire *c'est toujours nous qui bougeons*. Elles ont l'impression qu'il n'y a pas d'équité donc elles mettent en avant la charge de travail pour ne pas partir. Et on est obligé de prendre du temps pour argumenter, expliquer, on ne peut pas leur dire c'est comme ça et pas autrement et elles finissent par accepter. On essaie de trouver un compromis pour aller aider. Ça râle mais il y a toujours quelqu'un qui comprend et qui ne sont pas dans la dynamique d'être toujours mécontents.

10) Quels sont les impacts sur les soignants consécutifs à une mobilité ponctuelle et répétée ?

En ce moment elles sont beaucoup déplacées donc c'est un peu plus compliqué. Les agents le disent ils sont épuisés de bouger tout le temps. Du coup en ce moment on a pas mal d'arrêts maladie aussi surtout quand ils s'aperçoivent qu'ils sont en plus car ils se disent qu'ils vont encore être déplacés. Si c'était que de temps en temps ça irait mais comme c'est régulier ils sont fatigués. Ils ont ce stress quotidien, c'est compliqué car chaque fois qu'ils voient un cadre arriver ils se méfient. On le sent sur leur visage, ils fuient parfois quand ils nous voient arriver vers eux, on sent une tension. C'est pour ça que c'est important de communiquer avec les agents, de leur demander comment ils vont.

Psychologiquement ça joue sur le moral car déjà il y a ce stress de dire je vais bouger, je ne sais pas dans *quel service je vais aller, avec qui je serais, comment ça va se passer, je ne connais pas les patients*, c'est une angoisse, un stress de ne pas savoir. C'est dur pour eux, c'est stressant. En plus, s'ils sont 4 au lieu d'être 5 il faut trouver une réorganisation dans son propre service qui reste en sous – effectif. Ils sont fatigués, ils sont épuisés. Il y'a une période où on était toujours en sous – effectif, c'était catastrophique, ils ne se reposaient pas avec une seule journée de repos. Ils étaient tous fatigués donc ils s'arrêtaient car un repos c'est trop juste pour récupérer. J'essaie de répartir les effectifs présents en fonctions de la charge en soins, de limiter les entrées pour éviter de les fatiguer plus.

En tout cas j'aimerais dire que c'est un sujet très intéressant car plus on avance dans le temps et plus la mobilité devient de la normalité. Je trouve que ça change les habitudes des agents. La mobilité c'est bien pour les intérimaires, les équipes de suppléance car ils ont choisi de bouger tous les jours. Mais des agents qui sont fixes à qui on impose de bouger souvent c'est différent, elles perdent leurs repères. Les agents sont habitués à travailler avec les mêmes personnes avec qui ça fonctionnent bien et une organisation fixe. Ils ont besoin de ces repères.

ANNEXE 14

Profil des professionnels

	SEXE	FONCTION ET LIEU D'EXERCICE	PARCOURS PROFESSIONNEL	DATE dans le poste actuel
Entretien 1 Me M Durée : 28'10	F	DSAP Etablissement E	Filière infirmière : IDE en ESPIC, parcours cancérologie, rééducation fonctionnelle, FFC en IFSI. CSS formatrice en IFCS. 2015 : Ecole de Directeurs. 2016 : Directeur de soins de l'Hôpital E	Janvier 2016 (2 ans)
Entretien 2 Mr L Durée	M	CPP Etablissement E	2003 : IDE 2005 : Spécialisation puériculteur. Service d'urgences pédiatrique puis SMUR pédiatrique. (APHP). 2010 : Ecole des cadres. 2011 : CS service de réanimation. 2012 : CS chirurgie. 2017 : nommé cadre supérieur – CPP.	2017
Entretien 3 Mr B Durée 27'26	M	CPP Etablissement H	2000 : IDE en équipe de suppléance. (APHP). Service de réanimation médicale (APHP) jour/nuite. Réfèrent de soins : intégration des nouveaux professionnels, la mise en œuvre des procédures de soins et l'accompagnement des étudiants. 2010 : FFC 2011 : Ecole des cadres. 2012 : CS réanimation de chirurgie vasculaire. 2016 : CPP Remplaçant 2017 : Nommé cadre supérieur de santé - CPP	Octobre 2017 (6 mois)
Entretien 4 Me J Durée 28'18	F	Cadre de santé. Etablissement H	2006 : IDE : réanimation de chirurgie cardiaque (APHP). 2009 : Coordinatrice des lits, programmation des patients. 2013 : Ecole des cadres 2014 : Cadre de santé : chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire. 2015 : Cadre de santé en chirurgie vasculaire.	2015 (3 ans)
Entretien 5 Me D Durée 43'54	F	DSAP	IDE : Service d'urgence. 1990 : Cadre de santé en hôpital de jour et consultation infectiologie à l'APHP. 1995 : IESCH : Institut d'enseignement Supérieur des Cadres Hospitaliers. 2006 : Directeur de soin HAD puis d'un CH intercommunal. 2010 : Coordinateur Général des soins du GH avec 4 directeurs de soins adjoints.	2010 (8 ans)
Entretien 6 Me P Durée : 30'16	F	Cadre de santé	IDE pendant 15 ans dans plusieurs services de réanimation. FFC IFCS + master « Economie et gestion de la santé ». 2017 : CS : réanimation médicale.	Juillet 2017 (9 mois).

Entretien 7 Me G Durée 45'16	F	Cadre de santé	Décembre 2001 IDE service de réanimation. 2012 FFC dans un service d'urgences. 2014 IFCS 2015 : Cadre de santé	2015 (3 ans)
Entretien 8 Me M Durée 31'10	F	Cadre de santé	Filière : gestion. IFSI IDE pendant 5 ans. FFC IFCS Cadre de santé sur l'établissement E depuis 2011. 2015 : Unité de gériatrie aigue.	2015 (3 ans)
Entretien 9 Me F	F	Cadre de santé	1991 Aide – Soignante. 2009 : Ide FFC IFCS : 2017	2017 (9 mois)

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@17-18

Mémoire

La conduite managériale de la mobilité par le cadre de santé

GATIER PASCALE
Promotion 2017/2018

21 MOTS CLÉS

**Pôles d'activités - Mobilité –
Management - Cadre de santé -
Accompagnement -Qualité de vie -
Epuisement professionnel - Risques
psycho sociaux.**

22 KEY WORDS

**Activities centers - Mobility - Management –
Health Managers -- Quality of life – Burn
out**

RÉSUMÉ

En France, la loi HPST de 2009 a conduit à une réorganisation des hôpitaux en pôles d'activité ; Cette réorganisation a directement impacté les cadres de santé en ce qui concerne la gestion des ressources humaines. En effet ils ont dû modifier leur gestion de l'absentéisme en faisant appel à la mobilité du personnel au sein de ces pôles.

Cette organisation a nécessité un accompagnement au changement, elle a aussi suscité une résistance chez les soignants à l'époque. L'objectif de cette recherche est de comprendre la situation actuelle en matière de politique de mobilité mise en œuvre dans les hôpitaux, son déploiement au sein d'un pôle. Et de repérer les actions menées par le cadre de santé auprès des équipes pour préserver la qualité de vie au travail des professionnels de santé et éviter l'épuisement professionnel.

Après mes recherches théoriques menées sur les concepts de la mobilité, la polyvalence, les compétences, l'épuisement professionnel et la place du manager, l'enquête de terrain auprès des directeurs de soins, cadres paramédicaux de pôle et cadres de santé a montré que la mobilité semble être un facteur qui favorise l'épuisement. Le cadre de santé transmet la culture de pôle à son équipe et déploie de nombreux moyens pour organiser et accompagner au mieux la mobilité.

ABSTRACT

In France, the HPST law of 2009 led to a reorganisation of hospitals into centres of activity; this reorganisation had a direct impact on health executives as regards human resources management. Indeed, they had to modify their management of absenteeism by resorting to staff mobility within these centres.

This organization required support for change, it also aroused resistance among health care professionals at the time. The objective of this research is to understand the current situation in terms of the mobility policy implemented in hospitals, its deployment within an activity center. And to identify the actions carried out by the health framework with the teams to preserve the quality of life at work of the health professionals and to avoid professional exhaustion.

After theoretical research on the concepts of mobility, versatility, skills, burnout and the manager's place, the field survey of care manager and health executives showed that mobility seems to be a factor that causes burnout. The health executive transmits the culture to her team and deploys numerous means to organize and support mobility as well as possible.



FACULTÉ
DE MÉDECINE

