

ESM- Formation & Recherche en Soins
Université Paris Est Créteil/Val de Marne

Diplôme de Cadre de Santé



Le pouvoir d'influence du cadre au service de la mobilité.

Aline NAVARRO

DCS@21-22

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.

« Sans pouvoir, il n'y a pas d'influence ni de leadership » [1]

Terry. R. BACON

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
ABREVIATIONS.....	3
REMERCIEMENTS	
INTRODUCTION.....	4
1. CONTEXTE D'EMERGENCE.....	5
1.1 Evolution des réformes hospitalières.....	5
1.2 Evolution sociétale	5
1.3 Constat personnel	5
2. CADRE DE REFERENCE.....	8
2.1 La mobilité	8
2.1.1 Définition.....	8
2.1.2 Les types de mobilité	8
2.1.3 Les enjeux de la mobilité	9
2.1.4 Les freins	9
2.1.5 Les leviers.....	10
2.2 Le pouvoir d'influence	11
2.2.1 Définition du pouvoir.....	11
2.2.2 Les types de pouvoir	11
2.2.3 Les sources du pouvoir.....	12
2.2.4 Les limites du pouvoir	13
2.2.5 Définition de l'influence.....	13
2.2.6 Les tactiques d'influence	13
2.3 Le Leadership	15
2.3.1 Définition	15
2.3.2 Les caractéristiques du leadership	15
2.3.3 Les différentes théories.....	15
2.4 Le cadre de santé	21
2.4.1 De surveillante à manager	21
2.4.2 Les rôles du cadre de santé	21
2.4.3 Les compétences du cadre de santé.....	22
3. LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	24
3.1 Choix de l'outil d'enquête	24
3.2 Choix de la population	24
3.3 La construction de l'entretien.....	24
3.4 Les modalités de réalisation des entretiens	24
3.5 Les limites	25
3.6 Dépouillement des entretiens.....	25

4. L'ENQUÊTE EXPLORATOIRE	26
4.1 Typologie des professionnels interviewés.....	26
4.1.1 Typologie des cadres de santé.....	26
4.1.2 Typologie des infirmières	26
4.2 Analyse et interprétation des résultats	27
4.2.1 Question 1	27
4.2.2 Question 2	28
4.2.3 Question 3	29
4.2.4 Question 3 bis.....	30
4.2.5 Question 4	31
4.2.6 Question 4 bis.....	32
4.2.7 Question 5	33
4.2.8 Question 6	34
4.2.9 Question 7	35
4.2.10 Question 8	36
5. Synthèse de l'analyse	38
CONCLUSION	40
BIBLIOGRAPHIE	41
TABLE DES ANNEXES	

ABREVIATIONS

CAFIS : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmière Surveillante

CAFIM : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmière Monitrice

CCI : Certificat de Cadre Infirmier

DCS : Direction de la Coordination des Soins

DE : Diplôme d'Etat

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HPST : Hôpital Patients Santé Territoires

MOG : Médecine à Orientation Gériatrique

NMP : New Management Public

SICS : Service Infirmier de Compensation et de Suppléance

SSR : Service de Soins et de Réadaptation

USIC : Unité de Soins Intensifs de Cardiologie

USLD : Unité de Soins Longue Durée

REMERCIEMENTS

Ce projet est à la fois un projet personnel et familial. En effet, sans le soutien sans faille de ma famille rien n'aurait été possible.

En premier lieu, je tiens à remercier mon mari pour m'avoir encouragée à réaliser cette formation, de m'avoir soutenue, d'avoir cru en moi et d'avoir géré pendant ces dix mois l'intendance.

Je remercie également mes filles adorées, Inès et Enola, qui ont fait preuve de maturité et de courage tout au long de cette année où je n'ai pas pu être à leurs côtés quotidiennement.

Je tiens à remercier vivement mes parents et plus particulièrement ma maman qui malgré la maladie, a toujours été présente afin de nous faciliter le quotidien.

Je souhaite également remercier ma Directrice de mémoire, Mme Portal Muriel pour m'avoir guidée et accompagnée dans ce travail de recherche ainsi que ma formatrice Mme Guibert Véronique pour avoir fait preuve d'écoute, de bienveillance et de disponibilité lors des séances de guidance collective.

Je pense aussi à mes collègues de promotion, avec qui j'ai partagé ces 10 mois de formation. A celles, qui ont été là dans les moments de doute, de remise en question, de fatigue et de rigolades.

Merci à l'ensemble des personnes qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail de recherche.

INTRODUCTION

Ce travail de recherche s'inscrit dans le cadre du diplôme de Cadre de Santé et il est issu d'une réflexion professionnelle.

Le choix de mon thème s'appuie à la fois sur mon parcours et mon expérience professionnelle en tant qu'infirmière en soins généraux et en tant que faisant fonction cadre de santé dans un service d'accueil des urgences.

J'ai choisi d'aborder dans ce travail de recherche le thème de la mobilité. Direz-vous peut-être que la mobilité n'est pas nouvelle ? En effet, la mobilité interne a toujours existé afin de répondre au principe de continuité des soins. Mais depuis quelques années, l'Hôpital public a connu de nombreuses réformes hospitalières visant à moderniser l'offre de soins, et à rendre l'hôpital efficient à travers une maîtrise des coûts et une meilleure optimisation de la gestion des ressources humaines.

Aujourd'hui, l'Hôpital public est soumis aux mêmes contraintes socio-économiques que les entreprises et a vu apparaître dans ses organisations le New Management Public (NMP) qui est « *une nouvelle forme de gestion publique basée entre autres sur une culture du résultat et l'emprunt de pratiques et d'outils issus du privé* » [2].

Afin de répondre à ses contraintes et de faire face à l'absentéisme qui est de plus en plus marqué, l'hôpital utilise la mobilité comme un outil stratégique de management.

Cependant, cette mobilité n'est pas toujours comprise et acceptée par les collaborateurs. Elle est alors subie et devient une source de contrainte.

Mon travail de recherche, va se décliner en trois parties.

En premier lieu, je décrirai le contexte d'émergence de mon sujet à travers une évolution des réformes hospitalières, sociétales et de mon constat professionnel.

Deuxièmement, j'exposerai dans le cadre de référence de mon mémoire les différentes recherches théoriques réalisées autour des concepts abordés dans ma question de départ.

La troisième partie sera consacrée, à l'enquête de terrain que j'ai menée, avec notamment les choix méthodologiques opérés ainsi que l'analyse des différents entretiens réalisés auprès des cadres de santé et des professionnels infirmiers.

Pour conclure, je répondrai à ma question de recherche puis j'évoquerai les apports et les limites de ce travail de recherche.

1. CONTEXTE D'EMERGENCE

1.1 Evolution des réformes hospitalières

Face à l'évolution constante de l'environnement, aux différentes pressions sociales et économiques, l'hôpital a dû adapter son organisation au travers de nombreuses réformes.

Celles-ci ont concerné entre autres, le rôle de l'hôpital, l'organisation interne, le financement, l'accès aux soins, le droit des usagers...

Le Plan Hôpital 2007 (ordonnance du 2 Mai 2005), a tout particulièrement marqué le début du décloisonnement des organisations à travers la création des pôles d'activités. L'enjeu de ce plan était d'augmenter l'efficacité en diminuant les dépenses et en repensant l'organisation avec la mutualisation des moyens humains et matériels. Cette réforme a donc induit entre autres, une nouvelle gestion des ressources humaines à travers la mise en place d'une politique de mobilité des soignants.

Par la suite, la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) du 21 Juillet 2009 est venue conforter cette nouvelle organisation polaire.

1.2 Evolution sociétale

Dans les années 70, les infirmières étaient sédentaires et spécialisées dans leur domaine de compétences. Aujourd'hui, pour répondre à un besoin d'efficacité, pour faire face aux nombreux départs en personnel soignant et à l'augmentation de l'absentéisme, les hôpitaux utilisent la mobilité comme outil de management au sein de leur organisation.

Toutefois cette mobilité, n'est pas toujours choisie par le collaborateur et peut être source d'inquiétude, de peur.

1.3 Constat personnel

Au cours de mon expérience professionnelle, j'ai été confrontée à la mobilité interne subie. Tout d'abord en tant qu'infirmière puis en tant que faisant fonction cadre de santé.

Infirmière de jour en Unité de Soins Longue durée depuis 6 ans, je me suis vue mobilisée par ma cadre supérieure de santé pour aller faire un remplacement inopiné suite à un absentéisme en Médecine Gériatrique.

Rapidement, les premières difficultés sont apparues. La première a été en lien avec l'informatisation du service. En effet, mon service d'origine n'était pas encore informatisé donc je n'avais pas de code d'accès et je n'avais aucune connaissance du logiciel. La deuxième difficulté à laquelle j'ai dû faire face, a été l'absence de connaissance de l'organisation du service ainsi que la localisation du matériel...

Lors de ce remplacement, j'ai ressenti un sentiment de solitude, d'insécurité tant pour moi que pour le patient et une déstabilisation « sortie de ma zone de confort ».

Puis, lors de mon exercice en tant que faisant fonction cadre de santé, j'ai pu constater que nous étions de plus en plus amenés à mobiliser les professionnels de santé au sein de leur pôle et parfois en dehors.

La crise sanitaire COVID a engendré me semble-t-il un accroissement de cette mobilité (augmentation de l'absentéisme, fermeture de certains services afin de pouvoir déplacer des professionnels de santé vers les secteurs sous tensions). Nous avons été amenés à mettre des professionnels contre leur gré dans des services comme la réanimation. Des infirmiers de bloc opératoire ou de soins intensifs de cardiologie, n'ont pour moi, pas les mêmes compétences qu'un infirmier de réanimation. Face à ces situations, j'ai parfois eu le sentiment d'aller à l'encontre de la qualité et de la sécurité des soins et que la priorité était de trouver une solution de remplacement ou de renfort sans tenir compte de la spécificité des activités du service. Les professionnels qui ont subi cette mobilité, ont ressenti de la colère, de la peur, un manque d'accompagnement et un manque de considération. Si je reprends leurs verbatims, ils se voient comme « des pions » que l'on déplace pour « boucher un trou » et verbalisent le fait que l'on va leur « faire perdre leur diplôme ».

Ces différentes situations rencontrées m'ont interpellée et m'ont amenée à me questionner sur cette pratique.

- Qu'est-ce que le concept de mobilité ?
- Existents-ils différents types de mobilité ?
- Quel est l'intérêt de la mobilité pour l'agent, l'institution ?
- La mobilité est-elle favorable à un développement des compétences ?
- La mobilité peut-elle avoir un impact sur les dépenses de l'hôpital, la gestion des ressources humaines ?
- Pourquoi certains professionnels sont réticents à cette mobilité ?
- Comment est vécue cette mobilité par les professionnels ?
- Quelles conséquences peut avoir la mobilité d'un professionnel réfractaire ?
- A-t-on le droit de mobiliser un professionnel contre son gré ?
- Comment accompagner les professionnels à tendre vers cette dynamique de mobilité ?
- Quel est le rapport du cadre à cette mobilité ?
- La mobilité peut-elle influencer la qualité et la sécurité des soins ?
- La mobilité amène-t-elle la polyvalence ou la polyvalence amène-t-elle la mobilité ?
- La responsabilité du cadre de santé peut-elle être engagée dans la mobilisation d'un professionnel qui ne serait pas compétent dans le service de remplacement ?
- Quels faits ont provoqué l'augmentation de la mobilité des professionnels ?
- La crise sanitaire COVID a-t-elle eu un impact sur la mobilité ?
- Quelle catégorie de soignant est la plus sollicitée ? (Jeunes ou au contraire anciennes dans le service) ?

Suite à mes questionnements et à mes premières lectures, en découle ma question de départ :

Comment le cadre peut-il influencer l'adhésion à la mobilité de ses collaborateurs ?

A travers le mot « collaborateur », il faut entendre les professionnels infirmiers. Effectivement, je souhaite cibler cette catégorie professionnelle car j'ai pu constater lors de mon exercice professionnel que les infirmiers étaient plus réticents à la mobilité que les autres catégories professionnelles. D'ailleurs, mes lectures sont venues confirmer mon constat.

De plus, je souhaite m'intéresser dans ce travail de recherche à la mobilité interne ponctuelle. En effet, ce type de mobilité est souvent mal vécue et mal perçue par les professionnels, entraînant ainsi des réticences. Du côté des cadres de santé, il s'agit du type de mobilité qui va être utilisé afin de palier à un absentéisme ou à une augmentation de la charge de travail au sein d'une unité...

2. CADRE DE REFERENCE

A travers cette première partie, je vais recenser les différentes données théoriques et empiriques autour des grands concepts présents dans ma question de départ. Je vais donc aborder ici le concept de la mobilité, du pouvoir d'influence, du leadership et dans un dernier temps celui du cadre de santé.

Commençons, tout d'abord par étudier la mobilité à travers ses définitions, les différents types de mobilité, les enjeux de la mobilité ainsi que les freins et les leviers.

2.1 La mobilité

Ce concept peut être analysé d'un point de vue de l'employeur ou de l'agent.

2.1.1 Définition

Selon le LAROUSSE, la mobilité peut être définie comme « *une propriété, un caractère de ce qui est susceptible de mouvement, de ce qui peut se mouvoir ou être mû, changer de place, de fonction* » [3]

La mobilité professionnelle est quant à elle caractérisée par le philosophe Alain Roger comme « *un changement d'entreprise ou d'établissement ou, dans un cadre plus restreint, comme une succession d'emplois ou un changement d'affectation dans une structure organisationnelle* ». [4]

Pour Catherine Hellemans, professeur en psychologie du travail, la mobilité professionnelle est « *une transition d'emploi interne ou externe, initiée par le travailleur ou imposée par l'organisation, est un concept central dans la gestion des ressources humaines. Influençant le devenir de carrière des travailleurs, elle est aussi devenue un enjeu stratégique pour les organisations* ». [5]

2.1.2 Les types de mobilité

A travers la littérature, nous pouvons constater qu'il existe plusieurs typologies de mobilité professionnelle et que celle-ci peut en revêtir plusieurs à la fois. Il faut tout d'abord différencier :

- **La mobilité interne** : Elle s'effectue au sein d'une même entreprise, établissement.
- **La mobilité externe** : Elle s'accompagne systématiquement d'un changement d'employeur contrairement à la mobilité interne.
- **La mobilité horizontale ou fonctionnelle** : Correspond à un changement de poste, sans évolution hiérarchique.
- **La mobilité verticale ou hiérarchique** : Se traduit par un changement de poste, entraînant cette fois une modification du statut du professionnel dans la hiérarchie. On parle ici de promotion.
- **La mobilité géographique** : Il s'agit là, d'un changement de lieu d'exercice professionnel. Il s'agit là de la mutation.
- **La mobilité subie** : La demande de changement émane de l'organisation. Dans ce cas, le salarié est contraint.

- **La mobilité choisie** : La demande de changement est à l'origine du salarié.
- **La mobilité de courte durée ou ponctuelle** : Elle correspond à un changement d'affectation temporaire allant de quelques heures à quelques jours à l'intérieur de l'organisation.
- **La mobilité de long terme ou définitive** : Consiste en une succession d'emploi à l'extérieur de l'organisation

2.1.3 Les enjeux de la mobilité

Les enjeux de la mobilité sont multiples et représentent un intérêt à la fois pour l'organisation institutionnelle et pour l'individu.

La mobilité interne va permettre à l'institution, de contribuer à l'efficience organisationnelle, en adaptant les ressources humaines aux besoins des unités. Claire Hollenstein, évoque une politique de « *Just Time* » c'est-à-dire « *la bonne personne au bon endroit et au bon moment* ». [6]

En effet la mobilité, permet de développer la polyvalence et la flexibilité des individus à travers l'acquisition de nouvelles aptitudes et compétences. Ces atouts, vont permettre à l'institution de s'adapter rapidement aux besoins des services (absentéisme, surcharge de travail ponctuelle, fermeture de lits...).

D'ailleurs, Mignonac énonce que la mobilité « *développe l'aptitude au changement, réduit les coûts d'adaptation et permet de préparer des solutions aux imprévus de l'avenir* » [4]

Pour le professionnel, la mobilité est à la fois la source d'un enrichissement personnel, professionnel et un moyen de progression. Effectivement, la mobilité est l'opportunité d'acquérir de nouveaux savoirs, de nouvelles techniques et de nouvelles compétences. De plus, elle va favoriser les échanges entre les équipes et va permettre d'appréhender d'autres modes de fonctionnement.

D'autre part, la mobilité est une source de renouveau, de dynamisme, de remise en question évitant ainsi le phénomène de lassitude.

Aussi Helen Burzlaff et Jean Pierre Le Padellec estime que la mobilité « *permet de nourrir sa réflexion personnelle et de développer son employabilité* ». Ils considèrent également la mobilité comme « *un outil qui va agir sur la motivation et la fidélisation des salariés* » [7]

2.1.4 Les freins

Même si certains professionnels reconnaissent la nécessité de faire appel à la mobilité interne pour répondre à un besoin spécifique tel que de l'absentéisme ou une surcharge ponctuelle de travail, ils restent cependant majoritairement réticents à cet outil managérial et ce d'autant plus si la mobilité leur est imposée et si la demande émane de leur cadre.

Ces propos peuvent être illustrés par ceux d'un cadre qui précise dans le livre « *Les cadres de santé à l'hôpital* » de Paule Bourret « *qu'il est plus facile de ne pas prêter le personnel car il faut ensuite annoncer à la personne concernée qu'elle devra aller travailler ailleurs, ce qui n'est jamais une situation appréciée par l'agent et par ses collègues* » [8].

Cette réticence qui provient principalement des infirmiers peut trouver sa source dans plusieurs explications.

Tout d'abord, il existe une contradiction entre les valeurs soignantes et les logiques gestionnaires. Le soignant, a alors l'impression d'être instrumentalisé, d'être utilisé comme un objet que l'on va déplacer au gré des besoins.

De plus, la mobilité va imposer au soignant de se confronter à un changement non pas dans ses fonctions mais dans son organisation de travail. Le sociologue, Philippe Bernoux affirme que « *le changement sous contrainte démobilise les acteurs* » [8].

La mobilité peut faire apparaître chez le soignant différents ressentis négatifs engendrant ainsi une résistance au changement.

La mobilité peut être source :

- **D'appréhension, de peur, de stress** : Vis-à-vis du changement, de la difficulté à être opérationnel au pied levé dans un autre service (peur de ne pas être compétent, de commettre des erreurs), de la confrontation aux regards des autres, à l'intégration dans le service (équipe para médicale et médicale).
- **D'insécurité** : A travers la perte des repères qui augmente le risque d'erreurs, un manque de connaissance des patients, des pathologies, des soins. En effet, les spécificités des services exigent des savoirs faire acquis avec l'expérience.
- **De remise en question** : Le changement va contraindre l'individu à sortir de sa « zone de confort », entraînant ainsi une perte du sentiment de maîtrise et de confiance en soi. En quittant son environnement sécurisé et sa position d'expert il devient vulnérable.
- **D'un manque de reconnaissance** : Les professionnels verbalisent le fait de ne pas être reconnus par leur encadrement. Alors, que la reconnaissance est le fondement de notre identité, un véritable levier de motivation et permet à l'individu de se sentir compétent. Selon Robert Diez, « *la reconnaissance au travail est un besoin fondamental pour le développement de l'estime de soi. C'est cette dernière qui nourrit la motivation* ». [9]
- **D'un sentiment d'abandon** : En effet, l'identité infirmière se nourrit à travers un sentiment d'appartenance à un service apportant ainsi la garantie d'une stabilité et d'une sécurité. D'ailleurs, selon Trader Leigh « *l'individu construit son identité et existe socialement à travers son travail, son appartenance à un monde (un service, un métier) et à une entreprise. Le changement peut donc provoquer une remise en cause profonde de l'identité de la personne en modifiant la nature de la relation qui la lie à l'organisation* ». [10]

2.1.5 Les leviers

A travers mes différentes lectures, il est reconnu que le manager a un rôle essentiel à jouer dans l'accompagnement de la mobilité. Il peut en effet manager la mobilité, dans le but de diminuer les contraintes et de favoriser l'adhésion des professionnels à ce concept.

Dans cet accompagnement, les clés essentielles sont la communication et la reconnaissance.

Le manager va en premier lieu, porter attention et prendre en considération son collaborateur en réalisant une demande soignée et anticipée, en étant à l'écoute de ses craintes, de ses ressentis, de son retour d'expérience de mobilité et en le remerciant.

Si la demande est anticipée, une visite du service peut être organisée en amont. Un temps de rencontre avec l'encadrement et l'équipe peut également être programmé afin de déterminer par exemple le secteur qui sera pris en charge lors du remplacement.

Le manager doit également être en capacité de reconnaître et prendre en compte les compétences afin de sécuriser les prises en charge et de susciter la motivation.

Du côté institutionnel, une politique de mobilité peut être instaurée avec l'élaboration d'une charte.

Après avoir étudié le concept de mobilité, je vais dans un deuxième temps aborder la notion de pouvoir et d'influence. Pour ce faire, je vais définir ces deux notions, évoquer les sources du pouvoir selon French et Raven ainsi que les limites. J'aborderai également les tactiques de l'influence proposées par Gary Yukl.

2.2 Le pouvoir d'influence

Henry Mintzberg, considère que le terme de pouvoir et d'influence ont la même signification. D'ailleurs, il utilise indifféremment les deux termes. Mais qu'en est-il réellement ?

2.2.1 Définition du pouvoir

D'après le Robert, le pouvoir est « la possibilité d'agir sur quelqu'un, quelque chose ». [11]

Selon Max Weber, le pouvoir est *« la probabilité qu'un acteur soit en mesure d'imposer sa volonté dans le cadre d'une relation sociale, malgré les résistances éventuelles et quel que soit le fondement sur lequel repose cette éventualité, en conséquence il s'exerce avec ou sans le consentement de ceux qui devront obéir »*. [12]

Robert Dahl définit le pouvoir comme une influence : *« A exerce un pouvoir sur B dans la mesure où il obtient de B une action que ce dernier n'aurait pas effectué autrement. Ici, le pouvoir implique une relation »* [12]

Dans cette définition, Robert Dahl assimile l'influence au pouvoir.

Nous pouvons constater que les définitions ci-dessus mettent en évidence le caractère relationnel et asymétrique du pouvoir entre plusieurs individus.

D'autre part, il est à noter que le pouvoir fait partie intégrante des compétences du manager et que dans une relation managériale, il va permettre aux collaborateurs d'accepter l'influence.

2.2.2 Les types de pouvoir

Dans la littérature, on retrouve principalement deux types de pouvoir.

- **Le pouvoir statutaire ou de position** lié à la fonction, au statut que l'organisation donnera au manager.

- **Le pouvoir personnel** n'est pas lié au pouvoir statutaire mais à la personne elle-même. Ce pouvoir sera reconnu, légitimé par les collaborateurs.

Cependant, j'ai pu constater à travers mes lectures qu'un troisième type de pouvoir était évoqué, **le pouvoir organisationnel**. Ce pouvoir repose sur la gestion de la zone d'incertitude décrite par M. Crozier au sein des organisations. Il fait appel à des compétences acquises par l'expérience et utilise des informations non officielles.

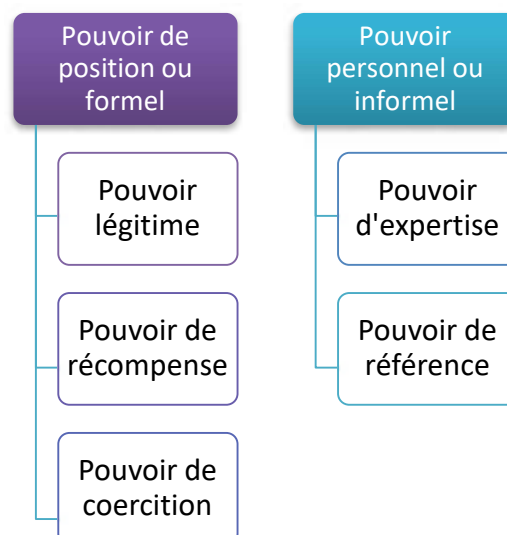
2.2.3 Les sources du pouvoir

Les psychologues French et Raven, ont identifiés 5 sources initiales de pouvoir dans lesquelles le manager va pouvoir puiser des moyens afin de les utiliser pour influencer, obtenir de l'autre son adhésion et son obéissance.

A noter :

- **Le pouvoir légitime**, s'appuie sur le statut de la personne au sein d'une organisation. Ce pouvoir est instable car il peut être voué à changer. Cela engendrera la disparition de la légitimité du pouvoir.
- **Le pouvoir de récompense**, qui repose sur la capacité que peut avoir un manager à évaluer positivement et/ou à récompenser un professionnel à travers une augmentation, une prime ou une promotion.
- **Le pouvoir coercitif** s'appuie sur la capacité que peut avoir un manager à punir. Pour ce faire, il va utiliser des menaces ou appliquer des sanctions.
- **Le pouvoir d'expertise** va reposer sur l'information, les connaissances et les compétences. Ce pouvoir va permettre au manager de gagner la confiance de ses collaborateurs, d'être reconnu et écouté.
- **Le pouvoir de référence**, découle des qualités personnelles et du charisme de l'individu. Ce pouvoir permet d'obtenir l'estime, l'admiration et le respect de ses collaborateurs.

Toutes ces différentes sources de pouvoir peuvent être réparties dans les deux catégories de pouvoir citées plus haut (cf. schéma ci-dessous).



2.2.4 Les limites du pouvoir

Selon plusieurs sociologues « *là où il y a pouvoir, il y a résistance et contre-pouvoir* » [13]. En effet, le fait d'imposer une décision peut être source de résistance au changement et faire l'objet de conflits entre le manager et ses collaborateurs. Dans ce cas-là, ceux-ci peuvent chercher à exercer leur propre pouvoir afin de défendre leur intérêt. Pour ce faire, ils peuvent faire appel aux partenaires sociaux, se mettre en grève, se mettre en arrêt de travail dans le but d'essayer de contrer la décision prise par le manager.

Par ailleurs, la manière dont le pouvoir va être utilisé par le manager peut être nocive. Par exemple, une utilisation excessive ou à des fins personnelles va aboutir à un abus de pouvoir pouvant engendrer « *démotivation, freinage et contre-performance* » [14] chez les collaborateurs.

A contrario, un manque de pouvoir entraîne une perte de confiance des collaborateurs en leur manager. Tout réside donc dans l'équilibre des pouvoirs.

2.2.5 Définition de l'influence

D'après le Robert, l'influence est « *une action volontaire ou non exercée sur quelqu'un* » [11]

Selon Terry R. Bacon, l'influence est « *l'art d'amener les autres à vous suivre : croire quelque chose que vous voulez qu'ils croient, penser d'une manière que vous voulez qu'ils pensent, ou faire quelque chose que vous voulez qu'ils fassent* » [1]

L'influence est reconnue, non pas par des règles (pouvoirs formels), mais par le pouvoir personnel de la personne qui l'exerce.

Le terme d'influence étant souvent assimilé à celui de la manipulation, je pense qu'il est également important de le définir dans le but de différencier les deux.

Selon le Larousse, la manipulation est « *une action d'orienter la conduite de quelqu'un, d'un groupe dans le sens qu'on désire et sans qu'ils s'en rendent compte* » [3].

Nous pouvons constater que ces deux termes sont très proches l'un de l'autre. Ce sont donc les intentions que la personne va y mettre derrière qui va permettre de les différencier. Dans le cadre de l'influence, le manager est transparent, et une relation de confiance est établie tandis que dans la manipulation, le manager instaure un rapport de soumission afin de ne pas laisser le choix à son collaborateur. Contrairement à l'influence, la manipulation a une connotation négative. Celle-ci peut être considérée comme une dérive de l'influence.

2.2.6 Les tactiques d'influence

Afin de favoriser l'adhésion de ses collaborateurs à un projet, à un changement ou à une décision impopulaire le manager va pouvoir faire appel à des tactiques d'influence.

D'ailleurs, Gary Yukl, chercheur américain et spécialiste dans le domaine du leadership a répertorié 11 tactiques (cf. tableau ci-dessous), classées en trois formes différentes : « *douces* », « *dures* », « *ni douce, ni dure* ». [15].

Le choix de la tactique employée rentre dans une démarche de « *donnant-donnant* ».

Tactique	Définition et exemple
Appel à la raison (ni douce, ni dure)	Utiliser l'argumentation logique, basée sur des faits et des données pour démontrer la faisabilité ou la pertinence de l'objectif poursuivi. Ex : analyse coûts/bénéfices, balisage, documenter un problème.
Appel aux émotions (douce)	Obtenir l'engagement, en associant l'objectif aux besoins, valeurs et espoirs de la personne visée. Ex : lier l'objectif à la justice, à la recherche de l'excellence, la primauté du client.
Appel à la consultation (douce)	Solliciter l'opinion et les suggestions de la personne visée afin de susciter son engagement envers l'objectif poursuivi. Ex : Demander d'améliorer le plan d'action afin de préparer le terrain pour lui faire endosser l'objectif.
Appel à la légitimité (douce)	S'appuyer sur son pouvoir d'expertise ou son droit de réaliser l'objectif poursuivi. Ex : faire référence à ses responsabilités, son expertise en RH, des précédents, des règles.
Appels aux bénéfices personnels (douce)	Expliquer en quoi la réalisation de l'objectif poursuivi peut affecter positivement la personne quant à sa carrière, réputation ou performance. Ex : lier l'objectif poursuivi aux objectifs personnels de cette personne, lui démontrer les avantages pour elle.
Appel à la confiance mutuelle (douce)	Faire référence à l'amitié ou à la loyauté pour solliciter son engagement dans la réalisation de l'objectif poursuivi. Ex : demander une faveur, invoquer les liens personnels qui vous lient.
Usage de coalition (dure)	Solliciter l'appui de gens influent auprès de la personne visée afin de susciter son engagement envers l'objectif poursuivi. Ex : faire intervenir le patron de la personne visée ou un collègue respecté en faveur de votre position.
Usage de pression (dure)	Mettre une pression constante sur la personne visée afin de l'amener à s'engager envers l'objectif poursuivi. Ex : Faire des demandes répétitives, des rappels, des avertissements ou même des menaces.
Usage d'impression positive (dure)	Adopter des comportements positifs visant à vous faire apprécier par la personne visée. Ex : la complimenter, la considérer en ami, lui rendre service, s'aligner sur ses positions.
Usage de collaboration (douce)	Offrir à la personne visée votre aide ou certaines ressources si elle s'engage envers l'objectif poursuivi. Ex : réduire les inconvénients, faciliter une tâche à la poursuite de l'objectif, la soutenir dans une démarche.
Usage de négociation (dure)	Offrir de façon explicite ou implicite de procurer à la personne visée ce qu'elle désire en contrepartie de son engagement envers l'objectif poursuivi. Ex : permettre le retour de l'ascenseur, intercéder quelqu'un pour elle, lui garantir certains bénéfices personnels.

L'étude du pouvoir et de l'influence nous amène indéniablement vers le leadership. En effet, selon Terry R.Bacon « Sans pouvoir, il n'y a pas d'influence ni de leadership ». Ces 3 notions sont donc indissociables les unes des autres.

2.3 Le Leadership

2.3.1 Définition

Wikipédia définit le leadership comme « *l'influence politique, psychologique, sociale, etc... d'un individu sur un groupe d'individus ou d'un groupe d'individus sur un autre groupe. Le leader a des compétences personnelles qui lui confèrent une différence et qui lui permettent d'être écouté et suivi par un groupe de personnes* » [16].

Pour Hersey et Blanchard le leadership est « *un processus par lequel une personne influence les activités d'une personne ou d'un groupe et oriente leurs efforts vers la réalisation d'un objectif dans une situation donnée* ». [17].

Selon, Antonin Gaunand, spécialiste du leadership et du travail en équipe, il s'agit de « *la capacité d'une personne à influencer un groupe, pour atteindre un but commun, dans une relation de confiance mutuelle et pour une durée limitée* ». [18]

Dans le cadre du leadership, « *l'influence exercée par le leader est acceptée délibérément, voire recherchée avec enthousiasme par celui sur lequel elle s'exerce* ». [19]

2.3.2 Les caractéristiques du leadership

Le leadership s'appuie sur le pouvoir personnel du manager, c'est-à-dire à la fois sur son pouvoir d'expertise et sur son pouvoir de référence afin de susciter l'adhésion de ses collaborateurs.

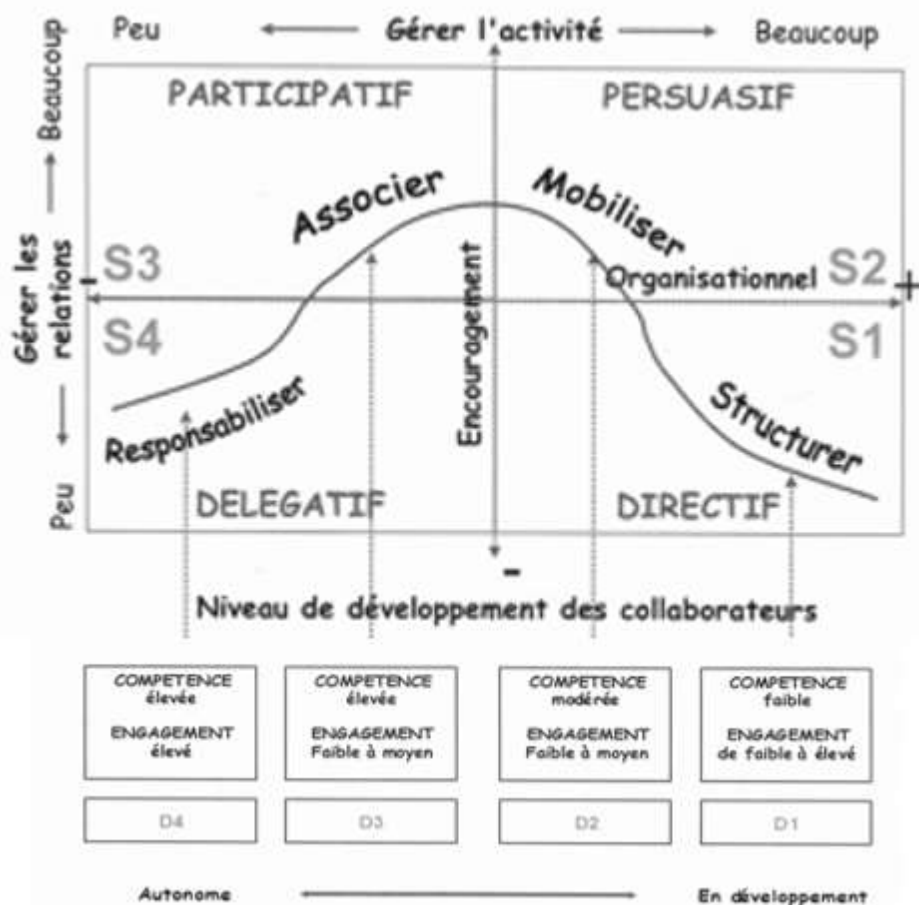
Le manager efficace doit :

- Être exemplaire,
- Communiquer efficacement en mettant le collaborateur au cœur de la relation,
- Se positionner avec assertivité,
- Donner du sens aux directives,
- Partager une vision à long terme avec les membres de son équipe,
- Avoir un haut niveau de respect des exigences,
- Défendre et valoriser ses équipes,
- Motiver ses collaborateurs.

2.3.3 Les différentes théories

Hersey et Blanchard ont élaboré la **théorie du management situationnel** considérant ainsi « qu'il n'existe pas de bon style de leadership ». Le manager doit donc adopter le style de management le plus adapté en fonction de la situation et de l'individu.

Quatre styles de leadership ont été identifiés par Hersey et Blanchard (cf. ci-dessous). Ceux-ci reposent sur le niveau de maturité et de motivation des collaborateurs.



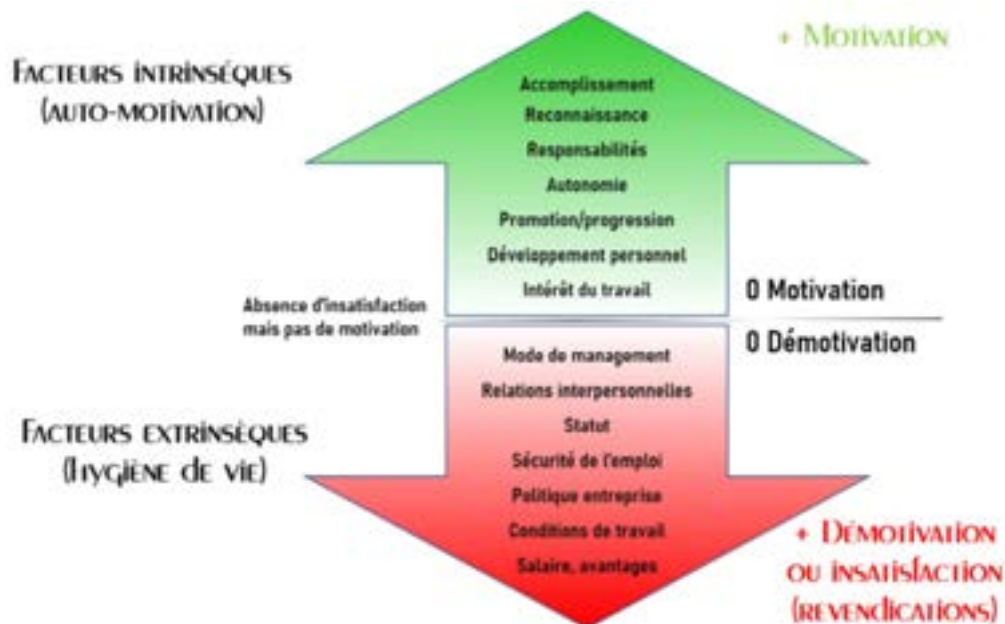
Le niveau de développement des collaborateurs se caractérise par l'association de deux facteurs : **l'engagement et la compétence**.

L'engagement correspond à la confiance en soi et à la motivation du collaborateur. Cette dernière peut être définie comme « *un processus qui active, oriente, dynamise et maintient le comportement des individus vers la réalisation d'objectifs attendus* » [20] Cécile Dejoux.

Abraham Maslow a élaboré une théorie de la motivation à partir des besoins de l'individu. Ceux-ci ont été hiérarchisés par ordre d'importance dans la pyramide de Maslow (cf. ci-dessous). Selon lui, il faut obligatoirement satisfaire le besoin inférieur avant d'atteindre le suivant et plus les besoins élevés sont satisfaits, plus la motivation est importante.



De son côté Herzberg, distingue deux catégories de besoins : les besoins extrinsèques dits « hygiène de vie » liés à l'environnement et les besoins intrinsèques dits « auto-motivation » liés au travail (cf. ci-dessous). Par ailleurs il estime que la satisfaction provient à 80 % du travail lui-même et que l'insatisfaction provient à 80 % des facteurs liés à l'environnement. Donc, seuls les besoins intrinsèques constitueraient une source de motivation.

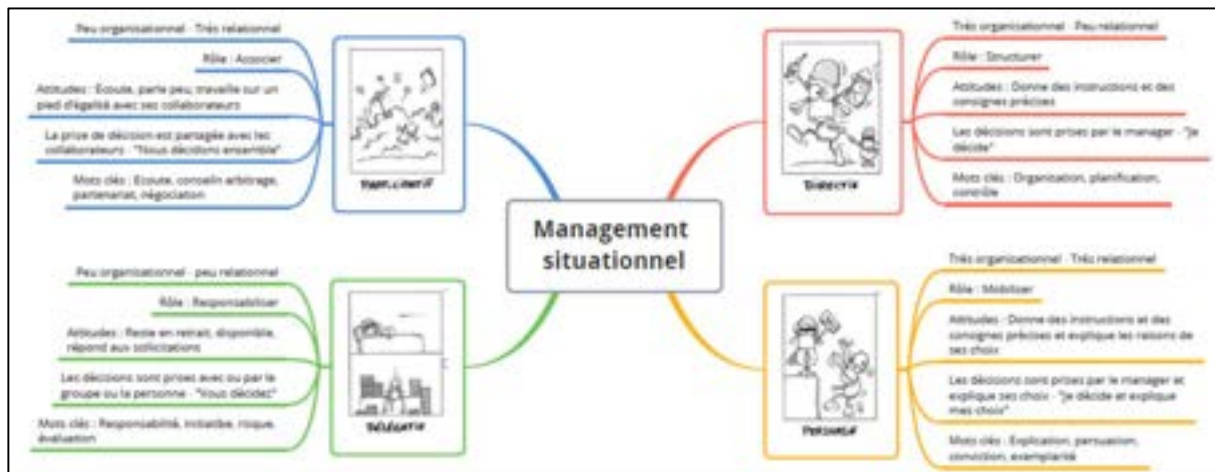


La compétence, résulte quant à elle d'un savoir. Selon Guy le Boterf, « la compétence est la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs, dans une situation et un contexte donnés » [21].

De leur côté, Stuart et Hubert Dreyfus identifie 5 stades successifs dans l'acquisition des compétences.

- **Le novice** : il a peu ou pas d'expérience dans le domaine auquel il va être confronté. Il applique les connaissances théoriques apprises en formation sans les adapter à la situation et à l'environnement. Il a besoin d'être supervisé.
- **Le débutant avancé** : il a déjà été confronté à la situation mais n'a pas encore une vision globale de la situation et il a besoin d'aide pour établir les priorités.
- **Le compétant** : il est en capacité d'analyser une situation et d'établir des priorités. Toutefois, il n'a pas encore la rapidité et la souplesse de l'efficace.
- **L'efficace** : Il a une vue d'ensemble de la situation et la théorie cède progressivement sa place à l'intuition.
- **L'expert** : il fait preuve d'intuition et sait s'adapter à chacune des situations rencontrées.

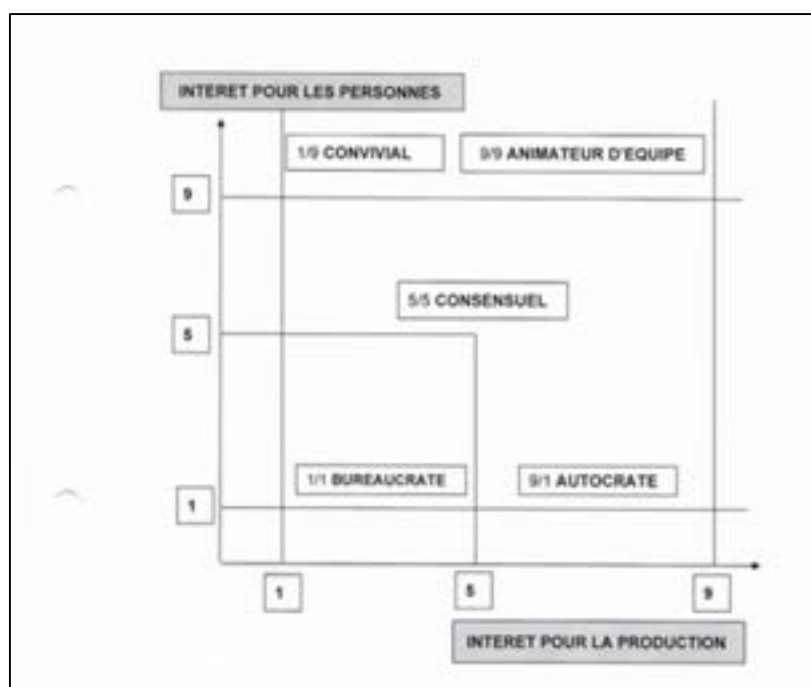
A travers la carte mentale ci-dessous, vous trouverez les caractéristiques telles que : le comportement, le rôle, les attitudes, les prises de décisions et les mots clés pour chaque style de management.



A noter que le leadership situationnel s'appuie sur quatre lois :

- L'objectif du manager est de développer l'autonomie des personnes dont il a la responsabilité.
- Le manager doit être capable d'adapter son style managérial à la situation.
- Le manager évalue en permanence l'autonomie des membres de son équipe.
- Le manager met en place les conditions propices au développement de l'autonomie.

De leur côté **Blake et Mouton** ont défini cinq styles de management qui reposent à la fois sur la préoccupation pour le travail à accomplir et sur l'intérêt pour les personnes qui le réalisent. Pour ce faire, ils ont élaboré une grille managériale (cf. ci-dessous) articulée autour de 2 axes et permettant de cartographier les différents modèles comportementaux.



Pour mieux comprendre les styles proposés par Blake et Mouton, il est nécessaire d'étudier leurs caractéristiques au travers de leurs points positifs et de leurs points à améliorer (cf. ci-dessous).

Bureaucratique "Être présent tout en étant absent"	• N'impose rien et veille à l'exécution minimale du travail • Points positifs : Bon relais de transmission, stable, neutre, courtois, gestionnaire • Points à améliorer : Souvent "hors du coup", prend peu d'initiative dans l'organisation et les relations
Convivial "Soyons heureux tous ensemble"	• S'intéresse aux personnes et recherche une bonne ambiance dans un climat de confiance • Points positifs : Délègue, fait confiance, bon relationnel, fait des compliments, crée un esprit de famille • Points à améliorer : Evite les conflits, souhaite que tout s'arrange, a du mal à dire ce qui ne va pas, est influençable
Autocrate "Seul le résultat compte"	• Impose une organisation par la réalisation du travail sans se soucier des personnes • Points positifs : A le sens de la décision, de l'organisation, est clair, rigoureux et déterminé • Points à améliorer : Est un bourreau, de travail, est exigeant, directif, a peu confiance en les autres
Consensuel "Votre avis m'intéresse"	• Recherche équilibre entre les obligations de production et le bien être • Points positifs : Fait preuve de diplomatie, sait négocier, est méthodique, sait s'adapter • Points à améliorer : Est plutôt lent dans la prise de décision, peut être opportuniste, peut être perçu comme manipulateur
Animateur d'équipe "Construisons ensemble"	• Les personnes sont liées par la réalisation d'un but commun dans un climat de respect • Points positifs : Joue le rôle de locomotive, sait faire participer, sait faire adhérer, délègue facilement, a la volonté de faire évoluer • Points à améliorer : Est exigeant et dans le respect de l'autre, demande une contribution permanente nécessaire et reconnue, peut faire vivre l'équipe sous une certaine pression

Il appartient au manager de savoir quel style adopter en fonction de sa personnalité et du contexte (nature, ancienneté de l'équipe, type d'activité).

Enfin le manager **Ned Hermann**, a conçu un outil autour des préférences cérébrales.



En effet, il a mis en évidence que nous étions en capacité d'aborder les situations et de traiter les informations selon 4 approches : analytique, concrète, relationnelle et imaginative.

Cet outil (cf. ci-dessous) va permettre au manager d'orienter son discours vers ce qui semble important pour son collaborateur et ainsi obtenir son adhésion.



Le cadre de santé étant un acteur incontournable, cette dernière partie de mon cadre conceptuel lui sera donc consacrée. Pour cela, j'aborderai l'origine du métier, les 10 rôles détenus par le cadre selon H.Mintzberg ainsi que les huit compétences issues du référentiel.

2.4 Le cadre de santé

Le cadre de santé est un « *professionnel paramédical chargé de missions d'encadrement et/ou de formation d'autres professionnels de santé exerçant dans le secteur public ou privé* ». [22]

2.4.1 De surveillante à manager

Fin du XIX^{ème} et début du XX^{ème} siècle, les surveillantes religieuses ont une fonction d'encadrement, qui consiste à contrôler le travail, à assurer l'intendance, à surveiller le personnel et à s'assurer du respect des règles. Puis, suite à la laïcisation de l'hôpital, apparaît les surveillantes laïques.

En 1943, un décret officialise la fonction de surveillante, mais elles peuvent continuer d'exercer sans diplôme, ni certificat.

A partir des années 1950, l'hôpital connaît une grande transformation. Les cursus de formation et l'obtention de diplômes deviennent obligatoires pour les professions paramédicales. C'est donc en 1951, que la première école des cadres a été créée par la Croix Rouge Française.

En 1958, le décret du 14 novembre à créer deux certificats d'aptitudes. Un, aux fonctions d'infirmière surveillante (CAFIS) et un, aux fonctions d'infirmière monitrice (CAFIM) chargée d'enseignement dans les écoles. Ce certificat est délivré à l'issu d'une formation de 8 mois.

En 1975, le terme cadre infirmier apparaît suite à la parution du décret du 09 Octobre relatif au certificat de cadre infirmier (CCI) mais le diplôme n'est toujours pas obligatoire pour exercer le métier.

Il faut attendre 1995, pour la création du diplôme de cadre de santé. Celui-ci est issu d'un nouveau programme de formation dans lequel sont intégrés des nouveaux savoirs tels que la gestion des ressources humaines, la gestion de l'économie, la qualité... Dorénavant, l'encadrement est associé à la gestion de service.

Aujourd'hui le terme de cadre de santé tend à disparaître pour être remplacé par celui de manager.

Selon Dominique Combarous, « *Le cadre de demain devra être co-auteur des transformations de l'hôpital. Il devra être un pilote ouvert et souple aux fortes compétences relationnelles. Fédérer son équipe autour d'une vision et s'appuyer sur une base personnelle de courage et d'équilibre. Les cadres doivent devenir experts du management au-delà de l'expertise métier* ». [23]

Nous pouvons donc constater que la dénomination, le rôle et les compétences attendu du cadre ont évolués au fil des années pour s'adapter aux nouvelles organisations hospitalières.

2.4.2 Les rôles du cadre de santé

Dans le livre le Manager au Quotidien, le cadre est défini comme « *la personne qui a la responsabilité d'une unité de l'organisation* » [24]

A travers l'observation du travail de plusieurs directeurs généraux, Henri Mintzberg a pu mettre en exergue 10 rôles qui vont être communs à l'ensemble des cadres.

Ces rôles peuvent être répartis en trois catégories : les rôles interpersonnels, les rôles liés à l'information et les rôles décisionnels.

- **Les rôles interpersonnels** sont liés au statut et à l'autorité qui en découlent. Le cadre est **un symbole** tant au sein de l'organisation qu'à l'extérieure de celle-ci. Il représente son équipe, son service, son

établissement ainsi que le pouvoir. Il agit également comme **un leader**, en donnant la direction, en conseillant, en fixant des objectifs et en impulsant la motivation au sein de son organisation. Le cadre est également **un agent de liaison**, grâce aux nombreuses relations d'échanges qu'il va mettre en place tant au sein de l'organisation qu'avec l'extérieur. Il est en quête permanente d'informations. Ce rôle, lui permet également de faire le lien entre l'organisation et l'environnement.

- **Les rôles liés à l'information** : le cadre par son statut « *occupe clairement la position centrale dans la circulation de certains types d'informations dans l'organisation* » [24]. Tout d'abord, il a un rôle **d'observateur actif** qui lui permet d'être en quête d'informations permanentes sur l'organisation et l'environnement. Cependant, il doit faire face à un flux d'informations important et être en capacité de les trier. La transmission des informations pertinentes que ce soit à l'extérieur de l'organisation ou à l'intérieur va se faire au travers le rôle **de porte-parole** et **de diffuseur** du cadre.
- **Les rôles décisionnels** sont au nombre de quatre. Il s'agit ici de la partie la plus importante dans le travail d'un cadre. Son rôle **d'entrepreneur** va lui permettre de prendre des initiatives en mettant en place des projets d'amélioration. Son implication au sein du projet peut être de plusieurs niveaux tels que : la délégation, l'autorisation et la supervision. En tant que **régulateur**, le cadre se verra intervenir sur des perturbations qui sont hors de son contrôle (grèves, conflits, baisse de motivation...). Pour ce faire, le cadre réalisera soit des ajustements, soit des changements. Troisième rôle décisionnel, celui **de répartiteur de ressources**. Il sera responsable de la répartition des ressources financières, matériels, humaines... et de l'organisation de travail. Et enfin, le cadre va être amené dans l'exercice de ses fonctions à avoir un rôle de **négociateur**.

2.4.3 Les compétences du cadre de santé

En 2012, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a travaillé sur un référentiel d'activités et un référentiel de compétences dans le cadre de la réingénierie du diplôme de cadre de santé. Celui-ci précise que « *les cadres de santé jouent un rôle essentiel pour répondre aux enjeux auxquels sont confrontés les établissements de santé et les instituts de formations en santé, dans un contexte de complexité croissante, caractérisé notamment par des exigences accrues de qualité et de sécurité des soins, l'évolution de la demande des patients, la recherche de l'efficience et l'évolution des organisations internes, la nécessité de coordonner des parcours patients, l'attente des équipes en termes de management et l'évolution des formations et des diplômes* » [25].

Ici, nous nous intéresserons au référentiel de compétences dédié aux responsables de secteur d'activités de soins.

Celui-ci regroupe les huit compétences nécessaires au cadre de santé pour exercer sa fonction.

- **Compétence 1** : Prévoir les activités et les moyens nécessaires pour un secteur d'activités de soin.

- **Compétence 2 :** Organiser et coordonner les activités du secteur d'activités de soin.
- **Compétence 3 :** Manager des équipes pluri professionnelles dans un secteur d'activités de soins.
- **Compétence 4 :** Manager les compétences individuelles et collectives d'une équipe pluri professionnelle.
- **Compétence 5 :** Contrôler et évaluer les activités.
- **Compétence 6 :** Conduire une démarche qualité et de gestion des risques.
- **Compétence 7 :** Conduire un projet, des travaux d'étude et de recherche.
- **Compétence 8 :** Communiquer, transmettre les informations et rendre compte.

Le recours à la mobilité des collaborateurs correspond à l'une des activités du cadre de santé qui est de gérer au quotidien les ressources humaines en s'adaptant à l'absentéisme, aux aléas et à l'activité du service.

Cette activité, va amener le cadre de santé à mobiliser à la fois la compétence 2, 3 et 4 du référentiel de compétences.

Les nombreuses recherches théoriques effectuées lors de la réalisation de mon cadre de référence me conduisent à affiner mon questionnement initial en proposant une question de recherche :

En quoi le pouvoir d'influence du cadre de santé peut-il favoriser l'adhésion de ses collaborateurs au concept de mobilité ?

Après avoir exposé dans mon cadre de référence, l'ensemble des concepts interrogés dans ma question de départ, il me semble maintenant important d'aller mener une enquête sur le terrain afin de confronter les données théoriques récoltées à la réalité du terrain.

3. LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

3.1 Choix de l'outil d'enquête

Pour mon enquête exploratoire, j'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs. Tout d'abord, cette méthode va me permettre de privilégier le côté qualitatif plutôt que le côté quantitatif des données afin de réaliser une analyse détaillée.

Deuxièmement, cet outil favorise les échanges en laissant l'interviewé s'exprimer en toute liberté, garantit la spontanéité, permet de recueillir les verbatims ainsi que l'observation du non verbal.

L'entretien semi-directif me laisse également la possibilité de reformuler les propos, de relancer les échanges ou de recentrer l'entretien sur l'objectif fixé.

3.2 Choix de la population

Il m'a semblé intéressant d'aller recueillir à la fois le ressenti des cadres de santé et des professionnels infirmiers afin de voir si les résultats obtenus corroboraient.

J'ai donc décidé d'interroger trois cadres de santé et 3 infirmiers afin d'avoir une répartition équitable entre les deux catégories socio-professionnelles.

De plus, j'ai souhaité dans la mesure du possible interviewer un (e) cadre de santé et un (e) infirmier (e) d'un même service afin de confronter le discours du manager au ressenti du professionnel. En pratique, j'en'ai pu réaliser cet entretien croisé que dans deux cas sur trois.

3.3 La construction de l'entretien

En premier lieu, j'ai élaboré une grille d'entretien pour les cadres de santé et une pour les professionnels infirmiers (cf. annexe 1 et 2) Les huit questions qui composent les questionnaires sont étroitement liées afin de pouvoir croiser les données récoltées, d'obtenir des éléments de comparaison et de les analyser.

Après obtention de la validation de mes grilles d'entretien auprès de ma directrice de mémoire, j'ai pris contact par mail (cf. annexe 3) avec la Direction de la Coordination des Soins (DCS) de trois établissements de santé publics afin d'obtenir leur autorisation pour réaliser mes entretiens. Seuls 2 établissements ont répondu favorablement à ma demande.

3.4 Les modalités de réalisation des entretiens

Après autorisation de la Direction de la Coordination des Soins, j'ai pris contact par téléphone avec les cadres de santé qui m'avaient été recommandés par la DCS afin de présenter ma démarche et de fixer un rendez-vous.

Lors de chacun de mes entretiens, j'ai commencé par me présenter, donner le thème général de mon travail de recherche puis j'ai demandé l'autorisation au professionnel interviewé d'enregistrer l'échange afin de faciliter la retranscription et j'ai également garanti que les règles d'anonymat seraient respectées.

Mes entretiens se sont donc déroulés dans 2 établissements de santé différents, entre le 12 Avril et le 29 Avril 2022. Au total, j'ai pu réaliser 6 entretiens dont 3 auprès de la profession infirmière et 3 auprès des cadres de santé.

Sur mes 6 entretiens réalisés, trois d'entre eux ont été réalisés en présentiel sur leur lieu d'exercice professionnel, deux en visioconférence et un par téléphone pour des raisons de disponibilités et/ou d'organisations.

La durée de mes entretiens a variée entre 25 minutes et 50 minutes.

3.5 Les limites

Les entretiens physiques sont parfois interrompus, ce qui a été mon cas à plusieurs reprises. En effet, nous avons été dérangés lors de 2 entretiens, soit par le téléphone, soit par des interruptions dans le bureau du cadre m'obligeant ainsi à mettre en pause le dictaphone. Ces différentes interruptions ont impacté la dynamique de l'entretien, et m'ont fait éprouver des difficultés à reprendre le fil de la discussion.

D'autre part, j'ai pu constater que l'implication des professionnels n'avait pas été la même. En effet, certains interviewés, ont répondu très succinctement aux diverses questions sans chercher à expliciter leurs réponses.

Enfin du fait d'un nombre réduit d'entretien, les résultats doivent être interprétés avec précaution. Cet échantillon n'étant pas assez représentatif pour faire des généralités.

3.6 Dépouillement des entretiens

Après la réalisation de chaque entretien, j'ai retranscrit informatiquement chacun d'entre eux en prenant soin de garder l'ensemble des verbatims utilisés par les professionnels afin de garder la fidélité et l'authenticité des réponses (cf. annexe 4 et 5).

D'autre part, afin de faciliter l'analyse des entretiens, j'ai décidé de réaliser une grille d'analyse pour les entretiens des cadres de santé (cf. annexe 6) et une pour les entretiens infirmiers (cf. annexe 7).

4. L'ENQUÊTE EXPLORATOIRE

4.1 Typologie des professionnels interviewés

Afin de respecter mon engagement auprès des personnes interviewées concernant les règles d'anonymat, j'ai fait le choix de faire apparaître dans mon analyse les cadres et les infirmiers sous l'appellation CDS 1, 2 et 3 et IDE 1, 2, 3. De plus, à aucun moment ne sera mentionné le nom de leur établissement, seul leur service d'affectation sera énoncé.

4.1.1 Typologie des cadres de santé

Cadres de santé	Age	Ancienneté dans la fonction CDS	Service d'affectation	Ancienneté dans le service
CDS 1	53 ans	2014 (8 ans)	Chirurgie Digestive Urologie – ORL	8 ans
CDS 2	48 ans	2007 (15 ans)	Neurologie – Diabétologie	5 ans
CDS 3	41 ans	2017 (5 ans)	Imagerie	6 mois

4.1.2 Typologie des infirmières

Infirmières	Age	Ancienneté dans la fonction IDE	Service d'affectation	Ancienneté dans le service
IDE 1	37 ans	2015 (7 ans)	Soins Intensifs de Cardiologie	2 ans
IDE 2	25 ans	2018 (4 ans)	Neurologie – Diabétologie	1 an 1/2
IDE 3	26 ans	2017 (5 ans)	Chirurgie Digestive Urologie – ORL	6 ans

4.2 Analyse et interprétation des résultats

Ici, j'ai fait le choix d'analyser indépendamment chaque question en analysant tout d'abord les réponses des cadres de santé, puis dans un second temps celles des infirmiers. Enfin, il me paraissait essentiel de croiser les deux points de vue afin de voir si les réponses obtenues étaient en corrélation d'autant plus lorsque le cadre et le soignant sont issus du même service.

4.2.1 Question 1

A la question, **êtes-vous amené à mobiliser des membres de votre équipe ? Si oui, dans quelles circonstances ?** L'ensemble des cadres interrogés ont répondu oui. Si je reprends leurs verbatims pour exprimer la mobilité, il s'agit pour eux de « *déplacer les professionnels* », « *de bouger les agents* » et « *de travailler dans d'autres services, d'autres postes* ». On retrouve donc ici la notion de mouvement, de changement qui sont évoquées à travers les définitions du Larousse et d'Alain Roger.

Concernant les circonstances amenant à la mobilité, il ressort des entretiens les arrêts de travail à pallier (3 cadres sur 3 l'ont exprimé), puis le fait de devoir faire face à un accroissement temporaire d'activité (2 cadres sur 3 l'ont évoqué). Un cadre exprime quant à lui, la nécessité d'assurer la continuité des soins.

D'autre part, je note que les manipulateurs en radiologie seraient plus faciles à mobiliser. En effet, dans le discours de la CDS 3 il ressort que la mobilité chez cette catégorie socio professionnelle serait culturelle. Selon elle, « *ils n'hésitent pas à s'entraider, se remplacer et ce spontanément* » et « *ils n'ont pas d'appréhensions contrairement aux infirmiers et aux aides-soignants* ». D'ailleurs, elle emploie le mot « *tabou* » pour définir la mobilité aux yeux des professionnels de son ancien service de médecine gériatrique.

Ces propos sont très intéressants et m'amène à me questionner. Qu'est ce qui fait que la mobilité est culturelle dans cette catégorie socio professionnelle ? Cette culture a-t-elle été impulsée lors du parcours de formation ?

A la question, **avez-vous déjà été amené à être mobilisé ? si oui, combien de fois et dans quelles circonstances ?** il s'avère que la totalité des infirmiers ont répondu oui et ce à plusieurs reprises. Chacun d'entre eux, a été mobilisé d'une part au sein de leur propre pôle mais également sur d'autres, voir même sur un site extérieur pour l'une des infirmières interrogées. Je tiens également à revenir sur l'entretien de l'IDE 3, qui évoque spontanément à ma première question, le fait de devoir changer de secteur au sein de son service d'affectation. Celui-ci regroupe effectivement trois spécialités de chirurgie (digestive, urologique et ORL). J'en déduis donc, qu'elle considère les changements de secteur comme étant une mobilité.

Les raisons évoquées de cette mobilité sont dans la majorité des cas, pour des remplacements suite à des problèmes d'absentéisme, ou pour aller renforcer une équipe en lien avec l'augmentation de la charge de travail. Il est également à noter que 2 professionnels sur 3 ont été mobilisés dans le cadre de la crise sanitaire COVID.

Pour conclure, je dirais que l'utilisation de la mobilité au sein des structures hospitalières est une pratique courante et qu'elle est principalement utilisée par le manager pour faire face à des problématiques d'absentéisme ou à une surcharge de travail ponctuelle. Ce qui est en cohérence avec mon cadre conceptuel, car j'évoquai entre autres l'adaptation aux besoins des services tels que l'absentéisme, la surcharge de travail, la fermeture de lit...).

A travers les réponses des soignants et à l'aide de mon cadre conceptuel, je peux en déduire que la typologie de la mobilité utilisée est d'une part, interne car elle est réalisée au sein même de l'établissement de soins, d'autre part, qu'elle est fonctionnelle du fait du changement de poste sans évolution hiérarchique et qu'elle est ponctuelle car il s'agit d'une affectation temporaire plus ou moins longue (remplacement pour une journée ou bien renfort lors de la crise COVID qui a duré plusieurs semaines).

4.2.2 Question 2

A la question, **existe-t-il une politique de mobilité au sein de votre établissement ? Si oui, est-elle appliquée et en quoi consiste-t-elle ? Si non, savez-vous pourquoi ?** il ressort qu'il existerait une politique de mobilité au sein de leur établissement cependant celle-ci semble rester « floue ». D'ailleurs, le CDS 3 « ne croit pas que l'on puisse vraiment parler d'une politique de mobilité au sein de l'établissement, par contre elle existe dans les contrats de pôle je crois. C'est évoqué c'est certain mais franchement les professionnels ne l'intègrent pas ».

Selon le CDS 1, cette politique ne serait pas « formalisée », elle serait « dépendante du cadre, du cadre supérieur voir même du chef de service ». Cette disparité au sein des services et des pôles engendre donc une iniquité au sein d'une même et unique structure.

De plus, elle cite en exemple les badges et les fiches de paie des collaborateurs qui sont rattachés à un service et non à un pôle ou à un établissement. Cet exemple m'amène à me questionner. Est-ce que le simple fait de rattacher administrativement le professionnel à son pôle ou à l'établissement, pourrait favoriser l'intégration de la politique de mobilité ? Pour le CDS 2, la politique de mobilité c'est une évidence surtout dans un établissement de santé public. Selon lui, « cela fait partie des valeurs que doivent avoir tous les professionnels de santé », il parle même « d'obligation ».

Par ailleurs, il pense que ça permet aussi de « confronter les professionnels à la réalité du travail pour des raisons de soins, de travail en équipe, de solidarité ».

D'autre part, il ressort de ces entretiens que la politique de mobilité de l'établissement serait abordée lors de l'entretien d'embauche.

A la question, **savez-vous si une politique de mobilité est mise en place au sein de votre établissement ? Si oui, en quoi consiste-t-elle ?** L'IDE 1 évoque d'emblée l'existence au sein de son établissement d'un SICS général et d'un SICS de proximité sur chaque pôle puis reconnaît qu'ils sont de plus en plus forcés à être polyvalent et à aller « dépanner » dans les autres services.

De plus, la totalité des professionnels interviewés disent ne pas savoir s'il existe une politique de mobilité au sein de leur établissement ni même en avoir entendu parler pour l'un d'entre eux.

Toutefois, la notion de mobilité serait évoquée succinctement lors des entretiens d'embauche et lors de la prise de poste dans le service. En effet, certains collaborateurs alerteraient les nouveaux arrivants « fait gaffe quand il y a des arrêts il faudra que tu remplaces dans d'autres services, si tu vas dans tel ou tel service, c'est le bordel complet, je serais de toi je n'irais pas ». A noter que pour l'IDE 1, lors de son entretien de recrutement en 2015 il lui a été stipulé qu'il « était embauché sur tel service mais de jour comme de nuit », contrairement à l'IDE 2, où la notion de mobilité a été abordée lors de son entretien en 2018. Nous pouvons donc voir, que le discours émis par la direction, n'est pas identique. Est-ce que cela implique que la politique de mobilité est de plus en plus ancrée au sein des établissements au fil des années ?

Si je croise les réponses des cadres de santé et celles des infirmiers, je peux conclure en disant qu'il existe bien une politique de mobilité au sein des deux établissements enquêtés, et que ceci est en corrélation avec mon cadre conceptuel où il est stipulé que la mise en œuvre d'une politique de mobilité ou l'élaboration d'une charte étaient un des leviers institutionnels. Malheureusement, il semble que celle-ci ne soit pas connue des professionnels de santé. En effet, les cadres eux-mêmes reconnaissent qu'elle est floue et pas formalisée, ce qui ne doit pas favoriser son intégration par les collaborateurs. Par ailleurs, il ressort de ces échanges que la notion de mobilité est abordée lors des entretiens de recrutement réalisés par la direction, où il serait stipulé au professionnel qu'il est « *salarié de l'établissement* ».

4.2.3 Question 3

A la question, **comment sollicitez-vous un (e) infirmier (e) qui doit aller faire un remplacement inopiné dans un service ?** Je constate rapidement que les cadres ont une approche différente. Toutefois, je me rends compte à la lecture de la réponse du CDS 3, que celle-ci ne semble pas pertinente au regard de la question. En effet, il n'évoque à aucun moment la façon dont il aborde sa demande auprès de ses collaborateurs. Ainsi, je décide de ne pas prendre en compte sa réponse.

Du côté du CDS 2, l'approche managériale est directive. D'ailleurs, il ne parle pas de sollicitation mais d'une directive afin de venir en aide à ses collègues. Pour ce faire, il s'appuie sur les valeurs du travail, la responsabilité de leur fonction ainsi que sur la notion d'entraide. Pour lui, les professionnels n'ont pas de raisons de refuser à partir du moment où les horaires ne sont pas modifiés, car « *le job reste le même* ».

A contrario, le CDS 1 a une approche plutôt persuasive. Tout d'abord, il est transparent en expliquant la situation aboutissant à cette demande et en précisant qu'il s'agit d'une demande émanant de sa hiérarchie. Le choix semble toujours laissé au professionnel, il dit ne l'obliger en rien et précise toujours « *vous avez le droit de refuser, quel que soit le motif* ». Lors de ces échanges avec son collaborateur, il privilégie le « JE », prend une posture d'écoute et laisse le temps à la réflexion car selon lui elle permet d'ouvrir la porte de « *c'est moi qui décide* » donnant ainsi une place importante aux collaborateurs.

De plus, il pense que le pouvoir de décision « *c'est la clef de la valeur qu'on lui donne, le respect de ses contraintes familiales, extérieures ou autres* ». Je note également qu'il fait preuve d'empathie « *Je comprends que cette situation n'est pas confortable* », qu'il prend le temps de rassurer et valoriser le professionnel dans ses compétences « *je sais que vous allez être à la hauteur, j'ai confiance en vous, vous connaissez votre travail* ».

Enfin, elle propose d'accompagner le professionnel dans cette démarche de mobilité en le présentant à l'équipe et en restant disponible pour lui en cas de besoin.

A noter par ailleurs que le CDS 2 avoue dans sa réponse, solliciter en priorité les infirmiers qui n'osent pas refuser ou ceux qui sont « *manipulables* » tels que les jeunes diplômés ou les nouveaux arrivants. Je me questionne, quant à l'utilisation du terme « *manipulable* », me demandant ainsi si le cadre de santé fait bien une différence entre influence et manipulation ?

A la question, **comment votre cadre vous a-t-il sollicité lors de sa demande de mobilité ?** il ressort principalement deux réponses. Premièrement, le cadre de santé les a interpellés dans le service s'ils étaient en poste, deuxièmement le cadre les a informés par téléphone sur un jour de repos ou sur une période de congés. Cette dernière méthode, ne semble pas appréciée par les professionnels qui la considèrent comme « *pénible* », « *insupportable* », « *difficile* » et provoquant chez l'IDE 3 la sensation « *que ça lui remet vite la tête dans le travail et après pour s'en re détacher...*, j'ai tendance à cogiter enfin c'est comme ça que je fonctionne ».

Par ailleurs, cette professionnelle apporte également une troisième réponse à travers son discours *« il y a des fois où j'ai découvert sur le planning, mon affectation était barrée et modifiée sans pour autant avoir été avertie »*. Cette méthode semble être employée si le remplacement est anticipé car quand il s'agit d'un remplacement du jour pour le lendemain *« j'ai toujours eu un coup de fil de ma cadre où alors elle venait m'avertir dans le service »*.

Concernant le discours du cadre émis lors de sa demande auprès de son collaborateur, je relève que les cadres ne l'abordent pas tous de la même manière. Pour l'un des agents, il s'agit d'une directive donnée *« tel jour vous allez devoir aller travailler dans le service X [...], nous n'avons pas d'autres solutions, j'ai contacté tout le monde je n'ai plus que vous »*, ne lui laissant ainsi pas la possibilité de refuser.

A contrario, l'IDE 3 ne ressent aucune obligation dans la demande de son manager, *« j'avais la possibilité de dire non »* mais elle n'a pour autant jamais refusé. Pour elle, cela fait partie de l'entraide, puis elle exprime le côté *« donnant-donnant »* qui favorise le fait qu'elle accepte de *« bon cœur »*.

Le discours de l'IDE 1 est quant à lui plus mitigé. En effet, sa cadre lui laisse de prime abord la possibilité de dire non à travers sa question à savoir *« si je pouvais aller dépanner dans d'autres services de médecine, si ça ne me dérangeait pas »* mais par ailleurs il dit *« elle m'a laissé le choix sans me le laisser car j'ai bien senti que si je disais oui c'était un gros plus »*.

D'autre part, il revient sur une situation où un de ses cadres lui a laissé un message sur son répondeur en fin de journée pour lui annoncer que le lendemain matin il ne serait finalement pas en poste dans son service d'affectation mais en réanimation. Il verbalise avec émotion *« je n'ai pas du tout apprécié, j'ai mal vécu la situation »*, s'en est suivi un grand silence avant qu'il reprenne en disant *« ça a vraiment été difficile pour moi »*.

4.2.4 Question 3 bis

A la question, **auriez-vous souhaité qu'il aborde sa demande différemment ?**

Deux infirmiers sur trois répondent oui, et font ressortir différents éléments.

L'IDE 2 aurait souhaité tout d'abord que son cadre ne lui mette pas la pression lors de sa demande, pouvoir échanger avec lui sur le poste, qu'une proposition d'accompagnement lui soit faite et que son cadre ait des propos rassurants sur cette demande de mobilité ponctuelle. Il évoque par ailleurs qu'il aurait apprécié que son encadrement prenne en compte ses compétences professionnelles en tant que jeune diplômé.

L'IDE 1, émet le fait qu'il souhaiterait que la mobilité ponctuelle soit abordée en amont. Il suggère que cet échange puisse avoir lieu lors de l'entretien annuel afin de connaître le positionnement du professionnel par rapport à sa vision de la mobilité ainsi que la prise en compte de ses compétences à aller exercer dans un autre service. Par exemple, lui se dit *« infirmier de médecine et absolument pas comme un infirmier de chirurgie »*.

De son côté, l'IDE 3, ne souhaite pas spécifiquement que la demande soit abordée différemment, elle a plutôt ressenti dans la demande de sa cadre *« un appel à l'aide »*. Toutefois, elle avoue que l'idéal serait de ne pas être rappelé sur les repos comme l'a déjà verbalisé l'IDE 2 et que la demande soit anticipée dans la mesure du possible afin qu'elle puisse s'organiser sur le plan personnel.

Si je mets en relation les réponses du CDS 2 avec ceux de l'IDE 2 tous les deux issus du même service, je constate que les réponses émises se regroupent en plusieurs points. Tout d'abord le management directif mis en place par le cadre de santé est bien ressenti en tant que tel par le professionnel infirmier.

D'autre part, le manager avoue solliciter en premier les jeunes diplômés ou nouveaux arrivants car ils seraient plus « manipulables », ce qui est le cas ici avec cet infirmier interviewé qui reconnaît parfois s'entendre dire de la part de son cadre « vous êtes stagiaire » ou bien encore « vous êtes le dernier arrivé ».

Par ailleurs, il semble exister un écart sur la vision des aptitudes et des compétences professionnelles nécessaires lors d'un remplacement. Pour le cadre, quel que soit le service « le job reste le même », tandis que pour l'infirmier il serait nécessaire de prendre en compte les compétences.

Maintenant, mettons en parallèle le discours du CDS 1 et de l'IDE 3, qui sont eux aussi issus du même service. Je peux constater que le cadre met en place un management persuasif, laissant la possibilité à son collaborateur de refuser la demande de mobilité, ce qui est ressenti par l'IDE.

En croisant les données théoriques recensées dans mon cadre de référence et les données récoltées auprès des cadres de santé et des infirmiers, je peux me rendre compte que l'approche managériale du manager 1 est en adéquation avec le paragraphe 2.1.5 qui concerne les leviers permettant de favoriser l'adhésion du professionnel à cette mobilité. En effet, le CDS a réalisé une demande plutôt soignée, tout en faisant preuve d'empathie, de disponibilité et en prenant le temps de rassurer et valoriser son collaborateur. Ces différents éléments étant les clés de l'accompagnement de la mobilité.

Il ressort également que chacun d'entre eux a fait appel à des tactiques d'influences différentes lors de la sollicitation des professionnels. Si je me réfère aux tactiques énumérées par Gary Yukl dans mon cadre de référence, le CDS 1 fait appel à des tactiques dites « douces » telles que l'usage de collaboration (proposition d'accompagnement, de ressources), d'impression positive en valorisant le collaborateur « vous allez être à la hauteur, vous en êtes capable... » ...

De son côté le CDS 2 fait appel à la fois à des tactiques dites « douces » et « dures ». Lorsqu'il s'appuie sur les valeurs du travail, la notion de responsabilité, il fait recours à la légitimité. Par contre, quand il sollicite toujours les mêmes professionnels et qu'il se sert du fait que ceux-ci soient : ou stagiaire ou les derniers arrivés ce qui correspond à un usage de pression.

Enfin, si je me réfère au paragraphe 2.2 sur le pouvoir d'influence, la façon de faire du cadre de santé 2 semble correspondre à la définition du pouvoir de Max Weber (2.2.1) car il impose sa volonté avec ou sans le consentement de ceux qui doivent obéir. D'autre part, la méthodologie d'approche du CDS 1 se réfère à la définition de l'influence de Terry R. Bacon (2.2.5), où il cherche à amener son collaborateur à le suivre.

4.2.5 Question 4

A la question, **en cas d'hésitation ou d'opposition, pensez-vous que le cadre peut influencer son collaborateur afin de le faire adhérer au concept de mobilité ? Si oui, quelles techniques managériales utilisez-vous ? Si non, pourquoi ?**

Il ressort de ces échanges, que chaque manager met en place une technique managériale différente afin de faire accepter cette mobilité aux professionnels infirmiers.

Tout d'abord, le CDS1, va s'appuyer sur les membres volontaires de son équipe, ce qui lui permet de ne pas être confronté à de l'hésitation ou de l'opposition. Il tient également compte des différents échanges (entretien annuel, entretien non formel...) qu'il a pu avoir à ce sujet. Cela lui permet de mettre en place un discours de type persuasif et/ou motivationnel. Pour ce faire, il va par exemple dire « c'est peut-être une opportunité justement de travailler dans une autre spécificité et de

rencontrer d'autres professionnels » à un agent qui lui a évoqué lors d'un échange son éventuel souhait de changement.

Pour le CDS 2, l'adhésion à la mobilité se fait naturellement si le « cadre de travail est donné dès l'embauche » et que dans ce cas « il n'y a pas de surprise, donc l'adhésion est naturelle ». D'après lui, il faut que la culture de la mobilité soit développée en amont, et que la mise en place des pôles facilite l'acceptation de la mobilité.

Par ailleurs, il reconnaît avoir un management très directif et exprime ouvertement aux membres de son équipe, que si cette méthode ne leur convient pas, « ils peuvent changer de service ».

De plus, en cas d'hésitation ou d'opposition, il fera appel à des techniques de « manipulation » qui lui permettront de faire adhérer les professionnels.

De son côté, le CDS 3 va plutôt privilégier le management de la performance, le considérant ainsi comme le plus approprié à la situation. Il s'appuie également sur la reconnaissance en valorisant et remerciant son collaborateur.

A la question, **étiez-vous plutôt enthousiaste ou réticent à cette demande ? Pourquoi ?** les réponses apportées par les infirmiers sont plutôt mitigées. En effet, pour l'IDE 1 et 3, il semblerait que selon le service de remplacement, leur ressenti soit différent. Si la mobilité du collaborateur se fait au sein de son pôle et/ou sur un même secteur d'activité (médecine ou chirurgie), elle semble mieux vécue. La connaissance du service ou des professionnels y travaillant semble facilitante.

Par la suite, l'IDE 1 évoque les réticences qu'il a eu lorsqu'il lui a été imposé de descendre sur le secteur de Réanimation lors de la crise sanitaire COVID-19.

D'une part, il semble avoir vécu une perte de repères, car il ne connaissait pas les professionnels du service, n'avait pas connaissance de l'organisation et de ses missions « je ne savais pas ce que je devais faire, comment je devais m'organiser avec les professionnels du service de réanimation et si je devais véritablement prendre des patients en charge ».

D'autre part, il exprime ouvertement avoir eu peur, « peur de faire une connerie, peur de perdre mon diplôme » du fait de l'absence de formation spécifique. Néanmoins, après plusieurs jours de mobilité dans ce service, il reconnaît avoir « pris des automatismes et trouvé sa place ».

L'IDE 3, évoque également avoir eu des réticences lorsqu'elle a dû être mobilisée sur les secteurs COVID ou sur un site extérieur à son retour de congé maternité. Elle dit avoir été « effrayée » et ceci a suscité « beaucoup d'appréhensions ». Ces demandes de mobilité n'ont pas été faites de façon adéquate de son point de vue, employant ainsi le terme « à la rache », ce qui semble corroborer avec le discours de l'IDE 1 qui dit avoir été « balancé là-bas, à la vas comme je te pousse ».

Pour l'IDE 2, la mobilité n'a été que réticence. Elle a été la source d'un « stress énorme » et a entraîné chez lui la sensation de n'être qu'un « pion ».

Pour exprimer leur ressenti en lien avec leur expérience de mobilité, ils utilisent des verbatims tels que « compliqué, souffrance, peur, appréhension, stress ».

4.2.6 Question 4 bis

A la question, **en cas de réticence, pensez-vous que votre cadre aurait pu influencer votre choix ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?** Il s'avère que les professionnels infirmiers ont répondu oui à l'unanimité. Pour l'IDE 2 et 3, le cadre aurait pu les influencer en leur laissant le choix et le temps de réflexion, en étant transparent, à leur écoute, en faisant preuve de reconnaissance, de confiance et en valorisant la mobilité comme étant une opportunité de développement de compétences professionnelles.

L'IDE 1 évoque dans sa réponse la notion de « *rapport humain* ». Il reconnaît pouvoir être influencé mais cela semble dépendre entre autres du pouvoir personnel du cadre. Contrairement aux deux autres professionnels interviewés il ne semble pas être sensible aux compliments mais plutôt à une démarche dite « *donnant-donnant* ».

La mobilité est majoritairement source de réticence ou d'opposition de la part des professionnels infirmiers et ce d'autant plus si celle-ci a lieu sur un autre pôle ou sur un autre secteur d'activité. Toutefois, il semblerait que le manager puisse être en capacité d'influencer leur choix. Cela peut passer par le leadership du cadre car plusieurs de ces caractéristiques font parties des attentes des collaborateurs (motivation, communication, donner du sens aux directives) comme évoqué dans le paragraphe 2.3.2. Il appartient donc au cadre de santé d'adopter le style managérial le plus adapté afin de favoriser l'adhésion des collaborateurs au concept de mobilité.

Pour ce faire, il fait appel au management directif, persuasif, de performance ou bien motivationnel. Deux des techniques managériales évoquées par les managers ont été citées dans la théorie de Hersey et Blanchard de mon cadre conceptuel. Il en ressort, que le management directif semble plus difficile à vivre par les professionnels. De son côté, la technique persuasive s'avère plus appropriée car elle a pour rôle de « *mobiliser* ».

Dans les réponses apportées, il ressort également que le cadre ferait appel à des techniques de manipulation. Je m'interroge, en me demandant si le cadre de santé fait bien la nuance entre influence et manipulation car comme il l'est évoqué dans mon cadre théorique, le terme d'influence est souvent assimilé à celui de manipulation. Seulement, l'intention émise derrière n'est pas la même. D'ailleurs, la manipulation est considérée comme étant une dérive de l'influence.

D'autre part, les soignants semblent apprécier la démarche « *donnant-donnant* », pouvant ainsi les inciter à changer de positionnement. Cela peut être assimilé aux différentes tactiques d'influence citées par Gary Yukl dans le paragraphe 2.2.6. Celles-ci peuvent être d'usage de négociation, de collaborations...

Enfin, les mobilités pendant la période COVID semblent avoir engendré des réticences exacerbées du fait d'une augmentation de la fréquence, de la durée de celles-ci et de la complexité de certains services nécessitant des compétences spécifiques.

4.2.7 Question 5

A la question, **pensez-vous que la mobilité soit un outil motivationnel ?** tous les cadres ont répondu par une affirmation. Cependant, une condition est émise par le CDS 3, il faut que cette mobilité soit « *volontaire, désirée* » sinon il ne voit pas où peut être la source de motivation si celle-ci met le professionnel en « *difficulté, voir même en danger* ».

Pour le CDS 2, la mobilité « *leur fait du bien de voir autre chose, d'apprendre ou de développer d'autres connaissances, compétences et aussi de rencontrer d'autres professionnels...et de découvrir d'autres organisations* ».

De plus, après avoir vécue cette expérience, le collaborateur apprécierai de la « *partager avec l'équipe* » et il se sentirait « *fort et fier* » de l'avoir fait.

Toutefois, il avoue que les professionnels ont tendance à « *râler* » à l'annonce de cette mobilité au sein de l'établissement mais seraient demandeurs après avoir vécu l'expérience.

A la question, **pour vous est-ce que la mobilité peut être source de motivation ?** Il ressort que pour les 3 infirmiers interrogés, la mobilité ne semble pas être une source de motivation sauf si celle-ci est choisie. D'après l'IDE 1, les professionnels qui souhaitent « *bouger* » demande un SICs car « *c'est leur truc* ». Alors que pour eux, la

mobilité leur « donne un peu l'impression d'être des pions et qu'il faut juste combler des cases et derrière j'ai l'impression que l'on ne se préoccupe pas de notre bien-être et du suivi du patient et donc du bien-être du patient derrière ».

Deux des professionnels reconnaissent avoir besoin de « stabilité, de suivi dans la prise en charge des patients, de s'intégrer et de s'impliquer dans la vie du service », chose qui semble difficile à retrouver pour eux dans la mobilité.

D'ailleurs, selon l'IDE 1, « à tourner, on a moins envie de s'impliquer et y a beaucoup de chose que l'on met de côté », ses propos sont enrichis par ceux de l'IDE 3 qui a évoqué lors de la question 8 que lorsque « les gens ne connaissent pas bien, ils s'occupent que du basique, on se retrouve avec une montagne de chose à faire derrière (administratif, commandes, chariot d'urgence, stupéfiants).

A contrario si cette mobilité est choisie, je peux voir que le ressenti du collaborateur n'est pas le même. En effet, pour l'IDE 3 qui a fait le choix d'être formée aux consultations afin d'être mobile entre le service d'hospitalisation et les consultations exprime que le changement lui faisait « un bien fou ».

D'une part, il ressort de ces échanges que les professionnels sont réticents à la mobilité mais qu'elle peut être aussi une source de motivation et d'enrichissement si celle-ci est voulue. Cette donnée est donc en adéquation avec mon cadre conceptuel où la réticence est évoquée et ce d'autant plus si la mobilité est imposée et émane du cadre de santé. Philippe Bernoux affirme même que « le changement sous contrainte démobilise les acteurs » et de leurs côtés Hélène Burzlaff et Jean Pierre Padellec estime que la mobilité est « un outil qui va agir sur la motivation ».

D'autre part, l'investissement professionnel lors d'un remplacement dans un autre service ne semble pas le même que lorsque le collaborateur travaille dans son service d'affectation.

4.2.8 Question 6

A la question, **mettez-vous en place un accompagnement spécifique lors de la mobilité d'un de vos agents ?** deux cadres sur trois reconnaissent que l'accompagnement du professionnel est essentiel afin que celui-ci n'est pas le sentiment d'être juste « un pion », et ainsi le prendre en considération « il s'agit d'un professionnel que l'on responsabilise, que l'on invite à vivre une expérience nouvelle qui va l'amener à réfléchir, à mobiliser ses savoirs ».

Pour cela, ils mettent en place un retour d'expérience afin de s'intéresser à son ressenti, à la façon dont il a vécu cette situation et savoir s'il souhaite renouveler cette expérience ou non. Le CDS 3, ajoute également que le cadre du service receveur était attentif de son côté au bon déroulement du travail.

A l'inverse le CDS 2, ne met pas en place d'accompagnement spécifique car pour lui il n'y a pas besoin de « couvrir » cette nouvelle génération plus qu'une autre. A travers son discours, j'en déduis qu'il assimile le concept d'accompagnement à une forme de « maternage ».

A la question, **avez-vous bénéficié d'un accompagnement par votre cadre de santé afin de faciliter votre mobilité ? Si oui, comment ?** La totalité des professionnels ont répondu non. Toutefois, l'IDE 1 se remémore par la suite que son cadre était descendu le voir dans le service de remplacement et qu'une réunion de service avait été mise en place avec l'ensemble des professionnels mobilisés pendant la crise COVID afin d'entendre leurs difficultés. Cependant, celui-ci ne semble pas percevoir l'utilité de cette démarche « au final je n'ai pas eu vraiment de suivi, ça n'a rien donné, on a peut-être été écouté sur le coup mais s'il fallait redescendre demain, je pense que l'on n'aurait pas le choix ».

Par ailleurs, ils expriment clairement le souhait, le besoin de pouvoir bénéficier d'un accompagnement à travers une visite sur le poste de remplacement, une écoute...

En mettant en parallèle les réponses du CDS 1 et de l'IDE 3, tous les deux issus du même service, je constate que le ressenti de l'IDE n'est pas en adéquation avec les dires du cadre. D'un côté, le CDS dit mettre en place un accompagnement qui semble principalement basé sur le retour d'expérience et de l'autre l'IDE qui s'exprime en disant « *euh... accompagnée, non pas forcément* ». L'infirmière ne considère-t-elle pas le retour d'expérience comme faisant partie intégrante de l'accompagnement ? En effet, il semblerait que les attendus de l'IDE soit tout autre, « j'aurais souhaité qu'elle prenne le temps de venir me voir, de m'écouter, de me demander si j'avais besoin de quelque chose. Son besoin d'accompagnement, semble être lors de la mobilité et non à postériori comme avec le retour d'expérience.

L'ensemble de ces entretiens vient appuyer les données de mon cadre de référence, en mettant en évidence le rôle essentiel du cadre dans l'accompagnement de la mobilité. Il permet en outre de prendre en considération l'agent afin que celui-ci ne se sente pas instrumentalisé. Propos qui sont également relayés dans mon cadre de référence dans la partie 2.1.4 où il ressort que le soignant a « *l'impression d'être instrumentalisé, d'être utilisé comme un objet, que l'on va déplacer au grès des besoins* ». Toutefois, je constate que celui-ci n'est pas mis en place systématiquement et/ou qu'il ne s'embles pas être en corrélation avec les attentes des professionnels infirmiers. Cela peut-il renforcer le sentiment d'abandon déjà induit par la mobilité elle-même ?

4.2.9 Question 7

A la question, **en tant que cadre, quel type de reconnaissance mettez-vous en place lors de la mobilisation d'un de vos agents ?** deux cadres disent reconnaître la mobilité de leurs collaborateurs en les remerciant, en valorisant leur travail « *votre aide a été précieuse, vous avez assuré* », en mettant en avant leurs compétences, et en ayant confiance en leurs collaborateurs « *je n'avais aucun doute* ».

Le CDS 2, dit ne pas mettre en place de reconnaissance spécifique, toutefois il dit en parallèle valoriser le professionnel lors de l'entretien annuel en mentionnant sa disponibilité, son esprit d'entraide ou d'équipe. Ce discours me semble contradictoire, car la valorisation est une forme de reconnaissance.

A la question, **lors de la mobilité, le professionnel attend une reconnaissance, pouvez-vous me dire ce que vous attendez de la part de votre cadre de santé, de votre institution ?** L'IDE 1, me dit ne plus rien attendre de son institution, car depuis son diplôme il n'a jamais réellement eu de reconnaissance et qu'il sait que « *ça sera comme ça et pas autrement* ». Il avoue cependant, que des remerciements lui ferait plaisir mais ce qui serait le plus gratifiant pour lui, ce sont les compliments que pourrait émettre son manager à son égard « *vous avez pu gérer, dépanner dans un autre service sans avoir eu de formation...* ».

Pour l'IDE 2, la reconnaissance doit passer par la valorisation du travail et par une marque de confiance car jusqu'à présent il a l'impression d'avoir été un « *bouche trou* ».

De son côté, l'IDE 3 recherche l'empathie, la confiance de son manager, d'être motivé, ce qu'il exprime à travers le mot « *boost* ». Il a également besoin de se sentir important et soutenu « *moi rien que le fait d'une présence, quelqu'un qui passe qui me dit c'est top on continue comme ça, on est dans une bonne dynamique, c'est tout bête mais ça va me motiver* ».

De plus, le côté « donnant-donnant » semble à la fois apprécié et facilitateur dans l'adhésion à la mobilité *« si je dépanne et que derrière j'ai besoin et qu'en contre parti, elle fait tout pour me donner un coup de main, moi ça me suffit, je n'ai pas besoin de plus »*.

D'autre part, elle souligne avoir apprécié que son cadre valorise par écrit, lors de son entretien annuel, la mobilité dont elle a fait preuve.

Il est à noter que seul un professionnel sur 3 évoque la notion de reconnaissance financière, tout en étant conscient que le cadre n'aura pas de pouvoir d'action là-dessus.

Je peux conclure sur cette question, en disant que les soignants attendent des marques de reconnaissance de la part de leur hiérarchie lors de la mobilité. Dans le cas où celle-ci ne serait pas présente ou suffisante, peut induire le professionnel à avoir l'impression d'être *« juste un bouche trou »*.

D'ailleurs, les données théoriques apparaissant dans mon cadre de référence, démontre que le manque de reconnaissance est un frein à la mobilité (paragraphe 2.1.4). Il appartient donc au manager d'user de ce levier pour favoriser l'adhésion de son collaborateur au concept de mobilité.

De plus, le discours de l'IDE 3 me laisse penser que la reconnaissance peut être une source de motivation, ce qui vient étayer la théorie de Herzberg (cf. paragraphe 2.3.3).

4.2.10 Question 8

A la question, **avez-vous l'impression que le sentiment d'appartenance de l'agent à son service peut-être un frein à la mobilité ?** je constate que les discours émis par les cadres de santé sont partagés sur cette question. L'un d'eux est catégorique en disant que *« oui, c'est une certitude »* alors que le CDS 1 ne pense pas que le sentiment d'appartenance à un service soit un frein à la mobilité. Selon lui, ça serait plutôt *« professionnel dépendant et générationnel »*.

Pour le troisième cadre interviewé, *« personne n'appartient à personne, ni vous, ni moi et aucun professionnel est embauché dans un service. Il est embauché pour travailler dans un établissement »*. D'ailleurs, lors de la question 3 le CDS 2 a formulé une théorie intéressante sur ce sujet, en disant que la mise en place des pôles à créer un cloisonnement, un effet barrière. En effet, auparavant les professionnels n'hésitaient pas à aller dans un autre service. Aujourd'hui un changement de pôle est quasiment vécu comme un changement d'établissement.

A la question, **en tant qu'agent de la fonction publique hospitalière, avez-vous le sentiment d'appartenir à votre service, à votre pôle ou à votre établissement ? Pourquoi ?** les infirmiers interrogés ont répondu à l'unanimité, qu'ils avaient le sentiment d'appartenir de plus en plus à leur établissement, contrairement à avant. L'un d'entre eux va même jusqu'à évoquer le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT), *« je me dis que demain avec le GHT, je peux très bien être envoyé sur un autre site »*. Toutefois, cet IDE avoue que *« son service restera quand même son service »*, ce qui me laisse penser qu'il est difficile pour les collaborateurs de ne plus appartenir à leur service d'affectation.

Lorsque j'évoque les raisons de ce sentiment, il ressort du discours des professionnels la notion de mobilité à travers les verbatims utilisés tels que *« on nous demande de plus en plus de mobilité, donc oui on appartient maintenant à un établissement je pense »*, *« ils font ce qu'ils veulent de nous maintenant »* ou bien encore *« c'est l'effet un petit peu pion, ou on avait besoin que quelqu'un soit là, mais ça pouvait être moi, ça pouvait être n'importe qui »*.

Il est également intéressant de relever le discours émis par l'encadrement de l'IDE 3 qui explique que l'objectif dans les années à venir était de faire disparaître les infirmières de service afin de laisser place à des infirmières polaires, voir même d'établissement afin qu'elles puissent changer de service du jour au lendemain.

Si je compare les données recensées dans mon cadre conceptuel à celles récoltées lors de mes entretiens, il s'avère que les résultats corroborent. En effet la mobilité peut impacter le sentiment d'appartenance du collaborateur à travers le changement. Cependant, le sentiment d'abandon et la remise en question de l'identité de la personne relevés dans la littérature n'ont pas été évoqués par les professionnels.

D'autre part, je peux terminer en disant que l'ensemble des infirmiers interviewés a le sentiment d'appartenir à leur établissement, ce qui doit permettre de décroïsonner les services et les pôles favorisant ainsi la mobilité interne. Alors pourquoi certains professionnels restent réticents à cet outil managérial ?

Du côté des cadres de santé, les discours divergent. Outre le sentiment d'appartenance à un service, le facteur individuel et générationnel est énoncé par un cadre comme pouvant être un frein à la mobilité.

5. Synthèse de l'analyse

Au sein des établissements de santé, la mobilité est devenue un outil managérial de plus en plus utilisé afin de faire face à des situations d'absentéisme inopinées ou d'accroissement temporaire d'activité. Nous sommes donc sur une mobilité à la fois horizontale ou fonctionnelle et ponctuelle.

Dans le cadre d'une demande de mobilité, les managers peuvent être amenés à solliciter directement leurs collaborateurs sur leur poste de travail ou par téléphone sur des temps de repos ou de congés. Ce dernier moyen n'étant pas apprécié par les professionnels qui la considèrent comme « *pénible* », « *insupportable* » ...

Puis, l'approche du manager lors de la demande de sollicitation ne semble pas être la même. En effet, elle peut être directive, ne laissant ainsi pas la possibilité au professionnel infirmier de refuser « *tel jour, vous devez aller dans tel service* ». Ou a contrario, aucune obligation est émise dans le discours, laissant ainsi pleinement le pouvoir de décision au professionnel.

De plus, il apparaît qu'il existe une politique institutionnelle de mobilité dans chacune des structures. Toutefois celles-ci ne semblent pas formalisées, restent floues et méconnues des collaborateurs. La notion de mobilité est abordée lors de l'entretien de recrutement, mentionnant ainsi au professionnel qu'il est salarié de l'établissement.

D'ailleurs, les infirmiers interrogés ont le sentiment d'appartenir plus à l'établissement qu'à leur service d'affectation contrairement à il y a quelques années. Ce phénomène étant dû entre autres à l'augmentation du recours à la mobilité. Ce sentiment d'appartenance devrait donc favoriser les mobilités, ce qui ne semble pas se retrouver dans la réalité.

Malgré tout, l'utilisation de la mobilité, engendre chez certains professionnels infirmiers de nombreuses réticences et ce plus particulièrement quand : celle-ci est imposée, qu'elle émane du cadre de santé et si elle a lieu sur un autre pôle, un autre site ou sur un autre secteur d'activité. A contrario, si cette mobilité est souhaitée, elle est alors source de motivation, d'enrichissements et de développement de compétences professionnelles.

Alors, afin de diminuer les réticences et de favoriser l'adhésion des infirmiers, le cadre de santé à un rôle essentiel à jouer dans l'accompagnement à la mobilité dont les deux clés essentielles sont la communication et la reconnaissance. Toutefois, il ressort que l'accompagnement n'est pas mis en place systématiquement et que les attentes des infirmiers ne sont pas toujours assouvies.

D'autre part, si la reconnaissance n'est pas présente ou insuffisante, elle va devenir un frein et va induire chez le professionnel le sentiment d'être instrumentalisé, « *d'être utilisé comme un objet que l'on déplace au gré des besoins* ». Inversement, lorsque le professionnel ressent de la reconnaissance, celle-ci va agir positivement sur sa motivation.

Afin de faire adhérer les collaborateurs à un besoin de mobilité ponctuel, les cadres de santé font usages de différentes techniques managériales qui ont été introduites dans mon cadre conceptuel. C'est donc au travers de son leadership que le manager va pouvoir exercer une certaine forme d'influence sur son collaborateur afin de le faire adhérer à sa demande. D'ailleurs, les caractéristiques du leadership sont en corrélation avec les attentes des professionnels.

Parmi les techniques managériales utilisées, le management persuasif semble être le plus efficace car une des caractéristiques principales est de « mobiliser ». Ce qui est en totale adéquation avec le concept de mobilité. De plus, il s'avère que les professionnels infirmiers semblent sensibles à la démarche « donnant-donnant » ainsi qu'au pouvoir personnel du cadre qui comprend à la fois le pouvoir d'expertise et le pouvoir de référence.

Après avoir croisé les données de mon cadre de référence à celles de mon enquête exploratoire, revenons-en à ma question de recherche.

En quoi le pouvoir d'influence du cadre de santé peut-il favoriser l'adhésion de ses collaborateurs au concept de mobilité ?
--

Le pouvoir d'influence du cadre de santé semble avoir une place prépondérante dans l'adhésion des professionnels infirmiers au concept de mobilité.

En effet, à travers son leadership et son pouvoir personnel il peut susciter l'adhésion de ses collaborateurs en faisant preuve de communication, en gagnant leur confiance, en faisant preuve d'estime, de respect et de reconnaissance. A noter, que le pouvoir personnel est reconnu et légitimé par ses collaborateurs.

Pour cela, le manager peut s'appuyer sur des tactiques d'influence qui rentrent dans une démarche de « donnant-donnant » et en adoptant le style managérial le plus adapté à la situation et à l'individu.

CONCLUSION

Ce travail de recherche est l'aboutissement de cette année de formation au sein de l'Ecole Supérieure Montsouris. Il reflète à la fois mon investissement et mon intérêt pour la mobilité imposée aux soignants.

Aujourd'hui, la recherche d'efficience à travers une meilleure optimisation de la gestion des ressources humaines conduit les établissements de santé à utiliser la mobilité. Toutefois, des difficultés sont parfois rencontrées dans sa mise en place.

Par ailleurs, l'Hôpital fait face actuellement à une pénurie critique de professionnel soignant, ce qui va probablement favoriser le recours à la mobilité au sein des établissements de santé. Afin de ne pas augmenter cette hémorragie et d'assurer la continuité des soins, le cadre de santé a un rôle essentiel à jouer. Il doit à mon sens favoriser l'adhésion de ses collaborateurs au concept de mobilité tout en essayant de préserver la satisfaction, le bien-être au travail des professionnels et la qualité des soins.

Cette démarche de recherche, m'a permis tout d'abord d'acquérir la méthodologie du travail de recherche, de développer des compétences rédactionnelles, d'analyse et de prendre du recul sur mes différentes expériences vécues en tant que faisant fonction cadre de santé.

Par ailleurs, les nombreuses recherches théoriques et les différents échanges que j'ai pu avoir lors de la réalisation des entretiens ont été une véritable source d'enrichissement. Ils sont venus agrémenter ma réflexion ainsi que mes connaissances sur ma thématique de recherche. Tout le cheminement effectué dans l'élaboration de ce travail a nécessité une réflexion continue et a été ponctué par des périodes de doutes.

D'autre part, il m'a été difficile dans ce travail d'exploiter convenablement le facteur temps, de sélectionner les concepts que j'allais aborder afin de ne pas trop m'étendre et de réaliser une synthèse des données recherchées. De plus, lors de l'analyse de mes entretiens semi-directifs, j'ai pris conscience que mes grilles d'entretiens étaient peut-être trop ciblées sur la mobilité et pas assez en lien avec le pouvoir d'influence du manager.

Enfin, à l'issue de ce travail de recherche, je vais pouvoir réinvestir mes connaissances acquises ainsi que la conduite d'entretien que j'ai pu expérimenter lors de la phase exploratoire au profit de mon propre management de la mobilité lors de l'exercice de ma fonction de cadre de santé dans un secteur d'activité.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] «Réveille ton leadership,» [En ligne]. Available: <https://reveille-ton-leadership.com/les-sources-de-pouvoir-pour-influencer/>. [Accès le 09 03 2022].
- [2] «La mobilité professionnelle des infirmières hospitalières,» *Soins* n° 798, pp. 25-30, Septembre 2015.
- [3] «LAROUSSE,» 05 01 2022. [En ligne]. Available: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/mobilit%C3%A9/51890>.
- [4] A. Roger, «La mobilité professionnelle au delà des mesures classiques,» 2005, pp. 1867 - 1886.
- [5] C. Hellemans, «Mobilité professionnelle,» chez *Psychologie du travail et des organisations*, 2016, pp. 299-302.
- [6] J. C. Erny, «Le sentiment d'efficacité personnelle, et ses attributs dans la polyvalence des infirmiers au sein d'un pôle,» n° 1101, pp. 91-97, 2010.
- [7] H. B. e. J. P. L. Padellec, *La stratégie du mouvement*, Edition Liaisons, 2001.
- [8] E. Sulpice, «Accompagner les infirmières lors de la mobilité ponctuelle,» *Soins Cadres - Supplément au n°92*, pp. 27-29, Novembre 2014.
- [9] R. Diez, «De la reconnaissance à la motivation au travail,» *Revue l'expansion management*, pp. 104-112, 2013.
- [1] R. Soparnot, «Les effets des stratégies de changement organisationnel sur la
- 0] résistance des individus,» *Recherche en Sciences de Gestion*, pp. 23-43, 2013.
- [1] «Le Robert Dictionnaire en ligne,» [En ligne]. Available:
- 1] <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/pouvoir>. [Accès le 05 03 2022].
- [1] «<http://libertariens.chez.com/pouvoir.htm>,» [En ligne]. Available:
- 2] <http://libertariens.chez.com/pouvoir.htm>. [Accès le 05 03 2022].
- [1] S. Rui, «« Pouvoir », Sociologie, Les 100 mots de la sociologie,» 01 Octobre 2011.
- 3] [En ligne]. Available: <http://journals.openedition.org/sociologie/1598>. [Accès le 16 05 2022].
- [1] J. M. MF. Minnaert, «L'équilibre des pouvoirs dans les rôles managériaux,» chez
- 4] *Management hospitalier : un nouvel exercice du pouvoir*, MASSON, 2004, pp. 115-131.
- [1] «MBA RH,» [En ligne]. Available: [https://mba-](https://mba-rh.dauphine.fr/fileadmin/mediatheque/site/mba_rh/pdf/Travaux_anciens/Fusion_memoire_131017_vweb.pdf)
- 5] [rh.dauphine.fr/fileadmin/mediatheque/site/mba_rh/pdf/Travaux_anciens/Fusion_memoire_131017_vweb.pdf](https://mba-rh.dauphine.fr/fileadmin/mediatheque/site/mba_rh/pdf/Travaux_anciens/Fusion_memoire_131017_vweb.pdf). [Accès le 22 04 2022].
- [1] «Wikipédia,» [En ligne]. Available: <https://fr.wikipedia.org/wiki/Leadership>. [Accès
- 6] le 03 04 2022].
- [1] C. Laurier, «Chapitre 2 Le pouvoir,» chez *Manager avec l'analyse*
- 7] *transactionnelle*, Dunod, 2017, pp. 23-35.
- [1] A. Gaunand, «Antonin Gaunand,» [En ligne]. Available: [http://www.antonin-](http://www.antonin-gaunand.com/leadership/une-definition-du-leadership-influencer-et-federer/)
- 8] [gaunand.com/leadership/une-definition-du-leadership-influencer-et-federer/](http://www.antonin-gaunand.com/leadership/une-definition-du-leadership-influencer-et-federer/). [Accès le 28 04 2022].
- [1] M. d. C. -. N. Aubert, «Relation de pouvoir et leadership,» chez *Traité de*
- 9] *sociologie du travail*, 1998, pp. 443 - 474.
- [2] I. R. Humaines, *Le management d'équipe*, Paris, 2020.
- 0]
- [2] «eduscol education,» [En ligne]. Available:
- 1] <https://eduscol.education.fr/bd/competice/superieur/competice/boite/pdf/t1.pdf>. [Accès le 25 04 2022].

- [2] «Wikipédia,» [En ligne]. Available:
- 2] https://fr.wikipedia.org/wiki/Cadre_de_sant%C3%A9_en_France. [Accès le 15 03 2022].
- [2] «Espace infirmier,» [En ligne]. Available:
- 3] <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/170518-aux-origines-de-la-fonction-de-cadre-de-sante.html>. [Accès le 15 03 2022].
- [2] H. Mintzberg, «Les rôles professionnels du cadre,» chez *Le manager au quotidien*, 4] D'organisations, pp. 65-111.
- [2] «Wikipédia,» [En ligne]. Available:
- 5] https://fr.wikipedia.org/wiki/Cadre_de_sant%C3%A9_en_France. [Accès le 15 03 2022].
- [2] P. Bourret, *Les cadres de santé à l'hôpital*, Seli Arslan, 2018.
- 6]
- [2] «Association Nationale des Cadres de Santé,» [En ligne]. Available:
- 7] <https://www.ancim.fr/referentiel-activite-competence.html>. [Accès le 22 03 2022].
- [2] R. R. F. e. Conseil, *Développer son leadership avec les préférences cérébrales*, 8] 2022.
- [2] M. F. Patrick, *Introduction aux pratiques managériales*, 2021.
- 9]
- [3] E. Hugonnet, «slideshare,» 03 02 2009. [En ligne]. Available:
- 0] <https://fr.slideshare.net/ehsavoie/le-modle-dacquisition-de-compences-de-dreyfus>. [Accès le 26 04 2022].

TABLE DES ANNEXES

- ANNEXE 1 : Grille d'entretien des cadres de santé
- ANNEXE 2 : Grille d'entretien des infirmiers
- ANNEXE 3 : Courrier de demande d'entretien
- ANNEXE 4 : Retranscription des entretiens des cadres de santé
- ANNEXE 5 : Retranscription des entretiens infirmiers
- ANNEXE 6 : Grille d'analyse des entretiens des cadres de santé
- ANNEXE 7 : Grille d'analyse des entretiens des infirmiers

ANNEXE 1

GRILLE D'ENTRETIEN CADRE DE SANTE
--

Qui êtes-vous ?

Quel âge avez-vous ?

Depuis quand êtes-vous cadre de santé ?

Dans quel service travaillez-vous ?

Depuis combien de temps ?

Question 1 : Etes-vous amené à mobiliser des membres de votre équipe ?

Si oui, dans quelles circonstances ?

Si non, pourquoi ?

Question 2 : Existe-t-il une politique de mobilité au sein de votre établissement ?

Si oui, est-elle appliquée et en quoi consiste-t-elle ?

Si non, savez-vous pourquoi ?

Question 3 : Comment sollicitez-vous un(e) infirmier(e) qui doit aller faire un remplacement inopiné dans un service ?

Question 4 : En cas d'hésitation ou d'opposition, pensez-vous que le cadre peut influencer son collaborateur afin de le faire adhérer au concept de mobilité ?

Si oui, quelles techniques managériales utilisez-vous ?

Si non, pourquoi ?

Question 5 : Pensez-vous que la mobilité soit un outil motivationnel ?

Question 6 : Mettez-vous en place un accompagnement spécifique lors de la mobilité d'un de vos agents ? (par exemple, retour d'expérience) ?

Question 7 : En tant que cadre, quel type de reconnaissance mettez-vous en place lors de la mobilisation d'un de vos agents ?

Question 8 : Avez-vous l'impression, que le sentiment d'appartenance de l'agent à son service peut être un frein à sa mobilité ?

ANNEXE 2

GRILLE D'ENTRETIEN INFIRMIER

Qui êtes-vous ?

Quel âge avez-vous ?

Depuis quand êtes-vous diplômé ?

Dans quel service travaillez-vous ?

Depuis combien de temps ?

Question 1 : Avez-vous déjà été amené à être mobilisé ?

Si oui, combien de fois et dans quelles circonstances ?

Question 2 : Savez-vous si une politique de mobilité est mise en place au sein de votre établissement ?

Si oui, en quoi consiste-t-elle ?

Question 3 : Comment votre cadre vous a-t-il sollicité lors de sa demande de mobilité ?

Auriez-vous souhaité qu'il aborde sa demande différemment ?

Question 4 : Étiez-vous plutôt enthousiaste ou réticent à cette demande ? Et pourquoi ?

En cas de réticence, pensez-vous que votre cadre aurait pu influencer votre choix ?

Si oui, comment ?

Si non, pourquoi ?

Question 5 : Pour vous, est-ce que la mobilité peut être source de motivation ?

Question 6 : Avez-vous bénéficié d'un accompagnement par votre cadre de santé afin de faciliter votre mobilité ?

Si oui, comment ?

Question 7 : Lors de la mobilité, le professionnel attend une reconnaissance, pouvez-vous me dire ce que vous attendez de la part de votre cadre de santé, de votre institution ?

Question 8 : En tant qu'agent de la fonction publique hospitalière, avez-vous le sentiment d'appartenir à votre service, à votre pôle ou à votre établissement ?

Pourquoi ?

En cas de sentiment d'appartenance à un service : Qu'est ce qui fait que vous n'ayez pas le sentiment d'appartenir à un pôle ?

ANNEXE 3

Mme NAVARRO Aline
12 Route du Gué d'Heuillon
58130 Saint Martin d'Heuille
Tel : 06.62.42.85.02

Centre Hospitalier
Mr
Directeur de la coordination des soins
Adresse
Code Postal

Fait à Saint Martin d'Heuille, le

Objet : Demande d'entretiens dans le cadre de mon travail de fin d'études

Monsieur le Directeur de la coordination des soins,

Actuellement, je suis étudiante cadre de santé à l'Ecole Supérieure Montsouris de Créteil. Dans le cadre de ma formation, j'effectue mon travail de recherche sur la mobilité hospitalière des soignants.

Je me permets donc de vous solliciter afin d'obtenir un rendez-vous avec des cadres de santé et des infirmiers afin de répondre à ma grille d'entretien.

Cet entretien se déroulera sur une durée maximale d'une heure et pourra selon votre convenance se dérouler en présentiel ou en distanciel. Afin de faciliter la retranscription, l'entretien sera enregistré avec votre accord et les règles d'anonymat seront respectées.

Je vous remercie par avance de l'attention que vous voudrez bien porter à ma demande et reste à votre disposition pour un éventuel complément d'information.

Veillez agréer, Monsieur le Directeur des Soins, l'expression de mes salutations distinguées.

Madame NAVARRO Aline

ANNEXE 4

Entretien CDS 1

Qui êtes-vous ?

Quel âge avez-vous ? 53 ans

Depuis quand êtes-vous cadre de santé ? 2014

Dans quel service travaillez-vous ? Chirurgie Digestive – Urologie et ORL

Depuis combien de temps ? 8 ans

Question 1 : Avez-vous été amené à mobiliser des membres de votre équipe ? Si oui, dans quelles circonstances ?

Oui, j'ai été amené à demander à des professionnels de travailler dans d'autres services, d'autres postes pour des remplacements suite à des arrêts de travail, ou des renforts sur des services en accroissement temporaire d'activités.

Question 2 : Existe-t-il une politique de mobilité au sein de votre établissement ? Si oui, est-elle appliquée et en quoi consiste-t-elle ? Si non, savez-vous pourquoi ?

Oui, il existe une politique de mobilité mais elle reste « floue ». Elle n'est pas « formalisée ».

Par exemple, sur les badges et les salaires les professionnels sont attachés à un service non à un pôle et encore moins à l'établissement. Elle n'est pas équitable car elle n'est pas appliquée de la même façon selon les services, les pôles. Elle est cadre dépendant, cadre supérieur dépendant voir chef de service dépendant.

Question 3 : Comment sollicitez-vous un (e) infirmier (e) qui doit aller faire un remplacement inopiné dans un service ?

Alors, je lui explique la situation qui engendre cette mobilité. Je précise que c'est une demande de ma hiérarchie et que je ne l'oblige à rien. Je précise toujours « vous avez le droit de me dire non quel que soit le motif ».

Je l'écoute, lui laisse le temps (même s'il y a urgence). La réflexion est importante car elle ouvre la porte de « c'est moi qui décide » donc d'emblée ça donne une place importante au professionnel et le pouvoir de décision c'est la clef de la valeur qu'on lui donne, le respect de ses contraintes familiales, extérieures ou autres. J'utilise beaucoup le « je comprends que cette situation n'est pas confortable » et je propose d'accompagner le professionnel, de le présenter et je lui dis que je reste disponible s'il a besoin de moi. Je le rassure et met en avant ses compétences professionnelles « je sais que vous allez être à la hauteur, je n'ai aucun doute, j'ai confiance en vous, vous connaissez votre travail et vous allez développer d'autres connaissances et compétences professionnelles, n'hésitez pas à travailler avec les aides-soignants qui seront d'une aide précieuse... ».

Question 4 : En cas d'hésitation ou d'opposition, pensez-vous que le cadre peut influencer son collaborateur afin de le faire adhérer au concept de mobilité ? Si oui, quelles techniques managériales utilisez-vous ? Si non, pourquoi ?

Avant de mobiliser tel ou tel professionnel, si cela est possible, j'essaie de voir avec l'équipe s'il y a des volontaires. Je tiens compte également des demandes évoquées lors des entretiens professionnels annuels ou des rencontres fortuites des

professionnels qui ont évoqué des envies de changement. Je leur dis que c'est peut-être une opportunité justement de travailler dans une autre spécificité et de rencontrer d'autres professionnels. Se remettre en question c'est aussi un moyen de retrouver un peu de motivation, de se donner « *un coup de fouet* » Et puis j'insiste aussi en disant, « *vous me raconterez !* »

Je deviens « *manipulatrice* », je suis sur un management persuasif et motivationnel et en aucun cas directif (rires).

Question 5 : Pensez-vous que la mobilité soit un outil motivationnel ?

Oui, je pense effectivement que la mobilité peut être utilisée comme un outil motivationnel.

Question 6 : Mettez-vous en place un accompagnement spécifique lors de la mobilité d'un de vos agents ? (Par exemple, retour d'expérience)

Oui bien sûr ! Il faut s'intéresser au retour d'expérience du professionnel. Ce n'est pas « un pion » que l'on déplace, c'est un professionnel qu'on responsabilise, qu'on invite à vivre une expérience nouvelle qui va l'amener à réfléchir, à mobiliser ses savoirs. Il faut s'y intéresser attentivement. Voudra-t-il renouveler cette expérience ou non et pourquoi ?

Question 7 : En tant que cadre, quel type de reconnaissance mettez-vous en place lors de la mobilisation d'un de vos agents ?

Déjà je le remercie et lui dit que le service ou il a travaillé le remercie également. Que son aide a été précieuse, qu'il a assuré et que je n'avais aucun doute.

Si son retour est négatif, après un échange pour entendre et comprendre les éléments qui ont déclenchés une expérience ne répondant pas à ses attentes, je serais rassurante.

Question 8 : Avez-vous l'impression, que le sentiment d'appartenance de l'agent à son service peut être un frein à sa mobilité ?

Non je ne pense pas, d'après moi c'est très professionnel dépendant et générationnel.

Entretien CDS 2

Qui êtes-vous ?

Quel âge avez-vous ? 48 ans

Depuis quand êtes-vous cadre de santé ? 2007

Dans quel service travaillez-vous ? Neuro - Diabétologie

Depuis combien de temps ? 5 ans

Question 1 : Avez-vous été amené à mobiliser des membres de votre équipe ? Si oui, dans quelles circonstances ?

Bien sûr que je suis amené à déplacer les professionnels et ce depuis que je suis cadre. Depuis toujours il nous faut palier aux arrêts de travail, c'est notre quotidien. Quel que soit le service il faut bien assurer la continuité des soins, non ?

Question 2 : Existe-t-il une politique de mobilité au sein de votre établissement ? Si oui, est-elle appliquée et en quoi consiste-t-elle ? Si non, savez-vous pourquoi ?

Il y a bien évidemment une politique de mobilité comme dans tous les établissements. D'autant plus dans le service public. Cela fait partie des valeurs que doivent avoir tous les professionnels de santé. Moi-même quand j'étais infirmier, j'ai souvent navigué dans différents services. Ma surveillante de l'époque ne nous donnait pas le choix. Sans quoi c'était la porte ou du moins fin de contrat point à la ligne. Aujourd'hui avec la pénurie de professionnels c'est je dirais même une obligation et c'est précisé à l'embauche. On n'a guère le choix même si ce n'est pas ce pourquoi ont choisi d'être cadre. Mais même si je n'adhère pas, je réponds à une demande de ma hiérarchie. Donc je l'applique. Ça permet aussi de confronter les professionnels à la réalité du travail pour des raisons de soins, de travail en équipe, de solidarité.

Question 3 : Comment sollicitez-vous un (e) infirmier (e) qui doit aller faire un remplacement inopiné dans un service ?

Je ne parlerai pas de sollicitation mais plutôt d'une directive. Quel que soit le motif qui déclenche la mobilité pour la plupart arrêt de travail je me dois de venir en aide à mes collègues cadres en difficultés dans leurs services.

Tout d'abord je les interpelle sur la valeur du travail, sur la responsabilité de leurs fonctions. Je leur dis également qu'il est nécessaire de s'entraider, que demain ça sera peut-être leur service qui aura besoin. J'essaie d'aller vers ceux qui n'osent pas dire non, qui sont plus faciles à manipuler (sourires), souvent les jeunes diplômés ou les derniers arrivés. De toute façon, si le poste reste le même en termes d'horaires je ne vois pas pourquoi il y aurait refus. Je peux comprendre que changer les horaires de travail peut être problématique dans l'organisation familiale ou personnelle mais sur un même poste, le job reste le même !

A mon époque on n'hésitait pas à aller dans un autre service. Les pôles n'existaient pas, il n'y avait pas cet effet barrière, cloisonnement. Aujourd'hui on dirait qu'aller sur un autre pôle c'est quasi changer d'établissement. Mais de quoi ils ont peur franchement ? Sans parler de mobilité, on allait spontanément aider les collègues dans le service d'à côté lorsqu'il y avait besoin.

Question 4 : En cas d'hésitation ou d'opposition, pensez-vous que le cadre peut influencer son collaborateur afin de le faire adhérer au concept de mobilité ? Si oui, quelles techniques managériales utilisez-vous ? Si non, pourquoi ?

Les agents de l'équipe ou je travaille savent comment je travaille. Si les conditions ne leurs conviennent pas, ils peuvent changer de service. Je suis plutôt très directif dans mon management, enfin dans cette situation de mobilité. Si on donne le cadre de travail dès l'embauche, il n'y a pas de surprise, donc l'adhésion est naturelle.

Et puis, les professionnels depuis la mise en place des pôles sont très vite dans le bain. Ils commencent par des remplacements intra pôles, puis le pôle d'à côté... Avant tout, c'est un état d'esprit qu'il faut développer en amont. Et puis, s'il le faut je négocie. A la force on connaît bien les techniques de manipulation qui permettent de faire adhérer les professionnelles (sourire).

Question 5 : Pensez-vous que la mobilité soit un outil motivationnel ?

Oui, je peux dire que c'est un outil motivationnel car souvent « ils râlent » et ensuite ils me demandent d'y retourner. Ça leur fait du bien de voir autre chose, d'apprendre ou de développer d'autres connaissances, compétences et aussi de rencontrer d'autres professionnels, médecins, cadres et de découvrir d'autres organisations. En plus, ils aiment bien partager avec l'équipe leur expérience.

Et puis, ils se sentent « forts » et « fiers » de l'avoir fait. Parfois je fais de l'humour avec eux en leur disant « *alors, vous avez survécu ?* » Rires.

Question 6 : Mettez-vous en place un accompagnement spécifique lors de la mobilité d'un de vos agents ? (Par exemple, retour d'expérience)

Ce n'est pas du tout mon style de « mater ». Il faut arrêter de vouloir « couvrir » cette génération nouvelle comme s'ils étaient fragiles. Ils sont majeurs, responsables et diplômés. Comme vous et moi ! Les « anciens » on prend moins de gants, vous ne croyez pas ! (rires)

Question 7 : En tant que cadre, quel type de reconnaissance mettez-vous en place lors de la mobilisation d'un de vos agents ?

Je ne mets pas de reconnaissance spécifique, mais je valorise la mobilité de l'agent lors de son entretien annuel. Je mets « *disponibilité* », « *soucis d'entraide* », « *esprit d'équipe* » ... Comme je l'ai dit au début de notre entretien, ce sont les valeurs du service public.

Question 8 : Avez-vous l'impression, que le sentiment d'appartenance de l'agent à son service peut être un frein à sa mobilité ?

Personne n'appartient à personne, ni vous, ni moi et aucun professionnel est embauché dans un service. Il est embauché pour travailler dans un établissement. Je pose le cadre dès l'arrivée d'un nouveau professionnel et je n'hésite pas à lui rappeler s'il refuse la mobilité. Je ne suis pas « facile » mais finalement ça fonctionne car je n'ai aucun souci à « bouger » les agents.

Entretien CDS 3

Qui êtes-vous ?

Quel âge avez-vous ? 41 ans

Depuis quand êtes-vous cadre de santé ? 2017 (4ans ½)

Dans quel service travaillez-vous ? Pôle transversal (Radiologie conventionnelle, scanner, IRM) et à la sortie de l'école j'ai exercé dans un service de médecine gériatrique.

Depuis combien de temps ? 6 mois dans un projet de cadre assistant.

Question 1 : Avez-vous été amené à mobiliser des membres de votre équipe ? Si oui, dans quelles circonstances ?

Alors depuis ma nouvelle affectation, j'ai très peu mobilisé le personnel. Ce qui est surprenant d'ailleurs car la mobilité des manipulateurs en radiologie c'est très culturel. Même si les trois services sont scindés, ils n'hésitent pas à s'entraider, se remplacer et ce spontanément. Même si certains sont moins à l'aise dans certaines spécialités ils n'ont pas d'appréhensions contrairement aux infirmiers et aux aides-soignants.

Après, pour revenir à votre question, dans le service de médecine gériatrique la mobilité était un mot « *tabou* » (sourires), oui c'est ça « *tabou* ».

Le service appartient à un pôle, composé d'une Unité de Soins Longue Durée (USLD), d'un Service de Soins et de Réadaptation (SSR), et du service de Médecine à Orientation Gériatrique (MOG). D'ailleurs avec mes collègues cadres et le cadre supérieur du pôle nous avons fait le choix de constituer une équipe « volante » basée sur le volontariat. C'était vraiment facilitateur pour pallier les différents arrêts et aussi quand il y avait besoin de renforts en lien avec une augmentation passagère de l'activité.

Question 2 : Existe-t-il une politique de mobilité au sein de votre établissement ? Si oui, est-elle appliquée et en quoi consiste-t-elle ? Si non, savez-vous pourquoi ?

Je ne crois pas que l'on puisse vraiment parler d'une politique de mobilité au sein de l'établissement, par contre elle existe dans les contrats de pôle je crois. C'est évoqué, c'est certain mais franchement les professionnels ne l'intègrent pas.

Au moment du recrutement, où ne nous sommes pas conviés d'ailleurs, la direction des soins et les ressources humaines évoquent cette notion, oui le fait d'être salarié de l'établissement. Mais, très vite je pense que les professionnels qui créent des liens dans l'équipe du service où ils exercent se sentent pas travailler pour un établissement de santé. Ils sont à la limite « *polaire* » et encore !

Et puis, un infirmier même s'il est infirmier en soins généraux devient expert dans une spécialité s'il y reste plusieurs années. Il est compétent partout OK, mais l'expertise on en a quand même besoin, n'est-ce pas ? Une professionnelle qui travaille depuis son « *DE* » auprès des personnes âgées, croyez-vous qu'elle puisse être opérationnelle du jour au lendemain en cardiologie, ou en gastro entérologie par exemple ?

Question 3 : Comment sollicitez-vous un (e) infirmier (e) qui doit aller faire un remplacement inopiné dans un service ?

Comme je vous l'ai déjà évoqué tout à l'heure, sur le pôle où j'étais nous avions une équipe de volontaire pour naviguer sur les trois services. Mais parfois avec les congés il m'a fallu mobiliser des infirmières et des aides-soignantes. Et alors là, j'avais de la résistance bien évidemment. Mais honnêtement, dans l'ensemble vu que les

professionnels se connaissaient plus ou moins, ils partageaient les mêmes vestiaires, se retrouvaient parfois sur des temps de formation, de réunions... c'était assez simple, j'avais souvent des volontaires. Avec le recul, je pense que c'était une chance !

Question 4 : En cas d'hésitation ou d'opposition, pensez-vous que le cadre peut influencer son collaborateur afin de le faire adhérer au concept de mobilité ? Si oui, quelles techniques managériales utilisez-vous ? Si non, pourquoi ?

Le management de la performance me semble le plus approprié pour amener le professionnel à accepter la mobilité. Sans oublier de valoriser son travail en commençant par « *un merci* », « *merci de ce que vous faites pour le service* », « *le pôle* » ...

Question 5 : Pensez-vous que la mobilité soit un outil motivationnel ?

Oui, ça peut être un outil motivationnel. Enfin seulement si la mobilité est volontaire, si elle désirée. Parce que si elle met le professionnel en difficulté, voir même « *en danger* », je ne vois pas où peut être la source de motivation pour l'agent.

Question 6 : Mettez-vous en place un accompagnement spécifique lors de la mobilité d'un de vos agents ? (Par exemple, retour d'expérience)

Oui bien sûr, j'ai toujours accompagné mes agents, et ce même si c'était sur le pôle. Et puis, ma collègue qui recevait l'agent était attentive au bon déroulement du travail. Je me suis également toujours intéressé au ressenti du professionnel, à savoir comment il a vécu cette situation, s'il souhaite renouveler cette expérience ? et pourquoi. Pour moi, c'est essentiel que le professionnel n'ait pas le sentiment d'être juste « *un pion* ». Ici aujourd'hui, ailleurs demain (rires) ou d'entendre « *je n'ai plus de vie de famille, on nous change toujours de poste, matin, soir, nuit !* ».

Question 7 : En tant que cadre, quel type de reconnaissance mettez-vous en place lors de la mobilisation d'un de vos agents ?

Je le valorise comme je l'ai dit en le remerciant, mais également sur ses compétences professionnelles, son développement de connaissances, ses qualités relationnelles et son adaptabilité.

Question 8 : Avez-vous l'impression, que le sentiment d'appartenance de l'agent à son service peut être un frein à sa mobilité ?

Oui, oui, oui. C'est une certitude.

ANNEXE 5

Entretien IDE 1

Qui êtes-vous ?

Quel âge avez-vous ? 37 ans

Depuis quand êtes-vous diplômé ? 2015

Dans quel service travaillez-vous ? Soins Intensifs de Cardiologie

Depuis combien de temps ? Bientôt 2 ans

Question 1 : Avez-vous déjà été amené à être mobilisé ? Si oui, combien de fois et dans quelles circonstances.

Oui, à plusieurs reprises sur les différents services du Pôle A mais aussi du Pôle C et pendant la période COVID sur la réanimation. A chaque fois pour des problèmes d'absentéisme sauf pour le service de réanimation où c'était pour renforcer l'équipe en poste en lien avec la surcharge de travail causée par la crise sanitaire COVID.

Question 2 : Savez-vous si une politique de mobilité est mise en place au sein de votre établissement ? Si oui, en quoi consiste-t-elle ?

Il y a le service infirmier de compensation et de suppléance (SICS) de proximité sur chaque pôle après il y a un SICS général. Mais euh une politique en-elle-même je ne pense pas, mais c'est vrai que l'on nous force de plus en plus à être polyvalent et à aller dépanner dans les autres services en cas de besoin. Par contre, lors de mon recrutement on m'avait précisé que j'étais embauché sur tel service mais de jour comme de nuit.

Question 3 : Comment votre cadre vous a-t-il sollicité lors de sa demande de mobilité ?

A l'époque sur le pôle A c'était sur des arrêts ou des absences, enfin sur un manque de personnel. Ma cadre m'avait demandé si je pouvais aller dépanner dans d'autres services de médecine, si ça ne me dérangeait pas. Enfin, elle m'a laissé le choix sans me le laisser car j'ai bien senti que si je disais oui c'était un gros plus quoi. En plus, à chaque fois le délai de remplacement est très court. C'est du jour pour le lendemain. Et puis, parfois on nous appelle sur nos repos, nos congés, ça c'est vraiment pénible. Une fois ma cadre, m'a laissé un message sur mon répondeur à 18h00, pour me dire que le lendemain matin finalement je ne serai pas en poste en soins intensifs de cardiologie mais en réanimation. Et là, franchement je n'ai pas du tout apprécié et j'ai très mal vécu la situation. Silence. Ouai ça a vraiment été difficile pour moi.

Question 3 bis : Auriez-vous souhaité que votre cadre aborde sa demande différemment ?

Peut-être plus en aval oui, commencer à anticiper avant pour savoir si j'étais apte et si je voulais aller dépanner dans d'autres services et puis s'il y avait d'autres services que je n'avais pas envie de faire. Parce qu'il y a toujours des services dans lesquels on n'a pas envie de bosser, qui ne sont pas dans notre spécificité. Donc ouais peut-être plus d'anticipation en amont. Je ne sais pas, mais ça pourrait être abordé lors des entretiens annuels par exemple et ça devrait tenir compte aussi des

compétences. Parce que moi par exemple, je me considère comme un infirmier de médecine et absolument pas comme un infirmier de chirurgie et en plus je n'ai absolument pas envie d'aller bosser dans ce genre de service parce que la chirurgie ne m'intéresse pas. Par exemple, sur le pôle A j'étais ok d'aller dépanner sur tous les services sauf sur la diabétologie, parce que ce n'est pas une spécialité qui m'attirait non plus quoi.

Question 4 : Etiez-vous plutôt enthousiaste ou réticent à cette demande ? Et pourquoi ?

J'étais plutôt enthousiaste quand j'ai dépanné sur le pôle A parce que ça faisait un petit moment que j'étais dans le même service donc ça me permettait d'aller voir comment ça se passait dans les autres services et puis bon bah ça restait de la médecine donc je n'étais pas perdu et puis en plus je connaissais du monde.

Par contre, quand il a fallu descendre en réanimation j'étais beaucoup moins enthousiaste. Déjà parce que ce n'est quand même pas la même spécialité, c'est quand même très spécifique, les médecins étaient différents et je connaissais vraiment beaucoup moins de monde. En plus, il y avait ce contexte de crise sanitaire et tout ça. On nous a balancé dans le service sans réelle formation, on ne savait pas trop quelle place on devait occuper, ce que l'on devait faire exactement donc ouais c'était un peu plus compliqué à ce moment-là. Bon après sur la durée, vu que je suis descendu plusieurs fois... j'ai pris des automatismes et j'ai fini par trouver ma place. Mais c'est vrai que les premières fois en réanimation ont été compliquées quand même. J'ai été balancé là-bas « *a la va comme je te pousse* » sans avoir été formé. Oui parce que, je ne savais pas ce que je devais faire, comment je devais m'organiser avec les professionnels du service de réanimation, si je devais véritablement prendre des patients en charge... J'ai été jeté sur un respirateur sans aucune formation donc oui j'ai eu peur de faire une « connerie », peur de perdre mon diplôme. Descendre comme ça, sans aucune formation, sans rien, sur quelque chose en plus que l'on n'a pas demandé, c'est compliqué. Silence. Oui.

Question 4 bis : Pensez-vous que votre cadre aurait pu influencer votre choix ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?

Oui, elle aurait pu, enfin ça dépend de la cadre. Si elle essaye de m'influencer en me passant de la pommade en me disant « *vous avez les compétences* », « *je crois en vous* » ...ça ne marchera pas avec moi. Ça dépend du rapport humain (silence), je ne sais pas mais moi une cadre qui fonctionne au « *donnant-donnant* » à plus de chance de me faire changer d'avis.

Question 5 : Pour vous, est-ce que la mobilité peut être source de motivation ?

Bah, je pense que les personnes qui ont envie de bouger, elles se mettent sur un service du SICS. C'est leur truc. Après à partir du moment où tu fais le choix de travailler dans un seul service, je pense que c'est pour s'y intégrer et s'impliquer dans la vie du service. A tourner, on a moins envie de s'impliquer et y a beaucoup de choses que l'on met de côté. Là, je suis en soins intensifs c'est pour y rester et m'impliquer. Le fait d'avoir été mobilisé, ne m'a pas donné envie de changer de service. A l'heure actuelle je suis très bien dans mon service.

Question 6 : Avez-vous bénéficié d'un accompagnement par votre cadre de santé afin de faciliter votre mobilité ?

A chaque fois que j'ai été changé de service, non, je n'ai pas eu d'accompagnement. Ah si peut être que ma cadre est descendue une fois quand

j'étais en réanimation pour voir comment ça se passait, mais sans plus, au final je n'ai pas eu vraiment de suivi. Par contre on a eu une réunion de service avec tous ceux qui étaient descendus, pour faire le point sur nos difficultés mais au final ça n'a rien donné quoi. Enfin peut être que l'on a été écouté sur le coup mais s'il fallait redescendre demain, je pense que l'on n'aurait pas le choix.

Question 7 : Lors de la mobilité, le professionnel attend une reconnaissance. Pouvez-vous me dire ce que vous attendez de la part de votre cadre de santé, de votre institution ?

Ben honnêtement ça va faire 7 ans que je suis dans l'institution et j'en attends plus grand-chose. Les remerciements c'est souvent pour les autres, on n'a pas vraiment de reconnaissance. Silence. Un merci de temps en temps je pense que ça ne ferait quand même pas de mal, après, oui je n'attends pas grand-chose d'autre. Des remerciements c'est sûr que ça ferait plaisir mais au final on n'attend rien parce que ça sera comme ça et pas autrement. Ce qui serait plutôt gratifiant, c'est que notre cadre nous dise que l'on a pu gérer, dépanner dans un autre service sans avoir eu aucune formation ou quoi que ce soit. Après, à chaque évaluation annuelle, ma cadre souligne ma polyvalence mais bon ça a l'effet inverse aussi, où à trop être polyvalent on t'envoie au « casse-pipe » quand il y a besoin de dépanner. Et ça je l'ai déjà vécu.

Question 8 : En tant qu'agent de la fonction publique hospitalière, avez-vous le sentiment d'appartenir à votre service, à votre pôle ou à votre établissement ? Pourquoi ?

De plus en plus à l'établissement ça c'est une chose certaine puis bah par contre par effet inverse de moins en moins à un service même si bon mon service restera mon service. Mais oui avec les arrêts en masse, on nous demande de plus en plus de mobilité, donc oui on appartient d'abord à l'établissement je pense avant d'appartenir à un pôle et enfin à un service. Alors que quand je suis arrivé c'était complètement l'inverse, je me voyais appartenir à un service. Et maintenant, je me dis que demain avec le GHT, je peux très bien être envoyé sur un autre site.

Entretien IDE 2

Qui êtes-vous ?

Quel âge avez-vous ? 25 ans

Depuis quand êtes-vous diplômé ? 2018

Dans quel service travaillez-vous ? Neurologie – Diabétologie et en sortant du DE réanimation pendant 2 ans

Depuis combien de temps ? 1 an ½

Question 1 : Avez-vous déjà été amené à être mobilisé ? Si oui, combien de fois et dans quelles circonstances.

Oui, j'ai été amené à être mobilisé plusieurs fois d'un service à un autre pour remplacement jour/jour ou jour/nuit.

Question 2 : Savez-vous si une politique de mobilité est mise en place au sein de votre établissement ? Si oui, en quoi consiste-t-elle ?

Non, je ne sais pas s'il y a une politique de mobilité. Néanmoins, c'est évoqué succinctement lors de l'entretien d'embauche. Et lors de la prise de poste certains collègues te préviennent « fais gaffe quand il y a des arrêts il faudra que tu remplaces dans d'autres services ». Il rajoute même « si tu vas dans tel ou tel service c'est le bordel complet, je serais de toi je n'irai pas ».

Question 3 : Comment votre cadre vous a-t-il sollicité lors de sa demande de mobilité ?

Le cadre du service est soit venu me voir sur mon poste de travail pour me dire « tel jour vous, allez devoir aller travailler dans le service X car ils sont en pénurie de personnel », soit par téléphone sur un jour de repos pour faire la nuit de ce même jour en précisant « nous n'avons pas d'autres solutions, j'ai contacté tout le monde je n'ai plus que vous ».

Question 3 bis : Auriez-vous souhaité que votre cadre aborde sa demande différemment ?

J'aurais aimé qu'il ne me mette pas la pression, qu'il m'explique un peu plus le poste qu'il me demande d'occuper et qu'il me rassure. J'aurais aimé un échange et une proposition d'accompagnement dans le service. Le plus insupportable c'est lorsqu'il laisse un message sur le répondeur « rappelez-moi dès que vous avez ce message, c'est urgent ! » surtout sur des repos voir même des congés.

J'aurais également apprécié qu'il me demande au niveau de mes compétences professionnelles et si en tant que jeune diplômé je me sentais capable d'assumer ce changement de poste.

Question 4 : Etiez-vous plutôt enthousiaste ou réticent à cette demande ? Et pourquoi ?

Euh, j'étais plutôt réticent face à ce changement. Cela engendre un stress énorme et une sensation d'être « un pion ».

Question 4 bis : Pensez-vous que votre cadre aurait pu influencer votre choix ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?

Oui, il aurait pu influencer mon choix en étant plus à l'écoute de mes appréhensions et en utilisant d'autres raisons que celle « *je n'ai pas le choix* ». J'aurais aimé une reconnaissance, qu'il valorise sa demande sur un développement de compétences, une confiance peut-être !

Question 5 : Pour vous, est-ce que la mobilité peut être source de motivation ?

Non, c'est loin d'être une source de motivation pour moi.

Question 6 : Avez-vous bénéficié d'un accompagnement par votre cadre de santé afin de faciliter votre mobilité ?

Malheureusement, je n'ai jamais bénéficié d'un accompagnement alors que j'aurais aimé.

Question 7 : Lors de la mobilité, le professionnel attend une reconnaissance. Pouvez-vous me dire ce que vous attendez de la part de votre cadre de santé, de votre institution ?

Bien sûr, une reconnaissance est aussi une marque de confiance et de valorisation du travail.

La plupart des demandes j'avais juste l'impression d'être un bouche trou. J'aurais aimé aussi que ce soit une décision en équipe. Pourquoi moi ? Pourquoi pas ma ou mon collègue ? Et puis que ce soit basé sur le volontariat, non sur des remarques comme « *Vous êtes stagiaires* », « *Vous êtes le dernier arrivé* » ou « *Vous êtes salarié d'un pôle non d'un service* ».

Question 8 : En tant qu'agent de la fonction publique hospitalière, avez-vous le sentiment d'appartenir à votre service, à votre pôle ou à votre établissement ? Pourquoi ?

Ah ben sans hésitation, à l'établissement. Ils font ce qu'ils veulent de nous maintenant.

Entretien IDE 3

Qui êtes-vous ?

Quel âge avez-vous ? 26 ans

Depuis quand êtes-vous diplômé ? 2017

Dans quel service travaillez-vous ? Chirurgie Digestive, Urologie et ORL, Consultations

Depuis combien de temps ? 5 ans

Question 1 : Avez-vous déjà été amené à être mobilisé ? Si oui, combien de fois et dans quelles circonstances.

Oui, j'ai été amené à être mobilisé plusieurs fois. Déjà notre service était coupé en deux, Chirurgie Digestive – Urologie et Chirurgie Digestive – ORL donc on devait changer de secteur de temps en temps mais on s'arrangeait un petit peu entre nous. Après, j'ai été amené à aller en gastro ou en médecine infectieuse lorsqu'il y avait des arrêts. Et puis lors de la crise covid, à mon retour de congé maternité, on m'a imposé d'aller en renfort sur le service COVID et j'ai aussi été mobilisée pour aller sur un site extérieur suite à de nombreux arrêts pendant la crise sanitaire.

Question 2 : Savez-vous si une politique de mobilité est mise en place au sein de votre établissement ? Si oui, en quoi consiste-t-elle ?

Pas du tout, non je ne me suis jamais renseignée et je n'en ai jamais entendu parler.

Question 3 : Comment votre cadre vous a-t-il sollicité lors de sa demande de mobilité ?

Ben ça dépend des contextes. Il y a des fois où je l'ai découvert sur le planning, mon affectation d'origine était barrée et modifiée sans pour autant avoir été avertie. Par contre quand c'était du jour pour le lendemain... j'ai toujours eu un coup de fil de ma cadre où alors elle venait m'avertir dans le service.

Parfois c'était sur des jours de repos ou de congés. Après, j'avais la possibilité de dire non, mais je ne refusais pas, je ne suis pas quelqu'un qui..., je sais qu'à partir du moment où on me demande, c'est que les cadres sont en difficultés et je n'ai pas envie de leur en mettre davantage. On essaye d'être dans l'entraide, enfin, c'est comme ça que je le vois. Et en général, les cadres à qui j'ai eu à faire c'était donnant donnant donc je le fais de « bon cœur » parce que je sais que derrière il y aura quelque chose.

Question 3 bis : Auriez-vous souhaité que votre cadre aborde sa demande différemment ?

Non, les fois où on me l'a demandé, je n'ai ni senti d'agressivité, ni de... voilà. J'ai plutôt senti un appel à l'aide. Après l'idéal, ça serait que l'on nous demande quand on est en service et de ne pas être rappelé sur les repos parce que c'est vrai que ça nous remet vite la tête dans le travail et après pour s'en re détacher... J'ai tendance à cogiter, enfin moi c'est comme ça que je fonctionne. Et puis, si la demande pouvait être plus en amont dans la mesure du possible, pour que l'on puisse s'organiser surtout que moi j'ai un enfant maintenant.

Question 4 : Etiez-vous plutôt enthousiaste ou réticent à cette demande ? Et pourquoi ?

Ça dépend, quand c'était pour revenir sur mon service de chirurgie ou un service de mon pôle, je connaissais les services et je savais pourquoi je le faisais. Après, il y a eu cette période covid, où je revenais de congés maternité, où je n'étais déjà pas dans une dynamique très apaisée on va dire vis-à-vis du travail. Et puis on m'a imposée d'aller en service COVID, ça ne s'est pas fait de façon adéquate à mon avis, ça s'est fait « à l'arrache ». Ce moment-là, je ne l'ai pas très bien vécu, on ne m'a pas demandé mon avis, j'y suis allée parce qu'il fallait y aller. Et puis, il y a eu ce fameux jour où l'on m'a demandé d'aller sur un site extérieur suite à de nombreux arrêts maladies causés par la COVID. Ce jour-là, j'ai été effrayée, en plus ça a été du jour pour le lendemain. Ça a vraiment été beaucoup d'appréhension. Après autant je pense que les cadres se mettent à notre place et savent que c'est beaucoup demander autant la hiérarchie je ne suis pas sûre qu'elle se mette à notre place et qu'elle se rende compte de cette demande. Ça m'a vraiment mise en souffrance cette situation.

Question 4 bis : Pensez-vous que votre cadre aurait pu influencer votre choix ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?

Oui je pense, enfin peut-être tout simplement en commençant par me laisser le choix, oui et puis me laisser un temps de réflexion. Je pense qu'il ne faut pas grand-chose, je pense que le fait d'être écouté, d'apporter des réponses et d'être dans la compréhension de la personne aurait pu m'aider à changer d'avis. Et surtout, être honnête vis-à-vis de la situation.

Question 5 : Pour vous, est-ce que la mobilité peut être source de motivation ?

Quand on l'a choisie, oui mais quand elle n'est pas choisie non. Pour ma part, quand j'ai demandé à être formée aux consultations pour être mobile entre le service de chirurgie et les consultations, ça me faisait un bien fou de changer, je savais que quand c'était un petit peu difficile en chirurgie et un petit peu étouffant quelque part je savais que j'avais quelques jours de consultations derrière et ça me faisait du bien. Euh maintenant d'être appelée pour me dire aujourd'hui vous serez là, euh...ce n'est pas motivant. Ce n'est pas motivant, parce que ça donne un peu la sensation d'être « des pions » et qu'il faut juste combler des cases et derrière voilà, j'ai l'impression parfois que l'on ne se préoccupe pas de notre bien être à nous et puis du suivi du patient et donc du bien-être du patient derrière. Parfois, il y a la sensation qu'il faut juste combler des cases, faut que ça tourne, donc il faut absolument quelqu'un dans le service et il n'y a pas le cheminement derrière. Donc source de motivation, pas toujours. Je n'ai pas décidé d'être formé en SICs général ou proximité donc c'est que j'avais besoin pour ma part d'une certaine stabilité et de suivre les patients.

Question 6 : Avez-vous bénéficié d'un accompagnement par votre cadre de santé afin de faciliter votre mobilité ?

Euh...accompagnée non pas forcément. Mais, moi j'aurais souhaité qu'elle prenne le temps de venir me voir, de m'écouter, de me demander si j'avais besoin de quelque chose... En tout cas c'était, un besoin pour ma part.

Question 7 : Lors de la mobilité, le professionnel attend une reconnaissance. Pouvez-vous me dire ce que vous attendez de la part de votre cadre de santé, de votre institution ?

Moi, une cadre qui vient me dire euh, « je sais que c'est difficile en ce moment pour vous mais ne lâchez pas, je suis contente de votre travail, ce que vous faites c'est déjà bien ». Moi, j'ai besoin que l'on me parle, que l'on me motive, que l'on me rassure... Moi je sais que si derrière, j'ai une cadre qui me fait confiance et qui me booste je sais que je pourrai beaucoup plus accepter la situation. Moi rien que le fait d'une présence, quelqu'un qui passe et qui me dit « c'est top, on continue comme ça, on est dans une bonne dynamique », c'est tout bête mais ça va me motiver et voilà après je sais que l'encadrement ne peut pas faire plus non plus et puis voilà une cadre qui est donnant donnant pour moi c'est génial, parce que je sais que si je dépanne et que derrière j'ai besoin et qu'en contre parti, elle fait tout pour me donner un coup de main derrière, moi ça me suffit, j'ai pas besoin de plus. C'est déjà pas mal. Après l'aspect financier serait important mais au niveau d'une cadre, elle ne va pas pouvoir nous faire des heures supplémentaires et que voilà... elle ne pourra pas. Mais voilà, un remerciement, une motivation ça fait beaucoup. Après, ma cadre a valorisé ma mobilité au moment de mon évaluation annuelle, ça m'a fait énormément de bien de l'entendre et de le voir écrit. C'était une bonne valorisation, c'était top.

Question 8 : En tant qu'agent de la fonction publique hospitalière, avez-vous le sentiment d'appartenir à votre service, à votre pôle ou à votre établissement ? Pourquoi ?

Sourires. A l'établissement. J'ai commencé en tant qu'infirmière dans un service et je me suis vite rendue compte que bah, c'était l'effet un petit peu « pion » ou on avait besoin que quelqu'un soit là, mais ça pouvait être moi, ça pouvait être n'importe qui. De toute façon, mon encadrement m'a dit que le but de tout ça était de nous amener à ce que dans quelques années il n'y ait plus d'infirmières de service et que ça soit des infirmières on va dire polaires, voir même de l'établissement et du jour au lendemain on puisse changer de service. Ce que je trouve dommage. C'est tellement important d'avoir des infirmières qui connaissent leur service aussi depuis un petit moment, car quand les gens ne connaissent pas benh ils s'occupent que « *du basique* ». Et je l'ai vu quand il y a eu des gens qui sont venus dans mon service suite à des arrêts, on se retrouve avec une montagne de choses à faire derrière (stupéfiants, commandes, chariot d'urgence, administratif...). J'ai même trouvé une évolution entre le jour où j'ai été diplômée et pourtant je ne suis pas diplômée depuis très longtemps. Mais entre le jour où j'ai été diplômée en tant qu'infirmière en chirurgie digestive et aujourd'hui il y a vraiment un changement au niveau de la gestion où on veut nous amener à changer de service. Après, je ne sais pas si on forme les cadres à mobiliser un maximum les agents pour être polyvalent mais la polyvalence c'est bien mais je pense que c'est important d'avoir des professionnels qui soient experts de leur service. Même pour transmettre aux futures générations d'infirmiers, moi je sais que j'ai vachement appris avec les anciens, pour moi c'est très important pour éviter un déclin des soins.

ANNEXE 6

GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS CADRES DE SANTE			
	CDS 1	CDS 2	CDS 3
Age	55 ans	48 ans	41 ans
Année diplôme	2014	2007	2017
Service	CDO - URO - ORL	NEURO - DIABETO	Imagerie
Ancienneté dans le service	8 ans	5 ans	6 mois
Q1 : Êtes-vous amené à mobiliser des memories de votre équipe ?	Oui, j'ai été amené à demander à des professionnels de travailler dans d'autres services, d'autres postes.	Bien sûr que je suis amené à déplacer les professionnels et ce depuis que je suis cadre.	Alors depuis ma nouvelle affectation, j'ai très peu mobilisé le personnel. Ce qui est surprenant d'ailleurs car la mobilité des manipulateurs en radiologie c'est très culturel. Même si les trois services sont sondés, ils n'hésitent pas à s'entraider, se remplacer et ceux spontanément. Même si certains sont moins à l'aise dans certaines spécialités ils n'ont pas d'appréhensions contrairement aux infirmiers et aux aides-soignants. Après, pour revenir à votre question, dans le service de médecine gériatrique la mobilité était un mot « tabou » (sourires), oui c'est ça « tabou ». Le service appartient à un pôle, composé d'une Unité de Soins Longue Durée (USLD), d'un Service de Soins et de Réadaptation (SSR), et du service de Médecine à Orientation Gériatrique (MOG). D'ailleurs avec mes collègues cadres et le cadre supérieur du pôle nous avions fait le choix de constituer une équipe « volante » basée sur le volontariat.
Si oui, dans quelles circonstances ? Si non, pourquoi ?	Pour des remplacements suite à des arrêts de travail, ou des renforts sur des services en accroissement temporaires d'activités.	Depuis toujours il nous faut pallier aux arrêts de travail, c'est notre quotidien. Quel que soit le service il faut bien assurer la continuité des soins, non ?	C'était vraiment facilitateur pour pallier les différents arrêts et aussi quand il y avait besoin de renforts en lien avec une augmentation passagère de l'activité.
Q2 : Existe-t-il une politique de mobilité au sein de votre établissement ? Si oui, est-elle appliquée et en quoi consiste-t-elle ? Si non, savez-vous pourquoi ?	Oui, il existe une politique de mobilité mais elle reste « floue ». Elle n'est pas « formalisée ». Par exemple, sur les badges et les salaires les professionnels sont attachés à un service non à un pôle et encore moins à l'établissement. Elle n'est pas équitable car elle n'est pas appliquée de la même façon selon les services, les pôles. Elle est cadre dépendant, cadre supérieur dépendant voir chef de service dépendant.	Il y a bien évidemment une politique de mobilité comme dans tous les établissements. D'autant plus dans le service public. Cela fait partie des valeurs que doivent avoir tous les professionnels de santé. Moi-même quand j'étais infirmier, j'ai souvent navigué dans différents services. Ma surveillante de l'époque ne nous donnait pas le choix. Sans quoi c'était la porte ou du moins fin de contrat point à la ligne. Aujourd'hui avec la pénurie de professionnels c'est je dirais même une obligation et c'est précisé à l'embauche. On n'a guère le choix même si ce n'est pas ce pourquoi ont choisi d'être cadre. Mais même si je n'adhère pas, je réponds à une demande de ma hiérarchie. Donc je l'applique. Ça permet aussi de confronter les professionnels à la réalité du travail pour des raisons de soins, de travail en équipe, de solidarité.	Je ne crois pas que l'on puisse vraiment parler d'une politique de mobilité au sein de l'établissement, par contre elle existe dans les contrats de pôle je crois. C'est évoqué, c'est certain mais franchement les professionnels ne l'intègrent pas. Au moment du recrutement, où ne nous sommes pas conviés d'ailleurs, la direction des soins et les ressources humaines évoquent cette notion, oui le fait d'être salarié de l'établissement. Mais, très vite je pense que les professionnels qui créent des liens dans l'équipe du service où ils exercent se sentent pas travailler pour un établissement de santé. Ils sont à la limite « polaire » et encore ! Et puis, un infirmier même s'il est infirmier en soins généraux devient expert dans une spécialité s'il y reste plusieurs années. Il est compétent partout OK, mais l'expertise on en a quand même besoin, n'est-ce pas ? Une professionnelle qui travaille depuis son « DE » auprès des personnes âgées, croyez-vous qu'elle puisse être opérationnelle du jour au lendemain en cardiologie, ou en gastro-entérologie par exemple ?

Q3 : Comment sollicitez-vous un(e) infirmier(e) qui doit aller faire un remplacement inopiné dans un service ?	Alors, je lui explique la situation qui engendre cette mobilité. Je précise que c'est une demande de ma hiérarchie et que je ne l'oblige à rien. Je précise toujours « vous avez le droit de me dire non quel que soit le motif », et l'écoute, lui laisse le temps (même s'il y a urgence). La réflexion est importante car elle ouvre la porte de « c'est moi qui décide » donc d'empêcher ça donne une place importante au professionnel et le pouvoir de décision c'est le chef de la valeur qu'on lui donne, le respect de ses contraintes familiales, extérieures ou autres. J'utilise beaucoup le « Je comprends que cette situation n'est pas confortable » et je propose d'accompagner le professionnel, de le présenter et je lui dis que je reste disponible s'il a besoin de moi. Je le rassure et met en avant ses compétences professionnelles « je sais que vous êtes être à la hauteur, je n'ai aucun doute, j'ai confiance en vous, vous connaissez votre travail et vous êtes développer d'autres connaissances et compétences professionnelles, n'hésitez pas à travailler avec les aides-soignants qui seront d'une aide précieuse... ».	Je ne pensais pas de sollicitation mais plutôt d'une directive. Quel que soit le motif qui déclenche la mobilité pour la plupart arrêt de travail je me dois de venir en aide à mes collègues cadres en difficultés dans leurs services. Tout d'abord je les interpelle sur la valeur du travail, sur la responsabilité de leurs fonctions. Je leur dis également qu'il est nécessaire de s'entraider, que demain ça sera peut-être leur service qui aura besoin. J'essaie d'aller vers ceux qui n'osent pas dire non, qui sont plus facile à manipuler (sourires), souvent les jeunes diplômés ou les derniers arrivés. De toute façon, si le poste reste le même en termes d'horaires je ne vois pas pourquoi il y aurait refus. Je peux comprendre que changer les horaires de travail peut être problématique dans l'organisation familiale ou personnelle mais sur un même poste, le job reste le même ! A mon époque on n'hésitait pas à aller dans un autre service. Les pôles n'existaient pas, il n'y avait pas cet effet barrière, cloisonnement. Aujourd'hui on dirait qu'aller sur un autre pôle c'est quasi changer d'établissement. Mais de quoi ils ont peur franchement ? Sans parler de mobilité, on allait spontanément aider les collègues dans le service d'à côté lorsqu'il y avait besoin.	Comme je vous l'ai déjà évoqué tout à l'heure, sur le pôle où j'étais nous avions une équipe de volontaire pour naviguer sur les trois services. Mais parfois avec les congés il m'a fallu mobiliser des infirmières et des aides-soignantes. Et alors là, j'avais de la résistance bien évidemment. Mais honnêtement, dans l'ensemble vu que les professionnels se connaissent plus ou moins, ils partageaient les mêmes vestiaires, se retrouvaient parfois sur des temps de formation, de réunions... c'était assez simple. J'avais souvent des volontaires. Avec le recul, je pense que c'était une chance !
Q4 : En cas d'hésitation ou d'opposition, pensez-vous que le cadre peut influencer son collaborateur afin de le faire adhérer au concept de mobilité ?	Avant de mobiliser tel ou tel professionnel, si cela est possible, j'essaie de voir avec l'équipe s'il y a des volontaires. Je tiens compte également des demandes évoquées lors des entretiens professionnels annuels ou des rencontres fortuites des professionnels qui ont évoqué des envies de changement. Je leur dis que c'est peut-être une opportunité justement de travailler dans une autre spécialité et de rencontrer d'autres professionnels. Se remettre en question c'est aussi un moyen de retrouver un peu de motivation, de se donner « un coup de fouet ». Et puis j'insiste aussi en disant, « vous me raconterez ! »	Les agents de l'équipe où je travaille savent comment je travaille. Si les conditions ne leur conviennent pas, ils peuvent changer de service. Je suis plutôt très directif dans mon management, enfin dans cette situation de mobilité. Si on donne le cadre de travail dès l'embauche, il n'y a pas de surprise, donc l'adhésion est naturelle. Et puis, les professionnels depuis la mise en place des pôles sont très vite dans le bain. Ils commencent par des remplacements intra pôles, puis le pôle d'à côté... Avant tout, c'est un état d'esprit qu'il faut développer en amont. Et puis, s'il le faut je négocie.	Le management de la performance me semble le plus approprié pour amener le professionnel à accepter la mobilité. Sans oublier de valoriser son travail en commençant par « un merci », « merci de ce que vous faites pour le service », « le pôle »...
Si oui, quelles techniques managériales utilisez-vous ? Si non, pourquoi ?	Je deviens « manipulatrice », je suis sur un management persuasif et motivationnel et en aucun cas directif (rires).	A la force on connaît bien les techniques de manipulation qui permettent de faire adhérer les professionnelles (sourire).	Le management de la performance me semble le plus approprié
Q5 : Pensez-vous que la mobilité soit un outil motivationnel ?	Oui, je pense effectivement que la mobilité peut être utilisée comme un outil motivationnel.	Oui, je peux dire que c'est un outil motivationnel car souvent « ils rient » et ensuite ils me demandent d'y retourner. Ça leur fait du bien de voir autre chose, d'apprendre ou de développer d'autres connaissances, compétences et aussi de rencontrer d'autres professionnels, médecins, cadres et de découvrir d'autres organisations. En plus, ils aiment bien partager avec l'équipe leur expérience. Et puis, ils se sentent « forts » et « fiers » de l'avoir fait. Parfois je fais de l'humour avec eux en leur disant « alors, vous avez survécu ? » fiers.	Oui, ça peut être un outil motivationnel. Enfin seulement si la mobilité est volontaire, si elle désirée. Parce que si elle met le professionnel en difficulté, voir même « en danger », je ne vois pas où peut être la source de motivation pour l'agent.

Q6 : Mettez-vous en place un accompagnement spécifique lors de la mobilité d'un de vos agents ?	Oui bien sûr ! Il faut s'intéresser au retour d'expérience du professionnel. Ce n'est pas « un pion » que l'on déplace, c'est un professionnel qu'on responsabilise, qu'on invite à vivre une expérience nouvelle qui va l'amener à réfléchir, à mobiliser ses savoirs. Il faut s'y intéresser attentivement. Voudra-t-il renouveler cette expérience ou non et pourquoi ?	Ce n'est pas du tout mon style de « materner ». Il faut arrêter de vouloir « couvrir » cette génération nouvelle comme s'ils étaient fragiles. Ils sont majeurs, responsables et diplômés. Comme vous et moi ! Les « anciens » on prend moins de gants, vous ne croyez pas ! (rires)	Oui bien sûr, j'ai toujours accompagné mes agents, et ce même si c'était sur le pôle. Et puis, ma collègue qui recevait l'agent était attentive au bon déroulement du travail. Je me suis également toujours intéressé au ressenti du professionnel, à savoir comment il a vécu cette situation, s'il souhaite renouveler cette expérience ? et pourquoi. Pour moi, c'est essentiel que le professionnel n'ait pas le sentiment d'être juste « un pion ». Ici aujourd'hui, ailleurs demain (rires) ou d'entendre « je n'ai plus de vie de famille, on nous change toujours de poste, matin, soir, nuit » !
Q7 : En tant que cadre, quel type de reconnaissance mettez-vous en place lors de la mobilisation d'un de vos agents ?	Déjà je le remercie et lui dit que le service où il a travaillé le remercie également. Que son aide a été précieuse, qu'il a assuré et que je n'ai eu aucun doute. Si son retour est négatif, après un échange pour entendre et comprendre les éléments qui ont déclenché une expérience ne répondant pas à ses attentes, je serais rassurant.	Je ne mets pas de reconnaissance spécifique, mais je valorise la mobilité de l'agent lors de son entretien annuel. Je mets « disponibilité », « savoir d'entraide », « esprit d'équipe » ... Comme je l'ai dit au début de notre entretien, ce sont les valeurs du service public.	Je le valorise comme je l'ai dit en le remerciant, mais également sur ses compétences professionnelles, son développement de connaissances, ses qualités relationnelles et son adaptabilité.
Q8 : Avez-vous l'impression, que le sentiment d'appartenance de l'agent à son service peut être un frein à sa mobilité ?	Non je ne pense pas, d'après moi c'est très professionnel dépendant et générationnel.	Personne n'appartient à personne, ni vous, ni moi et aucun professionnel est embauché dans un service. Il est embauché pour travailler dans un établissement. Je pose le cadre dès l'arrivée d'un nouveau professionnel et je n'hésite pas à lui rappeler s'il refuse la mobilité. Je ne suis pas « facile » mais finalement ça fonctionne car je n'ai aucun souci à « bouger » les agents.	Oui, oui, oui. C'est une certitude.

ANNEXE 7

GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS INFIRMIERS			
	IDE 1	IDE 2	IDE 3
Age	37 ans	29 ans	26 ans
Année diplôme	2015	2018	2017
Service	USC	NEURO - DIABETO	CCO - URO - ORL
Ancienneté dans le service	2 ans	1 an 1/2	3 ans
Q1 : Avez-vous déjà été amené à être mobilisé ? Si oui, combien de fois ? Dans quelles circonstances ?	Oui, à plusieurs reprises sur les différents services du Pôle A mais aussi du Pôle C et pendant la période COVID sur la réanimation. A chaque fois pour des problèmes d'absentéisme sauf pour le service de réanimation où c'était pour renforcer l'équipe en poste en lien avec le surcharge de travail causée par la crise sanitaire COVID.	Oui, j'ai été amené à être mobilisé plusieurs fois d'un service à un autre pour remplacement jour/jour ou jour/nuit.	Oui, j'ai été amené à être mobilisé plusieurs fois. Déjà notre service était coupé en deux, Chirurgie Digestive + Urologie et Chirurgie Digestive + ORL donc on devait changer de secteur de temps en temps mais on s'arrangeait un petit peu entre nous. Après, j'ai été amené à aller en gastro ou en médecine infectieuse lorsqu'il y avait des arrêts. Et puis lors de la crise covid, à mon retour de congé maternité, on m'a imposé d'aller en renfort sur le service COVID et j'ai aussi été mobilisé pour aller sur un site extérieur suite à de nombreux arrêts pendant la crise sanitaire.
Q2 : Savez-vous si une politique de mobilité est mise en place au sein de votre établissement ? Si oui, en quoi consiste-t-elle ?	Il y a le service infirmier de compensation et de suppléance (ICS) de proximité sur chaque pôle après il y a un SICS général. Mais euh une politique en-elle-même je ne pense pas, mais c'est vrai que l'on nous force de plus en plus à être polyvalent et à aller dépanner dans les autres services en cas de besoin. Par contre, lors de mon recrutement on m'avait précisé que j'étais embauché sur tel service mais de jour comme de nuit.	Non, je ne sais pas s'il y a une politique de mobilité. Néanmoins, c'est évoqué succinctement lors de l'entretien d'embauche. Et lors de la prise de poste certains collègues te préviennent « fais gaffe quand il y a des arrêts il faudra que tu remplaces dans d'autres services », il rajoute même « si tu vas dans tel ou tel service c'est le bordel complet, je sens de toi je n'ai pas ».	Pas du tout, non je ne me suis jamais renseignée et je n'en ai jamais entendu parler.
Q3 : Comment votre cadre vous a-t-il sollicité lors de sa demande de mobilité ?	A l'époque sur le pôle A c'était sur des arrêts ou des absences, enfin sur un manque de personnel. Ma cadre m'avait demandé si je pouvais aller dépanner dans d'autres services de médecine, si ça ne me dérangeait pas. Enfin, elle m'a laissé le choix sans me le laisser car j'ai bien senti que si je disais oui c'était un gros plus quoi. En plus, à chaque fois le délai de remplacement est très court. C'est du jour pour le lendemain. Et puis, parfois on nous appelle sur nos repos, nos congés, ça c'est vraiment pénible. Une fois ma cadre, m'a laissé un message sur mon répondeur à 18h00, pour me dire que le lendemain matin finalement je ne serai pas en poste en soins intensif de cardiologie mais en réanimation. Et là, franchement je n'ai pas du tout apprécié et j'ai très mal vécu la situation. Silence. Ouai ça a vraiment été difficile pour moi.	Le cadre du service est soit venu me voir sur mon poste de travail pour me dire « tel jour vous, allez devoir aller travailler dans le service X car ils sont en pénurie de personnel », soit par téléphone sur un jour de repos pour faire la nuit de ce même jour en précisant « nous n'avons pas d'autres solutions, j'ai contacté tout le monde je n'ai plus que vous ».	Ben ça dépend des contextes. Il y a des fois où je l'ai découvert sur le planning, mon affectation d'origine était barrée et modifiée sans pour autant avoir été avertie. Par contre quand c'était du jour pour le lendemain... j'ai toujours eu un coup de fil de ma cadre où alors elle venait m'avertir dans le service. Parfois c'était sur des jours de repos ou de congés. Après, j'avais la possibilité de dire non, mais je ne refusais pas, je ne suis pas quelqu'un qui... je sais qu'à partir du moment où on me demande, c'est que les cadres sont en difficultés et je n'ai pas envie de leur en mettre davantage. On essaye d'être dans l'entraide, enfin, c'est comme ça que je le vois. Et en général, les cadres à qui j'ai eu à faire c'était donnant donnant donc je le fais de « bon cœur » parce que je sais que derrière il y aura quelque chose.

Auriez-vous souhaité qu'il aborde la demande différemment ?	Peut-être plus en amont, commencer à anticiper avant pour savoir si j'étais apte et si je voulais aller dépenser dans d'autres services et puis c'il y avait d'autres services que je n'aurais pas envie de faire. Parce qu'il y a toujours des services dans lesquels on n'a pas envie de bosser, qui ne sont pas dans notre spécialité. Donc ça peut-être plus d'anticipation en amont. Je ne sais pas, mais ça pourrait être abordé lors des entretiens annuels par exemple et ça devrait tenir compte aussi des compétences. Parce que moi par exemple, je me considère comme un infirmier de médecine et absolument pas comme un infirmier de chirurgie et en plus je n'ai absolument pas envie d'aller bosser dans ce genre de service parce que la chirurgie ne m'intéresse pas. Par exemple, sur le pôle A j'étais ok d'aller dépenser sur tous les services sauf sur le diabétologie, parce que ce n'est pas une spécialité qui m'intéressait non plus quoi.	J'aurais aimé qu'il ne me mette pas la pression, qu'il m'explique un peu plus le poste qu'il me demande d'occuper et qu'il me rassure. J'aurais aimé un échange et une proposition d'accompagnement dans le service. Le plus insupportable c'est lorsqu'il laisse un message sur le répondeur « rappelez-moi dès que vous avez ce message, c'est urgent ! » surtout sur des repas voir même des congés. J'aurais également apprécié qu'il me demande au niveau de mes compétences professionnelles et si en tant que jeune diplômé je me sentais capable d'assumer ce changement de poste.	Non, les fois où on me l'a demandé, je n'ai ni senti d'agressivité, ni de... voilà. J'ai plutôt senti un appel à l'aide. Après l'idéal, ça serait que l'on nous demande quand on est en service et de ne pas être rappelé sur les repas parce que c'est vrai que ça nous remet vite la tête dans le travail et après pour s'en re détacher... On a tendance à cogiter, enfin moi c'est comme ça que je fonctionne. Et puis, si la demande pouvait être plus en amont dans la mesure du possible, pour que l'on puisse s'organiser surtout que moi j'ai un enfant maintenant.
Q4 : Étiez-vous plutôt enthousiaste ou réticent à cette demande ? Pourquoi ?	J'étais plutôt enthousiaste quand j'ai dépensé sur le pôle A, parce que ça faisait un petit moment que j'étais dans le même service donc ça me permettait d'aller voir comment ça se passait dans les autres services et puis bon bah ça restait de la médecine donc je n'étais pas perdu et puis en plus je connaissais du monde. Par contre, quand il a fallu descendre en réanimation j'étais beaucoup moins enthousiaste. Déjà parce que ce n'est quand même pas la même spécialité, c'est quand même très spécifique, les médecins étaient différents et je connaissais vraiment beaucoup moins de monde. En plus, il y avait ce contexte de crise sanitaire et tout ça. On nous a balancé dans le service sans réelle formation, on ne savait pas trop quelle place on devait occuper, ce que l'on devait faire exactement donc ça était un peu plus compliqué à ce moment-là. Bon après sur la durée, vu que je suis descendu plusieurs fois... j'ai pris des automatismes et j'ai fini par trouver ma place. Mais c'est vrai que les premières fois en réanimation ont été compliquées quand même. J'ai été balancé là-bas « à la ve comme je te pousse » sans avoir été formé. Oui parce que, je ne savais pas ce que je devais faire, comment je devais m'organiser avec les professionnels du service de réanimation, si je devais véritablement prendre des patients en charge... J'ai été jeté sur un respirateur sans aucune formation donc oui j'ai eu peur de faire une « connerie », peur de perdre mon diplôme. Descendre comme ça, sans aucune formation, sans rien, sur quelque chose en plus que l'on m'a pas demandé, c'est compliqué. Silence. Oui.	Euh, j'étais plutôt réticent face à ce changement. Ça engendrait un stress énorme et une sensation d'être « un pion ».	Ça dépend, quand c'était pour revenir sur mon service de chirurgie ou un service de mon pôle, je connaissais les services et je savais pourquoi je le faisais. Après, il y a eu cette période covid, où je revenais de congés maternité, où je n'étais déjà pas dans une dynamique très apaisée on va dire vis-à-vis du travail. Et puis on m'a imposé d'aller en service COVID, ça ne s'est pas fait de façon adéquate à mon avis, ça s'est fait « à la raclée ». Ce moment-là, je ne l'ai pas très bien vécu, on ne m'a pas demandé mon avis, j'y suis allée parce qu'il fallait y aller. Et puis, il y a eu ce fameux jour où l'on me demande d'aller sur un site extérieur suite à de nombreux enfants malades causés par le COVID. Ce jour-là, j'ai été effrayée, en plus ça a été du jour pour le lendemain. Ça a vraiment été beaucoup d'appréhension. Après autant je pense que les cadres se mettent à notre place et savent que c'est beaucoup demandé autant la hiérarchie je ne suis pas sûre qu'elle se mette à notre place et qu'elle se rende compte de cette demande. Ça m'a vraiment mis en souffrance cette situation.

En cas de réticence, pensez-vous que votre cadre aurait pu influencer votre choix ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?	Oui, elle aurait pu, enfin ça dépend de la cadre. Si elle essaye de m'influencer en me passant de la pomme de main disant « vous avez les compétences », « je crois en vous »... ça ne marchera pas avec moi. Ça dépend du rapport humain (silence). Je ne sais pas mais moi une cadre qui fonctionne ou « donne-donne » à plus de chance de me faire changer d'avis.	Oui, il aurait pu influencer mon choix en étant plus à l'écoute de mes appréhensions et en utilisant d'autres raisons que celle « je n'ai pas le choix » j'aurais aimé une reconnaissance, qu'il valorise la demande sur un développement de compétences, une confiance peut-être ?	Oui je pense, enfin peut-être tout simplement en commençant par me laisser le choix, oui et puis me laisser un temps de réflexion. Je pense qu'il ne faut pas grand-chose. Je pense que le fait d'être écouté, d'apporter des réponses et d'être dans la compréhension de la personne aurait pu m'aider à changer d'avis. Et surtout, être honnête vis-à-vis de la situation.
Q5 : Pour vous, être que la mobilité peut être source de motivation ?	Bien, je pense que les personnes qui ont envie de bouger, elles se mettent sur un service du SIC. C'est leur truc. Après à partir du moment où tu fais le choix de travailler dans un seul service, je pense que c'est pour s'y intégrer et s'impliquer dans la vie du service. À l'avenir, on a moins envie de s'impliquer et y a beaucoup de choses que l'on met de côté. Là, je suis en soins intensifs c'est pour y rester et m'impliquer. Le fait d'avoir été mobilité, ne m'a pas donné envie de changer de service. À l'heure actuelle je suis très bien dans mon service.	Non, c'est loin d'être une source de motivation pour moi.	Quand on l'a choisie, oui mais quand elle n'est pas choisie non. Pour ma part, quand j'ai demandé à être formée aux consultations pour être mobile entre le service de chirurgie et les consultations, ça me faisait un bien fou de changer. Je savais que quand c'était un petit peu difficile en chirurgie et un petit peu étouffant quelque part je savais que j'avais quelques jours de consultations derrière et ça me faisait du bien. Euh maintenant d'être appelée pour me dire aujourd'hui vous serez là, euh... ça n'est pas motivant. Ce n'est pas motivant, parce que ça donne un peu la sensation d'être « des plans » et qu'il faut juste combier des cases et derrière voilà, j'ai l'impression parfois que l'on ne se préoccupe pas de notre bien-être à nous et puis du suivi du patient et donc du bien-être du patient derrière. Parfois, il y a la sensation qu'il faut juste combier des cases, faut que ça tourne, donc il faut absolument quelqu'un dans le service et il n'y a pas le cheminement derrière. Donc source de motivation, pas toujours. Je n'ai pas décidé d'être formé en SIC général ou proximité donc c'est que j'avais besoin pour ma part d'une certaine stabilité et de suivre les patients.
Q6 : Avez-vous bénéficié d'un accompagnement par votre cadre de santé afin de faciliter votre mobilité ? Si oui, comment ?	À chaque fois que j'ai été change de service, non, je n'ai pas eu d'accompagnement. Ah si peut-être que ma cadre est descendue une fois quand j'étais en réanimation pour voir comment ça se passait, mais dans plus, au final je n'ai pas eu vraiment de suivi. Par contre on a eu une réunion de service avec tous ceux qui étaient descendus, pour faire le point sur nos difficultés mais au final ça n'a rien donné quoi. Enfin peut-être que l'on a été écouté sur le coup mais s'il fallait redescendre demain, je pense que l'on n'aurait pas le choix.	Malheureusement, je n'ai jamais bénéficié d'un accompagnement alors que j'aurais aimé.	Euh... accompagnée non pas forcément. Mais, moi j'aurais souhaité qu'elle prenne le temps de venir me voir, de m'écouter, de me demander si j'avais besoin de quelque chose... En tout cas c'était, un besoin pour ma part.
Q7 : Lors de la mobilité, le professionnel attend une reconnaissance, pouvez-vous me dire ce que vous attendez de la part de votre cadre de santé, de votre institution ?	Bien honnêtement ça va faire 7 ans que je suis dans l'institution et j'en attend plus grand-chose. Les remerciements c'est souvent pour les autres, on n'a pas vraiment de reconnaissance. Silence. Un merci de temps en temps je pense que ça ne ferait quand même pas de mal, après, oui je n'attends pas grand-chose d'autre. Des remerciements c'est sûr que ça ferait plaisir mais au final on n'attend rien parce que ça sera comme ça et pas autrement. Ce qui serait plutôt agréable, c'est que notre cadre nous dise que l'on a pu gérer, dépanner dans un autre service sans avoir eu aucune formation ou quoi que ce soit. Après, à chaque évaluation annuelle, ma cadre souligne ma polyvalence mais bon ça a l'effet inverse aussi, où à trop être polyvalent on t'envoie au « casse-pipe » quand il y a besoin de dépanner. Et ça je l'ai déjà vécu.	Bien sûr, une reconnaissance est aussi une marque de confiance et de valorisation du travail. La plupart des demandes j'avais juste l'impression d'être un bouche trou. J'aurais aimé aussi que ce soit une décision en équipe. Pourquoi moi ? Pourquoi pas ma ou mon collègue ? Et puis que ce soit basé sur le volontariat, non sur des remarques comme « Vous êtes pagailleurs », « Vous êtes le dernier arrivé » ou « Vous êtes issu d'un pôle non d'un service ».	Moi, une cadre qui vient me dire euh... je sais que c'est difficile en ce moment pour vous mais ne lâchez pas, je suis contente de votre travail, ce que vous faites c'est déjà bien ». Moi, j'ai besoin que l'on me parle, que l'on me motive, que l'on me rassure... Moi je sais que si derrière, j'ai une cadre qui me fait confiance et qui me booste je sais que je pourrais beaucoup plus accepter la situation. Moi rien que le fait d'une présence, quelqu'un qui passe et qui me dit « c'est top, on continue comme ça, on est dans une bonne dynamique », c'est tout bête mais ça va me motiver et voilà après je sais que l'encadrement ne peut pas faire plus non plus et puis voilà une cadre qui est donnant donnant pour moi c'est génial, parce que je sais que si je dépanne et que derrière j'ai besoin et qu'en contre part, elle fait tout pour me donner un coup de main derrière, moi ça me suffit, j'ai pas besoin de plus. C'est déjà pas mal. Après l'aspect financier serait important mais au niveau d'une cadre, elle ne va pas pouvoir nous faire des heures supplémentaires et que voilà... elle ne pourra pas. Mais voilà, un remerciement, une motivation ça fait beaucoup. Après, ma cadre a valorisé ma mobilité au moment de mon évaluation annuelle, ça m'a fait énormément de bien de l'entendre et de le voir écrit. C'était une bonne valorisation, c'était top.

Q8 : En tant qu'agent de la fonction publique hospitalière, avez-vous le sentiment d'appartenir à votre service, à votre pôle ou à votre établissement ? Pourquoi ? En cas de sentiment d'appartenance à un service : Qu'est ce qui fait que vous n'ayez pas le sentiment d'appartenir à un pôle ?	De plus en plus à l'établissement ça c'est une chose certaine, puis bah par contre par effet inverse de moins en moins à un service même si bon mon service restera mon service. Mais oui avec les amitiés en masse, on nous demande de plus en plus de mobilité, donc oui on appartient d'abord à l'établissement je pense avant d'appartenir à un pôle et enfin à un service. Alors que quand je suis arrivée c'était complètement l'inverse, je me voyais appartenir à un service. Et maintenant, je me dis que demain avec le DHT, je peux très bien être envoyée sur un autre site.	Ah ben sans hésitation, à l'établissement. Ils font ce qu'ils veulent de nous maintenant.	Sourires. A l'établissement. J'ai commencé en tant qu'infirmière dans un service et je me suis vite rendu compte que bah, c'était l'effet un petit peu « pion » ou on avait besoin que quelqu'un soit là, mais ça pouvait être moi, ça pouvait être n'importe qui. De toute façon, mon encadrement m'a dit que le but de tout ça était de nous amener à ce que dans quelques années il n'y ait plus d'infirmières de service et que ça soit des infirmières on va dire poissées, voir même de l'établissement et du jour au lendemain on puisse changer de service. Ce que je trouve dommage. C'est tellement important d'avoir des infirmières qui connaissent leur service aussi depuis un petit moment, car quand les gens ne connaissent pas bien ils s'occupent que « du bio-bio ». Et je l'ai vu quand il y a eu des gens qui sont venus dans mon service suite à des amitiés, on se retrouve avec une montagne de choses à faire derrière (insufflants, commandes, chariot d'urgence, administratif...). J'ai même trouvé une évolution entre le jour où j'ai été diplômée et pourtant je ne suis pas diplômée depuis très longtemps. Mais entre le jour où j'ai été diplômée en tant qu'infirmière en chirurgie digestive et aujourd'hui il y a vraiment un changement au niveau de la gestion où on veut nous amener à changer de service. Après, je ne sais pas si on forme les cadres à mobiliser un maximum les agents pour être polyvalents mais la polyvalence c'est bien mais je pense que c'est important d'avoir des professionnels qui soient experts de leur service. Même pour transmettre aux futures générations d'infirmiers, moi je sais que j'ai vraiment appris avec les anciens, pour moi c'est très important pour éviter un déclin des soins.
--	---	--	---

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@21-22

TYPE DE DOCUMENT
Memory

TITRE DU DOCUMENT
The manager's power of influence at the service of mobility.

AUTEUR
Mrs NAVARRO Aline

Mots clés : Mobilité, pouvoir d'influence, adhésion, cadre de santé, leadership, infirmière, hôpital	Keys Word : Mobility, power of influence, membership, health framework, leadership, nurse, hospital
---	--

RÉSUMÉ

L'Hôpital a connu ces dernières années, de nombreuses réformes dans le but de moderniser l'offre de soins et de rendre l'Hôpital efficient à travers une maîtrise des coûts et une meilleure optimisation de la gestion des ressources humaines.

Afin de répondre à ces contraintes et de faire face à un absentéisme de plus en plus prégnant, l'Hôpital utilise la mobilité des soignants comme outil stratégique de management.

Toutefois, cette mobilité n'est pas toujours comprise et acceptée par les collaborateurs. Elle est alors subie et devient une source de contrainte.

A travers ce travail de recherche j'ai souhaité comprendre en quoi le pouvoir d'influence du cadre de santé pouvait il favoriser l'adhésion de ses collaborateurs au concept de mobilité.

Pour ce faire, j'ai dans un premier temps mené des recherches théoriques sur les concepts de la mobilité, du pouvoir d'influence, du leadership et du cadre de santé.

Ensuite, dans le cadre de mon enquête exploratoire, j'ai réalisé des entretiens semi directifs auprès de 3 cadres de santé et de 3 professionnels infirmiers afin de voir si les données théoriques étaient en adéquation avec le terrain.

Il apparait que le cadre de santé à un rôle essentiel à jouer dans l'accompagnement de la mobilité et qu'à travers son leadership il va pouvoir exercer une certaine forme d'influence sur son collaborateur.

ABSTRACT

In recent years, the hospital has undergone numerous reforms with the aim of modernising the provision of care and making the hospital efficient through cost control and better optimisation of human resources management.

In order to respond to these constraints and to deal with increasing absenteeism, the hospital uses the mobility of care workers as a strategic management tool.

However, this mobility is not always understood and accepted by employees. it is then undergone and becomes a source of constraint.

Through this research work, I wanted to understand how the power of influence of the health executive could promote the acceptance of the concept of mobility by his employees.

To do this, I first conducted theoretical research on the concepts of mobility, power of influence, leadership and the health executive.

Then, as part of my exploratory investigation, I conducted semi-structured interviews with three health managers and three nurses in order to see if the theoretical data were consistent with the field.

It appears that the health executive has an essential role to play in supporting mobility and that, through his or her leadership, he or she will be able to exert a certain form of influence on the employee.