



## **La mutualisation des moyens : Quel rôle le cadre de santé peut-il avoir sur la motivation des infirmières ?**

Sous la direction de : Philippe Oliviero

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé et du master  
(1ère année) « économie-sociale et solidaire-santé et médico-sociale »

**Christèle CAMUS**

Promotion Platon: **2016 – 2017**

Date du jury : **Juin 2017**







**La mutualisation des moyens :**  
**Quel rôle le cadre de santé peut-il avoir sur la**  
**motivation des infirmières ?**

Sous la direction de : Philippe Oliviero

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé et du master  
(1ère année) « économie-sociale et solidaire-santé et médico-sociale »

**Christèle CAMUS**  
Promotion Platon : **2016 – 2017**  
Date du jury : **Juin 2017**



---

## Liste des sigles utilisés

---

ARS :	agence régionale de santé
CHT	communautés hospitalières de territoire
DMS :	durée moyenne de séjour
GHT :	groupement hospitalier de territoire
HPST :	hôpital patient santé territoire
IFCS :	institut de formation des cadres de santé
Ifsi :	institut de formation en soins infirmiers
MCO :	médecine chirurgie obstétrique
ORL :	oto-rhino-laryngologie
T2A :	tarification à l'activité
VIE :	valence instrumentalité expectation



---

## **R e m e r c i e m e n t s**

---

Tout d'abord, je tenais à remercier Mr Philippe Oliviero, mon directeur de mémoire, pour sa disponibilité, sa patience et les conseils qu'il m'a prodigué tout au long de ce travail de recherche.

Je remercie également toute l'équipe pédagogique de l'institut de formation des cadres de santé de St Anne pour l'accompagnement que j'ai reçu pendant ces 10 mois de formation. C'est grâce à cet accompagnement bienveillant et apprenant que je poursuis ma carrière professionnelle sereine et enrichis par les savoirs transmis.

Merci également à Monique Pengam ma formatrice référente qui par sa bienveillance et son soutien a su me donner la confiance dont j'avais besoin pour réaliser ce travail de recherche.

Ensuite je remercie mes collègues de promotion pour la bonne humeur et les échanges professionnels que nous avons eu tout au long de cette année. Merci particulièrement à Pascal pour son accompagnement bienveillant et à Emmanuel pour avoir accepté de me relire.

Enfin je remercie ma famille qui, une fois de plus, m'a soutenu dans mes projets professionnels et m'a apporté l'équilibre psychologique que nécessitait cette année de formation.





---

# Table des matières

---

<b>Introduction.....</b>	<b>3</b>
<b>1. Une situation de départ qui interroge.....</b>	<b>5</b>
<b>2. La question de départ.....</b>	<b>7</b>
<b>3. Le point de vue du législateur.....</b>	<b>8</b>
<b>4. Etude des concepts.....</b>	<b>10</b>
4.1 La mutualisation.....	10
4.2 La polyvalence.....	11
4.2.1 La polyvalence organisée.....	12
4.2.2 Les composantes de la polyvalence.....	12
4.2.3 Une polyvalence enseignée ?.....	13
4.3 La compétence.....	14
4.4 La motivation.....	16
4.4.1 La théorie des besoins selon Maslow.....	17
4.4.2 Le modèle bi-factoriel des satisfactions de HERZBERG.....	18
4.4.3 Les théories de processus ou cognitifs.....	19
4.5 Les valeurs.....	22
4.5.1 Les caractéristiques des valeurs.....	22
4.6 Les émotions :.....	25
4.6.1 Les émotions basiques ou fondamentales.....	26
4.6.2 Des émotions et des motivations : des marges de manœuvres pour le cadre ?.....	28
<b>5. Question de recherche :.....</b>	<b>29</b>
<b>6. Méthodologie de l'enquête.....</b>	<b>30</b>
6.1 Le choix méthodologique de l'enquête.....	30
6.2 Le terrain d'enquête.....	30

6.3 La Population enquêtée .....	31
6.4 Le déroulement de l'enquête .....	32
6.5 Les limites et les biais de l'enquête de terrain .....	32
<b>7. L'analyse du terrain .....</b>	<b>33</b>
7.1 La mise en place de la mutualisation .....	33
7.1.1 Une organisation non formalisée .....	33
7.1.2 Un ajustement permanent .....	36
7.2 Quelle motivation pour les équipes ? .....	38
7.2.1 La mutualisation : l'affaire de tous ? .....	38
7.2.2 Quel accompagnement pour les infirmières ? .....	41
7.3 Quels Bénéfices pour les infirmières ? .....	43
7.4 Quels freins à la mise en place de la mutualisation ? .....	46
7.5 Les valeurs des soignants .....	48
7.6 La mutualisation une organisation qui génère des émotions .....	52
<b>8. Discussion des résultats et retour sur les hypothèses .....</b>	<b>56</b>
8.1 Retour sur les hypothèses .....	57
<b>Conclusion.....</b>	<b>63</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>65</b>
<b>Annexe I : Guide d'entretien destiné aux cadres de santé.....</b>	<b>I</b>
<b>Annexe II : Guide d'entretien destiné aux infirmières.....</b>	<b>II</b>
<b>Annexe III : Retranscription de l'entretien de la cadre de santé, CB1 .</b>	<b>III</b>
<b>Annexe IV : Questionnaire des valeurs par portraits selon Schwartz ..</b>	<b>IV</b>
<b>Annexe V : Correspondance entre type de valeurs et libellé du portrait dans le questionnaire des portraits.....</b>	<b>V</b>
<b>Annexe VI : Synthèse des résultats .....</b>	<b>VI</b>









---

## Introduction

---

Le travail que j'ai réalisé s'inscrit dans une démarche d'initiation à la recherche en sciences sociales dans le cadre de l'obtention du diplôme de cadre de santé et de la validation d'un master 1 « économie-sociale et solidaire-santé et médico-sociale ». L'objectif étant d'appréhender une posture de chercheur et de réaliser un travail de recherche en management.

Le sujet choisi résulte d'une réflexion sur une problématique qui m'est familière pour y avoir été confrontée dans mon activité de faisant fonction, mais également au vu des exigences économiques et politiques dont le milieu sanitaire et social fait preuve depuis ces dernières années.

En effet, depuis une vingtaine d'années, de nombreuses réformes modifient le financement des établissements de soins, et les responsables hospitaliers doivent composer avec de nouvelles notions telles que l'économie, la rentabilité et surtout l'efficacité. En perpétuelle évolution, le management adopte des stratégies permettant de faire face aux besoins croissant de flexibilité en termes de moyens pour qu'ils soient en adéquation avec l'activité de soins. On parle alors d'optimisation des ressources.

Le plan « hôpital 2007 » a initié la réorganisation des établissements avec la mise en pôles des services. En ayant recours à la création d'équipes polyvalentes, les hôpitaux ont partiellement répondu au besoin de rationalisation des dépenses de personnel.

Sans arrêt invités à repenser les organisations, les cadres des services de soins ont recours à la mutualisation des équipes soignantes se heurtant à la culture hospitalière. La réaffectation du personnel suscite de nombreuses émotions pour les soignants, et le cadre de santé se confronte à la résistance au changement.

Dans la première partie de ce travail, j'exposerai la situation problématique qui me questionne en la contextualisant. Après avoir mené deux entretiens exploratoires qui m'ont aidé à objectiver le sujet de recherche et orienter les concepts liés à la problématique, j'exposerai l'étude de ces concepts qui ont orientés ma question de recherche.

Dans la deuxième partie, j'exposerai la phase d'enquête que j'ai réalisée dans deux cliniques privées auprès de quatre cadres et quatre infirmières travaillant en service de chirurgie. La méthodologie utilisée sous forme d'entretien semi-directif sera explicitée avant l'analyse des données recueillies. Par la suite, une discussion et un retour sur les hypothèses clôtureront le chapitre.

Enfin, la conclusion de ce travail de recherche apportera une réponse à la question de recherche au regard des éléments empiriques récoltés et de la compréhension des éléments mis en lumière.

## **CHAPITRE I : De la théorie...à la question de recherche.**

### **1. Une situation de départ qui interroge**

L'établissement dans lequel je travaille est une petite clinique chirurgicale privée de 115 lits. Elle est implantée à moins de 500 m de l'hôpital général. En 1999, cet hôpital a perdu son autorisation de chirurgie et vu son service de maternité fermer. C'est à cette époque que la clinique a construit un partenariat avec l'hôpital, pour assurer toutes les urgences chirurgicales de la région et a vu s'agrandir son service de maternité.

Le contexte socio-économique de la région n'a jamais été favorable à la mobilité professionnelle infirmière. En effet, il n'existe pas d'autres structures de soins dans un périmètre de 30 km.

La clinique emploie 150 salariés dont 40 infirmières et 25 aides-soignantes. Elle est exclusivement à orientation chirurgicale et obstétrique et 16 chirurgiens libéraux y sont installés. Les spécialités pratiquées sont l'orthopédie, le viscéral, l'urologie, le vasculaire, l'ORL, l'ophtalmologie, la gastro-entérologie et l'obstétrique-gynécologie.

À l'origine, cette clinique appartenait aux chirurgiens ; puis en 2000, ils ont fait le choix de la vendre à un groupe privé. En 2015, ce groupe a fusionné. Aujourd'hui, la clinique appartient à un groupe de santé privé qui possède plus de 80 cliniques en France.

Pour faire face aux différentes restrictions budgétaires imposées par les politiques nationales, mais aussi par les politiques financières du groupe, les services de soins ont très souvent été réorganisés. Il a tout d'abord été décidé de développer la polyvalence des équipes de soins sur un même étage, puis une petite équipe de trois infirmières dites volantes ou polyvalentes a été constituée. D'une manière générale, la solution de la polyvalence a toujours été privilégiée pour éviter le recours à des professionnels intérimaires. Les salariés ont très souvent revendiqué le manque de personnel ou le manque de moyens sans jamais avoir été entendu, mais aucun mouvement social n'a jamais eu lieu et le syndicat représenté est peu actif. Toutefois, le climat social n'est pas bon, le personnel est lassé, presque désinvesti.

Face à l'évolution des techniques médicales et chirurgicales, on assiste, ces dernières années, à une baisse significative des durées moyennes de séjour (DMS) passant de 10 à 4 jours et un

service de chirurgie est régulièrement fermé (environ 70% l'année dernière). Le personnel titulaire est régulièrement réaffecté au gré des besoins permettant ainsi de pallier aux différentes absences. Afin de limiter les coûts des ressources humaines liés à la fermeture récurrente du service, et pour éviter les licenciements, la direction a demandé la mise en place d'une mutualisation des effectifs infirmiers et aides-soignants sur tous les services de chirurgie y compris l'unité de soins continus.

Le premier étage comporte une unité de chirurgie orthopédique (17 lits), une unité de chirurgie polyvalente (18 lits) et une unité de chirurgie ambulatoire (17 lits).

Le deuxième étage comporte une unité de chirurgie viscérale et urologique (18 lits régulièrement fermés) et une unité de soins continus pour une surveillance plus rapprochée des patients fragiles en post chirurgie. Dans ce service, les patients ne sont ni intubés ni ventilés.

La mise en place de la mutualisation pour la catégorie socio professionnelle des aides-soignantes s'est faite très rapidement. En effet, celles-ci avaient formulé la demande de retravailler leur planning afin d'augmenter les effectifs du week-end en créant une seule et même équipe. Elles ont été volontaires pour avoir un roulement régulier sur tous les services concernés par la mutualisation, à savoir ceux du premier et du deuxième étage. Cette nouvelle organisation s'est mise en place dans un climat serein facilitant la cohésion et la solidarité de l'équipe. Les prises en charge des patients n'ont pas été modifiées.

En revanche, la catégorie socio professionnelle des infirmières a eu un positionnement tout à fait différent : celles-ci se sont insurgées de la demande et se sont montrées complètement opposées à l'organisation proposée. Pourtant il leur a été expliqué qu'elles seraient formées et accompagnées de la même manière que leurs collègues aides-soignantes.

Lorsqu'elles ont été interrogées sur les raisons de cette opposition, elles ont exprimé un sentiment de peur lié au fait de devoir travailler dans un service qu'elles ne maîtrisaient pas, un sentiment d'insécurité pour elles mais aussi pour le patient : « *je ne saurai pas réagir en cas d'urgence* », ont-elles exprimé ; au stress qu'allait engendrer les nouveaux apprentissages : « *je sais parfaitement gérer le service dans lequel je travaille depuis 25 ans pourquoi maintenant devrais-je apprendre à travailler dans un service que je ne connais pas ?* ». Au final, elles expriment leur peur liée au sentiment d'appartenance à leur équipe d'origine : « *on ne se verra plus* », « *on va être des pions* ».

Dans cette équipe infirmière, l'ancienneté moyenne au premier étage est de 19 ans avec un écart allant d'une ancienneté de 7 à 30 ans, et au deuxième étage la moyenne est de 15 ans avec un écart allant de 5 à 20 ans. Pour la majorité d'entre elles, il s'agit de leur unique expérience, elles n'ont jamais eu l'occasion de travailler dans d'autres établissements. Chacune a acquis des compétences liées à la maîtrise des soins prodigués dans son service. Elles sont devenues expertes et connaissent parfaitement les points critiques liés à leur pratique, les demandes et protocoles des chirurgiens.

## **2. La question de départ**

Au travers de ma recherche, je cherche à identifier quels facteurs peuvent être à l'origine des freins que le cadre de santé est amené à rencontrer et quels sont les éléments facilitateurs qu'il peut avoir pour lever ces obstacles dans un contexte de mutualisation des équipes infirmières.

Ce sujet m'intéresse pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il s'agit d'une situation à laquelle j'ai été confrontée. Mise en difficulté pour traiter le sujet, je n'ai pas compris pourquoi je faisais face à une opposition franche de l'équipe infirmière. De plus, ma représentation personnelle de la mutualisation d'équipe est plutôt favorable. J'ai moi-même travaillé plusieurs années dans un bloc opératoire polyvalent où les infirmières étaient mutualisées sur les différentes spécialités, en endoscopie et même en salle de surveillance post interventionnelle ; et cela pouvait arriver plusieurs fois dans une même journée. J'ai vécu cette expérience comme enrichissante en matière d'apprentissage, en termes de reconnaissance et de satisfaction personnelle. Il m'est donc difficile aujourd'hui de comprendre les raisons de cette opposition. C'est pourquoi, j'attends de ce travail que mes recherches m'apportent la compréhension nécessaire qui m'aidera à gérer cette situation lorsqu'elle se présentera dans ma nouvelle fonction de cadre de santé ; et que cette recherche m'apporte les clés nécessaires pour conduire ou mettre en œuvre une politique de changement organisationnel.

Enfin, la mutualisation des soignants étant un sujet d'actualité, avec la mise en place des GHT, je pense que nombreux sont et seront les cadres de santé confrontés à cette situation.

Dans une phase réflexive, j'ai établi un questionnement :

- Est-ce que la mutualisation est une notion différente de la polyvalence ?

- Est-ce que l'expertise infirmière est un frein à la mutualisation ?
- Pourquoi, alors qu'elles sont polyvalentes sur leur service, les infirmières refusent la polyvalence interservice ?
- Qu'est ce qui a fait que les aides-soignantes aient tout de suite accepté la mutualisation ?
- Quels peuvent être les phénomènes qui pourraient expliquer cette opposition à la mutualisation ?
- La mutualisation des équipes de soins mène-t-elle toujours à une opposition ?
- Quels sont les marges de manœuvre du cadre de santé dans un contexte de mutualisation ?

Pour conduire cette réflexion, j'ai choisi d'étudier le sujet en commençant par une question de départ :

**Quels sont les moyens et libertés d'actions que le cadre de santé peut avoir dans un contexte de mutualisation des équipes infirmières ?**

### **3. Le point de vue du législateur**

Depuis les ordonnances de Juppé du 24 Avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, le secteur sanitaire et social est en pleine mutation. Les nombreuses mesures qui se sont succédées ces dernières années ont conduit les établissements de soins à revoir leurs organisations.

Tout d'abord, la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) à partir de 2004. Auparavant, les établissements de santé étaient financés en dotation globale, c'était un système de calcul indépendant de leur niveau d'activité. Ce système avait entraîné des dérives car les prix de journée bas étaient compensés par une augmentation de la durée du séjour.

Les secteurs sanitaires de médecine chirurgie obstétrique (MCO) ont été les premiers à être financés avec le système de la T2A. Les objectifs de ce mode de financement étaient pluriels :

- Une responsabilisation des acteurs et une incitation à s'adapter,
- Une équité de traitement entre les secteurs
- Et in fine la réduction du déficit de l'assurance maladie.

Cette mesure a des conséquences dans la gestion des soins. Chaque acte désormais codé induit un tarif unique national et cela conduit implicitement à délimiter des actes de soins rentables. Qui plus est, il incite à diminuer les durées moyennes de séjour et à multiplier les actes avec un risque de passer d'un système qualitatif à un système quantitatif.

La T2A oblige les établissements à repenser leur organisation en rationalisant leurs ressources tout en sachant que cela risque d'impacter la qualité des soins.

Plus tard, l'organisation en pôles d'activité est définie dans le plan « Hôpital 2007 ». Les services sont invités à se regrouper. L'objectif est le décloisonnement et l'amélioration des prises en charges des usagers.

La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 va confirmer l'organisation en pôles et inciter à développer les coopérations par la création des communautés hospitalières de territoire (CHT). En 2010, Jean Mallot écrit dans son rapport : « La mise en place des pôles devrait aussi constituer un levier pour inciter aux réorganisations et à la recherche de l'amélioration de la qualité du service et de l'efficience ».

Enfin, plus récemment, la loi de modernisation du 26 Janvier 2016 va encore plus loin dans la notion de coopération : les établissements doivent s'organiser en Groupement Hospitalier de Territoire (GHT). L'article L 6132-2 définit le GHT :

« La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire définit (...) l'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques, résultant du projet médical partagé et pouvant être prévues par voie d'avenant, ainsi que les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles inter établissements ».

Les différentes pressions institutionnelles en termes de qualité, sécurité des soins, et en termes économiques font évoluer les organisations des établissements de soins. La mutualisation apparaît comme une alternative pour gérer l'absentéisme. Cependant, le secteur sanitaire privé n'a pas toujours attendu les injonctions réglementaires pour faire évoluer leurs structures ; les contraintes économiques ont conduit à user de diverses stratégies pour y faire face. La mutualisation des équipes de soins en est une.

Afin d'orienter mes recherches théoriques j'ai tout d'abord réalisé deux entretiens exploratoires auprès de professionnelles de santé. J'ai choisi d'interroger une cadre de santé et

une infirmière. L'objectif principal était de valider le sujet de recherche notamment en termes de faisabilité. Les propos recueillis m'ont permis de confirmer que la mutualisation est un outil managérial qui est utilisé aussi bien en secteur public que dans le secteur privé. Ensuite, les échanges que j'ai pu avoir avec les professionnelles ont mis en exergue les différentes notions qu'impliquait la mutualisation et ainsi orienté le choix d'étude des concepts.

## **4. Etude des concepts**

### **4.1 La mutualisation**

C'est un mot peu défini dans les dictionnaires, dans le dictionnaire du Larousse : « fait de mutualiser, d'être mutualisé ».

Sa racine issue du latin « mutuus » signifie : « qui s'échange entre deux ou plusieurs personnes, entre deux ou plusieurs choses ».

L'idée de mutualisation renvoie à l'idée de partage, d'échange, c'est aussi la mise en commun de moyens. On peut mutualiser des moyens matériels aussi bien que des moyens humains. On parle aussi d'optimisation.

Mutualiser les équipes paramédicales consiste à rationaliser les moyens humains au niveau de plusieurs services ou pôles, afin que chacun puisse faire face aux absences dans un système d'entraide et de partage.

Dans les hôpitaux, une polyvalence de pôle existe. Cette organisation mise en place progressivement depuis 2012 consiste à créer une équipe d'infirmières polyvalentes, dite « volante », pour subvenir aux besoins de remplacement. Les infirmières de ces équipes ne sont pas affectées à un service en particulier. Pour Véronique PARE cadre supérieur de santé, centre hospitalier Henri-Ey, Bonneval (28) :

« La mutualisation est le résultat d'un projet commun favorisant le décroisement des professionnels et des pratiques, en prenant en compte les différentes structures existantes ou situations actuelles, en optimisant les moyens et garantissant la qualité des prestations ».

La mutualisation des effectifs doit, certes, bénéficier en termes économique à l'institution ; cependant, le patient, toujours au centre des préoccupations, ne doit pas pâtir des

organisations mises en place. Le cadre de santé garant de la qualité et de la sécurité des soins veille à ce que l'intérêt du malade soit toujours respecté.

La mutualisation a des conséquences sur le travail du cadre. En 2011, Véronique David-Souchot et Nathalie Ammar-Khodja, respectivement cadre de pôle et cadre aux ressources humaines d'un groupe hospitalier sur le site de Bichat, publient un article traitant de la mutualisation des personnels paramédicaux. Il y est relaté le ressenti des cadres de santé ; après 6 mois de mise en place, il s'avère que ces derniers sont confrontés à la gestion des conflits et à de la négociation. Le temps de communication avec les équipes est augmenté et cela est essentiellement dû au fait qu'ils doivent gérer des situations où le sentiment d'injustice envahit les soignants. Il n'est pas rare d'entendre les soignants se plaindre « *pourquoi moi ?* ». De plus, l'accueil du personnel se faisant, à Bichat, par les cadres de santé, leur disponibilité doit être plus importante.

La mutualisation est un bouleversement dans l'organisation du travail, elle impose aux équipes de soins de la polyvalence, parfois imposée, avec l'acquisition de nouvelles compétences. Pour comprendre cette notion de polyvalence nous allons maintenant l'étudier.

## **4.2 La polyvalence**

Le petit robert définit la polyvalence comme étant « la qualité d'une personne qui a des capacités, des fonctions diverses », le Larousse apporte un éclairage plus précis : « qualité de quelqu'un qui a plusieurs spécialités, plusieurs compétences ».

Everaere<sup>1</sup> (2008) distingue deux types de polyvalence : d'une part le nomadisme (c'est-à-dire passer d'un poste à un autre), et d'autre part la polyvalence par l'enrichissement des connaissances (poste plus sédentaire). Il explique que la polyvalence est source d'enrichissement et permet au salarié d'être plus autonome, mais cela à condition qu'il y ai une relative stabilité.

---

<sup>1</sup> Professeur des Universités en sciences de gestion à l'IAE Lyon.

### **4.2.1 La polyvalence organisée**

D'un point de vue organisationnel, la polyvalence à l'hôpital est dite sectorielle. Il s'agit là d'une polyvalence exercée au sein d'un même type de secteur de soins, c'est le cas par exemple des pôles. L'activité de soins appartient à un même domaine de compétence (par exemple le pôle chirurgie ou le pôle de psychiatrie).

La polyvalence sectorielle est celle que l'on rencontre le plus souvent depuis la mise en pôle des services. Le décloisonnement existe, mais il est circonscrit par de nouvelles frontières plus larges : celles du pôle. Pour manager ce type de polyvalence, Géraldine Devret<sup>2</sup> explique que le cadre doit mettre en œuvre une politique de moyens qui permet l'acquisition des compétences nécessaires au sein d'un secteur. Par exemple, elle incite à réfléchir sur la durée d'appartenance au secteur avec mise en place d'un système de rotation dont la durée et le rythme est à définir.

L'utilisation « d'outils stratégiques de pilotages » est, dit-elle, indispensable à la bonne gestion des personnels pour une évaluation objective de leurs compétences. Elle alerte que, sans ces outils, le cadre peut vite être discrédité auprès des équipes et avoir des conséquences néfastes sur la mobilisation des compétences et des connaissances des soignants avec instauration d'un mauvais climat de travail.

### **4.2.2 Les composantes de la polyvalence**

Géraldine Devret a identifié quatre processus qui peuvent influencer la mise en place de la polyvalence :

- « Le processus de technicité à composante gestuelles » : la tâche est décrite, formalisée, normée. Les soignants ont connaissance du travail à réaliser. La formalisation d'une fiche de tâche découle de ce processus. Il répond à la question « quoi faire ? » et mobilise des compétences techniques.
- « Le processus de pensée à composantes intellectuelles et mentale » : ou « comment faire ? ». Il dépend de la représentation que se fait l'individu de son environnement. De cette représentation dépendra sa confiance et son adaptabilité à la situation. Si la

---

<sup>2</sup> Docteur en sciences de gestion, hospices civils de Lyon

représentation mentale de l'environnement est forte alors l'individu sera en capacité de dépasser le stade du travail prescrit. Par l'observation, le questionnement, l'interprétation, il sera en capacité à prendre des décisions. Cela implique la mobilisation de compétences méthodologiques. En revanche, si cette même représentation est faible, alors l'individu sera en difficulté pour s'adapter à la situation de travail, avec une perte de confiance qui, au final, peut aboutir à un épuisement mental de la personne.

- « Le processus de gestion à composantes organisationnelles » : il décrit les interactions qui existent entre l'individu et l'organisation. « L'individu est d'abord relié à son entreprise par le sentiment d'en faire partie ». Il s'agit là du sentiment d'appartenance qui est mis à mal lorsque le soignant est amené à travailler dans un service qu'il ne connaît pas. L'implication au travail dans un contexte de polyvalence dépend de l'adéquation entre l'organisation proposée et les attentes de l'individu.
- « Le processus de cohérence collective à composantes informationnelles et communicationnelles » : l'information transmise permet d'apporter des connaissances. Dans le cadre de la pratique soignante, le traitement des informations lié à des dysfonctionnements contribue à faire évoluer la connaissance. La communication favorise la compréhension de l'organisation mise en œuvre ; elle est donneur de sens.

#### **4.2.3 Une polyvalence enseignée ?**

La polyvalence implique l'acquisition de compétences, d'autonomie et d'initiative. Les instituts de formations en soins infirmiers forment des professionnels pour leur permettre de s'adapter au mieux aux nouvelles organisations. Développer la polyvalence est un objectif inscrit dans les projets pédagogiques. Comme par exemple dans celui de l'IFSI de Nantes. (2016) : « Un infirmier polyvalent quel que soit le lieu d'exercice apte à dispenser des soins infirmiers prenant en compte l'ensemble des problèmes de santé de la personne. ».

Ou encore dans celui de l'IFSI Centre hospitalier de St Anne-Paris. (2016) « développer les qualités professionnelles telles que la polyvalence, la mobilité, l'adaptation... ».

Mais peut-on dire que les infirmiers nouvellement diplômés savent gérer la polyvalence ? René Magnon écrivait : « Il faut admettre, toutefois que cette polyvalence ne rend pas apte immédiatement tous les étudiants à exercer avec expertise ». Pourtant, force est de constater

que dans les services de soins, les jeunes diplômés sont plus volontiers sollicités pour remplacer au pied levé dans le service voisin.

P Benner dans son ouvrage « de Novice à expert », postule que l'acquisition des compétences infirmières s'opère selon 5 stades : novice, débutant, compétent, performant, expert.

La polyvalence peut se révéler être un outil pour l'acquisition de compétences. Compétences et organisations du travail (ici mutualisation) sont indissociables. Les effets de l'une influencent l'autre et inversement. C'est pourquoi, il apparaît maintenant nécessaire de clarifier la notion de compétences.

### **4.3 La compétence**

Selon le dictionnaire Larousse, la compétence c'est « la capacité reconnue comme telle ou telle matière en raison de connaissances possédées et qui donne le droit d'en juger ».

La compétence repose sur la combinaison de 3 notions. Pour Wittorski, la compétence « correspond à la mobilisation dans l'action d'un certain nombre de savoirs, combinée de façon spécifique en fonction du cadre de la perception que se construit l'auteur de la situation. » (Wittorski, 1998).

La compétence est liée à une action ou une succession d'actions qui sont mises en œuvre dans un but précis. Le résultat de cette action est la performance. La compétence est invisible alors que la performance est visible, démontrée, reconnue, évaluée.

Pour Jonnaert<sup>3</sup>, (2004) : « la compétence est la mise en œuvre par une personne en situation, dans un contexte déterminé, d'un ensemble diversifié mais coordonné de ressources : Cette mise en œuvre repose sur le choix, la mobilisation et l'organisation de ces ressources et sur les actions pertinentes qu'elles permettent pour un traitement réussi de cette situation ».

La performance permet de juger des compétences acquises par l'individu. La compétence n'existe pas en soi, ce sont les individus qui sont compétents. Philippe Zarifian appuie le constat et définit des caractéristiques du modèle de compétences « la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté (...) La compétence est une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances

---

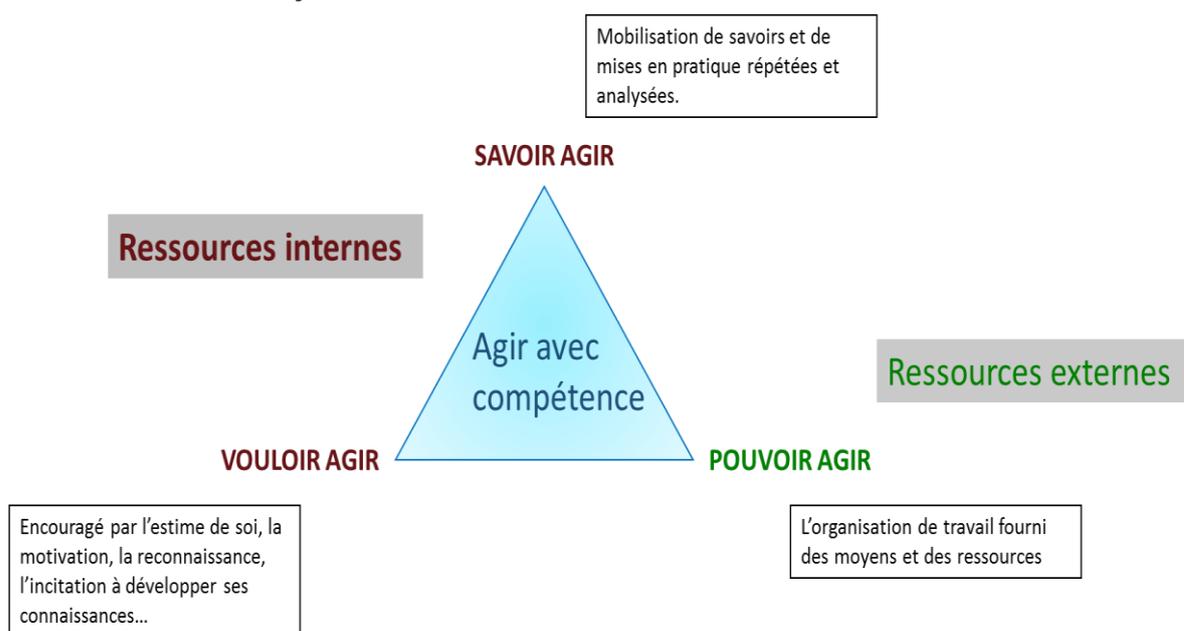
<sup>3</sup> Docteur en psycho-pédagogie, directeur de l'Observatoire des réformes en éducation (ORE) à Montréal

(...) la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer des domaines de responsabilité » (Zarifian, 1999, p. 70).

Ensuite, pour Guy le Boterf (2002), l'acquisition de savoirs qu'il nomme « savoirs ressources » constitue le socle de la compétence. Il s'agit de savoirs internes, c'est-à-dire liés aux acquis de la personne : savoirs théoriques (connaissances), procéduraux (méthodologies), pratiques (savoir-faire) ; et des savoirs externes qui sont liés à l'environnement : moyens, réseaux relationnels... La mobilisation de ces savoirs dans différents contextes professionnels permet d'aboutir à la performance. « Une compétence est un savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (Jacques Tardif – Canada).

Pour agir en compétence, Guy le Boterf explique : « un infirmier combinera ses propres connaissances avec les savoirs contenus dans les protocoles, les documents d'orientation pour les diagnostics, les guides du service infirmier. La réponse compétente devra être chaque jour davantage une réponse de réseau et pas seulement une réponse individuelle, même si l'interface avec un client, un usager ou un patient est assurée par une seule personne. Agir avec compétence, suppose de savoir interagir avec autrui ».

Il distingue 3 facteurs : le savoir agir, le vouloir agir et le pouvoir agir. Les deux premiers facteurs sont liés aux ressources internes de l'individu alors que le troisième facteur est lié aux ressources externes. On peut schématiser la relation des 3 facteurs pour agir avec compétence selon le Boterf, de la façon suivante :



Le pouvoir agir est lié à l'organisation du travail, il fait référence aux ressources externes mises en place par l'organisation qui va favoriser le développement de compétences, soit parce qu'elle est plus stimulante, ou alors qu'elle propose des situations de travail plus apprenantes.

Le vouloir agir est une ressource interne qui fait appel à l'estime de soi, à la motivation de l'individu : « La motivation et le contexte sont aussi importants que la disposition à savoir agir ». (Guy Le Boterf)

Pour résumer, avoir des compétences, c'est avoir les ressources pour agir avec pertinence et avec maîtrise dans une situation de travail. Avoir des ressources est donc une condition nécessaire, mais non suffisante, pour être reconnu comme compétent.

Etre compétent, c'est être capable d'agir avec pertinence dans une situation de travail. C'est donc mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente par rapport aux exigences et contraintes particulières de cette situation.

Agir avec compétence, c'est être suffisamment motivé pour pouvoir mobiliser des savoirs dans un environnement favorisant.

La notion de motivation introduite par le « vouloir agir » incite à développer ce concept afin de mieux comprendre ce qu'il recouvre.

#### **4.4 La motivation**

Le concept de la motivation a beaucoup été étudié par de nombreux auteurs. Différentes théories ont été décrites et une multitude de définitions existent : Au fil du temps, ce concept est devenu protéiforme et complexe.

L'origine latine du mot motivation provient de *moveo* qui signifie bouger ou mouvoir. On retrouve dans le sens commun défini par le Larousse une notion de dynamique « ensemble des motifs qui expliquent un acte ». Le petit Robert dit : « action des forces (conscientes ou inconscientes) qui déterminent le comportement »

Le dictionnaire de la psychologie donne la définition suivante :

« Processus physiologiques et psychologiques responsables du déclenchement, de l'entretien et de la cessation d'un comportement ainsi que de la valeur appétitive ou aversive conféré aux éléments du milieu sur lesquels il s'exerce »

Pour le philosophe O.Reboul, la motivation est « l'ensemble des facteurs qui expliquent un comportement et permettent de le produire éventuellement ». Le concept de la motivation a surtout été travaillé dans le cadre de la psychologie. Il semble que les psychologues Tolman (1932) et Lewin (1936) aient été les premiers à s'y intéresser. La recherche de la performance dans les entreprises a poussé les dirigeants à s'interroger sur les motivations individuelles et collectives. Fenouillet retient une définition suffisamment large pour « englober l'ensemble des théories qui peuvent être rattachées à la motivation ». Il s'agit de celle écrite par Vallerand et Thill (1993) :

« le concept de motivation représente le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement »(p.18)

Cette définition permet de prendre conscience que la motivation est difficile à mesurer. Il s'agit « d'un construit hypothétique », c'est-à-dire que l'individu va mobiliser de manière plus ou moins forte et fluctuante des forces intérieures et extérieures qui lui permettront d'agir. Les forces intérieures sont propres à chaque individu en fonction de ses besoins, ou encore de ses traits de personnalité, tandis que les forces extérieures sont fonction de la situation, l'organisation ou encore l'environnement de travail.

Les différentes analyses théoriques de la motivation permettent de mieux comprendre les processus déterminant le phénomène afin d'adapter les solutions aux diverses situations.

#### **4.4.1 La théorie des besoins selon Maslow**

Maslow (1908-1970) a développé un modèle hiérarchique des besoins. Il part du postulat que la motivation serait issue du fait que l'individu a la volonté de satisfaire des besoins pour agir. Il propose alors une classification hiérarchique croissante de 5 besoins :

- 1- Besoins physiologiques (se nourrir, se vêtir, se loger.)
- 2- Besoins de sécurité (stabilité, sécurité financière, condition de travail.)
- 3- Besoins de sociabilité (rapports affectifs, sociaux, besoins d'appartenance, de reconnaissance.)
- 4- Besoins d'estime, d'autosatisfaction (image de soi.)

5- Besoins de réalisation de soi ou d'actualisation de soi. (Dépassement de soi, variété des tâches, promotion.)

Dans ce modèle pyramidal hiérarchisé, Maslow nous fait comprendre que chaque besoin est motivant, et la satisfaction d'un besoin permet le passage au besoin suivant ; inversement si un besoin plus bas dans la pyramide n'est plus satisfait, il redevient prioritaire. La singularité de chaque individu s'exprime par les différences de niveau d'exigence de chaque besoin. Les limites de cette théorie est l'absence de données scientifiques qui viennent vérifier le modèle.

#### **4.4.2 Le modèle bi-factoriel des satisfactions de HERZBERG**

Frédéric Herzberg identifie 2 types de besoins :

- Les besoins propres à tous les êtres vivants ou les besoins d'hygiène : il s'agit de besoins qui, tout au plus lorsqu'ils sont satisfaits, permettent de réduire l'insatisfaction. Ce sont les salaires, la politique de gestion du personnel, les conditions de travail. Il s'agit de facteurs extrinsèques c'est-à-dire extérieurs au travail
- Les besoins propres aux êtres humains : seuls ces facteurs seraient source de motivation. Ce sont des facteurs intrinsèques.

Herzberg a réalisé une analyse thématique à partir d'entretiens. C'est en recueillant les bons et mauvais souvenirs de la vie au travail d'individus, qu'il identifie les sources de motivation et les sources permettant de réduire l'insatisfaction ; d'où le nom du modèle bi-factoriel. Selon lui, pour motiver, il faut s'interroger sur le contenu de la tâche, c'est-à-dire la nature du travail, la responsabilité, l'autonomie, la reconnaissance ou encore l'expérience enrichissante. L'échange travail / récompenses externes (salaire) ne serait pas une source de motivation mais plutôt permettrait de réduire l'insatisfaction.

Ce modèle a connu un grand succès auprès des dirigeants d'entreprise de par sa simplicité et son originalité, en comparaison avec les autres modèles de l'époque basés sur les théories des besoins. Cependant, la méthode d'enquête utilisée est très controversée. En effet, elle est uniquement basée sur la subjectivité induite par l'appel aux souvenirs des individus, qui est trop partiel, puisqu'à aucun moment on ne cherche à savoir pourquoi tel ou tel souvenir est bon ou mauvais. Qui plus est, selon Levy-Leboyer, Herzberg a semble-t-il sous-estimé les différences inter-individuelles puisque l'on ne peut aboutir à la conclusion qu'il existe pour

tous les individus et de manière identique des facteurs de motivation liés au contenu du travail. Ainsi, la prise en compte du contenu autant que du contexte de travail est importante.

#### **4.4.3 Les théories de processus ou cognitifs**

Il existe des théories qui tentent de comprendre comment les facteurs personnels ou intrinsèques de l'individu vont agir et s'influencer pour donner lieu à des comportements. Parmi ces théories, j'ai choisi d'en développer deux d'entre elles : la théorie de l'équité et la théorie des attentes.

##### **4.4.3.1 La théorie de l'équité**

Adams explique, au travers de sa théorie, qu'il existe un rapport entre ce que l'individu fait dans son travail et ce que ce dernier lui apporte. Il s'agit d'une comparaison entre les « inputs », c'est-à-dire ce que l'individu apporte à l'organisation, et les « outputs », ce que l'individu reçoit en retour de l'organisation. Cette comparaison aboutit à un ratio : Input / Output. Le sentiment d'inéquité est perçu lorsque ce ratio est jugé inégal par l'individu en comparaison avec ce même ratio chez d'autres personnes. Dans ce cas, il se crée une tension négative que l'individu va tenter de réduire en déployant des efforts nécessaires. Sa motivation est en baisse mais son action dépendra de la volonté qu'il aura à réduire ce sentiment et le conduira à changer de comportement ou de perception de la situation. Cette perception est subjective. Au contraire, un sentiment d'équité existe si le ratio du sujet est égal à celui des autres. Alors, le sujet sera motivé.

##### **4.4.3.2 La théorie des attentes ou le modèle de Vroom**

Vroom a été le premier à exposer un modèle cognitif en 1964. Celui-ci sera très populaire et très utilisé dans les pays anglo-saxons mais peu en France. Cependant, ce modèle a intéressé de nombreux chercheurs qui l'ont enrichi par des études, mais sans apporter de réels changements. Elle reste de nos jours la théorie la plus reconnue car elle repose sur un solide cadre conceptuel. Lawler et Portman ont complété le modèle en y apportant une notion de fluctuation et de renouvellement dans le temps.

Le modèle proposé par Vroom vise à expliquer des comportements irréguliers de travail et à décrire le processus motivationnel comme une force basée sur trois variables fondamentales : l'expectation, l'instrumentalité et la valence, qui se combinent de façon multiplicative.

C'est une théorie subjective qui s'intéresse à la manière dont les individus perçoivent une situation donnée. Selon Claude Levy-Leboyer : « plus qu'un modèle de la motivation au travail, il s'agit d'un modèle expliquant les choix relatifs au travail ou encore d'un schéma de prise de décision ».

Pour Vroom, la force motivationnelle est liée à la manière dont nous pensons obtenir des résultats pour une action qui a une certaine valeur à nos yeux. Par exemple, un salarié sera motivé pour effectuer une tâche s'il se sent capable de la réaliser dans les conditions où il doit le faire (expectation), s'il en obtient une gratification particulière (instrumentalité) et si cette tâche a de la valeur à ses yeux (valence).

Il définit le pouvoir motivationnel d'une situation comme une méthode de calcul multiplicative des trois facteurs. En outre, cela signifie que si un des facteurs est nul alors le pouvoir motivationnel de la situation est nul. Il en découle une formule de calcul où le pouvoir motivationnel d'une situation (PM) serait égale à l'expectation (E) multiplié par l'instrumentalité (I) multiplié par la valence (V), ou plus mathématiquement :

$$\mathbf{PM=E \times I \times V}$$

L'expectation (E) : correspond à l'opinion que l'individu a de lui-même et de ses capacités à réaliser une tâche ou un travail. Cela revient à poser la question : est-ce que je serais capable de... ? L'expectation s'exprime en probabilité, elle peut être négative (malgré mes efforts, je n'arriverais pas à atteindre les objectifs) ou positive (j'ai les qualités nécessaires et je peux faire des efforts qui me permettront d'atteindre les objectifs). C'est un facteur subjectif complexe qui intègre des critères comme l'image de soi ou la « croyance en soi ». Le niveau de l'expectation d'une situation dépend de la manière dont l'individu va comprendre la situation. Cette compréhension est influencée par l'assimilation des expériences passées, de la conviction de posséder les outils et le matériel nécessaire, ou encore d'être correctement accompagné (pairs et supérieurs hiérarchiques).

L'instrumentalité (I) : c'est la représentation de la relation que l'individu perçoit entre le résultat (performance) et l'effet du résultat (bénéfice). Cet effet peut être objectif ; il s'agit alors de prime, salaire, promotion ; ou subjectif lorsqu'il produit de la reconnaissance, de la fierté.

C'est la réponse à la question : Si je réalise cette action, est ce que la probabilité que j'en obtienne les bénéfices que j'en attends est suffisamment importante ? Là encore il s'agit d'une probabilité, elle sera forte ou faible. Par exemple, un travail payé à l'heure bénéficie d'une faible instrumentalité car le salaire ne dépend pas de la performance. Inversement, un travail payé à la tâche bénéficie d'une forte instrumentalité. Michel Verstraeten<sup>4</sup> évoque le défaut d'instrumentalité dans les organisations de travail, car il ne suffit pas d'expliquer au salarié le bénéfice qu'il pourra tirer de son action mais encore faut-il expliciter de manière claire les conditions d'accès à ce bénéfice, sans quoi l'instrumentalité sera faible les prochaines fois. L'exemple qui illustre cet argument est le suivant : dans une entreprise, on annonce aux salariés l'attribution d'une prime au mérite. La prime est intéressante (valence), les objectifs sont selon les salariés atteignables (expectation) et la prime suffisamment conséquente (instrumentalité) pour motiver les salariés à produire des efforts. Cependant, la non compréhension de l'attribution de la prime a contribué à produire de l'instrumentalité négative la seconde fois.

La valence : elle correspond à la valeur que le salarié va attribuer au résultat attendu. En psychologie, la valence signifie : « puissance d'attraction (valence positive) ou de répulsion (valence négative) qu'un individu éprouve à l'égard d'un objet ou d'une situation ». C'est une valeur affective que l'individu attribue aux récompenses obtenues, elle est fondée sur la manière dont l'individu se représente les résultats du travail qu'il réalise. Par exemple, un salarié peut attacher beaucoup d'importance à obtenir un poste à responsabilités, et dans ce cas, il sera motivé pour réaliser le travail lui permettant d'atteindre cet objectif. Il s'agit là d'une valence positive. Dans cette variable, Lévy-Leboyer rappelle que ce n'est pas la perspective du bon résultat qui crée de la valence mais la satisfaction que l'individu va en retirer : « la valence est étroitement liée à la hiérarchie de valeurs propres à une personne, à ses besoins du moment, et également à ce qu'elle croit être les conséquences de son comportement ». (2006, p.70)

Ce qu'il faut comprendre, c'est que la motivation dépend, selon Vroom, des trois facteurs décrits plus haut. Mais chacun de ces facteurs va être influencé par un système de valeurs et un ensemble d'émotions. Aussi, et afin de mieux comprendre ces facteurs dans la manière dont ils vont influencer sur la motivation, je vais maintenant les étudier.

---

<sup>4</sup> Maître de conférences en sciences sociales- université libre de Bruxelles

## 4.5 Les valeurs

Le concept des valeurs est polysémique. En sciences sociales, Shalom H Schwartz remarque une absence de consensus, tant autour de la définition que sur leur contenu ou encore sur leur articulation.

En 1973, Rokeach donne la définition suivante : « Croyance durable selon laquelle un mode spécifique de conduite ou de but de l'existence est personnellement et socialement préférable à d'autres conduites ou buts ». Cette première définition est très intéressante car elle assimile les valeurs à une croyance, un mode de conduite ou de but. Pour d'autres auteurs, les valeurs sont des « préférences collectives » (Boudon et Bourricaud) ou encore « Ce que les hommes apprécient, estiment, désirent obtenir, recommandent, voire proposent comme idéal » (Rezsoschazy, 2006)

Pour Schwartz et Bilsky (1987), les valeurs sont : « l'adhésion des individus à des objectifs permettant de satisfaire des intérêts appartenant à des domaines motivationnels et ayant une importance plus ou moins grande dans leur vie de tous les jours ».

Schwartz utilise le concept des valeurs sociales pour analyser les changements caractéristiques des individus ou des sociétés mais aussi pour expliquer les motivations de base qui étayent les attitudes et les comportements. Il semble intéressant de développer le résultat de ses recherches afin de mieux comprendre la structuration des valeurs de l'individu que le cadre de santé va devoir prendre en compte dans l'exercice de sa fonction d'organisation des soins.

### 4.5.1 Les caractéristiques des valeurs

Chaque individu attache de l'importance selon des degrés différents à plusieurs valeurs. L'importance accordée est différente d'un individu à un autre, elle est fonction de son éducation, son histoire, son expérience, ses habitus. Mais ces valeurs ont des caractéristiques communes qui ont été décrites par de nombreux auteurs et Schwartz les a déclinés ainsi :

- 1- Les valeurs sont des croyances en lien avec des affects et des sentiments.
- 2- Les valeurs se rapportent à des « objectifs désirables » qui motivent l'action. Ces valeurs ont une influence consciente ou non.

- 3- Les valeurs transcendent les actions et les situations spécifiques
- 4- Les valeurs servent d'étalon ou de critères. « on décide de ce qui est bon ou mauvais, justifié ou illégitime, de ce qui vaut la peine d'être fait ou de ce qui doit être évité en fonction des conséquences possibles pour les valeurs que l'on affectionne ». C'est une action le plus souvent inconsciente.
- 5- Les valeurs sont hiérarchisées en fonction de la singularité de l'individu et de son adaptation aux expériences de la vie
- 6- L'importance relative de multiples valeurs guide l'action. « L'arbitrage entre des valeurs pertinentes et rivales est ce qui guide les attitudes et les comportements ».(Schwartz, 2006, p 931)

Schwartz pense que ces caractéristiques concernent toutes les valeurs qui vont se différencier les unes des autres en fonction du type d'objectif et de la motivation que cette valeur exprime. Il les dit universelles car elles sont issues d'au moins une des trois nécessités de l'existence qu'il définit comme étant la satisfaction des besoins biologiques de l'individu, l'interaction sociale et le bon fonctionnement des groupes. Il décline alors 10 valeurs de bases représentées par le schéma ci-dessous.

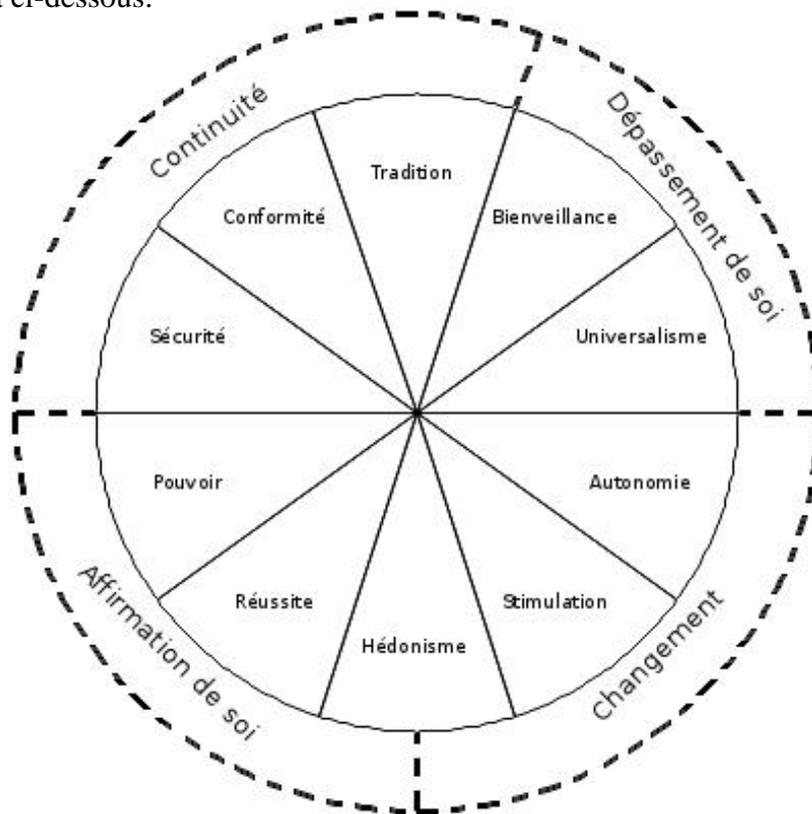


Fig 2 : Structure théorique des valeurs selon Schwartz

Cette représentation circulaire illustre les relations entre les valeurs. Elle montre les valeurs qui s'opposent et celles qui sont proches. On peut voir que les valeurs permettant l'ouverture au changement s'opposent aux valeurs de continuité. De même, les valeurs permettant l'affirmation de soi s'opposent à celles du dépassement de soi. Cette représentation circulaire montre aussi un continuum de valeurs proches. Ces valeurs adjacentes peuvent induire de la motivation. Par exemple, une personne qui accorde de l'importance aux valeurs de bienveillance et de tradition, sera dévouée à son groupe d'appartenance.

D'autre part, il existe une relation entre valeurs et comportement. Pour Verplanken et Holland, « les valeurs n'ont un effet sur le comportement que lorsqu'elles sont activées. ». Le fait qu'une valeur soit activée ne tient pas forcément compte de la conscientisation de celle-ci. En revanche, Schwartz pense que plus la valeur est importante pour la personne, plus elle est accessible et plus elle aura de chance d'induire un comportement.

Enfin, les valeurs sont source de motivation. En effet, « les valeurs des individus, comme leurs besoins, induisent les valeurs d'actions possibles » (Feather, 1995). En d'autres termes, plus une situation sous-tend une valeur importante pour l'individu, plus l'attrait pour l'action sera possible. Inversement, si la situation induit des valeurs non partagées par l'individu, alors l'action risque d'être nulle. Cependant, Schwartz souligne que la pensée consciente peut modifier l'attrait pour l'action en faisant prendre conscience des conséquences possibles de celle-ci. Par exemple, un salarié peut avoir envie de changer de travail face à une proposition qui valorise la stimulation, mais la prise de conscience des conséquences de ce changement pour sa famille peut l'en empêcher. Feather ajoute que même si les individus sont influencés par une valeur il y a peu de chance qu'ils agissent si la perception de leur capacité à mener l'action et les chances qu'elle a d'aboutir au résultat escompté est faible. Cette dernière information me permet de faire le lien avec l'expectation, facteur de l'équation dans la théorie de Vroom.

En résumé, les valeurs de chaque individu vont influencer la motivation et donc le comportement face à une situation ; mais les valeurs ne sont pas l'unique variable d'influence, les émotions sont également responsables.

#### 4.6 Les émotions :

*« Une émotion renvoie à ce qu'elle signifie. Et ce qu'elle signifie, c'est la totalité des rapports de la réalité humaine au monde. Le passage à l'émotion est une modification totale de « l'être-dans-le-monde » ».*  
Sartre, 1963

Le terme émotion vient du latin « ex-movere », qui signifie « mouvoir au-delà ». Il existe un lien entre le mouvement et l'émotion. Cependant, il est intéressant de constater que motivation et émotion ont la même racine latine. Il existe un lien très serré entre ces deux concepts. L'émotion est ce qui va pousser à agir ou non et l'action se fera en fonction de la motivation.

Le dictionnaire Larousse donne la définition suivante : « Réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement. »

L'aspect complexe de l'émotion humaine a conduit à l'élaboration d'une multitude de définitions. Plutchik (1980) en a recensé 28 différentes et souligné l'absence de consensus.

Par la suite, une compilation de 92 définitions données entre 1971 et 1981 a été réalisée et à ce sujet, De Bonis (1996) souligne : « on y trouve des définitions qui mettent l'accent sur le continuum hédonique, celles qui soulignent les effets adaptatifs ou désadaptatifs, celles qui délimitent les situations déclenchantes et les réponses associées, celles qui accentuent le rôle des processus d'appréciation et d'étiquetage ou celles qui décrivent le cortège des réactions physiologiques parallèles, sans compter les définitions des « sceptiques » qui remettent en question la légitimité du concept lui-même » (p. 12).

Pour Robert Dantzer, : « [il y a] les émotions fondamentales qui sont des réactions à un évènement extérieur, réel ou imaginaire. Il y a les émotions dérivées, fondées sur l'émotion engendrée par l'image que l'on a de la conscience de l'autre. Et enfin il y a les émotions tierces qui naissent de la conscience de soi face aux autres ». (DANTZER, 2002, p 9).

Ces deux citations font l'apogée de la teneur polysémique des émotions, et malgré ces divergences, une définition des états émotionnels a été retenue. Selon celle-ci, l'émotion est constituée par trois composantes :

- Une composante physiologique/biologique : c'est un processus qui conduit à des modifications physiologiques de la personne. Il y a une accélération du rythme cardiaque, de la pression sanguine, du rythme respiratoire.
- Une composante comportementale : elle correspond à une réponse comportementale et expressive de l'émotion. Keltner et Ekman en 2000 ont décrit par exemple, l'expression faciale, puis les changements de postures, mouvements de corps, de bras comme étant, des manifestations comportementales de l'émotion.
- Une composante cognitive : ou subjective, comprend l'ensemble des processus mentaux qui interviennent. Elle est fonction de ce que l'individu perçoit des événements, de l'environnement ou de lui-même. Elle est liée à l'expérience. La manifestation la plus fréquente est la mise en mot et le langage.

#### **4.6.1 Les émotions basiques ou fondamentales**

C'est dans l'approche catégorielle des émotions que s'est construit le paradigme des émotions fondamentales. Issus probablement des travaux de Darwin en 1882, les émotions basiques auraient la caractéristique d'être innées et associées de manière catégorielle à des informations ou des souvenirs.

De façon plus spécifique, Ekman définit neuf propriétés spécifiques pour distinguer les émotions de base :

- Elles sont universelles et se distinguent de manière spécifique.
- Elles sont présentes également chez d'autres espèces animales.
- Elles entraînent des réactions physiologiques.
- Les événements déclencheurs sont universels et distincts.
- Les réactions émotionnelles sont cohérentes et convergentes.
- Les réactions émotionnelles se déclenchent rapidement (en une fraction de seconde), c'est ce qui les diffère des sentiments.
- Elles sont de courte durée contrairement aux humeurs, même s'il ajoute que seule la subjectivité dure.
- Elles sont perçues et évaluées automatiquement.
- Elles apparaissent spontanément et ne peuvent être évitées.

Ekman tout comme Charles Darwin, dans un ouvrage publié en 1872 et intitulé « The expression of the Emotions in Man and Animals », distingue 6 émotions de base : la joie, la surprise, la peur, le dégoût, la colère et la tristesse

Plusieurs autres auteurs tels Woodworth (1938), Arnold (1960), Izard (1971), ou MacLean (1993) proposeront leur propre modèle d'émotions fondamentales mais peu différentes les unes des autres.

Le modèle de Plutchik se différencie en comparant les émotions à une palette de couleurs et propose un modèle avec huit émotions primaires, (la peur, la colère, la joie, la tristesse, la confiance, le dégoût, l'anticipation et la surprise) qu'il oppose deux à deux : la joie/la tristesse, l'acceptation/le dégoût, la peur/la colère, la surprise/l'anticipation. Il postule ensuite que ces émotions seraient liées à huit grandes fonctions : la protection, la destruction, la reproduction, la réintégration, l'incorporation, le rejet, l'exploration et l'orientation. Il construit une roue des émotions illustrant ces relations.

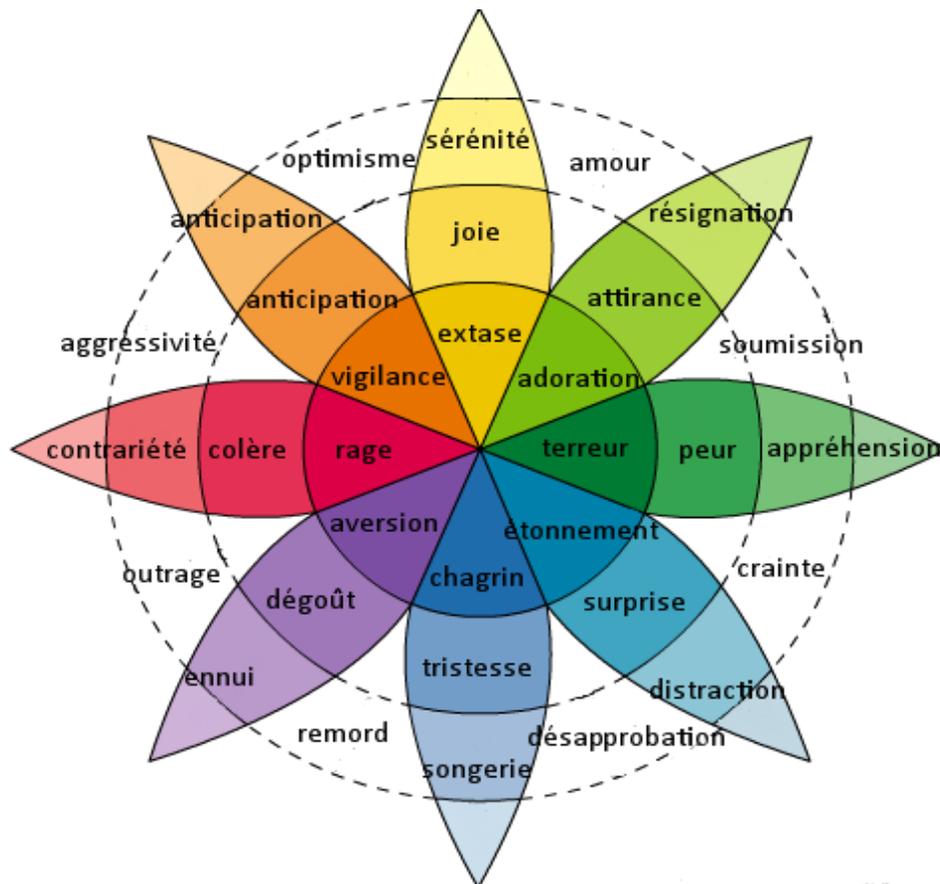


Fig 3 : la roue des émotions de Plutchik

Ce qu'il faut comprendre de cette illustration c'est que plus l'émotion s'éloigne du centre, plus son intensité décroît. De plus, il associe une couleur à l'intensité de l'émotion : plus la couleur est sombre et plus l'intensité ressentie est importante. Enfin, les émotions sans couleur, représentent celles qui sont ressenties lorsque deux émotions primaires sont présentes.

#### **4.6.2 Des émotions et des motivations : des marges de manœuvres pour le cadre ?**

On l'a vu précédemment, l'émotion et la motivation sont intimement liées. Le cadre de santé, en s'intéressant aux émotions ressenties par les équipes, va avoir une action sur la motivation. Lainé et Roy expliquent : « L'acteur heureux est nécessairement motivé, l'acteur triste est, par conséquent, démotivé » (2004, p51). Ils développent également 5 différentes « cultures » managériales :

- « La culture de la survie » : la peur (par exemple la peur de perdre son emploi), est utilisée afin de produire de la motivation. C'est une stratégie qu'il faut transitoire et mesurée car elle risque de produire l'inverse escompté.
- « La culture symbiotique familiale » : c'est le manager lui-même qui suscite la peur, en usant des émotions de façon tacite. Il passe des félicitations aux sanctions, il ne laisse pas le droit aux collaborateurs de s'exprimer et réussit à être l'unique objet de la motivation.
- « La culture de l'entreprise instrumentale » : l'émotion est objet, le manager va les utiliser comme des outils méthodologiques.
- « La culture émotionnelle de la quête » : l'émotion est recherchée pour faire émerger des énergies nouvelles car le désir de changement est important. On n'hésite pas à susciter toutes les émotions même tristes car elles doivent s'exprimer. La motivation est fluctuante.
- « La culture émotionnelle de la créativité » : Les émotions sont considérées comme allant de soi, elles ne sont pas recherchées, elles sont considérées comme une réaction humaine et normale à prendre en compte. La motivation est présente et fluctuante.

## **5. Question de recherche :**

L'étude des concepts m'a permis d'approfondir et de cibler le sujet d'étude posé dans ma question de départ. Mon cheminement m'ouvre à un domaine plus ciblé qui me permet de poser la question de recherche suivante :

**En quoi l'étude de la motivation peut être un facteur facilitateur ou inhibiteur pour le cadre de santé dans les changements stratégiques institutionnels comme la mutualisation des équipes infirmières ?**

C'est donc au regard de cette question et en tenant compte des connaissances théoriques acquises par le développement des concepts exposés plus haut, que j'ai pu développer les hypothèses suivantes :

- ✓ La motivation est en lien avec les attitudes des infirmières lors de la mutualisation des équipes.
- ✓ La compréhension et l'utilisation du modèle VIE de Vroom donne au cadre de santé une méthode explicative et prédictive de la motivation que les infirmières ont vis à vis de la mutualisation.
- ✓ Les valeurs et les émotions sont des facteurs d'influence de la motivation, leur prise en compte par le cadre de santé est un levier pour la mise en place de la mutualisation.

# CHAPITRE II : L'ENQUETE DU TERRAIN

## 6. Méthodologie de l'enquête

Après avoir réalisé un travail de recherche théorique sur les concepts émergents de l'objet de recherche, j'ai réalisé une enquête de terrain auprès de professionnels afin de recueillir des données empiriques qui me permettront de valider ou non mes hypothèses. Dans un premier temps je vais décrire la méthodologie que j'ai utilisée dans l'élaboration de l'enquête de terrain, expliquer les choix que j'ai fait concernant les lieux et les profils de professionnels interrogés, puis j'exposerai les limites et les difficultés rencontrées.

### 6.1 Le choix méthodologique de l'enquête

Le choix méthodologique de l'enquête s'est fait en lien avec les outils proposés par l'IFCS pour la réalisation de ce travail de recherche. L'objectif visé étant de recueillir des éléments du terrain pour étayer la recherche théorique, j'ai choisi d'utiliser une méthode qualitative à type d'entretiens semi directifs. Cette méthode sous forme d'échange structuré par un guide d'entretien, laisse la possibilité à la personne interviewée de s'exprimer librement, de donner un avis ou un ressenti envers une situation.

### 6.2 Le terrain d'enquête

J'ai choisi d'effectuer mon enquête de terrain auprès de deux établissements privés de type MCO. À l'image de l'établissement dans lequel je travaille, il m'a semblé que les conditions de mise en place de la mutualisation des équipes de soins pourraient y être similaires. Ainsi, la reproductibilité de la situation pouvait être intéressante pour mon objet de recherche. D'autre part, j'ai également fait le choix de deux établissements de province afin d'adhérer au mieux à ma situation de départ.

### 6.3 La Population enquêtée

J'avais dans un premier temps envisagé d'interviewer uniquement des cadres de santé pensant que chacun pourrait me donner son point de vue sur les facteurs de motivation des équipes infirmières vis-à-vis de la mutualisation. Mais j'ai rapidement pris conscience que mon étude serait imparfaite si je ne pouvais corréler les propos des cadres de santé avec ceux des infirmières. C'est pourquoi, j'ai réalisé mon enquête auprès de 4 cadres de santé et 4 infirmières. J'ai fait le choix d'interviewer 2 cadres de santé et 2 infirmières sur chaque établissement avec une cadre de santé et une infirmière issues du même service. Cette stratégie avait pour objectif de confronter les points de vue dans un environnement où la politique de gestion de la mutualisation était équivalente, et ainsi éliminer le biais pouvant être induit par cette politique.

Le nombre de professionnelles interrogées est cohérent par rapport au travail de recherche demandé. En revanche, dans le cadre d'une enquête plus approfondie, il aurait fallu interroger une part représentative (souvent 10%) des catégories socio-professionnelles choisies par établissement.

Le tableau ci-dessous relate du profil et du talon identitaire de chacune des personnes rencontrées :

<b>Etablissement</b>	<b>Dénomination</b>	<b>Fonction</b>	<b>Age</b>	<b>Ancienneté de diplôme.</b>
<b>Clinique A</b>	CA1	Cadre de santé	48 ans	15 ans
	IA1	Infirmière	33 ans	11 ans
	CA2	Cadre de santé	35 ans	6 ans
	IA2	Infirmière	28 ans	5 ans
<b>Clinique B</b>	CB1	Cadre de santé	38 ans	4 ans
	IB1	Infirmière	24 ans	3 ans
	CB2	Cadre de santé	42 ans	6 ans
	IB2	Infirmière	35 ans	15 ans

Figure 4 : Talon sociologique des enquêtés

## **6.4 Le déroulement de l'enquête**

Après avoir défini les terrains d'enquêtes et les types de professionnelles que je souhaitais rencontrer, j'ai réalisé un guide d'entretien spécifique pour chaque catégorie socio professionnelle. (Annexe I et Annexe II) Je les ai élaborés en lien avec les concepts étudiés et l'objet de ma recherche. J'ai constitué une série de questions qui m'ont guidé à l'image d'un fil d'Ariane. Ces questions m'ont servi d'amorce de sujet et m'ont aidé à recentrer le discours de l'interviewé.

Ensuite, j'ai pris contact avec des cliniques privées pour connaître avant tout la mise en œuvre ou non d'une politique de mutualisation des équipes infirmières. Dans la moitié des cas, cette politique était mise en œuvre, dans l'autre moitié elle était en cours d'instauration. J'ai donc choisi deux établissements qui pratiquaient une politique de mutualisation des équipes de soins. Après avoir obtenu l'autorisation d'enquête, j'ai rencontré chaque professionnel individuellement à un moment que nous avons convenu préalablement en fonction des disponibilités de chacun.

Lors des entretiens, et afin de créer un climat de confiance propice à la communication, je me suis tout d'abord présenté et j'ai exposé succinctement le sujet de ma recherche. J'ai précisé que l'entretien serait traité de manière confidentielle et j'ai demandé l'autorisation d'enregistrer les propos. Aucun professionnel ne s'y est opposé. Une seule cadre de santé m'a précisé qu'en cas de besoin, elle se réservait le droit de demander l'arrêt de l'enregistrement. L'entretien s'est déroulé sans qu'à aucun moment elle n'en ait fait la demande.

Chaque entretien a duré entre 30 et 40 minutes. J'ai retranscrit la totalité des 8 rencontres et ensuite regroupé dans un tableau les propos recueillis en classant les réponses en fonction des thèmes abordés et de la catégorie socio-professionnelle des interviewés.

## **6.5 Les limites et les biais de l'enquête de terrain**

En réalisant ce travail d'enquête, j'ai pu constater qu'il pouvait y avoir des biais. Notamment, concernant le genre de la population interrogée qui est exclusivement féminine. Il ne m'a pas été possible de recueillir des propos tenus par des professionnels masculins, cela aurait été intéressant et sans doute plus exhaustif si tel avait été le cas.

Ensuite, toutes les cadres de santé rencontrées n'avaient pas le diplôme de cadre de santé et seule deux d'entre elles avait un niveau master et une avait bénéficié d'une formation en management. Je connaissais ce biais possible car dans la plupart des établissements de soins privés, le diplôme de cadre de santé n'est pas exigé. Malgré cela, le matériau recueilli lors des entretiens a été de bonne qualité.

Ensuite, étant novice dans la conduite d'entretien, j'ai pu constater lors de la retranscription de ceux-ci que j'avais pu manquer, à certains moments, de relance.

Enfin, le sujet de recherche n'a pas permis de réaliser des analyses de documents car comme nous le verrons plus loin, aucun document officiel n'est formalisé pour la mise en place de ce type d'organisation.

## **7. L'analyse du terrain**

### **7.1 La mise en place de la mutualisation**

#### **7.1.1 Une organisation non formalisée**

Dans le cadre contextuel, les éléments législatifs qui ont amené les établissements publics à avoir recours à la mutualisation des équipes de soins ont été exposés. Ces éléments m'avaient été confirmés lors des deux entretiens exploratoires que j'avais effectué auprès de 2 cadres de santé du secteur public. L'enquête de terrain que j'ai menée a cependant apporté des éléments nouveaux concernant la mise en place de cette organisation dans le secteur du privé.

La mutualisation des infirmières s'est mise en place progressivement, au fil des années. Pour la clinique A, elle a été initiée lors de la fusion de 2 cliniques il y a plus de 10 ans. La cadre de santé de la clinique A me rapporte :

*CA1 : « Lors de la fusion des deux cliniques, il a fallu réorganiser les équipes infirmières en fonction des services de soins, c'est un peu à ce moment-là qu'on a commencé à pratiquer la mutualisation (...) c'est venu progressivement (...) ça se pratique beaucoup aujourd'hui. »*

Dans la clinique B qui n'a pas connu de réorganisation structurelle, la mutualisation s'est mise en place ces dernières années. Avant cela, il avait été constitué une équipe d'infirmières

polyvalentes qui « volaient » sur les différents services du pôle. Depuis 3 ans, cette organisation ne correspond plus aux attentes de l'établissement car elle n'apporte pas suffisamment de flexibilité.

Les raisons invoquées pour la mise en place de la mutualisation ont toutes été les mêmes ; à savoir la diminution de la durée moyenne de séjour, le développement de l'ambulatoire et la fermeture de services qui en a découlé mais aussi le manque de personnel comme l'évoque la cadre CA2 :

*« j'ai toujours connu [la mutualisation] mais je dirais que depuis peu elle est plus importante du fait de la diminution de la DMS et des difficultés que l'on a pour trouver du personnel de remplacement. ».*

Les infirmières interrogées, quant à elles, ont une représentation différente des raisons qui ont incité leur établissement à utiliser la mutualisation. Une infirmière de la clinique B (IB1) m'explique :

*« on garde moins longtemps les patients hospitalisés (...) et puis la clinique a toujours besoin de faire du bénéfice alors ils prennent moins d'intérimaires pour les remplacements et c'est à nous qu'ils imposent ça ».*

En plus d'avoir été mise en place progressivement, les deux cliniques ont en commun le fait que la mutualisation des équipes de soins est pratiquée mais non formalisée. Pour la cadre CB1 « y a pas de mise en place officielle de la mutualisation dans l'établissement. Mais ça se pratique beaucoup ». Pour l'encadrement de la clinique A, la mutualisation est une pratique qui est devenue courante et c'est en répondant à ma question que la cadre CA1 me relate :

*« Ce n'est pas une organisation qui a été officiellement mise en place mais je ne suis pas sûr que ça le nécessite. Pour nous aujourd'hui tout le monde sait qu'on organise les plannings en bougeant les gens, c'est comme ça, (...) une infirmière qui arrive dans l'établissement est informée de cette organisation, donc quand ça arrive, elle ne se pose pas de questions. ».*

Dans la clinique B, la cadre CB1 pense comme la cadre de la clinique A que la formalisation de la mutualisation n'est pas nécessaire mais en plus, elle amène un élément supplémentaire pour étayer son idée, car pour elle, cela lui permet d'avoir des libertés d'actions :

*« D'ailleurs il ne faudrait pas que l'on officialise son organisation parce qu'il faut que ça reste comme ça, ce que je veux dire c'est que au moins, on a un peu de marge de manœuvre, on organise en fonction de l'activité et des soignantes disponibles ou volontaires, on peut arranger les soignants qui bougent, faire du donnant-donnant, si on officialise, on aura plus vraiment cette liberté d'agir »*

Quant à sa collègue cadre (CB2), elle déplore le manque de transparence lors de l'embauche des infirmières. *« Je pense qu'il faudrait que lors de l'embauche des soignants, on soit plus clair et qu'on leur dise qu'on a une organisation qui bouge les soignants. Comme ça ils ne le découvrent pas. »*

Du côté des infirmières de la clinique B, le sentiment est partagé, l'infirmière ayant le moins d'ancienneté me livre :

IB1 : *« quand j'ai été embauchée, on m'avait dit que je pourrais bouger dans le service où j'étais affectée mais on ne m'avait pas dit que je serais amenée à bouger dans les autres services. Même si je m'en doutais parce que ça se fait beaucoup aujourd'hui. »*

Toutes les professionnelles m'ont fait remarqué que les contrats de travail étaient rédigés différemment depuis 10 ans. En effet, il n'y est plus spécifié l'affectation de service comme avant, et une infirmière m'interpelle en m'expliquant :

IA2 : *« Sur mon contrat de travail, il y a uniquement noté « en qualité d'infirmière » ça veut dire que le jour où on me demandera de faire des nuits, je pourrai rien dire »*

Ainsi, il apparaît que ces dernières années à l'aune des évolutions réglementaires et des contraintes budgétaires, on a vu évoluer les pratiques managériales des établissements de santé privés. La mutualisation s'est imposée comme une évidence et s'est mise en place insidieusement sans qu'il n'y ait eu d'officialisation de cette pratique. Les cadres de santé ont besoins de flexibilité dans la gestion des ressources humaines pour une mise en adéquation du personnel à l'activité. Cependant, les cadres et les infirmières déplorent quand cette organisation n'est pas abordée lors des entretiens d'embauche.

Nous allons maintenant comprendre comment les cadres de santé organisent la mutualisation au quotidien.

### 7.1.2 Un ajustement permanent

Au travers des entretiens, j'ai pu constater que toutes les professionnelles s'accordaient pour dire que rien n'était organisé de manière formelle, la mutualisation des infirmières se fait en fonction de l'activité.

Que ce soit lors des périodes de vacances ou lorsque l'activité est moins importante, les cadres des services sont amenées à rééquilibrer les effectifs infirmiers. Contrairement à la clinique A, dans la clinique B, il existe un indicateur de mise en adéquation des effectifs à l'activité. Cet indicateur oblige les cadres à réaffecter leurs ressources :

*CB1 : Ici on a ce qu'on appelle le taux de productivité de l'équipe soignante (...), il nous calcul à l'heure, le nombre de patients par soignants (...) donc je passe mon temps à moduler le personnel en fonction de ce taux là et je peux pas me permettre d'avoir par exemple dix lits de libres avec le personnel présent »*

Cependant, même s'il n'existe pas dans la clinique A d'indicateurs aussi précis, lorsque des lits sont fermés, les infirmières sont réaffectées dans d'autres services ou alors, on en profite pour former celles qui seront potentiellement mutualisées. La cadre CA1 me rapporte :

*« ...les jours où y a du plus sur le planning on leur dit ben là est ce que tu veux aller passer une journée avant ? Voilà on les forme un peu et c'est vraiment bien perçu parce que du coup ils se sentent vraiment accompagnés et en plus si on joue le jeu jusqu'au bout on les met vraiment dans le secteur où ils seront ».*

Lorsqu'elles ont été interrogées, deux des infirmières avaient déjà vécue cette organisation dans d'autres établissements. Il s'agissait de celles qui avaient moins de 5 ans de diplôme. Pour les autres, cette organisation était nouvelle. Ce constat vient corroborer ce qui a été développé dans le cadre conceptuel, à savoir le fait que les IFSI forment les nouvelles infirmières à la polyvalence et l'inscrivent dans leur projet pédagogique.

Pour les 2 cliniques, la mutualisation s'organise de deux façons différentes. Il y a la mutualisation anticipée et la mutualisation au pied levé.

En fonction des vacances, ou lors d'arrêts maladie de longue durée, les cadres sont capables d'anticiper les changements. Les infirmières sont prévenues parfois plusieurs mois à l'avance

de leur affectation. Toutes s'accordent à dire que lorsque c'est possible, ce mode d'organisation est préférable. La cadre de la clinique A privilégie cette organisation.

CA1 : *« il faut anticiper les demandes ça c'est la règle parce que c'est pas du jour au lendemain qu'il faut faire des demandes on le fait déjà par obligation quand il y a un arrêt maladie de dernière minute ou un enfant malade bon voilà malheureusement dans ces situations là on est déjà obligé de modifier ; donc tout ce qui peut être anticipé bah faut le faire parce que sinon elles ne s'y retrouve pas(...)voilà donc pour que ça se passe le mieux possible il faut anticiper »*

De leur côté, les infirmières confirment le fait que de connaître à l'avance le service où elles seront affectées est préférable :

IA1 : *« j'aime pas trop changer de service hein, mais bon c'est comme ça aujourd'hui hein. Euh la plupart du temps on le sait à l'avance donc comme ça moi je me prépare. (...) ben en fait la veille je me remémore les habitudes du service, la façon de s'organiser, les habitudes des chirurgiens, par exemple l'heure à laquelle ils font leur visite comme ça je m'organise de façon à être prête quand ils arrivent et la visite se passe bien. »*

Dans la clinique B, l'anticipation est plus difficile. Les infirmières sont essentiellement réaffectées dans les autres services en fonction de l'activité, lors de la fermeture des lits. Une infirmière évoque une situation de mutualisation au pied levé et donne son ressenti :

IB1 : *« L'autre jour, je suis arrivée au travail et j'ai dû aller dans un autre service que je ne connaissais pas. (...) ben j'étais contrariée, j'aime pas ça, on se prépare à venir travailler et puis au final.... J'aurais au moins voulu qu'on m'appelle pour me le dire »*

La mutualisation au pied levé est problématique, toutes les cadres ont des difficultés avec cette organisation. Certaines ressentent un conflit intérieur sur le fait d'imposer aux infirmières la mobilité. La cadre CB1 me livre : *« J'aimerais arrêter de les obliger. J'aimerais ne pas avoir à les contraindre. J'appréhende à chaque fois ».*

À contrario, même si la mutualisation au pied levé est plus compliquée à mettre en œuvre, dans la clinique A, l'encadrement m'explique qu'il est difficile d'imposer aux infirmières la mutualisation et que le volontariat est toujours préférable :

CA1 : « Lorsque j'ai besoin de solliciter une infirmière pour aller travailler dans un autre service, je vais d'abord demander à celles qui aiment bouger, le volontariat doit toujours être privilégié. Lorsqu'on impose des choses, ça se passe toujours mal »

## **7.2 Quelle motivation pour les équipes ?**

### **7.2.1 La mutualisation : l'affaire de tous ?**

La mutualisation des équipes infirmières induit une capacité de polyvalence pour les professionnelles. L'avis des cadres de santé diverge sur le fait que toutes les infirmières peuvent-être mutualisées. Trois cadres pensent que toutes sont en capacité d'être polyvalentes moyennant un accompagnement, une seule pense le contraire.

La cadre de la clinique A (CA1) exprime :

*« de plus en plus j'ai envie de dire les nouvelles infirmières sont polyvalentes et donc mutualisables, on est vraiment dans ça. Il y a quelques années ça se faisait mais là, ça s'est peut-être accentué ».*

Pour les cadres de la clinique B, les infirmières ne perçoivent pas toujours leur capacité de polyvalence. Elles expliquent la manière dont elles agissent pour leur faire prendre conscience. Pour la cadre CB1 :

*« Dans les faits même les plus réfractaires elles sont contentes de l'avoir fait, Je me rappelle un jour d'une infirmière qui ne voulait pas aller dans une autre unité, je lui avais mis un ultimatum (...) et je lui avais dit que ce serait super intéressant, super apprenant, (...) et en fait elle est revenue hyper contente. ».*

Les cadres des deux cliniques font consensus sur le fait que la première expérience de mutualisation doit se faire dans de très bonnes conditions. Selon elles, cela va conditionner la manière dont l'organisation sera perçue par la salariée mais surtout par l'équipe. Ce qui est important pour elles, c'est la manière dont cette organisation est perçue par l'équipe, pour ne pas avoir l'impression de faire un « sale boulot » (CA2). La cadre CB2 me raconte :

*« Lorsque c'est la première fois qu'elles changent de service, j'essaie de « verrouiller » [mime avec ses doigts les guillemets] l'organisation pour que ça se passe le mieux*

*possible (...) parce que si ça se passe mal, elle ne voudra plus revenir et puis aussi elle risque de décourager ses collègues qui n'ont pas encore bougé. ».*

Dans le même esprit, pour que la mutualisation soit mieux acceptée par les infirmières, la cadre CA1 met un point d'honneur à faire en sorte que la continuité des soins soit assurée. Selon elle, cela limite le sentiment d'insatisfaction au travail que peuvent ressentir les soignants et contribuer à ce que cela ne soit pas un facteur limitant à la mutualisation. Pour ce faire, elle explique comment elle organise cette continuité :

*« Ce que j'essaie de faire aussi c'est des blocs de jour par exemple si elles travaillent vendredi samedi dimanche c'est qu'elles les fassent dans un même service pour avoir une continuité et une cohérence »*

Ceci montre que les cadres ont conscience que la première expérience de la polyvalence va influencer les comportements. Elles comprennent, tout comme Vroom l'a expliqué dans sa théorie, que l'expectation, c'est-à-dire la probabilité de réussite que la personne perçoit, est fortement liée aux expériences passées.

Pour les deux infirmières ayant vécu une première expérience de mutualisation, le fait d'avoir réussi cette épreuve les mettent plus en confiance aujourd'hui, l'infirmière de la clinique A m'explique comment elle a surmonté ses difficultés au début :

IA2 : *« Après on apprend en demandant aux autres, comment elles font tel truc ou tel autre, comment elles s'organisent... et puis moi j'ai appris à pas rester dans la difficulté, dès que j'ai un problème je vais chercher l'info si tu restes passive tu n'y arrives pas. »*

L'infirmière de la clinique B explique également qu'elle n'hésite pas à poser des questions et à utiliser des stratégies. Elle explique qu'au début, elle s'arrangeait avec ses collègues pour ne prendre en charge que des patients dont les soins à réaliser étaient simples. Les prises en charge complexes étant faites avec sa collègue.

Ensuite, la cadre CB2 aborde le sujet de l'ancienneté dans un service et les habitudes de travail. Elle pense que cela a une influence sur la perception qu'ont les infirmières sur leurs capacités à être polyvalentes :

*« Si elle est trop ancienne dans le service c'est plus compliqué. Non pas qu'elle n'en est pas capable mais souvent elles sont tellement habituées à travailler avec leurs habitudes*

*et les mêmes personnes que tout de suite dès qu'on leur demande de changer c'est insurmontable et infaisable. Alors que moi je sais qu'elles en sont capables. »*

La cadre de la clinique A partage son sentiment et explique qu'elle n'hésite pas à prendre le temps pour réexpliquer la nécessité de la demande :

CA1 : *« comme on dit il y a les vieilles infirmières qui étaient indélogeables de leur service ça faisait un certain temps qu'elles y étaient et qu'elles ne voyaient pas pourquoi elles iraient travailler dans un autre service mais avec toutes ces jeunes qui sont arrivées ça, ça a été complètement balayé et cassé. Bon c'est vrai qu'avec les anciennes il y a toujours un peu de difficulté il faut toujours prendre un temps d'échange pour expliquer le besoin de la chose même si au fond d'elles, elles savent bien pourquoi. »*

A contrario, seule la cadre CA2 pense que toutes les infirmières ne sont pas capables de travailler dans tous les services : *« il y a des gens qui ne sont pas capable d'aller partout parce que ça demande des capacités d'adaptation et d'organisation, une logique. Et ça c'est pas permis à tout le monde. »*.

L'infirmière du même service (IA2) évoque également la capacité d'adaptation comme un potentiel nécessaire : *« y en a qui peuvent vite être débordés il faut savoir s'adapter. »*.

Concernant les autres infirmières, j'ai pu constater qu'elles étaient partagées sur le fait que toutes les professionnelles avaient la capacité de changer de service. Certaines ont évoqué des difficultés lorsque les spécialités de travail étaient très différentes :

IA1 : *« Par exemple si une personne est dans un service de psychiatrie depuis des années et qu'on lui demande d'aller dans un service de chirurgie ou même de médecine, non je pense que ce n'est pas possible. »*

Il est vrai que le fait d'avoir des habitudes de travail entraîne une certaine sécurité qui peut être un frein à la polyvalence. Géraldine Devret explique que la polyvalence augmente les zones d'incertitudes et de ce fait, est génératrice de stress. Alors que les processus techniques ne posent pas de problèmes en cas de changement de service, les processus cognitifs sont eux, guidés par la représentation de l'environnement que se fait l'individu et par conséquent, conditionne sa capacité d'adaptation à la situation. Lorsque la représentation de l'environnement est faible alors la capacité d'adaptation est faible ce qui produit du stress et de l'appréhension comme l'ont décrit les infirmières interrogées.

Dans le modèle décrit par Vroom, l'expectation correspond à la perception que l'individu a sur ses capacités à réaliser une tâche.

Pour la majorité des cadres de santé, toutes les infirmières sont capables de changer de service moyennant un accompagnement. Pour elles, les moyens qu'elles ont leurs permettront d'atteindre l'objectif visé. Chaque individu va percevoir de manière singulière les moyens qui leurs sont donnés et dans cette diversité de points de vue, le cadre de santé doit connaître les marges de manœuvre dont il dispose pour aider les infirmières à être polyvalentes dans le contexte de mutualisation. Les cadres que j'ai interrogées ont accepté de partager leur expérience.

### **7.2.2 Quel accompagnement pour les infirmières ?**

Pour les cadres de santé, l'accompagnement permet de faire prendre conscience aux infirmières que la mutualisation peut se faire dans de bonnes conditions. Différents types d'accompagnement sont réalisés dans les deux cliniques en fonction des moyens qui leur sont accordés par leur direction.

*CB1 : « j'avais une infirmière dans l'équipe qui était dans le service depuis plus de 10 ans. Un jour, je lui ai demandé si elle acceptait d'aller dans le service de médecine, elle m'a dit non car elle ne se sentait pas capable de prendre en charge les patients. J'ai alors demandé à l'infirmière référente du service où elle devait aller de l'accompagner le temps qu'elle se sente plus à l'aise. Sa journée s'est super bien passée et maintenant elle accepte de changer quand je lui demande. »*

Pour les infirmières, l'accompagnement est également un facteur important. Dans la clinique A, il se fait principalement sous forme de formation ou comme l'a nommé la cadre CA1 avec des périodes de « vis ma vie ». Il s'agit en fait des moments où lors des périodes de faible activité, les infirmières qui sont en plus dans leur service, vont passer la journée dans les autres services. Ainsi elles voient l'organisation du service, l'emplacement du matériel. Une infirmière de la clinique A donne son impression sur cet accompagnement :

*IA1 : « Lorsqu'il y a pas beaucoup de patients, la direction ne veut pas que l'on soit en trop dans le service alors les cadres elles en profitent pour nous former dans les autres*

*services (...) j'avoue que ça m'aide bien euh ça permet de faire baisser l'appréhension qu'on a de bouger. »*

Dans la clinique B l'accompagnement se fait au moment où la personne est dans le service :

IB1 : *« on en a pas [formation], quand on va dans un autre service la première fois, on demande, les collègues nous aident beaucoup c'est facilitant. Même quelque fois y a une infirmière référente qui nous montre alors là oui ça se passe bien. ».*

Pour l'infirmière IB2, l'accompagnement dépend de la manière dont elle est accueillie dans le service, qu'il s'agisse de ses collègues mais aussi des médecins :

*« Ce qui est important c'est d'être bien accueillie dans les services si les collègues ne sont pas sympas avec toi, qu'elles viennent pas te demander si ça va ou qu'elles prennent leur pause sans toi, ça donne pas envie de revenir. Pareil pour les médecins, s'ils râlent après toi parce que t'as pas fait ci ou ça ou sous prétexte qu'ils ont pas l'habitude de bosser avec toi »*

La politique d'établissement en matière de gestion des lits facilite l'accompagnement des infirmières. Les cadres des deux cliniques évoquent le fait que pendant les périodes de vacances (pour la clinique A) ou régulièrement (pour la clinique B), les services accueillent des patients dont la pathologie est différente par rapport à la spécialité du service. Cette organisation a comme avantage de permettre aux infirmières sans changer de services, de s'habituer à des prises en charge différentes :

CA1 : *« l'été comme les services sont fermés on va avoir plusieurs spécialités dans des services donc des infirmières vont apprendre à prendre en charge d'autres pathologies que celles qu'ils ont l'habitude de prendre en charge et là c'est pas elles qui vont se déplacer mais les patients qui vont venir à elle avec les praticiens qui vont venir à elles donc par la force des choses elles vont apprendre à s'occuper des nouveaux patients »*

Dans la clinique B l'organisation est un peu différente mais l'avantage est perçu de la même manière par la responsable :

CB1 : *« on a complètement déssectorisé les services (...) lorsque j'ai des lits de libre, je prends des patients indifféremment d'autres spécialités. Donc les infirmières elles acquièrent des compétences sur les autres spécialités mais c'est jamais des patients hyper compliqués. ».*

Dans les questions posées aux infirmières, il leur était demandé de « noter » la perception qu'elles avaient des moyens pour être mutualisés. À la manière d'une évaluation de la douleur, elles ont donné une note sur une échelle allant de 0 à 10 : 0 étant la note donnée pour une perception de leur capacité comme étant nulle et 10 pour une perception de leur capacité jugée comme excellente. J'ai choisi de réaliser cette cotation pour illustrer de manière concrète l'équation décrite dans le modèle de Vroom sur le pouvoir motivationnel d'une situation qui est dans cette étude la mutualisation. La note qu'elles ont donnée correspond au facteur « expectation » puisqu'il s'agit de la perception qu'elles ont de leur capacité à être mutualisé et des moyens qu'elles perçoivent pour ce faire.

La moyenne obtenue des notes pour le cadre est de 6 alors que celle des infirmières est de 7. La ventilation de la totalité des notes sera répertoriée dans un tableau chapitre 7.6

### **7.3 Quels Bénéfices pour les infirmières ?**

Les cadres de santé perçoivent de nombreux bénéfices à la mutualisation. Tout d'abord, pour elles (elles disent l'avouer égoïstement) cette organisation leur donne plus de flexibilité dans la gestion des ressources humaines. Mais également, cela permet d'améliorer l'organisation en repérant des dysfonctionnements qui ne se voient plus une fois les habitudes de travail installées. Enfin, la mutualisation présente l'avantage de travailler sur les pratiques de soins :

*CA1: « on détecte des dysfonctionnements, parce que dans un endroit on fait comme ci dans un endroit on fait comme ça, et les infirmières mutualisées vous disent que peut-être ce serait mieux de faire comme ça. Ça permet d'harmoniser plus les pratiques. »*

Du côté des infirmières, on pense que l'harmonisation des pratiques est nécessaire pour faciliter la mise en place de la mutualisation. Pour elles, cela concerne aussi l'organisation physique des lieux et le rangement du matériel. Une infirmière explique que lors de la fusion des deux cliniques sur un nouveau site, les architectes ont organisé les services à l'identique et que petit à petit, les équipes avaient travaillé ensemble pour adopter le même rangement d'un service à l'autre. Aujourd'hui elle dit que cela est facilitant lors des changements de services :

*IA1: « ce qui est facilitant c'est quand tu sais où trouver le matériel. Nous on a organisé les services pour faire en sorte qu'il y ai peu de différence dans le rangement. Ça évite que tu passes ton temps à chercher et à toujours demander à tes collègues. »*

Ensuite, les cadres évoquent le fait que les remplacements effectués par les infirmières de la clinique est préférable aux remplacements effectués par des intérimaires qui ne connaissent pas l'établissement. Elles disent que les infirmières de leur établissement connaissent le dossier patient informatisé, mais aussi les procédures et l'organisation transversale de l'établissement :

*CB2* : « Je dirais que j'ai des infirmières qui connaissent l'établissement, les chirurgiens. Même si elles ne connaissent pas forcément leur protocole au moins ils les ont déjà vu et se sentent plus rassurés que si c'était des intérimaires. En plus elles savent utiliser l'informatique parce que chez nous le dossier patient est entièrement informatisé et la base documentaire où il y a tous les protocoles aussi et ça c'est vraiment un plus. ».

Toutes les infirmières m'ont également parlé de ce point. Cependant trois d'entre elles pensent qu'il s'agit d'un avantage uniquement pour les cadres et non pour elles. Alors que pour la quatrième infirmière, il s'agit aussi d'un avantage pour elle :

*IB1* : « quand je vais dans un autre service, l'avantage c'est que je connais l'informatique, c'est un gain de temps, j'ai pas tout à apprendre et puis je connais quand même les procédures. Par exemple si je dois transfuser un patient, je sais faire les demandes de culot parce que c'est les mêmes d'un service à l'autre. »

Les cadres de santé, indifféremment de leur lieu d'exercice, pensent que la mutualisation va apporter des bénéfices aux infirmières. Toutes m'ont évoqué l'acquisition de nouvelles compétences. Elles pensent que le bénéfice pour les infirmières est important, surtout si elles sont amenées à changer d'établissement :

*CA2* : « on ne sait pas en quoi demain sera fait et avoir une telle expérience c'est un vrai plus d'autant plus que les nouvelles DE sortent de l'école en tant que polyvalente (...) Et puis la mutualisation permet d'acquérir des compétences techniques, relationnelles et d'adaptation. »

Ensuite, les cadres s'accordent sur le fait que l'acquisition de nouvelles compétences est une plus-value pour les infirmières ; d'une part, ces dernières acquièrent de l'expérience, développent de l'adaptabilité et d'autre part, elles apportent une connaissance des différentes pathologies, techniques de soins et organisation de service qui enrichit la prise en soins du patient :

CB1 : *« elles ont une véritable plus-value pour elles et pour les différents services ».*

CB2 : *« Ah ben l'avantage c'est l'acquisition de compétences, c'est une vraie plus-value ».*

CA2 : *« c'est elles que je vais solliciter si dans les lits de mon unité il y a des pansements que l'on n'a pas l'habitude d'avoir »*

CA1 : *« Le bénéfice c'est qu'elles apprennent plein de choses en fait parce que ce qu'elles apprennent dans un service elles peuvent le réutiliser dans un autre donc pour elles, c'est riche »*

De façon collégiale, les cadres de santé ont évoqué la mutualisation comme le moyen pour les infirmières d'acquérir de nouvelles compétences. Cependant, la perception des infirmières est bien différente. Une seule infirmière a évoqué cet avantage alors que pour 3 d'entre elles, les bénéfices perçus ne se situent pas dans l'acquisition de compétences. Ils se situent dans le fait qu'elles réalisent de nouvelles rencontres qui leur permettent de nouer des liens.

IB2 : *« Ça apprend à connaître ses collègues donc à créer du lien. Dès fois si on a besoin, on peut les appeler (...) quand tu téléphones tu mets un visage sur un nom et des fois ça change tout. ».*

IA2 : *« L'avantage que j'y vois c'est qu'on apprend à connaître ses collègues. C'est un avantage car lorsqu'on les appelle au téléphone, on sait à qui on s'adresse, à qui on peut demander tel ou tel truc parce qu'on sait ce qu'elles font. Et puis c'est plus sympathique, on apprend à mieux se connaître ».*

Du côté des cadres de santé, une seule m'a relaté ce bénéfice, il s'agit de la cadre dont l'ancienneté dans la fonction est la plus faible (3 ans).

Plus spécifiquement, dans la clinique A où la mutualisation est mise en place depuis plus longtemps que dans la clinique B, les salariés bénéficient d'une prime monétaire de 50€ brut lorsque les changements d'affectations sont donnés moins de 48 heures à l'avance. La cadre CA1 explique :

*« On accorde une petite prime, voilà y a une petite prime qui s'installe parce que elles sont prévenues du jour au lendemain. Donc en étant prévenues la veille pour le lendemain, si elles étaient du matin et qu'elles doivent passer du soir ben finalement comme y a cette petite prime ben voilà...pour les indécises ça peut aider ! »*

Les infirmières de l'établissement m'ont toutes deux confirmé que la présence de cette prime était un argument qui pesait en faveur du changement :

IA1 : « *Des bénéfiques en fait je n'en vois pas trop à part la prime qu'on nous donne pour changer au dernier moment (...) j'accepte effectivement de changer même d'horaire pour avoir cette prime, ça met du beurre dans les épinards.* »

Enfin, le dernier avantage perçu par les professionnels de la clinique A est lié au fait qu'en acceptant la mutualisation, les vacances peuvent être accordées à toutes les infirmières. Les cadres m'expliquent qu'en anticipant les congés et en mutualisant les infirmières, elles arrivent à accorder les congés. Pour elles, il s'agit d'un excellent levier pour la mutualisation :

CA1 : « *elles savent que ben voilà on se réorganise notamment pendant les vacances scolaires au lieu d'avoir deux services, on en a un seul d'ouvert et un demi service bon bah ça permet aussi que les congés se prennent et soient acceptés et c'est une organisation qui se fait mieux qu'il y a quelques années où le personnel n'était pas mutualisé* »

#### **7.4 Quels freins à la mise en place de la mutualisation ?**

Ce que toutes les infirmières reprochent à cette organisation, c'est qu'elles ont le sentiment d'être « utilisé » par leur établissement pour faire des économies. Dans la clinique B, toutes les professionnelles y compris les cadres me l'ont relaté :

IB1 : « *ça fait gagner de l'argent à la clinique ! Ça coute moins cher de m'envoyer moi plutôt que de prendre un vacataire* »

IB2 : « *c'est un gain pour l'établissement pas pour moi !* »

Une cadre de la clinique B confirme ce sentiment :

CB1 : « *Après l'autre frein c'est l'impression qu'elles ont que l'on va gagner de l'argent sur leur dos. Qu'on veut économiser à tout prix au détriment de leur confort.* »

Les restrictions budgétaires liées au législateur sont très souvent évoquées pour expliquer les nécessaires économies que les établissements privés se doivent de faire. Cependant, force est de constater qu'au travers des entretiens que j'ai mené, les professionnelles déplorent ces

raisons car pour elles, leur travail auprès des patients est directement impacté et cela crée beaucoup d'insatisfaction :

IA1 : *« j'ai du mal avec le fait de devoir payer pour que la clinique arrive à faire des économies (...) en fait quand je vais dans un autre service, je n'ai pas l'impression de bien faire mon travail, il me manque de l'expertise, parfois je suis sûre que je passe à côté d'un truc où que j'oublie de faire des choses. Je survole c'est tout. »*

Ce sentiment est partagé par toutes ses collègues et le manque d'implication est réel lors de la mutualisation. Les deux plus jeunes infirmières expliquent :

IB1 : *« Ici on fait plein de trucs à coté mais quand je vais dans un autre service, je m'en tiens au strict minimum. Evidemment, je m'occupe bien du patient, je fais les prescriptions mais c'est tout je m'en tiens là. »*

IA2 : *« je ne permets pas de faire des changements. Des fois je vois des rangements qui ne sont pas très pratiques, j'en parle à mes collègues du service moi ça me paraît logique mais quand je reviens, je vois que rien n'a changé alors ... »*

Pour les deux autres infirmières plus anciennes, le problème se situe au niveau de l'estime de soi :

IA1 : *« ce qui me déplaisait au début dans le fait de changer de service, c'est que j'avais la sensation d'être nulle, d'être revenue 10 ans en arrière quand j'étais nouvelle infirmière. Le fait de devoir demander aux collègues pour tout, je me sentais vraiment nulle »*

IB2 : *« en fait ce qui me déplaît dans le fait de devoir changer de service c'est qu'on ne connaît pas les habitudes, on connaît pas forcément les collègues et on a l'impression d'être un poids, de servir à pas grand-chose. ».*

Pour une cadre de santé de la clinique B, il ne s'agit d'un problème d'implication mais plutôt d'un problème d'appartenance à l'équipe qui va limiter les actions :

CB1 : *« appartenir à une équipe c'est très important pour elles, si t'appartiens pas à une équipe t'as pas vraiment de place, pas vraiment de place pour toi, tu n'as pas vraiment de poids comme par exemple influencer le rangement. Elles ne vont pas se lancer à ranger la pharmacie, la réorganiser, ça elles n'oseront jamais. »*

Enfin, dans les questions posées aux professionnelles, il leur était demandé quelle note elles attribuaient aux bénéficiaires de la mutualisation pour les soignantes. La moyenne obtenue pour les cadres de santé est de quasiment 7 alors que celle obtenue pour les infirmières est de 5.

### 7.5 Les valeurs des soignants

Il est difficile pour les individus d'évoquer leurs valeurs. On peut exprimer ce qui nous plaît ou déplaît, ce à quoi on attache le plus d'importance mais de là à dire ce que sont ses propres valeurs de base, c'est plus difficile. Lors des entretiens, la question se rapportant aux valeurs a laissé interrogateur les interviewées. Aussi, en plus de la question posée aux soignantes, j'ai décidé d'utiliser le questionnaire des « valeurs par portraits » élaboré par Schwartz. (Annexe IV )

Pour Schwartz, ce questionnaire a permis de valider la théorie qu'il a exposé sur l'universalité des valeurs. Il est constitué de 40 questions qui représentent 40 portraits décrivant des personnes. Chaque portrait décrit les objectifs et les aspirations d'une personne dans des situations et fait référence à une valeur de base. Les personnes interrogées se comparent aux portraits et expriment le degré dont le portrait lui correspond.

De l'enquête empirique, j'ai tenté de relier les dires des soignantes interviewées à une valeur de base selon Schwartz. Pour les cadres de santé de la clinique A, la valeur de base évoquée est principalement la bienveillance.

*CA2* : « j'attache de l'importance à bien accompagner les soignants dans cette organisation. Et même si y en a toujours qui sont vraiment réticentes et bien je crois que l'on fait vraiment de notre mieux. »

Les cadres de la clinique B ont exprimé des valeurs de tradition et l'universalité :

*CB1* : « valeur de solidarité et de cohésion, d'appartenance » ; ce qui correspond à la valeur de base de la tradition.

*CB2* : « j'attache vraiment de l'importance à l'équité. C'est vraiment très important pour moi. Je ne veux pas favoriser une plus qu'une autre. Evidemment je ne parle pas d'égalité, on y arrive jamais mais bien d'équité c'est-à-dire essayer de faire en sorte que chacune ait un avantage même si ce n'est pas forcément le même » ; ce qui correspond à la valeur de base de l'universalité.

Tout comme la cadre de son service, l'infirmière IB2 attache une importance farouche au fait que les demandes de changement de services soient réparties de manière juste :

*« Ce qui est très important pour moi, c'est que la cadre soit juste avec nous. (...) Qu'elle ne demande pas toujours aux mêmes sous prétexte que ces filles-là soient incapables de refuser. »*

Pour appuyer ces propos, j'ai pu observer que la cadre de ce service avait une petite liste accrochée sur un tableau à côté de son ordinateur. Sur cette liste, le nom des infirmières y étaient inscrit et des traits en face de chaque nom témoignaient du nombre de changement que chacune avait réalisé.

Pour les infirmières de la clinique A les valeurs exprimées sont plus partagées :

IA1 : *« j'attache de l'importance à l'équipe, il faut avoir une équipe solidaire et puis au fait d'être bientraitant avec les patients »* ; ce qui correspond aux valeurs de tradition et de bienveillance.

IA2 : *« pour moi ce qui est important c'est de prendre du plaisir dans ce que je fais, si j'en prends plus alors je saurai qu'il faut que je change de poste et puis je pense que les patients n'ont pas à pâtir de l'organisation c'est ça le plus important. »*

De façon générale, les infirmières sont persuadées que la mutualisation dégrade les prises en charge en impactant sur la continuité des soins. L'infirmière IA1 attache de l'importance au fait de changer de service sur des blocs de jours :

*« Je déteste être changée de service pour une seule journée, j'ai l'impression de mal faire mon travail et pour le patient c'est délétère, il est mal pris en charge (...) quand la cadre me demande de changer pour une seule journée c'est non, je ne suis pas une intérimaire ».*

Quant à l'infirmière IB1, elle me confie qu'elle aime apprendre. Je comprends alors que la mutualisation lui permet d'acquérir du savoir-faire, elle dit :

*« Ce qui me plaît c'est que j'apprends à faire plein de trucs (...) ça me valorise quand une infirmière qui a plus d'expérience que moi vient me demander comment faire un soin complexe »* ; cela correspond à la valeur de base d'accomplissement.

Chaque professionnelle a déclaré des valeurs qui lui semblaient importantes pour elle et ont toutes accepté de répondre au questionnaire sur les valeurs par portraits. Pour plus de facilité de lecture, j'ai choisi de synthétiser dans un tableau les résultats obtenus et de mettre en parallèle les valeurs déclarées :

<b>Dénomination</b>	<b>Valeurs de base Questionnaires</b>	<b>Valeurs de base Déclarées</b>
CA1	Universalité, bienveillance, autonomie	Bienveillance
IA1	Bienveillance, conformité, sécurité	Tradition, bienveillance
CA2	Hédonisme, sécurité, bienveillance	Bienveillance
IA2	Hédonisme, bienveillance, universalité	Hédonisme, bienveillance
CB1	Hédonisme, autonomie, sécurité	Tradition
IB1	Hédonisme, bienveillance, universalité	Accomplissement
CB2	Hédonisme, bienveillance, universalité	Universalité
IB2	Bienveillance, universalité, conformité	Universalité

Les résultats présentés, démontrent bien la difficulté d'exprimer ses propres valeurs lorsque la question est posée. Les résultats obtenus par le questionnaire montrent que les valeurs de bases représentant les professionnelles interrogées sont partagées par les soignants, quelque soit le poste occupé. C'est l'hédonisme, la bienveillance et l'universalité qui représentent les 3 principales valeurs de base pour les professionnels enquêtés. (Annexe V)

En aparté, on peut comparer ces résultats avec ceux obtenus par Schwartz lors de son étude. En effet, les valeurs comme la bienveillance, l'universalité et l'autonomie se placent aux 3

premiers rangs des valeurs de base partagées par les habitants des pays européens en 1999. L'hédonisme arrivant au 6<sup>ème</sup> rang.

Dans la première partie, le concept des valeurs a été développé ; elles sont des composantes de la valence et elles peuvent influencer sur la motivation. Les infirmières que j'ai interrogées m'ont expliqué que pour les convaincre de changer de service, les cadres avançaient toujours des arguments. Une infirmière de la clinique A me confie :

IA1 : « *quand je dois aller travailler dans un autre service, je sais que la cadre fait en sorte que je sois avec une aide-soignante avec qui j'aime bien travailler, c'est argument choc (rires) je ne peux pas lui refuser du coup* ».

L'encadrement de la clinique A, attache une importance à connaître les infirmières qu'elles encadrent, la cadre CA1 explique qu'elle se sert de cette connaissance pour choisir la professionnelle à qui elle demandera de changer de service en fonction de la situation. Pour elle, connaître la personne c'est à la fois savoir ce qu'elle aime faire et savoir ce qui peut l'arranger dans la situation proposée. Elle dit par exemple :

« *Je les connais depuis tellement longtemps que.... Il y a une connaissance qui est réellement importante (...) j'ai la chance de mémoriser leur habitudes (...) donc j'essaie de me coller le plus possible, j'utilise ça comme un argument et j'essaie de me coller parce que en contrepartie, et bien, elles ne vont pas rechigner à me dépanner et à bouger d'équipe donc il faut savoir donner pour pouvoir recevoir c'est un peu du gagnant-gagnant* »

Ensuite, et comme il l'a été évoqué plus haut, dans la clinique B, la cadre de santé CB2 utilise l'argument de l'équité pour convaincre les infirmières :

« *Je regarde qui a été la dernière fois mutualisée, je le note même, et puis je vais voir l'infirmière. Si elle me dit qu'elle n'est pas trop chaude, je lui dis ok je vais aller demander à ta collègue mais tu sais la dernière fois c'était déjà elle. Et là en général je n'ai même pas besoin d'aller demander, parce qu'elle a déjà accepté* »

Interrogée sur la note qu'elles attribuaient au respect de leurs valeurs dans le contexte de mutualisation, les cadres de santé ont donné en moyenne la note de 7 alors que les infirmières ont attribué une note moyenne de 6.

## 7.6 La mutualisation une organisation qui génère des émotions

Dans le contexte de mutualisation où il est demandé aux infirmières de changer de service au gré des besoins, la charge en émotions est importante. Interrogées sur leur ressenti, chaque professionnelle a accepté de se livrer.

En cohérence avec la méthode utilisée précédemment, j'ai choisi de proposer, en fonction de ma propre expérience, une liste d'émotions susceptibles d'être éprouvées dans le contexte de mutualisation. J'ai demandé aux infirmières de leur attribuer une note, en fonction de leur ressenti et de la commenter.

Aux cadres de santé, je leur ai précisé qu'il s'agissait de noter les émotions qu'elles percevaient chez les infirmières qu'elles encadraient lorsqu'elles les affectaient dans un autre service.

La liste des émotions sélectionnée est la suivante : la fierté, la peur, la satisfaction, l'appréhension, l'intérêt, la tristesse, le mécontentement, la confiance, la crainte, le plaisir.

Ce qui est flagrant dans les réponses des professionnelles c'est qu'il y a une note attribuée aux émotions avant le changement de service, et une note après ce même changement. Souvent, ces deux notes s'opposent.

La fierté : la note moyenne de 7 est attribuée par les cadres de santé, mais elles précisent que c'est surtout après avoir changé de service que les infirmières pouvaient ressentir cette émotion.

Du côté des infirmières, elles disent ne pas ressentir spécialement de fierté ni avant, ni après, et attribuent une note moyenne de 3.

La peur : toutes disent que le sentiment de peur est très présent. Les infirmières l'évaluent à 7 alors que les cadres l'évaluent à 8. L'infirmière IA1 explique que même avec l'habitude, ce sentiment ne diminue pas : « *à chaque fois que je dois changer de service, j'ai la boule au ventre (...) peut-être moins avec le temps mais c'est toujours là.* »

La satisfaction : de manière collégiale, les professionnelles attribuent une note de 7 au sentiment de satisfaction, mais précisent que c'est uniquement après qu'elles le ressentent. Avant, il n'est pas présent du tout. L'infirmière IB1 commente : « *en général, je suis toujours*

*satisfaite après être allée dans un autre service et c'est surtout parce que j'ai réussi à bien prendre en charge mes patients, parce que j'y suis arrivée»*

L'appréhension : à l'image de la peur, l'appréhension est très présente pour les infirmières lorsqu'elles doivent changer de service, elles donnent une note moyenne de 7. Mais pour les cadres, la perception de cette émotion est différente en fonction de la clinique dans laquelle elles travaillent : dans la clinique A, la note est de 4 alors que dans le clinique B, la note est de 8.

L'intérêt : les avis divergent concernant ce sentiment. Les cadres de la clinique A pensent que les infirmières ressentent de l'intérêt pour la mutualisation à postériori. Elles notent 8. Pourtant, les infirmières de cette même clinique évaluent à 5. Pour l'infirmière IA2 :

*« Je ne ressens pas vraiment d'intérêt pour ce genre de chose mais bon si je réfléchis à ce que ça m'apporte en termes d'expérience alors je dirais 5 mais pas plus »*

Dans la clinique B, les cadres et les infirmières sont en accord et elles évaluent à 5. Pour la cadre CB1, l'intérêt de cette organisation n'est pas pour les soignants : *« l'intérêt que je peux ressentir c'est pas celui des soignants, je dirais plutôt que c'est pour la direction (rires) »*.

La tristesse : Selon les professionnelles interrogées, il s'agit d'une émotion qui n'est quasiment pas ressentie. La plus haute note est de 2.

Le mécontentement : C'est une émotion fortement ressentie. Les cadres et les infirmières lui attribuent la note à 7. La cadre CB2 m'explique :

*« Le mécontentement ça y'en a ! c'est le fait d'être contraint qui fait ça, les infirmières, elles voudraient ne pas être obligées de bouger, elles préféreraient qu'on choisisse en fonction des desideratas de chacune mais comment on fait quand y en a pas assez qui veulent bouger ? »*

La confiance : Elle est faiblement ressentie avant le changement de service. Les cadres estiment à 5 et les infirmières évaluent cette émotion à 4 avant le changement et 7 après le changement. Pour l'infirmière IA2 :

*« En fait le sentiment de confiance je l'ai vraiment après et je dirais même que plus je change de service, plus du coup, je me sens à l'aise et donc j'ai plus confiance en moi. »*

La crainte : Comme la peur, la crainte est une émotion très présente avant la mutualisation. Les professionnelles l'évaluent à 7, même si les infirmières de la clinique A qui sont mutualisées depuis plus longtemps que celles de la clinique B, expliquent que plus elles changent de service, moins elles ressentent de la crainte.

Le plaisir : Une seule infirmière (IA2) avoue ressentir cette émotion. Elle m'explique : « *faut être honnête, des fois le fait de changer de service ça nous change, ça casse la routine* ». Pour les autres professionnelles, c'est une émotion qu'elles ne ressentent pas et l'évaluent à 4.

En conclusion de cette analyse, je vais présenter les résultats obtenus en utilisant l'équation issue de la théorie de Vroom pour connaître la valeur prédictive de la motivation de chacune des professionnelles vis-à-vis de la mutualisation. Les résultats obtenus pour les infirmières correspondent au pouvoir motivationnel que représente la mutualisation pour elles. Pour les résultats obtenus par les cadres de santé, ils correspondent à ce qu'elles perçoivent du pouvoir motivationnel de la mutualisation pour les infirmières.

Pour rappel, la méthode de calcul utilisée est la suivante :

$$\text{Pouvoir motivationnel de la mutualisation} = \mathbf{E \times I \times V}$$

**E** correspond à la note donnée par les professionnelles en répondant à la question : **À combien évaluez-vous votre capacité à être mutualisé ?**

**I** correspond à la note donnée par les professionnelles en répondant à la question : **À combien évaluez-vous les bénéfices que vous tirez de la mutualisation ?**

**V** correspond à la note donnée par les professionnelles en répondant à la question : **À combien évaluez-vous le respect de vos valeurs dans une organisation comme celle de la mutualisation ?**

<b>Dénomination</b>	<b>Equation de Vroom</b>	<b>Pouvoir motivationnel de la mutualisation</b>
CA1	7 x 6 x 8	<b>336</b>
IA1	7 x 5 x 6	<b>210</b>
CA2	6 x 6 x 8	<b>288</b>
IA2	7 x 6 x 5	<b>210</b>
CB1	5 x 8 x 6	<b>240</b>
IB1	6 x 5 x 7	<b>210</b>
CB2	6 x 7 x 6	<b>252</b>
IB2	7 x 4 x 5	<b>140</b>

Les résultats de cette équation correspondent à la valeur prédictive du pouvoir motivationnel de la mutualisation pour la personne, le maximum possible étant 1000 (10 x 10 x 10).

Ce que je remarque, c'est que l'ensemble des résultats n'atteint pas la moyenne. Je peux déjà dire que le pouvoir motivationnel de la mutualisation est relativement faible. Il représente ¼ du maximum possible.

La seconde observation que je peux faire c'est que les résultats obtenus par l'ensemble des professionnelles se situent dans la même fourchette. Ce que cela signifie, c'est que les cadres de santé sont en adéquation avec l'évaluation de l'infirmière issue de leur service. Elles savent alors ce que représente la mutualisation en termes de motivation.

Pour clôturer ce second chapitre, je propose maintenant de confronter les différents concepts étudiés avec les résultats du travail d'enquête afin de discuter les hypothèses posées.

## **8. Discussion des résultats et retour sur les hypothèses**

Pour faire face aux restrictions budgétaires imposées par le législateur au travers des politiques de financement des actes de soins, les établissements de santé ont utilisé diverses stratégies.

Le poste de dépenses le plus important dans une entreprise française est celui des ressources humaines, c'est pourquoi, les cadres ont été incités à penser des organisations qui permettent de réaliser des économies.

Limiter le recours au personnel vacataire est une stratégie qui a vite été utilisée par l'encadrement. Des équipes spécifiquement polyvalentes ont été constituées. Il s'agissait d'un personnel plus ou moins expérimenté, plus ou moins volontaire pour la tâche et qui était affecté dans les différents services au gré des besoins en espérant, un jour, l'opportunité d'une affectation définitive.

Pour encore plus de flexibilité, l'idée de la mutualisation des équipes soignantes s'est imposée comme un outil managérial dans l'organisation des activités de soins. L'équipe polyvalente n'existe plus. Les services s'échangent leur effectif soignant en fonction des besoins et de l'activité de soin.

Dans les deux établissements où j'ai réalisé mes entretiens, la mutualisation s'est mise en place progressivement. Pour la clinique A, elle s'est faite lors de la fusion de deux établissements, il y a plus d'une dizaine d'années. À cette époque, l'organisation des deux équipes soignantes a été repensée et le besoin croissant de flexibilité, anticipé. Dans la seconde clinique, la mutualisation est utilisée pour répondre à la fluctuation de l'activité de soins depuis environ 3 ans.

Aucune formalisation n'existe, ni dans les conventions, ni dans les accords d'entreprise. Seul le contrat de travail a évolué : on n'y spécifie plus l'affectation du salarié à un service particulier.

La mutualisation est donc devenue un outil managérial que les cadres de santé ne souhaitent pas officialiser pour garder des marges de manœuvres suffisantes à son application. Cependant, je m'interroge sur le fait qu'aucune règle ne soit établie.

En effet, pour Gilbert de Terssac<sup>5</sup>, « le travail d'organisation est l'action de création de règles pour ordonner les actions et les interactions de tous ceux qui contribuent à la production de biens ou de services ». (2011, p104).

L'absence de formalisation constitue certes, une liberté d'action pour le cadre de santé, mais aussi pour le personnel. Cependant, devant l'absence de règles, libre est de penser que chacun a le droit de se soustraire à l'organisation et finalement, plutôt que de créer des marges de manœuvres, cela ne risque-t-il pas de créer de la résistance ?

C'est en observant la manière dont la mutualisation est mise en œuvre dans les deux cliniques où j'ai réalisé mes entretiens que je peux comprendre :

Dans la clinique A, la mutualisation est clairement exposée au nouveau personnel embauché, les infirmières connaissent la règle et l'acceptent.

Dans la clinique B, l'organisation n'est pas abordée lors des entretiens, la règle expliquée n'est pas celle mise en application et le mécontentement est exprimé.

## **8.1 Retour sur les hypothèses**

### **Hypothèse 1 : La motivation est en lien avec les attitudes des infirmières lors de la mutualisation des équipes.**

Lors des différents entretiens que j'ai menés, plusieurs attitudes vis-à-vis de la mutualisation sont apparues. Les échanges que nous avons eu sur le sujet, me portent à croire que leur point de vue sur cette organisation est plutôt négatif. Pour justifier cela, différents arguments ont été avancés :

D'abord, le manque de formation est, pour elles, la justification principale de cette organisation « aberrante » (IB2). Pour la plupart d'entre elles, les carences en termes de compétences qu'elles perçoivent, ne leur permettent pas de prendre en charge les patients de manière sécuritaire. Les cadres de santé l'ont très bien compris, et pour y pallier, elles organisent en fonction des moyens et des opportunités qu'elles ont : soit au travers des immersions dans le service « receveur », soit au travers du tutorat avant ou au moment de la mutualisation.

---

<sup>5</sup> Gilbert de Terssac : sociologue à l'université de Toulouse

Dans les deux cliniques dans lesquelles j'ai réalisé mes entretiens, les attitudes des infirmières étaient différentes. Dans la clinique A où la mutualisation est utilisée depuis longtemps, les infirmières disent moins ressentir le besoin de formation lié au changement de service. Alors que dans la clinique B, la cadre m'avoue avoir beaucoup de mal à organiser cet apprentissage. En revanche les cadres de santé, indépendamment de l'endroit où elles travaillaient, m'ont toutes avoué mutualiser systématiquement les jeunes diplômées en me confiant qu'elles ne voulaient pas qu'elles perdent la polyvalence qu'on leur avait transmise à l'école, mais aussi parce qu'il s'agissait d'une organisation qui allait beaucoup se pratiquer dans le futur.

Les habitudes de services sont un facteur limitant à la mutualisation. Le sentiment d'appartenance à un groupe fait partie des besoins énumérés par Maslow. Les infirmières en poste depuis plusieurs années ont du mal à accepter les changements de services. La difficulté pour les cadres de santé réside à amener au changement de culture. Dans le contexte de mutualisation, les professionnelles doivent, certes, avoir un sentiment d'appartenance, mais plutôt que d'être centré sur le service, il devra être centré sur l'établissement.

Ensuite, dans les situations de travail, les affinités qui peuvent se créer entre des personnes, va contribuer à la motivation d'un individu. Le binôme infirmier / aide-soignant est très fort à l'hôpital et les infirmières interrogées, m'ont parlé du lien qu'elles avaient avec certaines collègues. Les changements de services viennent détruire cette relation ; la mutualisation pousse à l'individualisme (du moins dans un premier temps). Lorsque les cadres de santé perçoivent ce frein, elles peuvent organiser les changements de service pour le binôme et ainsi faciliter l'acceptation du changement.

Bien souvent, les infirmières disent ne pas comprendre les raisons qui amènent à organiser les soins de cette façon. Même si lorsqu'elles ont été interrogées, les professionnelles reconnaissent que la mutualisation a été mise en place en raison des restrictions budgétaires, elles ne semblent pas concernées par le sujet. Les cadres confirment que la communication engagée sur ce point n'a que peu de poids pour convaincre les soignantes. En revanche, lorsqu'elles abordent les bénéfices que l'infirmière peut retirer personnellement de la situation, l'acceptation est immédiate. À titre d'exemple, l'acquisition de compétences ou le développement d'une plus-value pour elles et l'établissement, sont des arguments de poids.

Sur les quatre infirmières interrogées, une seule dit apprécier le fait que dans ce type d'organisation, la monotonie est moindre. Les changements sont souvent perçus comme

difficiles parce qu'ils remettent en question le sentiment de sécurité que procure la stabilité. Les cadres de santé se disent heureuses quand elles rencontrent des soignantes prêtes à changer de service par choix et par motivation.

Pour conclure ce chapitre et pour valider cette première hypothèse, je peux confirmer que les attitudes c'est-à-dire les réactions que les infirmières ont vis-à-vis de la mutualisation va conditionner leur motivation. Il reviendra au cadre de santé d'influer sur les attitudes des soignantes pour entraîner la motivation.

**Hypothèse 2 : La compréhension et l'utilisation du modèle VIE de Vroom donne au cadre de santé une méthode explicative et prédictive de la motivation que les infirmières ont vis à vis de la mutualisation.**

Dans le modèle de Vroom, trois facteurs viennent influencer sur la motivation. Même si les cadres de santé n'ont pas conscience qu'ils influent sur chacun des facteurs de la motivation, nous verrons que cette hypothèse est d'ores et déjà validée.

L'expectation : selon Vroom, ce facteur dépend de la manière dont le soignant se perçoit capable ou non de travailler dans un autre service que celui dans lequel il est habituellement affecté. D'autre part, l'expectation est directement liée aux expériences du passé. Sur ces deux points et, comme il l'a été exposé dans la partie d'analyse, les cadres de service, sans en avoir conscience, agissent sur ce facteur en les accompagnant dans la prise de conscience de leurs capacités.

En effet, en allant découvrir l'organisation des autres services, les soignantes prennent conscience que leur travail repose sur un tronc commun partagé, et que finalement, la demande n'est pas insurmontable.

Ensuite, les cadres de santé sont vigilantes sur le fait que les infirmières soient suffisamment accompagnées les premières fois pour que l'expérience soit perçue positivement. L'objectif visé est que la mutualisation puisse être renouvelée sans qu'une expérience mal vécue fasse effet boule de neige auprès des collègues. Le cadre aurait alors à se heurter, non pas à un individu, mais à un groupe tout entier.

L'instrumentalité : selon Vroom, l'instrumentalité correspond aux moyens que l'on donne aux individus pour réaliser le travail et à ce que cet individu perçoit comme bénéfice s'il réalise cette tâche.

On l'a vu plus haut, en permettant aux infirmières de se former ou encore en organisant un tutorat, les cadres donnent les moyens aux soignants de réussir le travail demandé.

Lorsqu'elles limitent le champ d'action des infirmières déplacées dans les autres services, c'est à dire en répartissant la charge de travail de manière à ce que les prises en charges dites lourdes soient effectuées par l'infirmière du service, les cadres influent sur les probabilités perçues de réussite.

L'encadrement des deux cliniques, s'est accordé à dire que leur temps de communication et de négociation était augmenté. Donner du sens au travail réalisé, c'est aussi donner les moyens aux soignants pour réaliser leur travail. Les infirmières interrogées expliquent très bien que le fait de ne pas comprendre l'intérêt, pour elle ou pour le patient de cette organisation, influençait leur motivation.

Enfin, dans la clinique A, la prime accordée aux infirmières lorsqu'elles acceptent de travailler dans un autre service que le leur, et lorsque la demande est formulée moins de 48 heures avant, produit une forte instrumentalité. Les infirmières disent ne pas rechigner à la mobilité lorsqu'elle aboutit au déclenchement de la prime.

La valence : correspondant à l'attrait que porte le soignant sur la mutualisation, la valence est induite positivement ou négativement en fonction des facteurs qui ont de l'importance pour la personne. Les facteurs qui influencent cette valence sont liés aux valeurs de l'individu : si celles-ci sont en adéquation avec la situation alors la motivation est présente, si elles ne le sont pas alors la personne n'est pas motivée. Il en va de même pour les émotions.

Lors des entretiens, toutes les professionnelles ont expliqué que l'intérêt principal de la mutualisation concernait essentiellement l'établissement. Elles ne percevaient que peu leur intérêt dans la situation. On pourrait dire que la mutualisation produit un faible attrait.

Lorsque je réalise le calcul du pouvoir motivationnel de la mutualisation en utilisant l'équation de Vroom, j'obtiens un faible résultat.

La mutualisation n'a donc pas, dans ce travail de recherche, un grand pouvoir motivationnel même si, il faut le souligner, celui-ci n'est pas nul. En tout état de cause, à mon sens, ces résultats sont cohérents avec les propos que j'ai pu recueillir.

**Hypothèse 3 : Les valeurs et les émotions sont des facteurs d'influence de la motivation, leur prise en compte par le cadre de santé est un levier pour la mise en place de la mutualisation.**

Les entretiens que j'ai réalisés, m'incite à dire que les cadres de santé connaissent les valeurs qui animent les membres de leur équipe et les utilisent comme leviers pour faire accepter les situations de changement d'affectation.

Par exemple, lorsqu'une cadre fait en sorte que l'infirmière réaffectée travaille sur plusieurs jours dans le même service pour assurer la continuité des soins, elle utilise cette valeur partagée par l'infirmière réaffectée pour augmenter les chances que celle-ci accepte le changement.

De la même manière, une autre cadre va insister sur la valeur d'équité pour justifier des choix qu'elle fait en proposant à une plus qu'une autre la réaffectation.

Concernant la reconnaissance des émotions, l'exercice de fin d'entretien auquel les professionnelles ont accepté de se livrer en notant les différentes émotions ressenties ou non dans le contexte de la mutualisation, fait prendre conscience que les réponses données par les cadres sont en adéquation avec les réponses des infirmières. Cela montre que l'encadrement a conscience des émotions qui peuvent être ressenties.

Tous ces éléments attestent la validité de cette troisième hypothèse et confirment que la prise en compte des valeurs et des émotions constituent un levier dont les cadres de santé se servent pour induire de la valence positive.

Au terme de ce chapitre, je retiens que la motivation des infirmières est en lien avec leurs attitudes vis-à-vis de la mutualisation. La compréhension et l'utilisation du modèle VIE de Vroom donne au cadre de santé une méthode explicative et prédictive de la motivation des infirmières vis à vis de la mutualisation. Enfin, nous pouvons considérer que la prise en compte des valeurs et des émotions est un levier pour la mise en place de la mutualisation.







---

## Conclusion

---

Ces dernières années, les établissements de santé vivent une profonde mutation. Soumis à des contraintes budgétaires et à des exigences réglementaires, l'hôpital doit suivre la route des réformes.

La mutualisation des équipes soignantes est un sujet d'actualité et d'autant plus depuis la loi de modernisation. Les établissements privés expérimentent cet outil managérial depuis plusieurs années en réponse au besoin croissant de flexibilité des ressources.

C'est à partir d'une expérience vécue que j'ai choisi de traiter ce sujet. Tout au long de cette année, j'ai eu l'opportunité d'expérimenter la position de chercheur. J'ai pu me rendre compte de la complexité de l'exercice et de la place de la méthodologie comme outil fondamental qui permet de structurer la recherche.

L'étude des concepts m'a permis d'explorer et de découvrir des sujets ou théories dont je n'avais pas conscience avant de commencer ce travail. La découverte de la théorie de Vroom dans l'étude de la motivation fut pour moi une révélation. En tant que future cadre de santé amenée à accompagner les changements, l'utilisation de ce modèle sera pour moi une clé, un outil pour comprendre les comportements induits par les situations de changements. La compréhension permet d'agir et d'apporter du sens au travail dans les domaines qui importent pour le soignant.

Au travers des entretiens que j'ai pu réaliser dans deux cliniques privées différentes, j'ai pu constater que la mutualisation n'était pas porteuse de motivation pour les infirmières. Les cadres de santé l'on bien compris et agissent pour accompagner au mieux les soignantes dans ce virage managérial que les politiques économiques imposent. Le changement culturel est en marche, et la prise en compte des valeurs et attentes de chacun sera sans doute la clé de la réussite.

Les données que j'ai obtenu par le biais de l'enquête empirique, m'a permis de dégager les éléments qui me permettent de répondre à la question de recherche. Ainsi, j'ai pu synthétiser dans un tableau récapitulatif (Annexe VI) les facteurs facilitateurs et inhibiteurs à la mise en place de la mutualisation des équipes infirmières.

Cependant, un point important subsiste ; les propos recueillis auprès de la cadre CB1, m'ont interpellé et aujourd'hui, au terme de cette recherche, je m'interroge sur la question éthique liée au management dans des situations de changements organisationnels comme celui de la mise en place de la mutualisation des moyens.

Comment le cadre de santé peut-il s'arranger quand une dichotomie existe entre son éthique de conviction et son éthique de responsabilité ?

Ou encore, de quelle manière le cadre de santé va pouvoir accompagner les équipes lorsque les injonctions managériales vont à l'encontre de ses convictions ?

L'exemplarité dont les cadres font preuve, empêche parfois de mettre leurs actes en conformité avec leurs valeurs de plus, le malaise des soignants fait l'actualité et selon Yves Clot « Ce n'est pas le personnel qui est malade c'est le travail qui est malade ». Alors quel peut-être le rôle du cadre de santé pour bien soigner le travail ?

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages

---

- Benner,P. (2003). *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers*. Paris : Editions Masson.
- Bonis, M. de. (1996). *Connaitre les émotions humaines*. Sprimont: Mardaga.
- Bouret, P. (2006). *Les cadres de santé à l'hôpital : un travail de lien invisible*. Paris :Seli arslan.
- Dantzer, R. (2002). *Les émotions*. Paris : Puf.
- Fenouillet, F. (2012). *La motivation*. Paris : Dunod.
- Lainé, C., & Roy, E. (2004). *Du bon usage des émotions au travail*. Issy-les-Moulineaux: ESF.
- Levy-Leboyer, C. (2006). *La motivation au travail*. Paris : Groupe Eyrolles.
- Magnon R (2003). *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers : le bilan du siècle*. Masson.
- Maugeri, S. (2004). *Théories de la motivation au travail*. Paris : Dunod.
- Rojot, J, Roussel, P & Vandenberghe, C (2011). *Comportement Organisationnel*.Bruxelles : De Boeck, Vol 3.
- Vallerand,R.J. et Thill, E.E. (1993), « Introduction au concept de motivation », in Vallerand,J. et Thill, E.E., *Introduction à la psychologie de la motivation*, Laval (Québec), Editions études vivantes-Vigot, P3-39
- Wach, M., & Hammer, B. (2003). *La structure des valeurs est-elle universelle?: genèse et validation du modèle compréhensif de Schwartz*. Paris: L'Harmattan.
- Zarifian, P. (2001). *Objectif compétences: pour une nouvelle logique*. Rueil-Malmaison: Ed. Liaisons.

## Dictionnaire

---

Reboul, O. (1990). « Motivation » sur le plan philosophique dans *Dictionnaire des Notions Philosophiques*. Paris : PUF.

Polyvalence, motivation. (2005). In P. *Le nouveau petit Robert: dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris: Dictionnaires Le Robert.

Mutualisation, compétence, motivation, émotion. (2005). In P. *Le petit Larousse grand format: en couleurs*. Paris: Larousse.

Motivation (2005). In P. Bloch, H., & Tamisier, J.-C, *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris: Larousse.

## Articles de périodique papier

---

David-Souchot, V, Ammar-Khodja, N (2011). Mutualisation des personnels paramédicaux sur un pôle. *Gestions hospitalières*, N°510, 595-600

Drevet, G.(2000) Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques ?, *Gestion hospitalières*, N°159, 132-144.

Drevet, G.(2001) La polyvalence, une réponse stratégique et organisationnelle à promouvoir, *Gestion hospitalières*, N°403, 106-119.

Drevet, G.(2002) La polyvalence : pour ou contre, *Objectif Soins*, N°111, I-XIV.

Everaere C. (2008), La polyvalence et ses contradictions, *Revue Française de gestion industrielle*, Vol 27, N°4.

Jonnaert, Ph.(2004), Contribution critique au développement des programmes d'études : compétences, constructivisme et interdisciplinarité *la Revue des Sciences de l'éducation*, 2005, volume XXX(3), pages 667-696

Le Boterf G.(2002) Les compétences, de l'individuel au collectif : de quel concept de compétence avons-nous besoin ? *Soins cadres*, N°41 ,20-23

Paré,V. (2005).Analyse : Le concept de mutualisation, *Gestions hospitalières*,766-771.

plutchik, R. (2001). The Nature of Emotions. *Américan Scientist*, 89, 344–350.

Terressac, G de. (2011). « 4. Théorie du travail d'organisation », in Bruno Maggi, *Interpréter l'agir : un défi théorique*, Presses Universitaires de France « Le Travail humain », p. 97-121.

Wittorski, R. (1998). De la fabrication des compétences. *Education permanente Documentation française*, 135, p. 57-69.

### **Articles en ligne :**

---

IFSI Nantes.(2016) Objectifs pédagogiques repéré à [http://www.chu-nantes.fr/infirmier-la-formation-5236.kjsp?RH=INFIRMIER&RF=PRES\\_INFIRMIER](http://www.chu-nantes.fr/infirmier-la-formation-5236.kjsp?RH=INFIRMIER&RF=PRES_INFIRMIER)

IFSI CH St Anne.(2016). Projet pédagogique repéré à : [http://www.ch-sainte-anne.fr/Etablissement/Instituts-et-Sainte-Anne-Form-tion/Institut-de-Formation-en-Soins-Infirmiers-Institut-de-Formation-d-Aide-Soignant/Presentation\\*](http://www.ch-sainte-anne.fr/Etablissement/Instituts-et-Sainte-Anne-Form-tion/Institut-de-Formation-en-Soins-Infirmiers-Institut-de-Formation-d-Aide-Soignant/Presentation*)

Mallot, J.(2010) RAPPORT D'INFORMATION DEPOSE PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le fonctionnement de l'hôpital . Repéré à <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i2556.asp>

Soares, A. (2003). Les émotions dans le travail. *Travailler*, 9(1), 9-18. Repéré à <http://www.cairn.info/revue-travailler-2003-1-page-9.htm>

Schwartz Shalom H. (2006). « Les valeurs de base de la personne : théorie, mesures applications », *Revue française de sociologie*, 47(4), 929-968. Repéré à <http://www.cairn.info/revue-francaise-de-sociologie-1-2006-4-page-929.htm>.

Van Hoorebeke Delphine, (2008). « La gestion des émotions au travail : une revue vers une nouvelle conception du management », *Humanisme et Entreprise*, 4 (289), 81-103. Repéré à <http://www.cairn.info/revue-humanisme-et-entreprise-2008-4-page-81.htm>

### **Textes à portée juridique :**

---

Loi N°2016-41 du 26 Janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF N° 0022 du 27 Janvier 2016. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&i dArticle=LEGIARTI000006690871&dateTexte=&categorieLien=cid>







---

**Annexe I : Guide d'entretien  
destiné aux cadres de santé**

---







## **Tallon identitaire commun pour les deux catégories socio-professionnelles.**

- Pouvez-vous me rappeler votre fonction ?
- Quelle est votre ancienneté dans cette fonction ?
- Si je peux me permettre pouvez-vous me donner votre âge ?
- Sexe : (non demandé)
- Pouvez-vous synthétiquement me présenter votre parcours professionnel ?

### **Questions :**

- 1- Depuis combien de temps, la mutualisation est-elle en place dans votre établissement ? dans quel contexte ?
- 2- Comment la mutualisation est-elle organisée dans votre établissement ?
- 3- Pensez-vous que toutes les personnes ont les moyens ou capacités d'être polyvalentes ?
- 4- Si je vous demandais de donner une note de 0 à 10 sur les capacités des infirmières de votre équipe à être mutualisées vous donneriez quelle note ?
- 5- Pouvez-vous me raconter comment vous vous y prenez pour informer les infirmières de leur affectation ?

-Ou comment vous vous y prenez pour leur demander d'aller dans un autre service au pied levé ?

-Ou quels sont vos critères de choix ?

6. Selon vous, quels sont les freins de la mutualisation ?
7. Selon vous quels sont les bénéfices de la mutualisation ?
8. Etes-vous satisfait de l'accompagnement que vous faites aux équipes mutualisées ?
  - Si oui pourquoi ?
  - Si non qu'est-ce qui vous manque ?
9. Pouvez-vous évaluer de 0 à 10 les bénéfices que l'on peut tirer de la mutualisation ?
10. Sauriez me dire quelles sont vos valeurs ?

Ou quelles sont les valeurs auxquelles vous attachez le plus d'importance dans votre travail ?

11. A combien évaluez-vous le respect de vos valeurs dans cette organisation de 0 à 10 ?

12. Avez-vous d'autres choses à me dire ?

Je vous propose maintenant de répondre au questionnaire suivant : Il s'agit de noter de 0 à 10 des émotions que l'on est amené à ressentir dans le contexte de la mutualisation :

La fierté :

tristesse :

crainte :

La peur :

l'intérêt :

plaisir :

La satisfaction :

l'appréhension :

La confiance :

mécontentement :



---

**Annexe II : Guide d'entretien  
destiné aux infirmières**

---





## Tallon identitaire commun pour les deux catégories socio-professionnelles.

- Pouvez-vous me rappeler votre fonction ?
- Quelle est votre ancienneté dans cette fonction ?
- Si je peux me permettre pouvez-vous me donner votre âge ?
- Sexe : (non demandé)
- Pouvez-vous synthétiquement me présenter votre parcours professionnel ?

### Questions :

- 1- Depuis combien de temps, la mutualisation est-elle en place dans votre établissement ? dans quel contexte ?
- 2- Comment la mutualisation est-elle organisée dans votre établissement ?
- 3- Dans vos précédentes expériences, avez-vous déjà été amené à travailler dans un autre service que celui de votre affectation ?
  - Si oui : qu'elles ont été vos difficultés ?
  - Quelles ont été vos ressources ?
- 4- Pensez-vous que toutes les personnes ont les moyens ou capacités d'être polyvalentes ?
- 5- Si je vous demandais de donner une note de 0 à 10 sur vos capacités d'infirmière à être mutualisé vous vous donneriez quelle note ?
- 6- Pouvez-vous me raconter comment votre cadre s'y prend pour vous informer de votre affectation,
  - Ou comment il s'y prend pour vous demander d'aller dans un autre service au pied levé ?
- 7- Avec vous l'impression d'être accompagné ?
- 8- Qu'est-ce que vous comprenez de la nécessité de mutualiser les équipes de soins ?
- 9- Pouvez-vous me dire s'il y a des choses qui vous déplaisent dans la mutualisation ?
  - Si oui lesquels ?
- 10- Quels bénéfices tirez-vous de la mutualisation ?
11. Pouvez-vous évaluer de 0 à 10 les bénéfices que vous tirez de la mutualisation ?
12. Sauriez me dire quelles sont vos valeurs ?
  - Ou quelles sont les valeurs auxquelles vous attachez le plus d'importance dans votre travail ?

13. A combien évaluez-vous le respect de vos valeurs dans cette organisation de 0 à 10 ?

14. Avez-vous d'autres choses à me dire ?

Je vous propose maintenant de répondre au questionnaire suivant : Il s'agit de noter de 0 à 10 des émotions que vous êtes amené à ressentir dans le contexte de la mutualisation :

La fierté :

tristesse :

Crainte :

La peur :

l'intérêt :

plaisir :

La satisfaction :

l'appréhension :

La confiance :

mécontentement :

---

**Annexe III : Retranscription de  
l'entretien de la cadre de santé, CB1**

---



**Bonjour donc tout d'abord je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer et d'échanger avec moi sur une pratique organisationnelle qui est celle de la mutualisation des équipes infirmières. Pour que notre échange soit plus fluide est ce que vous acceptez que j'enregistre la conversation ?**

Oui sans problème

**Ok donc je tiens à vous rappeler que vous vous entretenez avec moi en toute confidentialité et que j'assure l'anonymat de tous les entretiens que je réalise. Alors pour commencer, je vais vous poser des questions personnelles qui constituent ce qu'on appelle le talon identitaire. Pouvez-vous me rappeler votre fonction ?**

Je suis diplômée infirmière depuis 2003, je suis cadre dans le service de ORL, stomato, je suis sur le poste de cadre depuis 4ans, j'étais avant sur un poste d'infirmière référente au 3<sup>ème</sup> étage sur un très très gros service de 46 lits et sur lequel on est dans un partage des taches avec le cadre sans la responsabilité de la décision finale.

**Si je peux me permettre pouvez-vous me donner votre âge ?** J'ai 38 ans

**Pouvez-vous synthétiquement me présenter votre parcours professionnel ?**

Donc diplômée en 2003, j'ai commencé par faire de la pneumo dans un hôpital parisien pendant 3 ans, j'ai fait un petit moment, 6 mois, de ce qu'on appelait l'équipe tournante, l'équipe du pool là-bas sur toute la médecine et les urgences, après je suis partie travailler à Montréal pendant moins d'un 1 an et quand je suis revenue j'ai pris un poste ici en cardiologie pendant 3 ans et puis après j'ai pris un poste en USIC et puis après je suis venue en orthopédie pendant 3 ans en tant qu'infirmière référente et puis depuis 4 ans en tant que cadre dans ce service.

**Merci alors, depuis combien de temps, la mutualisation est-elle en place dans votre établissement ?**

Y a pas eu de mise en place officielle de la mutualisation dans l'établissement. Mais ça se pratique beaucoup. En fait quand j'étais en cardio, ça se pratiquait beaucoup entre la cardio et le neuro-vasculaire parce qu'avant la cardio et le neuro-vasculaire était dans le même service et quand la neuro a eu suffisamment de lits pour faire un service, les infirmières allaient dans ce service puisqu'elles étaient formées. Et donc comme les connaissances étaient partagées, quand il manquait quelqu'un, ce n'était pas très compliqué d'y aller. Ce qui est plus facile chez nous sur le pôle

chirurgie c'est qu'il y a très peu d'embauchés directe, elles passent très souvent avant par les postes de polyvalentes.

**Ce qui veut dire qu'avant d'être affectées, elles passent par un poste de polyvalente ? elles n'ont pas de poste affecté ?**

Yen a si, ça arrive, mais la plupart passent par des postes de polyvalentes.

**Mais ça se pratique ?**

Alors euh oui ça se pratique beaucoup.

**Comment la mutualisation est organisée dans votre établissement ?**

Alors sur notre pôle on fait un truc que les autres pôles ne font pas, c'est qu'on module beaucoup nos lits. Moi j'ai une DMS qui est de une journée à la louche peut être un peu plus car y a des patients qui restent trois semaines mais la plupart restent 24 à 48h donc j'ai un très gros turn-over et surtout j'ai pas du tout de bloc le Week-end donc j'ai un service qui se vide quasiment à moitié le vendredi à midi et le reste le samedi matin. Donc il me reste sur 20 lits régulièrement que 10 lits le vendredi ou le samedi matin au plus tard. Donc euh comme c'est compliqué en terme économique parce que ici on a ce qu'on appelle le taux de productivité de l'équipe soignante, alors c'est mon chiffre préféré, j'aime beaucoup ce chiffre, je trouve que calculer le taux de productivité d'une équipe c'est vraiment ce que je préfère...donc il nous calcule à l'heure le nombre de patients par soignants. Donc à la fois c'est bien, parce que c'est encore plus précis mais moi sur un service de chirurgie ou j'ai 10 entrées le matin et 10 sorties le midi, entre midi et 14 heures puisqu'on doit faire les sorties avant midi, jusqu'aux entrées à 14 heures, j'ai en gros la moitié du service qui est vide donc j'ai un taux de productivité qui est hyper tendu qui est hyper juste. Donc, je passe mon temps à moduler le personnel en fonction de ce taux là et je peux pas me permettre d'avoir par exemple 10 lits de libre avec le personnel présent et qui ne soit pas rempli même pour les urgences.

**Entre 12 et 14 h alors comment vous faites ?**

Ben ça m'enlève 40 heures de présence patient par jour donc j'ai pas de mou sur ce taux-là euh...je peux pas me permettre... alors entre 12 et 14h évidemment je fais rien mais du coup je peux pas me permettre d'avoir des lits ouverts le vendredi après-midi, donc tous les vendredi après-midi en général on bouge le personnel et on module le personnel pour le Week-end. Donc en général pour le samedi ou le dimanche, si j'ai des entrées le dimanche j'arrive à reprendre le personnel le dimanche

après-midi mais c'est pas toujours le cas et si y a pas d'entrées, et ben on met le personnel en congé ou alors on mutualise dans les autres étages.

### **D'accord, elles travaillent en combien de temps ici ?**

Elles travaillent en 11 heures.

Donc c'est compliqué pour elles, si j'avais un peu plus de mou sur ce taux de productivité, du fait de mes 40 heures jours, là, qui disparaissent, concrètement je pourrais me permettre de déclarer les lits pour les urgences et d'attendre tranquillement que les urgences me les remplissent mais si les urgences décident de ne pas les remplir ou comme c'est arrivé le Week end dernier que le dimanche midi, entre samedi après-midi et dimanche midi, j'ai 10 lits de libre donc j'ai un taux de productivité extrêmement mauvais.

### **Donc comment vous faites ?**

Alors soit on a du personnel qui accepte de prendre des congés, ce qui arrive de temps en temps, soit on a du manque sur les autres étages dans ces cas-là on bouge le personnel sur les autres étages. Je vous cache pas que quand j'ai des absences de prévues je saute pas dessus pour les remplacer car j'ai les filles du Week-end à faire travailler.

Et si par exemple j'ai une vacataire de prévue alors que j'ai une fixe qui n'est pas affectée et bien on annulera la vacataire pour faire une économie de personnel. Cela pour deux raisons : d'abord, parce que c'est pas toujours cool pour mes filles d'avoir à prendre des congés alors que c'est pas vraiment des congés choisis mais limite des congés subit et en plus pour payer moins cher des vacataires.

Après on voit le Week-end comment ça se passe : j'ai du personnel qui refuse catégoriquement de changer de jours ou de poser des jours de congés et j'ai du personnel qu'est content d'avoir sa journée à la dernière minute j'ai même du personnel qui vient me voir spontanément pour me donner leurs jours où elles veulent bien prendre des jours ou faire des jours sup.

En tout cas pour le vendredi après-midi ça me prend un temps fou pour réorganiser tout ça, c'est un peu mon jour que je déteste le plus.

### **Et en semaine vous n'avez pas de soucis ?**

En semaine j'ai très peu de soucis parce qu'avec mon gros turn-over en général j'arrive toujours à remplir avec les urgences. Donc après en semaine hors vacances, je vais plus facilement mutualiser les lits car je prends les patients des autres spécialités.

**Vous avez déssectorisé les spécialités, ce système favorise l'acquisition de compétences alors ?**

C'est ça alors oui, oui on a complètement déssectorisé les services, oui elles acquièrent des compétences parce qu'on va mettre des urgences et donc lorsque j'ai des lits de libre, je prends des patients indifféremment d'autres spécialités. Donc les infirmières elles acquièrent des compétences sur les autres spécialités mais c'est jamais des patients hyper compliqués et je peux aussi avoir du préop et du post op mais pas des grosses chirurgies.

**Mis à part ces ajustements de personnels hebdomadaires où vous mutualisez le personnel, lorsque vous faites les plannings, vous ne mutualisez pas les infirmières à l'avance ?**

Mais si, Je fais aussi les plannings environ 3 mois à l'avance mais je ne vais pas les afficher car y a toujours des démissions, des arrêts non prévus et comme ça me soûle de refaire les plannings, je les finalise très peu de temps avant, je fais aussi gaffe au programme de bloc, à l'activité...

**Pensez-vous que toutes les personnes ont les moyens ou capacités d'être polyvalentes ?**

Oui, oui, alors après je suis pas très objective parce que moi j'ai adoré tourner quand j'étais jeune, je trouvais ça extrêmement intéressant, mais dans les faits même les plus réfractaires elles sont contentes de l'avoir fait. Je me rappelle un jour d'une infirmière qui ne voulait pas aller dans une autre unité, je lui avais mis un ultimatum, donc elle a râlé, machin, elle m'a dit mais c'est quel service ? donc j'ai dit : c'est tel service euh c'était en soins intensifs en plus donc c'était un service pas évident, j'ai dit mais tu seras pas toute seule vous serez quatre, vous avez quatre patients chacune vous travaillez en binôme toute la journée, et je lui avais dit que ce serait super intéressant, super apprenant, c'est des trucs que tu vois jamais. Du coup une heure après elle est revenue pour me dire bon ben c'est ok et en fait elle est revenue hyper contente.

**Alors, si je vous demandais de donner une note de 0 à 10 sur les capacités des infirmières de votre équipe à être mutualisées vous donneriez quelle note ? c'est comme l'échelle numérique de la douleur vous donnez 0 pour pas du tout capable et 10 complètement capable.**

Humm 5

**Ok, pouvez-vous me raconter comment vous vous y prenez pour informer les infirmières de leur affectation ?**

Ça dépend à qui je parle. Je choisis l'infirmière en fonction de ce qu'elle sait faire et je vais plutôt demander à celle qui sait faire dans le service où elles doivent aller.

Ensuite je regarde qui a été la dernière fois mutualisé je fais chacun son tour je note même et je vais voir celle qui n'est pas allé la dernière fois.

Mais vous savez en général elles le savent, le jeudi même elles le savent, elles attendent avec appréhension le moment où je vais venir les voir.

Et ensuite je lui dis ben comme tu le sais on va enlever tant de personnel, en fonction de comment j'ai réussi à me battre avec mon coordo pour retirer du personnel, ça peut changer, des fois en fonction de la charge de travail, je réussi à ne pas enlever trop de personnel le Week-end.

Donc quand je vais les voir, je leur dis voilà faut aller à tel endroit, la dernière fois c'est machin qui y est allé est ce que tu veux bien y aller ? en général c'est « oui oh ça me saoule mais ok » soit sinon ils me disent de demander plutôt à truc alors je vais voir truc et si truc ne veut pas alors je retourne la voir et je lui dis qu'elle n'a pas le choix. C'est pas le choix ou alors elle pose leur journée.

Après j'ai une équipe qui est assez solidaire et qui s'entraide. Là aujourd'hui sur les deux petites infirmières y en a une qui bouge vraiment beaucoup parce qu'elle est nouvelle et on lui demande de bouger souvent. Ya un jour où je lui ai dit tu vas aller dans le service de gastro et elle m'a dit au non j'ai vraiment pas envie de bouger parce que vraiment je trouve ça difficile je connais pas bien j'ai pas envie j'appréhende [interruption dans le bureau] puis j'ai pas vraiment envie donc je lui avais dit écoute j'vais aller voir ta collègue je vais aller lui demander si elle est d'accord de faire un jour un jour et comme ça vous faites moitié moitié et quand je suis allé voir l'autre et je lui ai dit que sa collègue ne le sentait pas trop et elle a dit oui je vais le faire. Elles sont solidaires.

Et puis je fais attention que ça se passe bien quand elles bougent. J'avais une infirmière dans l'équipe qui était dans le service depuis plus de 10 ans. Un jour, je lui ai demandé si elle acceptait d'aller dans le service de médecine, elle m'a dit non car elle ne se sentait pas capable de prendre en charge les patients. J'ai alors demandé à l'infirmière référente du service où elle devait aller de l'accompagner le temps qu'elle se sente plus à l'aise. Sa journée s'est super bien passé et maintenant elle accepte de changer quand je lui demande.

### **Selon vous, quels sont les freins de la mutualisation ?**

Euh...La méconnaissance des pathologies des autres services même si on essaie de les former on ne peut pas le faire sur tout.

Après l'autre frein c'est l'impression qu'elles ont que l'on va gagner de l'argent sur leur dos, qu'on veut économiser à tout prix au détriment de leur confort ; et c'est ce qui fait qu'il y en a qui disent non d'office, « c'est moi qui décide quand je prends mes jours et pas toi »..

Et après je dirais...[silence]...que faut pas que la mutualisation soit pas établie... D'ailleurs il ne faudrait pas qu'on officialise son organisation parce qu'il faut que ça reste comme ça, ce que je veux dire c'est que au moins, on a un peu de marge de manœuvre, on organise en fonction de l'activité et des soignantes disponibles ou volontaires, on peut arranger les soignants qui bougent, faire du donnant- donnant, si on officialise, on aura plus vraiment cette liberté d'agir. C'est bien que ça reste comme ça.

Après, je pense que c'est très important pour une fille d'avoir une appartenance à une équipe quand bien même elles bougent souvent c'est très important pour elles. Appartenir à une équipe c'est très important pour elles, si t'appartiens pas à une équipe t'a pas vraiment de place, pas vraiment de place pour toi, tu n'as pas vraiment de poids comme par exemple influencer le rangement. Elles ne vont pas se lancer à ranger la pharmacie, la réorganiser, ça elles n'oseront jamais.

### **Et à l'inverse quels sont les bénéfices ?**

A ben l'acquisition de compétences, c'est une vraie valeur ajoutée, elles ont une véritable plus-value pour elles et pour les différents services. Et ensuite c'est bien de connaître leur collègue du dessus, du dessous, le jour où tu as besoin d'être dépanné d'un pochon de j'sais pas quoi, ou que t'as besoin qu'on vienne t'encadrer sur un truc que tu sais pas, c'est quand même bien que la fille te connaisse. Et puis pour moi le bénéfice c'est dans les économies de personnel et puis aussi c'est dans qualité de soins et de connaissances c'est très enrichissant. Par exemple une infirmière va apprendre des techniques de réfection de pansements spécifiques dans un autre service qu'elle mettra à profil dans mon service.

### **Etes-vous satisfait de l'accompagnement que vous faites aux équipes mutualisées ?**

J'y passe du temps en tout cas. Mais, j'aimerais arrêter de les obliger. J'aimerais ne pas avoir à les contraindre. J'appréhende à chaque fois. J'aimerais qu'on le fasse parce qu'on trouve ça bien pour leur apprentissage et pas parce qu'on a besoin de fermer des lits.

### **La contrainte c'est compliqué ?**

Ah ben oui ça me coûte beaucoup, ça me prend une énergie le vendredi...En fait ce qui me coûte c'est que je sais qu'elles appréhendent et qu'elles s'inquiètent.

### **Pouvez-vous évaluer de 0 à 10 les bénéfices que l'on peut tirer de la mutualisation ?**

Oh ben je suis sûre qu'elles sont à 7 ou 8

**Des bénéfices ?**

Oui j'suis sûre qu'il y a pleins de bonnes choses à ressortir de ça.

**Sauriez me dire quelles sont les valeurs auxquelles vous attachez le plus d'importance dans votre travail ?**

Euh comme je l'ai dit avant, ben des valeurs de solidarité, et de cohésion, d'appartenance.

Et à combien évaluez-vous l'atteinte de vos valeurs dans cette organisation de 0 à 10 ?

Euh...6

**Avez-vous d'autres choses à me dire ?**

Je pense qu'il faudrait que lors de l'embauche des soignants, il faut être plus clair et dire que l'on a une organisation qui bouge les soignants et comme ça on le découvre pas.

**Alors de la même manière que précédemment, je vous propose de noter de 0 à 10 les émotions que l'on est amené à ressentir dans le contexte de la mutualisation :**

**La fierté** : 8 mais après, parce qu'elles y sont arrivées

**La tristesse** : non non, y en a pas 1 ou 2

**La peur** :10

**La crainte** :10 c'est comme la peur.

**L'intérêt** : euh je dirai 4 les infirmières n'en voient pas d'intérêt et moi non plus le plaisir : 5

**La satisfaction** :7, pareil c'est après.

**L'appréhension** : 10

**La confiance** :5

**Et pour finir le mécontentement** : je sais pas trop je saurais pas dire. 6





---

**Annexe IV : Questionnaire des  
valeurs par portraits selon Schwartz**

---





Jusqu'à quel point cette personne est-elle comme vous ?						
	Pas du tout comme moi	Pas comme moi	Un petit peu comme moi	Un peu comme moi	Comme moi	Tout à fait comme moi
1.C'est important pour cette personne d'avoir des idées nouvelles et d'être créative. Il/elle aime faire des choses à sa façon, de manière originale.						
2.C'est important pour cette personne d'être riche. Il/elle veut avoir beaucoup d'argent et posséder des choses qui coûtent cher.						
3.Il/elle pense que c'est important que tous les hommes du monde soient traités de manière égale. Il/elle croit que tout le monde devrait avoir les mêmes chances dans la vie.						
4.Il est très important pour cette personne de montrer ses capacités. Il/elle veut que les gens admirent ce qu'il/qu'elle fait.						
5.C'est important pour cette personne de vivre dans un endroit où il/elle se sent en sécurité. Il/elle évite tout ce qui pourrait le/La mettre en danger.						
6.Cette personne pense qu'il est important de faire une foule de choses différentes dans sa vie. Il/elle est toujours à la recherche de nouvelles choses à essayer.						
7.Il/elle croit que les gens devraient faire ce qu'on leur dit de faire. Il/elle pense que l'on doit toujours suivre les règles, même si personne ne vous surveille.						
8.C'est important pour cette personne d'écouter des gens différents de lui/d'elle. Même si il/elle n'est pas d'accord avec eux, il/elle veut malgré tout les comprendre.						
9.Cette personne pense qu'il ne faut pas demander plus que ce que l'on a. Il/elle de faire des choses qui lui procurent du plaisir.						
10.Cette personne recherche toutes les occasions de s'amuser. C'est important pour lui/elle de faire des choses qui lui procurent du plaisir.						
11.C'est important pour cette personne de décider lui/elle-même de ce qu'elle fait. I/elle aime être libre de planifier et de choisir lui/elle-même ses activités.						
12.C'est important pour cette personne d'aider les gens qui l'entourent. Il/elle veut prendre soin de leur bien-être.						

13. Réussir brillamment est important pour lui/elle. Il/elle aime impressionner les autres.						
14. C'est important pour cette personne de que son pays soit en sécurité. Il/elle pense que l'Etat doit prendre garde aux menaces venant de l'intérieur comme de l'extérieur.						
15. Cette personne aime prendre des risques. Il/elle recherche toujours l'aventure.						
16. C'est important pour lui/elle de se comporter comme il faut. Il/elle veut éviter de faire quoi que ce soit que les autres jugeraient incorrect.						
17. Cette personne aime les responsabilités et aime dire aux autres ce qu'ils doivent faire. Il/elle veut que les autres fassent ce qu'il/elle dit.						
18. C'est important pour cette personne d'être loyale envers ses amis. Il/elle veut se dévouer à ceux qui sont proches de lui/d'elle.						
19. Il/elle est tout à fait convaincu que les gens devraient protéger la nature. Préserver l'environnement est important pour cette personne.						
20. Etre religieux est important pour lui/elle. Il/elle fait tout pour être en accord avec ses croyances religieuses.						
21. C'est important pour cette personne que tout soit propre et organisé. Il/elle n'aime pas vraiment le désordre.						
22. Cette personne pense qu'il est important de s'intéresser aux choses. Il/elle aime être curieux et essaie de comprendre toutes sortes de choses.						
23. Cette personne croit que tous les gens du monde devraient vivre en harmonie. Promouvoir la paix partout dans le monde est important pour lui/elle.						
24. Cette personne pense qu'il est important d'être amiteux/se. Il/elle veut montrer à quel point il/elle est compétent/e.						
25. Il/elle pense que c'est mieux de faire les choses de façon traditionnelle. C'est important pour lui/elle de se conformer aux costumes qu'il/elle a apprises.						
26. Profiter des plaisirs de la vie est important pour lui/elle aime se donner du bon temps.						
27. C'est important pour cette personne de répondre aux besoins des autres. Ils/elle						

essaie de soutenir ceux et celles qu'il/elle connaît.						
28.Il/elle croit qu'il lui faut toujours montrer du respect à ses parents et aux personnes plus âgées. C'est important pour cette personne de d'être obéissante.						
29.Il/elle veut que tout le monde soit traité de manière juste, même les gens qu'il/elle ne connaît pas. C'est important pour cette personne de protéger les plus faibles dans la société.						
30.Il/elle aime les surprises. C'est important pour lui/elle d'avoir une vie passionnante.						
31.Il/elle fait tout ce qu'elle peut pour éviter de tomber malade. Rester en bonne santé est très important pour cette personne.						
32.Progesser dans la vie est très importante pour lui/elle. Il/elle s'efforce de faire mieux que les autres.						
33.Pardonner à ceux qui l'ont blessée est important pour lui/elle. Il/elle essaie de voir ce qui est bon chez eux et de ne pas avoir de rancune.						
34.C'est important pour cette personne d'être indépendante. Il/elle aime ne compter que sur lui-même/elle-même.						
35.C'est important pour lui/elle d'avoir un gouvernement stable. Il/elle s'inquiète du maintien de l'ordre social.						
36.C'est important pour cette personne de d'être toujours poli(e) avec les autres. Il/elle essaie de ne jamais déranger ou irriter les autres.						
37.Il/elle veut vraiment profiter de la vie. C'est très important pour cette personne de s'amuser.						
38.C'est très important pour lui/elle d'être humble et modeste. Il/elle essaie de ne pas attirer l'attention sur lui/elle.						
39.Cette personne veut toujours être celui/celle qui prend les décisions. Il/elle aime celui ou celle qui dirige.						
40.C'est important pour cette personne de s'adapter à la nature et de s'y intégrer. Il/elle croit qu'on ne devrait pas modifier la nature.						







---

**Annexe V : Correspondance entre  
type de valeurs et libellé du portrait  
dans le questionnaire des portraits**

---



Type de valeur	Libellé du portrait correspondant
Universalisme	C'est important pour lui d'écouter des gens différents de lui . Même s'il n'est pas d'accord avec eux, il veut malgré tout les comprendre et s'entendre avec eux. Il est convaincu que les gens devraient protéger la nature. C'est important pour lui de préserver l'environnement. Il veut que tout le monde soit traité de manière juste, même les gens qu'il connaît pas. C'est important pour lui de protéger ceux qui sont faibles.
Bienveillance	Il veut toujours aider les gens qui lui sont proches. Il est très important pour lui de prendre soin des personnes qu'il connaît et qu'il aime. C'est important pour lui d'être digne de confiance. Il veut que les autres sachent qu'ils peuvent toujours compter sur lui.
Conformité	C'est important pour lui d'être toujours poli. Il croit qu'il faut toujours montrer du respect à ses parents et aux personnes plus âgées. Il essaie de faire ce qu'on attend de lui. C'est important pour lui d'obéir et d'être auto-discipliné.
Tradition	Il pense que c'est important de faire les choses comme on le lui a appris dans sa famille. Il veut se conformer aux <i>traditions</i> familiales. La religion est importante pour lui. Il fait tout pour être en accord avec ses croyances religieuses.
Sécurité	La <i>sécurité</i> de son pays compte beaucoup pour lui. Il veut que son pays soit protégé de ses ennemis. Il est très prudent. Il évite tout ce qui pourrait le mettre en danger.
Pouvoir	Il aime les responsabilités et donner des ordres. Il veut que les autres fassent ce qu'il dit. C'est important d'être riche. Il veut avoir beaucoup d'argent et posséder des choses qui coûtent cher.
Accomplissement	C'est important pour lui de réussir. Il aime se distinguer et impressionner les autres. Il est très important pour lui de montrer des capacités. Il veut que les gens admirent ce qu'il fait.
Hédonisme	Il recherche toutes les occasions de s'amuser. Il est important pour lui de faire des choses qui lui procurent du plaisir.
Stimulation	Il pense qu'il est important de faire une foule de choses différentes dans sa vie. Il aime les surprises. Il recherche l'aventure et aime prendre des risques. Il veut avoir une vie passionnante.
Autonomie	C'est important pour lui d'avoir des idées nouvelles et d'être créatif ; il aime faire des choses à sa façon, de manière originale. Il ne veut pas être dépendant des autres. Il veut pouvoir se débrouiller seul dans n'importe quelle situation.





---

## **Annexe VI : Synthèse des résultats**

---





	CA1	IA1	CA2	IA2
<b>Éléments facilitant de la mutualisation</b>	-La fermeture des services et la mutualisation des patients, -L'acquisition des compétences, -L'acceptation des congés, -Les changements de service par bloc de jour pour améliorer la continuité des soins. -La prime, -L'anticipation des demandes -Le volontariat. -L'harmonisation des pratiques	-L'anticipation des demandes, -La prime, -La formation dans le service receveur -L'harmonisation du rangement -La solidarité d'équipe	-L'acquisition de compétences, -La prime, -La connaissance de l'organisation du travail dans l'établissement -L'amélioration de la communication inter service, -Limitation du recours à l'intérim,	-La prime, -La connaissance des collègues, -L'acquisition de compétences,
<b>Éléments inhibiteurs de la mutualisation.</b>	-Les habitudes de travail, -L'appréhension, -Le manque de formation.	-La capacité d'adaptation, -Les habitudes de travail, -Le bénéfice pour l'établissement au détriment du soignant -Le sentiment de dévalorisation -Le sentiment d'insatisfaction	-Le manque de connaissances sur les prises en charges, -Le manque d'investissement lors des réaffectations, -la résistance au changement. La capacité d'adaptation	-Manque d'autonomie, -L'appartenance au service
<b>Expectation</b>	7	7	6	7
<b>Instrumentalité</b>	6	5	6	6
<b>Valence</b>	8	6	8	5
<b>Pouvoir Motivationnel de la mutualisation</b>	336	210	288	210
<b>Valeurs de base selon questionnaires</b>	Universalité, bienveillance, autonomie.	Bienveillance, conformité, sécurité.	Hédonisme, sécurité, bienveillance.	Hédonisme, bienveillance, universalité.
<b>Valeurs de base déclarées</b>	Bienveillance.	Tradition, bienveillance.	Bienveillance.	Hédonisme, bienveillance.
<b>Fierté</b>	7	3	7	3
<b>Peur</b>	7	8	8	8
<b>Satisfaction</b>	7	7	7	7
<b>Appréhension</b>	7	6	4	6
<b>Intérêt</b>	7	5	8	5
<b>Tristesse</b>	0	1	2	0
<b>Mécontentement</b>	6	8	7	8
<b>Confiance</b>	5	6	5	4 avant 7 après
<b> Crainte</b>	5	7	7	7
<b>Plaisir</b>	7	2	4	8
<b>Fonction</b>	Cadre de santé	Infirmière	Cadre de santé	Infirmière
<b>Age</b>	48 ans	33 ans	35 ans	28 ans
<b>Ancienneté</b>	15 ans	11 ans	6 ans	5 ans

	<b>CB1</b>	<b>IB1</b>	<b>CB2</b>	<b>IB2</b>
<b>Eléments facilitant de la mutualisation</b>	-L'acquisition de compétences, -Plus-value pour les services, -Création de liens inter service, -Maintien de la qualité des soins, -Economie de personnel, -La mutualisation des patients, -La cohésion d'équipe	-L'acquisitions de compétences. -Le tutorat dans les services d'accueil, -La prise en charge des patients des autres spécialités dans le service, -La connaissance des procédures et de l'informatique,	-Acquisition de compétences et plus-value, -Economie de personnel, -Connaissance de l'établissement et des protocoles, de l'informatique. -L'équité dans les affectations	-La rencontre avec les collègues et les liens qui se créés. -L'acquisition de connaissances. -L'équité dans les affectations, -L'accompagnement par l'infirmière référente du service d'accueil
<b>Eléments inhibiteurs de la mutualisation.</b>	-La méconnaissance des pathologies sur les autres services, -L'impression d'être utilisé par l'établissement au détriment du confort des soignants, -L'appartenance à une équipe. -Le manque de transparence sur l'organisation à l'embauche. -La contrainte.	-Le manque d'investissement, -L'appartenance au service, -Le manque de connaissances dans le service d'accueil. -Le bénéfice pour l'établissement au détriment du soignant -Les affectations au dernier moment. -Le manque de transparence à l'embauche	-L'appréhension, -La non connaissance de l'environnement, -Le sentiment d'infériorité en redevenant novice, -Le manque de clarté sur l'organisation à l'embauche. -La capacité d'adaptation, -Les habitudes de service.	-Le manque d'habitudes dans le service d'accueil, -Le sentiment de dévalorisation, -Le bénéfice pour l'établissement au détriment du soignant
<b>Expectation</b>	5	6	6	7
<b>Instrumentalité</b>	8	5	7	4
<b>Valence</b>	6	7	6	5
<b>Pouvoir Motivationnel de la mutualisation</b>	240	210	252	140
<b>Valeurs de base selon questionnaires</b>	Hédonisme, autonomie, sécurité.	Hédonisme, bienveillance, universalité.	Hédonisme, bienveillance, universalité.	Bienveillance, universalité, conformité.
<b>Valeurs de base déclarées</b>	Tradition.	Accomplissement.	Universalité.	Universalité.
<b>Fierté</b>	8	2	7	4
<b>Peur</b>	10	6	9	6
<b>Satisfaction</b>	7	7	7	7
<b>Appréhension</b>	10	7	8	7
<b>Intérêt</b>	4	5	5	7
<b>Tristesse</b>	2	0	1	0
<b>Mécontentement</b>	6	7	6	7
<b>Confiance</b>	5	4 avant 7 après	6 avant 8 après	5 avant 7 après
<b>Crainte</b>	10	6	6	6
<b>Plaisir</b>	5	4	5	1
<b>Fonction</b>	Cadre de santé	Infirmière	Cadre de santé	Infirmière
<b>Age</b>	38 ans	24 ans	42 ans	35 ans
<b>Ancienneté</b>	4 ans	3 ans	6 ans	15 ans





CAMUS	Christèle	Platon
<p>Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé et du master (1<sup>ère</sup> année) « économie sociale et solidaire santé et médico-social »</p>		
<p align="center"><b>La mutualisation des moyens :</b>  <b>Quel rôle le cadre de santé peut avoir sur la motivation des infirmières ?</b>  Sous la direction de : <b>Philippe Oliviero</b></p>		
<p align="center"><b>Institut de formation des cadres de santé Ile de France – Sainte Anne</b>  <b>Université Paris Est Marne la Vallée</b></p>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Depuis une vingtaine d'années, de nombreuses réformes modifient le financement des établissements de soins. Les responsables hospitaliers doivent composer avec de nouvelles notions telles que l'économie, la rentabilité et surtout l'efficience.</p> <p>En perpétuelle évolution, le management adopte des stratégies permettant de faire face aux besoins croissant de flexibilité en termes de moyens. On parle alors de mutualisation des ressources. Cet outil managérial utilisé ces dernières années dans les établissements du secteur privé vient contagionner le secteur public.</p> <p>La réaffectation du personnel suscite de nombreuses émotions pour les soignants et le cadre de santé se confronte à la résistance au changement organisationnel. Il devra tout mettre en œuvre pour comprendre les facteurs facilitants ou inhibiteurs impliqués dans la motivation des infirmières.</p> <p>Quelles sont les libertés d'actions dont dispose le cadre de santé pour agir sur la motivation ? Existe-t-il des outils permettant de comprendre les réactions des équipes ?</p>		
<p><b>Mots clés (thésaurus BDSP) :</b> Mutualisation, Compétences, Motivation, Valeurs, Emotions, Accompagnement, Changement, Polyvalence.</p>		
<p align="center"><i>L'Institut de Formation des Cadres de Santé de Sainte-Anne (Paris) n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		