

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

La mobilité interservices contrainte :

Quels enjeux pour le cadre de santé ?

Sous la direction de Maxime FLORIAT

Manon JONQUÉ

DCS@23-24

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.

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement mon directeur de mémoire, Mr Maxime FLORIAT, pour sa guidance bienveillante et ses précieuses recommandations durant ces 9 mois d'initiation à la recherche.

Je remercie ensuite les cadres formatrices de l'Institut de formation des Cadres de Santé de l'Ecole Supérieure de Montsouris, pour leur accompagnement et leurs conseils tout au long de cette année d'étude.

Je remercie également toutes les cadres de santé de m'avoir consacré de leur temps lors de la réalisation des entretiens et pour le partage inestimable de leur expérience professionnelle.

Je remercie en outre mes collègues de promotion, notamment Emilie, pour cette si belle rencontre et ces moments de partage tout au long de cette année de formation.

Pour finir, je remercie tout particulièrement ma famille, mes enfants et mon conjoint pour leur patience, leur soutien et leur compréhension pour tous ces instants familiaux non partagés. Je remercie notamment Armelle et Cyril pour la mise à disposition de leur talent de relecteurs orthographique.

Table des abréviations

C

CS Cadre de Santé

D

DGOS Direction Générale de l'Offre de Soins

DREES Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

F

FFCS Faisant Fonction Cadre de Santé

FFCSS Faisant Fonction Cadre Supérieur de Santé

G

GH Groupe Hospitalier

H

HPST Hôpital Patient Santé et Territoire

I

IFCS Institut de Formation des Cadres de Santé

S

SAVS Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SSR Soins de Suite et de Réadaptation

T

T2A Tarification A l'Activité

Sommaire

Introduction	1
1. Le contexte global de mobilité hospitalière, source d'interrogations.....	3
1.1 La mobilité interservices, à l'origine d'un questionnement professionnel.....	3
1.2 L'évolution de l'hôpital public, quand les politiques de coopération deviennent source de problématique	6
2. Cadre de référence théorique	9
2.1 La politique de mobilité à l'hôpital public, nouvelle stratégie institutionnelle	9
2.1.1 Approche sémantique de la mobilité : quel est son sens ?.....	9
2.1.2 La mobilité, un cadre législatif riche	11
2.1.3 Les enjeux de la mobilité sur les équipes soignantes.....	13
2.2 Le changement : Prescrit ? Unilatéral ? Le risque de l'immobilisme	15
2.2.1 Le changement possible, mais pas naturel	15
2.2.2 Les résistances au processus du changement.....	17
2.3 L'accompagnement managérial à la mobilité contrainte : condition essentielle pour l'appropriation au changement	21
2.3.1 Les nouvelles réalités organisationnelles, vers un accompagnement structurel des professionnels de santé	21
2.3.2 Le cadre de santé, l'acteur essentiel dans l'accompagnement humain	23
2.3.3 Mais... quels leviers managériaux pour le cadre de santé ?	25
3. Cheminement et émergence de la question de recherche.....	29
4. Enquête de terrain	31
4.1 Choix et méthodologie de l'outil de recherche.....	31
4.2 Les professionnels interrogés	32
5. Analyse des résultats de l'enquête	35
5.1 Méthodologie d'analyse des entretiens.....	35
5.2 Analyse croisée par thématique	36
5.2.1 La mobilité en quelques mots : définition, organisation et freins.....	36
5.2.2 Les réactions des professionnels face au changement	40

5.2.3 L'accompagnement à la mobilité contrainte : quels leviers managériaux ?	42
5.2.4 Quelques pistes de réflexion	47
6. Discussion des résultats en lien avec l'hypothèse avancée	49
6.1 Le cadre de santé, pilote dans l'appropriation du changement ponctuel.....	49
6.2 Le cadre de santé : un acteur principal dans l'accompagnement structurel à la mobilité ?	50
6.3 Le cadre de santé : un acteur clé dans l'accompagnement humain à la mobilité ?	51
6.4 A l'avenir.....	53
7. Les limites de l'enquête : « et si on reprenait à zéro ? »	55
Conclusion.....	57
Bibliographie.....	59

Annexes

Annexe I : Grille d'entretien des professionnelles interviewées

Annexe II : Retranscription de l'entretien de la FFCSS Anne

Annexe III : Retranscription de l'entretien de la cadre de santé Tracy

Annexe IV : Tableau croisé de synthèse des verbatims emblématiques issus des entretiens

Introduction

Lors de mon année d'étude au sein de l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) affilié à l'école supérieure de Montsouris, j'ai rédigé ce mémoire de recherche dans le cadre de l'obtention du diplôme de cadre de santé. Ce dernier se concentre sur l'accompagnement du cadre de santé dans l'appropriation par le personnel soignant de la mobilité interservices contrainte. Il représente une première initiation à la recherche et offre une mise en perspective de ce travail dans mon futur exercice professionnel.

Au cours de mon parcours professionnel, j'ai tout d'abord exercé en qualité d'ergothérapeute diplômée d'Etat. J'ai occupé ce poste pendant 5 ans, initialement dans un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) où j'ai pu développer mes compétences en gestion des priorités, en autonomie et en relations interpersonnelles. En particulier avec les usagers intervenant principalement à leur domicile. Par la suite, au sein d'une clinique privée de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Cette expérience m'a appris à travailler dans l'urgence, tout en gérant mon stress, étant la seule ergothérapeute pour une centaine de lits d'hospitalisation. A ce jour, cela me permet de garder mon sang-froid et le sens des priorités face aux défis quotidiens de la vie d'un service de soin. Au sein de cette clinique, j'ai été promue Coordinatrice de rééducation pendant 2 ans et demi. Cette évolution de carrière, dans le même établissement, a nécessité une grande adaptabilité et communication efficace avec l'équipe de rééducateurs pour être reconnue en qualité de responsable du service. Mon désir de perfectionnement dans le domaine du management m'a ensuite conduit à occuper le poste de Faisant Fonction Cadre de Santé (FFCS) à l'hôpital public, que j'exerce depuis 2 ans et demi. C'est à ce moment précis de ma carrière que j'ai été confrontée pour la première fois à la mobilité interservices contrainte en tant que manager. A plusieurs reprises, j'ai dû déplacer des soignants de mon unité vers d'autres spécialités pour pallier un absentéisme anticipé ou impromptu. Cet usage institutionnel étant complexe à mettre en place pour moi, je me suis alors questionnée sur le rôle du cadre de santé dans l'accompagnement des soignants à la mobilité interservices contrainte.

Lorsque je reprendrai mes fonctions de cadre de santé, je sais que je serai de nouveau amenée à mettre en œuvre cette pratique, et je souhaite que cet accompagnement de la mobilité interservices auprès des soignants soit une expérience positive et enrichissante.

Ce travail de recherche me permettra de comprendre les enjeux et les leviers de l'accompagnement des agents confrontés à la mobilité interservices contrainte, et de les transposer dans ma pratique pour améliorer mon management au profit des professionnels que j'encadrerai.

Avant de répondre à mes interrogations et d'accroître mes connaissances en vue de mes futures responsabilités managériales, je commencerai par présenter dans une première partie le contexte global à l'origine de mes questionnements, puis dans une seconde partie mon cadre conceptuel me permettant d'explicitier cette démarche complexe qu'est la mobilité interservices contrainte. Ensuite, je décrirai le cheminement ayant conduit à la formulation de ma question de recherche et de mon hypothèse de travail. Dans un second temps, je présenterai la méthodologie d'enquête, suivie de l'analyse des résultats en lien avec mes références théoriques. Dans une section nommée discussion, je validerai ou invaliderai mon hypothèse de recherche. Enfin, je procéderai à une évaluation des limites de cette étude, avant de conclure sur ses contributions à la construction de mon identité professionnelle en qualité de cadre de santé.

1. Le contexte global de mobilité hospitalière, source d'interrogations

1.1 La mobilité interservices, à l'origine d'un questionnement professionnel

Avant d'intégrer l'IFCS, j'occupais le poste de FFCS au sein d'une unité de SSR neurologique appartenant à un Groupe Hospitalier (GH). Cette unité se situe dans un bâtiment annexe de l'hôpital central, comprenant trois étages distincts :

- 1^{er} étage : service SSR Neurologique (SSR N) ;
- 2^e étage : service de Court Séjour Gériatrique (CSG) ;
- 3^e étage : service de SSR Gériatrique (SSR G).

Les deux étages supérieurs étaient dédiés à la gériatrie tandis que le premier étage se spécialisait dans la neurologie. Ces services faisaient tous partie du même pôle « Gériatrie et SSR » au sein du GH, organisé en divers pôles d'activités.

Durant mes deux ans et demi de prise de fonction de FFCS au sein du SSR N, j'ai fréquemment été confrontée à des postes vacants de soignants et/ou des absences imprévisibles à remplacer. Récemment, les vacances proposées devenaient plus difficiles à pourvoir. J'ai constaté une pénurie de personnel soignant, exacerbée par la pandémie de COVID-19. Selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)¹, le taux d'emploi salarié des infirmiers hospitaliers est passé de 68,93% en 2012 à 63,18% en 2021 au profit du travail libéral/mixte qui a évolué de 16,17% à 19,35% et/ou d'autres secteurs (médecine du travail, établissement scolaire) qui ont augmenté de 14,9% à 17,47%. Ces chiffres témoignent d'un besoin croissant de personnel hospitalier, probablement lié à un désintérêt grandissant pour le travail hospitalier : augmentation de l'absentéisme à combler, travail à flux tendus permanent.

Face à cette pénurie, les hôpitaux ont recours à la mobilisation interservices des soignants, inscrite dans une stratégie de gestion des ressources humaines liée au contexte économique.

¹ P, VERGE, [en ligne], *Hôpital : 4 graphiques pour comprendre la pénurie de soignants*, URL : [Hôpital : 4 graphiques pour comprendre la pénurie de soignants | Les Echos](#) (Consulté le 07/10/23).

La gestion hospitalière est désormais soumise à un marché concurrentiel. Ainsi à l'échelle nationale, les pouvoirs publics incitent les établissements de santé à rationaliser leurs dépenses. Pour répondre à ces exigences, les hôpitaux se structurent autour de pôles d'activités ; permis par l'ordonnance du 2 mai 2005 et la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST) 2009 ; ce management polaire permet de « faciliter la mutualisation de certaines ressources et limiter les dépenses dans un contexte de restrictions budgétaires des établissements hospitaliers »² (HAVARD, 2015, pp.91-125). Cette structuration amène les soignants à être rattachés non plus à un service spécifique, mais à un pôle d'activités, où ils remplacent selon les besoins des différents services. Cette mobilisation facilite le déplacement des agents au sein du même pôle, optimisant les ressources internes de l'institution et évitant le recours coûteux à des agences d'intérim externes. Par conséquent, lorsqu'un service est confronté à de l'absentéisme soignant (infirmier et/ou aide-soignant), le cadre de santé du service en question doit d'abord chercher à remplacer les professionnels manquant par les agents de deux autres services avant de recourir à des vacataires externes. Cette mobilité non choisie exige des équipes soignantes une polyvalence professionnelle, les amenant à travailler dans diverses spécialités.

En qualité de cadre de santé faisant fonction du SSR N, j'ai remarqué à plusieurs reprises que lors de l'affichage des plannings mensuels (fournis institutionnellement un mois à l'avance aux équipes), les soignants exprimaient de l'anxiété à l'idée d'être affectés dans les services de gériatrie. Cette anxiété découle de la nécessité de faire face à des changements et à l'inconnu, engendrant une certaine résistance. En effet, les infirmiers expriment une appréhension liée à la crainte de manquer de compétences dans la réalisation des soins gériatriques et d'actes techniques qu'ils n'ont plus l'habitude de pratiquer en SSR N. Malgré l'existence d'un référentiel de compétences³ qui définit leur métier, ces professionnels ont déjà dû acquérir ces compétences techniques pour obtenir leur certification. Cependant, comme le souligne Guy LE BOTERF, doctorant en sciences humaines et en sociologie, « les compétences des référentiels sont des abstractions certainement utiles mais des abstractions.

² C, HAVARD, « L'adoption d'une structure polaire à l'hôpital : quelles articulations des logiques professionnelles », dans : @GRH, volume 16, n°3, décembre 2015, pp. 91-125, 2015.

³ MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION, [en ligne], *Le répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie – fonction publique hospitalière*, URL : [Le répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie - fonction publique hospitalière - Ministère de la Santé et de la Prévention \(sante.gouv.fr\)](https://www.sante.gouv.fr/le-repertoire-des-metiers-de-la-sante-et-de-l-autonomie-fonction-publique-hospitaliere) (Consulté le 08 octobre 2023).

Seules les personnes existent. »⁴ (2016, p.24). En effet, ces référentiels, bien qu'ils établissent un niveau de compétence, ne suffisent pas à guider les professionnels dans la prise de décisions, dans l'anticipation des difficultés ou dans leur positionnement vis-à-vis des situations complexes, surtout dans des environnements méconnus de mobilités interservices.

Les aides-soignants, de leur côté, évoquent la lourdeur des soins de nursing en gériatrie, source d'inquiétude et de fatigue mentale et physique. A leur retour dans le service suite à la mobilité, il émane un fort mécontentement et un désinvestissement de ces professionnels qui se sentent instrumentalisés. En effet, lors des mobilités ils ne se sentent pas appartenir à une équipe et ils doivent réaliser des actes techniques qui créent chez eux de l'inconfort. Cette instabilité professionnelle transitoire face à des pratiques qu'ils ne sont plus habitués à exercer, engendre des prises de risques et une appréhension de l'inconnu dans un environnement plus technique. Cette demande de polyvalence peut être effrayante en situation de mobilité, créant ainsi une double peine : un sentiment de dévalorisation de la qualité des soins prodigués aux patients et une perte de sentiment d'appartenance à un groupe.

Ces observations m'ont permis de pointer du doigt que la mobilité interservices provoque un mal être au sein de l'équipe, se manifestant par de l'anxiété, une baisse de motivation et un désengagement vis-à-vis du travail. Cette souffrance au travail émanant des professionnels du service rendait pour moi la planification et la désignation des soignants mobilisés de plus en plus complexe. C'est pourquoi, lors de mon entrée en IFCS, j'ai choisi de me pencher sur la place du cadre de santé dans le processus de mobilité. Il m'est apparu évident que cette problématique constituait un sujet de mémoire pertinent à explorer.

La question de départ émergente de cette situation d'appel est donc :

Quel est le rôle du cadre de santé dans l'accompagnement des soignants confrontés à la mobilité interservices ?

⁴ G, LE BOTERF. *Professionaliser : Construire des parcours personnalisés de professionnalisation*. Edition Eyrolles, 1^{er} Avril 2016, p.24.

1.2 L'évolution de l'hôpital public, quand les politiques de coopération deviennent source de problématique

Depuis ses débuts, l'hôpital public a subi d'importantes évolutions organisationnelles. Initialement un lieu de traitement aux effets mystiques au XVIII^e siècle, il a progressé pour devenir, au XXI^e siècle, une entité gestionnaire proposant des prestations hospitalières.

Une des premières date clé dans la transformation hospitalière réside dans les ordonnances de 1958, fusionnant les hôpitaux et les universités. Cette union a permis l'intégration du savoir à l'hôpital, le transformant en un lieu de recherche, d'expérimentation et d'enseignement. En complément, la réforme Robert DEBRÉ a instauré « l'activité à plein temps des médecins hospitaliers qui auparavant travaillaient le matin à l'hôpital et l'après-midi, en ville, dans leur cabinet où ils recevaient leur clientèle privée »⁵ (GRIMALDI et VERNANT, 2021, pp.73-83). Ainsi, les médecins universitaires ont pris en charge la gestion hospitalière. L'hôpital s'est également recentré sur la production de connaissances, avec une organisation cloisonnée en spécialités interdépendantes, séparées par la professionnalisation de leurs acteurs. La spécialisation est « l'unique principe d'organisation de la division horizontale tout au long du XIX^e et du XX^e siècle »⁶ (DUMOND, 2021, p.91).

Une seconde révolution organisationnelle a marqué l'hôpital avec la mise en place de la Tarification A l'Activité (T2A) en 2003 ; suivie de l'introduction des pôles d'activités définis dans l'ordonnance du 2 mai 2005, renforcée par la loi HPST du 21 juillet 2009. Ces changements ont instauré une organisation polarisée, brisant les cloisonnements et redéfinissant les rôles de chacun au sein de l'institution. On passe dès lors d'une logique de service par spécialité, à une logique de pôle par polyvalence dans la planification des effectifs. L'objectif majeur est de favoriser la transversalité des acteurs (médicaux, soignants, administratifs). Cette approche permet de mobiliser les ressources humaines, améliorant la coopération entre professionnels.

⁵ A, GRIMALDI et J-P, VERNANT, « Reconstruire l'hôpital public par la démocratie sanitaire », dans : *Raison présente*, n°217, janvier 2021, pp.73-83, 2021.

⁶ J-P, DUMOND. La grande transformation hospitalière. Vers un hôpital comme un lieu d'expériences existentielles. Paris, Seli Arslan, 2021.

Cependant, cette restructuration nécessite donc « une acculturation des acteurs hospitaliers à la logique gestionnaire, elle bascule les équilibres de pouvoirs traditionnels, modifie les lignes hiérarchiques et redessine la place et le rôle de chacun »⁷(LAGADEC, 2016, p.15). Désormais, la mobilité s'intègre dans la politique de gestion des ressources humaines pour optimiser les effectifs et réduire les coûts de fonctionnement. L'organisation hospitalière est repensée afin d'accroître l'efficacité, c'est-à-dire d'assurer une qualité des soins à moindre coût.

Ces mutations hospitalières ont considérablement modifié les missions du cadre de santé. Dans cette logique polarisée, le cadre de santé doit ajuster les ressources humaines aux besoins des unités de soins. Dans la majorité des cas, il sera contraint de déplacer des professionnels de leur environnement de travail pour pallier l'absentéisme d'un autre service appartenant au même pôle : c'est la mobilité interservices. Le cadre de santé étant au cœur de la coordination interservices :

- Comment peut-il être une plus-value ?
- Comment peut-il accompagner les équipes soignantes lors de ces changements d'affectation temporaires pour prévenir l'épuisement professionnel ?
- Peut-il promouvoir la culture de la mobilité parmi les professionnels de santé ?

Une seconde question émergente serait donc :

En quoi le management du cadre de santé peut-il être un levier pour favoriser l'adhésion des équipes soignantes à une mobilité contrainte ?

⁷ A-M, LAGADEC, « Les pôles hospitaliers, une mutation en cours. », dans : *Soins cadres*, n°98, 2016, p.15, 2016.

2. Cadre de référence théorique

2.1 La politique de mobilité à l'hôpital public, nouvelle stratégie institutionnelle

2.1.1 Approche sémantique de la mobilité : quel est son sens ?

La mobilité hospitalière est devenue une priorité encouragée activement par les autorités publiques. Face à la rareté du personnel soignant et aux coûts de fonctionnement de celui-ci, qui représentent 75% des charges financières d'un établissement de santé, toute forme de mobilité est promue. Pour pallier l'absentéisme, certains hôpitaux ont mis en place un service transversal de suppléance, un « pool » composé de soignants volontaires, formés et compétents dans l'ensemble des unités de soins du pôle. Cependant, lorsque ces soignants sont indisponibles et/ou n'existent pas au sein d'un établissement de santé, le recours à la mobilité interservices à lieu. Dans cette situation, les soignants mobilisés ne sont généralement ni volontaires ni opérationnels dans les spécialités du pôle. La mobilité est alors utilisée comme un outil de gestion des ressources humaines, relevant d'une approche managériale efficiente.

La mobilité peut être définie comme « le passage d'un point A à un point B : changement de lieu, changement de fonction, changement de statut ou encore changement de métier. Elle s'exerce à l'intérieur d'un même territoire ou bien entre territoires différents»⁸ (SLIWKA et PENGAM, 2006, p.2). Il existe plusieurs déclinaisons de la mobilité :

- **Inter-organisationnelle** (externe correspond à des changements d'emplois, avec changement d'employeurs) / **intra-organisationnelle** (interne au sein même de l'organisation) ;
- **Géographique** (induit un changement de lieu de travail) ;
- **Verticale** (hiérarchique) / **horizontale** (fonctionnelle) ;
- **Définitive** ou **ponctuelle** (pour répondre à des fluctuations de l'activité) ;
- **Volontaire** (initiée par le travailleur) / **contrainte** (imposée par l'organisation).

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

Ce travail de recherche sera centré sur la mobilité interne, horizontale, ponctuelle et imposée par l'organisation. La mobilité interne se caractérise par le déplacement d'un employé d'un poste à un autre au sein de la même organisation, sans changement d'employeur.

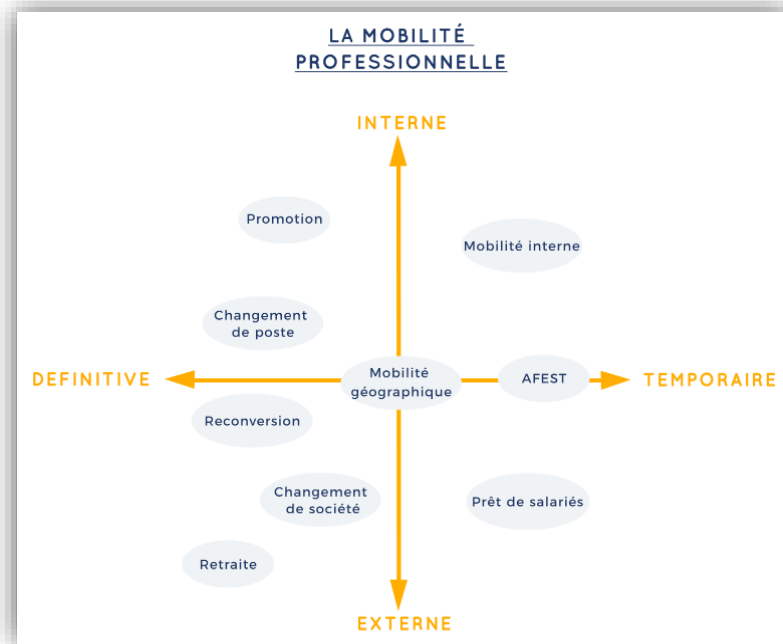


Fig. 1 : Schéma de la mobilité professionnelle

Elle peut également être décrite comme « la pluralité de mouvements possibles des personnes qui travaillent dans une organisation »⁹ (JANAND, 2015, p.15). Elle se manifestera horizontalement dans ce mémoire, impliquant un changement de poste de travail sans modifications : du statut hiérarchique, de la fonction, de responsabilités ou de la rémunération. Cette mobilité s'effectuera à court terme pour faire face à des variations d'activité et/ou à de l'absentéisme programmé ou impromptu. Enfin, sous notre angle de travail la mobilité sera contrainte par l'organisation. Elle sera donc non choisie par le professionnel, souvent en réponse à une situation de manque de personnel à un moment donné ou d'accroissement d'activité.

Pour mieux cerner notre sujet d'étude, il est essentiel de distinguer la mobilité interne de la mutualisation interne. En effet, la mutualisation se caractérise par « un partage de ressources et de moyens (techniques, financiers, logistiques, etc.) dans une logique d'amélioration de la

⁹ A, JANAND, « Développer les talents par la mobilité interne dans les grandes entreprises françaises : cheminement d'une recherche doctorale », dans : *Vie & sciences de l'entreprise*, n° 199, janvier 2015, p.15, 2015.

qualité et de réduction des coûts : économies d'échelle, gain de temps, apport de valeur ajoutée.»¹⁰ (CARON et FERCHAUD, 2006, p.219).

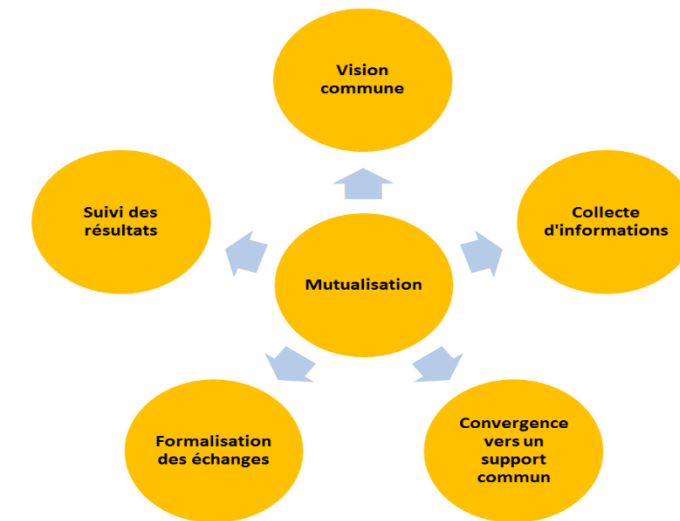


Fig. 2 : Représentation du processus de mutualisation

Nous pouvons donc mettre en exergue que la mutualisation est une pratique de partage des ressources humaines dans une optique de co-construction, tandis que la mobilité est une pratique de déplacement des ressources humaines en réponse à un besoin précis, toutes deux visant une rationalisation. Au sein de l'organisation où s'est déroulée ma situation d'appel, le transfert des ressources humaines était réalisé dans l'unique but de combler un manque d'effectif. C'est pourquoi ce mémoire se concentrera spécifiquement sur la notion de mobilité interne.

A travers les différentes définitions de la mobilité, nous avons vu que cette dernière peut prendre diverses formes. En fonction des multiples paramètres qui la composent, elle peut être perçue de manière positive ou négative par les employés. Il est donc pertinent de se pencher sur le cadre législatif qui la régit.

2.1.2 La mobilité, un cadre législatif riche

¹⁰ A, CARON et B, FERCHAUD, « Mutualiser pour répondre à de nouveaux besoins », dans : *Documentaliste*, vol 43, 2006, p.219, 2006.

Le droit à la mobilité des fonctionnaires s'est affirmé au fil du temps. La première loi du 13 juillet 1983, relative aux droits et obligations du fonctionnaire, stipule dans son article 14 que « l'accès des fonctionnaires de l'Etat, des fonctionnaires territoriaux et des fonctionnaires hospitaliers aux deux autres fonctions publiques, ainsi que leur mobilité au sein de chacune de ces trois fonctions publiques, constituent des garanties fondamentales de leur carrière. »¹¹. Cette loi a été complétée par la loi du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique, établissant le droit à la mobilité, tel que : le détachement, la mise à disposition et la disponibilité, « dans le but de lever les obstacles statutaires et financiers à la mobilité afin que chaque fonctionnaire puisse exercer ses souhaits de mobilité »¹². Aujourd'hui, la mobilité est une garantie fondamentale du fonctionnaire.

Cependant, le type de mobilité abordé dans ce mémoire se concentre moins sur les corps et grades de la fonction publique que sur l'emploi occupé. Nous nous focaliserons sur le principe de mutabilité du service public, fondement des politiques institutionnelles visant à instaurer la mobilité interne contrainte dans « l'intérêt du service ». Ce principe, formulé par Louis ROLLAND, professeur de droit public français, en 1930, dans les « Lois de Rolland », exprime « l'exigence d'adaptation du service public aux évolutions techniques, politiques et/ou sociales afin de toujours offrir la meilleure prestation aux usagers. Il permet à l'autorité administrative d'adapter son action aux exigences, variables, de l'intérêt général (A.) »¹³ (PROTIERE, 2018, p.217). Ainsi, le principe de mobilité confère aux autorités institutionnelles le droit d'organiser librement le service pour répondre aux besoins des usagers. Le chef d'établissement, et par délégation les responsables de service, jouissent d'une grande liberté en matière de mobilité interne, à condition de l'exercer dans l'intérêt du service et non comme une sanction disciplinaire déguisée. La seule restriction à cette autorité réside dans le texte réglementaire, à savoir le règlement intérieur de l'établissement. Il revient donc au directeur de respecter les procédures existantes et négociées en concertation avec les partenaires sociaux.

¹¹ LEGIFRANCE, [en ligne], *Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors*, URL : legifrance.gouv.fr. (Consulté le 16 décembre 2023).

¹² CENTRE NATIONAL DE GESTION, [en ligne], *La mobilité (détachement, mise à disposition, disponibilité) dans le cadre du parcours professionnel de directeur d'hôpital*, URL : [Microsoft PowerPoint - CNG - Présentation Josiane Garcini - Cadre juridique mobilité \(adh-asso.org\)](http://Microsoft PowerPoint - CNG - Présentation Josiane Garcini - Cadre juridique mobilité (adh-asso.org)). (Consulté le 16 décembre 2023).

¹³ G, PROTIERE. *Fiches de Droit administratif. Rappels de cours et exercices corrigés*. Paris, Ellipses, « Fiches », 2018.

Maintenant que le cadre législatif de la mobilité est clarifié, il est nécessaire d'explorer la dimension multidimensionnelle de la mobilité et ses implications pour les professionnels de santé.

2.1.3 Les enjeux de la mobilité sur les équipes soignantes

L'hôpital public, longtemps épargné par des restrictions économiques, est depuis les années 1945 dans un système inflationniste. Malgré des ajustements dans le financement, d'abord par le biais de la dotation globale en 1983, puis par l'introduction de la tarification à l'activité en 2003, ce dernier est néanmoins soumis à une rationalisation des dépenses. L'hôpital fonctionne désormais sous une logique de gestionnaire, confronté à un marché concurrentiel. La productivité du personnel est au cœur des décisions stratégiques : les effectifs doivent être restreints tout en maintenant une performance optimale. Ainsi, la mobilité interne prescrite devient un dispositif essentiel pour ajuster les ressources humaines disponibles aux besoins réels de l'organisation, notamment face à l'absentéisme inopiné ou aux difficultés de recrutement.

La mobilité horizontale non choisie peut-être un levier pour le développement des professionnels de santé. Dans un premier temps, elle exige une actualisation régulière des connaissances des soignants dans différentes spécialités médicales, favorisant leur polyvalence, définie comme la « qualité de quelqu'un qui a plusieurs spécialités, plusieurs compétences »¹⁴. La compétence, selon Philippe ZARIFIAN sociologue, se définissant comme « une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforme, avec d'autant plus de force que la diversité des situations augmente »¹⁵ (1999, p.74). Cette définition peut être complétée par celle de Jean-Claude COULET, chercheur en psychologie du développement, comme « une organisation dynamique de l'activité, mobilisée et régulée par un individu ou un collectif pour faire face à une tâche donnée, dans une situation déterminée »¹⁶.

¹⁴ LAROUSSE, [en ligne], URL : [Définitions : polyvalence - Dictionnaire de français Larousse](#). (Consulté le 21 décembre 2023).

¹⁵ P, ZARIFIAN. *Objectif compétence*. Paris, Liaisons, 1999, p.74.

¹⁶ J-C, COULET, « Des caractéristiques de l'expertise au management des compétences individuelles et collectives », dans *Management & Avenir*, n°67, janvier 2014, pp. 122-135, 2014.

Ainsi, les soignants mobilisés ponctuellement dans diverses unités renforcent leur capacité à s'adapter à des exigences nouvelles, favorisant de fait leur montée en compétence. Pour les agents, la mobilité horizontale représente une opportunité de développement professionnel par l'apprentissage.

Dans un second temps, la mobilité horizontale peut contribuer à la fidélisation des professionnels de santé par la richesse du parcours de construction sociale. Elle offre la possibilité d'évoluer au sein de différentes organisations professionnelles et de rencontrer divers profils de soignants. Les professionnels de santé sont constamment engagés dans un processus de socialisation, en interagissant avec d'autres pour enrichir leurs pratiques professionnelles.

Cependant, la mobilité peut comporter plusieurs limites, surtout du point de vue de l'individu. Tout d'abord, elle peut être vécue comme une perte de repères. En effet, les équipes soignantes sont quotidiennement soumises à de situations de stress créant de fortes émotions. Elles développent donc entre elles des liens affectifs permettant de supporter ensemble ces situations, créant le sentiment d'appartenance au groupe. Or, lors des mobilités horizontales contraintes, ce dernier est mis à mal, créant une déstabilisation du personnel.

Une autre réticence à cette mobilité découle de la spécialisation médicale. Les professionnels développent dans leurs unités de soins une technicité spécifique qui peut les désavantager lorsqu'ils changent de discipline. Cette carence peut les mettre en difficulté dans l'exécution de leurs tâches, suscitant de l'anxiété et une inquiétude quant à leur performance.

Enfin, la mobilité horizontale contrainte et répétée peut conduire à l'épuisement professionnel. Il se traduit par un « épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel »¹⁷ (SALEMBIER-TRICHARD, 2019, pp.311-315). Ce syndrome s'installe à travers un processus de dégradation du rapport entre l'individu et son travail. Il y a pour commencer un épuisement émotionnel majoré lors des mobilités contraintes. En effet, comme on l'a vu précédemment, les soignants sont soumis quotidiennement à une charge émotionnelle lourde qui peut les submerger lorsqu'ils sont en dehors de leur milieu professionnel habituel.

¹⁷ A, SALEMBIER-TRICHARD, « Épuisement professionnel, burn out », dans *L'information psychiatrique*, Volume 95, mai 2019, pp. 311-315, 2019.

Subséquentement, nous retrouvons une perte de sens du travail, les soignants mobilisés ne se sentent plus utiles. Ils réalisent alors des actes de soin automatiques déshumanisant le patient. Enfin, il en ressort une réduction de l'efficacité professionnelle, qui, induite par le changement de spécialité, devient responsable d'une peur de commettre des erreurs.

La mobilité horizontale contrainte implique pour les soignants un mouvement qui peut comporter des risques, tels que : la peur de l'inconnu, la perte de repères et d'un environnement rassurant ; c'est l'appréhension du changement. Nous allons à présent explorer le processus de changement.

2.2 Le changement : Prescrit ? Unilatéral ? Le risque de l'immobilisme

2.2.1 Le changement possible, mais pas naturel

L'hôpital, depuis ses origines au Moyen-Age jusqu'à nos jours, a connu de nombreux changements qui ont entraîné des modifications répétées des pratiques professionnelles tout au long de sa modernisation. Parmi ces transformations, la création des pôles d'activités, issue de l'ordonnance du 2 mai 2005, a eu un impact majeur sur les professionnels de la santé. Les équipes paramédicales ont ainsi abandonné un système organisationnel clos et rigide, centré sur des techniques spécialisées, pour adopter un système ouvert et transversal, favorisant la communication entre les différentes unités de soins. Le concept de système est défini par Michel CROIZIER et Erhard FRIEBERG, directeurs de recherche au CNRS, comme « un ensemble dont toutes les parties sont interdépendantes, qui possède donc un minimum de structuration, ce qui le distingue du simple agrégat »¹⁸ (1977, p.283).

Pour comprendre le changement au sein des pôles d'activités, nous adopterons l'approche systémique qui consiste en « une approche transdisciplinaire [permettant] de décrire une organisation dans sa globalité avec toute sa richesse et sa pluralité puisqu'elle pose comme concept que le tout est plus que la somme des parties »¹⁹ (MONCET et *al.*, 2013, p.25).

¹⁸ M, CROIZIER et E, FRIEDBERG. *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*. Sociologie politique, 1977, p.283.

¹⁹ M-C, MONCET et *al.* *Conduire le changement à l'hôpital : de la communication à l'hôpital apprenant*. Rueil-Malmaison, édition Lamarre, collection Cadre de santé, 2013, p.25.

L'organisation polaire est donc un système complexe en constante adaptation sous l'effet des interactions internes (ses acteurs) et externes (l'environnement), tout en cherchant à maintenir sa cohésion et sa structure pour conserver son équilibre. Le changement, bien que réalisable, ne se produit pas aisément ; il requiert une réorganisation constante au sein de laquelle l'humain doit trouver sa place dans la nouvelle organisation.

Le changement peut être défini comme « le passage d'un état x, défini à un temps t, vers un état x1 à un temps t1, où x et x1 peuvent représenter un être humain ou un milieu social qui, après « changement », devient à la fois autre chose et le même »²⁰ (RHEAUME, 2016, pp.67-74). Le changement est donc un événement spécifique qui va déstabiliser un système, un groupe, une personne, qui était en équilibre, pour le conduire vers un nouvel état d'équilibre. Le changement n'est pas toujours synonyme d'une évolution spectaculaire, il peut être aussi celui de l'action au quotidien. Selon David AUTISSIER et Jean-Michel MOUTOT, universitaires et praticiens de la gestion du changement en entreprise, il existe différentes typologies du changement :

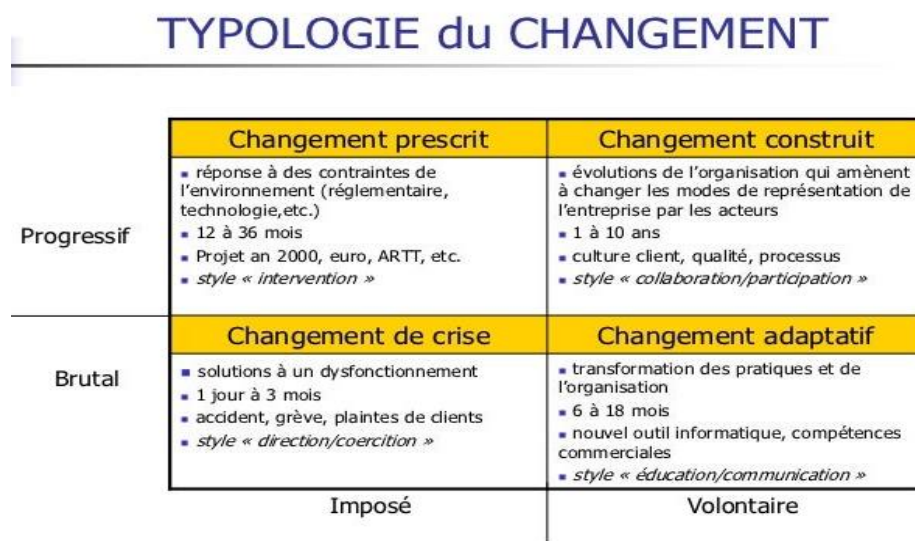


Fig. 3 : Typologies du changement

Au sein de cette étude, nous nous concentrons sur le changement prescrit, répondant à des contraintes environnementales telles que l'absentéisme, les postes vacants ou l'augmentation de l'activité, mais ayant lieu dans une temporalité relativement courte de un jour à un mois.

²⁰ J, RHEAUME. *Changement*. Toulouse, Vocabulaire de psychosociologie : Références et positions, 2016, pp. 67-74.

Nous ne relevons pas du changement de crise, dans le cadre de la mobilité interservices, car dans la majorité des cas il est connu et planifié à l'inverse de l'accident ou la plainte. Néanmoins, dans notre contexte, le changement est d'origine exogène au groupe, imposé par l'institution, la hiérarchie. Il s'agit d'une directive unilatérale descendante, adressée au cadre et indirectement à l'équipe. Selon le modèle de Kurt LEWIN, psychologue américain, le changement est un processus se conduisant en trois phases :

- **La prise de conscience** (ou dégel) : phase de questionnement, remettant en cause des attitudes et des croyances.
- **La mise en mouvement de l'organisation** (ou mouvement) : phase de changement, de transition difficile où les repères anciens côtoient de nouveaux comportements.
- **La stabilisation de la nouvelle organisation** (ou regel) : phase d'acculturation, d'appropriation des comportements nouveaux.

Lors des mobilités interservices contraintes et occasionnelles, les soignants doivent traverser ses trois phases de manière rapide et répétée. Dans ce contexte, l'enjeu identitaire du professionnel de santé, garant d'un sentiment de sécurité et de stabilité, se trouve au cœur de la dynamique du changement.

Le changement, en tant qu'action visant à modifier quelque chose, est porteur de complexité et d'incertitude, pouvant susciter de la résistance au sein des équipes.

2.2.2 Les résistances au processus du changement

Lors des épisodes de changements prescrits, les professionnels de santé peuvent se retrouver déconcertés par la nécessité d'abandonner rapidement leurs habitudes professionnelles et modes d'organisation bien ancrés pour adopter de nouveaux réflexes. Ce processus peut susciter des résistances au sein de l'équipe, se manifestant par des comportements allant de la colère (sous forme de rébellion) à la démotivation (exprimée par la soumission). La résistance au changement, également désignée immobilisme, est décrite par le sociologue Michel CROZIER comme « l'expression raisonnable et légitime des risques que comporte

le changement pour les acteurs »²¹. Il s'agit d'une posture adoptée par l'individu confronté à des appréhensions vis-à-vis des transformations ou des évolutions dans son environnement professionnel.

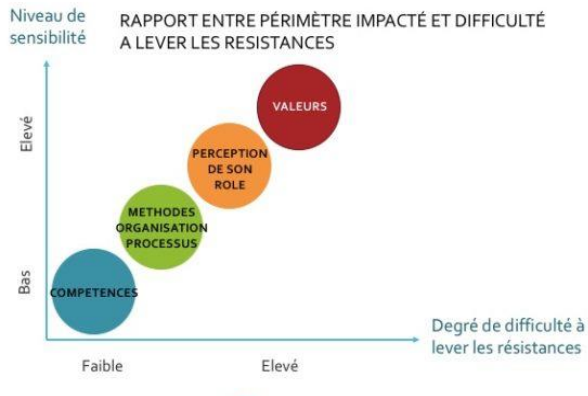


Fig. 4 : Représentation des freins au changement

La mise en œuvre d'un changement peut générer une opposition intérieure chez les individus, engendrant un sentiment d'incompétence, une perte de repères, voire un conflit de valeurs, pouvant provoquer un immobilisme plus ou moins prononcé.

Nous allons explorer à présent les différents facteurs clés qui suscitent une résistance au changement, englobant à la fois des facteurs individuels et collectifs.

Les facteurs individuels de freins au changement émergent de la transformation de l'environnement de travail au sein duquel l'individu avait établi des repères sécurisants. Le changement suscite la crainte de ne pas réussir à s'adapter, de ne plus être aussi performant qu'auparavant. Ces résistances se classent en deux catégories :

- **Facteurs psychologiques** : appréhension de l'inconnu, crainte de ne pas être à la hauteur en raison d'un manque supposé de compétences ou de connaissances.
- **Facteurs culturels** : manque de sens ou d'intérêt individuel pour certains acteurs, absence de confiance conditionnée par la personnalité et les expériences passées.

Le changement perturbe la stabilité individuelle et, au-delà des perceptions mentales individuelles, il ébranle également le collectif.

Les facteurs collectifs de résistance au changement sont particulièrement présents dans les organisations peu flexibles, telles que les bureaucraties hospitalières. Ils comprennent :

- **La crainte** d'adopter un nouveau mode de fonctionnement (pouvant dégrader les conditions de travail) et la perpétuation des routines standardisées.

²¹ CENTRE DE RESSOURCES EN ECONOMIE-GESTION, [en ligne], *Accompagner le changement de pratique*, URL : [ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT DE PRATIQUE - Centre de Ressources en Économie-Gestion \(ac-versailles.fr\)](https://www.ac-versailles.fr/ressources/le-changement-de-pratique). (Consulté le 03 janvier 2024).

- **L’appréhension** quant à la perte d’identité collective et à l’impact potentiel sur la cohésion du groupe.
- **L’influence** de certains « leaders » négatifs au sein des équipes.
- **Le sentiment d’isolement** du groupe.

L’immobilisme découle de facteurs individuels et collectifs et peut être d’autant plus marqué que les bénéfices du changement ne compensent pas le coût en énergie et en temps requis. Cette incompréhension conduit à différents types de comportements adoptés par l’individu qui, selon Gérard-Dominique CARTON coach-auteur et conférencier, s’exprime « sous quatre formes :

- **L’inertie** : le collaborateur réticent laisse croire à son adhésion au changement, mais ne fait rien de concret en ce sens. Il attend que ça passe, se désintéresse du sujet et procrastine.
- **L’argumentation** : le mécontentement de l’individu réfractaire se manifeste par des négociations, des critiques et des plaintes constantes. Pour lui, tout est sujet à débat.
- **La révolte** : l’individu révolté par le changement entreprend des actions concrètes : opérations syndicales, menaces de démission, etc.
- **Le sabotage** : à la manière de l’inertie, le sabotage implique une fausse approbation du changement. Mais en parallèle, le projet est “saboté” insidieusement (dénigrement, mise en circulation de fausses informations ou données, etc.) ».²²

Pour prévenir ces comportements, il est crucial d’engager les professionnels réfractaires au changement dans un processus d’acceptation, qui peut être facilité en suivant les étapes identifiées par la courbe du changement inspirée des travaux de la psychiatre Elisabeth KUBBLER-ROSS :

²² APPVIZER, [en ligne], *Les facteurs de résistance au changement en entreprise*, URL : [Les Facteurs de Résistance au Changement en Entreprise \(appvizer.fr\)](https://www.appvizer.fr/les-facteurs-de-resistance-au-changement-en-entreprise). (Consulté le 03 janvier 2024).

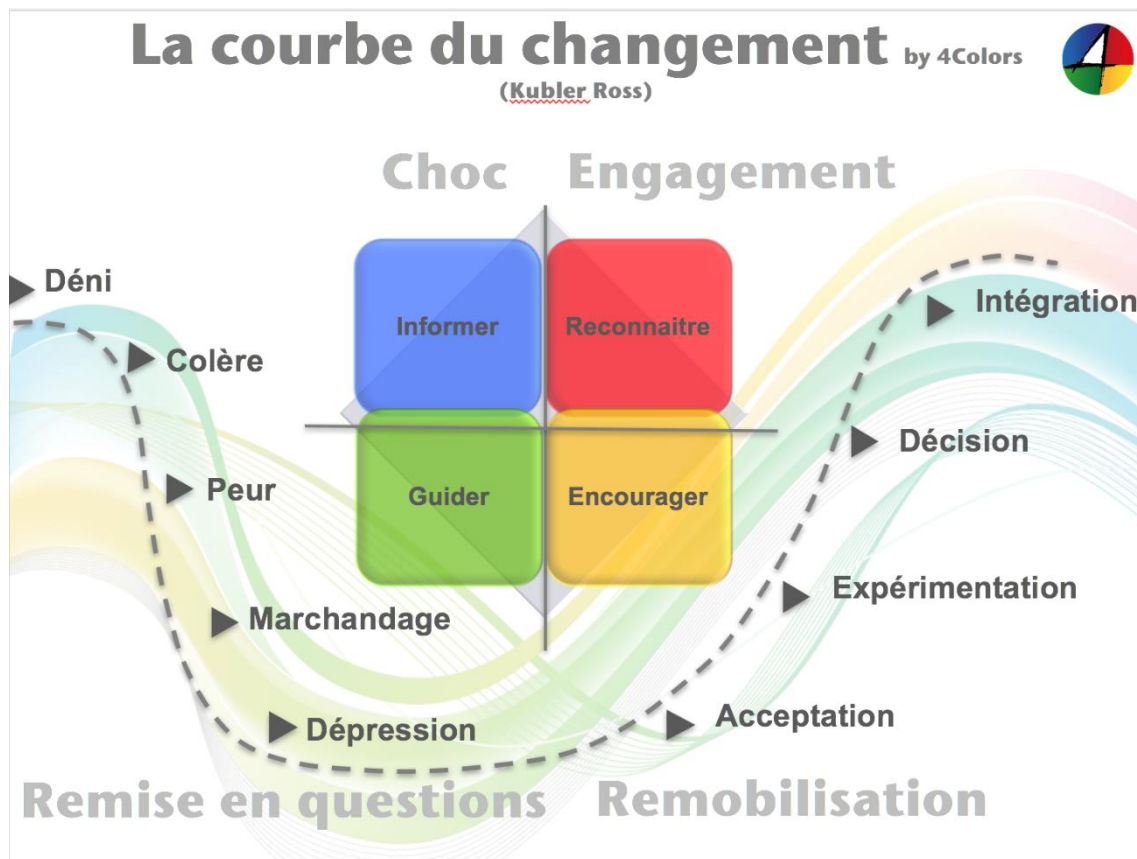


Fig. 5 : Courbe du changement selon la théorie de KUBLER-ROSS

Cette courbe met en lumière le parcours émotionnel qu'un soignant peut traverser lors de la mobilité interservices, une situation souvent perçue comme difficile. Elle identifie cinq étapes clés avant d'atteindre l'acceptation du changement, chacune dépendant de la complétion de la précédente :

- **Le choc / le déni** : intervalle d'atonie émotionnelle précédant la prise de conscience. Selon l'ampleur du changement, le collaborateur peut refuser d'affronter la réalité.
- **La colère / la peur / le marchandage** : étape de prise de conscience où l'individu tente de résister.
- **La dépression** : période de repli sur soi, de grande fatigabilité émotionnelle, où l'individu fait face à la réalité.
- **L'acceptation / l'expérimentation** : phase positive où l'agent explore de nouvelles opportunités et envisage l'avenir.
- **La décision / l'intégration** : stade final permettant le développement de nouvelles compétences, le dépassement de soi, et réactivant la motivation au travail.

Cette courbe du changement est un outil précieux pour les responsables d'équipes, permettant non seulement de sensibiliser les agents à leurs propres émotions et besoins, ce qui leur donne du sens, les légitime et favorise leur bien-être. Elle offre également un moyen de repérer à quel niveau et par quels moyens le cadre peut agir pour faciliter l'acceptation des professionnels et les encourager à s'engager dans le processus de changement.

Le changement se déroule donc en plusieurs phases dans lesquelles les professionnels peuvent être bloqués en fonction de leur sensibilité, leur vécu et leurs valeurs. Cette résistance peut avoir un impact négatif sur les individus, le groupe et l'organisation. Il est donc crucial d'initier un accompagnement au changement, où le cadre de santé jouera un rôle primordial.

2.3 L'accompagnement managérial à la mobilité contrainte : condition essentielle pour l'appropriation au changement

« Face au monde qui change, il vaut mieux penser le changement que changer le pansement. »

Francis BLANCHE

Dans cette dernière partie, l'objectif est d'identifier les leviers sur lesquels le cadre de santé va pouvoir s'appuyer pour instaurer un accompagnement au changement contraint, régulier et ponctuel, favorisant ainsi l'engagement des équipes.

2.3.1 Les nouvelles réalités organisationnelles, vers un accompagnement structurel des professionnels de santé

Les établissements de santé, souvent peu enclins aux changements, sont continuellement soumis à des mouvances, tant par le contexte socio-économique que par le cadre législatif qui les entourent. L'une des transformations majeures dans l'organisation hospitalière découle de l'ordonnance du 2 mai 2003, notamment avec la création des pôles d'activités,

comme mentionné précédemment. Cette nouvelle forme de gouvernance a induit une réorganisation significative, modifiant ainsi la place et les rôles des acteurs au sein de l'hôpital. Désormais, le directeur joue un rôle central dans cette organisation, et les collaborateurs ne sont plus répartis par spécialité basée sur leurs compétences techniques. Ils sont regroupés au sein de pôles d'activités où les ressources humaines sont partagées en cas de besoin (sous-effectif, augmentation de l'activité, etc.) ce qui induit une mobilité contrainte entre les services. Souvent, lors de ces changements, l'aspect humain est négligé, les décisions sont prises à distance du terrain opérationnel, sans considération des impacts humains et sociaux. Or, ces réorganisations peuvent avoir un impact brutal sur les conditions de vie au travail des soignants. Les rôles, les habitudes, les relations professionnelles se trouvent chamboulées, certaines compétences se trouvent dévalorisées, ce qui crée un climat d'insatisfaction, de réticences, voire d'épuisement professionnel. Il est pertinent alors de se demander : **comment prévenir de telles situations, potentiellement préjudiciables à la santé des professionnels mobilisés ?**

La première réponse à cette interrogation peut résider dans l'établissement d'un cadre institutionnel explicite, intégrant la mobilité interservices ponctuelle au sein du projet d'établissement. Ce dernier englobe toutes les orientations stratégiques de la structure et est connu de tous les collaborateurs. Cette démarche représenterait le prérequis au changement facilitant son acceptation. Celui-ci ne serait plus perçu comme une perturbation ou un danger, mais plutôt comme une norme de travail acceptée par le collectif lors de la prise de fonction. Aussi l'approche systémique au changement telle que décrite par Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG qui considère le changement comme un problème : « le changement doit être considéré comme un problème sociologique, nous voulons dire que ce sont les hommes qui changent, que non seulement ils ne changent pas passivement, qu'ils changent dans leur collectivité et comme une collectivité : non pas individuellement, mais dans leurs relations les uns avec les autres et dans leur organisation sociale »²³ (1977, p.379), se transformerait en un jeu institutionnel accepté par tous. Ainsi, une appropriation collective du changement émergerait, réduisant le rapport de force, avec des mobilités interservices ponctuelles inscrites dans les pratiques professionnelles, dans les règles du jeu.

La seconde réponse à notre question réside dans la notion d'accompagnement au changement, créant une acculturation des professionnels de santé mobilisés.

²³ M, CROZIER et E, FRIEDBERG. *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*. Sociologie politique, 1977, p.379.

Il convient alors de définir ce concept, pour cela nous nous appuyerons sur la définition donnée par Maëla PAUL, docteure en sciences de l'éducation, signifiant qu'accompagner c'est :

- **Conduire**, c'est-à-dire « mener quelqu'un quelque part en étant à la tête du mouvement ». Cette vision concerne « l'influence que les hommes exercent les uns sur les autres quant à la conduite de leur existence, et les limites de ce pouvoir »²⁴ (2004, pp. 69-70) ;
- **Guider**, c'est-à-dire « accompagner quelqu'un en montrant le chemin ». Cette version porte sur le « domaine de la relation à autrui dans une situation de pesée, de délibération, de choix »²⁵ (2004, p.70) ;
- **Escorter**, c'est-à-dire « accompagner pour protéger, surveiller ». Cette version concerne « l'attention portée à autrui en situation de difficulté, dans une impasse ou une passe délicate »²⁶ (2004, pp.71-72).

Le concept d'accompagnement est complexe, variant selon chaque individu et la perspective qu'il a de la relation idéale. Il implique la capacité de l'accompagnateur à établir une relation avec autrui, pour se rendre où il doit aller, en étant à son rythme et à sa portée. Cette approche comprend des dimensions relationnelles, temporelles, opérationnelles et protectrices. Une relation d'accompagnement doit se mettre en place, permettant la réalisation de la commande institutionnelle en escortant le soignant jusqu'à la réalisation du changement en toute sécurité.

En instaurant la mobilité interservices dans un parcours managérial : inscrite dans le projet institutionnel de la structure et dans une relation d'accompagnement au changement, cette dernière pourrait être vécue de manière positive par le soignant. Or pour ce faire un acteur est incontournable : le cadre de santé.

2.3.2 Le cadre de santé, l'acteur essentiel dans l'accompagnement humain

²⁴ M, PAUL. *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Paris, L'Harmattan, 2004, pp.69-72.

²⁵ *ibid.*

²⁶ *ibid.*

La mobilité interservices contrainte est devenue une composante des nouvelles stratégies de gouvernance des établissements de santé. Dans ce contexte, le rôle du cadre de santé en tant que pilote de la planification de cette mobilité apparaît comme essentiel. Le cadre joue un rôle pivot dans l'organisation, la planification et la coordination de cette mobilité, en veillant à ce que les agents la comprennent, se l'approprient et s'épanouissent professionnellement. Cette dernière partie explore les principales dimensions et responsabilités du cadre de proximité dans ce rôle de coordinateur de la mobilité.

Pour comprendre le rôle du cadre de santé, il est important de revenir à sa racine étymologique, issue de l'italien *quadro* et du latin *quadrus* signifiant « carré », évoluant ensuite en *quadrare* signifiant « encadrer, encadrement »²⁷. Plus largement, selon le Code du travail, le cadre dirigeant est une personne à qui sont « confiées des responsabilités dont l'importance implique une grande indépendance dans l'organisation de son emploi du temps, et qui est habilitée à prendre des décisions de façon largement autonome »²⁸. De plus, dans l'un de ses ouvrages, Henry MINTZBERG, universitaire canadien en sciences de gestion, identifie dix rôles distincts dans l'activité du cadre, qu'il classe en trois catégories, entendus comme « un ensemble organisé de comportements appartenant à un poste de travail ou à une position identifiable. Ainsi, les cadres sont les interprètes de rôles prédéterminés, mais individuellement, ils les incarnent de différentes façons »²⁹ (2006, pp.65-69). Selon cet auteur, le cadre détient :

- **Trois rôles interpersonnels** : de symbole, d'agent de liaison et de leader.
- **Trois rôles liés à l'information** : observateur actif, diffuseur d'information, porte-parole.
- **Quatre rôles décisionnels** : entrepreneur, régulateur, négociateur et répartiteur de ressources.

Ces dix rôles sont transposables au rôle du cadre de santé. Il est au cœur de l'organisation occupant une place transversale entre la direction, les équipes de soins et le patient. Les activités du cadre de santé ne cessent d'évoluer pour s'adapter aux évolutions hospitalières.

²⁷ CNRTL, [en ligne], *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*, URL : [CADRE : Etymologie de CADRE \(cnrtl.fr\)](https://www.cnrtl.fr/etymologie/cadre). (Consulté le 07 janvier 2024).

²⁸ CODE DU TRAVAIL NUMERIQUE [en ligne], *Code du travail*, URL : [L3111-2 - Code du travail numérique](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/L3111-2). (Consulté le 07 janvier 2024).

²⁹ H, MINTZBERG. *Le manager au quotidien. Les 10 rôles du cadre*. S.l. : Organisation, Vol. 2, 2006, pp.65-69.

Aujourd'hui, le cadre de santé doit posséder un large éventail de compétences managériales, techniques, gestionnaires voire d'expertises, décrit dans le référentiel de compétence de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) 2012³⁰. Il se doit d'être le pilote dans la conduite de projet et dans l'accompagnement aux changements.

Maintenant que nous avons éclairci les rôles et les missions du cadre de santé, nous allons détailler comment ce dernier joue un rôle majeur dans la réussite de l'accompagnement aux changements liés à la mobilité interservices contrainte.

2.3.3 Mais... quels leviers managériaux pour le cadre de santé ?

Le cadre de santé peut mettre en place différentes stratégies managériales pour gérer la mobilité contrainte. Tout d'abord, par son rôle décisionnel, il contribue à l'élaboration du projet d'établissement en rédigeant le projet de service de son unité de soins. En collaboration avec les équipes soignantes, il peut entamer un travail de rédaction du projet de soin, en mettant l'accent sur la mobilité interservices comme axe principal. Cela implique de définir les objectifs, les fréquences (programmées ou urgentes) et les modalités de réalisation. Cette coopération interprofessionnelle permet aux professionnels de santé de s'approprier cette mobilité ponctuelle et de ne plus la percevoir comme une contrainte. L'appropriation consiste en « un processus intérieur qui amène l'individu à faire sienne la transformation et à adopter les nouvelles façons de travailler conformes à l'orientation de cette dernière »³¹. Ainsi, les professionnels, se sentant entendus et écoutés, pourront donner du sens à cette injonction institutionnelle, la transformant en une pratique professionnelle pleinement intégrée.

Ensuite, le cadre, par son rôle lié à l'information, joue un rôle majeur dans la communication liée à la mobilité. En effet, auprès des équipes soignantes, le cadre incarne un rôle de

³⁰ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE – DGOS, [en ligne], *Diplôme de Cadre de santé Référentiels d'activités et de compétences*, URL : [Comité de pilotage \(aphp.fr\)](http://comite-de-pilotage.aphp.fr). (Consulté le 20 février 2024).

³¹ C, ROUSSEAU et C, BAREIL, « Évolution de l'appropriation et des préoccupations des cadres intermédiaires en contexte de changements simultanés », dans *Question(s) de management*, n°3, février 2013, pp. 81-100, 2013.

diffuseur d'information (à l'intérieur de l'organisation entre les acteurs ou de l'extérieur vers l'organisation), mais également de porte-parole. Le cadre est donc au premier plan de la communication. Cette dernière se définissant comme « l'action de communiquer, de transmettre, d'informer. Cette fonction désigne l'étude générale du langage sous trois aspects : l'expression (celui qui utilise ce type de communication cherche à communiquer une intention, une émotion, un état de conscience) ; la représentation (donne des informations sur les événements, retransmet un savoir) ; l'action sur autrui (cherche à convaincre, à séduire, à influencer autrui, transmet des ordres, intime des interdictions) »³². En nous appuyant sur cette définition, nous pouvons mettre en évidence que la communication est un processus de transmission d'information nécessitant une interaction entre des individus et mobilisée pour influencer son interlocuteur. Par conséquent, le cadre, en ayant recours à la communication comme levier pour expliquer les raisons de la mobilité, lui donner du sens, et mettre en évidence l'apport de cette dernière pour les professionnels, va légitimer ce changement et favoriser son appropriation auprès des agents.

Par ailleurs, comme nous l'avons décrit dans une précédente partie de ce mémoire, lors de la mobilité interservices, les professionnels expriment leur crainte de ne pas être compétents pour réaliser les soins techniques relevant des spécificités des autres unités. Ce ressenti émotionnel, éveillé par la mobilisation, constitue un frein à la réalisation de cette dernière. La compétence renvoyant, selon Guy LE BOTERF, à « la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs, dans une situation et un contexte donné »³³ (2018, p.42). A laquelle s'ajoute la vision de Anne DIETRICH, maître de conférence en science et gestion, qui explique que la compétence est « contextualisée à une situation, en rapport avec un objectif, nul n'est compétent de manière innée, on le devient »³⁴ (2015, p.53). A travers ces idées, nous pouvons affirmer que la compétence s'acquiert et qu'elle est interdépendante d'un contexte, ce que l'on nomme la compétence situationnelle.

³² A, SGHARI, J, CHAABOUNI et S, BAILE, « Communication et changement organisationnel dans une perspective dynamique : cas d'un projet de refonte de systèmes d'information d'une banque tunisienne », dans *Management & Avenir*, n°78, avril 2015, pp. 15-40, 2015.

³³ G, LE BOTERF. *Développer et mettre en oeuvre la compétence. Comment investir dans le professionnalisme et les compétences*. Paris, Eyrolles, 2018, p.42.

³⁴ A, DIETRICH. *Management des compétences*. Edition Vuibert, janvier 2015, p.53.

Ainsi, le cadre, par un accompagnement personnalisé, va pouvoir initier un processus d'acculturation des professionnels favorisant leur montée en compétence. Pour cela, il peut utiliser différents moyens :

- **La formation** : individuelle et/ou collective, elle permet de consolider les acquis des professionnels et de développer de nouvelles capacités dans le but d'améliorer leurs performances et leur employabilité.
- **Le tutorat** : la réalisation de jours d'immersion réguliers dans les différentes unités concernées par la mobilisation permettant de développer et/ou maintenir ses compétences par l'expérimentation, en étant encadré par ses pairs.
- **La simulation** : organiser des ateliers de pratique au sein du service dans lequel les soignants réalisent des actes techniques variés sur un mannequin ou à travers des simulateurs procéduraux pour reproduire des environnements de soins multiples.

Le cadre de santé, en recourant à ces différents leviers, va permettre la montée en compétence individualisée et collective des agents, favorisant ainsi leur polyvalence. Cette dernière va diminuer la part d'anxiété ressentie par les professionnels lors de la mobilité et prévenir ainsi les risques d'épuisement émotionnel.

Enfin, le recours par le cadre à la reconnaissance, identifiée par Christophe DEJOURS, psychiatre et psychanalyste spécialisé en psychodynamique du travail, comme « une ressource qui contribue à surmonter collectivement l'épreuve de la souffrance issue de la rencontre avec le réel du travail »³⁵, va favoriser l'appropriation de la mobilité par les agents et prévenir le risque d'épuisement professionnel. Cet auteur met en évidence deux types de reconnaissance influençant le comportement du professionnel : le jugement dit d'utilité et le jugement de beauté. Le cadre de santé va pouvoir agir sur le premier jugement en valorisant le service rendu, c'est-à-dire l'effort fourni par le soignant. Suite à cette valorisation, l'agent va éprouver un sentiment d'existence et d'utilité qui va encourager son implication dans le processus de mobilité et sa motivation à la réitérer.

Le cadre de santé, par un accompagnement structurant et professionnalisant des agents, pourrait créer un environnement favorisant l'appropriation de la mobilité interservices contrainte.

³⁵ G, LOMELLINI, « Christophe Dejourns. Ce qu'il y a de meilleur en nous. Travailler et honorer la vie. Paris, Payot, 2021 », dans *Nouvelle revue de psychosociologie*, n°35, janvier 2023, pp. 225-230, 2023.

Sa faculté d'écoute, de prise en compte des besoins et des émotions des soignants produit un climat de confiance et de bien-être professionnel. En outre, ses capacités de communication et de reconnaissance professionnelle permettent d'établir des relations harmonieuses avec les membres de l'équipe, pouvant favoriser leur implication dans le changement prescrit.

3. Cheminement et émergence de la question de recherche.

La situation d'appel, source d'un véritable questionnement professionnel, a soulevé la question de départ suivante :

Quel est le rôle du cadre de santé dans l'accompagnement des soignants confrontés à la mobilité interservices ?

A travers mes lectures, j'ai clarifié mes idées et répondu à certaines interrogations. Ce processus m'a amenée à une seconde problématique :

En quoi le management du cadre de santé peut-il être un levier pour favoriser l'adhésion des équipes soignantes à une mobilité contrainte ?

Pour y répondre, j'ai alors construit mon cadre conceptuel avec des recherches et des lectures qui m'ont permis de définir et d'analyser les concepts clés de mobilité contrainte, de changement et d'accompagnement des équipes soignantes. Il résulte de cette phase exploratoire théorique que le cadre de santé est l'acteur principal dans l'accompagnement des professionnels à la mobilité interservices contrainte. Ce cheminement, au travers des différentes notions, et nourri de mes expériences professionnelles en qualité de cadre de santé faisant fonction, m'a conduite à formuler la question de recherche suivante :

En quoi l'accompagnement du cadre de santé à la mobilité contrainte favorise l'appropriation des équipes soignantes et les préserve de l'épuisement professionnel ?

En conséquence, j'ai formulé l'hypothèse suivante :

Hypothèse :

Le cadre de santé par un accompagnement structurel et humain va créer un socle propice à l'appropriation du changement ponctuel lié à la mobilité interservices contrainte, par le personnel soignant.

4. Enquête de terrain

Pour confronter la théorie recueillie avec la réalité du terrain, j'ai prévu d'entreprendre une démarche d'enquête auprès des professionnels paramédicaux ciblés, à savoir les cadres de santé. L'**enquête** étant ici le concept clé car elle réside, selon John DEWEY philosophe pragmatique américain, en un « processus par lequel un individu, dans le cadre de son action, s'engage dans une conduite réflexive, contrôlée par l'intelligence »³⁶. Ainsi pour ce travail de recherche, l'enquête représente le moyen par lequel je vais confronter mes connaissances à travers l'activité réelle. Cette étape me permettra de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse formulée et de répondre à la question de recherche.

4.1 Choix et méthodologie de l'outil de recherche

Afin de mener cette étude, j'ai choisi d'avoir recours aux entretiens semi-directifs reposant sur une méthodologie qualitative. Au cours de ce type d'entretien l'enquêteur va poser des questions ouvertes portant sur sa thématique de recherche, laissant les personnes interrogées répondre librement. Cette méthode est pertinente pour recueillir des données fines, précises et représentatives des situations vécues par les personnes interrogées. Elle nécessite néanmoins de recentrer régulièrement les échanges afin de ne pas dévier de la problématique initiale. Pour ce faire, une grille d'entretien a été préalablement construite, puis validée par mon directeur de mémoire (Annexe I). Cette dernière m'a permis de canaliser les échanges notamment par la préparation préalable et l'utilisation de questions de reformulation. Elle comprend douze questions ouvertes compartimentées par thématiques reprenant les concepts explorés dans le cadre conceptuel et permettant de répondre à la question de recherche :

- La mobilité ;
- Les réactions des professionnels face au changement ;
- L'accompagnement à la mobilité interservices par le recours aux leviers managériaux.

³⁶ J, THIEVENAZ, « L'intérêt de la notion d'« enquête » pour l'analyse du travail en lien avec la formation », dans : *Travail et Apprentissages*, n°13, janvier 2014, pp. 14-33, 2014.

Dans chaque thématique il y a entre deux à quatre questions. L'ensemble des entretiens est initié par une question introductive ouverte portant sur les déterminants professionnels de l'interviewé permettant de faire connaissance et créer un climat de bienveillance.

Chaque entretien a été mené en face à face avec les professionnels concernés, sur leur lieu d'exercice, permettant de recueillir leurs propos de façon spontanée, tout en observant leur paralangage (gestuelle, posture, mimique). Au début de chaque entretien, j'ai notifié aux participants la durée de quarante minutes maximum ainsi que les règles de fonctionnement notamment la conservation de l'anonymat, la liberté d'expression et la confidentialité des réponses. Le sujet de la recherche n'a pas été présenté préalablement pour conserver la spontanéité des réponses. Enfin, pour pouvoir exploiter les entretiens ces derniers ont été enregistrés par dictaphone (avec le consentement des interviewés), puis retranscrits intégralement pour conserver la précision des verbatims (Annexes II et III).

4.2 Les professionnels interrogés

Pour ma recherche sur la mobilité interservices contrainte, j'ai choisi d'interroger six Cadres de Santé (CS), qui sont les acteurs clés dans l'accompagnement à cette mobilité. Après avoir obtenu l'autorisation auprès de deux cadres supérieurs de santé de deux établissements hospitaliers publics en Essonne, j'ai pris rendez-vous avec les professionnels cibles. J'ai réalisé mes quatre premiers entretiens au sein de l'établissement hospitalier public auquel j'appartiens, mon directeur de mémoire n'y voyant pas d'obstacles. Ensuite, j'ai réalisé mes deux derniers entretiens dans l'établissement hospitalier public dans lequel j'ai effectué mon stage de module 4 « Fonction d'encadrement ». Ce dernier étant de taille similaire au premier établissement, il me permet de confronter les pratiques avec des critères d'inclusion identiques.

Pour obtenir un large panel de réponses, j'ai orienté le choix des cadres de santé en sélectionnant des professionnelles issues de secteurs d'activités différents, de pôles variés et toutes diplômées cadre de santé (avec une ancienneté variée). Aucun critère d'inclusion ou d'exclusion relevant : de l'âge, du sexe, de la formation initiale ou de l'ancienneté dans la diplomation de CS n'a été retenu. Seule une expérience suffisante de CS, permettant d'avoir réalisé de la mobilité interservices à plusieurs reprises dans l'exercice de ses fonctions, est

exigée. A noter que la cadre de santé 2 exerce depuis six mois en qualité de Faisant Fonction Cadre supérieur de Santé (FFCSS). Cette démarche me permet de comparer la vision de la mobilité contrainte d'une FFCSS avec celle des cadres de proximité.

J'ai réalisé mes entretiens auprès des six professionnelles entre le 11 mars 2024 et le 19 avril 2024. Je les ai nommés avec des prénoms fictifs, de la CS 1 à la CS 6, l'anonymat étant ainsi respecté.

Entretiens	Durée	Formation initiale	Ancienneté dans la fonction managériale	Pôle et service
CS 1 Marie	18 min	Masseuse kinésithérapeute	12 ans diplômée	Pôle SSR et gériatrie, service SSR gériatrique
FFCSS 2 Anne	35 min	Infirmière	12 ans, dont 10 diplômée 6 mois de FFCSS	Pôle psychiatrie
CS 3 Charlotte	23 min	Infirmière	9 ans, dont 5 diplômée	Pôle psychiatrie, unité de soins fermée pour adulte
CS 4 Samia	20 min	Infirmière	6 ans, dont 4 diplômée	Pôle SSR et gériatrie, service Court séjour gériatrique
CS 5 Julie	28 min	Infirmière	14 ans, dont 13 diplômée	Pôle médecine de spécialités, service oncologie
CS 6 Tracy	27 min	Infirmière	7 ans, dont 5 diplômée	Pôle médecine de spécialités, service hépato-gastro-entérologie

Les verbatims recueillis dans les six entretiens seront extraits et analysés dans un tableau croisé de synthèse regroupant les réponses emblématiques et illustrant les trois grandes thématiques prédéfinies (Annexe IV). Cette méthodologie permettant de faire émerger les éléments d'analyse en lien avec le cadre de référence.

5. Analyse des résultats de l'enquête

Pour rappel, l'objectif de cette étude est de mettre en exergue des concepts et des leviers relatifs à l'accompagnement du cadre de santé lors de la mobilité contrainte, dans le but de faciliter son appropriation par les soignants tout en les préservant de l'épuisement professionnel. Ainsi, je réalise une analyse croisée qualitative des verbatims recueillis auprès des six CS et organisés dans un tableau de synthèse comprenant trois grandes thématiques. L'objectif est d'identifier les points de convergences ou de divergences entre les différentes professionnelles, de mettre en parallèle les verbatims extraits avec les concepts étudiés en première partie de ce mémoire, et éventuellement de mettre en lumière d'autres éléments d'analyse émergents pour approfondir ma réflexion.

5.1 Méthodologie d'analyse des entretiens

Je réalise l'analyse des réponses des CS dans l'ordre où j'ai posé les questions, ces dernières se regroupant par grandes thématiques et sous-thématiques :

- Questions 2 à 5 portant sur la thématique de la **mobilité** :
 - Définition de la mobilité ;
 - Organisation de la mobilité au sein des unités de soins ;
 - Politique de mobilité au sein des établissements ;
 - Freins à la mobilité interservices.
- Questions 6 à 7 portant sur la thématique sur **les réactions des professionnels face au changement** :
 - Vécu des soignants face au changement ;
 - Impacts sur les soignants.
- Questions 8 à 11 portant sur la thématique sur **l'accompagnement à la mobilité interservices et les leviers managériaux** :
 - Sollicitations des agents à la mobilité ;
 - Accompagnement managérial à la mobilité ;
 - Leviers managériaux à la mobilité ;
 - Valorisation des agents.

- Question 12 permettant une ouverture sur le thème de la mobilité.

Je procède en quatre étapes pour analyser qualitativement le contenu des réponses. Tout d'abord, je crée un tableau regroupant chaque thématique et sous-thématique en lien avec ma question de recherche, dans lequel j'inscris les verbatims ou mots clés des CS les plus pertinents pour répondre à mon hypothèse. Ensuite, j'effectue des extractions des verbatims similaires et/ou opposées des CS que je regroupe dans un tableau, par sous-thématiques. Chaque tableau fait l'objet d'une analyse en comparant les propos recueillis et en les mettant en relation avec les concepts théoriques exposés dans mon cadre de référence. Enfin, je réalise une synthèse de chaque grand concept, à partir des différentes analyses effectuées. Je confronterai ensuite ces synthèses avec ma question de recherche et mon hypothèse afin de pouvoir valider ou invalider cette dernière.

5.2 Analyse croisée par thématique

5.2.1 La mobilité en quelques mots : définition, organisation et freins

Définition de la mobilité	
5 CS / 6 CS	« Déplacer dans des services » « Des agents puissent passer d'un service à l'autre » « Déplacer des agents d'un étage à un autre » « D'aller d'un service à l'autre » « Détacher[...] sur un autre secteur »
3 CS / 6 CS	« On envoie le plus vers le service ayant du moins » « D'aller compléter une équipe en sous-effectif » « D'aider des collègues qui sont un peu plus en difficulté »
3 CS / 6 CS	« Elle nécessite de la bienveillance, des explications, de l'accompagnement et de la réassurance » « Il faut aussi y mettre les formes pour accompagner cette mobilité » « La mobilité ça s'anticipe, ça s'organise en terme d'effectifs et surtout en terme de compétences »
2 CS / 6 CS	« A leur demande ou à la demande de l'établissement ou de leur hiérarchie » « On est titulaire de notre grade, mais pas de notre poste »
1 CS / 6 CS	« C'est la capacité à exprimer/mettre en œuvre ses compétences professionnelles mais aussi son savoir être et son savoir-faire dans différentes spécialités »

Tableau n°1 : Présentation des verbatims emblématiques des CS sur le sous-thème de la définition de la mobilité.

- Analyse :

La quasi-totalité des CS interrogées (5 sur 6) définissent la mobilité comme le déplacement d'un agent d'une unité à une autre. Leurs réponses mettent en évidence le concept de mobilité intra-organisationnelle (interne), horizontale, tel que défini dans la première partie de ce mémoire.

Selon la moitié des CS interviewées, la mobilité serait causée par l'absentéisme. Aucune d'entre elles n'évoquent la fluctuation d'activité ponctuelle. Ensuite, pour 3 CS sur 6, la mobilité nécessite un accompagnement et une organisation préalable. De plus, deux encadrantes mentionnent une déclinaison de la mobilité, portant sur son origine, qui peut être volontaire (à la demande) ou contrainte (à la demande de l'établissement).

Pour finir, seule Charlotte évoque la mobilité comme une possibilité de développement professionnel par la mise en œuvre des compétences au service de différentes spécialités.

Organisation de la mobilité au sein des unités de soins	
2 CS / 6 CS	« Nos agents effectivement sont amenés à aller remplacer dans d'autres services, uniquement dans le pôle » « Oui ! Sur les 3 étages »
1 CS / 6 CS	« En tout cas un petit peu d'affinité, surtout des compétences et puis faut que ça soit un roulement pas toujours les mêmes »
1 CS / 6 CS	« Même si elles sont toujours dans leur service physiquement, elles ont dû s'occuper de patientes d'une autre spécialité »
1 CS / 6 CS	« Une campagne de mobilité au sein de l'établissement actuellement dans le but d'un grand déménagement »

Tableau n°2 : Présentation des verbatims emblématiques des CS sur le sous-thème de l'organisation de la mobilité au sein des unités des soins.

- Analyse :

Au niveau des pratiques organisationnelles dans les unités de soins, il n'y a pas de procédure clairement établie pour la grande majorité des CS interrogées. Seules, 2 CS sur 6, possèdent une conduite à tenir qui restreint la mobilité au sein de leur pôle. L'une de ces deux CS, Julie, insiste sur l'importance de la rotation du personnel lors de la mise en œuvre des mobilités interservices.

Tracy met en évidence une déclinaison de la mobilité qui consiste à accueillir au sein du service des patients de profil pathologique relevant d'une autre spécialité médicale.

Enfin, Anne évoque une campagne de mobilité suite à un déménagement, ce qui met en lumière que la mobilité interservices peut être planifiée et organisée dans le cadre de projets institutionnels.

Politique de mobilité au sein de l'établissement	
4 CS / 6 CS	« On mobilise par pôles » « Principe appliqué au sein de chaque pôle » « Sur notre pôle oui » « Les différents candidats internes au pôle sont reçus par les cadres et médecins »
3 CS / 6 CS	« Mise en avant dans le cadre des compétences communes » « On leur explique pourquoi ils peuvent pas rester en sureffectif pendant qu'il y a un autre service qui est en sous-effectif » « On accompagne aussi les équipes »

Tableau n°3 : Présentation des verbatims emblématiques des CS sur le sous-thème de la politique de la mobilité au sein des établissements.

- Analyse :

La quasi-totalité des CS interrogées (4 sur 6) évoquent une politique de mobilité polaire dans leurs établissements. De plus, pour la moitié des encadrantes cette politique de mobilité est effectuée à l'aide d'un accompagnement et d'explications auprès des équipes de soins.

Freins à la mobilité	
5 CS / 6 CS	« Type de poste dans lequel il est mobilisé, la spécialité qui diffère et ne convient pas à l'agent » « La peur pour certains agents de ne pas avoir les compétences nécessaires » « Les compétences » « J'ai la peur de ne pas savoir faire » « Ne pas avoir les compétences »
4 CS / 6 CS	« L'éloignement de l'unité dans lequel l'agent » « Changements d'habitudes [...] changement de cadre de travail (locaux, habitudes et organisations de service » « Elles ne connaissent pas le service, l'organisation [...] les outils sont différents » « Peur de pas savoir s'organiser »
3 CS / 6 CS	« Changement de cadre de travail [...] de collègues » « C'est pas mon équipe est-ce que je vais pouvoir m'intégrer ? » « Je les connais pas donc il y a plein d'appréhension »
1 CS / 6 CS	« L'impression que c'est eux qui dépannent »
1 CS / 6 CS	« L'éloignement de leur domicile »
1 CS / 6 CS	« Leur organisation personnelle »

Tableau n°4 : Présentation des verbatims emblématiques des CS sur le sous-thème des freins à la mobilité.

- Analyse :

D'une manière générale, pour 5 des 6 CS interrogées, le principal frein à la mobilité interservices repose sur la compétence. Comme décrit dans le cadre conceptuel, les soignants sont réticents et anxieux car ils craignent de ne pas être en mesure d'assurer les soins techniques relevant de la spécificité du service dans lequel ils sont mobilisés.

Ensuite, pour un peu plus de la moitié des professionnelles rencontrées, le deuxième frein à la mobilité relève du changement organisationnel. A cela s'ajoute, pour 3 des 6 CS, le changement de dynamique d'équipe, avec la crainte pour les soignants de ne pas être bien accueillis et soutenus dans ce nouvel environnement de travail. Marie évoque le sentiment d'injustice comme frein à la mobilité interservices, causé par une faible rotation des équipes mobilisées.

Enfin, seule Anne mentionne les freins liés à l'éloignement du domicile et à l'organisation personnelle des agents.

La mobilité interservices contrainte : ce qu'il faut retenir !

Il ressort des différents entretiens que ce premier concept de mobilité interservices semble bien défini par l'ensemble des CS. Presque toutes évoquent la mobilité comme le déplacement d'un agent d'un service à un autre, tel que défini dans le cadre conceptuel par les auteurs SLIWKA et PENGAM. Néanmoins, Tracy évoque une déclinaison de la mobilité par le déplacement de la spécialité, d'une unité dans une autre spécialité, sans déplacement des professionnels.

De plus, la presque totalité des encadrantes évoquent l'existence d'une politique de mobilité polaire au sein de leur institution. Ces réponses mettent en évidence l'importance d'une planification stratégique de la mobilité comme outil de gestion. Cependant, lorsqu'on les interroge sur une organisation spécifique au sein des unités de soins, seules deux CS possèdent une conduite à tenir clairement définie pour la mobilité interservices. On peut alors se questionner sur l'appropriation de la démarche de mobilité par les CS de proximité.

Enfin, il est mis en lumière que les freins à la mobilité interservices des soignants sont multifactoriels. L'aspect le plus cité par les professionnelles est la compétence, suivi de l'organisation dans un nouvel environnement de travail, et de la culture professionnelle mettant en avant la notion de travail en équipe.

L'ensemble de ces facteurs a été traité dans le cadre conceptuel. Seule Anne y inclut en plus la vie personnelle des agents (organisation familiale, distance du domicile au nouveau lieu de travail).

La totalité des CS ont ainsi une connaissance avérée de la mobilité interservices qui relève, selon elles, d'un accompagnement et d'un soutien auprès des équipes afin d'en garantir le succès.

5.2.2 Les réactions des professionnels face au changement

Vécu des soignants face au changement	
5 CS / 6 CS	<p>« Ils sont pas trop contents » « Elles ne sautent pas de joie » « Il faut entendre leur mécontentement » « Il y a ceux qui disent : ah non ! aujourd'hui je veux pas ! » « Ils sont pas très contents »</p>
2 CS / 6 CS	<p>« D'autres a contrario sont ravies d'aller aider leurs collègues en difficultés » « On a ceux qui disent : ok, c'est bon j'y vais, c'est mon tour, je sais. On en a même qui se proposent »</p>
2 CS / 6 CS	<p>« Personne n'aime le changement » « Le changement, c'est très inquiétant »</p>
1 CS / 6 CS	<p>« Elles cherchent une excuse, un impératif santé ou des contraintes physiques pour ne pas y aller »</p>

Tableau n°5 : Présentation des verbatims emblématiques des CS sur le sous-thème du vécu des soignants face au changement.

- Analyse :

Dans l'ensemble, pour 5 CS sur 6, la mobilité interservices est vécue de manière négative par les professionnels de santé. Cela peut être causé, comme précisé dans le cadre conceptuel, par une réticence au changement de service et des appréhensions liées à l'inconnu. Ainsi, 2 CS sur 6 soulèvent le concept de changement en l'associant à un sentiment d'anxiété. Pour finir, une encadrante met en évidence la posture de certains professionnels face au changement, avec un phénomène de résistance. Néanmoins, 2 CS évoquent, a contrario, un ressenti positif de la mobilité, avec une volonté d'aller aider leurs collègues en difficulté. Cette attitude reflète un sentiment de solidarité et de collaboration inter-équipe.

Impacts sur les soignants	
5 CS / 6 CS	« L'impact personnel, ça peut être un ras le bol » « Finissent souvent par être blasés » « Le désengagement et le découragement » « Les démotiver » « La lassitude »
3 CS / 6 CS	« Ça entretient justement les compétences, ça évite qu'on reste dans la routine » « Son impact c'est plus du positif » « Ils développent des qualités, des compétences et des connaissances qui peuvent utiliser dans leur service »
2 CS / 6 CS	« Le sentiment de non-appartenance à une équipe » « Sentiment d'injustice »
1 CS / 6 CS	« Un autre impact est l'arrêt des agents »

Tableau n°6 : Présentation des verbatims emblématiques des CS sur le sous-thème des impacts de la mobilité sur les soignants.

- Analyse :

Lors de l'évocation des conséquences de la mobilité interservices sur les agents, la plupart des CS semblaient contrariées, voire crispées, exprimant principalement ses effets néfastes sur les agents. Elles ont souligné un impact négatif, allant jusqu'au découragement des professionnels de santé. La mobilité peut conduire à un épuisement chez les soignants, les rendant moins motivés et moins engagés dans leur travail. Deux d'entre elles (Charlotte et Tracy), ajoutent même une dimension émotionnelle, évoquant un sentiment de non appartenance à une équipe et d'injustice, ce qui accroît leur appréhension du changement et peut même aboutir, selon Tracy, à un arrêt de travail des agents. Néanmoins, selon la moitié des CS interrogées, la mobilité interservices peut également être un levier positif, notamment en favorisant le développement des compétences des soignants, qu'ils pourront ensuite mettre à profit dans leur vie professionnelle.

Le changement prescrit : ce qu'il faut retenir !

Au regard des réponses fournies par l'ensemble des CS, croisées avec les notions définies dans le cadre conceptuel, le changement est porteur de complexité et suscite chez les soignants des réactions multiples, allant de la réticence et du mécontentement à l'acceptation voire à la volonté d'être mobilisés. Selon la moitié des CS interviewées, le changement de spécialité est perçu comme un moyen de maintenir la motivation et de lutter contre la routine.

La mobilité leur permet de développer de nouvelles compétences, connaissances et de favoriser ainsi leur polyvalence, contribuant à l'efficacité des organisations hospitalières.

Il est important de noter néanmoins qu'un tiers des encadrantes évoquent des phénomènes de résistance au changement, comme énoncés dans la première partie de ce mémoire. Certains sont liés à des facteurs collectifs tel que le sentiment d'isolement du groupe, d'autres à des facteurs individuels tel que le sentiment d'injustice conditionné par un manque de sens pour les agents, soulignant ainsi les limites associées à une mobilité non planifiée ou mal explicitée.

5.2.3 L'accompagnement à la mobilité contrainte : quels leviers managériaux ?

Sollicitations des agents à la mobilité	
4 CS / 6 CS	<p>« Je n'invective jamais l'agent directement, jamais en frontal »</p> <p>« Il faut l'accompagner et pas l'imposer »</p> <p>« C'est plutôt au volontariat, ça marche mieux »</p> <p>« Soit, je demande à l'ensemble des infirmières ou aides-soignantes qui sont présentes s'il y en a une qui peut se détacher. Elles voient entre elles »</p>
3 CS / 6 CS	<p>« C'est de solliciter des agents qui seraient présents et [...] qui ont les compétences »</p> <p>« Je cible [...] les plus enclins à accepter la mobilisation et qui ont les compétences nécessaires »</p> <p>« Je sais à peu près dans lesquels ils sont un peu plus à l'aise ou pas »</p>
3 CS / 6 CS	<p>« J'explique l'obligation de la mobilisation et je donne les détails circonstanciels qui m'amène à m'adresser à cette personne »</p> <p>« J'essaie de leur expliquer l'intérêt du remplacement »</p> <p>« On décrit la situation, quand on a un service qui se retrouve à moins 1 ou moins 2 »</p>
2 CS / 6 CS	<p>« S'il faut imposer, ben on regarde qui a été désigné avant »</p> <p>« Je vais essayer de faire attention à qui j'ai déjà envoyé »</p>
1 CS / 6 CS	<p>« On sollicite les agents dans leur propre unité [...] ils sont pas forcément amenés à bouger mais peuvent être amenés à bouger d'horaires »</p>
1 CS / 6 CS	<p>« On appelle tous les agents en congés mais ils ont le droit de pas répondre »</p>

Tableau n°7 : Présentation des verbatims emblématiques des CS sur le sous-thème des techniques de sollicitations des agents à la mobilité.

- Analyse :

A l'évidence, pour les 2/3 des CS, la sollicitation des agents à la mobilité contrainte doit se faire en première intention sur la base du volontariat. Or, si cette méthode ne fonctionne pas, le choix de l'agent à mobiliser se fait selon divers critères : pour la moitié des CS, il est ciblé sur la compétence, pour 1/3 des managers, il se fait selon une rotation équitable des agents, et pour Marie uniquement, sur la flexibilité des soignants en congés.

Trois des interviewées soulignent l'importance de communiquer sur les raisons de la mobilité afin de donner du sens à ce déplacement auprès des agents et de faciliter ainsi leur coopération.

Accompagnement managérial à la mobilité	
3 CS / 6 CS	« J'ai organisé en amont une visite du service, pour qu'elles visualisent les locaux et qu'elles se sentent moins prise en défaut pour trouver le matériel » « On essaie de faire visiter le service avant en expliquant un peu les soins » « D'accompagner sur place, lui présenter un peu le service »
3 CS / 6 CS	« On passe les voir et on repasse dans la matinée et la cadre qui reçoit passe voir aussi l'agent » « Je tiens en tout cas à toujours me rendre dans le service pour aller voir l'agent, demander » « Elles ont rencontré en amont des IDE fixes du service et/ou la cadre »
1 CS / 6 CS	« Ils sont prévenus à l'embauche que ça peut arriver »
1 CS / 6 CS	« Je les ai positionnés 2 par 2, car cela les rassuraient »
1 CS / 6 CS	« Un contrat moral qu'elles ne se sentent pas obligées de faire un soin pour lequel elles ne se sentiraient pas confortables »

Tableau n°8 : Présentation des verbatims emblématiques des CS sur le sous-thème de l'accompagnement managérial à la mobilité.

- Analyse :

L'accompagnement à la mobilité interservices des soignants repose, pour la moitié des CS, sur des visites préalables des unités, permettant de les familiariser à un nouvel environnement de travail et d'établir un premier contact avec les professionnels y travaillant. De plus, un suivi pendant la mobilité est réalisé afin de les rassurer. Comme énoncé dans le cadre conceptuel, la CS escorte ainsi le soignant jusqu'à la réalisation et l'exécution totale de sa mission de mobilité. Seule Marie énonce ne pas mettre en place un accompagnement spécifique lié à la connaissance par les soignants de cette modalité dès l'embauche.

L'une des CS, Charlotte, énonce deux stratégies d'accompagnement encore non abordées dans ce mémoire. La première repose sur une mobilité en binôme des agents afin de les rassurer. Cette méthode semble difficile au vu de l'absentéisme de personnels actuellement. La seconde énonce la réalisation d'un contrat moral comme outil permettant d'éliminer des soins techniques pour lesquels l'agent n'aurait pas la compétence. Cela permet de rassurer l'agent dans la réalisation de sa future mobilité. Ce concept m'interroge alors, car il peut effectivement diminuer l'anxiété des professionnels, mais n'est-il pas limitant à une montée en compétence prônée jusqu'ici comme valeur ajoutée à la mobilité ?

Leviers managériaux à la mobilité	
4 CS / 6 CS	<i>« Faire des formations, des groupes de réflexion, d'analyse des pratiques ensemble »</i> <i>« Un levier de proposer de la formation »</i> <i>« Formation polaire où ils se rencontrent, on fait des débats, on fait des animations »</i> <i>« J'argumente avec la notion de compétences »</i>
3 CS / 6 CS	<i>« Je souligne qu'elles ne seront pas seules »</i> <i>« Rassurer »</i> <i>« Quand on les accompagne, c'est pareil, ils se sentent considérés, pas juste un pion qu'on déplace »</i>
1 CS / 6 CS	<i>« Des livrets d'accueil par service peut aussi diffuser pour qu'ils connaissent un petit peu les soins et les organisations »</i>
1 CS / 6 CS	<i>« Les interventions régulières auprès de l'équipe »</i>
1 CS / 6 CS	<i>« Qu'est-ce qu'on fait de leur expérience aussi, comment ça s'est passé ? »</i>
1 CS / 6 CS	<i>« La manière d'aborder les choses, d'expliquer pourquoi aussi ils y vont »</i>
1 CS / 6 CS	<i>« Organiser des échanges de services [...] Essayer de faire des repas d'équipe par site, pluri-service »</i>

Tableau n°9 : Présentation des verbatims emblématiques des CS sur le sous-thème des leviers managériaux à la mobilité.

- Analyse :

La quasi-totalité des CS interrogées (les 2/3) citent la formation comme le premier levier managérial pour favoriser l'appropriation de la mobilité contrainte par les soignants. Cela valide les notions abordées dans le cadre conceptuel : la formation étant un moyen favorisant la montée en compétence des agents et ainsi leur acculturation à la mobilité.

Parmi elles, Julie ajoute le livret d'accueil comme outil ressource pour les soignants, améliorant ainsi leurs connaissances sur les pratiques et organisations des autres unités.

Ensuite, la moitié des professionnelles rencontrées évoquent comme second levier la réassurance, permettant de favoriser l'appropriation à la mobilité contrainte. Le cadre, en soutenant les équipes, contribue à réduire leur anxiété et prévient ainsi le risque d'épuisement professionnel lié à cette pratique.

Certaines expriment également des leviers variés (explications, rencontres, retour d'expérience auprès des équipes), tous en lien avec la compétence de communication du cadre de santé, comme explicité préalablement dans le cadre théorique. L'argumentation permettant de convaincre et faire adhérer les soignants au changement.

Enfin, Marie propose des journées d'immersion interservices et des moments conviviaux afin de créer des interactions sociales et faciliter ainsi leur mobilité.

Valorisation des agents	
3 CS / 6 CS	<i>« Je veille déjà à remercier les agents » « Leur dire merci » « Lui dire bah encore merci... je sais que je peux compter sur toi »</i>
3 CS / 6 CS	<i>« La communication, l'explication et la réassurance sont les maitres mots à l'accompagnement pour que l'agent adhère » « Beaucoup de paroles bienveillantes, de renforcement positif » « Je leur explique vraiment que c'est une question d'entraide »</i>
3 CS / 6 CS	<i>« C'est gagner en compétence dans le changement » « Mettre en avant les formations faites ou à envisager » « La possibilité de voir d'autres spécialités, de développer des compétences »</i>
2 CS / 6 CS	<i>« Débriefing a posteriori [...] pour recueillir les retours positifs et négatifs vécus par l'agent » « Un point derrière la mobilisation [...] D'aller revoir la personne déjà encore une fois c'est pour de la reconnaissance »</i>
1 CS / 6 CS	<i>« Grâce à toi le service a pu être pris en charge, on a assuré la continuité des soins [...] Avoir cette reconnaissance, je pense que c'est très important »</i>

Tableau n°10 : Présentation des verbatims emblématiques des CS sur le sous-thème de la valorisation des agents suite à la mobilité.

- Analyse :

Les encadrantes interrogées utilisent trois stratégies managériales pour valoriser les soignants mobilisés : la gratitude en remerciant les agents, la communication en donnant du sens à la demande et le développement professionnel en mettant en évidence les opportunités offertes par la mobilité interservices.

De plus, 2 CS sur 6 ajoutent le feedback afin de recueillir les expériences des soignants et d'échanger avec eux sur les éventuelles difficultés rencontrées. Cela permet aux CS d'ajuster leur accompagnement de manière plus individualisée par la suite. Enfin, seule Samia évoque le concept de reconnaissance, développé dans le cadre conceptuel, se traduisant par des encouragements valorisant le service rendu par les soignants.

L'accompagnement managérial à la mobilité : ce qu'il faut retenir !

L'ensemble des CS rencontrées sont en accord avec le fait qu'elles ont toutes un rôle à jouer dans l'accompagnement à la mobilité contrainte interservices des agents. Cet accompagnement est organisé selon différents critères : volontariat, compétences, rotation équitable, flexibilité des agents en congés. La moitié d'entre elles proposent également la mise en place de visite des unités au préalable de la mobilité afin que les soignants puissent découvrir l'agencement des services, les pratiques de soins et aller à la rencontre des professionnels.

De plus, elles vont être proactives dans la création d'un environnement favorable à l'appropriation de la mobilité contrainte. Elles vont alors mobiliser différents leviers managériaux tels que : une communication claire et rassurante, un soutien nécessaire pour réussir la transition et une mise en avant d'un enrichissement professionnel lié au développement des compétences. A mon étonnement, aucune n'a évoqué la rédaction d'un projet de service, en lien avec les soignants, axé sur les modalités de la mise en œuvre de la mobilité interservices afin qu'ils se l'approprient. Néanmoins, Marie a mis en évidence un nouveau levier, non énoncé jusqu'alors dans le cadre conceptuel, qui est celui de la création de relations sociales entre les équipes. Ainsi, la CS en créant des liens sociaux et des espaces d'échanges entre les professionnels des différentes unités soumises à la mobilité contrainte, permettra de diminuer l'anxiété des agents et de faciliter leurs déplacements dans les différents services.

Enfin, globalement les CS insistent sur l'importance de la valorisation des soignants pour une mobilité interservices réussie en ayant recours à la gratitude et à la reconnaissance de leur engagement, comme développé par C. DEJOURS dans le cadre théorique. Deux CS ajoutent le recueil régulier de leur feedback pour les accompagner de manière efficace et les impliquer ainsi dans le changement prescrit.

5.2.4 Quelques pistes de réflexion ...

Dans la mesure où la question 12 est une question ouverte laissant la possibilité aux CS interrogées de s'exprimer librement sur le thème de la mobilité interservices contrainte, je propose de l'analyser directement en mettant en évidence les différentes pistes de réflexion soulevées par les encadrantes :

- Charlotte souhaiterait qu'un parcours d'intégration soit mis en place pour chaque nouvel arrivant comprenant une formation et/ou plusieurs journées de découverte dans chaque service dans lequel l'agent est susceptible d'être mobilisé.
- Samia insiste sur l'importance d'un écrit institutionnel de la gouvernance sur lequel s'appuyer pour faciliter la mobilité interservices des soignants.
- Julie évoque la construction d'une culture à la mobilité, auprès des équipes soignantes, comme facteur de réussite à la mobilité interservices contrainte.
- Tracy souligne le fait que la mobilité, comme outil de gestion des ressources humaines, ne doit pas devenir une réponse aux problématiques de personnels.

L'ensemble des CS mettent en lumière des éléments de réflexion riches en lien avec le processus professionnel étudié dans ce mémoire : la mobilité contrainte interservices. Tout d'abord, l'idée de Charlotte favoriserait l'adaptabilité et la polyvalence des professionnels dès leur arrivée au sein de l'établissement. Cela pourrait également influencer sur leur sentiment d'appartenance à une institution. Puis, la proposition de Samia permettrait de définir un cadre clair et des directives précises dans la gestion des déplacements du personnel réduisant ainsi les incertitudes et les risques de conflits potentiels. Ensuite, l'approche de Julie qui vise à promouvoir une représentation commune des soignants à la mobilité interservices permettrait de favoriser la flexibilité des équipes. Enfin, Tracy tire la sonnette d'alarme sur l'utilisation excessive de la mobilité interservices, pour répondre aux besoins institutionnels, afin de prévenir l'épuisement des soignants.

La présentation des verbatims emblématiques et la réflexion menée autour de ces résultats d'enquête, ont permis de présenter la complexité de la mise en œuvre de la mobilité contrainte interservices. Il est temps désormais de confronter les données émergentes à la question de recherche et l'hypothèse, afin de finaliser cette étude.

6. Discussion des résultats en lien avec l'hypothèse avancée

La revue de littérature ainsi que la phase d'analyse exploratoire achevées, il convient de revenir à la question de recherche autour d'une discussion constructive. Pour cela, les matériaux extraits de l'expérience des professionnels seront croisés avec les concepts théoriques afin d'agrémenter cette recherche et d'explorer de nouveaux questionnements. Ces différentes étapes nourrissent cette étude et permettent de traiter la question de recherche initiale.

Pour rappel, elle était la suivante :

En quoi l'accompagnement du cadre de santé à la mobilité contrainte favorise l'appropriation des équipes soignantes et les préserve de l'épuisement professionnel ?

Partant du postulat selon lequel le cadre de santé est un acteur majeur dans l'acceptation des soignants à la mobilité contrainte, j'avais exploité mes lectures effectuées lors de l'élaboration de mon cadre théorique et constaté que l'accompagnement du cadre de santé, tant sur le plan organisationnel qu'humain, joue un rôle clé dans l'appropriation des équipes soignantes à la mobilité. En poursuivant cette réflexion, j'avais alors formulé l'hypothèse suivante :

Le cadre de santé par un accompagnement structurel et humain va créer un socle propice à l'appropriation du changement ponctuel lié à la mobilité interservices contrainte, par le personnel soignant.

Au regard des apports théoriques explicités par le cadre de référence et de l'analyse thématique croisée des résultats de l'enquête de terrain, **l'hypothèse semble partiellement validée.**

6.1 Le cadre de santé, pilote dans l'appropriation du changement ponctuel

En synthèse, les entretiens ont permis de mettre en avant que le cadre de santé tient un rôle de pilote dans la conduite du changement lié à la mobilité contrainte interservices, afin que le déplacement transitoire puisse être vécu de façon positive par les soignants.

Pour ce faire, la moitié des CS rencontrées avaient évoqué **l'organisation de visites de services**, par les soignants, en amont et pendant la mobilité afin de les rassurer. Cette approche va de pair avec le concept d'accompagnement décrit dans le cadre théorique, dans lequel ce dernier comprend des dimensions relationnelles, opérationnelles et protectrices.

En outre, l'accompagnement par le cadre joue un rôle majeur au vu des différents freins rencontrés par les soignants liés à l'appréhension du changement. Selon un tiers des CS interviewées, et comme mentionné dans le cadre conceptuel, les facteurs principaux de résistance au changement ponctuel sont : **la compétence, l'adaptation à un nouveau mode de fonctionnement** et la culture professionnelle, pouvant causer **une perte d'identité collective**. Cela peut entraîner des comportements de mécontentement voire d'épuisement des professionnels mobilisés. Cependant, selon la moitié des CS, si la mobilité est planifiée et explicitée, des attitudes d'acceptation voire de volontariat peuvent émerger.

6.2 Le cadre de santé : un acteur principal dans l'accompagnement structurel à la mobilité ?

Selon l'hypothèse avancée le cadre, par un accompagnement structurel tout d'abord, crée un environnement optimal à l'appropriation du changement. Si nous nous plaçons d'un point de vue purement théorique, nous avons vu précédemment que cet accompagnement structurel peut prendre place par l'écriture d'un projet de service définissant les modalités de la mobilité interservices, réalisé en co-construction avec les équipes soignantes. Or, lorsque nous nous situons d'un point de vue opérationnel, aucune des CS n'a explicité d'organisation spécifique à la mobilité au sein de leurs unités. Est-ce parce qu'elles ont des difficultés à s'investir dans une démarche de mobilité ? Cependant, Samia insiste sur l'importance de la rédaction d'un écrit institutionnel pour définir un cadre précis dans la gestion des déplacements. De plus, pour les 2/3 d'entre elles, **une politique de mobilité polaire** est instituée au sein de leur établissement. Cela peut être une réponse à l'absence de procédure à l'échelle des services. Par conséquent, **cette partie de l'hypothèse est partiellement validée : un socle structurel existe certes, mais ne fait pas partie intégrante de l'accompagnement du cadre**. Ce dernier n'en est pas l'auteur en collaboration avec les équipes soignantes mais le garant auprès du personnel. Pour ce faire il va adopter un style managérial spécifique : **le management situationnel**.

Ce nouveau concept émerge des verbatims issus des entretiens des professionnelles interviewées : « *C'est de solliciter des agents qui seraient présents et [...] qui ont les compétences* », « *Je cible [...] les plus enclins à accepter la mobilisation et qui ont les compétences nécessaires* » ; et vient agrémenter notre travail de recherche. Il consiste en une approche managériale s'adaptant à « chaque situation et en fonction du niveau de connaissance et de motivation (c'est-à-dire de « maturité ») des personnes impliquées »³⁷. Il a été développé par Paul HERSEY et Kenneth BLANCHARD, respectivement économiste et expert en management, qui l'ont modélisé ainsi :

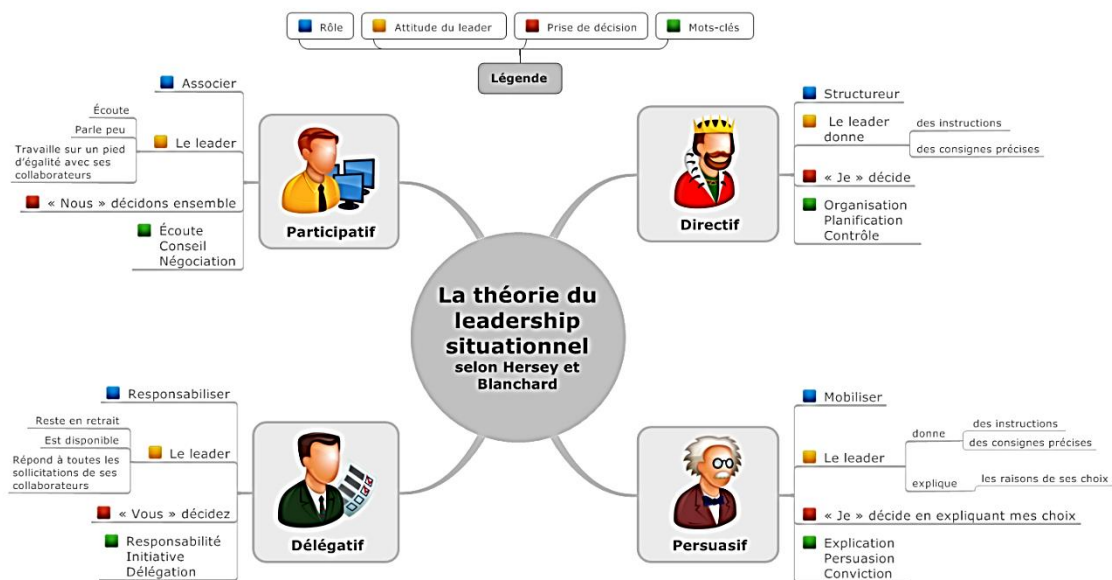


Fig. 6 : Représentation de la théorie du leadership situationnel de HERSEY et BLANCHARD

Autrement dit, c'est une démarche managériale dans laquelle le style de management du cadre s'adapte à la situation rencontrée et au profil du collaborateur. En somme, en tant que garant d'un accompagnement structurel à la mobilité interservices, le cadre de santé, par son management situationnel auprès des agents, maintient un environnement favorable à la mise en œuvre de cette dernière.

6.3 Le cadre de santé : un acteur clé dans l'accompagnement humain à la mobilité ?

³⁷ M, DAUBIER, S, DAUBIER, « Outil 25. Le leadership situationnel de Hersey et Blanchard », dans : *Pro en Agilité. 66 outils. 10 plans d'action. 12 ressources numériques*. Paris, Vuibert, « Pro en », 2022, p. 76-77.

La seconde partie de l'hypothèse de recherche affirme qu'un accompagnement humain par le cadre de santé génère un environnement optimal pour l'appropriation à la mobilité interservices contrainte. Suite à l'enquête, le premier levier managérial cité dans cet accompagnement humain est **le développement des compétences**. En effet, le cadre favorise l'accès à des formations afin d'enrichir professionnellement les agents et de diminuer leur anxiété lors des mobilités. Une des CS interrogée, Charlotte, propose même une approche innovante : **le parcours d'intégration** au cours duquel chaque nouvel agent serait formé, dans les premiers mois de sa prise de fonction, aux différentes spécialités dans lesquelles il pourrait être déplacé.

Les entretiens révèlent un second levier managérial relevant des rôles du cadre liés à **l'information**, comprenant : la communication rassurante, le soutien et la valorisation (gratitude et reconnaissance), qui vont donner du sens à l'injonction de la mobilité et permettre sa réalisation pleine et intégrée par les soignants. Deux CS ajoutent également le feedback, outil non cité dans le cadre théorique, permettant de recueillir l'expérience des soignants après leur mobilité et d'ajuster de manière plus individualisée l'accompagnement à la mobilité. Le feedback est une méthode centrale permettant d'engager les soignants dans une démarche de réflexivité sur l'usage de la mobilité contrainte. La réflexivité renvoie à « la capacité de réfléchir délibérément sur ses propres pratiques »³⁸ (Perrenoud, 2001, 2013, p.269). Ainsi, le cadre se doit d'accompagner les soignants à prendre du recul sur leurs expériences passées de mobilité pour en faciliter l'appropriation.

Enfin, l'analyse des entretiens a permis d'identifier un nouveau concept : **la dynamique inter-équipe**, issue d'une culture collective polaire à la mobilité. L'équipe se définissant selon Pierre CAUVIN, docteur en sciences sociales, par « le lieu où se développent les solidarités, où se renforcent les actions de chacun par le jeu des échanges, où s'unifie l'activité, où se crée un esprit commun »³⁹(2020, p.9). Ainsi, le cadre, par la mise en œuvre de sa compétence d'animation d'équipe de soins, contribue à créer du lien social entre les soignants des différentes unités, facilitant les mobilités grâce à la production d'un réseau entre les professionnels. Pour ce faire, le cadre peut utiliser la dynamique polaire et organiser, avec ses pairs et le cadre supérieur de santé, des moments d'échanges conviviaux polaires favorisant le brassage et la rencontre des équipes.

³⁸ M-F, CARNUS et C, MIAS. *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*. Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, « Hors collection », 2013, p. 269.

³⁹ P, CAUVIN. *La Cohésion des équipes. Pratique du team building*. ESF Sciences humaines, Formation permanente, 2020, p.9.

En conclusion, **cette partie de l'hypothèse est validée : le cadre de santé joue un rôle majeur dans l'appropriation des soignants à la mobilité contrainte.** Par la mise en œuvre d'un accompagnement humain basé sur l'utilisation de leviers managériaux tels que l'enrichissement professionnel (formation, parcours d'intégration), la communication rassurante (valorisation, soutien, feedback) et la création d'une dynamique inter-équipe, il lève les barrières de résistance au changement et prévient de l'épuisement professionnel.

6.4 A l'avenir...

A travers ce travail d'initiation à la recherche, nous avons pu mettre en évidence que la mobilité interservices contrainte est une démarche complexe. Cette dernière, visant à répondre à un besoin de personnels soignants, doit faire l'objet d'une stratégie et d'une planification institutionnelle. Dans un premier temps, elle doit être explicitée et organisée par le sommet décisionnel et le cadre supérieur de santé afin de créer une culture de la mobilité interservices. Comme nous l'avons constaté lors des entretiens menés auprès des CS, une politique de mobilité polaire écrite et claire facilite la légitimation de cette pratique auprès des équipes de soins. Ainsi, cette procédure institutionnelle reconnue de tous permet de créer une culture collective à la mobilité interservices et d'en faciliter l'usage, le cadre de santé en étant le garant d'un point de vue opérationnel.

Dans un second temps, cette mobilité interservices contrainte doit être mise en œuvre sur le terrain, et c'est là que le cadre de santé joue un rôle clé. En effet, à travers notre revue de littérature croisée avec l'expérience des CS interrogées, nous avons vu que le cadre est un acteur essentiel dans l'accompagnement humain à l'appropriation de la mobilité interservices des agents. Il est le pilote d'un accompagnement humain personnalisé et/ou collectif par l'activation de différents leviers managériaux (développement professionnel, communication, valorisation), en fonction de la situation de mobilité rencontrée (planifiée, impromptue, ...). De plus, il doit être à l'initiative de l'animation d'une dynamique inter-équipe permettant la socialisation des agents et l'émergence de liens et de solidarité entre les unités de soins. Cet accompagnement proactif par le cadre permet la création d'un environnement propice à l'appropriation de la mobilité contrainte en surmontant les freins liés à la peur du changement.

Ainsi, la mobilité est vécue non plus comme une contrainte par les soignants, mais comme une pratique épanouissante professionnellement et riche socialement.

Il convient néanmoins de se questionner sur les limites de cette pratique. En effet, cette dernière est utilisée très fréquemment de nos jours par les établissements de santé pour répondre à l'absentéisme. Or, comme l'a clairement expliqué Tracy, l'utilisation de la mobilité interservices comme outil de gestion des ressources humaines ne doit pas devenir une réponse définitive aux problématiques de personnels. La mobilité interservices est certes nécessaire au vu de la conjoncture actuelle de manque de professionnels de santé, mais doit rester une pratique ponctuelle. Nous tirons la sonnette d'alarme sur son utilisation excessive au risque d'épuiser les soignants à long terme. Cela nous amène donc à ouvrir notre sujet d'étude vers d'autres questionnements : **existe-il des solutions plus pérennes pour pallier à l'absentéisme du personnel soignant ?**

7. Les limites de l'enquête : « et si on reprenait à zéro ? »

La réalisation de l'enquête, dans un contexte limité dans le temps, laisse apparaître certaines limites sur l'étude de l'appropriation de la mobilité contrainte interservices par les soignants, notamment :

- **La généralisation des résultats** : cette étude repose sur un faible nombre d'entretiens, six au total, ce qui restreint la portée des conclusions. Les résultats ne peuvent donc pas être représentatifs étant donné la taille limitée de l'échantillon de recherche. Cette contrainte est imposée par l'école de formation, où l'année est courte et soumise à un calendrier chargé. Les ressources limitées peuvent donc influencer la mise en pratique des recommandations émergentes de l'enquête.
- **La variabilité des ressources** : en raison du temps restreint pour programmer les entretiens, les CS interviewées dans ce travail proviennent de seulement deux établissements différents, tous deux publics. Elles ont toutes un profil féminin, diplômé et expérimenté. Il aurait été intéressant d'inclure d'autres catégories de cadre de santé, tels que ceux du secteur privé, de genre masculin, novices ou faisant fonction dans le métier de cadre. Bien qu'une FF CSS ait été interrogée pour apporter potentiellement de la variabilité dans les réponses, cela n'a pas été le cas, ses propos étant en concomitance avec ceux des autres cadres.
- **Le biais des réponses** : les cadres de santé interrogées ont toutes des parcours professionnels variés, ce qui peut influencer leur sensibilité au sujet de la mobilité interservices. Cet affect, relevant de leurs expériences professionnelles, peut introduire des biais dans les réponses.
- **Les outils d'investigation** : ce travail a été réalisé sur une période de temps limitée, ce qui restreint l'utilisation de plusieurs outils de recherche. Il aurait été très enrichissant pour cette étude de recueillir l'opinion des professionnels de soins sur l'appropriation de la mobilité interservices contrainte accompagnée par le cadre à travers la construction et l'utilisation d'un questionnaire en ligne. Malheureusement, la contrainte de temps a nécessité des choix et cette piste n'a pas été explorée.

Il est donc essentiel de tenir compte de l'intégralité de ces limites lors de la lecture de ce travail de recherche et de l'interprétation des résultats d'enquête.

Si cette expérience devait être renouvelée, il serait nécessaire de s'appuyer sur ces limites comme pistes d'amélioration en vue d'une recherche plus approfondie sur cette thématique.

Conclusion

Ce travail d'initiation à la recherche, portant sur l'accompagnement du cadre de santé dans l'appropriation de la mobilité interservices contrainte par les soignants, présente un double enjeu pour moi. Il s'agit non seulement de me positionner dans la posture d'apprentie chercheuse, mais également de prendre du recul sur ce sujet en vue de ma future pratique professionnelle de cadre de santé, à travers une réflexion personnelle menée tout au long de l'année.

Si elle se termine aujourd'hui, cette démarche de recherche m'a permis de développer des compétences et m'a ouverte à une méthodologie de travail que je conserverai dans mon activité professionnelle. Tout d'abord, j'ai compris l'importance du choix précis des termes dans un travail de recherche et/ou un projet, qui doivent être utilisés de manière rigoureuse et approfondie, grâce à l'utilisation de ressources documentaires scientifiques fiables. Ce travail de recherche documentaire a ainsi développé ma capacité à chercher, trier et analyser des sources pertinentes. De plus, j'ai été sensibilisée à différents concepts théoriques lors de la rédaction du cadre conceptuel, dont le traitement a sollicité mes capacités de synthèse. J'ai amélioré mes compétences à résumer et à synthétiser des informations en mettant en évidence les points essentiels et en les intégrant de manière cohérente. Enfin, le développement de mon analyse critique par le traitement des données issues de la littérature scientifique et des matériaux recueillis de l'expérience des professionnelles interviewées, m'a permis de prendre le recul émotionnel nécessaire sur la gestion de la mobilité interservices dans ma pratique de future cadre de santé.

Par ailleurs, ce travail de recherche de longue haleine a été source de développement professionnel et personnel. En complément des enseignements suivis à l'école des cadres et à l'université, il m'a permis de prendre de la hauteur sur mon exercice quotidien en qualité de FFCS. En effet, jusqu'à présent ma sensibilité au management de la mobilité contrainte interservices des agents était mise à mal. Cette recherche m'a permis de faire un pas de côté sur le sens de cette pratique. J'ai ainsi découvert l'importance de mettre en place une politique polaire pour donner du sens à la mobilité interservices, les bénéfices pour les soignants à réaliser cette pratique, ainsi que les leviers managériaux permettant son accompagnement humain.

Alors que jusqu'à présent, en tant que faisant fonction, j'étais essentiellement dans l'action et la gestion instinctive de la mobilité interservices, j'utilisais certains leviers managériaux d'accompagnement à la mobilité sans être convaincue de cette méthode. Aujourd'hui, en ayant pris du recul grâce à la réalisation de ce mémoire et à une démarche de réflexivité, je peux dire que ma perception de la mobilité interservices a évolué. Je me sens mieux préparée en qualité de future cadre de santé à accompagner mes équipes soignantes dans cette démarche de mobilité interservices. Je la considère désormais comme bénéfique à condition qu'elle soit légitimée par l'organisation, accompagnée par le cadre de proximité et encadrée. La mobilité ne doit pas devenir la solution pérenne au manque de personnel soignant dans les unités de soins au risque sur le long terme d'épuiser les soignants. Il conviendrait alors de s'interroger, dans le cadre d'un nouveau travail de recherche, sur la question suivante : **existe-il d'autres alternatives que nous pourrions envisager pour faire face au manque de personnel soignant ?**

Bibliographie

Ouvrages :

CARNUS Marie-France et MIAS Christine. *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*. Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, « Hors collection », 2013, p. 269.

CAUVIN Pierre. *La Cohésion des équipes. Pratique du team building*. ESF Sciences humaines, Formation permanente, 2020, p.9.

CROIZIER Michel et FRIEDBERG Erhard. *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*. Sociologie politique, 1977, p.283 et p.379.

DIETRICH Anne. *Management des compétences*. Edition Vuibert, janvier 2015, p.53.

DUMOND Jean-Paul. *La grande transformation hospitalière. Vers un hôpital comme un lieu d'expériences existentielles*. Paris, Seli Arslan, 2021.

LE BOTERF Guy. *Professionaliser : Construire des parcours personnalisés de professionnalisation*. Edition Eyrolles, 1^{er} Avril 2016, p.24.

LE BOTERF Guy. *Développer et mettre en oeuvre la compétence. Comment investir dans le professionnalisme et les compétences*. Paris, Eyrolles, 2018, p.42.

MINTZBERG Henry. *Le manager au quotidien. Les 10 rôles du cadre*. S.l. : Organisation, Vol. 2, 2006, pp.65-69.

MONCET Marie-Claude et al. *Conduire le changement à l'hôpital : de la communication à l'hôpital apprenant*. Rueil-Malmaison, édition Lamarre, collection Cadre de santé, 2013, p.25.

PAUL Maëla. *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Paris, L'Harmattan, 2004, pp.69-70.

PROTIERE Guillaume. *Fiches de Droit administratif. Rappels de cours et exercices corrigés*. Paris, Ellipses, « Fiches », 2018.

RHEAUME Jacques. *Changement*. Toulouse, Vocabulaire de psychosociologie : Références et positions, 2016, pp. 67-74.

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

ZARIFIAN Philippe. *Objectif compétence*. Paris, Liaisons, 1999, p.74.

Articles :

CARON, Agnès et FERCHAUD, Bernadette, « Mutualiser pour répondre à de nouveaux besoins », dans : *Documentaliste*, vol 43, 2006, p.219, 2006.

COULET, Jean-Claude, « Des caractéristiques de l'expertise au management des compétences individuelles et collectives », dans *Management & Avenir*, n°67, janvier 2014, pp. 122-135, 2014.

DAUBIER Magali, DAUBIER Stéphane, « Outil 25. Le leadership situationnel de Hersey et Blanchard », dans : *Pro en Agilité. 66 outils. 10 plans d'action. 12 ressources numériques*. Paris, Vuibert, « Pro en », 2022, p. 76-77.

GRIMALDI, André et VERNANT, Jean-Paul, « Reconstruire l'hôpital public par la démocratie sanitaire », dans : *Raison présente*, n°217, janvier 2021, pp.73-83, 2021.

HAVARD, Christelle, « L'adoption d'une structure polaire à l'hôpital : quelles articulations des logiques professionnelles », dans : *@GRH*, volume 16, n°3, décembre 2015, pp. 91-125, 2015.

JANAND, Anne, « Développer les talents par la mobilité interne dans les grandes entreprises françaises : cheminement d'une recherche doctorale », dans : *Vie & sciences de l'entreprise*, n° 199, janvier 2015, p.15, 2015.

LAGADEC, A-M, « Les pôles hospitaliers, une mutation en cours », dans : *Soins cadres*, n°98, 2016, p.15, 2016.

LOMELLINI, Gabriel, « Christophe Dejours. Ce qu'il y a de meilleur en nous. Travailler et honorer la vie. Paris, Payot, 2021 », dans *Nouvelle revue de psychosociologie*, n°35, janvier 2023, pp. 225-230, 2023.

ROUSSEAU, Carolyne et BAREIL, Céline, « Évolution de l'appropriation et des préoccupations des cadres intermédiaires en contexte de changements simultanés », dans *Question(s) de management*, n°3, février 2013, pp. 81-100, 2013.

SALEMBIER-TRICHARD, Alexandra, « Épuisement professionnel, burn out », dans *L'information psychiatrique*, Volume 95, mai 2019, pp. 311-315, 2019.

SGHARI, Amira, CHAABOUNI, Jamil et BAILE, Serge, « Communication et changement organisationnel dans une perspective dynamique : cas d'un projet de refonte de systèmes d'information d'une banque tunisienne », dans *Management & Avenir*, n°78, avril 2015, pp. 15-40, 2015.

THIEVENAZ, Joris, « L'intérêt de la notion d'« enquête » pour l'analyse du travail en lien avec la formation », dans : *Travail et Apprentissages*, n°13, janvier 2014, pp. 14-33, 2014.

Webographie :

APPVIZER, [en ligne], *Les facteurs de résistance au changement en entreprise*, URL : [Les Facteurs de Résistance au Changement en Entreprise \(appvizer.fr\)](https://www.appvizer.fr/). (Consulté le 03 janvier 2024).

CENTRE DE RESSOURCES EN ECONOMIE-GESTION, [en ligne], *Accompagner le changement de pratique*, URL : [ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT DE PRATIQUE - Centre de Ressources en Économie-Gestion \(ac-versailles.fr\)](https://www.ac-versailles.fr/) (Consulté le 03 janvier 2024).

CENTRE NATIONAL DE GESTION, [en ligne], *La mobilité (détachement, mise à disposition, disponibilité) dans le cadre du parcours professionnel de directeur d'hôpital*, URL : [Microsoft PowerPoint - CNG - Présentation Josiane Garcini - Cadre juridique mobilité \(adh-asso.org\)](https://www.adh-asso.org/). (Consulté le 16 décembre 2023).

CNRTL, [en ligne], *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*, URL : [CADRE : Etymologie de CADRE \(cnrtl.fr\)](https://www.cnrtl.fr/). (Consulté le 07 janvier 2024).

LAROUSSE, [en ligne], URL : [Définitions : polyvalence - Dictionnaire de français Larousse](https://www.larousse.fr/). (Consulté le 21 décembre 2023).

VERGE, Pauline, [en ligne], *Hôpital : 4 graphiques pour comprendre la pénurie de soignants*, URL : [Hôpital : 4 graphiques pour comprendre la pénurie de soignants | Les Echos](https://www.lesechos.fr/). (Consulté le 07 octobre 2023).

Législation :

CODE DU TRAVAIL NUMERIQUE [en ligne], *Code du travail*, URL : [L3111-2 - Code du travail numérique](https://www.legifrance.gouv.fr/). (Consulté le 07 janvier 2024).

LEGIFRANCE, [en ligne], *Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors*, URL : legifrance.gouv.fr. (Consulté le 16 décembre 2023).

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION, [en ligne], *Le répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie – fonction publique hospitalière*, URL : [Le répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie - fonction publique hospitalière - Ministère de la Santé et de la Prévention \(sante.gouv.fr\)](http://Le%20r%C3%A9pertoire%20des%20m%C3%A9tiers%20de%20la%20sant%C3%A9%20et%20de%20l%27autonomie%20-%20fonction%20publique%20hospitali%C3%A8re%20-%20Minist%C3%A8re%20de%20la%20Sant%C3%A9%20et%20de%20la%20Pr%C3%A9vention%20(sante.gouv.fr)) (Consulté le 08 octobre 2023).

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE – DGOS, [en ligne], *Diplôme de Cadre de santé Référentiels d'activités et de compétences*, URL : [Comité de pilotage \(aphp.fr\)](http://Comit%C3%A9%20de%20pilotage%20(aphp.fr)). (Consulté le 20 février 2024).

Annexes

Annexe I : Grille d'entretien des professionnelles interviewées

Annexe II : Retranscription de l'entretien de la FFCSS Anne

Annexe III : Retranscription de l'entretien de la cadre de santé Tracy

Annexe IV : Tableau croisé de synthèse des verbatims emblématiques issus des entretiens

Annexe I : Grille d'entretien des professionnelles interviewées

Bonjour, je suis Manon JONQUE, étudiante cadre de santé à l'Ecole Supérieure Montsouris. Dans le cadre de ma formation, je réalise un travail de recherche dont le sujet traite de la mobilité interservices contrainte. Afin de collecter un maximum d'informations, je souhaite interviewer des cadres de santé qui jouent un rôle majeur dans l'accompagnement à la mobilité.

Cet entretien est anonyme, son objectif est de recueillir votre point de vue sur ce sujet. Il n'y a pas de mauvaises réponses, c'est votre retour expérientiel qui m'intéresse. Vous pouvez vous sentir totalement libre dans votre expression, les données récoltées sont confidentielles et ne servent que dans le cadre de ce travail de recherche. Pour me permettre une analyse de qualité de cet entretien, j'aurais besoin de vous enregistrer. Cet entretien durera environ 30 minutes.

Je vous remercie pour votre disponibilité.

Thème	Questions principales	Questions de relance	Indicateurs recherchés
Déterminants sociaux de l'interviewé	1) Quel est votre parcours professionnel (année de diplomation, date entrée dans l'établissement, date de prise de fonction du service actuel) ?	Pouvez-vous me présenter vos différentes expériences professionnelles durant votre carrière ?	Faire connaissance. Instaurer une relation bienveillante.
	2) Pour vous qu'est-ce que la mobilité interservices ?	Pouvez-vous illustrer vos propos ?	Amener le professionnel à verbaliser

La mobilité			sur la notion de mobilité.
	3) Dans l'exercice de vos fonctions, êtes-vous amené(e) à mobiliser ponctuellement des membres de votre équipe soignante ? Si oui, dans quelles circonstances ?	Pouvez-vous me donner un exemple concret ?	Comprendre l'organisation de la mobilité au sein de votre unité de soins.
	4) Existe-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 ?	Pouvez-vous m'expliquer cela (procédures, projet de pôle) ?	Appréhender l'organisation de la mobilité mise en place au sein de l'établissement.
	5) Avez-vous connaissance de freins à la mobilité ponctuelle contrainte ? Si oui, lesquels ? Si non, pourquoi ?	Pouvez-vous illustrer vos propos ?	Interroger sur la connaissance des limites à la mobilité du CDS.
Réactions des professionnels	6) Quelles sont les réactions des soignants lorsque vous annoncez un	Pouvez-vous expliciter cela (résistance, indignation, résignation, acceptation) ?	Analyser le vécu des professionnels face à la

face au changement	déplacement ponctuel ?		mobilité contrainte
	7) Quels sont les impacts de la mobilité ponctuelle et répétée chez les soignants ?	Pouvez-vous me donner des exemples concrets ?	
Accompagnement à la mobilité	8) Comment sollicitez-vous un soignant qui doit aller faire un remplacement inopiné dans un autre service ?	Pouvez-vous me donner un exemple concret ?	Discerner le management mené autour de la mobilité.
	9) Mettez-vous en place un accompagnement spécifique lors de la mobilité contrainte ponctuelle d'un de vos agents ?	Pouvez-vous me préciser ce point ?	
Leviers managériaux à la mobilité contrainte	10) Pensez-vous que le cadre peut favoriser l'appropriation du collaborateur au concept de mobilité contrainte ? Si oui, quelles techniques managériales utilisez-vous ?	Quelles actions mettez-vous en place pour donner du sens à la mobilité interservices (communication, formation) ?	Mettre en évidence les stratégies managériales mises en place par le cadre dans la gestion de la mobilité.

	Si non, pourquoi ?		
	11) En tant que cadre, quelles mesures mettez-vous en place pour valoriser la mobilisation ponctuelle contrainte de vos agents ?	Pensez-vous que le management par la reconnaissance est un levier à l'appropriation de la mobilité ?	
Ouverture	12) Avez-vous des suggestions ou des remarques ?		Permettre l'émergence d'autres réflexions. Clôturer l'entretien.

Je vous remercie particulièrement pour m'avoir accordé du temps et pour votre participation à ce travail de recherche.

Annexe II : Retranscription de l'entretien de la FFCSS Anne

Date de l'entretien : 11/03/2024 – 14h30

Durée de l'entretien : 35 minutes

Q1 : Je vais vous poser douze questions pour notre entretien, c'est parti. **Quel est votre parcours professionnel ?**

Anne :

Je vais vous le décrire succinctement, j'étais infirmière pendant une dizaine d'années et ensuite je suis devenue cadre. Et, en tant que cadre, j'étais cadre de terrain pendant plusieurs années. Mais aussi formatrice et coordinatrice de stage pendant plusieurs années et depuis 6 mois, je suis faisant fonction de cadre supérieur de pôle.

Q2 : Très bien, merci beaucoup. **Est-ce que vous pouvez me dire pour vous, qu'est-ce que la mobilité interservices ?**

Anne :

Alors pour moi, la mobilité interservices, c'est le fait que des agents puissent passer d'un service à l'autre, ça peut être à leur demande ou à la demande de l'établissement ou de leur hiérarchie en fonction de la situation.

Q3 : Très bien. **Et dans l'exercice de votre fonction, êtes-vous amenée à mobiliser ponctuellement des membres de votre équipe soignante ? Si oui, dans quelles circonstances ?**

Anne :

[Silence]

Je suis cadre supérieur de pôle psychiatrie. C'est des mobilités soit interne, soit externe au pôle qui sont à la demande des agents. On est aussi dans une campagne de mobilité au sein de l'établissement actuellement dans le but d'un grand déménagement et du coup on est en train de mener une campagne de mobilité interne à l'établissement. Priorité aux membres de chaque pôle, aux agents, aux soignants de chaque pôle de rester dans leur pôle ou d'aller ailleurs sur d'autres pôles. Mais aussi de pouvoir partir ailleurs et aussi donc la priorité est donnée aux titulaires et CDI. La 2e vague de campagnes de mobilité, ce sont les CDD qui peuvent postuler soit sur leur propre pôle, soit dans d'autres pôles, soit ailleurs. Et la troisième, ce sera les candidatures externes. D'accord, voilà donc les mobilités, ça peut se faire, ça prend diverses formes. Autre exemple, là il y a une infirmière qui souhaite muter sur un autre établissement sur un pôle de psychiatrie. Mais elle a fait des vacances de poste sur une unité au sein du pôle psychiatrie de l'hôpital qui l'intéressait. Ok, et finalement elle prend le poste dans l'hôpital, elle reste à l'intérieur du pôle de psychiatrie. Donc la mobilité sera une mobilité interne, d'accord, dans les mois à venir.

Q4 : Très bien, merci. Existe-t-il une politique de mobilité dans votre établissement ? Si oui, est-elle appliquée et en quoi consiste-t-elle ? Si non, savez-vous pourquoi ?

Anne :

Alors la politique de mobilité, quand c'est une mobilité interne, c'est assez simple justement. Dans l'ordre, on a décidé avec l'équipe de cadres que pour les candidatures externes ça passait d'abord par moi, donc cadre supérieur, puis par les cadres et médecins des unités en question. Et ensuite, le candidat fait son choix.

S'il y a plusieurs postes possibles pour les mobilités internes, c'est beaucoup plus simple. Ça passe par une candidature de l'agent faite auprès du cadre et du médecin de l'unité du poste vacant qui l'intéresse. Et les différents candidats internes au pôle sont reçus par les cadres et médecins. Ils me font un retour de qui est choisi. Ensuite, c'est moi qui prend le relais auprès de la direction et de la DRH.

Q5 : Merci et avez-vous connaissance des freins à la mobilité ponctuelle contrainte ? Si oui, lesquels ? Si non, pourquoi ?

Anne :

Alors qu'est ce qui pourrait freiner nos agents ? [Temps de réflexion] L'hôpital étant tri-sites c'est l'éloignement de leur domicile, l'éloignement de l'unité dans lequel l'agent est. Leur organisation personnelle avec parfois, bah, le conjoint qui s'est organisé aussi au niveau des horaires de travail.

Qu'est-ce qu'il peut y avoir d'autre ? Il y a aussi le type de poste dans lequel il est mobilisé, la spécialité qui diffère et ne convient pas à l'agent.

Q6 : Merci et est-ce que vous pouvez me dire **quelles sont les réactions des soignants lorsque vous leur annoncez qu'ils doivent se déplacer ponctuellement ?**

Anne :

Avant d'annoncer, on va d'abord faire des réunions d'équipe, on va d'abord en discuter entre nous avant d'aller voir les équipes parce que s'il y a un déplacement d'une équipe entière, il faut déjà nous qu'on ait pris des décisions mesurées et qu'on en ait discuté à plusieurs reprises en exécutif de pôle en lien avec la direction des soins et la DRH. On ne prend pas des décisions tout seul dans notre coin. Une fois que les décisions ont été actées de part et d'autre, on peut aller à la rencontre des équipes, toujours avec la présence de la cadre et des médecins de l'unité pour expliquer le contexte avant d'annoncer une décision finale. On va les voir à plusieurs reprises pour les préparer mentalement à ce qui est en train de se profiler. Pour pas que ça leur arrive comme parce que c'est très violent de prendre une décision de mobilisation. C'est important que ça soit préparé parce que c'est très inquiétant. De toute façon, le changement, c'est très inquiétant. Le changement demande une adaptation, si on n'accompagne pas ça ça peut être compliqué pour les agents et on risque de perdre plus de monde que prévu, même si c'est pour un mieux.

Q7 : Quels sont les impacts de la mobilité ponctuelle et répétée chez les soignants ?

Anne :

Si c'est une mobilité qui est demandée par l'agent, son impact c'est plus du positif. Parce que c'est une demande de sa part et que souvent, c'est pour une évolution professionnelle, pour une évolution vers un poste qui lui convient, qui lui plaît, qui correspond à ses attentes, à son projet professionnel éventuellement. On est vraiment dans un gain.

Pour la mobilité contrainte on peut les accompagner au mieux en fait. C'est à dire que là, c'est une décision institutionnelle, mais que par contre ils peuvent donner leur avis.

Q8 : Très bien, merci beaucoup. Et comment sollicitez-vous un soignant qui doit aller faire un remplacement inopiné dans un autre service ?

Anne :

[Silence] Pour une journée ?

⇒ Oui par exemple.

Anne :

Donc il y a plusieurs possibilités. En tout cas au sein de notre établissement, d'une part on sollicite les agents dans leur propre unité, alors des fois ils sont pas forcément amenés à bouger mais peuvent être amenés à bouger d'horaires. On va faciliter les mouvements des agents au pied levé par exemple sur le même bâtiment ou sur des unités qui correspondent ensemble, des unités de gériatrie qui sont les unes à côté des autres ou qui sont ensemble par exemple. La deuxième possibilité, c'est de solliciter des agents qui seraient présents et qui pourraient aller ailleurs, qui ont les compétences pour aller dans ces unités. On ne va pas solliciter un agent qui ne connaît rien à la réa pour aller remplacer en réa. Donc ça, on est attentif à ça. On a en plus une équipe de suppléance qui permet de pallier au manque. Ils sont très peu mais quand même, ça dépanne bien. En tout cas ils sont en renfort des équipes donc ça c'est plutôt très bien. Et la 3e possibilité, c'est de faire appel via HUBLO aux heures SUP qui sont proposées à l'ensemble des agents de l'établissement qui sont habilités à pouvoir venir remplacer sur telle ou telle unité car ils ont les compétences requises.

Q9 : Est-ce que vous mettez en place un accompagnement spécifique lors de la mobilité contrainte ponctuelle d'un de vos agents ?

Anne :

L'accompagnement, ça va être les entretiens. Les affectations temporaires on est dans une mobilité avec un accompagnement en fonction de la situation, de qui peut bouger. Par exemple, je vous donne des exemples hein...de situations. On a eu récemment un agent qui faisait partie d'une équipe dans laquelle c'était très compliqué relationnellement avec quelqu'un d'autre. Ça devenait trop compliqué au quotidien et on a proposé à un des agents d'être affecté temporairement dans une autre unité. La collègue avec qui c'était compliqué est mutée dans un autre établissement, donc le temps de cette mutation. On permet d'apaiser donc le climat, de renforcer en plus une autre équipe qui a vraiment besoin. Et du coup ça permet de faire des prises en soin aux patients qui sont plus optimales parce qu'avec un climat plus apaisé.

Q10 : Pensez-vous que le cadre peut favoriser justement l'appropriation du collaborateur au concept de mobilité contrainte ? Si oui, quelles techniques managériales utilisez-vous ? Si non, pourquoi ?

Anne :

Ah oui, il a toute sa place ! Le cadre a toute sa place, il doit être accompagné par le cadre supérieur parce que il y a des lignes directrices, enfin clairement hein qui descendent des directions et du directeur général, puis de la direction des soins, mais aussi de la DRH. Là c'est vraiment le cadre qui favorise l'appropriation parce qu'il est bien accompagné. Le cadre pour bien accompagner ses équipes il peut pas le faire tout seul, il a besoin de le faire avec le médecin, ça c'est un minima. Les interventions régulières auprès de l'équipe peuvent se faire avec le cadre supérieur si besoin est.

Q11 : En tant que cadre supérieur de santé, quelles mesures mettez-vous en place pour valoriser la mobilisation ponctuelle contrainte des agents ?

Anne :

Alors, [silence] si c'est sur une unité qui est similaire à celle où ils exercent déjà c'est gagner en compétence dans le changement. C'est à dire dans tout ce qu'ils vont gagner comme compétence dans le fait d'être dans un nouvel environnement. Le fait d'arriver dans un nouvel environnement, de devoir s'adapter à du nouveau matériel. Donc, c'est aussi leur permettre de progresser. Voilà après le plus important c'est de s'assurer que s'il y a une mobilité, on fasse pas d'erreur d'aiguillage. Par exemple d'orienter quelqu'un vers un poste qui ne serait pas en adéquation avec sa situation personnelle. Par exemple, une soignante qui est en train d'accompagner son mari dans une fin de vie de lui proposer de l'onco ou du soin palliatif. Et là on essaie d'être attentif à ça. C'est ça le plus compliqué en fait, c'est d'arriver à jongler entre la demande institutionnelle et la nécessité de service, la continuité des soins. Pouvoir apporter aux patients des soins qui tiennent la route avec des effectifs qui tiennent la route tout en tenant compte de la situation et des choix des agents. Donc c'est vraiment de la mobilité.

Q12 : Bien merci beaucoup, **est-ce que vous avez des suggestions ou des remarques ?**

Anne :

La mobilité c'est extrêmement intéressant. Etre dans ce cette campagne de mobilité actuelle avec le déménagement de l'hôpital, ça permet d'avoir un visuel différent sur la mobilité. Voilà, merci.

Annexe III : Retranscription de l'entretien de la cadre de santé Tracy

Date de l'entretien : 18/04/2024 – 09h45

Durée de l'entretien : 27 minutes

Q1 : Je vais vous poser les questions pour notre entretien, elles sont au nombre de douze.

Quel est votre parcours professionnel ?

Tracy :

Alors je suis infirmière de base diplômée en 2007, j'ai travaillé 7 ans donc infirmière en hépato-gastro, après un petit peu moins d'un an en oncologie. Et depuis [silence], j'essaie de me rappeler des dates, hein ! Ça commence à faire [rire], depuis je crois, septembre, non, octobre 2014, j'ai commencé un peu des fonctions d'encadrement. Donc d'abord infirmière référente en hépato, je devais remplacer une collègue qui partait à l'IFCS. Donc ça j'ai fait pendant 10 mois. Après, 6 mois pareil, mais en SSR neuro rééducation et j'ai commencé faisant en fonction en mars 2016. Je suis diplômée cadre en 2019, je suis restée en oncologie jusqu'en 2021. Et depuis octobre 2021, je suis cadre en hépatogastro.

Q2 : Merci. **Est-ce que vous pouvez me dire pour vous, qu'est-ce que la mobilité interservices ?**

Tracy :

La mobilité interservices, bah souvent par les temps qu'on connaît tous, on manque de personnel et donc c'est voilà, pouvoir s'entraider voilà. Quand on a un petit peu de plus, c'est pas tout le temps le cas, mais voilà d'aller aider des collègues qui sont un peu plus en difficulté. C'est-à-dire, donc voilà, détacher une aide-soignante ou une infirmière sur une journée ou deux sur un autre secteur qui n'est pas le sien. Ce qui pose souvent souci parce que c'est pas ce que les agents préfèrent, parce que c'est pas une situation confortable. C'est pas leur équipe, c'est pas leur service, pas les mêmes spécialités, c'est pas les mêmes médecins. Donc il faut voilà, faut pouvoir avoir une certaine capacité d'adaptation, ce qui est

pas toujours facile pour tous. Donc voilà c'est la mobilité, c'est voilà, aider déjà dans le pôle, on a quand même un grand gros pôle au CH. Enfin, le pôle de médecine de spécialités, c'est le plus gros pôle de l'hôpital. Donc déjà quand on s'entraide dans le pôle, c'est déjà bien. En dehors du pôle après c'est encore plus compliqué.

Q3 : Et alors dans l'exercice de vos fonctions, êtes-vous amenée à mobiliser ponctuellement des membres de votre équipe soignante ? Si oui, dans quelles circonstances ?

Tracy :

Bah régulièrement ça peut être quand on mutualise un petit peu nos plannings notamment par exemple l'été comme il y a des fermetures, des fois ça peut arriver qu'on ait un plus infirmier ou aide-soignante qui est en moins sur un autre secteur. Et donc dans ces cas-là on doit détacher une infirmière ou une aide-soignante. Ça peut être ponctuellement, là comme il arrive ce matin une équipe sur un autre secteur qui est en difficulté qui a besoin sur 01h ou 2h d'une aide-soignante ou d'une infirmière. Donc là, on demande à l'équipe de se détacher ponctuellement. Voilà ça peut être ces 2 cas de figure d'accord. Ça peut être aussi, j'y pense c'est déjà arrivé dans le pôle qu'on mutualise des services, alors là ils peuvent être encore dans leur secteur. Mais, je prends l'exemple là de mon service, on a mutualisé le service avec la diabéto donc ce qui fait que bah il y a des fois même si elles sont toujours dans leur service physiquement, elles ont dû s'occuper de patientes d'une autre spécialité. Et mine de rien, bah elles bougent pas physiquement mais c'est pas les mêmes médecins, c'est pas la même pathologie et ça aussi faut aussi accompagner les équipes dans ce sens-là. Un peu plus rare, mais ça arrive.

Q4 : Existe-t-il une politique de mobilité dans votre établissement ? Si oui, est-elle appliquée et en quoi consiste-t-elle ? Si non, savez-vous pourquoi ?

Tracy :

Politique je sais pas [silence], après on essaie, enfin je sais pas si on peut appeler ça une politique. En tout cas sur notre pôle avec notre cadre sup. on essaie de favoriser ça, mais ne

pas mettre nos équipes en difficulté, je peux dire en souffrance, notamment avec ces histoires de mutualisation de service où ça peut être compliqué. On tient compte, on essaie de faire attention à ça. On accompagne aussi les équipes dans le sens où il faut aller à l'entraide. Et sur le développement des compétences. Tout en tenant compte de leurs difficultés, etc... On va pas faire n'importe quoi, donc c'est pas à n'importe quel prix la mutualisation.

Q5 : Avez-vous connaissance de freins à la mobilité ponctuelle contrainte ? Si oui, lesquels ? Si non, pourquoi ?

Tracy :

Ah ben si vous écoutez les soignants, les freins c'est bah déjà ne pas avoir les compétences. On est quand même dans un pôle très spécialisé, en médecine de spécialité, il y a des services assez pointus donc il y a des services où bah si je prends par exemple l'USIC, tout le monde peut pas aller en USIC. La néphro, avec les dialyses péritonéales ce genre de choses. Donc après, je sais que les collègues quand elles reçoivent des agents d'autres services, elles s'arrangent pour que l'infirmière n'ait pas à faire ce genre de soins. Mais ça peut être un frein aussi ça, parce que ça fait peur à l'agent qui va y aller. Elle ne connaît pas, voilà la spécialité et n'est pas à l'aise, n'est pas dans l'équipe. C'est voilà, il y a aussi ce côté-là, je les connais pas donc il y a plein d'appréhension. Et il y a des services qui vont être plus limités comme l'onco, parce qu'en fait elles ont jamais fait de chimio, etc... Et ça, ça peut vite mettre en difficulté l'agent et par ricochet le service après qui reçoit l'agent.

Q6 : Et quelles sont les réactions des soignants lorsque vous leur annoncez qu'ils doivent se déplacer ponctuellement ?

Tracy :

Ah ils sont jamais très ravis mais globalement ils le font, ils comprennent. Mais la première réaction c'est enfin voilà, ils sont pas très contents. Mais c'est pas non plus des réactions excessives ou j'ai pas des non catégoriques.

Q7 : Quels sont les impacts de la mobilité ponctuelle et répétée chez les soignants ?

Tracy :

Ben après c'est je pense que si c'est ça se répète trop souvent alors il y aura la lassitude. Puis, ils sont vraiment pas contents après parce qu'ils comprennent pas pourquoi c'est que eux, enfin surtout qu'on est quand même un gros pôle avec beaucoup de services et pourquoi c'est toujours les mêmes qui vont bouger. Donc il y a un sentiment d'injustice un peu. Pour le coup, c'est ça qui devient plus compliqué, ils iront quand même mais ça devient de plus en plus compliqué cette mobilité justement.

Q8 : Merci. Et comment sollicitez-vous un soignant qui doit aller faire un remplacement inopiné dans un autre service ?

Tracy :

Déjà je vais, enfin dans la mesure du possible, je vais essayer de voir en fonction des soignants qui sont présents et le service dans lequel ils doivent aller. Je sais à peu près dans lesquels ils sont un peu plus à l'aise ou pas. Je vais essayer de faire attention à qui j'ai déjà envoyé ou pas pour pas que ça soit la même si possible. Après, il y a des fois où c'est pas possible et puis je vais aller voir l'agent alors j'ai 2 manières de fonctionner, soit je sais déjà quel agent j'aimerais qu'il y aille et je vais aller le voir et lui demander voilà s'il peut aller aider. Soit, je demande à l'ensemble des infirmières ou aides-soignantes qui sont présentes s'il y en a une qui peut se détacher. Elles voient entre elles, ça dépendra des agents qui sont présents. Il y a des fois, il faut voilà, il faut imposer dire c'est toi qui y vas. Mais ça c'est, je veux dire, c'est personne dépendante, voilà en fonction des équipes. J'ai encadré plusieurs équipes et en fonction bah du coup je fonctionnais pas pareil, je vais m'adapter parce qu'il y en a qui prendront jamais la décision, qui voudront jamais y aller, pour qui se déplacer c'est compliqué et donc ils vont trouver entre guillemets toutes les excuses pour ne pas y aller. Et ça sert à rien de leur dire, de leur laisser le choix, parce que ben en fait ça va traîner et je leur dis il y en a une qui y va, puis elles vont.

Q9 : Est-ce que vous mettez en place un accompagnement spécifique lors de la mobilité contrainte ponctuelle d'un de vos agents ?

Tracy :

Accompagnement spécifique je sais pas si on peut qualifier ça comme ça, mais en tout cas ce que j'essaie de faire c'est d'accompagner un agent. En tout cas, d'accompagner sur place, lui présenter un peu le service enfin voilà. Si c'est le jour même, voilà, je vais avec l'agent si c'est un remplacement qui est déjà prévu donc l'agent va se rendre directement dans le service. Je tiens en tout cas à toujours me rendre dans le service pour aller voir l'agent, demander comment ça va, si ça se passe bien, si y a pas de difficulté ou autre. Enfin voilà c'est rien, enfin bon ça semble pas beaucoup, mais je me dis en tout cas c'est la moindre des choses que je peux faire, voir si ça va, s'il s'en sort quoi. Bon, ça c'est toujours bien passé, aller les voir montre que ben je les lâche pas non plus. Et en accompagnement, j'essaie aussi de mettre par compétence. C'est ne pas les mettre dans un service où ils sont vraiment en grande difficulté. Je pense que ça contribue à ce qu'ils se sentent mieux.

Q10 : Tout à fait. Pensez-vous que le cadre peut favoriser l'appropriation du collaborateur au concept de mobilité contrainte ? Si oui, quelles techniques managériales utilisez-vous ? Si non, pourquoi ?

Tracy :

Je pense la manière d'aborder les choses, d'expliquer pourquoi aussi ils y vont, comment on leur demande. Enfin je veux dire, si on y va, but en blanc, toi tu vas là-bas, enfin tu vas en diabéto ! Je pense que oui clairement on a un rôle à jouer là-dedans et comment on leur explique, comment on les accompagne. Et qu'est-ce qu'on fait de leur expérience aussi, comment ça s'est passé ? Si l'agent nous dit bon ça s'est très bien passé, tant mieux, on est content et du coup ça sera peut-être plus facile la prochaine fois si dans le futur il doit y retourner. Si ça a été vraiment très compliqué, ben on va revoir l'agent, voilà on essaie de revoir aussi qu'est ce qui n'a pas été, est ce que c'est l'accueil, est ce qu'il y avait des difficultés, est ce que c'est les compétences qu'il y avait pas dans cette organisation. Parce que y a quand même des services qui fonctionnent très différemment et ça peut mettre en difficulté. Donc essayer de voir tout ça pour que ça se passe mieux la prochaine fois.

Q11 : En tant que cadre, quelles mesures mettez-vous en place pour valoriser la mobilisation ponctuelle contrainte de vos agents ?

Tracy :

Ça c'est dur hein ? [Rires gênés] Je sais pas si c'est valoriser mais je leur explique vraiment que c'est une question d'entraide, que si ça serait elles elles aimeraient avoir de l'aide. Et puis après, ben aussi la possibilité de voir d'autres spécialités, de développer des compétences. Alors c'est difficile quand ils vont qu'une fois parce que on peut pas vraiment développer des compétences une journée. Mais, peut être que pour certains qui ont des fois un besoin un peu de souffler, aller voir d'autres organisations, d'autres fonctionnements, ça leur permet de se rendre compte que c'est pas si terrible finalement le service. Ou alors qu'il y a d'autres manières de faire qui peuvent nous inspirer. Des fois, ils reviennent avec des idées donc ça peut être bien. J'essaie de mettre ce côté-là en avant, mais plutôt après quand elles vont revenir, mais quand on va leur annoncer qu'ils doivent partir, ça c'est pas la peine de mettre en avant.

Q12 : Est-ce que vous avez des suggestions ou des remarques ?

Tracy :

La mobilité, bon, c'est bien quand il faut, quand on n'a pas le choix, faut pas non plus en abuser je pense, parce que on épuise les personnels et certains ça les met vraiment en difficulté. Il y a vraiment des agents qui sont en grande difficulté par rapport à ça et puis c'est déplacer le problème un peu aussi parce que de temps en temps, on aime bien aussi qu'elle soit un petit peu en plus. Enfin, elles sont contentes d'être un petit peu en plus dans le service parce qu'on peut faire des soins un peu plus, enfin un peu plus chouchouter entre guillemets nos patients, ou en profiter pour faire des rangements dans le service, etc... Et quand elles sont systématiquement déplacées ouais c'est pas bien. Enfin l'idée, ça serait plus qu'on ait du personnel, enfin voilà qu'on ait des maquettes mieux construites avec du personnel pour éviter tout ça. C'est bien mais faut pas que ça devienne automatique, faut pas que ça soit systématique, sinon on les épuise. Je pense que vraiment on les épuise, après on les perd. Enfin il y en a qui ça coûte vraiment je trouve d'y aller. C'est un gros effort ! Donc

l'idée ça serait, voilà pour moi, ça doit rester de l'occasionnel et pas la solution à tous nos problèmes de personnel quoi. D'accord, parce que souvent leur argument c'est : oui mais moi je suis en hépatogastro par exemple. Enfin, elles ont pas signé pour le service, c'est pour l'établissement, le pôle etc... Mais, on peut pas leur dire ça tout le temps. Ça, ça marche pas quoi cet argument-là ! Ça marche pas parce que enfin moi je trouve, pour moi c'est pas un argument qui marche de leur dire oui mais vous êtes pour l'établissement pour le coup. Enfin sans être des pions dans ces cas-là, et c'est pas reconnaissant pour eux non plus quoi. Donc faut le prendre mais à petite dose, après nous on a quand même la chance d'avoir un gros pôle et donc de faire tourner. Les services qui dépannent sont pas toujours les mêmes pour qu'eux ça passe mieux. Si c'est tout le temps systématique après ça devient très compliqué nos petits arguments. Après ils sont plus valables, enfin c'est compliqué.

Ben merci.

Annexe IV : Tableau croisé de synthèse des verbatims emblématiques issus des entretiens

Thèmes / CS interviewés	CS 1 Marie	FFCSS 2 Anne	CS 3 Charlotte	CS 4 Samia	CS 5 Julie	CS 6 Tracy
Déterminants sociaux de l'interviewé	Cadre de santé en SSR Gériatrique	Cadre supérieur de santé FF pôle Psychiatrie	Cadre de santé en Psychiatrie adulte	Cadre de santé en CSG	Cadre de santé en Oncologie	Cadre de santé en HGE
*Sexe	Femme	Femme	Femme	Femme	Femme	Femme
*Profession initiale	Masseur-kinésithérapeute	Infirmière	Infirmière	Infirmière	Infirmière	Infirmière
*Expérience professionnelle	CS depuis 12ans	CSS FF depuis 6 mois CS pendant 12 ans	FFCS pendant 3 ans CS depuis 5 ans	FFCS pendant 2 ans CS depuis 4 ans	FFCS pendant 1an et demi CS depuis 13 ans	FFCS pendant 2 ans CS depuis 5ans
*Secteur d'exercice	Public	Public	Public	Public	Public	Public
La mobilité	« C'est <i>déplacer dans des services</i> définis, dans un site » ; « La <i>possibilité de lisser les plannings</i> entre	« C'est le fait que <i>des agents puissent passer d'un service à l'autre</i> » ; « A <i>leur demande ou à la demande de</i>	« C'est la <i>capacité à exprimer/mettre en œuvre ses compétences professionnelles</i> mais aussi son	« C'est la <i>suppléance</i> » ; « Le fait de <i>déplacer les agents d'un étage à un autre</i> » ; « On entend aussi	« C'est permettre aux agents <i>d'aller d'un service à l'autre</i> » ; « D'aller <i>compléter une équipe en sous-</i>	« C'est <i>voilà, pouvoir s'entraider</i> » ; « D'aller <i>aider des collègues qui sont un peu plus en difficulté</i> » ;

	<p>plusieurs unités » ; « De descendre ou monter dans les étages, dans les autres étages, en fonction des besoins » ; « On envoie le plus vers le service ayant du moins ».</p>	<p>l'établissement ou de leur hiérarchie en fonction de la situation ».</p>	<p>savoir être et son savoir-faire dans différentes spécialités » ; « Elle nécessite de la bienveillance, des explications, de l'accompagnement et de la réassurance ».</p>	<p>dire que on est titulaire de notre de notre grade, mais pas de notre poste » ; « Il faut aussi y mettre les formes pour accompagner cette mobilité ».</p>	<p>effectif » ; « la mobilité ça s'anticipe, ça s'organise en terme d'effectifs et surtout en terme de compétences ».</p>	<p>« Détacher une aide-soignante ou une infirmière sur une journée ou deux sur un autre secteur qui n'est pas le sien » ;</p>
<p>*Organisation de la mobilité au sein de votre unité de soins</p>	<p>« On se réunissait autrefois tous les mois entre cadre d'unité pour organiser les mobilités de nos soignants ».</p>	<p>« C'est des mobilités soit interne, soit externe au pôle qui sont à la demande des agents » ; « une campagne de mobilité au sein de l'établissement actuellement dans le but d'un grand déménagement ».</p>	<p>« Oui, pendant le COVID, j'ai dû repositionner le personnel de pédiatrie car le service avait fermé » ; « Il leur avait été laissé le choix de rester sur leur spécialité et d'aller sur Longjumeau, ou de rester sur Orsay, mais dans des services où les prises en charges étaient très différentes ».</p>	<p>« Oui ! Sur les 3 étages, on a le premier étage qui est du SSR neurologique, le 2e du court séjour gériatrique et le 3e du SSR gériatrique » ; « Voir là où il y avait du plus, du moins et de lisser nos plannings » ; « qu'en termes de mobilité sur leur planning, les mettre dès qu'ils sont en plus ».</p>	<p>« Nos agents effectivement sont amenés à aller remplacer dans d'autres services, uniquement dans le pôle » ; « c'est présenté dès l'engagement, dès le recrutement » ; « Ils sont amenés à aller travailler dans n'importe quel service du pôle principalement » ; « en tout cas un petit peu ».</p>	<p>« On mutualise un petit peu nos plannings notamment par exemple l'été comme il y a des fermetures » ; « Ça peut arriver qu'on ait un plus infirmier ou aide-soignante qui est en moins sur un autre secteur » ; « Même si elles sont toujours dans leur service physiquement, elles ont dû ».</p>

				<p>d'office sur les autres plannings des étages 2 et 3 ça j'ai un peu de mal parce que ils n'ont pas cette prime ».</p>	<p>d'affinité, surtout des compétences et puis faut que ça soit un roulement pas toujours les mêmes ».</p>	<p>s'occuper de patientes d'une autre spécialité ».</p>
<p>*Politique de mobilité au sein de l'établissement</p>	<p>« On mobilise par pôles » ; « On est 3 services du même pôle, donc la mobilité se fait de façon logique » ; « Lissage des plannings en fonction des besoins, des absences et des plus ».</p>	<p>« Une candidature de l'agent faite auprès du cadre et du médecin de l'unité du poste vacant qui l'intéresse » ; « Les différents candidats internes au pôle sont reçus par les cadres et médecins. Ils me font un retour de qui est choisi » ; « C'est moi qui prend le relais auprès de la direction et de la DRH. »</p>	<p>« Principe appliqué au sein de chaque pôle » ; « Mobilité au sein d'un même pôle est de plus en plus courante et généralement elle se fait assez facilement et est mise en avant dans le cadre des compétences communes attendues dans chaque pôle ».</p>	<p>« Pas à ma connaissance ».</p>	<p>« Sur notre pôle oui puisque effectivement ça a été réfléchi et c'est amené avec les agents » ; « On leur explique pourquoi ils peuvent pas rester en sureffectif pendant qu'il y a un autre service qui est en sous-effectif. Il y a la sécurité des soins pour les patients et la sécurité du personnel ».</p>	<p>« Politique je sais pas » ; « Avec notre cadre sup. on essaie de favoriser ça, mais ne pas mettre nos équipes en difficulté » ; « On accompagne aussi les équipes » ; « Tout en tenant compte de leurs difficultés ».</p>

<p>*Freins</p>	<p>« Certains services ont toujours l'impression que c'est eux qui dépannent » ; « Un peu plus d'aide-soignant que la cible donc ils allaient plus aider dans les autres services ».</p>	<p>« L'éloignement de leur domicile » ; « L'éloignement de l'unité dans lequel l'agent est » ; « Leur organisation personnelle » ; « type de poste dans lequel il est mobilisé, la spécialité qui diffère et ne convient pas à l'agent ».</p>	<p>« Changements d'habitudes » ; « Manque de préparation psychologique avec la notion de charge mentale » ; « changement de cadre de travail (locaux, habitudes et organisations de service, collègues) » ; « la peur pour certains agents de ne pas avoir les compétences nécessaires. ».</p>	<p>« Les compétences » ; « Harmoniser les services au sein de l'institution » ; « Elles ne connaissent pas le service, l'organisation » ; « Les outils sont différents, la façon de fonctionner des médecins est différente » ; « Des connaissances qui peuvent être limitées ».</p>	<p>« J'ai la peur de ne pas savoir faire, la peur de pas savoir s'organiser » ; « Remise en question des agents, c'est pas mon équipe est-ce que je vais pouvoir m'intégrer ? Est-ce que quelqu'un va m'accompagner dans ce que je vais avoir à faire ? » ; « Celui qui s'en va, on lui explique qu'il doit savoir poser des questions » ; « Celui qui accueille doit lui guider et être présent pour répondre aux questions de l'autre ».</p>	<p>« Ne pas avoir les compétences » ; « Peur à l'agent qui va y aller » ; « Ne connaît pas, voilà la spécialité et n'est pas à l'aise, n'est pas dans l'équipe » ; « Je les connais pas donc il y a plein d'appréhension » ; « Elles ont jamais fait de chimio, etc.. . Et ça, ça peut vite mettre en difficulté l'agent et par ricochet le service après qui reçoit l'agent ».</p>
----------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Réactions des professionnels face au changement</p> <p>*Vécu des soignants</p>	<p>« <i>Ils sont pas trop contents</i> » ; « les agents aiment bien rester dans leur unité » ; « <i>Personne n'aime le changement</i> ».</p>	<p>« On va les voir à plusieurs reprises pour les préparer mentalement à ce qui est en train de se profiler » ; « <i>Le changement, c'est très inquiétant</i> » ; « <i>Le changement demande une adaptation</i> » ; « On risque de perdre plus de monde que prévu ».</p>	<p>« <i>Elles ne sautent pas de joie</i> » ; « <i>Elles cherchent une excuse, un impératif santé ou des contraintes physiques pour ne pas y aller</i> » ; « <i>D'autres a contrario sont ravies d'aider leurs collègues en difficultés</i> ».</p>	<p>« <i>Jamais satisfaisant pour eux</i> » ; « Une bonne capacité d'adaptation » ; « Ils se réorganisent » ; « <i>Il faut entendre leur mécontentement aussi, que ça désorganise leur travail</i> ».</p>	<p>« On a ceux qui disent : ok, c'est bon j'y vais, c'est mon tour, je sais. On en a même qui se proposent » ; « Il y a ceux qui disent : <i>ah non ! aujourd'hui je veux pas</i> » ; « Ils finissent par y aller en bougonnant ».</p>	<p>« <i>Ils sont jamais très ravis</i> mais globalement ils le font » ; « <i>Ils sont pas très contents</i> » ; « pas non plus des réactions excessives ou j'ai pas des non catégoriques ».</p>
<p>*Impact sur les professionnels</p>	<p>« L'impact personnel, ça peut être <i>un ras le bol</i> » ; « D'un point de vue <i>compétences, moi je trouve ça très bien parce que ça entretient justement les compétences</i>, ça évite qu'on reste dans la</p>	<p>« Si c'est une mobilité qui est demandée par l'agent, son impact <i>c'est plus du positif</i> » ; « Pour la mobilité contrainte on peut les accompagner au mieux en fait... c'est une décision institutionnelle, mais que par</p>	<p>« Finissent souvent par <i>être blasés</i> » ; « Le sentiment d'être <i>des bouches troues</i> » ; « Le sentiment de <i>non-appartenance</i> à une équipe, à un service, peut <i>démotiver les agents</i> » ; « Ils ne s'investissent plus</p>	<p>« <i>Le désengagement et le découragement</i> » ; « Quand tu es là pour eux, ils sont là pour nous aussi » ; « On est des humains, il y a des jours où on a moins envie que d'autres ».</p>	<p>« Ils finissent par <i>se connaître et faire des réseaux</i>. » ; « Ça allège aussi quand on a un secteur qui est un peu plus lourd et qu'on est déplacé sur un secteur un peu plus léger » ; « <i>Ils développent des qualités, des</i></p>	<p>« <i>La lassitude</i> » ; « Pourquoi c'est toujours les mêmes qui vont bouger » ; « <i>Sentiment d'injustice</i> ».</p>

	<p>routine » ; « Ça absorbe parce qu'on n'aime pas être bousculé, parce que c'est plus simple d'être dans sa routine ».</p>	<p>contre ils peuvent donner leur avis ».</p>	<p>ou pas, cela s'en ressent sur la qualité du travail fournit, et l'attitude de l'agent de façon générale » ; « Un autre impact est l'arrêt des agents [...] en cas de frustration ou d'ordres vécues comme des injonctions ».</p>		<p>compétences et des connaissances qui peuvent utiliser dans leur service » ; « Ils trouvent des idées, des idées de déco, des idées d'organisation » ; « Ils seront fatigués, ils connaissent pas les patients, il faut reprendre les patients de zéro, ils sont un peu déstabilisés » ; « Les démotiver ».</p>	
<p>Accompagnement à la mobilité *Sollicitations</p>	<p>« On appelle tous les agents en congé mais ils ont le droit de pas répondre ».</p>	<p>« On sollicite les agents dans leur propre unité [...] ils sont pas forcément amenés à bouger mais peuvent être amenés à bouger d'horaires » ; « On va faciliter</p>	<p>« Je cible... les plus enclins à accepter la mobilisation et qui ont les compétences nécessaires : soit par expériences passées, soit par candidatures déjà</p>	<p>« J'essaie de leur expliquer l'intérêt du remplacement » ; « Leur demander d'aller aider, je ne vais peut-être pas le détacher » ; « Je remets toujours le patient</p>	<p>« On décrit la situation, quand on a un service qui se retrouve à moins 1 ou moins 2 » ; « C'est plutôt au volontariat, ça marche mieux » ; « S'il faut</p>	<p>« Je sais à peu près dans lesquels ils sont un peu plus à l'aise ou pas » ; « Je vais essayer de faire attention à qui j'ai déjà envoyé ou pas pour pas que ça soit la</p>

		<p>les mouvements des agents au pied levé ... sur le même bâtiment ou sur des unités qui correspondent ensemble » ; <i>« C'est de solliciter des agents qui seraient présents et ... qui ont les compétences pour aller dans ces unités » ; « C'est de faire appel via HUBLO aux heures SUP ».</i></p>	<p>appliquées par l'agent pour des HSP » ; <i>« Je n'invective jamais l'agent directement, jamais en frontal » ; « J'explique l'obligation de la mobilisation et je donne les détails circonstanciels qui m'amène à m'adresser à cette personne ».</i></p>	<p>au cœur du sujet » ; <i>« Il faut l'accompagner et pas l'imposer ».</i></p>	<p>imposer, ben on regarde qui a été désigné avant » ; <i>« On finit par un tirage au sort » ; « On s'en excuse parce qu'on sait que c'est pas confortable d'être déplacé ».</i></p>	<p>même » ; <i>« Soit je sais déjà quel agent j'aimerais qu'il y aille et je vais aller le voir et lui demander voilà s'il peut aller aider » ; « Soit, je demande à l'ensemble des infirmières ou aides-soignantes qui sont présentes s'il y en a une qui peut se détacher. Elles voient entre elles » ; « Il faut imposer dire c'est toi qui y vas ».</i></p>
<p>*Accompagnement</p>	<p><i>« Un accompagnement spécifique ? Je ne pense pas » ; « ils sont prévenus à l'embauche que ça peut arriver » ; « Ça fait partie du contrat donc voilà, après</i></p>	<p><i>« L'accompagne ment, ça va être les entretiens » ; « Les affectations temporaires on est dans une mobilité avec un accompagnement en fonction de la</i></p>	<p><i>« Pendant le COVID, j'ai mis en place un accompagnement car les mouvements étaient assez violents » ; « Je les ai positionnés 2 par 2, car cela</i></p>	<p><i>« En fonction du contexte qu'on rencontre et de la personne et des réponses qu'elle va nous donner » ; « Dans les relations humaines et en fonction de</i></p>	<p><i>« L'agent est accompagné dans le service par le cadre » ; « On passe les voir et on repasse dans la matinée et la cadre qui reçoit passe voir aussi l'agent » ; « On</i></p>	<p><i>« D'accompagner sur place, lui présenter un peu le service » ; « Je tiens en tout cas à toujours me rendre dans le service pour aller voir l'agent, demander</i></p>

	<p>quand c'est un changement inopiné, là on essaie quand même de les joindre » ; « Leur rappeler que ça peut arriver, quand ça fait un bout de temps que ça n'est pas arriver ».</p>	<p>situation, de qui peut bouger ».</p>	<p><i>les rassuraient</i> » ; « j'ai veillé qu'il y ait à chaque fois quelqu'un du service accueillant de présent » ; « J'ai organisé en amont une <i>visite du service, pour qu'elles visualisent les locaux et qu'elles se sentent moins prise en défaut pour trouver le matériel</i> » ; « <i>Elles ont rencontré en amont des IDE fixes du service et/ou la cadre</i> » ; « Un <i>contrat moral qu'elles ne se sentent pas obligées de faire un soin pour lequel elles ne se sentiraient pas confortables</i> » ;</p>	<p><i>comment la personne le vit</i> » ; « Je vais <i>demander laquelle se sent le mieux, je ne vais pas imposer</i> » ; « <i>J'essaie d'être équitable et de regarder la dernière qui a été</i> » ; « <i>En remettant le patient au cœur</i> » ; « J'allais voir les gens, je leur disais bah là par exemple en avril tu seras à tel étage, je suis désolée mais j'ai besoin » ; « Il faut leur expliquer, leur donner le contexte ».</p>	<p><i>essaie de faire visiter le service avant en expliquant un peu les soins</i> ».</p>	<p>comment ça va » ; « Aller les voir montre que ben je les lâche pas non plus » ; « <i>J'essaie aussi de mettre par compétence. C'est ne pas les mettre dans un service où ils sont vraiment en grande difficulté</i> ».</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>« <i>Sorti les fiches de postes existantes dans les services où elles étaient affectées</i> » ;</p> <p>« <i>prendre de leurs nouvelles personnellement lorsqu'elles étaient en poste ailleurs</i> ».</p>			
<p>Leviers managériaux à la mobilité contrainte</p> <p>*Leviers</p>	<p>« <i>Organiser des échanges de services</i> » ; « <i>Une fois par mois, on va voir ce qui se passe dans un autre service</i> » ;</p> <p>« <i>Faire des formations, des groupes de réflexion, des pratiques ensemble</i> » ;</p> <p>« <i>Développer l'esprit d'entreprise</i> » ;</p> <p>« <i>Essayer de faire</i></p>	<p>« <i>C'est vraiment le cadre qui favorise l'appropriation parce qu'il est bien accompagné</i> » ;</p> <p>« <i>Le cadre pour bien accompagner ses équipes il peut pas le faire tout seul, il a besoin de le faire avec le médecin</i> » ; « <i>Les interventions régulières auprès de l'équipe</i> ».</p>	<p>« <i>J'argumente avec la notion de compétences</i> » ;</p> <p>« <i>Je souligne qu'elles ne seront pas seules</i> » ;</p> <p>« <i>Qu'elles peuvent complètement s'appuyer sur les collègues en place, voire « jouer les petites mains</i> » ; « <i>Je ne sais pas s'il existe une technique managériale spécifique, mais</i></p>	<p>« <i>Un levier de proposer de la formation</i> » ;</p> <p>« <i>J'ai des connaissances infirmières donc je peux aussi dire que je suis là, on appuie si besoin ou difficulté que je peux aider</i> » ;</p> <p>« <i>rassurer et puis encore une fois sécuriser la prise en soins des patients</i> ».</p>	<p>« <i>Formation polaire où ils se rencontrent, on fait des débats, on fait des animations</i> » ;</p> <p>« <i>des journées où ils présentent ce qu'ils font dans les services</i> » ;</p> <p>« <i>Des livrets d'accueil par service peut aussi diffuser pour qu'ils connaissent un petit peu les soins et les</i></p>	<p>« <i>La manière d'aborder les choses, d'expliquer pourquoi aussi ils y vont</i> » ;</p> <p>« <i>Qu'est-ce qu'on fait de leur expérience aussi, comment ça s'est passé ?</i> » ; « <i>On essaie de revoir aussi qu'est ce qui n'a pas été, est ce que c'est l'accueil, est ce qu'il y avait des difficultés, est</i></p>

	des repas d'équipe par site, pluri-service ».		pour moi ce n'est pas du ressort du management directif ».		organisations » ; « Quand on les accompagne, c'est pareil, ils se sentent considérés, pas juste un pion qu'on déplace ».	ce que c'est les compétences ».
*Valorisation	« Je veille déjà à remercier les agents qui viennent dans le service ».	« C'est gagner en compétence dans le changement » ; « de devoir s'adapter à du nouveau matériel [...] c'est aussi leur permettre de progresser » ; « S'assurer que s'il y a une mobilité, on fasse pas d'erreur d'aiguillage ».	« La communication, l'explication et la réassurance sont les maîtres mots à l'accompagnement pour que l'agent adhère » ; « Mettre en avant les formations faites ou à envisager » ; « Débriefing a posteriori [...] pour recueillir les retours positifs et négatifs vécus par l'agent ».	« Un point derrière la mobilisation » ; « D'aller revoir la personne déjà encore une fois c'est pour de la reconnaissance » ; « De lui demander est-ce que ça a été ? Est-ce que il y aurait des besoins de formation ? » ; « Lui dire bah encore merci... je sais que je peux compter sur toi » ; « Lui dire mais tu te rends compte, voilà t'as	« Des critères quand on fait les entretiens d'annuel d'évaluation... on surcote un peu » ; « Beaucoup de paroles bienveillantes, de renforcement positif » ; « Leur dire merci ».	« Je leur explique vraiment que c'est une question d'entraide » ; « La possibilité de voir d'autres spécialités, de développer des compétences » ; « Ca leur permet de se rendre compte que c'est pas si terrible finalement le service » ; « Des fois, ils reviennent avec des idées ».

				<p>réussi c'est bien tu l'as fait » ; <i>« Grâce à toi le service a pu être pris en charge, on a assuré la continuité des soins » ; « Avoir cette reconnaissance, je pense que c'est très important. Et puis, ne pas l'oublier très vite ».</i></p>		
Ouverture	<p>« Rien qui me vient, tout de suite ».</p>	<p>« La mobilité c'est extrêmement intéressant » ; « Etre dans cette campagne de mobilité actuelle avec le déménagement de l'hôpital, ça permet d'avoir un visuel différent sur la mobilité ».</p>	<p>« <i>Que chaque nouvel agent qui intègre le groupe puisse suivre le parcours qui est proposé aux nouveaux agents de la suppléance</i> » ; « Mais au moins de passer une journée dans chaque service de l'établissement » ; « La</p>	<p>« Quelque chose d'écrit dans l'institution ? » ; « Nous les cadres on s'en sert des fois aussi en disant bah oui mais il a été là, il a déjà été là donc on peut le bouger » ; « mettre du côté positif mais pas le côté imposé : c'est bon, t'as déjà fait,</p>	<p>« Si elle est accompagnée, elle devient un peu moins contrainte » ; « <i>C'est du quotidien et c'est pas ponctuel</i> » ; « <i>Même s'ils sont déplacés ponctuellement, c'est tout l'accompagnement à côté qui doit être pris en</i></p>	<p>« C'est bien quand il faut, quand on n'a pas le choix, faut pas non plus en abuser » ; « Parce que on épuise les personnels et certains ça les met vraiment en difficulté » ; « <i>C'est déplacer le problème un peu aussi</i> » ;</p>

			valorisation des compétences individuelles, et l'accès aux formations est également à développer ».	tu y vas et c'est tout » ; « un écrit institutionnel permettrait de clarifier des choses ».	compte et qui est chronophage » ; « On peut faire d'autres types de mobilité, on peut fermer un service et regrouper 2 services dans un » ; « C'est vraiment la rencontre en fait des agents qui permet de faciliter les choses ».	« Qu'on ait des maquettes mieux construites avec du personnel pour éviter tout ça » ; « Faut pas que ça soit systématique, sinon on les épuise » ; « Ca doit rester de l'occasionnel et pas la solution à tous nos problèmes de personnel » ; « Elles ont pas signé pour le service, c'est pour l'établissement, le pôle etc... Mais, on peut pas leur dire ça tout le temps » ; « Faut le prendre mais à petite dose ».
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Légendes :

 1CS/6CS

 2CS/6CS

 3CS/6CS

 4CS/6CS

 5CS/6CS

 6CS/6CS

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@23-24

Mémoire d'initiation à la recherche

La mobilité interservices contrainte :
Quels enjeux pour le cadre de santé ?

Manon JONQUE

MOTS CLÉS

Mobilité interservices, changement, appropriation, cadre de santé, accompagnement des équipes.

KEY WORDS

Between healthcare units mobility, organization change, adoption, healthcare manager, team support.

RÉSUMÉ

Le contexte politico-social actuel influence fortement l'organisation hospitalière, marqué par l'émergence constante de lois en matière de santé et par une pénurie de personnels soignants en perpétuelle évolution. Pour faire face à ces défis, l'hôpital a adapté ses stratégies de gouvernance, notamment à travers la mise en place de la politique de mobilité polaire interservices. Cette dernière permet de répondre rapidement aux manques de personnels en déplaçant les soignants au sein des différentes unités d'un même pôle d'activité. Or, cette mobilité contrainte entraîne un changement des habitudes, des pratiques et des repères pour les équipes soignantes, souvent source d'une forte anxiété. C'est dans ce contexte que le cadre de santé joue un rôle clé. Ce mémoire propose d'étudier son implication dans l'appropriation du changement par les soignants, en prônant la mise en oeuvre d'un accompagnement structurel et humain. Cette démarche favorise ainsi l'acculturation des professionnels de santé à la pratique de la mobilité interservices contrainte, leur permettant de vivre ce déplacement comme une expérience enrichissante.

ABSTRACT

The current political and social context strongly influences hospital organization, marked by the constant emergence of health laws and an ongoing shortage of healthcare staff. To face these challenges, the hospital has adapted its governance strategies, particularly through the implementation of personnel mobility policy between healthcare units of an identified department called "pole". This line of conduct allows for a quick response to staffing shortages by moving healthcare workers within the different units of the same activity pole. However, this forced mobility leads to changes in habits, practices and references for the healthcare teams, often causing high anxiety.

In this context, the healthcare manager plays a key role. This thesis aims to examine their involvement in the adoption of change by healthcare workers, advocating for the implementation of structural and human. This approach thus facilitates the acculturation of healthcare professionals to the practice of forced between healthcare units mobility, allowing them to live this move as an enriching experience.