



Master 2 Parcours AMOS

Filière Directeur des Soins

Promotion : **Théo CURIN 2024**

Date du Jury : Juin 2025

La polyvalence infirmière, un outil managérial pour l'épanouissement au travail ?

Anne-Sophie TRIFFAUX

Remerciements

Je souhaite exprimer ma plus profonde gratitude à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, je tiens à remercier ma tutrice de mémoire, Madame PERRON Dominique, pour son accompagnement et ses encouragements précieux, ses conseils avisés et son soutien indéfectible tout au long de ce travail.

Je remercie également mes tuteurs de stage, Monsieur BRUGEAT et Mme COURRET, qui ont su me guider et m'encourager avec bienveillance et professionnalisme. Leurs conseils éclairés et soutien constant ont grandement enrichi mon parcours et m'ont permis de surmonter les défis rencontrés.

À mes collègues de promotion, j'exprime toute ma reconnaissance pour leur soutien tout au long de cette aventure académique. Nos échanges, partages d'expériences et encouragements ont été une source précieuse de motivation.

Un grand merci à mes amis, dont le soutien et l'amitié m'ont porté durant les moments difficiles.

Enfin, je souhaite adresser mes remerciements les plus affectueux à mon mari, et à mes deux fils. Leur amour, leur écoute et leur compréhension ont été mon pilier.

"Certaines personnes voient les choses telles qu'elles sont et demandent pourquoi. Moi, je rêve de choses qui n'ont jamais été et je dis pourquoi pas."

George Bernard Shaw

S o m m a i r e

Introduction	1
1 Cadre contextuel : la polyvalence, entre nécessité et perception soignante	3
1.1 Le constat	3
1.1.1 La polyvalence comme réponse au manque de personnel.....	3
1.1.2 Les défis et le stress liés à la polyvalence	3
1.1.3 L'expérience pratique et les réactions des infirmiers	4
1.1.4 La complexité dans les services spécialisés.....	4
1.1.5 L'impact des outils de gestion et de mobilisation	4
1.1.6 L'évolution générationnelle et les mentalités	5
1.2 Le contexte	5
1.2.1 La Démographie infirmière	6
1.2.2 Des changements d'orientation, des départs.....	6
1.2.3 Les conditions de travail : des contraintes amplifiées par la charge de travail	6
1.2.4 L'absentéisme : une réponse aux conditions de travail et aux contraintes.....	7
1.2.5 La formation initiale des infirmiers : une augmentation capacitaire qui ne résout pas tout	7
1.2.6 L'hyperspécialisation et la polyvalence : entre évolution de la médecine et contradiction avec la polyvalence	8
1.3 La problématique	9
1.4 Les hypothèses.....	9
2 Cadre conceptuel	9
2.1 La polyvalence et les pluri-compétences.....	9
2.2 La polyvalence et la mobilité	11
2.3 La polyvalence et l'épanouissement au travail	12
2.4 La polyvalence et l'évolution sociétale et générationnelle	15
2.5 Les freins à la polyvalence	17
3 Enquête de terrain et l'analyse	19
3.1 La méthodologie de l'enquête	19

3.1.1	L'objectif de l'enquête.....	19
3.1.2	L'outil d'enquête	20
3.1.3	Le choix des établissements.....	21
3.1.4	Population enquêtée.....	22
3.1.5	Limites de l'enquête.....	23
3.2	L'analyse qualitative de l'enquête	24
3.2.1	Hypothèse 1 :	24
3.2.2	Hypothèse 2 :	29
3.2.3	Hypothèse 3 :	32
	Synthèse.....	34
4	Préconisations	35
4.1	Agir sur le développement des compétences	35
4.1.1	Favoriser l'expérience du modèle dans le transfert de compétences :	36
4.1.2	La formation : des outils de développement des compétences :	39
4.2	Favoriser un partenariat entre directeurs des soins en formation et en établissement	42
4.2.1	Une réalité de terrain, le manque de places de stage :	42
4.3	Agir sur l'encadrement.....	44
4.3.1	Formation de l'encadrement.	44
4.3.2	Le repérage et l'évaluation des agents polyvalents.....	46
4.3.3	Evaluation de la charge de travail pour équilibrer	47
4.3.4	Agir sur la motivation : projets, recherche, innovations	48
4.4	Agir sur la rigidité organisationnelle	50
4.4.1	Les horaires :.....	50
4.4.2	L'uniformisation des pratiques :	52
4.4.3	L'autonomie et le leadership	53
4.5	Organisation de la polyvalence pour répondre au développement professionnel et au maintien de l'activité :	54
	Conclusion.....	55
	Bibliographie	57
	Liste des annexes.....	I
	Annexe 1 : guide entretien infirmier	II

Annexe 2 : grille analyse.....	III
Annexe 3 : grille analysée codifiée et catégorisée.....	IV
Annexe 4 : Tendances quantitatives	V

Liste des sigles utilisés

CDU : commission des usagers

CH : centre hospitalier

CME : commission médicale d'établissement

CS : cadre de santé

CSS cadre supérieur de santé

DRH : directeur des ressources humaines

DS : directeur des soins

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESI : étudiant en soins infirmiers

IA : intelligence artificielle

IAD : infirmier(e) anesthésiste diplômé(e) d'état

ID : infirmier(e) diplômé(e) d'état

IFCS : institut de formation des cadres de santé

RH : ressources humaines

RV : réalité virtuelle

SEP : sentiment d'efficacité personnelle

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

UHR : unité d'hébergement renforcé

USIC : unité de soins intensifs cardiologiques

USINV : unité de soins intensifs neurovasculaires

Introduction

En réponse aux besoins de l'évolution des problèmes de santé de la population, la profession infirmière a commencé à se structurer dès le XIXe siècle, initialement restreinte aux soins de base et d'hygiène. Les guerres du XXe siècle ont accéléré le processus de professionnalisation en poussant les infirmières à assumer des rôles variés et à travailler dans des conditions extrêmes. C'est le début de la polyvalence, devenue nécessaire car les infirmières devaient souvent pallier le manque de personnel et répondre à des besoins de soins diversifiés. La polyvalence est alors prônée et devient un marqueur de l'évolution de la profession, acceptée et souhaitée par les infirmières. Avec l'arrêté du 23 mars 1992, le diplôme d'État polyvalent est créé, marquant la fin de la formation spécifique des infirmiers de secteur psychiatrique. La formation des infirmiers s'oriente alors vers la formation de polyvalents débutants. Le décret du 29 juillet 2004 du code de la Santé publique précisera l'exercice de la profession et les actes professionnels, permettant ainsi aux infirmiers de réaliser des soins dans le cadre des maladies chroniques ou aiguës, dans des domaines spécialisés tels que la psychiatrie, la pédiatrie, la gynécologie. L'objet est de renforcer leur capacité à intervenir dans une grande variété de situations cliniques, d'affirmer leur polyvalence.

Parallèlement, les établissements de santé ont été soumis à de profondes réformes ces dernières décennies, visant à adapter les systèmes de soins aux évolutions démographiques, épidémiologiques, technologiques et économiques. Dès les années 1980, ces réformes des systèmes de santé visent à améliorer l'efficacité et la qualité des soins, renforçant ainsi la polyvalence des infirmier(e)s par le besoin de compétences diversifiées et d'une grande capacité d'adaptation. Les politiques visent l'optimisation des ressources, des processus et des pratiques pour garantir l'efficacité, la qualité et la viabilité financière des services de santé. Cette rationalisation, motivée par des pressions croissantes telles que l'augmentation des coûts de santé, les contraintes budgétaires résultant de modes de financement comme la tarification à l'activité, les progrès technologiques et les évolutions démographiques, impose aux établissements une gestion serrée des effectifs.

À partir de la moitié du XXe siècle, vers 1950, la polyvalence devient une contrainte, perçue comme une source de stress pour les soignants, un outil de gestion de l'absentéisme et un risque professionnel. Les réformes hospitalières, organisationnelles et financières ont mis en exergue l'impact de la recherche de performance sur les managers et les soignants (Juven et al., 2019). Pour l'encadrement, cela consistait en la recherche de solutions de gestion de l'absentéisme pour garantir une continuité de service, induisant une demande d'adaptabilité excessive des soignants. Les conséquences pour les soignants incluent l'épuisement, l'absentéisme, la démotivation et l'abandon (Drevet, 2001).

Ce constat se retrouve à l'échelle nationale. Ainsi, la dernière enquête FHF sur l'absentéisme en mai 2022 note une augmentation de l'absentéisme des soignants entre 2019 et 2021, passant de 8,9 % à 9,9 %. Malgré une augmentation des effectifs de 3 % en 2021, cette situation n'a pas permis de réduire la proportion de postes vacants chez les aides-soignants et les infirmiers.

Aujourd'hui, le système de santé est en souffrance, partagé entre ses contraintes budgétaires et un manque d'effectif. Les métiers de la santé n'attirent plus, et les établissements perdent leur attractivité, n'arrivant pas à fidéliser leurs soignants. Les raisons incluent le stress, la perte de sens, la surcharge de travail, les heures supplémentaires, une rémunération moyenne et la fatigue. Ajoutons à cela la génération Z, composée des personnes nées entre 1997 et 2012, qui se distingue par sa familiarité avec les technologies numériques, sa quête de flexibilité professionnelle, son aspiration à un équilibre vie professionnelle-vie personnelle, et son souhait d'un salaire décent permettant de s'adonner aux loisirs. Cette nouvelle génération privilégie l'intérim dès la diplomation, les contrats à durée déterminée, la famille et les loisirs, et recherche la reconnaissance professionnelle.

Dans cette introduction, la question de départ tourne autour de la manière dont la polyvalence, initialement perçue comme une qualité positive et nécessaire dans la profession infirmière, est progressivement devenue une contrainte, voire un facteur de stress. Je m'interroge donc sur les effets de cette polyvalence sur les infirmiers, et sur les causes de ce changement : comment et pourquoi la polyvalence, d'abord valorisée dans la profession infirmière, est-elle devenue une source de stress et d'insatisfaction ? Quels sont les impacts réels et ressentis de la polyvalence sur les infirmiers ?

De cette question de départ, mon plan se décline en 4 parties :

- Le cadre contextuel, avec ma question de recherche et mes hypothèses
- Le cadre conceptuel
- L'enquête avec la méthodologie et l'analyse
- Les préconisations.

1 Cadre contextuel : la polyvalence, entre nécessité et perception soignante

1.1 Le constat

Dans le contexte actuel des établissements de santé, la polyvalence des infirmiers est devenue une nécessité stratégique pour les managers. Cette application vise à pallier le manque de personnel, l'absentéisme imprévisible, à développer les compétences des infirmiers. Cependant, cette polyvalence soulève des défis significatifs, tant pour les infirmiers que pour les établissements de santé, que des entretiens exploratoires m'ont permis de mettre en exergue.

1.1.1 La polyvalence comme réponse au manque de personnel

Le manque de personnel infirmier a commencé à devenir préoccupant depuis les années 80, et s'est aggravé au fil des années du fait du vieillissement de la population, de l'augmentation de la demande de soins, et des conditions de travail plus difficiles. Ce déficit chronique de personnel infirmier a exacerbé la nécessité de recourir à la polyvalence pour maintenir la continuité et la qualité des soins. C'est ainsi qu'au cours de mon exercice précédent de cadre supérieur de santé, j'ai sollicité à maintes reprises les soignants paramédicaux, pour revenir sur de l'absentéisme, dans des secteurs ou unités différents de leur secteur initial, notamment lors des périodes de garde, mais aussi lors des périodes tendues. Bien que l'objectif premier soit de pallier ou d'adapter les ressources, le second était de maintenir une sécurité des soins et donc de mobiliser les agents sur des secteurs similaires à leur secteur d'origine : de médecine à médecine, de chirurgie à chirurgie, de gériatrie à gériatrie....

1.1.2 Les défis et le stress liés à la polyvalence

Cette polyvalence (Polyvalence et principe de prudence | Alain Max Guénette, 2002) relève du défi pour les infirmiers, tant sur le plan professionnel que personnel. La polyvalence demande aux infirmiers de savoir s'adapter à des changements dans leurs habitudes professionnelles, parfois avec un délai pour se préparer, parfois de façon inopinée, dans des conditions souhaitées par l'agent ou imposées. La charge de travail accrue, la diversité des compétences requises variées, le rythme de travail, nécessitent une adaptation rapide à divers environnements. Celle-ci génère une augmentation du stress, de l'épuisement professionnel et une dégradation du bien-être au travail. L'enquête PRESS NEXT « promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail » de 2005 confirme la réticence de soignants devant cette politique institutionnelle. La polyvalence y est perçue comme une fragmentation qui concourt à l'épuisement professionnel et à la crainte de

commettre des erreurs. La spécialisation des services rend difficile l'adaptabilité et la qualité de certains soins, mettant à mal la sécurité du patient.

1.1.3 L'expérience pratique et les réactions des infirmiers

La capacité à mobiliser ces agents étaient imprévisibles : certains refusant catégoriquement, d'autres se proposant spontanément. Les arguments du refus ? « je ne suis pas compétente dans ce secteur », argument largement énoncé (Zarifian, 1999). Mais aussi, lors d'entretiens réalisés pendant mon premier stage : « je ne suis pas organisée pour », ou « ça ne m'intéresse pas, je suis bien ici », « je bouge dans mon service entre les secteurs, pourquoi je bougerai plus loin ? ». Ces premiers entretiens ont aussi révélé la crainte pour les infirmier(e)s à être polyvalents. Le terme en lui-même leur évoque d'emblée la notion d'une mobilité inopinée qui engendre une perte de repère, une méconnaissance de l'organisation qui leur *« ferait perdre du temps »*, et surtout une *« peur de ne pas avoir les compétences, de mettre en danger les patients et donc de se mettre eux-mêmes en danger. »*

A l'inverse, d'autres agents ont répondu à la demande, voire, se sont proposés spontanément. Les outils de rappel de personnel mettent en exergue la typologie des infirmiers répondant aux besoins : souvent, les jeunes infirmiers récemment diplômés se montrent plus disposés à accepter la polyvalence, cherchant à acquérir de l'expérience et à développer leurs compétences.

1.1.4 La complexité dans les services spécialisés

La mobilisation se complexifie dès que l'on aborde les services spécialisés, comme les réanimations, soins intensifs de cardiologie ou de neurologie, la pédiatrie, les urgences... Restant sur le principe de sécuriser les soins, je trouvais peu de marges de manœuvre pour remplacer dans ces unités, refusant parfois les meilleures volontés parce que sans expérience dans ces domaines. La sécurité des soins impose des contraintes supplémentaires, en termes de compétences nécessaires, limitant la capacité de mobiliser du personnel sans expérience spécifique dans des domaines hyperspécialisés.

1.1.5 L'impact des outils de gestion et de mobilisation

Dans ce cercle compliqué d'adéquation entre maintien de la continuité des soins et de la qualité, versus l'épanouissement au travail recherché alors que la polyvalence peut être une source de stress et de démotivation, le manager s'oriente alors vers une polyvalence plus organisée, en construisant, malgré les contraintes budgétaires, des pools soignants de remplacement, institutionnels ou par pôle, en déployant des outils de rappel du personnel rémunérant les heures travaillées.

De mon expérience, comme lors de mes stages, j'ai constaté une évolution dans cette gestion : de pools institutionnels il y a une dizaine d'années, les établissements s'organisent peu à peu pour la

mise en œuvre de pools de remplacement, désormais souvent organisés par pôle, pour pallier aux absences longues mais aussi pour s'assurer de compétences minimales. Pour les absences courtes, les plus compliquées à gérer pour les managers car imprévisibles, les établissements se sont dotés d'outil de rappel, sur lesquels les agents s'inscrivent, selon une procédure définie par l'établissement, au regard de leurs disponibilités.

Dans les deux cas, force est de constater, y compris par les 5 entretiens exploratoires auprès de cadres, que la plupart des infirmiers engagés dans ces pools ou utilisateurs des outils de rappel ne sont pas les plus anciens dans la carrière. De mon constat, la moyenne d'âge des infirmiers dans les pools est inférieure à 40 ans, et celle des agents s'inscrivant sur la plateforme installée il y a 3 ans est de moins de 35 ans.

En complément, l'encadrement met en avant un biais dans cette réponse aux besoins via des plateformes : *« ce n'est pas tant la recherche de développer ses compétences, de rencontrer l'autre, mais le paiement systématique en heures supplémentaires qui motivent les agents, notamment ceux en début de carrière »*.

1.1.6 L'évolution générationnelle et les mentalités

Les réactions des infirmiers face à la polyvalence révèlent une évolution générationnelle. Les jeunes infirmiers sont plus flexibles et ouverts à la polyvalence¹, tandis que les infirmiers plus anciens perçoivent souvent cette exigence comme une contrainte imposée par le manque de personnel.

Si en termes de résilience, l'adaptabilité et l'agilité professionnelle sont des facteurs contributifs, les agents plus anciens dans la fonction le perçoivent comme de la polyvalence obligée, faute de personnels.

La polyvalence des infirmier(e)s, bien qu'essentielle pour répondre aux défis actuels des établissements de santé, présente des enjeux complexes tant sur le plan professionnel que personnel. Si elle peut contribuer au développement des compétences et à l'épanouissement au travail, elle peut également être une source de stress et de démotivation. Les stratégies managériales doivent donc équilibrer ces aspects pour maximiser les bénéfices tout en minimisant les inconvénients.

1.2 Le contexte

Directrice des soins, il est essentiel d'étudier le vieillissement de la démographie infirmière, les changements d'orientation professionnelle, et l'absentéisme qui affectent directement la stabilité des équipes soignantes, tandis que la polyvalence et la formation polyvalente initiale se confrontent

¹ Interview Professeur REVOL -2019- YouTube

aux exigences croissantes de compétences hyperspécialisées, créant des tensions dans la gestion des compétences et des parcours professionnels.

1.2.1 La Démographie infirmière²

À la fin de l'année 2021, le répertoire ADELI comptait environ 700 000 infirmiers(e)s diplômés d'État en France, dont 57 % exerçant dans le public. En 2024, 764 000 infirmiers(e)s exercent en France, dont 64,5% à l'hôpital (57% en 2021), 18% salariés dans d'autres structures (19% en 2021) et 17,5% en secteur libéral (24% en 2021).

La proportion d'infirmier(e)s a donc augmenté, et le pourcentage exerçant en hôpital public aussi, en miroir. Ce n'est donc pas que dans le recrutement que s'explique les postes vacants à l'hôpital. L'âge moyen des infirmier(e)s est une explication : la population infirmière salariée a vieilli en France entre 2013 et 2021, avec une augmentation notable dans les tranches d'âge supérieures. Cette tendance pourrait poser des défis pour le système de santé à l'avenir, notamment en termes de recrutement et de gestion des effectifs vieillissants.

De plus, la demande en personnel infirmier continue de croître en raison du vieillissement de la population générale et de l'augmentation des maladies chroniques, de la charge en soins.

1.2.2 Des changements d'orientation, des départs

Cependant, les personnes entrées dans la profession d'infirmière entre 1989 et 2019 sont de moins en moins nombreuses à occuper, au cours des années, un emploi salarié, hospitalier ou non. De 83% salariées à l'hôpital en 1989, au bout de cinq ans de carrière à l'hôpital, elles ne sont plus que 67 % à occuper un emploi salarié. Le pourcentage descend à 54% au bout de dix années. De ces changements d'orientation, vers un autre métier ou un autre secteur, dès la 5^{ème} année d'exercice, le lien pourrait se faire avec le pourcentage de femmes dans la profession et la maternité dans les 5 premières années. Cependant, après la naissance du premier enfant, le taux d'emploi salarié reste stable. Ainsi, le fait de devenir mère ne conduit pas les infirmières hospitalières à se retirer de l'emploi salarié. En revanche, devenir mère les conduit à diminuer leur volume de travail salarié. La naissance du premier enfant entraîne en moyenne une diminution de 0,14 emploi équivalent temps plein (EqTP) du volume de travail salarié cinq ans après la naissance et de 0,22 EqTP dix ans après.

1.2.3 Les conditions de travail : des contraintes amplifiées par la charge de travail

D'autres facteurs sont contributifs aux départs : l'exposition à de nombreuses contraintes liées aux conditions de travail : intensité temporelle, contraintes horaires et physiques, demandes émotionnelles et conflits de valeur sont notamment présents. Certaines évolutions relatives à ces contraintes et risques psychosociaux montrent entre 2016 et 2019, un retour à de hauts niveaux

² Insee- DREES

d'exposition. Ainsi, sur le critère « travailler sous pression », 51 % des infirmier(e)s hospitalier(e)s l'ont validé en 2019 (49% en 2013). De même sur le critère « quantité de travail excessif », 57% en 2019 (54% en 2013).

Parmi les familles de professionnels exerçant à l'hôpital, ce sont chez les infirmiers(e)s que l'intensité de travail et l'exigence émotionnelle sont les plus prégnantes dans le secteur hospitalier. Les contraintes horaires sont remarquables aussi.³

Dans ce contexte, l'insatisfaction vis-à-vis des moyens disponibles et de la rémunération, les craintes sur la perte de son emploi et sur sa capacité à l'exercer jusqu'à sa retraite se renforcent.

1.2.4 L'absentéisme : une réponse aux conditions de travail et aux contraintes

Les taux d'absentéisme des infirmier(e)s dans les hôpitaux français ont montré une tendance à la hausse au fil des années, exacerbée par la pandémie de COVID-19. En 2021, 54 % des infirmier(e)s en milieu hospitalier déclaraient être en situation de burnout (entre 8,5 % et 10% en 2019). En 2022, le taux d'absentéisme moyen dans les hôpitaux publics était d'environ 10 %, avec un pic à 12 % durant l'été 2022 (Management & RSE)

En 2022, d'après une enquête FHF, le nombre moyen de jours d'absence déclarés pour maladie dans la fonction publique hospitalière est de 10,4 jours pour les infirmiers(e)s du secteur public. Ce nombre moyen évolue de 9,7 jours pour les moins de 50 ans, contre 11,5 jours pour les plus de 50 ans. L'impact de cet absentéisme se mesure sur le nombre de postes infirmiers vacants à ce jour, environ 15000 postes, qui aggravent la charge de travail des infirmiers en poste. Cette situation a conduit à une fatigue accrue, à des difficultés pour poser des congés, et à une augmentation des heures supplémentaires obligatoires.

1.2.5 La formation initiale des infirmiers : une augmentation capacitaire qui ne résout pas tout

En 2022, 96 285 étudiants étaient inscrits en formation d'infirmier, toutes années de scolarité confondues.

La population d'étudiants infirmiers est très hétérogène : des âges différents, majoritairement féminines (80 à 90 % de femmes), des « primo-étudiants ou des personnes ayant suivi des études ou formations diplômantes ou non, des professionnels de santé (Aides-soignants, auxiliaires de puériculture) ou ayant exercé dans des secteurs très variés (commerce, industries, ...).

La formation initiale infirmière est avant tout généraliste. Elle a pour objectif de préparer ces futurs professionnels à être polyvalents et compétents dans divers contextes de soins. C'est par l'arrêté du 31 Juillet 2009 (Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, s. d.) relatif au diplôme d'état infirmier que se profile la polyvalence des étudiants : praticien autonome, réflexif et responsable, c'est à dire capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions

³ Dares ; DGAFP ; DREES ; Insee, enquête Conditions de travail 2012-2013

dans les limites de son rôle et de mener des interventions seuls et en équipe pluriprofessionnelle dans des contextes variés. Répartie sur 3 années, soit 4200 heures et 900 heures de travail personnel, la formation est dite en alternance par 2100 heures de théorie et 2100 heures en stage répartis en 4 familles – soins de courte durée, soins en santé mentale et en psychiatrie, soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation, soins individuels et collectifs sur des lieux de vie. La formation initiale infirmière offre donc une base polyvalente, mais qui ne peut couvrir en profondeur toutes les spécialités de la pratique infirmière : le nouveau professionnel est débutant à sa prise de poste (Mounic, 2019). Il est donc difficile de penser qu'un nouveau diplômé puisse intégrer en toute sécurité un pool de remplacement exerçant sur plusieurs spécialités, et encore moins sur des pools d'activité aigue comme les réanimations, les soins intensifs, les urgences...

Dans le cadre des mesures prises par le Ségur de la Santé, il a été prévu une augmentation de 6600 places de formation en soins infirmiers⁴. En pratique, cela a permis d'ajouter 2 363 étudiants supplémentaires en 2021, représentant 39,38 % des nouvelles places prévues. Mais, le taux d'abandon en première année a considérablement augmenté. En 2021, les étudiant(e)s en formation d'infirmière étaient trois fois plus nombreux à abandonner en première année qu'en 2011. En 2020, environ 2 844 étudiants ont quitté leur formation dès la première année⁵. Le motif principal : un stage qui se passe mal, une découverte de la réalité de terrain qui freine. C'est ainsi que pour la cohorte d'étudiants 2019-2022, le taux de diplomation était de 61 %. Là aussi, ces données illustrent les enjeux importants sur l'augmentation capacitaire, et sur un travail nécessaire de connaissance du métier, de la formation, et de lutte contre les abandons et échecs.

1.2.6 L'hyperspécialisation et la polyvalence : entre évolution de la médecine et contradiction avec la polyvalence

La spécialité des infirmier(e)s salarié(e)s est définie à l'aide de la nomenclature PCS 2003. Les infirmier(e)s en soins généraux et spécialisés sont les infirmier(e)s en soins généraux et les infirmier(e)s psychiatriques. Les infirmier(e)s spécialisé(e)s regroupent quant à eux les puéricultrices et autres infirmier(e)s spécialisé(e)s, hors infirmier(e)s psychiatriques. La répartition des infirmier(e)s salarié(e)s par spécialité est quasiment stable entre 2013 et 2021. En 2021, 79 % infirmier(e)s salarié(e)s dénombré(e)s sont infirmier(e)s en soins généraux ou en psychiatrie, 10% sont infirmier(e)s spécialisé(e)s (hors psychiatrie) et 11 % sont cadres. Il y a une légère augmentation de 1 % dans la proportion d'infirmier(e)s spécialisé(e)s. Cette tendance vers la spécialisation accrue dans certains domaines de la santé, peut se corrélérer à différents facteurs contributifs : l'évolution de la médecine et de la technologie, les besoins en santé qui évoluent,

⁴ DREES

⁵ Etude CEFIEC 2022

l'évolution sociétale et la recherche de la satisfaction professionnelle, de la sécurité dans les soins, le sens au travail.

L'évolution de la médecine implique donc le besoin d'infirmier(e)s spécialisé(e)s, avec des compétences précises sur un domaine. La polyvalence, dans cet état, requiert une attention particulière des managers sur les compétences communes ou non entre spécialités.

1.3 La problématique

Dans ce contexte, une question centrale émerge : **"En quoi la polyvalence peut-elle être une stratégie managériale pour favoriser l'épanouissement au travail des infirmiers à l'hôpital ?"**

1.4 Les hypothèses

Pour répondre à cette problématique, plusieurs hypothèses sont posées :

Hypothèse 1 : La polyvalence infirmière contribue à développer leur sentiment d'efficacité personnelle et de satisfaction professionnelle, facteurs d'épanouissement, par l'élargissement de leurs compétences.

Hypothèse 2 : La polyvalence, offrant flexibilité et mobilité, attire et fidélise les jeunes infirmiers notamment ceux de la génération Z.

Hypothèse 3 : La polyvalence organisée, volontaire et soutenue par la formation contribue à l'épanouissement au travail des infirmiers.

2 Cadre conceptuel

Le contexte explique donc les difficultés auxquelles doivent faire face les établissements de santé pour garantir une continuité des soins, à savoir une polyvalence nécessaire. Mais cette polyvalence doit être aussi reconnue des agents et accompagnée.

2.1 La polyvalence et les pluri-compétences

L'histoire a fait évoluer les pratiques, soignantes et managériales. D'une polyvalence nécessaire d'après-guerre éclipsée par l'hyperspécialisation d'aujourd'hui, la polyvalence est revenue sur la scène sanitaire dans le contexte du manque de personnel rapporté à une augmentation des besoins de soins d'une population vieillissante.

Pour preuve de cette évolution, le réseau ANACT(GOULOIS Philippe, s. d.) a livré en 2011 des observations effectuées auprès d'une cinquantaine d'entreprises un an après la mise en place d'un accord sur l'ARTT. L'étude, à l'époque, ne révèle pas un développement de la polyvalence mais plutôt une spécialisation accrue. Ces évolutions se sont opérées pour certaines discrètement, pour

d'autres collectivement, ne faisant apparaître que plus tard des dysfonctionnements, liés au manque de personnel et au retour d'une polyvalence de remplacement.

Mais qu'est-ce que la polyvalence ? Partant de la définition de Guy Le Boterf (Boterf & Le Boterf, 2015), la polyvalence est "la capacité d'un individu à mobiliser et combiner des compétences variées et transférables pour accomplir des tâches différentes dans des contextes divers". La polyvalence fait donc référence à un élargissement des tâches assumées. Elle implique des compétences, relationnelles, techniques, organisationnelles, et en induit leur développement, sous réserve d'une volonté du soignant.

Selon Christophe EVERAERE⁶, « est généralement considérée comme étant polyvalente une personne capable de passer rapidement d'une affectation professionnelle à une autre. Il ou elle peut intervenir dans différents domaines. Il ou elle peut exercer plusieurs métiers et mobiliser un registre diversifié de connaissances ».

D'après Jean-Yves Boileau, la polyvalence et la compétence ne sont pas opposables mais au contraire, « la première est un outil au service de la deuxième » (Boileau, 2006).

Il convient donc d'explorer le terme de compétences et le niveau d'acquisition dans un contexte de polyvalence. Ce terme de compétence donne lieu à de nombreuses définitions, mais dont toutes ont en commun la notion de savoir-agir, dans un contexte, et requérant la mobilisation de ressources internes ou externes. La définition la plus usuelle serait celle du Medef, lors des journées internationales de la formation de Deauville, en octobre 1998 : « la compétence professionnelle est une combinaison de connaissances, savoir-faire, expériences et comportements, s'exerçant dans un contexte précis. Elle se constate lors de sa mise en œuvre en situation professionnelle à partir de laquelle elle est validable. C'est donc à l'entreprise qu'il appartient de la repérer, de l'évaluer et de la faire évoluer. »

Guy Le Boterf (Boterf & Le Boterf, 2015), décrit la personne compétente : « elle sait combiner et mobiliser un ensemble de ressources pertinentes pour réaliser dans un contexte particulier, des activités professionnelles selon certaines exigences professionnelles, afin de produire des résultats satisfaisant à certains critères de performance pour un destinataire. ». « Une compétence est un savoir-agir complexe qui fait suite à l'intégration, à la mobilisation et à l'agencement d'un ensemble de capacités et d'habiletés (pouvant être d'ordre cognitif, affectif, psychomoteur et social) et de connaissances (connaissances déclaratives) utilisées efficacement, dans des situations ayant un caractère commun » (Lasnier, 2000, p. 481). « La compétence est la possibilité, pour un individu, de mobiliser de manière intériorisée un ensemble intégré de ressources en vue de résoudre une

⁶ EVERAERE Christophe, *la polyvalence et ses contradictions interview internet*

famille de situations-problèmes » (Scallon, 2004). De toutes ces définitions, on note que la compétence est un savoir complexe, une combinaison de savoirs, que l'expérience apporte. On peut en déduire que plus l'expérience est riche et variée, plus les savoirs sont nombreux. Il n'y a dans ces définitions pas de limitation au savoir, mais la notion d'intégration est importante.

Cet état est complété par ZARIFIAN (Zarifian, 1999), pour lequel « la compétence ne se résume pas à un savoir acquis, et mobilise divers champs ». Selon lui, la compétence nécessite :

- Un engagement de l'acteur et pas seulement une imposition par la hiérarchie.
- Une prise d'initiative : trouver une réponse adaptée pour faire face avec succès à un événement.
- Une prise de responsabilité : pour assumer ses prises d'initiative.
- Des connaissances acquises, mais ouvertes à remise en question pour ne pas tomber dans la routine.
- De l'intelligence pratique : pour savoir mobiliser à bon escient une connaissance en fonction d'une situation.
- Une transformation des connaissances par l'expérience, donc l'exploitation des situations, aussi variées que possible : l'individu apprend d'autant mieux et plus vite qu'il doit faire face à des situations variées.
- La mobilisation de réseaux d'acteurs : pour aider dans sa prise d'initiative, de décision, de construction de ses acquis de partage de responsabilité.
- Le partage d'enjeu : la force de situations qui démontrent la nécessité de partager pour obtenir le succès attendu.

C. EVERAERE pose quant à lui des limites au développement de plusieurs compétences dans le cadre de la polyvalence : « elle laisse entendre, à tort, qu'il n'y a pas de limites dans l'acquisition des connaissances et la maîtrise parfaite, à haut niveau, des processus inhérents à toute activité ». On comprend que la polyvalence s'oppose à la spécialisation, par un niveau de compétences moyen, dit suffisant et sans expertise, dans le premier cas, et un niveau d'expertise dans le deuxième cas. Il met en outre en exergue la « confusion d'assimiler la polyvalence à la variété des tâches déployées dans le cadre d'un métier donné » : le métier d'infirmier(e)s comprend des tâches communes, mais les spécialisations infirmières, si l'on considère qu'il s'agit d'un autre métier, si certaines tâches sont initialement communes, toutes ne le sont pas. Il y a donc une attention particulière à porter sur la polyvalence comme outil de développement des compétences, et selon le niveau de spécialisation des infirmier(e)s.

2.2 La polyvalence et la mobilité

Si la polyvalence rime avec compétence, elle induit aussi une notion de mobilité, de flexibilité et d'adaptabilité pour les infirmiers(e)s.

La mobilité professionnelle se définit comme une transformation et un changement de situation dans le cadre du travail. Cela correspond à tous les mouvements qu'effectue un salarié au cours de sa carrière. A ce titre on distingue deux sortes de mobilité : La mobilité interne qui renvoie aux déplacements possibles d'un agent d'un service à un autre. La mobilité externe qui renvoie plus à une notion de mutation d'un établissement à un autre. Dans notre situation, il s'agit plus de mobilité interne. Cette mobilité implique, outre le changement d'environnement géographique, un changement d'environnement organisationnel : repères, horaires de travail, distance, habitudes de service... Cette mobilité présente quelques caractéristiques (Mailliot, 2012):

- pas de mobilité sans stabilité : non pas une stabilité figée mais des éléments de continuité qui se poursuivent et se renouvellent sous l'effet de la rencontre de la nouveauté. On entend par là un ancrage stable, complété de nouvelles acquisitions qui actualisent et s'accumulent au fur et à mesure.
- la mobilité professionnelle fait expérience lorsqu'elle conjugue 3 niveaux d'interprétation : une expérience à vivre, une expérience acquise et une expérience capitalisée. On retrouve là la notion d'intégration.
- la mobilité professionnelle qui intègre nécessairement ses conditions d'exercice.

2.3 La polyvalence et l'épanouissement au travail

L'épanouissement renvoie à un sentiment de plénitude chez l'homme. Il est souvent associé à la métaphore de la rose qui s'épanouit, tel un mélange subtil entre beauté et fragilité. L'épanouissement ici est surtout évoqué au sens large du bonheur tel que Gandhi le cite : « Le bonheur, c'est lorsque nos pensées, nos paroles et nos actes sont en harmonie ». L'épanouissement est finalement une combinaison d'éléments nécessaires à l'homme qui se complètent. Si on prend l'exemple du travail, être épanoui impliquerait selon Gandhi d'exercer une activité qui soit en accord avec nos valeurs, nos modes de pensées et de fonctionnement.

De façon générale, l'épanouissement professionnel est « un concept multi factoriel qui répond à divers critères de bien-être et de satisfaction personnelle d'un individu dans son environnement de travail »⁷ :

- Autonomie et Responsabilité :

Liberté d'Action : Pouvoir prendre des décisions et avoir un certain contrôle sur son travail.

Responsabilité : Sentir que ses responsabilités sont en adéquation avec ses compétences et ses capacités.

- Reconnaissance et Valorisation

Feedback Positif : Recevoir des retours constructifs et des éloges pour un travail bien fait.

⁷ Noémie Martin-Pascual- Boomr Impulse- internet

Valorisation des Compétences : Avoir ses compétences et ses contributions reconnues et appréciées.

- Équilibre Vie Professionnelle et Vie Personnelle

Flexibilité : Avoir des horaires de travail flexibles et des possibilités de télétravail.

Temps pour Soi : Pouvoir déconnecter du travail et avoir du temps pour les loisirs, la famille et les amis.

- Opportunités de Développement et d'Apprentissage

Formation Continue : Accès à des formations et des opportunités de développement professionnel.

Progression de Carrière : Possibilités d'évolution et de promotion au sein de l'organisation.

- Sens et Impact

Travail Significatif : Sentir que son travail a un sens et contribue à quelque chose de plus grand.

Impact Positif : Percevoir l'impact positif de son travail sur les autres et sur l'organisation.

- Conditions de Travail

Environnement de Travail : Avoir un espace de travail agréable, ergonomique et bien équipé.

Sécurité au Travail : Sentir que son environnement de travail est sûr et qu'il existe des mesures pour protéger la santé et la sécurité des employés.

- Climat de Travail et Relations Interpersonnelles

Ambiance de Travail : Travailler dans une atmosphère positive et respectueuse.

Relations avec les Collègues : Avoir de bonnes relations avec les collègues et un esprit de collaboration.

- Rémunération et Avantages Sociaux

Salaire Juste : Recevoir une rémunération équitable et compétitive.

Avantages : Avoir accès à des avantages sociaux tels que l'assurance santé, les congés payés et les plans de retraite.

- Autonomie et Créativité

Innovation : Avoir la possibilité d'innover et de proposer de nouvelles idées.

Liberté Créative : Pouvoir exprimer sa créativité dans son travail.

- Soutien Managérial et Leadership

Encadrement : Avoir des managers qui soutiennent et encouragent le développement personnel et professionnel.

Leadership Positif : Travailler sous la direction de leaders inspirants et justes.

De fait, si nous reprenons dans ce concept le sujet du sens et de l'impact, la qualité du travail perçu est une source d'épanouissement(Clout et al., 2024). Yves Clout met en avant l'importance des "conflits de critères" sur la qualité du travail. Dans un contexte où la polyvalence est exigée, les soignants peuvent être amenés à jongler entre différentes tâches, ce qui les expose à des arbitrages

sur la manière dont chaque tâche doit être effectuée. Ces arbitrages, lorsqu'ils ne sont pas discutés collectivement, peuvent générer de la frustration ou une perte de sens. Il insiste sur le "plaisir éthique" que procure la reconnaissance d'un travail bien fait. Pour des infirmiers polyvalents, souvent soumis à des attentes contradictoires (excellence clinique, rapidité, humanité), la mise en œuvre d'échanges sur la qualité du travail peut valoriser leurs efforts et leur engagement. Cela contribue à leur épanouissement en renforçant leur sentiment d'utilité et de fierté dans leurs rôles multiples. Enfin, « Le prix du travail bien fait » (Clot et al., 2024) montre que le dialogue sur les critères de qualité améliore non seulement l'individu mais aussi le collectif. Dans une équipe où la polyvalence est bien organisée et discutée, les tensions diminuent, et les relations interpersonnelles s'en trouvent renforcées. Cela favorise un environnement de travail plus harmonieux, essentiel pour l'épanouissement des soignants.

Les Directeurs des soins jouent donc un rôle clé dans la création d'un environnement général qui favorise cet épanouissement en promouvant l'autonomie, la responsabilisation, la reconnaissance des compétences développées et l'impact des réussites sur l'institution, la reconnaissance d'un leadership mérité et valorisé au sein d'une unité et de l'institution.

Plus précisément, le sentiment d'efficacité personnelle est défini par Albert Bandura, psychosociologue, comme « la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités, ainsi qu'une croyance relative à ce qu'il peut faire dans diverses situations quelles que soient ses aptitudes ». Selon lui, l'individu possède une « capacité à s'auto-évaluer nommée le sentiment d'efficacité personnelle » (Rondier, 2004). Celui-ci est décrit comme un « moteur puissant de réussite et d'implication » dans les situations nouvelles et se construit à partir de 4 sources (Erny, 2010) :

- L'expérience active de maîtrise : vivre les expériences que l'on maîtrise et que l'on réussit. Les performances d'un individu ne sont pas seulement la conséquence de compétences, mais également de sa confiance en la maîtrise de celle-ci. C'est la démonstration pour la personne qu'elle est capable de réussir.
- L'expérience vicariante : par l'effet du modèle. Le professionnel va se persuader que si l'autre y arrive, il va réussir lui aussi dans des activités similaires. Les soignants s'auto forment, grâce à leurs expériences, en observant des professionnels qu'ils admirent.
- La persuasion verbale : par les encouragements par la hiérarchie et les pairs.
- Les états physiologiques et émotionnels : ils affectent le sentiment d'efficacité personnelle et rendent le professionnel plus vulnérable.

Le rôle du manager dans la promotion de la polyvalence des infirmiers est donc multidimensionnel et crucial. En agissant sur les quatre sources du sentiment d'efficacité personnelle identifiées par Bandura, les managers peuvent significativement améliorer la confiance, la compétence et la

polyvalence des infirmiers. Cela conduit non seulement à une meilleure performance individuelle mais aussi à une amélioration globale de la qualité des soins dans l'établissement de santé. Ses actions peuvent porter sur la facilitation et les opportunités de réussite à proposer à l'agent, sur la pertinence d'un mentorat, sur un soutien et des encouragements pour développer le sentiment de satisfaction et non décourager.

L'approche interactionniste du stress (Moisson-Duthoit, 2016), qui met en lumière l'interaction entre une personne et son environnement de travail, apporte une analyse de l'épanouissement des infirmier(e)s : L'ajustement entre les caractéristiques individuelles (compétences, besoins, motivations) et les caractéristiques environnementales (demandes, ressources, gratifications). Dans cette approche, le modèle demande-latitude (Karasek, 1992) explique que « de faibles latitudes de décision associées à des niveaux élevés de contraintes entraînent des tensions importantes ». Nous pouvons donc noter la nécessité pour l'institution de proposer aux infirmier(e)s les moyens de développer leurs capacités décisionnelles par l'acquisition de compétences et susciter leur motivation, pourquoi pas par la polyvalence, pour contribuer à leur épanouissement.

L'autonomie et la motivation paraissent alors importantes. A ce titre, l'autodétermination (DECI et RYAN, 1985) est définie comme « la capacité de décider sans influences externes indues, de faire des choix, de les assumer et les réguler pour avoir une plus grande possibilité d'agir, avoir plus de contrôle sur ce qui est important pour soi ou pour son groupe d'appartenance ». Dans cette théorie, trois besoins psychologiques fondamentaux sont nécessaires pour développer une motivation plus autonome : le besoin de se sentir autonome, le besoin de se sentir compétent, le besoin d'avoir un sentiment d'affiliation. C'est l'équilibre entre la motivation intrinsèque (trouver du plaisir) et la motivation extrinsèque (participer à l'atteinte d'un objectif qui fait sens) qui contribue au sentiment d'efficacité personnelle.

Mais l'épanouissement au travail se heurte aux tensions dans ce domaine où le repère est la performance. L'investissement volontaire demandé aux soignants pour répondre à des objectifs fixés par l'autorité, la polyvalence souhaitée pour répondre aux besoins dans une rationalisation des soins, peuvent engendrer un « trop » de flexibilité et d'adaptabilité demandées qui impactent la sécurité de l'emploi, la santé.(Drulhe, 2004)

2.4 La polyvalence et l'évolution sociétale et générationnelle

Nous ne saurions éviter la question de l'âge des professionnels dans le rapport à la polyvalence, aux vues des éléments précédents et des entretiens exploratoires.

La génération X est constituée d'individus nés entre 1960 (64 ans) et 1980 (44 ans). Ils ont grandi en regardant la télévision et en jouant à des jeux vidéo. D'après les spécialistes, les natifs de la

génération X ont sans cesse besoin d'être divertis, sinon ils s'ennuient. Leurs principales caractéristiques sont : Le cynisme, l'apathie, la paresse, le manque de confiance dans les valeurs traditionnelles et dans les institutions, le matérialisme, un intérêt pour tout ce qui a trait au high-tech. On dit souvent de cette génération qu'elle est la génération « sacrifiée », entre la génération de ses parents qui sortait de la Deuxième Guerre mondiale et qui devait reconstruire le pays et celle des Y, plus technologique.

La génération Z des personnes nées entre 1995 et 2010 possède des caractéristiques distinctes qui influencent leur comportement et leurs attentes au travail (Gentina, 2023):

- Digital Natives : Ils ont grandi avec les technologies numériques et sont très à l'aise avec les outils technologiques.
- Recherche de Sens : Ils cherchent un travail qui a du sens et contribue à quelque chose de plus grand.
- Besoin de Feedback : Ils apprécient le feedback régulier et constructif.
- Autonomie et Flexibilité : Ils valorisent l'autonomie et la flexibilité dans leur travail, en ayant une forte inclinaison pour les travaux indépendants.
- Engagement et Collaboration : Ils préfèrent un environnement de travail collaboratif et transparent.

De ces caractéristiques, nous pouvons saisir leur influence sur la polyvalence. Dans la recherche de sens, l'impact de l'élargissement des compétences sur la qualité et la sécurité des soins est un levier de motivation et d'engagement de cette génération sous réserve d'échanges et de feedbacks (Serres, 2015). De plus, nous avons énoncé que l'environnement de travail est un critère indissociable de l'épanouissement au travail. Or, cet environnement collaboratif, d'échanges, flexible est un facteur descriptif de cette génération, qui recherche l'autonomie et la possibilité de prises d'initiatives sécurisées. La polyvalence peut donc répondre aux besoins de cette génération Z (Ressources & Pédagogie, 2015), nouveaux acteurs du système de santé, y compris infirmiers.

Mais les équipes ne sont pas constituées d'infirmier(e)s d'une seule génération. La génération précédente Y dite milléniale, née entre 1980 et 1994, se distingue de la génération Z par⁸ : une adaptation aux nouvelles technologies (ils ne sont pas nés avec mais s'en empare), une recherche de flexibilité moindre, un besoin de reconnaissance mais une moins grande sensibilité à l'impact social, ils sont plus individualistes, un besoin de travail en équipe, mais moins de recherche de l'autonomie. Les caractéristiques de cette génération Y, autour de la communication, de la création, de la connectivité, de la collaboration ont été la source des caractéristiques de la génération Z, qui se distingue cependant par sa plus grande émotivité (Ressources & Pédagogie, 2015), nécessitant de la part de leurs homologues enthousiasme, optimisme et sourires.

⁸ Professeur Olivier REVOL-

La complexité pour un Directeur des Soins et les managers en général réside dans la synchronisation des attendus de différentes générations. Il faut d'ailleurs appréhender ces descriptions de « générations » avec prudence, car définir une homogénéité de perception, de pensée et de comportement entre différentes personnes sur le seul critère de la période de naissance peut être réducteur. En effet, cela éclipse d'autres caractéristiques sociologiques tels que la classe sociale, le genre, l'origine ethnico-raciale, etc... Si les caractéristiques d'une génération paraissent favorables à la polyvalence, ces mêmes caractéristiques sont sociétales et des agents plus âgés peuvent y trouver leurs repères tout autant : la sensibilité à la qualité de vie au travail n'est pas générationnelle, elle est sociétale.

C'est donc dans cette mixité que le Directeur des soins, manager paramédical, doit trouver l'équilibre entre les motivations de chacun, ses possibilités et la continuité des soins de qualité. L'objectif est d'éviter le conflit des générations, les tensions, du fait de l'arrivée importante de jeunes dans les unités de soins.

2.5 Les freins à la polyvalence

Néanmoins, divers obstacles peuvent entraver la polyvalence. Les freins à la polyvalence des infirmiers sont multiples et interdépendants. Ils incluent des facteurs propres à eux-mêmes et propres à l'institution. Voici une analyse des principaux freins, basée sur les concepts d'efficacité personnelle et d'épanouissement professionnel selon Michelli (*La polyvalence sous toutes ses facettes* - Patrick Micheletti - Éditions Eyrolles, s. d.) et au regard des éléments sus cités :

Manque de temps et de ressources :

Les infirmiers sont souvent surchargés, ce qui laisse peu de temps pour se former à de nouvelles compétences ou pour assumer des rôles supplémentaires.

Le manque de ressources, comme le matériel, les outils et le temps nécessaire à la formation, ou le soutien administratif, peut limiter les opportunités de développer de nouvelles compétences.

Résistance au changement :

La peur de l'inconnu, l'anxiété liée à la prise de nouvelles responsabilités, et l'inquiétude de ne pas réussir peuvent freiner les infirmier(e)s. On peut ajouter un sentiment de non maîtrise du soin qui génère de l'insécurité pour le soignant.

La tendance à préférer les routines familières et le confort des compétences maîtrisées peuvent également entraver la polyvalence.

L'âge ou l'ancienneté dans le service : L'âge et l'ancienneté peuvent avoir des impacts significatifs sur la polyvalence des infirmiers. L'ancienneté dans une unité apporte de l'expertise mais parfois un manque de flexibilité, alors que la jeunesse et notamment les générations Z sont plus demandeuses de mobilité.

Rigidité organisationnelle :

Dans les hôpitaux, des protocoles rigides et des chaînes de commandement peuvent limiter les opportunités pour les infirmier(e)s de diversifier leurs compétences et de prendre des initiatives.

Absence de stratégie de gestion des compétences :

Sans une telle stratégie, les efforts de formation et de développement peuvent manquer de direction et d'efficacité : les infirmiers peuvent ne pas recevoir les formations appropriées ou les opportunités de développement nécessaires pour devenir polyvalents.

L'absence de programmes de formation continue adaptés aux besoins des infirmiers peut limiter leurs opportunités de développement. De même s'ils perçoivent peu de possibilités de progression de carrière, ils peuvent manquer de motivation pour développer de nouvelles compétences.

Manque de support et de coordination :

Un manque de coordination entre les départements et l'absence de soutien organisationnel peuvent créer des barrières logistiques et psychologiques à la polyvalence. Les employés doivent être soutenus par des ressources adéquates et une coordination efficace entre les différents services. A ce titre, nous pouvons évoquer le manque d'uniformisation des protocoles, des matériels qui représentent aussi un frein pour les soignants.

Contraintes personnelles :

Des horaires de travail rigides et une mauvaise gestion de l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle peuvent rendre difficile l'engagement dans des activités de développement professionnel.

Le stress lié au travail et le risque de burnout peuvent réduire la capacité et la volonté des infirmiers à être polyvalents.

Conditions de travail inadéquates :

Des conditions de travail dangereuses ou non ergonomiques peuvent affecter la capacité des infirmiers à apprendre et à appliquer de nouvelles compétences.

Un espace de travail inadapté, bruyant ou mal équipé peut limiter la polyvalence.

Le périmètre de la polyvalence (s. d.): institutionnelles, polaire, par spécialités/compétences,

Le rythme des mobilités : trop rapide = pas d'acquisition de compétences, pas d'implication = polyvalence nomade

La spécialisation : Henry Mintzberg (*Henry Mintzberg - Structure Et Dynamique Des Organisations- Les Éditions D'organisation (1986) PDF | PDF | Poterie | Argile, s. d.*) critique les limites de la taylorisation des organisations : « La spécialisation n'est pas une panacée, loin s'en faut ; au contraire, la spécialisation du travail est la source de nombreux problèmes, notamment de communication et de coordination. ».

Problèmes de communication et de relations interpersonnelles :

Une communication inefficace entre les managers et les infirmiers peut créer des malentendus et des résistances au changement : Sentiment de bouche trou.

Des relations tendues entre collègues peuvent créer un climat de travail défavorable à l'apprentissage et à la collaboration.

Manque de reconnaissance et de valorisation :

L'absence de reconnaissance et de feedback constructif peut démotiver les infirmiers à prendre des initiatives pour développer de nouvelles compétences. Une culture d'entreprise qui ne valorise pas l'innovation, la collaboration ou la reconnaissance des compétences peut limiter l'envie des infirmiers de diversifier leurs compétences. Un manque de soutien ou une mauvaise gestion de la part des managers peuvent décourager les infirmiers de s'engager dans des tâches polyvalentes. Une perception d'injustice en termes de rémunération, de promotion ou de distribution des tâches peut réduire l'engagement et la motivation à être polyvalent.

3 Enquête de terrain et l'analyse

Dans une première partie, je présenterai la méthodologie de l'enquête qui me permettra de confirmer ou infirmer les hypothèses de départ. En deuxième partie, je présenterai l'analyse des résultats de l'enquête.

3.1 La méthodologie de l'enquête

3.1.1 L'objectif de l'enquête

L'objectif de l'enquête est de chercher à relever les freins et les leviers d'une politique de polyvalence au service de l'épanouissement des infirmiers au travail, pour un Directeur des Soins. C'est à partir des hypothèses que j'ai identifié les éléments de la polyvalence contribuant à l'épanouissement professionnel : le sentiment d'efficacité personnel développé par l'élargissement des compétences, la flexibilité et la mobilité propres à la génération Z, l'organisation de la polyvalence nécessaire pour permettre l'épanouissement.

J'ai donc souhaité savoir si :

- La polyvalence, dans sa définition d'élargissement des compétences, apportait un sentiment d'efficacité personnelle et de satisfaction.
- L'adhésion au concept de polyvalence dépendait d'une génération, d'une ancienneté dans le service.
- La polyvalence était le fruit d'une politique construite et structurée, par le Directeur des soins.

3.1.2 L'outil d'enquête

Pour explorer la polyvalence des infirmiers et son impact sur leur épanouissement professionnel, j'ai opté pour une approche qualitative basée sur des entretiens semi-directifs. Cette méthode permet d'obtenir des données riches et détaillées en favorisant une interaction dynamique entre l'enquêteur et les participants.

Un guide d'entretien (annexe 1) a été élaboré pour toutes les fonctions autour de 4 thématiques, communes à toutes les fonctions, mais avec des adaptations spécifiques dans la formulation des questions selon la fonction des interviewés.

Les 4 thématiques abordées sont :

- Le recrutement et l'expérience

Questions sur les processus de recrutement, les critères de sélection, et l'expérience des infirmiers recrutés sur des pools de remplacement, ou ayant exercé dans des pools.

- La compréhension de la polyvalence

Exploration de la perception et de la définition de la polyvalence par les différents acteurs.

Questions sur les attentes et les pratiques liées à la polyvalence dans le milieu professionnel.

- Les outils de reconnaissance et de valorisation

Identification des outils et des méthodes utilisés pour reconnaître et valoriser les compétences polyvalentes des infirmiers.

Discussion sur l'efficacité de ces outils et sur les suggestions d'amélioration.

- L'impact de la polyvalence sur l'épanouissement professionnel

Analyse de la manière dont la polyvalence influence l'épanouissement professionnel des infirmier(e)s.

Questions sur les avantages et les défis associés à la polyvalence.

Ce guide d'entretien a été testé en première intention auprès d'un directeur des soins pour évaluer la pertinence des questions et réajuster au besoin.

Les entretiens semi-directifs ont été menés en face à face, selon les disponibilités des participants. Chaque entretien a duré 45 minutes, permettant d'approfondir les réponses grâce à des questions ouvertes et des relances ciblées. Les relances ont été utilisées pour clarifier les réponses et encourager les participants à développer leurs idées.

Pour l'analyse des données recueillies, une grille d'analyse thématique (annexe 2) a été élaborée. Cette grille permet de catégoriser et de comparer les réponses en fonction des quatre thématiques abordées (annexe 3) :

- Thème 1 : Recrutement et expérience
- Thème 2 : Compréhension de la polyvalence

- Thème 3 : Outils de reconnaissance et de valorisation
- Thème 4 : Impact de la polyvalence sur l'épanouissement professionnel

Chaque réponse a été codée et classée selon ces thèmes (annexe 3), facilitant ainsi l'identification des tendances et des divergences entre les différents groupes de participants. Cette approche systématique garantit une analyse rigoureuse et cohérente des données qualitatives.

L'utilisation des entretiens semi-directifs, associée à une grille d'analyse structurée, permet de recueillir des aperçus profonds et variés sur la polyvalence des infirmiers. Ces données qualitatives sont essentielles pour comprendre les dynamiques complexes entre la polyvalence et l'épanouissement au travail dans le domaine des soins infirmiers.

3.1.3 Le choix des établissements

Concernant le choix des établissements, j'ai opté pour deux hôpitaux de tailles différentes, offrant des secteurs de prise en charge différents, installés sur des bassins de vie différents et ayant constitué des pools de remplacement :

L'hôpital A :

Installé en zone urbaine, ce centre hospitalier est un des plus importants de sa région et draine un bassin de vie de plus de 100 000 habitants.

Une large offre de soins : urgences, médecine, chirurgie, gériatrie, soins palliatifs, maternité, pédiatrie, imagerie, biologie, pharmacie, psychiatrie, soit 1284 lits et places

- 560 lits et places de court séjours pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique
- 114 lits de soins de suite et de réadaptation (dit moyen séjour)
- 220 lits et places de psychiatrie
- 50 lits de Foyer d'Accueil Médicalisé
- 340 lits et places d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) dont des places d'accueil de jour pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer

Des ressources humaines : 3400 salariés dont presque 900 infirmiers(e)s.

Organisation de pools de remplacement : ce centre hospitalier a mis en place 2 types de pools de remplacement : pour les arrêts longs un pool en 12 heures sans nuit et week-end, pour les soins critiques réanimation, USIC, USINV, urgences et les secteurs médecine et chirurgie. Pour les arrêts courts inopinés, un pool en 7h30 constitués de volontaires sur les secteurs de médecine, gériatrie et chirurgie sans nuit mais avec des week-ends.

Le taux d'absentéisme de cet établissement en 2023 est de 7% avec une augmentation globale début 2024, notamment sur les secteurs de gériatrie.

Une politique de recrutement et d'affectation pour les nouveaux arrivants ou les demandes de mobilité est en cours de réécriture, prenant en compte les compétences déjà acquises ou à développer et les souhaits des agents.

L'hôpital B :

Installé en zone rurale, ce centre hospitalier draine un bassin de vie de 30 000 personnes.

Son offre de soins propose : urgences, médecine polyvalente et gériatrique, Unité de soins de longue durée, UHR, EHPAD, SSIAD, imagerie, soit 412 lits et places :

- Médecine : 39
- Moyen Séjour : 60
- Long Séjour : 60
- Hébergement : 188
- SSIAD : 65

Des ressources humaines : 499 salariés dont presque 150 infirmiers(e)s.

Organisation des pools de remplacement : le centre hospitalier a mis en place un pool de remplacement en 7h30 sans nuit mais avec des week-ends.

Le taux d'absentéisme de cet établissement en 2023 est de 8%.

Une politique de recrutement et d'affectation pour les nouveaux arrivants. L'offre de soins essentiellement orientée sur de la médecine et de la gériatrie pose des problématiques de fidélisation, les agents souhaitant s'ouvrir sur d'autres spécialités, chirurgicales ou en soins critiques. L'établissement a mis en œuvre une politique d'affectation et de mobilité préventive, s'engageant à favoriser la mobilité des infirmiers(e)s dans des délais fixés individuellement.

3.1.4 Population enquêtée

L'objectif de l'enquête est d'identifier les obstacles et les facteurs favorisant la mise en place d'une politique de polyvalence.

Pour atteindre cet objectif, il était crucial d'obtenir des points de vue variés et complémentaires sur la polyvalence et son impact. Plus précisément, je souhaitais interviewer :

- Les directeurs des soins, responsables de la qualité des soins infirmiers et de la gestion opérationnelle des équipes, qui jouent un rôle clé dans l'organisation et la supervision de la polyvalence des infirmiers et dans le développement des compétences des agents paramédicaux. L'objet est de recueillir la politique de polyvalence engagée par les directeurs des soins au sein de leur établissement et l'impact de celle-ci sur l'épanouissement au travail.
- Les directeurs des ressources humaines responsables des politiques de recrutement, qui définissent aussi des politiques qualité de vie au travail et conditions de travail, d'appréhender s'il y a une politique conjointe avec le directeur des soins.

- Les cadres supérieurs et cadres de santé de proximité qui ont une vision à la fois stratégique et opérationnelle des pratiques de polyvalence. L'objet est d'explorer comment les politiques de polyvalence sont mises en œuvre au quotidien, comprendre comment les cadres de santé organisent et gèrent la polyvalence des infirmier(e)s dans leurs équipes, et obtenir des retours directs de l'impact de la polyvalence sur le moral et la performance des infirmier(e)s.
- Les infirmier(e)s afin de recueillir des témoignages sur leurs expériences de la polyvalence et son impact sur leur épanouissement professionnel, d'évaluer comment la polyvalence influence leur sentiment d'efficacité personnelle, leur satisfaction au travail et leur motivation.
- Les étudiants infirmiers, qui représentent la future génération de professionnels, pour connaître leurs attentes spécifiques en matière de polyvalence et d'évolution professionnelle.

Les entretiens ont donc été réalisés auprès d'un échantillon diversifié de professionnels de la santé, par moitié dans chaque établissement, incluant :

- 2 Directeurs des Ressources Humaines (DRH)
- 2 Directeurs de Soins (DS)
- 2 Cadres Supérieurs de Santé (CSS)
- 2 Cadres de Santé (CS)
- 8 Infirmiers Diplômés d'État (IDE) : exerçant ou ayant exercés en pool, d'âge et d'ancienneté différents.
- 4 Étudiants Infirmiers (EIDE) de fin de 3ème année

Ce choix de population cible permet de couvrir une large gamme de perspectives sur la polyvalence des infirmier(e)s, allant des décideurs stratégiques aux agents de terrain.

3.1.5 Limites de l'enquête

Cette enquête a pour finalité d'évaluer comment, Directrice des soins, la polyvalence peut être utilisée comme levier dans l'épanouissement au travail des infirmier(e)s.

Elle présente plusieurs forces, mais également des limites et biais qui doivent être pris en compte dans l'interprétation des résultats :

- La taille de l'échantillon : le nombre total de participants (20) est relativement restreint pour être totalement représentatif. Souhaitant avoir les points de vue des managers et des infirmier(e)s, le nombre de soignants interrogés est de 8, auxquels s'ajoutent 4 étudiants infirmiers, et le nombre de managers est de 8 aussi.

- Le nombre et la diversité des établissements : L'enquête se limite à deux hôpitaux de tailles et contextes différents, mais cela reste insuffisant pour être représentatif de la diversité des pratiques hospitalières en matière de gestion de la polyvalence. Les pratiques sont souvent dépendantes aussi des moyens disponibles, de la culture régionale, locale, culturelle et organisationnelle aussi si l'on évoque les différences potentielles entre un centre hospitalier universitaire ou un centre hospitalier de proximité.
- Le choix des participants : les personnes interviewées exercent dans des établissements ayant déjà mis en place des pools de remplacement. Cela peut représenter un biais dans l'objectivité des réponses, la polyvalence étant déjà induite.
- La question générationnelle est abordée, indirectement et a suscité quelques questions de relance. Le biais réside dans l'objectivité des réponses des interviewés face à une directrice des soins stagiaire. Malgré l'assurance de l'anonymat, les infirmier(e)s, et plus encore les étudiants, apportent des réponses retenues, par respect.
- Concernant la thématique de l'épanouissement au travail, les 2 établissements ne disposaient pas d'un service de santé au travail en présentiel. La rencontre d'un médecin du travail aurait permis d'apporter des éléments qualitatifs et quantitatifs aussi à ce lien polyvalence- épanouissement.

3.2 L'analyse qualitative de l'enquête

La grille d'analyse complétée et codifiée permet de mettre en évidence les tendances (annexe 4) et les perceptions des différents agents sur la polyvalence des infirmier(e)s (annexe 3).

Pour réaliser cette analyse, j'ai choisi de la faire à partir des trois hypothèses énoncées.

3.2.1 Hypothèse 1 :

La polyvalence infirmière contribue à développer leur sentiment d'efficacité personnelle et de satisfaction professionnelle, facteurs d'épanouissement, par l'élargissement de leurs compétences.

Cette hypothèse tend à démontrer que la polyvalence permet d'élargir ses compétences, et de procurer un sentiment d'efficacité personnelle qui contribue à l'épanouissement professionnel.

A) De la polyvalence à l'élargissement des compétences :

De l'enquête, la polyvalence est largement perçue par les professionnels comme un moyen efficace de développer des compétences. En effet, la diversité des tâches rencontrées dans le cadre de la polyvalence permet aux soignants de renforcer leur expérience professionnelle. Chaque situation, même lorsqu'elle est nouvelle ou complexe, offre une occasion d'apprentissage. En étant confrontés à des rôles variés, les soignants peuvent affiner leurs compétences techniques et relationnelles tout en élargissant leurs connaissances dans différents domaines. Une infirmière

précise : « *ça va me permettre, comme j'ai dit, d'enrichir ma pratique, de maîtriser plus de soins...* ». Selon les interviewés, l'exposition à des situations professionnelles diversifiées favorise progressivement l'autonomie et l'expertise. En conséquence, la polyvalence devient un levier important pour renforcer les compétences, car elle permet de mettre en pratique une large gamme de savoir-faire, facilitant ainsi l'adaptation à différents environnements de travail et l'amélioration continue des pratiques professionnelles : « *Ça permet un apprentissage continu en fait, tout simplement* ».

L'avis des cadres de proximité semble rejoindre celui des infirmiers sur ce point : la polyvalence est vue comme un facteur de développement des compétences. Un cadre indique : « *Ça apporte une certaine autonomie et des automatismes de réflexion qui permettent de gérer les situations plus rapidement ou avec moins de stress* ». L'encadrement perçoit la diversité des tâches comme un moyen de renforcer la capacité des soignants à faire face à des situations complexes et variées. De plus, cette polyvalence est souvent vue comme un gage d'efficacité organisationnelle par les managers, car elle permet de réagir rapidement aux besoins changeants du service. Ainsi, tant du côté des infirmiers que de l'encadrement, la polyvalence est valorisée comme un moteur de développement des compétences, car elle favorise une amélioration continue et une flexibilité accrue au sein des équipes.

Une partie des étudiants infirmiers, de par leur statut à l'aube de leur affectation, décrivent la polyvalence comme une continuité de l'élargissement des compétences dans la transition entre la formation et la prise de poste, comme une « *suite logique* ».

Malgré cette perception largement partagée, certains infirmiers, tout comme une partie des étudiants, ne sont pas convaincus que la polyvalence contribue réellement au développement des compétences. Plusieurs raisons citées expliquent cette réticence.

Pour certains infirmiers, la polyvalence est perçue comme une charge de travail supplémentaire, parfois stressante et fragmentée. Un infirmier exprime : « *ça mobilise plus, en termes d'énergie* ». Ils ressentent que le passage constant d'une tâche à une autre, sans le temps nécessaire pour se concentrer en profondeur sur une compétence spécifique, nuit à leur performance et à leur capacité à progresser : « *c'est être polycompétente, avoir plein de compétences mais pas forcément une expertise* ». Au lieu de développer de nouvelles compétences, la polyvalence pourrait être perçue comme une gestion des urgences sans réelle opportunité d'approfondir une expertise particulière. Cette perception est renforcée par la surcharge cognitive : jongler avec plusieurs tâches peut réduire la capacité d'apprentissage, car l'attention est dispersée et les soignants ne prennent pas toujours le temps de réfléchir ou de se perfectionner dans un domaine précis. Un autre infirmier résume cela ainsi : « *Quand on court dans tous les sens, on oublie l'essentiel : apprendre à maîtriser ce qu'on fait.* ». Certains infirmiers sont réticents à l'idée que la polyvalence développe des compétences, car ils estiment que celle-ci ne se traduit pas toujours par un véritable

apprentissage. Un infirmier précise : « *Ça ne développe pas de nouvelles compétences, c'est juste une autre tâche à faire.* » Si les tâches sont perçues comme répétitives ou manquent de challenge, elles ne permettent pas d'élargir les connaissances ou d'améliorer les compétences. Les soignants peuvent également juger que, sans un véritable cadre de formation ou un accompagnement structuré, la polyvalence ne fait qu'ajouter de la pression sans offrir de retour réel en termes de développement professionnel.

Les étudiants, de leur côté, semblent également partagés. Certains expriment que la polyvalence est une compétence qui doit être acquise après avoir d'abord maîtrisé les bases du métier. Un étudiant en soins infirmiers mentionne : « *On doit d'abord être bons dans notre spécialité avant de pouvoir être polyvalents.* » Ils perçoivent la polyvalence comme une exigence qui nécessite des compétences préalables solides pour être effective, ce qui explique pourquoi ils sont moins convaincus que la polyvalence développe leurs compétences à ce stade de leur formation.

Enfin, bien que la majorité des professionnels, y compris les cadres de proximité, voient la polyvalence comme un moyen d'enrichir les compétences, certains cadres semblent moins convaincus de ses effets positifs. Cela peut s'expliquer par une interprétation différente du processus d'apprentissage. Pour que la polyvalence contribue réellement au développement des compétences, il ne suffit pas seulement d'acquérir de nouvelles expériences. Ces expériences doivent être suivies d'une réflexion et d'une capacité à les intégrer, qui pourra ensuite être appliquée dans de nouvelles situations. Ainsi, sans réelle réflexion et intégration, la polyvalence ne permettrait qu'une accumulation de tâches diversifiées, dénuées de sens, qui limiterait l'acquisition des compétences. De plus, certains cadres semblent craindre que la polyvalence ne crée pas un environnement propice à l'acquisition de compétences spécialisées. Ils estiment que la diversité des tâches peut éloigner les soignants d'une expertise, et pourrait compromettre la qualité des soins, y compris dans les secteurs hyperspécialisés. Comme le précise un cadre supérieur de santé : « *La polyvalence est bénéfique pour l'adaptabilité, mais on peut être polyvalent et incompétent* ».

B) De l'élargissement des compétences au sentiment d'efficacité personnelle et à l'épanouissement au travail :

L'analyse, si elle met en avant le facteur contributif de la polyvalence au développement des compétences, elle présente la polyvalence comme un catalyseur d'épanouissement en activant des mécanismes multiples au travers du développement du sentiment d'efficacité personnelle, de la motivation, de la rupture de monotonie, et de l'autonomie recherchée.

A l'unanimité des infirmier(e)s, la polyvalence est un outil de développement des compétences, certes, mais surtout d'ancrage de ses connaissances, permettant in fine de réussir ses tâches : « *le fait d'être polyvalent me permet d'enrichir ma pratique, de voir plus de choses, plus souvent, de maîtriser les soins* ». Un autre infirmier précise qu'il se sent « *plus réactif, plus confiant* », ou un

autre encore qu'il « *connait plus de personnes ressources pour l'aider dans sa pratique* ». Nous pouvons croiser avec la théorie de Bandura, pour qui le sentiment d'efficacité personnelle repose sur la conviction qu'un individu peut réussir dans ses tâches grâce à ses compétences et ses expériences. Pour l'encadrement et la Direction, la polyvalence est aussi citée comme levier de développement du sentiment d'efficacité personnelle, en évoquant plus de maîtrise, plus de sécurité pour les soignants. Par répercussion, l'analyse met également en avant que la polyvalence accroît l'autonomie, un élément central dans la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan. La polyvalence augmente la capacité à organiser et prendre des décisions sur son travail, et renforce le sentiment de responsabilité et d'accomplissement. Les soignants, qui exercent une autonomie accrue dans des fonctions polyvalentes, décrivent leur travail comme « *une source d'énergie* », illustrant le lien entre autonomie et satisfaction personnelle. Plus un travail requiert une gamme large de compétences, plus il est perçu comme stimulant. Ce point de vue est soutenu par des théoriciens comme Richard Hackman (Cuofano, 2024) affirmant que « La diversité des tâches et des compétences nécessaires pour un emploi polyvalent maintient l'intérêt et l'engagement des employés en sollicitant constamment leurs capacités cognitives ». Pour les étudiants, à l'inverse, le développement et la maîtrise des tâches par la polyvalence, n'est pas mise en avant plus que cela. Seule une étudiante évoque le fait d'acquérir de nouvelles compétences, sans évoquer pour autant la maîtrise ou l'autonomie.

Les étudiants et soignants jeunes insistent sur l'importance des encouragements pour renforcer leur sentiment d'efficacité personnelle. Ainsi, le besoin de reconnaissance est largement mentionné lors des entretiens, notamment par les managers qui évoque ce besoin de reconnaissance des soignants pour favoriser la motivation, précisant que « *sans motivation, rien ne s'acquière, rien ne satisfait* ». La polyvalence devient alors un facteur de motivation et d'engagement, sous réserve d'y associer la reconnaissance, facteur extrinsèque selon Herzberg (Herzberg & etc, 1959). De fait, tous les interviewés précisent nettement l'avantage de la polyvalence pour développer les échanges, et obtenir plus de retours sur pratiques, aidant à « *s'améliorer en continu* ». La reconnaissance permet non seulement de valider leurs compétences mais aussi de les motiver à s'améliorer continuellement, contribuant ainsi à leur épanouissement et à leur implication dans leur travail.

La monotonie est un autre point important révélé par l'analyse. Elle naît souvent de la répétition incessante des mêmes tâches. En diversifiant les activités, les agents ne se sentent pas piégés dans une routine répétitive. Cette diversité réduit le risque d'ennui, de démotivation et de désengagement : chaque journée apporte de nouvelles expériences et défis. A l'unanimité, la monotonie est citée comme une menace, la polyvalence en étant le remède. Les soignants, tout comme les encadrants, décrivent l'impact positif de cette diversité sur leur attention et leur capacité à réfléchir à leurs pratiques. Ils partagent des inquiétudes comme celle de devenir « *un robot qui agit, sans réfléchir, sans prise d'initiatives* ». L'un d'eux illustre cette idée en disant : « *On*

voit les gens tous les jours et en même temps on ne les regarde plus avec la même attention : on s'habitue. C'est comme la conduite, quand on prend le même chemin, je sais qu'il y a les virages là, mais c'est comme si je conduis les yeux fermés et je les prends plus vite. » Ces témoignages montrent que la polyvalence ne se limite pas à une adaptation à différentes situations : elle joue un rôle clé dans la dynamique d'apprentissage continu et l'amélioration des pratiques professionnelles, ce qui est source d'épanouissement. Les étudiants insistent sur ce point en précisant qu'ils ont besoin de continuer à apprendre, cela les motive, et que la polyvalence leur offre la possibilité de maintenir cette stimulation cognitive.

C) Mais, de la compétence à la polyvalence :

Cependant, il est important de noter que pour que la polyvalence soit véritablement bénéfique, les infirmier(e)s disent devoir posséder un socle solide de compétences de base. Sans ce socle, la polyvalence peut devenir une source de stress et d'insécurité, et de confusion plutôt qu'un moyen d'épanouissement. Les étudiants en soins infirmiers estiment pour moitié que la polyvalence développe les compétences, mais certains précisent qu'il faut déjà en posséder certaines avant d'être affecté sur des structures polyvalentes, tout comme les infirmier(e)s en poste, notamment ceux du CH A qui offre un large éventail de spécialités par rapport au CH B.

L'hyperspécialisation accentue le sentiment d'insécurité des soignants, de crainte de ne pas avoir les compétences requises. L'enquête met en exergue que la moitié des infirmiers interrogés estiment que la polyvalence rassure, du fait de compétences acquises par celle-ci. Et pourtant, l'autre moitié, ainsi que la totalité des étudiants estiment que la polyvalence n'est pas que rassurante : les soins hyper spécifiques génèrent de la crainte. Ainsi, un étudiant assure qu'il est favorable à la polyvalence mais « *pas tout de suite. Pour certains services, ce serait dangereux pour moi. Il y a des endroits où la polyvalence n'est pas possible, c'est trop spécifique* ». Parallèlement, un quart des managers interrogés estiment que la polyvalence peut rassurer. On note donc un écart entre les représentations de l'encadrement au sens large et les futurs professionnels, à prendre en considération.

Donc, il faut des compétences pour être polyvalent, surtout sur des filières hautement spécifiques, et être polyvalent pour acquérir ses compétences. La nuance s'entend au travers de la théorie de Guy Le Boterf, qui définit bien la polyvalence comme « une capacité à mobiliser des compétences », sous entendues déjà acquises. C'est à ce titre que la formation continue est citée par les infirmier(e)s interrogés.

Les futurs professionnels expriment clairement qu'ils ne souhaitent pas débiter leur carrière dans un pool, préférant acquérir une expertise avant de se diversifier. Ils ne recherchent pas de mobilité en début de carrière, dans les 2 à 4 premières années, leur permettant d'abord de se stabiliser dans leurs compétences, voire de développer une expertise, avant d'envisager des mobilités qu'ils

revendiquent ensuite. « *Je ne me verrais pas commencer en remplacement sans expérience. J'aurais peur d'être perdu là. Déjà apprendre de moi-même, de mon organisation, des soins, des avoir des connaissances, avant de me lancer dans différents services. C'est effectivement faire peut-être deux, trois ans ou cinq ans max dans un service* ». Ce que reprennent les limites de la polyvalence évoquée par C. EVEAERE. La formation initiale leur offre une base solide avec des programmes qui incluent une alternance de théorie et de pratiques au travers des stages, d'ateliers pratiques, de simulation en santé. Ils arrivent sur le marché du travail polyvalent mais sans expertise. Tous s'accordent à dire que finalement, malgré leurs ambitions pour deux d'entre eux d'évoluer sur une fonction autre, IADE ou puéricultrice, leur affectation dans des services dits moins spécifiques, médecine et chirurgie, leur convient parfaitement pour débiter. Une étudiante évoque un stage où elle était encadrée par une « roulante » qui ne maîtrisait pas les outils du service, et les rôles encadré-encadrante se sont inversés sur ce point. L'étudiante parle de souffrance pour cette infirmière. On retrouve que la majorité des directeurs et la moitié des personnels d'encadrement et des agents estiment que le volontariat est essentiel pour la mise en œuvre de la polyvalence.

En résumé, la diversification des tâches favorise l'engagement et l'autonomie des infirmiers, tout en évitant la monotonie. « *On a une certaine autonomie à force. On se sent plus aguerries* ». La polyvalence, par l'élargissement des compétences, contribue donc bien à développer un sentiment d'efficacité personnelle. Cependant, pour être réellement bénéfique, la polyvalence nécessite un socle de compétences de base solide et doit être soutenue par une formation continue et un environnement de travail sécurisant et encourageant.

3.2.2 Hypothèse 2 :

La polyvalence, offrant flexibilité et mobilité, attire et fidélise les jeunes infirmiers, notamment ceux de la génération Z.

La polyvalence implique une mobilité interne, permettant aux infirmiers de passer d'un service à un autre, et une flexibilité leur permettant de s'adapter.

La majorité des infirmier(e)s et la moitié des étudiants donnent le critère de la mobilité dans la définition de la polyvalence. « *Si je devais décrire un infirmier polyvalent, c'est un infirmier qui travaille dans plusieurs spécialités et qui est compétent dans plusieurs domaines* ». L'adaptabilité qui en découle est exprimée au même titre par les infirmiers(e)s.

De l'enquête, la flexibilité chez les infirmiers(e)s et étudiants, se réfère à leur capacité à s'adapter rapidement et efficacement à une variété de situations cliniques, organisationnelles et interpersonnelles dans leur environnement de travail, et est de plusieurs dimensions.

La flexibilité clinique d'abord, largement évoquée, qui correspond au besoin de savoir effectuer une variété de tâches cliniques, allant des soins de base aux soins plus spécialisés. Les

soignants interviewés sont ou ont été sur des pools dans la volonté d'actualiser leurs connaissances et d'acquérir de nouvelles techniques et pratiques cliniques. Leur objectif est d'être capable de gérer des situations imprévues ou des urgences médicales avec calme et efficacité, de prendre des décisions rapides et informées avec moins de stress. C'est limiter l'impact de l'imprévu par une meilleure maîtrise des réactions. Si elle s'exprime fortement en termes de perspective par les plus jeunes dont les futurs professionnels, elle est moins citée par les infirmiers(e)s plus anciens dans la fonction interrogés qui privilégient l'expertise et donc moins de mobilité. Les entretiens révèlent que s'il y a des infirmier(e)s plus anciens dans la fonction qui ont intégré des pools, ce n'est pas pour développer leurs compétences mais plutôt pour échapper à des horaires contraignants ou une mauvaise ambiance. « *Les plus anciennes, elles ont leurs petites habitudes* ». On note donc l'intérêt éprouvé par cette génération, mais sous réserve explicitement dite, de certaines conditions d'organisation de la polyvalence.

Corrélée à la flexibilité clinique, on parle donc de flexibilité cognitive pour la résolution de problème, qui est la capacité à identifier rapidement des problèmes cliniques ou organisationnels et à proposer des solutions efficaces. La polyvalence offre en cela la possibilité d'apprendre et d'intégrer de nouvelles techniques de soins. Comme précédemment dit, cette flexibilité cognitive est plus exprimée par les jeunes infirmiers et futurs professionnels de la génération Z. Parlant des plus anciens, ces jeunes infirmiers disent « *On voit que leur façon d'apprendre, enfin de faire, reste sur ce qu'elles ont appris avant. C'est très différent de ce qu'on apprend aujourd'hui et ça peut créer des fois des écarts dans ce cas* ».

Face à l'argument énoncé de l'ambiance, on ne retrouve pas, par l'enquête, un impact générationnel. Que ce soit les infirmier(e)s en poste ou les futurs professionnels, la flexibilité interprofessionnelle, soit les relations au sein de l'équipe, est très importantes. L'entente au sein d'une équipe peut aller jusqu'à déterminer un souhait d'affection ; une étudiante fait remarquer qu'elle préfère choisir un service où l'ambiance est bonne et l'intérêt moindre, plutôt qu'un service où l'ambiance est maussade et l'intérêt plus marqué. Sur le même principe une infirmière de 51 ans explique qu'un de ses arguments pour changer de service a été la mauvaise ambiance au sein de son équipe initiale. Si la capacité à collaborer avec des membres de plusieurs équipes de soins, à intégrer des équipes pluridisciplinaires et à contribuer de manière positive au travail d'équipe est un point crucial, cela explique aussi les commentaires de certains infirmiers qui intègrent des pools pour ne plus « subir » la mauvaise ambiance d'une équipe et disent pour cela, ne pas s'impliquer trop pour maintenir une distance professionnelle nécessaire et préserver leur propre santé mentale. Ce manque d'implication est cité par les managers pour la moitié d'entre eux, plus fortement remarqué ou exprimé que chez les soignants.

Enfin, la dernière dimension de flexibilité évoquée est l'organisationnelle. Elle définit la capacité des infirmier(e)s à travailler sur différents horaires (matin, soir, nuit, douze heures...), à adapter leurs horaires selon les besoins du service et à être mobiles. La plupart des infirmier(e)s et la moitié des étudiants mettent en avant la nécessité d'une polyvalence organisée et structurée. Cela souligne l'importance d'un cadre bien défini pour que la polyvalence soit perçue positivement et contribue à l'épanouissement professionnel. Les pools sont organisés sur les CH A et B sans variabilité d'amplitude horaire : le temps de travail n'est pas variable au sein du pool, mais variable entre les pools. Le CH A propose des pools en 7H30 et des pools en 12 heures, mais les agents ne passent pas d'un pool à l'autre. Sur le CH B, les pools sont en 7H30. L'adhésion à la flexibilité repose donc plus sur des cycles de travail différents d'un service à l'autre. Il s'agit plus de la faculté des infirmiers à être affectés à différents services ou unités en fonction des besoins de l'hôpital, de la capacité à changer de poste temporairement ou à être intégré dans des équipes de soins polyvalentes, donc à être mobile. Sur ce critère, la flexibilité est plus marquée chez les jeunes soignants interrogés. Elle réside essentiellement dans l'équilibre entre la vie personnelle et la vie professionnelle pour ces jeunes et futurs professionnels qui évoquent ce critère très rapidement et de façon plus prégnante : les jeunes parents ou futurs parents souhaitent élever leurs enfants quand les plus anciens parlent de leur difficulté de nourrice à l'époque, ils évoquent leur besoin de loisirs pour se vider la tête quand les autres parlent de priorité du travail et du manque de temps pour les loisirs. Pour les plus anciens dans la fonction, ils recherchent plutôt la stabilité émotionnelle, éviter de sortir d'une zone de confort à un certain âge, ce qui est aussi en corrélation avec l'implication moindre. On note parallèlement la polyvalence envisagée comme outil de rupture de la routine pour tous les étudiants, mais pas du tout pour les agents en poste, et une représentation pour un quart des managers. Pour ces managers, la difficulté réside dans la réalisation des plannings, en réponse aux critères d'ancienneté, de disponibilité, de valeurs données au temps de travail face à la vie personnelle : « le temps de travail des cadres est totalement absorbé par la gestion de planning ».

En somme, la flexibilité chez les infirmiers est une compétence multidimensionnelle essentielle pour assurer des soins de santé efficaces et de haute qualité, tout en maintenant leur propre bien-être professionnel. Ainsi, la flexibilité clinique et cognitive et la flexibilité organisationnelle sont plus attirantes pour les générations Z, sous réserve de certaines conditions : rythme de rotation, horaires... Seule la flexibilité interprofessionnelle n'est pas spécifique d'une génération. Quant à l'encadrement, la mise en œuvre de cette flexibilité organisationnelle est chronophage, donc difficile à mettre en œuvre, et aux détriments de la conduite de projet.

3.2.3 Hypothèse 3 :

La polyvalence organisée, volontaire et soutenue par la formation contribue à l'épanouissement au travail des infirmiers.

L'hypothèse selon laquelle la polyvalence organisée, volontaire et soutenue par la formation contribue à l'épanouissement au travail des infirmiers repose sur l'étude des critères d'épanouissement et les entretiens menés. La polyvalence peut être une source d'épanouissement, mais elle répond à plusieurs conditions essentielles.

La majorité des directeurs et personnels d'encadrement estiment que le volontariat est essentiel pour la mise en œuvre de la polyvalence. Les autres ne se prononcent pas. Elle doit être volontaire pour être efficace. Les infirmier(e)s veulent avoir la liberté de choisir des postes polyvalents pour s'engager pleinement et bénéficier de cette diversité *« Je n'ai pas envie de me sentir enfermé dans cet endroit. De me dire que voilà, je peux être libre demain de découvrir autre chose »*.

Ainsi, nombre des infirmier(e)s et la moitié des étudiants souhaitent que leur affectation se base sur leurs souhaits personnels. *« C'est de la polyvalence que j'ai choisi aussi, c'est-à-dire que j'ai eu la chance d'avoir ce poste qui est quand même bien spécifique »*. La flexibilité dans les affectations permet aux infirmiers de gérer leur carrière en fonction de leurs aspirations et besoins personnels, ce qui est crucial pour leur fidélisation et leur motivation. Les directions des soins utilisent les souhaits des agents comme critère principal d'affectation, particulièrement pour les jeunes infirmiers, *« on a aussi discuté de service qui pourrait me plaire »* pour des raisons d'attractivité, mais aussi pour les agents déjà en postes depuis plusieurs années pour les fidéliser. Cette approche est alignée avec les attentes des jeunes générations qui valorisent un environnement de travail flexible et adaptable. Pour les infirmiers plus anciens, c'est la stabilité qui est recherchée et une forme de tranquillité d'esprit, auxquelles les Directions essaient de répondre aussi, tenant compte de leurs expertises et de leurs souhaits. Une infirmière explique que son changement de service a été retardé du fait de son expertise dans le domaine qu'elle quittait, qui a primé sur son souhait de changer de service pour travailler en 12 heures et améliorer sa qualité de vie.

Les infirmiers apprécient la reconnaissance de leur leadership, l'autonomie laissée dans leurs tâches, et le respect de leurs souhaits. La reconnaissance et l'autonomie sont essentielles pour l'épanouissement professionnel. Une polyvalence organisée permet aux infirmiers de prendre des initiatives et de développer leur leadership, ce qui renforce leur engagement et leur satisfaction au travail. La rétroaction positive et la reconnaissance de la performance sont essentielles leurs demandes. Des systèmes de feedback réguliers et constructifs permettent aux infirmiers de comprendre leurs points forts et les domaines à améliorer, ce qui est crucial pour leur

développement professionnel et leur épanouissement. La reconnaissance renforce l'estime de soi des infirmiers et les encourage à poursuivre leur développement professionnel.

L'ambiance de travail est un autre facteur clé d'épanouissement pour tous les infirmiers. « *J'avais besoin de partir ...* ». Une ambiance de travail positive, caractérisée par la collaboration, le respect mutuel et le soutien, favorise le bien-être et la motivation des infirmiers. « *La mauvaise ambiance est un critère qui me ferait dire non même si la spécialité c'est la spécialité de mes rêves* ». La polyvalence, lorsqu'elle permet l'implication des agents, peut améliorer l'ambiance en encourageant la coopération et le partage de connaissances. Un quart des infirmiers estiment que l'implication se fait via les projets de services ou de pôle, ce qui est peu.

Les infirmier(e)s pour la moitié et en totalité pour les étudiants, recherchent la sécurité des soins, assurée par des compétences acquises et des moyens suffisants. Nous pouvons corrélérer l'écart de réponse entre des soignants déjà en poste et disposant de compétences et des futurs professionnels qui vont débiter, encore novices. La sécurité des soins est primordiale pour le bien-être des infirmier(e)s. Les infirmier(e)s expérimenté(e)s ont donc un rôle important dans la polyvalence : les enquêtés ne parlent pas de tutorat et pourtant évoquent bien l'aspect rassurant et sécurisant d'être en binôme avec une « ancienne ». On fait le lien avec l'expérience vicariante de Erny, par le besoin de voir les réussites et de dire pourquoi pas moi, par les encouragements.

Les infirmier(e)s ont besoin de sécurité et de règles claires dans leur environnement de travail. La présence de règles et de limites bien définies rassure les infirmiers et leur permet de travailler dans un cadre sécurisant. La polyvalence doit être structurée pour éviter l'anxiété liée à l'incertitude. Deux infirmiers et un étudiant rapportent d'ailleurs « *la nécessité de la présence d'un cadre* » pour veiller à l'application des règles, les rappeler et assurer ainsi l'équité dans la répartition des tâches entre les agents.

La formation continue est peu mentionnée comme un moyen de développement. Et pourtant elle est essentielle pour maintenir et développer les compétences nécessaires à la polyvalence. Une formation continue et un soutien institutionnel sont nécessaires mais seulement selon quelques soignants interrogés. Cela pose la question du recours à la formation continue perçue. Les entretiens révèlent que les établissements de santé ont mis en place des systèmes d'évaluation des compétences pour identifier les forces et les besoins en développement des infirmier(e)s, à partir de grille d'entretien commune à tous les postes infirmiers, que les cadres complètent à partir des fiches de postes pour évaluer et repérer des compétences spécifiques. Dans la polyvalence et le suivi des agents polyvalents, C. EVERAERE précise que « *la polyvalence peut entraîner une acquisition superficielle des compétences sans atteindre un niveau d'expertise* ».

élevé », et c'est là tout l'enjeu de l'encadrement dans l'évaluation des compétences, pour les affectations, les propositions de formation et l'encouragement.

Les infirmier(e)s, notamment les plus anciens, recherchent une certaine stabilité dans leurs horaires de travail, tandis que les jeunes souhaitent des horaires flexibles mais raisonnables pour avoir le temps de développer leurs compétences et leurs expertises. La flexibilité des horaires permet de répondre aux besoins diversifiés des infirmier(e)s en fonction de leur âge et de leur expérience. *« Je trouve que le 12h est plus attractif. Déjà parce que je trouve que je suis coupée dans les soins ... On travaille moins de jours dans la semaine... Ça permet de trouver du temps pour soi ».* Un équilibre entre stabilité et flexibilité des horaires semble crucial pour l'épanouissement et pour fidéliser les acteurs. Ainsi, on retrouve, dans le CH A un panel d'horaires différents, selon les pools, pour satisfaire aux plus jeunes, aux plus anciens, ou encore aux agents ayant des restrictions de temps de travail. Ce qui n'est pas plus simple pour l'encadrement. A l'inverse, pour le CH B, les effectifs et l'absentéisme ne permettent pas d'offrir un panel d'horaires aussi large.

En synthèse, la polyvalence, lorsqu'elle est organisée, volontaire et soutenue par la formation continue, peut effectivement contribuer à l'épanouissement des infirmier(e)s. *« Survoler juste pour pratiquer comme ça, pour moi ce n'est pas intéressant dans notre métier. On a besoin de comprendre ce qu'on fait ».* Elle répond à plusieurs conditions essentielles, notamment des horaires adaptés, une ambiance de travail positive, la reconnaissance, l'autonomie, la sécurité des soins, des règles claires, et des systèmes de feedback efficaces. En respectant ces conditions, les établissements de santé peuvent maximiser les bénéfices de la polyvalence pour les infirmier(e)s, améliorant ainsi leur satisfaction et leur motivation professionnelles.

Synthèse

A) Points Positifs

- La majorité des répondants reconnaît que la polyvalence, lorsqu'organisée, permet de développer des compétences variées, de donner du sens aux actes de soins, d'autonomiser, de sécuriser le professionnel, ce qui contribue à l'épanouissement professionnel.
- La polyvalence est largement perçue par l'encadrement comme un outil stratégique de gestion des ressources humaines, permettant de répondre aux besoins en effectif et de gérer les compétences.
- Une bonne ambiance de travail et la reconnaissance des efforts et des compétences des infirmier(e)s sont des facteurs cruciaux pour leur épanouissement.

B) Points Négatifs et Freins

- Le manque de temps pour former et encadrer les infirmier(e)s polyvalents, ainsi que la difficulté à recruter des profils adéquats, sont des freins significatifs.
- La polyvalence, imposée, non structurée, est devenue un « gros mot », a perdu son sens initial, est devenue une source de tensions et de démotivation.
- La polyvalence nécessite mais ne génère pas une véritable implication des infirmier(e)s pour être efficace.
- Taux de remplacement et défaut de Fidélisation : Un taux de remplacement élevé et des problèmes de fidélisation des infirmier(e)s peuvent nuire à l'efficacité de la polyvalence.
- Le facteur générationnel et d'ancienneté dans les unités ne permet pas une approche unique et une structuration uniforme de la polyvalence.

4 Préconisations

L'analyse de l'enquête a montré les freins à la polyvalence : le manque de compétences de base, le manque d'engagement et de motivations des infirmier(e)s, le manque de repérage et d'outils de repérage de profils polyvalents, le manque d'uniformisation de organisations d'une unité à l'autre. Les infirmiers(e)s mettent surtout en avant la difficulté de concilier vie privée et vie professionnelle au travers d'horaires peu attractifs, et l'impact de mauvaises relations interprofessionnelles tant sur leurs souhaits d'affectation que sur leur choix de mobilité ou non.

L'enquête révèle cependant les leviers possibles qui ferait de la polyvalence un réel outil managérial de développement des compétences contributif à l'épanouissement au travail. Sont évoqués les besoins de reconnaissance de soutien, de valorisation, d'une organisation de la polyvalence, et de facteurs annexes participants à l'épanouissement au travail.

Dès lors, il est indispensable que le Directeur des Soins, au sein de l'équipe de Direction et en collaboration avec ses collègues, développe une politique de polyvalence tenant compte des souhaits des infirmiers(e)s, quelle que soit leur ancienneté dans la fonction qui contribuerait à augmenter leur satisfaction personnelle et leur sentiment d'efficacité personnelle, tout en garantissant la sécurité et la qualité des soins, la continuité des soins.

4.1 Agir sur le développement des compétences

Que ce soit lors de la formation initiale ou à la prise d'un poste, les infirmier(e)s requièrent des compétences de base avant de s'engager. La peur de ne pas maîtriser un soin ou un environnement, de ne pas savoir-être ou savoir-faire est un frein majeur à leur engagement.

4.1.1 Favoriser l'expérience du modèle dans le transfert de compétences :

A) Le mentorat

Le mentorat désigne une relation interpersonnelle de confiance, d'accompagnement, de soutien et d'apprentissage mutuels.

Concernant la formation initiale, Madame Elisabeth Borgne(« *Elisabeth Borne se dit favorable à un droit au mentorat pour tous les jeunes qui en ont besoin* " / *Le Mentorat*, s. d.), Première Ministre, en 2022, a décidé de consacrer la grande cause nationale 2023 à la "promotion du mentorat comme levier d'émancipation professionnelle de tous les jeunes de France, afin de leur permettre de trouver leur voie et réaliser leurs projets professionnels quel que soit l'endroit où ils vivent, quelle que soit leur adresse ou leur origine sociale". Avec un appui de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) pour les instituts de formation en soins infirmiers, et dans une logique de prévenir les ruptures de parcours en augmentation, le mentorat en formation infirmière vise à favoriser le développement de la confiance en soi et l'égalité des parcours pour laisser l'opportunité d'une émancipation professionnelle, et faciliter l'insertion du mentoré dans son environnement et son collectif de travail. Cela passe notamment par la transmission des codes sociaux et règles de fonctionnement d'une part, et un échange entre pairs sur la posture professionnelle à adopter d'autre part.

Le mentorat permet donc aux étudiants de confirmer dans un premier temps leur choix d'intégrer cette filière de formation, et nous pouvons faire référence aux cordées de la réussite, mais pendant le cursus de formation, d'appréhender leur futur environnement de travail en échangeant avec leur mentor non sur des questions théoriques de soins, mais sur des aspects organisationnels, déontologiques, éthiques, relationnels...de la profession.

Si ce mentorat s'applique aux futurs professionnels, il est important pour un infirmier(e) nouvellement diplômé(e), et il l'est presque autant pour le personnel infirmier qui passe à des domaines différents des soins infirmiers, ce qui le rend « novice » dans chaque nouveau domaine d'exercice. L'infirmier(e) novice doit pouvoir bénéficier de soutiens pour passer du rôle de novice à celui de compétent et d'expert dans son nouveau domaine d'exercice. Pendant cette période de transition, l'infirmier(e) novice a besoin d'être guidé(e) par d'autres personnes pour apprendre les connaissances théoriques spécifiques à ce nouveau domaine, et les expériences cliniques (*Le mentorat - Objectif Soins & Management n° 0298 du 12/03/2024*, s. d.). Il est crucial d'aider l'agent novice à développer des nouvelles compétences, à surmonter les obstacles et à produire des réussites satisfaisantes, à s'intégrer au nouveau milieu de travail.

La difficulté va résider dans le temps dédié aux mentors, et le ratio nombre de mentors/nombre d'étudiants ou infirmiers dans un nouveau poste. Dans un premier temps, les cadres auraient ce profil, par la connaissance des nouveaux textes et nouvelles pratiques qu'ils partagent à leurs équipes et leur formation au management dans les IFCS. Il convient ensuite de définir 2 types de cadres mentors : ceux pour les étudiants et ceux pour les nouveaux infirmiers dans un poste. Pour les étudiants, les cordées de la réussite impliquent les cadres formateurs comme mentors potentiels. Raccrochant le projet du CEFIEC(Cefiec, 2022) qui préconisent des cadres formateurs bi appartenant, à la fois au terrain et à la formation, ces cadres pourraient être les mentors des étudiants. Pour les nouveaux infirmiers dans un poste, le cadre de l'unité serait le plus à même d'être le mentor. Enfin, la problématique de temps dédié est un facteur clé de réussite. Il ne peut y avoir autant de mentors que d'étudiants ou nouveaux infirmiers. Cela sous-entend une organisation en groupe : 1 mentor pour plusieurs mentorés et des rencontres en groupe, non en individuel.

Préconisation 1 : développer le mentorat infirmier en formation et en gestion. Le mentorat est un engagement fondé sur le volontariat, la confiance, la bienveillance et le respect mutuel. Il conviendra donc de développer une politique de mentorat incluant le repérage des mentors volontaires, la formation (politiques de santé, pratiques de soins, bienveillance, mentorat...), l'évaluation et la valorisation pour leur implication de mentors. Cette politique doit définir les modalités organisationnelles de rencontres (en visioconférence ou en présentiel, la durée des rencontres, en heures, la durée du mentorat), les missions du mentor (de conseil et non celles de tuteur).

Les indicateurs de suivis :

- Taux de participation annuel (temps dédié mentors et mentorés) et d'engagement (nombre d'agents) des mentors et des mentorés
- Taux de satisfaction des mentors et des mentorés à partir de critères de satisfaction intégrés dans les grilles d'entretien annuel des agents.

B) Le tutorat et l'encadrement de proximité des apprenants

Les stages représentent une part importante de la formation en soins infirmiers. Sur place, si les étudiants sont encadrés par l'équipe des professionnels de santé qui les accueillent, ils dépendent aussi d'un tuteur référent.

D'un point de vue législatif, la définition même de la mission du tutorat et de ses méthodes a fait l'objet de deux réformes : Décret n° 2006-1452 du 24 novembre 2006 qui porte sur l'organisation des périodes de formation en milieu professionnel et les modalités de tutorat. Il précise les missions

du tuteur, les conditions de mise en place du tutorat et les critères de choix des tuteurs. Puis la loi relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie, adoptée le 24 novembre 2009, qui redéfinit les missions du tutorat dans le cadre de la formation professionnelle en mettant l'accent sur l'accompagnement individualisé, le rôle des tuteurs dans l'acquisition de compétences et la validation des acquis de l'expérience (VAE). Cette loi est suivie du Décret n° 2009-1490 du 2 décembre 2009 qui précise les modalités d'application de la loi de 2009, notamment en ce qui concerne la désignation des tuteurs, leurs missions, et les outils à leur disposition pour suivre et accompagner les personnes en formation. Le tuteur est ainsi chargé non seulement de suivre l'étudiant stagiaire qui lui est confié, d'assurer sa formation dans le cadre de l'exercice de sa future profession en collaboration avec les collègues, mais aussi de l'évaluer et de le noter.

Mais entre contraintes de temps et responsabilité envers les patients, les missions de tutorat et d'accompagnement sont compliquées (Baudrit, 2012). Le stage peut, de fait, avoir un effet aussi positif que néfaste sur la continuité de leurs études. En 2023, le taux d'abandon des étudiants en soins infirmiers au cours de la première année est resté élevé, atteignant environ 20%. Ce chiffre représente une augmentation significative par rapport aux 10% enregistrés en 2021. Les raisons principales de ces abandons incluent la précarité financière, le stress des stages, et les conditions de travail difficiles, qui contribuent à une désaffection notable parmi les étudiants en formation infirmière (DREES). D'un point de vue pratique, il manque d'une synchronisation entre le nombre d'étudiants, le nombre de tuteurs formés, le manque de personnel en général donc d'encadrement de proximité des étudiants, le nombre de places de stage dans un contexte de fermeture de lits, les préconisations de types de stages différents pour optimiser la formation polyvalente (soins de courte durée, soins en santé mentale et psychiatrie, soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation, soins individuels et collectifs sur des lieux de vie). Là aussi, il doit y avoir une réflexion menée par la Direction des soins et l'encadrement sur l'organisation du tutorat, conjointement à l'évolution du référentiel de formation qui se profile pour 2025. C'est dans la mission du tuteur qui n'est pas d'encadrer chaque jour l'apprenant que l'accent est à mettre, en veillant à l'encadrement de proximité par les autres infirmiers(e)s du service. Mais il est envisageable d'expérimenter le tutorat et l'encadrement de proximité, non plus 1 agent pour 1 étudiant, mais 1 agent pour plusieurs étudiants, voir élèves en même temps.

Concernant les nouveaux arrivants dans un service, le tutorat est déjà une méthode appliquée et préconisée par l'encadrement. Il s'agit plus dans ce contexte de développer le suivi des acquis des compétences et de ne pas réfléchir en durée fixe mais en durée modulable selon la vitesse d'acquisition. C'est aussi dans la stratégie de management d'équipe, Directrice des soins, je dois être attentive, pour veiller à maintenir un équilibre entre agents experts et agents novices, pour garantir un transfert de compétences possibles. Préconiser la diversité dans les unités, notamment une diversité dans l'ancienneté, est un axe crucial pour la qualité et la sécurité des soins.

Préconisation 2 : maintenir le tutorat infirmier en formation et en gestion. Il conviendra donc de développer une politique de tutorat intégrant le repérage des tuteurs volontaires et compétents (expertise, ancienneté dans l'unité), la formation (tutorat, bienveillance, ...), l'évaluation et la valorisation pour leur implication des tuteurs. Parallèlement, je propose l'élaboration d'un passeport de compétences à destination des infirmier(e)s engagés dans la polyvalence. Ce passeport, coconstruit avec l'encadrement et les tuteurs, permettrait d'identifier, de valoriser et de capitaliser les compétences acquises dans différents services. Il constituerait un outil de reconnaissance professionnelle et un levier d'orientation pour l'évolution professionnelle. Ce dispositif, couplé à un accompagnement RH, encouragerait la polyvalence choisie et valorisée, et non subie.

Les indicateurs de suivi :

- Taux de formation au tutorat des infirmiers volontaires
- Taux d'infirmiers polyvalents.
- Temps dédié au tutorat : le nombre d'heures par semaine ou mois qu'un tuteur consacre à l'accompagnement de ses tutorés.
- Ratio tuteur/tutoré : le nombre de tutorés par tuteur, afin de maintenir un équilibre entre le nombre de tuteurs et de tutorés pour garantir un accompagnement de qualité.
- Taux d'absentéisme et de postes vacants : analyse de l'effet du tutorat sur la réduction de l'absentéisme et l'amélioration de la performance globale des équipes où le tutorat est en place.
- Nombre de passeport de compétences

4.1.2 La formation : des outils de développement des compétences :

L'évolution de la profession infirmière passe par des enseignements communs avec l'université pour valoriser le diplôme et rendre plus effectif le niveau Licence obtenu et ouvre plus de portes pour la recherche et l'innovation infirmière. C'est dans le deuxième pilier de la réforme que se porte notre attention avec une diversification des offres de lieux de stage comme par exemple le souhait des syndicats d'infirmiers libéraux que des modules sur le travail en libéral soient ajoutés au socle de base pour préparer les futurs infirmier(e)s. On a vu arriver la formation d'IPA avec les protocoles d'organisation, et des évolutions dans le texte, leur permettant de prescrire certains traitements et dispositifs médicaux.

Les compétences infirmières ont également évolué en matière de vaccination, de signature des certificats de décès...Autre évolution, les protocoles de coopération entre professionnels de santé

qui permettent une délégation d'activités ou d'actes de prévention, de diagnostic et de soins entre des professionnels de santé afin d'améliorer l'organisation ou la prise en charge des soins dans un territoire donné. Un arrêté récent (Arrêté du 29 décembre 2023) intègre les infirmiers libéraux au dispositif des correspondants du SAMU. Toutes ces évolutions nécessitent des ajustements dans la formation initiale, tout comme dans la formation continue.

Un nouveau programme de formation des infirmier(e)s présente le passage d'un encadrement des actes autorisés à une approche plus agile autour de grandes missions. En se basant sur des domaines de compétences, il encourage une vision plus holistique des soins, nécessitant que les infirmier(e)s soient formés à intégrer diverses compétences pour offrir des soins complets et personnalisés.

Des changements dans les méthodes pédagogiques et les outils pédagogiques pour mieux accompagner les étudiants au cours de leur formation et mieux accompagner les infirmier(e)s déjà en poste sont indispensables. Ainsi, la simulation s'est progressivement imposée comme un outil pédagogique au service de la professionnalisation qui favorise l'adaptation des soignants dans des environnements de soins nouveaux, et qui répond à l'objectif de la professionnalisation-formation afin de préparer les apprenants à l'exercice de leur activité soignante, dans le sens de professionnalisation des activités à acquérir en formation initiale ou continue.

La simulation en santé est une approche constructiviste de l'apprentissage, dans laquelle l'apprenant est confronté à une situation de problème qu'il doit reconnaître, analyser et traiter par la mise en œuvre d'actions correctrices. Cette situation de problème est la reproduction d'une situation de soin dans laquelle la réplique de l'espace de travail, des conditions de travail, du matériel et des outils doit être identique à la réalité. En cela, l'outil permet d'offrir une certaine fidélité physique qui contribue à la fidélité psychologique de l'apprenant car elle va permettre l'immersion de l'apprenant dans la situation simulée et l'interaction avec le simulateur et l'environnement, incluant des feedbacks en temps réel. C'est en créant des « classes de situations » qui comportent toutes le même problème que la résolution de problèmes se transformera en apprentissage, par la mobilisation de connaissances dans des contextes de simulation différents et leur ancrage cognitif. En résumé, la simulation permet aux apprenants de se confronter à des situations réelles simulées, sans conséquences lors des séances, dans l'objectif de réduire l'effet surprise en situation réelle, atout majeur dans l'engagement et la motivation des agents face au stress de l'insécurité des soins.

La simulation est fortement encouragée dans les programmes de formation et de plus en plus intégrée dans les cursus. Les référentiels de formation reconnaissent son importance pour développer les compétences pratiques et non techniques des étudiants. Plusieurs instituts de formation en soins infirmiers intègrent des modules de simulation dans leur programme pour

améliorer la préparation des étudiants aux situations cliniques réelles. Au même titre, de nombreux établissements de santé ont pu développer des centres de simulation pour la formation continue des professionnels. Citons en exemple les centres d'Amiens et Toulouse par leur ampleur.

Cependant, la mise en œuvre spécifique et l'étendue de l'utilisation de la simulation peuvent varier d'un institut et d'un établissement à l'autre. Il existe en effet certains freins au déploiement : les équipements de simulation, les logiciels et la maintenance sont coûteux, les enseignants doivent être formés à l'utilisation des outils de simulation ce qui nécessite du temps et des ressources, le besoin de locaux adaptés pour les simulations est un réel défi logistique, et enfin l'intégration des sessions de simulation dans des programmes et plans de formation déjà chargés peuvent être difficiles.

D'autres outils requièrent notre intérêt : La réalité virtuelle (RV) qui est une forme avancée de simulation en santé, offre un environnement immersif et interactif pour l'apprentissage et la pratique des compétences cliniques. Là aussi, cet outil requiert des locaux adaptés et du matériel onéreux.

Certains établissements ou instituts proposent des ateliers pour pratiquer des compétences spécifiques dans un environnement contrôlé. Ces ateliers peuvent être déployés en interne ou proposés en externe. Outre les ateliers, les immersions au sein de différents services sont déjà en pratique. Ces immersions doivent s'étendre au périmètre du GHT pour offrir un éventail plus large de spécialités et donc de chances de développer ses compétences. Parallèlement, des temps d'échanges de pratiques polyvalentes, autour d'un questionnement clinique et éthique, permettraient d'asseoir cette mission polyvalente, de la partager.

L'usager occupe une place de plus en plus centrale dans les dispositifs de formation des infirmiers pour développer leurs compétences. Cette inclusion peut se manifester de plusieurs manières : par une participation active où ils peuvent être invités à partager leurs expériences de soins, aidant les étudiants à comprendre les perspectives des patients, par l'intégration dans des scénarii de simulation basés sur des situations réelles vécues par les patients, ce qui permet de mieux préparer les infirmiers à des cas variés et authentiques. Ou tout simplement par des rencontres en direct pendant lesquels les patients peuvent fournir des retours sur les compétences relationnelles et techniques des apprenants, améliorant ainsi leur formation.

L'implication des usagers dans la formation des infirmier(e)s vise à humaniser les soins et à renforcer la qualité des interactions entre soignants et patients.

Enfin le E-Learning et des modules en Ligne proposent des cours et permettent d'apprendre à son propre rythme, à tout moment et en tout lieu, ce qui règle la problématique de temps.

La formation continue et la formation initiale jouent un rôle essentiel pour aider les infirmiers à développer les compétences nécessaires pour devenir polyvalents. Les institutions et

établissements de santé doivent offrir des opportunités régulières de formation et de développement professionnel pour combler les lacunes en compétences. C'est là mon rôle de Directrice des soins dans le processus de développement de compétences, de sécurisation des soins, de manager l'encadrement autour de la formation et du recensement des besoins en formation, de définir les priorités des besoins en formation au gré des évolutions en santé, de concourir à la recherche du meilleur outil de formation.

Préconisation 3 : susciter la polyvalence en maintenant et développant la formation à l'aide d'outils innovants et performants, et dans une stratégie territoriale au regard des freins évoqués. Intégrer les usagers dans les dispositifs de formation initiale et continue. Favoriser les partages d'expérience polyvalente, via des cafés de la polyvalence et utiliser la CSIRMT pour une communication institutionnelle.

Les indicateurs de suivi :

- Nombre de sessions de simulation, réalité virtuelle, ateliers, session e-learning réalisés au niveau institutionnel et territorial : fréquence des séances organisées pour les infirmiers, en formation initiale et continue.
- Nombre d'infirmiers formés
- Taux de participation des infirmiers, relatif à la demande recensée lors des entretiens annuels.
- Satisfaction des participants aux formations innovantes : enquête de satisfaction sur l'efficacité et l'impact de ces outils sur l'acquisition des compétences pratiques et relationnelles.
- Taux de polyvalence des infirmiers après les formations.
- Taux de participation et de satisfaction des usagers sur leur participation à la formation des infirmiers, via le rapport d'activité de la CDU.
- Satisfaction des infirmiers concernant la diversité et l'accessibilité des outils de formation : via le bilan social.
- Suivi des événements indésirables associés aux soins

4.2 Favoriser un partenariat entre directeurs des soins en formation et en établissement

4.2.1 Une réalité de terrain, le manque de places de stage :

La demande d'augmentation des capacités des places en institut de formation en soins infirmiers a pris de l'ampleur particulièrement à partir de 2020, en réponse à la crise sanitaire liée à la COVID-19. Cette période a révélé la nécessité de former un plus grand nombre de professionnels de santé pour faire face à des crises sanitaires, à une demande croissante en soins infirmiers, à une perte d'attractivité et de fidélisation des infirmier(e)s. Les autorités sanitaires et les institutions de formation ont donc intensifié leurs efforts pour augmenter les capacités d'accueil des instituts et répondre aux besoins urgents du système de santé. Parallèlement, le nombre de lits d'hospitalisation a diminué en France. Cette réduction du nombre de lits d'hospitalisation et l'essor de la chirurgie ambulatoire en France ont commencé à se manifester dans les années 1990 et 2000. Cette tendance a été soutenue par des politiques de santé visant à rationaliser les dépenses, améliorer l'efficacité des soins et répondre aux évolutions des pratiques médicales. La chirurgie ambulatoire s'est particulièrement développée depuis les années 2010, en partie grâce aux avancées technologiques et à des techniques chirurgicales moins invasives. Cette diminution est liée à plusieurs facteurs, notamment l'évolution des pratiques médicales vers des soins ambulatoires, l'amélioration des techniques médicales permettant des séjours hospitaliers plus courts, l'amélioration du confort des patients et les politiques de rationalisation des ressources hospitalières.

Ces évolutions ont contribué à une diminution des places de stage disponibles pour les étudiants en soins infirmiers. Les conséquences incluent une diminution des opportunités de pratique clinique. Avec moins de lits et plus de soins ambulatoires, il y a moins de patients hospitalisés, ce qui limite les opportunités pour les étudiants d'acquérir une expérience clinique variée. Les établissements de santé ayant moins de capacités d'accueil pour les stagiaires, la concurrence pour les places de stage est plus intense.

Il incombe aux directeurs des soins, en formation et en établissement de pallier à cet écart entre l'offre et le besoin. La nécessité de diversifier les terrains de stage s'impose, sur des structures libérales, privées... ce qui est déjà en cours. C'est par le biais d'une régionalisation de la gestion des places de stage que certains instituts tentent d'améliorer la diversité des terrains et la répartition équitable entre les instituts.

En établissement, Directrice des soins, je dois intégrer la formation tutorat des étudiants infirmiers et veiller au nombre suffisant dans un contexte de taux de renouvellement important.

Une piste réside dans l'organisation de l'encadrement de étudiants par les infirmiers(e)s. Dans la plupart des cas, un infirmier encadre un étudiant, or, nous connaissons le temps que nécessite l'encadrement d'un étudiant dans de bonnes conditions, et c'est bien le temps des soignants qui leur fait défaut. Il s'agit donc de trouver une alternative, peu expérimentée et documentée à ce jour, dans le fait de promouvoir des stages où plusieurs étudiants travaillent ensemble sous la supervision d'un encadrant, permettant une meilleure répartition des ressources.

Préconisation 4 : établir en partenariat entre directeurs des soins en formation et en établissement, une politique de stage innovante qui définit l'organisation du tutorat et de l'accompagnement en groupe des stagiaires, la formation au tutorat et à l'accompagnement, son déploiement au sein des établissements, la reconnaissance qu'on accorde aux tuteurs. Etendre la gestion des places de stage sur une dimension territoriale, départementale ou régionale.

Les indicateurs de suivi :

- Le nombre de places de stage.
- Le nombre de conventions et partenariats de stage au niveau départemental et territorial.
- Le ratio tuteur – stagiaire- nombre de lits/ consultations par unité.
- La satisfaction des stagiaires, via les bilans de retour de stage élaborés par les instituts de formation.
- Le taux de remplacement des tuteurs.

4.3 Agir sur l'encadrement

4.3.1 Formation de l'encadrement.

Les résultats de l'enquête montrent que les infirmiers demandent du soutien, des encouragements et de la reconnaissance de la part de leur hiérarchie (*Le management en santé*, s. d.). Ces attentes contribuent à la motivation et à l'engagement des agents dans la polyvalence, favorisant ainsi leur épanouissement professionnel. Ainsi, les relations de travail et l'encadrement s'entendent comme des réponses au risque psychosocial et à la perte de sens (Routelous, 2018). Mon rôle sera de proposer diverses formations ou outils aux équipes d'encadrement pour aider à répondre à ces demandes.

En premier lieu, il convient de définir un parcours de formation des cadres de santé structuré et rigoureux pour les futurs cadres de santé, qui permet de confirmer leur potentiel et de les préparer efficacement à leurs responsabilités. Cette approche garantit non seulement la compétence et la préparation des nouveaux cadres, mais elle contribue également à un environnement de travail plus stable et plus motivant pour l'ensemble du personnel infirmier. Plusieurs établissements, que j'ai pu côtoyer lors de stage ou de réunions, ont travaillé sur des parcours, dont le schéma est en plusieurs étapes : un repérage de profils cadres par l'encadrement supérieur pour identifier des talents, à partir d'outils d'évaluation et d'entretiens pour repérer les infirmiers avec un potentiel de leadership et des compétences en gestion.

La deuxième étape consiste en une période d'immersion de quelques jours consécutifs pour inviter les candidats potentiels à observer les cadres en fonction pour comprendre les responsabilités et les attentes du rôle, et confirmer leur souhait d'intégrer cette fonction.

La troisième étape se définit par une période dite de faisant fonction de plusieurs mois, avec un tutorat par un cadre de santé expérimenté qui prodigue des conseils et du soutien, et une supervision par le cadre supérieur qui assure l'évaluation périodique de professionnel à partir des objectifs fixés et des besoins en formation.

La quatrième étape correspond à la validation du projet et l'aide à la préparation au concours d'entrée. L'intérêt de ce dispositif, est de réduire le taux d'échec, est de permettre à l'agent de se confronter aux situations d'encadrement diverses et variées, et à l'encadrement supérieur ainsi qu'au directeur des soins de confirmer l'appétence au management du candidat en termes de responsabilité des soins, de gestion de ressources humaines pour garantir un environnement de travail positif.

En deuxième intention, je me fixe pour mission de contribuer aussi à l'épanouissement professionnel des cadres supérieurs et cadres de proximité, de leur proposer des formations aidantes pour développer des compétences en leadership, pour la prise de décision, la gestion de crise, telles les formations sur le leadership ou la gestion de projet. Dans notre contexte, celui de contribuer à l'épanouissement des infirmier(e)s, les formations en communication sont essentielles.

Les formations en softskills sont à ce titre intéressantes : elles se définissent par des compétences comportementales « douces », « non techniques » et complémentaires aux hard skills (connaissance technique, de base) et aux mad skills (talent particulier : sportif de haut niveau, voyageur prise de risque...), peuvent se développer (exercice, entraînement), sont transverses (endurance...), sont adaptées pour répondre à un monde volatile, incertain, complexe, contagieux et ambigu⁹. En l'occurrence, les softskills sont un atout pour améliorer les compétences en communication, y compris l'écoute active, la résolution de conflits et la communication non violente, et pour développer la capacité à comprendre et à gérer ses émotions et celles des autres. Le management peut aussi passer par la formation à la démarche appréciative qui potentialise l'effet fédérateur et motivant dans les conduites de projet. Cette démarche répond aussi à la génération Z, dont sa pédagogie est plus rassurante et ludique.

Enfin, des formations plus techniques sont à inscrire dans le dispositif pour la gestion de ressources humaines, en lien avec le recrutement, l'intégration, la motivation et la rétention des talents. Actuellement, la gestion des ressources humaines, à l'échelle du service ou du pôle, nécessite la maîtrise des logiciels de gestion du temps de travail (les plannings), le logiciel GPMC pour les

⁹ Skillcare- EHESP

entretiens d'évaluations annuels. Une formation systématique à l'utilisation de ces outils est indispensable pour tous les nouveaux cadres et à chaque actualisation. Il s'agira, pour moi, de mettre à disposition différents supports pour aider l'encadrement : des plateformes internes pour faciliter la communication et le partage des connaissances entre les cadres et les équipes, des applications sécurisées de messagerie pour des communications rapides et efficaces, des accès à des documents et calendriers partagés, des accès à des ressources en ligne, y compris des livres, des articles et des vidéos de formation, des modules E-learning sur des sujets variés pour permettre un apprentissage flexible. Par mes prérogatives, je peux aussi proposer des groupes de travail, des ateliers à l'encadrement sur des thématiques spécifiques pour développer des compétences ou partager des savoirs : organisation de séminaires de l'encadrement, sur la base d'une semaine par an.

Préconisation 5 : Directrice des soins, j'ai pour mission d'aider les cadres de santé supérieurs ou de proximité à mieux encadrer leurs équipes, à répondre aux attentes des agents et à promouvoir un environnement de travail positif et productif. L'objectif est de favoriser le développement de leurs compétences en management, au travers de formations dites soft (aspect relationnel) ou hard (plus techniques), et à la démarche appréciative.

Les indicateurs de suivi :

- Nombre de formations aux outils managériaux (soft et hard skills, démarche appréciative...) suivies par l'encadrement supérieur et de proximité.
- Taux de satisfaction de l'encadrement à la formation aux nouveaux outils managériaux.
- Taux de renouvellement de l'encadrement.
- Enquête bien-être au travail et satisfaction des personnels sur le management dans le cadre du bilan social (écoute, soutien, communication, résolution de conflits...)
- Taux d'absentéisme, démission des personnels.

4.3.2 Le repérage et l'évaluation des agents polyvalents

Les résultats de l'enquête ont montré que les recrutements, tout comme les évaluations annuelles, se font à partir d'une grille, commune à toutes les spécialités, élaborée à partir des compétences de base de l'infirmier(e). De ce constat, Je souhaite insuffler une amélioration du repérage, de l'évaluation et du suivi des infirmiers(e)s polyvalent(e)s, en fédérant l'encadrement autour d'un projet de construction ou d'actualisation des grilles. L'objet serait de développer une grille spécifique qui identifie clairement les compétences clés nécessaires pour la polyvalence, telles que

l'adaptabilité(Bousser, 2022), la gestion du stress, la communication interdisciplinaire, les compétences techniques variées et leur capacité à gérer différentes tâches et environnements, en précisant leurs aspirations professionnelles de polyvalence, en durée, en spécialités envisagées.

En continuité, l'idée est de construire une grille d'évaluation adaptée aux agents polyvalents, qui mettrait en exergue les compétences développées, dans quel délai, et l'implication de l'agent polyvalent au sein des unités fréquentées. L'objet est d'établir un recueil exhaustif et régulier des compétences, un portfolio numérique de l'agent polyvalent, qui implémenterait le logiciel de gestion des performances dans la partie autoévaluation pour suivre les compétences et les progrès des infirmiers, permettant des évaluations plus objectives et basées sur des données. Je serai amenée à travailler en collaboration avec le SIH et les éditeurs de logiciel pour la faisabilité.

Préconisation 6 : Directrice des soins, j'impulse une dynamique de recrutement fiable et cohérente des agents polyvalents par l'actualisation des outils de repérage et de suivi.

Les indicateurs de suivi :

- Pourcentage d'unités ou de services ayant rédigé et adopté la grille spécifique des compétences clés pour la polyvalence.
- Nombre d'infirmiers polyvalents utilisant activement le portfolio numérique pour suivre leurs compétences et auto-évaluations.
- Durée de maintien en poste des infirmier(e)s polyvalent(e)s.
- Suivi du délai moyen nécessaire d'acquisition de compétences par unité spécifique.

4.3.3 Evaluation de la charge de travail pour équilibrer

L'évaluation de la charge de travail permet de mieux utiliser la polyvalence des infirmier(e)s pour équilibrer les charges de travail, offrir des opportunités de développement professionnel continu, et améliorer la qualité de vie au travail. Ces facteurs contribuent à l'épanouissement professionnel des infirmier(e)s en leur offrant un environnement de travail plus équilibré, des opportunités de développement et une reconnaissance de leurs compétences et de leur engagement. Mon rôle auprès de l'encadrement dans le contexte de l'évaluation de la charge de travail et de la promotion de la polyvalence des infirmiers est crucial : je supervise l'évaluation régulière de la charge de travail dans les différentes unités de soins, m'assure que les outils et méthodes utilisés sont adaptés pour recueillir des données précises et pertinentes, planifie la répartition des ressources humaines de manière à optimiser l'utilisation des compétences polyvalentes des infirmier(e)s. J'instaure une

culture de feedback continu, où les cadres reçoivent des retours constructifs sur leur gestion de la charge de travail et l'encouragement à la polyvalence.

Préconisation 7 : dans l'évaluation des besoins en ressources humaines et leur répartition, garant de la sécurité des soins, j'engage et accompagne les équipes d'encadrement à mettre en place un suivi régulier de la charge de travail et veille à la mise en place d'un feedback régulier permettant un ajustement au plus près des besoins.

Les indicateurs de suivi :

- Evaluation de la charge de travail par unité et secteurs.
- Nombre de feedbacks encadrement – directeur des soins
- Taux d'actualisation des maquettes organisationnelles.
- Taux d'absentéisme infirmier corrélé à la charge de travail de l'unité.
- Délai d'adéquation des ressources à l'activité.
- Taux d'EIAS en lien avec la charge de travail.

4.3.4 Agir sur la motivation : projets, recherche, innovations

Evoqué précédemment, la polyvalence requiert un acte de volontariat de la part des agents, volontariat qui émane d'une motivation intrinsèque ou extrinsèque. La motivation intrinsèque est celle que l'on active pour le plaisir de faire une activité, la motivation extrinsèque est celle qui permet de faire quelque chose pour atteindre un but ou un objectif. La motivation se construit mais elle doit également se maintenir face à l'effort. Si on ne comprend pas le but de ce que l'on fait ou si nous ne savons pas où nous allons, la motivation va s'amoindrir. Nous pouvons donc noter l'intérêt du sens donné à l'activité comme élément moteur de la motivation. Il faut un but concret qui maintient la motivation, la variété des tâches, l'autonomie de réalisation, la responsabilité, les informations et le feedback, et qui donne envie de réussir.

Mon rôle, dans cette approche, est de susciter la motivation de l'encadrement, en s'appuyant sur les projets, la recherche : motiver les cadres pour motiver les équipes.

L'enjeu à l'hôpital réside dans la motivation qu'un projet ordonné peut susciter, tant pour l'encadrement que pour les soignants. Si nous évoquons les projets de service ou de pôle qui émanent du projet d'établissement dans lesquels les actions sont quasiment prédéfinies, la motivation de l'encadrement ou de l'équipe n'est pas innée et spontanée, plutôt obéissante pour répondre à des attendus précis qui laissent peu de marge de manœuvre.

Malgré tout, les projets permettent de confronter l'encadrement et les équipes à des obstacles qui nécessitent la recherche active d'informations complémentaires. Cette démarche est propice à l'apprentissage et à la motivation.

Pour maintenir la motivation, le bénéfice perçu des actions doit être supérieur à l'effort demandé. Les équipes d'encadrement doivent se sentir capables de réaliser les tâches assignées et voir les avantages de leurs efforts. Offrir un espace d'autonomie et d'initiative où tous peuvent prendre des décisions et négocier certains aspects des projets renforce leur engagement et leur satisfaction professionnelle. C'est alors agir sur la place de l'autonomie laissée par la hiérarchie dans un établissement de santé.

Directrice des soins, je peux dès lors proposer une autre approche à l'encadrement pour le traitement des projets, en donnant plus d'importance aux idées qui émanent du terrain pour répondre aux attendus, par la méthode du design thinking. Cette méthode repose sur l'idée que les meilleures solutions émergent lorsque les besoins réels des utilisateurs sont pris en compte dès le début du projet. En mettant l'accent sur la compréhension empathique des utilisateurs, elle cherche à générer des idées qui répondent véritablement à leurs besoins et à leurs désirs, en encourageant une démarche collaborative, où les équipes multidisciplinaires travaillent de l'idée à son test, son réajustement, sa validation. Cette approche de Design Thinking est une approche holistique de la conception qui combine empathie, créativité et itération pour résoudre les problèmes de manière humaine, pertinente et innovante.

C'est aussi par la recherche en soins infirmiers que l'adhésion des cadres et équipes de terrain peut s'exprimer et exacerber la motivation : la recherche permet aux infirmiers de développer et d'explorer leurs propres idées, favorisant l'autonomie et la créativité. Ils peuvent choisir des sujets qui les passionnent et où ils voient un potentiel d'impact réel, en sens à leur pratique. Elle est souvent motivée par un intérêt personnel, qui s'étend au collectif (*L'intelligence collective pour redonner du sens à l'hôpital - Objectif Soins & Management n° 0289 du 30/09/2022, 2022*), pour l'amélioration des pratiques cliniques et le bien-être des patients, ce qui renforce la satisfaction et l'engagement intrinsèque, et les découvertes de la recherche peuvent avoir des applications immédiates et tangibles dans la pratique clinique, augmentant le sentiment d'accomplissement. Enfin, bien que les projets institutionnels puissent également offrir des opportunités de reconnaissance, celle-ci est souvent interne à l'établissement alors que la recherche en soins infirmiers peut être plus visible au niveau national ou international.

Directeurs des soins, nous devons agir comme accompagnateurs, présents pour guider et soutenir les cadres et cadres supérieurs tout au long des projets de recherche. Cela consiste à communiquer régulièrement sur l'importance de la recherche en soins infirmiers et son impact sur l'amélioration des pratiques et des résultats pour les patients, encourager l'encadrement à motiver les infirmiers à s'impliquer dans des projets de recherche en soulignant les bénéfices personnels et

professionnels. Pour cela, j'accompagne les cadres supérieurs dans la mise à disposition des outils et logiciels nécessaires pour mener des recherches, tels que des logiciels de gestion de références et des outils d'analyse de données. J'oriente l'encadrement dans la gestion du projet via la cellule de recherche de l'établissement ou du territoire, tant pour la méthodologie que pour la quête de financement interne ou externe, et met en valeur les résultats des recherches au sein de l'institution et du territoire.

Préconisation 8 : le directeur des soins est vecteur de motivation par l'intérêt des projets, y compris de recherche, qu'il porte et apporte aux équipes, soit du fait de stratégie institutionnelle, soit de stratégie nationale via des appels à projets, soit des équipes soignantes elles-mêmes. J'aurai donc une veille accrue à proposer, encourager et communiquer tous les projets, sources de motivation et de satisfaction professionnelle. Dans notre sujet, l'objectif est de veiller à l'intégration des agents polyvalents dans les projets institutionnels, de les encourager à proposer des sujets de recherche que leur polyvalence met en exergue.

Les indicateurs de suivi :

- Nombre de projets institutionnels ou de recherche proposés par les équipes soignantes, dont le taux initié par des infirmier(e)s polyvalent(e)s.
- Pourcentage d'agents infirmiers polyvalents intégrés dans des projets institutionnels, de recherche ou d'innovation.

4.4 Agir sur la rigidité organisationnelle

L'enquête a révélé des freins à la polyvalence, notamment concernant les amplitudes de travail des agents, chacun ayant une appétence particulière selon sa vie personnelle ou sa résistance. Un manque de flexibilité dans les organisations est avancé.

4.4.1 Les horaires :

Des horaires trop rigides peuvent entraîner démotivation, fatigue, stress, burnout. Il est indispensable de permettre aux infirmier(e)s de prendre des pauses nécessaires et d'avoir des horaires de travail plus équilibrés. Les enjeux se mesurent en termes d'attractivité et de fidélisation des infirmier(e)s. Cela est d'autant plus probant pour les infirmiers(e)s affecté(e)s dans des pools de remplacement

Le premier obstacle est l'amplitude horaire nécessaire d'une unité de soins pour assurer une continuité de soins qui réponde au besoin de soins, à cordonner avec les ressources à disposition.

Les contraintes budgétaires ne permettent pas d'augmenter les effectifs autant que souhaité. L'arbitrage de l'amplitude horaire de travail pour couvrir l'amplitude d'ouverture de l'unité se fait donc à partir de l'étude du besoin, de la charge de travail qui détermine des ratios agents-patients (définis pour les secteurs critiques) pour garantir la qualité et la sécurité des soins.

Nous avons pu constater dans les résultats de l'enquête la nécessité de pouvoir offrir des amplitudes de travail différents : en 7h30, en 10h, en 10h30... selon les appétences des agents. Une équipe est rarement d'accord à 100% sur une amplitude. La difficulté réside alors dans la gestion des plannings pour l'encadrement.

Le deuxième obstacle concerne les infirmier(e)s polyvalent(e)s, notamment ceux affectés dans des pools de remplacement dont les horaires des unités où ils exercent diffèrent.

Face à cela, je dois adopter des solutions innovantes pour améliorer l'attractivité et la fidélisation des infirmiers, tout en assurant la continuité, la sécurité et la qualité des soins rendus aux patients, mais aussi la qualité des conditions de travail pour les professionnels.

A. Utilisation de l'Intelligence Artificielle (IA)

Afin d'optimiser la gestion des plannings, directrice des soins, au sein de l'équipe de direction et en collaboration avec le SIH, j'insuffle l'utilisation de logiciels de planification basés sur l'IA pour optimiser les horaires de travail. Ces outils peuvent analyser les préférences des infirmiers, les besoins en soins des unités, et les contraintes réglementaires pour proposer des plannings équilibrés. Mon attention portera aussi sur l'affectation des infirmiers(e)s de pool, non en fonction de leur préférence horaire mais bien de leurs compétences disponibles pour l'unité. Cela sous-entend que pour un pool, l'hôpital doit pouvoir offrir des amplitudes de travail différentes quand cela est possible.

De plus, les algorithmes de l'IA peuvent analyser les horaires en temps réel en fonction des absences, des pics de charge de travail, et des besoins spécifiques des patients. Cela apporte une analyse prédictive qui permet d'affiner les amplitudes d'ouverture de service, l'allocation des ressources au besoins, de prévoir les temps de pause de façon plus formelle. Enfin, en combinant les données historiques et les tendances actuelles, l'IA peut aider à planifier les recrutements temporaires et les redistributions de personnel, notamment pour les agents polyvalents.

B. Flexibilité des Horaires

Lorsque l'organisation du service le permet, il devient donc nécessaire de pouvoir proposer des horaires variés pour répondre aux préférences des infirmiers et améliorer leur satisfaction et leur engagement. Si la gestion de plusieurs horaires à affecter selon le souhait de chaque agent est compliquée pour l'encadrement, une alternative est aussi de mettre en place un système de roulement où les infirmiers peuvent choisir ou échanger leurs plages horaires, sous réserve de l'approbation de l'encadrement pour garantir la couverture nécessaire. Une charte des conditions

d'échange est envisageable pour répondre dans la mesure du possible à la demande du temps choisi.

Lorsque l'organisation de service ne le permet pas, il incombe alors de pouvoir proposer aux agents des options de travail à temps partiel pour les infirmiers qui le souhaitent, permettant ainsi une meilleure gestion de leur vie professionnelle et personnelle : le job sharing qui permet à deux infirmiers de partager un poste à temps plein, répartissant ainsi les responsabilités et les heures de travail.

C. Participation et engagement des Infirmier(e)s

Nous connaissons la difficulté, donc, de réaliser des plannings et de satisfaire tous les participants. Directeur des soins, je préconise auprès de l'encadrement supérieur et de proximité la création de groupes de travail incluant des infirmier(e)s pour coconstruire les cycles de travail et réfléchir aux horaires, assurant ainsi que leurs préférences et contraintes sont prises en compte. Cette co-construction fait intervenir les organisations syndicales dès la composition des groupes pour garantir la prise en compte équitable et juste des préférences et des contraintes de tous les infirmier(e)s. Il convient aussi de prévoir l'évaluation quantitative et qualitative des dispositifs mis en place, par le suivi des indicateurs RH de mouvements et d'attractivité, et des enquêtes de satisfaction annuelles prenant en compte les horaires.

4.4.2 L'uniformisation des pratiques :

L'uniformisation est aussi un critère relevé par les agents polyvalents lors de l'enquête. Qu'il s'agisse de matériel ou de pratiques de soins via des protocoles, le manque d'uniformisation est relevé par les infirmiers(e)s polyvalents comme source de stress et freins à la polyvalence. Directrice des soins, je souhaite mettre en œuvre plusieurs stratégies.

Les cadres supérieurs et cadres de santé de proximité doivent être sensibilisés à cette uniformisation, par l'intermédiaire des responsables biomédicaux qui ont une vision globale du parc matériel de l'établissement. Mais, outre l'encadrement, c'est en collaboration avec les personnels médicaux que cette sensibilisation doit être opérée. Mon rôle de directeur des soins s'inscrit dans la coordination de l'opération avec le président de la CME et le responsable des services techniques biomédicaux. La maintenance des appareils défectueux doit aussi être prise en compte : le matériel en panne est source de stress. Une procédure standardisée est nécessaire. Enfin, l'utilisation de tout nouveau matériel nécessite la formation des utilisateurs. Cela est d'autant plus conseillé pour les infirmiers(e)s polyvalents qui utilisent des dispositifs particuliers d'un service à l'autre. On retrouve là la nécessité d'un tutorat incluant de démonstrations pratiques, voire d'une formation par la simulation en dehors des formations planifiées.

4.4.3 L'autonomie et le leadership

Nous avons évoqué en regard de l'enquête la rigidité organisationnelle. Dans une organisation de plus en plus marquée par la normalisation, les protocoles et les contrôles, les soignants peuvent progressivement perdre leur pouvoir d'agir. Cet enfermement dans nos procédures tend à déposséder les professionnels de leur capacité de jugement et d'initiative. Dans *La comédie (in)humaine*, N. Bouzou et J. De Funès dénoncent cette « inflation procédurale » qui transforme les acteurs en exécutants, au détriment du sens, de la créativité et du discernement. Le soin, réduit à une série d'actes standardisés, en vient à s'éloigner de sa finalité humaine.

Or, les travaux que nous avons conduits montrent que l'épanouissement professionnel est étroitement lié au sentiment d'efficacité personnelle. Celui-ci ne peut se construire que si les soignants se sentent reconnus comme compétents, autonomes, capables de prendre des décisions adaptées aux situations concrètes. C'est pourquoi il est essentiel de redonner aux professionnels du soin des espaces de réflexion, de responsabilité et d'expression. Cela suppose de déplacer le curseur managérial : du contrôle vers la confiance, du prescrit vers le coconstruit, de la hiérarchie vers le leadership partagé. Il ne s'agit pas de supprimer les cadres de référence, mais de les articuler avec une reconnaissance du savoir d'expérience, une valorisation des compétences, et une réelle autonomie décisionnelle dans les situations complexes. C'est permettre aux soignants d'être auteurs de leurs pratiques, et non de simples exécutants. Cette autonomie, articulée à un leadership bienveillant et mobilisateur, constitue un levier majeur pour renforcer l'épanouissement au travail et la qualité des soins.

Préconisation 9 : Directrice des soins, en collaboration avec les autres directions fonctionnelles, techniques, ressources humaines, informatiques, cellule qualité et gestion des risques, et le président de la CME, je propose une uniformisation des pratiques et du matériel non spécifique, visant à diminuer le stress des infirmier(e)s polyvalents. J'incite et contribue au développement et à l'utilisation des outils numériques notamment dans la gestion de planning, via l'intelligence artificielle, pour donner plus de satisfaction aux agents sans alourdir les tâches de l'encadrement. Je préconise l'autonomie et prône le leadership dans la co-construction de projets, en plaçant l'encadrement comme pilote, prôneur du bon sens, et non comme contrôleur.

Les indicateurs de suivi :

- Taux de procédures non spécifiques uniformisées.
- Recensement et actualisation des procédures de modes dégradés des matériels en cas de panne.
- Suivi des plans de recensement des demandes de matériels non spécifiques à visée d'uniformisation.

- Nombre de formations aux dispositifs et outils spécifiques des infirmier(e)s polyvalent(e)s.
- Nombre de projets émergents.

4.5 Organisation de la polyvalence pour répondre au développement professionnel et au maintien de l'activité :

La polyvalence s'organise. Lors de l'enquête et de l'enquête exploratoire, plusieurs modèles ont été explorés. Chacun répondant aux besoins des agents et de continuité de service, selon ses moyens. Il ressort unanimement de l'enquête que la polyvalence doit être structurée.

Selon que l'on évoque un(e) infirmier(e) qui change de service tous les 4 ans, ou qui fait partie d'un pool de remplacement changeant de service tous les mois, ou qui s'inscrit sur des plateformes de rappel pour des remplacements inopinés du jour au lendemain, certains critères sont communs à tous ces profils : il y a nécessité d'un périmètre d'exercice pour lequel les compétences sont en adéquation, une expérience de base avec des compétences de base dans la spécialité, et enfin le volontariat.

Stratégiquement, je souhaite promouvoir la polyvalence des infirmier(e)s au sein de l'établissement autour de deux axes : celui du développement des compétences via la mobilité souhaitée des agents dans un pur objectif d'évolution de carrière, et celui de répondre aux besoins de continuité de soins. Dans un cas, comme dans l'autre, cela nécessite une anticipation de ma part, en collaboration avec la direction des ressources humaines pour définir les différentes situations opérationnelles.

Cela implique la nécessité de repérer dès le recrutement les profils de polyvalence, et de pouvoir proposer un parcours polyvalent : les objectifs individuels de l'infirmier(e), les compétences requises au fil du parcours, les compétences nécessaires avant la prise de poste, la durée préconisée dans chaque unité pour assurer l'ancrage des compétences et développer une expertise, les formations et tutorat ou mentorat nécessaires, rythme des évaluations, outils d'évaluation. Plutôt que d'exiger une polyvalence immédiate, une approche progressive peut être adoptée. Les infirmier(e)s peuvent commencer par diversifier leurs compétences dans des domaines spécifiques avant de passer à une polyvalence plus large. Cette progression doit s'organiser en outre autour de grandes classes de soins, selon un ordre prédéfini lors de l'entretien : les soins aigus, les soins chroniques, les soins hyperspécialisés... Ce schéma est valable, y compris pour les infirmiers(e)s souhaitant intégrer un pool de remplacement : l'engagement des infirmier(e)s et de la direction des soins pose un climat de confiance.

Cette politique de polyvalence doit s'accompagner d'une politique coconstruite avec la DRH, d'intégration, d'accueil des nouveaux infirmiers dans les unités, qu'ils soient d'ailleurs nouveaux arrivants, stagiaires, étudiants.

Préconisation 10 : Directrice des soins, en collaboration avec la direction des ressources humaines nous établissons une politique de polyvalence et d'intégration qui offre un véritable parcours de carrière et un engagement aux agents. Au travers de cette politique de polyvalence, c'est aussi le moyen pour l'encadrement de garantir les besoins en polyvalence des unités en maintenant un équilibre entre les niveaux de compétences : expertise, novice, pluri compétent. La politique d'intégration veille en outre à garantir un accueil rassurant. C'est aussi suggérer la mise en valeur de cette politique en l'illustrant et en la diffusant, directement par les agents polyvalents sur des supports choisis tels une bibliothèque de la polyvalence, des récits de polyvalence, la journée de la polyvalence, le forum de la polyvalence...

Les indicateurs de suivi :

- Suivi de taux de recrutement d'infirmier(e)s polyvalent(e)s.
- Taux d'absentéisme, de démission des infirmier(e)s polyvalent(e)s.
- Durée d'exercice des infirmier(e)s polyvalent(e)s.

Conclusion

A ce jour, le terme « polyvalence » a été détourné de son sens noble pour devenir un mot repoussoir dans les pratiques professionnelles. Longtemps synonyme d'adaptabilité, de richesse de compétences et d'ouverture professionnelle, la polyvalence a été vidée de sa substance pour devenir le synonyme de surcharge ou de bricolage organisationnel. Elle s'est imposée, souvent sans cadre ni reconnaissance, jusqu'à devenir un mot craint, voire honni, par les soignants.

La polyvalence, lorsqu'elle est bien gérée, est une parfaite stratégie d'épanouissement pour les infirmiers(e)s, améliorant à la fois leur satisfaction professionnelle et la qualité des soins prodigués. Dans une perspective managériale soucieuse d'éthique et de développement des individus, il s'agit de redonner à la polyvalence son rôle d'outil de croissance, au service de l'épanouissement professionnel et non contre lui.

Le directeur des soins joue un rôle crucial de superviseur et d'incitateur, de modèle auprès des équipes d'encadrement. Dans sa mission, il coordonne, en collaboration avec l'équipe de direction et les personnels médicaux, les actions à mener entre la déclinaison des politiques de santé et leur mise en œuvre auprès des paramédicaux, à l'échelle de l'établissement et du territoire, tout en intégrant les innovations managériales et numériques et en respectant les particularités professionnelles, générationnelles et sociétales. À l'image de la critique de Julia de Funès (De Funès, 2019) sur le "développement impersonnel", il convient de ne pas faire de la polyvalence une

injonction désincarnée. Elle ne peut être porteuse de sens que si elle respecte la singularité des parcours, les rythmes de chacun, le socle professionnel sur lequel les soignants fondent leur identité, et dans un cadre qui fixe certaines règles, un objectif commun. Par des actions ciblées et une approche participative, la polyvalence peut véritablement transformer l'environnement de travail des infirmiers, favorisant leur épanouissement et leur engagement. Pour être efficace, cette stratégie de polyvalence doit respecter les caractéristiques générationnelles X, Y et Z et les contextes sociétaux, s'inscrire dans les évolutions technologiques et numériques. Elle doit permettre une flexibilité dans les organisations et une personnalisation des parcours professionnels, répondant ainsi aux aspirations des infirmier(e)s selon leur âge, leur ancienneté dans la fonction et leur poste, leur capacité d'exercice notamment en cas de restrictions médicales. Pour garantir une satisfaction au travail, la polyvalence doit s'organiser autour du volontariat. Elle ne peut plus uniquement répondre à un besoin en effectif, mais doit s'appuyer sur les compétences spécifiques liées aux spécialités des unités. Ce repositionnement est garant du sentiment de sécurité des soignants, et donc de la sécurité des soins.

Enfin, l'enquête montre que la polyvalence nécessite une structuration minutieuse des organisations de la part des managers : une temporalité différente pour répondre aux besoins en effectifs et à l'acquisition des compétences.

Une enquête future à la prise de poste pourrait bénéficier d'un échantillon élargi aux autres professions de la santé. A plus long terme, il serait intéressant de réaliser une étude sur l'impact de pratiques vertueuses de développement durable sur le sentiment de fierté et d'épanouissement au travail des soignants, ainsi que l'impact des nouvelles technologies telle l'IA.

En conclusion, ce travail de recherche m'a permis de prendre du recul pour développer une vision stratégique et opérationnelle précieuse pour l'amélioration des conditions de travail et de la qualité des soins. En confrontant la théorie à la pratique, cela m'a permis de rompre avec mes représentations et d'approfondir ma capacité d'analyse.

Bibliographie

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

Barreau, P. (2011, août). L'hôpital est-il une organisation apprenante ? Soins Cadres n°79, pp. 29-30.

Belet, D. (2002). Devenir une vraie entreprise apprenante. Les meilleures pratiques - Editions d'organisation.

Baudrit, A. (2012). Être aujourd'hui tuteur d'étudiants en soins infirmiers : Une mission complexe et pérenne ? *Recherche en soins infirmiers*, 111(4), 6-12.

Boileau, J.-Y. (2006). *L'affectation des infirmières dans les secteurs ambulatoires, comment associer mobilité et compétences.*

Boterf, G. L., & Le Boterf, G. (2015). *Construire les compétences individuelles et collectives : Agir et réussir avec compétence, les réponses à 100 questions* (7e édition augmentée). Eyrolles.

Bousser, M. (2022). Les facteurs d'adaptabilité des personnels de santé contributifs à la résilience hospitalière et les leviers managériaux mobilisés. *Projectics / Proyética / Projectique*

Bouzou N. , De Funès J. (2018). *La Comédie (in)humaine*. Edition de l'Observatoire

Cefiec, B. (2022). *INGÉNERIE PÉDAGOGIQUE*.

Clot, Y., Bonnefond, J.-Y., Bonnemain, A., & Zittoun, M. (2024). *Le prix du travail bien fait : La coopération conflictuelle dans les organisations*. La Découverte.

Cuofano, G. (2024, mai 4). *Modèle de caractéristiques d'emploi de Hackman et Oldham*.

De Funès, J. (2019, septembre). Développement (im)personnel, le succès d'une imposture. *Editions de l'Observatoire*, p156

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

Drulhe, M. (2004). S'épanouir au travail : Une utopie ? *Empan*, 55(3), 18-21.

Elisabeth Borne se dit favorable à un droit au mentorat pour tous les jeunes qui en ont besoin | Le Mentorat. (s. d.). Consulté 9 février 2025, à l'adresse <https://lementorat.fr/elisabeth-borne-favorable-droit-au-mentorat/>

Erny, J.-C. (2010). Le sentiment d'efficacité personnelle, et ses attributs dans la polyvalence des infirmiers au sein d'un pôle. *Recherche en soins infirmiers*, 101, 91-97.

Everaere C. (s. d.). *La polyvalence et ses contradictions*. 27(4), 17.

Gentina, E. (2023). *Manager la génération Z : Mieux appréhender les nouveaux comportements*. Dunod.

Goulois P. (s. d.). *Impact d'une réorganisation des temps : Spécialisation ou polyvalence ? - Henry Mintzberg—Structure Et Dynamique Des Organisations-Les Éditions D'organisation (1986)*

Herzberg, F., & etc. (1959). *Motivation to Work* (2e édition). John Wiley & Sons Inc.

Juven, P.-A., Pierru, F., & Vincent, F. (2019). *La casse du siècle : A propos des réformes de l'hôpital public*. Raisons d'agir éditions.

Karasek, R. (1992). *Healthy Work : Stress Productivity And The Reconstruction Of Working Life* (Reprint édition). Basic Books.

La polyvalence sous toutes ses facettes—Patrick Micheletti—Éditions Eyrolles. (s. d.).

Le management en santé. (s. d.). Consulté 9 février 2025, à l'adresse <https://stm.cairn.info/le-management-en-sante--9782810906697>

Le mentorat—Objectif Soins & Management n° 0298 du 12/03/2024. (s. d.).

L'intelligence collective pour redonner du sens à l'hôpital—Objectif Soins & Management n° 0289 du 30/09/2022. (2022).

Mailliot, S. (2012). *Penser les processus de changement à travers l'expérience de la mobilité professionnelle. De l'objet discusif à l'activité de transition*.

Moisson-Duthoit, V. (2016). Infirmières, entre implication et stress au travail. *Forum*, 149(3), 35-43.

Mounic, V. (2019). Compétences des professionnels de santé et risques liés aux soins dans les établissements de santé. Quels enseignements de la littérature pour améliorer la qualité et réduire les risques ? *Risques et qualité en milieu de soins*, vol. 16, n° 2, 73-80.

Polyvalence et principe de prudence / Alain Max Guénette. (2002, avril 12).

Ressources & Pédagogie (Réalisateur). (2015, janvier 15). *Génération Z - Ressources et Pédagogie*

[Enregistrement vidéo]. https://www.youtube.com/watch?v=VQteAuV1_1I

Rondier, M. (2004). A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. *L'orientation scolaire et professionnelle*

Routelous, C. (2018). Chapitre 4. Les conditions de l'engagement au travail : Leviers d'un management du bien-être au travail. In *Le management en santé* (p. 203-218). Presses de l'EHESP.

Scallon, G. (2004). *Le développement d'une compétence. À la recherche d'une méthodologie d'évaluation*. 105.

Serres, M. (2015). *Petite poucette*. Humensis.

Zarifian, P. (1999). *Objectif compétence*. Liaisons.

Liste des annexes

Annexe 1 : guide entretien infirmier

Annexe 2 : grille analyse

Annexe 3 : grille analysée codifiée et catégorisée

Annexe 4 : Tendances quantitatives

Annexe 1 : guide entretien infirmier

Introduction	Bonjour, je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude. Je m'appelle Anne-Sophie TRIFFAUX, suis actuellement élève Directrice des soins à l'EHESP de Rennes. Dans le cadre de ce parcours, je réalise un mémoire sur l'impact de la polyvalence des infirmier(s) d'un pool de remplacement sur leur épanouissement au travail. L'objectif de cet entretien est de recueillir ANONYMEMENT votre expérience et vos perspectives concernant la polyvalence infirmière et son impact sur votre épanouissement professionnel. Vos réponses seront confidentielles et serviront à mieux comprendre ce sujet important. L'entretien dure 45 mn environ. Avant de commencer, je souhaite obtenir votre consentement pour enregistrer cet entretien.
Fiche signalétique	Genre, âge, poste, ancienneté IDE, ancienneté dans ce poste
Expérience Professionnelle	Pouvez-vous décrire brièvement votre parcours professionnel en tant qu'infirmier/infirmière ? (Ancienneté IDE)
	Depuis combien de temps exercez-vous comme IDE dans un pool ? (Ancienneté pool)
	Comment s'est opérée votre affectation dans un pool de remplacement ? (Choix ou contrainte)
	Quelles sont vos principales responsabilités et tâches dans votre pratique quotidienne ? (Services d'exercice)
Compréhension de la Polyvalence Infirmière	Comment définiriez-vous la polyvalence infirmière dans le contexte de votre pratique ?
	Quelles sont les règles d'affectation sur les missions de remplacement et comment le percevez-vous ?
	Dans quel contexte institutionnel pensez-vous que la polyvalence IDE a été développée ?
	Depuis quand les pools existent, comment le dimensionnement a été décidé ?
	Pour les affectations sur les pools ou sur les missions de remplacement, comment est suivi votre parcours professionnel, notamment en matière de formation ?
	Selon vous, qu'apporte la polyvalence au professionnel IDE ?
	Selon vous, qu'exige la polyvalence du professionnel IDE ?
	Quel lien faites-vous entre polyvalence et compétence ?
	Dans le cadre de la polyvalence, de quelles compétences parlez-vous ?
Reconnaissance et valorisation	Vous sentez-vous reconnu et valorisé ? Si oui, pouvez-vous me donner un exemple ?
	Vous sentez-vous aidé dans votre développement professionnel ? Si oui, pouvez-vous me donner un exemple ?
	Arrivez-vous à concilier vie professionnelle et vie privée ? Si oui, en quoi l'hôpital vous le permet ?
	Votre environnement de travail est-il agréable ? Pouvez-vous me donner des éléments ?
	Avez-vous la possibilité de prendre des initiatives, de contribuer aux décisions ?
	Trouvez-vous que votre parcours professionnel est sécurisé ? Avez-vous peur de perdre votre emploi ?
	Votre salaire vous paraît-il correct ?
	Pouvez-vous me décrire en quelques mots les relations entre professionnelles ? (Riches, en confiance... ?)
	Vos objectifs de travail vous semblent-ils clairs ?
	Etes-vous sollicité pour participer à des groupes de travail ou réflexion ? Pouvez-vous me donner un exemple et me donner votre ressenti sur votre participation ?
Impact sur l'Épanouissement Professionnel	En quoi la polyvalence infirmière contribue-t-elle à votre épanouissement professionnel ?
	Selon vous, quels sont les critères d'épanouissement professionnel ?
	Pouvez-vous partager des exemples concrets où votre capacité à être polyvalent(e) a enrichi votre pratique ou votre expérience professionnelle ?
	En quoi la polyvalence vous permet-elle de développer et de diversifier vos compétences ?
	Quels sont les principaux avantages que vous trouvez en tant qu'infirmier/infirmière polyvalent(e) ?
Conclusion	Quels sont les principaux freins que vous trouvez en tant qu'infirmier/infirmière polyvalent(e) ?
	Je vous remercie pour vos précieuses contributions à cette étude. Avez-vous des commentaires ou des réflexions finales à partager sur le sujet de la polyvalence infirmière et son impact sur l'épanouissement professionnel ?

Annexe 2 : grille analyse

[illegible]

Annexe 3 : grille analysée codifiée et catégorisée

Thème	Sous-catégorie	nombre d'agents	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4
Fiche signalétique			DRH CH A	DRH CH B	DS CH A	DS CH B	CSS CH A	CSS CH B	CS CH A	CS CH B		IDE CH A	IDE CH B	EIDE
	Age (année)		52		51,5		55		40			30,625		22
	% Sexe F		100		50		100		100			62		75
	moyenne ancienneté fonction (mois)		120		48		132		60			54,125		0
	moyenne ancienneté poste (mois)		54		24		102		60			20,125		0
Expérience et recrutement	Lien entre compétences et polyvalence	nécessite compétences	1	1	0	0	0	0	0	0		2	1	1
		développe compétences	0	0	1	1	0	1	1	1		2	3	2
		nécessite anticipation	1	0	0		0	0	1	0		1	0	0
		nécessite volontariat	1	0	1	0	0	0	0	0		0	0	0
		ne développe pas d'expertise	0	0	0	0	0	0	0	0		1	0	1
	Affectations des IDE	développe expertise	0	0	0	0	0	0	0	0		1	0	0
		à partir des compétences	1	1	1	0	0	0	0	0		3	0	2
		sur appétence	0	1	0	1	0	0	1	0		0	0	0
		souhait	0	0	1	1	1	1	0	0		2	4	2
		motivations	0	0	1	1	0	0	0	0		1	1	0
	Outils de repérage de profils	grilles de recrutement	1	1	1	1	1	1	1	1		3	4	1
		compétences fiche de poste	0	0	1	1	0	0	1	0		0	0	0
		motivations	0	0	0	0	1	0	0	0		0	0	0
		expérience/dossier	0	0	0	0	0	0	0	0		3	0	2
Compréhension de la Polyvalence	Définition de la polyvalence	adaptabilité	1	1	1		1		1			2	3	
		mobilité						1				4	1	2
		polycompétentes	1		1	1	1		1			1		4
	Règles d'affectation	administratives	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	
		souhait												3
	Développement institutionnel	plande formation	1		1	1			1					
		entretiens évaluation		1					1			1		
		encouragement						1		1		3	3	1
	Critères d'affectation	souhait	1	1				1		1		1	4	4
		type d'affectation (contrat...)			1	1								
		horaires					1							
		motivations							1	1		1		
		appétence mobilité						1						
	Avantages de la polyvalence	compétences,			1			1	1	1		2		
		outil gestion RH	1	1	1	1	1		1			4	4	
		développer les compétences			1	1	1	1	1	1				1
		cohésion			1									
		évitte routine ennui			1			1				2	3	2
	Exigences de la polyvalence	volontariat	1		1	1			1	1		2	2	
		expériences, compétences	1			1		1	1	1		2	3	2
		mobilité, énergie, curiosité			1	1						3	3	2
		organisée, structurée												
	Lien avec les compétences	compétences nécessaires avant	1	1				1	1	1		4		
		développement des compétences	1						1	1		3	4	3
		expertise possible												
Reconnaissance et Valorisation	Moyens de reconnaissance	formation continue	1	1	1									
		rrespect, écoute, communication	1	1	1	1	1	1	1	1		3	4	3
		horaires adaptés vie perso		1			1					1	1	1
		contrats travail	1										1	
		moyens techniques	1											
	Soutien aux IDE	écoute	1	1	0	0	0	0	1	1		1	2	1
		respect engagement, promesse	1	0	0	0	1	0	1	1		0	2	1
		sécurité des soins	0	0	0	0	0	0	0	0		1	0	0
	Conciliation vie professionnelle-privée	cyclise, horaires, panel horaires	1	1	1	1	1	1	1	1		4	4	4
		Ambiance	1	1	1		1	1	1	1		4	4	3
		ressources suffisantes			1		1			1				
	Environnement de travail	formations			1					1				
		cycle de travail, horaires						1						
		reconnaissance,leadership, confiance	0	0	1	1	0	0	1					
	Prise d'initatives	SEP	0	0							1			
		implication	0	0										
		âge, ancienneté	0	0								4	4	2
	Parcours professionnel	favoriser la formation + la mobilité	0	0	1	1		1	1	1		3		
		respecter souhaits, choix					1	1				2	4	1
		favoriser les projets évolution de carrière												3
	Rémunération	grilles salariales équitables	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1
		projets de service, pôle, CH	0	0	1	1	1		1	1		2		
		développer la recherche plutôt que l'imposé												
	Objectifs de travail	régles nécessaires/équité			1			1		1		1		1
		manque implication / pool ou ESI											2	
														1
	Implication, participation des IDE	via entretiens annuels			1	1	1	1	1	1				
		manque implication pool			1	1	1		1	1		3		1
Impact sur l'Épanouissement	Contribution institutionnelle à l'épanouissement	management participatif	1		0	0	1	1	1			2	2	1
		gestion RH, effectif	1	1						1		2	2	2
		équilibre vie		1			1						1	
	Critères d'épanouissement des IDE	ambiance	1	1	1		1	1		1		2	4	2
		ressources suffisantes et fonctionnelles	1		1	1				1		1		1
		respect souhait	1			1	1			1		1		1
		respect temps de travail	1	1	1	1			1	1		4		
		reconnaissance		1	1	1	1		1	1		1		3
	Développement des compétences	favorise l'épanouissement	1	1	1	1	1	1	1	1		4	4	4
		gestion RH, effectif	1	1	0	0	1	0	1	1		0	0	0
		SEP	1	1	1	1	1	1	1	1		3	4	2
		rompt ennui, habitudes, monotonie	0	0	1	1	0	0	0	0		0	0	4
		sécurise, rassure					1	1				3	1	
	Freins à la polyvalence	évite conflits équipe												
		manque de temps	1	0	1	1	0	1	1	0		2	4	3
		cout	1											
		difficulté recrutement	1	1	0	0	0	0	1	1		1		
		pas de volonté, implication, investissement	0	0	1	1	0	0	1	1		1	0	1
		manque de compétences			1	1	1			1		4	1	1
		turnover, défaut fidélisation		1			1							

Annexe 4 : Tendances quantitatives

Thème 1 : Recrutement et expérience professionnelle

➤ Fiche signalétique

- La moyenne d'âge des directeurs et personnels d'encadrement varie de 40 ans à 55 ans, avec une ancienneté dans la fonction de 3 ans à 15 ans, mais des expériences antérieures
- La moyenne d'âge des soignants varie de 24 à 51 ans, avec une ancienneté dans la fonction de 1 an à 11 an, et dans le poste de 6 mois à 2 ans

➤ Lien entre compétences et polyvalence

		Encadrement	Agent	EIDE
Lien entre compétences et polyvalence	Nécessite compétences	25%	38%	25%
	Développe compétences	63%	63%	50%
	Nécessite anticipation	25%	13%	50%
	Nécessite volontariat	25%	0%	0%
	Ne développe pas d'expertise	0%	13%	25%
	Développe expertise	0%	13%	0%

➤ Affectations des infirmier(e)s

		Encadrement	Agent	EIDE
Affectations des IDE	À partir des compétences	38%	38%	50%
	Sur appétence	38%	0%	0%
	Souhait	50%	75%	50%
	Motivations	25%	25%	0%

➤ Outils de repérage de profils

		Encadrement	Agent	EIDE
Outils de repérage de profils	Grilles de recrutement	100%	88%	25%
	Compétences fiche de poste	38%	0%	0%
	Motivations	13%	0%	0%
	Expérience/dossier	0%	38%	50%

Thème 2 : Compréhension de la polyvalence infirmière

		Encadrement	Agent	EIDE
	Adaptabilité	63%	63%	0%

Définition de la polyvalence	Mobilité	25%	63%	50%
	Poly compétences	63%	13%	100%
Règles d'affectation	Administratives	100%	25%	0%
	Souhaits	0%	0%	75%
Développement institutionnel	Plan de formation	50%	0%	0%
	Entretiens évaluation	25%	13%	0%
	Encouragement	25%	75%	25%
Critères d'affectation	Souhait	50%	63%	100%
	Type d'affectation (contrat...)	25%	0%	0%
	Horaires	13%	0%	0%
	Motivations	25%	13%	0%
	Appétence mobilité	13%	0%	0%
	Compétences,	50%	25%	0%
Avantages de la polyvalence	Outil gestion RH	75%	100%	0%
	Développer les compétences	75%	0%	25%
	Cohésion	13%	0%	0%
	Évite routine ennui	25%	63%	50%
Exigences de la polyvalence	Volontariat	63%	50%	0%
	Expériences, compétences	63%	63%	50%
	Mobilité, énergie, curiosité	25%	25%	0%
	Organisée, structurée	0%	75%	50%
Lien avec les compétences	Compétences nécessaires avant	63%	50%	50%
	Développement des compétences	38%	88%	75%
	Expertise possible	0%	0%	0%

Thème 3 : Reconnaissance et valorisation

		Encadrement	Agent	EIDE
Moyens de reconnaissance	Formation continue	38%	0%	0%
	Respect, écoute, communication	100%	88%	75%
	Horaires adaptés vie perso	25%	25%	25%
	Contrats travail	13%	13%	0%
	Moyens techniques	13%	0%	0%
Soutien aux IDE	Écoute	50%	38%	25%
	Respect engagement, promesse	50%	25%	25%
	Sécurité des soins	0%	13%	0%
Conciliation vie professionnelle-privée	Cycles, horaires, panel horaires	100%	100%	100%
Environnement de travail	Ambiance	88%	100%	75%
	Ressources suffisantes	63%	0%	0%
	Formations	25%	0%	0%
	Cycle de travail, horaires	13%	0%	0%
Prise d'initiatives	Reconnaissance, leadership, confiance	38%	0%	0%

	SEP	13%	0%	0%
	Implication	0%	0%	0%
	Âge, ancienneté	0%	100%	50%
Parcours professionnel	Favoriser la formation + la mobilité	63%	38%	0%
	Respecter souhaits, choix	25%	75%	25%
	Favoriser les projets évolution de carrière	0%	0%	75%
Rémunération	Grilles salariales équitables	100%	25%	25%
Objectifs de travail	Projets de service, pôle, CH	63%	25%	0%
	Développer la recherche plutôt que l'imposé	13%	0%	0%
	Règles nécessaires/équité	38%	13%	25%
	Manque implication / pool ou ESI	0%	25%	25%
Implication, participation des IDE	Via entretiens annuels	75%	0%	0%
	Manque implication pool	63%	38%	25%

Thème 4 : Impact de la polyvalence sur l'épanouissement professionnel

		Encadrement	Agent	EIDE
Contribution institutionnelle à l'épanouissement	Management participatif	50%	50%	25%
	Gestion RH, effectif	38%	50%	50%
	Équilibre vie	25%	13%	0%
Critères d'épanouissement des IDE	Ambiance	75%	75%	50%
	Ressources suffisantes et fonctionnelles	50%	13%	25%
	Respect souhait	50%	13%	25%
	Respect temps de travail	75%	50%	0%
	Reconnaissance	75%	13%	75%
Développement des compétences	Favorise l'épanouissement	100%	100%	100%
Avantages de la polyvalence	Gestion RH, effectif	63%	0%	0%
	SEP	100%	88%	50%
	Rompt ennui, habitudes, monotonie	25%	0%	100%
	Sécurise, rassure	25%	50%	0%
	Évite conflits équipe	0%	0%	0%
Freins à la polyvalence	Manque de temps	63%	75%	75%
	Cout	13%	0%	0%
	Difficulté recrutement	50%	13%	0%
	Pas de volonté, implication, investissement	50%	13%	25%
	Manque de compétences	50%	63%	25%
	Turnover, défaut fidélisation	25%	0%	0%

TRIFFAUX	Anne-Sophie	Novembre 2024
Master 2 Parcours AMOS Filière Directeur des Soins- Promotion Théo Curin 2024		
La polyvalence, un outil managérial pour l'épanouissement au travail ?		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université RENNES		
Résumé : La polyvalence des infirmiers, bien qu'essentielle pour répondre aux défis actuels des établissements de santé dont les tensions croissantes en matière de ressources humaines, présente des enjeux complexes tant sur le plan professionnel que personnel. Elle apparaît tour à tour comme une opportunité de souplesse organisationnelle, un levier d'attractivité ou un facteur de mal-être et de démotivation. Ce mémoire interroge la manière dont la polyvalence est vécue par les infirmiers et son impact sur leur épanouissement professionnel. Cette recherche s'appuie sur des témoignages de terrain et une analyse sociologique pour éclairer les enjeux de sens, d'identité professionnelle et de management dans les pratiques de soins. La polyvalence soulève donc des défis significatifs, tant pour les infirmiers que pour les établissements de santé. L'objectif est de rendre les métiers du soin plus attractif et fidélisant pour répondre aux besoins de santé de la population. Les stratégies managériales doivent donc équilibrer ces aspects pour maximiser les bénéfices tout en minimisant les inconvénients.		
Mots clés : Polyvalence- compétences- mobilité- générations- épanouissement- sentiment d'efficacité personnelle- organisation- management participatif		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		