



HAL
open science

Organisation de la mobilité subie, reconnaissance au travail et implication organisationnelle chez les soignants vers une amélioration des pratiques managériales : une étude quantitative

Sandrine Auguste

► To cite this version:

Sandrine Auguste. Organisation de la mobilité subie, reconnaissance au travail et implication organisationnelle chez les soignants vers une amélioration des pratiques managériales : une étude quantitative. Sciences de l'Homme et Société. 2023. dumas-04546502

HAL Id: dumas-04546502

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04546502v1>

Submitted on 15 Apr 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

MEMOIRE DE RECHERCHE

Pour obtenir le diplôme de

CADRE DE SANTE

Institut Universitaire Santé Social

Master 2 : Droit Economie Gestion

Mention : Management et Administration des entreprises

Parcours : Management des organisations sanitaires,

Médico-sociales et sociales

Présenté et soutenu par

AUGUSTE SANDRINE

en Juin 2023

Organisation de la mobilité subie, reconnaissance au travail et implication organisationnelle chez les soignants vers une amélioration des pratiques managériales : une étude quantitative.

Mémoire dirigé par **SCHOENENBERGER Sandrine**

JURY

SCHÖENENBERGER Sandrine	Maître de conférences / Enseignante-chercheuse en psychologie du travail	Directrice de mémoire
LAMBERTON Damien	Cadre supérieur de santé, GHICL	Tuteur de mémoire
FAËS Jonathan	Cadre de santé formateur IFCS - FMMS	Jury Master

*« Rien ne sert de défendre le monde d'hier quand on peut construire
le monde de demain »*

Peter Drucker

« Seul on va plus vite, ensemble on va plus loin »

Proverbe africain

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail et tout particulièrement :

- Mme Schönenberger, ma directrice de mémoire, qui m'a accompagnée tout au long de ce cheminement, pour son aide et ses éclaircissements notamment en termes d'analyses statistiques.
- M. Lambertson, mon tuteur de mémoire, pour sa bienveillance, son soutien et ses précieux conseils, qui m'ont permis d'avancer pendant certaines périodes de doute.
- M. Faës, pour sa gentillesse, son aide et également ses conseils en statistiques.
- Sébastien, mon binôme, pour son soutien et son aide dans cette collaboration.
- Les « dix-sept » de la promotion « Amélie Le Für », pour leur gentillesse, leur soutien, leur aide et la bonne humeur qui a animé ces dix mois de formation et qui m'ont enrichi autant que les enseignements et les stages.
- Anne, ma sœur de cœur que j'ai rencontré grâce à cette formation, et à Natacha, Sophie et Audrey pour leur soutien tout au long de l'année et leur bonne énergie qui m'ont fait tenir dans les moments de doute.
- Mes amis, pour leurs encouragements et leur confiance.
- Ma mère pour son soutien logistique, ses encouragements et pour la confiance qu'elle me donne.
- David, ma moitié, qui a cru en moi et m'a poussé dans cette voie, qui m'a soutenue dans tous les moments de cette formation et à nos deux petits bonhommes, Lenny et Ruben, nous allons bientôt pouvoir reprendre le cours de notre vie.

LISTES DES ABREVIATIONS

ACP : Analyses en Composantes Principales

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

FHF : Fédération Hospitalière de France

NMP : *New Public Management*

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1. CONSTAT	3
2. CADRE CONTEXTUEL.....	6
3. CADRE CONCEPTUEL.....	10
3.1. La mobilité professionnelle.....	11
3.1.1. Définition.....	11
3.1.2. Les différents types de mobilité.....	11
3.1.3. Les acteurs de la mobilité	14
3.1.4. Avantages	15
3.1.5. Inconvénients	18
3.1.6. Vers une organisation de la mobilité interne	21
3.2. Implication organisationnelle.....	21
3.2.2. Définition.....	22
3.2.1.1. L'implication.....	22
3.2.1.2. L'implication organisationnelle	22
3.2.2. Les différents modèles théoriques de l'implication organisationnelle	24
3.2.2.1. Le modèle de Mowday et al.	25
3.2.2.2. Le modèle de Schaufeli	26
3.2.2.3. Le modèle de Meyer et Allen (1991)	26
3.2.3. Les causes de l'implication organisationnelles	27
3.2.4. Les conséquences de l'implication organisationnelle	28
3.2.4.1. Les avantages	28
3.2.4.2. Les risques.....	30
3.3. Reconnaissance.....	32
3.3.1. Définition.....	32
3.3.1.1. La reconnaissance	32
3.3.1.2. La reconnaissance au travail.....	33
3.3.2. Les différentes approches de la reconnaissance	34
3.3.3. Les différents modèles théoriques de la reconnaissance au travail.....	35
3.3.3.1. Le modèle de Honneth (2008).....	36
3.3.3.2. Le modèle de Brillet et al. (2013).....	36
3.3.3.3. Le modèle de Dejours (2008).....	37
3.3.3.4. Le modèle de St Onge et al. (2005).....	38
3.3.4. Le modèle de Brun et Dugas (2005).....	39
3.3.4. Les effets de la reconnaissance au travail	40

3.3.5.	Synthèse du concept de reconnaissance au travail	44
4.	PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES	44
4.1.	Problématique.....	44
4.2.	Hypothèses	45
5.	METHODOLOGIE DE RECHERCHE	49
5.1.	Choix de la méthode et de l’outil de recherche.....	50
5.1.1.	La méthode.....	50
5.1.2.	L’outil de recherche	51
5.2.	Choix de la population	53
5.3.	Etude 1 : Questionnaire exploratoire	53
5.3.1.	Population	54
5.3.2.	Matériels et méthodes	57
5.3.3.	Résultats	58
5.4.	Etude 2 : Questionnaire de recherche	59
5.4.1.	Population	60
5.4.2.	Matériels et méthodes	64
5.4.2.1.	Génération des items sur l’organisation de la mobilité.....	64
5.4.2.2.	Choix des échelles de mesure.....	65
5.4.2.3.	Mise en forme du questionnaire.....	66
5.4.2.4.	Collecte des données.....	68
5.4.2.5.	Traitement des données	69
5.4.3.	Structuration du questionnaire : analyse factorielle exploratoire	69
5.4.3.1.	Structure de l’échelle de l’organisation de la mobilité.....	70
5.4.3.2.	Structure de l’échelle de l’implication organisationnelle.....	72
5.4.3.3.	Structure de l’échelle de la reconnaissance au travail	73
6.	RÉSULTATS	74
6.1.	Analyse des corrélations entre variables	75
6.2.	Analyse des régressions linéaires	80
6.3.	Test de la modération de la reconnaissance au travail	82
6.3.1	Test de modération des différentes sources de reconnaissance sur la relation entre l’anticipation de la mobilité et l’implication affective.....	82
6.3.2	Test de modération des différentes sources de reconnaissance sur la relation entre la facilitation de la mobilité et l’implication affective	85
6.3.3.	Test de modération des différentes sources de reconnaissance sur la relation entre les contraintes organisationnelles liées à la mobilité et l’implication calculée.....	88
7.	DISCUSSION	89
7.1.	Interprétation des résultats	90

7.1.1.	Echelle de mesure de l'organisation de la mobilité	90
7.1.2.	Implication organisationnelle.....	90
7.1.3.	Organisation de la mobilité et implication organisationnelle.....	91
7.1.3.1.	Organisation de la mobilité et implication affective.....	91
7.1.3.2.	Organisation de la mobilité et implication calculée.....	94
7.1.3.3.	Implication organisationnelle et d'autres facteurs d'organisation de la mobilité 95	
7.1.4.	Vérification partielle des hypothèses	95
7.2.	Avantages.....	97
7.3.	Limites	98
7.3.1.	Limites méthodologiques	98
7.3.2.	Limites liées à l'interprétation des résultats	98
7.4.	Perspectives de l'étude	99
8.	PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES	100
	CONCLUSION	102

INTRODUCTION

Ces dix mois à l'école de cadre de santé furent riches en acquisition de connaissances, en développement de compétences, en échanges avec les différents intervenants tels les formateurs, les collègues de promotion mais aussi les professionnels lors des différents stages. Cette année m'a permis de mûrir professionnellement, et de prendre de la hauteur vis-à-vis de ma pratique professionnelle. Je me suis donc remise en question en analysant l'existant et en me projetant dans l'avenir. Grâce à cette expérience, j'ai peu à peu construit mon identité professionnelle en tant que future cadre de santé.

Cette formation se conclut par la réalisation d'un travail de recherche. Au quotidien, nous avons rarement l'occasion de nous pencher de manière approfondie sur un sujet qui nous tient à cœur, car nous sommes essentiellement dans l'opérationnalité. Ce travail est donc pour moi l'occasion de prendre le temps d'étudier une problématique choisie et d'en appréhender les tenants et les aboutissants.

Ce projet m'a permis de découvrir le monde de la recherche et de me mettre dans la peau d'un chercheur le temps de ce travail. Cela a été une expérience très enrichissante pour moi.

Ce travail est au cœur de cette année de formation, il nous tient en haleine. Lors du choix du sujet, je me suis demandée si je devais traiter d'un thème étroitement lié à mes pratiques en tant que faisant fonction cadre de santé hygiéniste, ou bien sortir de ma zone de confort pour explorer un phénomène qui touche ma future pratique de cadre de santé de proximité. J'ai opté pour la deuxième option car elle me semble plus adaptée à mon projet professionnel qui est d'exercer au sein d'un service de soins. J'ai donc choisi d'étudier la mobilité des soignants au sein des établissements de santé et plus particulièrement la mobilité subie par les soignants.

Ce sujet est d'actualité compte tenu des difficultés de recrutement, d'absentéisme et de turnover rencontrées dans le secteur hospitalier. Ce constat m'a particulièrement interpellé au cours d'échanges avec mes collègues cadres de santé et lors des différents postes occupés, tant sur le plan humain qu'organisationnel. En effet, la mobilité subie des soignants est un enjeu majeur dans le secteur de la santé, qui se traduit souvent par des conditions de mise en œuvre brutales, au pied levé, des contraintes voire des pressions sur les professionnels. Ainsi, les effets de cette mobilité sont multiples et affectent tant la qualité des soins prodigués aux patients que la qualité de vie au travail des professionnels, dont le cadre de santé doit garantir

la sécurité et le bien-être. Les soignants vivent souvent cette mobilité comme une contrainte, un manque de considération, pouvant altérer leur relation de confiance avec leur institution et leur implication dans l'organisation. Cela peut entraîner une démotivation, un manque d'investissement, un désengagement voire même des intentions de retrait. *La reconnaissance au travail peut-elle aider à atténuer ce phénomène ?*

Dans ce contexte, en tant que futur cadre de santé, il m'a semblé crucial de mieux comprendre les enjeux liés à cette problématique et de tendre vers des pistes d'actions afin de la faire évoluer.

Pour ce travail de recherche, nous faisons le choix de nous orienter vers une démarche hypothético-déductive. Il s'agit d'une méthode de recherche scientifique qui consiste à partir des concepts, à émettre des hypothèses sur un phénomène puis à les vérifier sur le terrain afin de les confirmer ou les infirmer et ainsi approfondir notre compréhension. Cette démarche semble être pertinente quant au sujet de ce mémoire. En effet, la littérature existante comporte de nombreuses études et recherches menées sur le phénomène de la mobilité des soignants.

Ce travail de recherche se compose de plusieurs parties. Tout d'abord, je présenterai mon cheminement personnel, en partant d'un constat initial qui a conduit au choix de cette thématique. Ensuite, une revue de la littérature me permettra d'établir un cadre contextuel et conceptuel pour mieux comprendre les enjeux de la mobilité professionnelle, de l'implication organisationnelle et de la reconnaissance au travail. Dans un troisième temps, j'énoncerai la problématique et les hypothèses de recherche. Puis, je présenterai ma recherche empirique basée sur une analyse quantitative au travers de sa méthodologie et de ses résultats. Les hypothèses de recherche seront confrontées aux résultats pour les valider ou les invalider, afin d'aboutir à une réflexion globale sur les pratiques managériales adaptées dans les établissements de santé pour faire face à ce phénomène. Pour finir, j'aborderai les perspectives professionnelles que ce travail aura pu susciter en tant que futur cadre de santé.

La finalité de ce travail est de proposer des pistes de réflexion et de travail pour améliorer les pratiques managériales qui pourront je l'espère être mises à profit lors de mon retour au sein de mon établissement.

1. CONSTAT

J'ai débuté ma carrière en 2005, en tant que biohygiéniste, technicienne de laboratoire spécialisée en hygiène hospitalière au sein d'une Equipe Opérationnelle d'Hygiène.

Dès l'entrée dans la vie active, je m'étais dit que je ne resterais pas plus de cinq ans dans un même établissement afin de pouvoir découvrir un nouvel environnement de travail, de nouveaux collaborateurs et surtout acquérir et développer de nouvelles compétences. C'est certainement la peur de la sédentarité, de l'immobilisme et finalement de la démotivation qui motivaient cette idée.

L'équipe dans laquelle je travaillais était multi-sites et intervenait dans une dizaine d'établissements de santé et médico-sociaux (Centres Hospitaliers, des structures de Soins de Suite et Réadaptation et des établissements pour Personnes Âgées Dépendantes et un centre de soins palliatifs). Cette expérience d'hygiéniste au sein de cette équipe a été ma première confrontation à une sorte de mobilité qui fût mon quotidien pendant treize années et qui m'a permis de me sentir tout le temps en mouvement. En effet, cette pluralité de sites demande de développer des capacités d'organisation et d'adaptation afin de répondre aux exigences spécifiques des établissements. Depuis plusieurs années, j'éprouvais le désir de découvrir d'autres domaines et d'élargir mes compétences. L'ensemble des missions transversales que je réalisais au quotidien, mon implication dans les divers projets de l'établissement m'ont conduit à émettre le souhait d'évoluer professionnellement vers la fonction de cadre de santé. Ainsi, en 2018, j'ai été nommée Faisant Fonction Cadre de Santé en Imagerie Médicale, ce qui m'a confronté à ma deuxième expérience de mobilité interne verticale, à savoir une promotion professionnelle. Cette mobilité, cette évolution était souhaitée de ma part, mais elle a néanmoins été source de stress et de peur, car il s'agissait d'une nouvelle fonction dans un domaine inconnu. J'ai ressenti des inquiétudes quant à ma capacité à être à la hauteur et à posséder les compétences requises. J'ai occupé ce poste en binôme avec une collègue cadre de santé. Elle fût pour moi, ma tutrice informelle qui m'a accompagné dans mes nouvelles missions et m'a permis de me sentir à l'aise. Au bout d'une année de mise en fonction, vint le temps de la mise sous administration provisoire pour l'établissement et les réorganisations qu'elle impose, je fus ainsi contrainte de changer de service et j'ai intégré le service de Réanimation Polyvalente : troisième expérience de

mobilité interne mais cette fois-ci subie. Cette mobilité même si elle fût subie je l'ai plus ou moins bien vécue sachant que ma survie professionnelle en dépendait vu le contexte hospitalier dans lequel je me trouvais. Cela m'a permis de mieux l'accepter. Néanmoins, j'ai quand même eu le sentiment de n'être qu'un « pion », que mes besoins et mes attentes n'avaient pas été pris en compte. L'arrivée dans un milieu technique et spécifique sans filet de protection, sans suivi particulier fut plus difficile pour moi à vivre. Une opportunité s'est présentée à moi, et j'ai effectué une quatrième mobilité, externe, cette fois-ci et choisie, vers un autre établissement de la région en tant que faisant fonction de cadre de santé hygiéniste. Pour ce poste, je dois assurer des missions de remplacement auprès de mes collègues du pôle lors de leurs congés. Cette mission pourrait s'apparenter à de la mobilité sachant que j'assure des fonctions d'encadrement dans d'autres services que le mien avec une autre organisation, un autre environnement et une autre équipe. Cela demande de l'adaptation et au départ cela n'est pas évident car les fonctionnements diffèrent d'un service à un autre. Sur mes premiers remplacements, j'ai eu un peu d'appréhension mais j'ai pu anticiper la préparation avec ma collègue ce qui m'a grandement aidé.

Au cours de ma dernière expérience professionnelle en tant que faisant fonction de cadre de santé, j'ai été sensibilisée à la question de la mobilité interne subie suite à mes divers temps d'échanges avec mes collègues cadres de santé, et lors mes remplacements pendant leur absence, tant d'un point de vue humain qu'organisationnel. En effet, après avoir moi-même vécu différents types de mobilité interne / externe, choisie / subie et le sentiment que cela a pu provoquer chez moi, j'ai été confrontée à la même chose mais cette fois-ci en tant qu'instigatrice de la demande mobilité subie, contrainte essentiellement dans le cadre de remplacement lié à l'absentéisme.

J'ai fait face à la déception et l'incompréhension d'une aide-soignante face à une demande de mobilité interne. En effet, cette dernière, après plusieurs mois dans le même service s'étonnait de voir qu'elle, agent formé à la spécificité du service et s'y étant investie, allait être amenée à changer de service. A plusieurs reprises, elle avait émis le souhait par écrit de pouvoir rester dans le service dans lequel elle avait eu des évaluations positives. Elle trouva cette situation injuste : une mobilité contrainte et forcée sans aucun sens logique pour elle. L'incompréhension de cette décision par l'agent a engendré de la frustration, le sentiment de ne pas être écouté et l'impression de n'être qu'un « pion ». Pour l'encadrement, la mobilité de cet agent était également vécue comme une perte de compétences mais aussi de temps tel que le temps d'investissement à sa formation.

J'ai également l'exemple de cet infirmier à qui j'ai demandé d'assurer un remplacement dans un autre service du pôle dans le cadre d'un absentéisme. Cet agent n'était pas très rassuré car il ne connaissait pas l'organisation du service et doutait de ses compétences notamment à prodiguer des soins de qualité dans cette spécialité. Je l'ai accompagné dans cette mission de mobilité afin que cela se passe au mieux.

Ces situations de mobilité interne ne sont pas des cas isolés de nos jours à l'hôpital. En effet, le secteur hospitalier fait face à un contexte difficile en proie à un absentéisme important, aux difficultés de recrutement de nouveaux soignants et à la fuite du personnel soignant. Cela rend la gestion hospitalière de plus en plus difficile pour assurer une qualité et une sécurité des soins optimales.

De plus, les réformes du système de santé et les évolutions socio-économiques obligent les hôpitaux à fonctionner comme des entreprises performantes et efficaces, en maîtrisant les coûts et en mutualisant les ressources tant matérielles qu'humaines.

Ainsi dans ce contexte singulier, la mobilité interne devient une variable d'ajustement nécessaire pour garantir une continuité de soins pour le patient.

Néanmoins, comme le montre le vécu de ces agents mais aussi le mien, cette mobilité ponctuelle est fréquemment vécue comme étant subie, en mettant en avant quelque chose de négatif, une notion de contrainte, d'imposition. En effet, elle oblige le soignant à se confronter au changement, à l'inconnu, sortir de sa zone confort et de ce fait perdre ses repères. Elle génère de l'appréhension, de la remise en question provoquant ainsi de la résistance à ce changement comme mécanisme de défense. Elle peut nuire à la fidélisation des agents, au maintien des compétences dans le service voire dans l'institution et de ce fait, avoir un impact sur la qualité de la prise en charge du patient et sur le bon fonctionnement de l'établissement. De plus, la mobilité subie ou contrainte peut, par tout ce qu'elle apporte comme ressenti négatif, devenir source de mauvaise qualité de vie au travail.

Ce constat m'a amené à me poser les questions suivantes :

- Quelles sont les origines de la mobilité professionnelle ?
- Comment est-elle mise en œuvre ?
- Quels sont ses impacts positifs et négatifs et pour qui ?
- Toutes les mobilités sont-elles mal vécues ?

- Quel est le rôle du cadre de santé pour permettre à l'agent de mieux vivre la mobilité ?
- Dans quelle mesure le cadre de santé peut-il favoriser l'adhésion à la mobilité ?
- Comment le cadre de santé peut-il devenir un levier face à la résistance au changement ?
- Dans ce changement, l'accompagnement et la reconnaissance du soignant peuvent-ils être des facteurs facilitants l'acceptation ?
- Dans ce contexte économique et social particulier, en quoi le cadre de santé peut-il œuvrer pour combiner performance, efficacité et qualité de vie au travail ?

Après avoir présenté ce constat, nous vous proposons de le replacer dans son contexte.

2. CADRE CONTEXTUEL

Notre travail de recherche s'attache à explorer la mobilité interne des professionnels de santé au sein des établissements de santé. Cette problématique s'inscrit dans un contexte marqué par une évolution constante des enjeux liés à la gestion des ressources humaines dans le domaine de la santé. Pour ce faire, nous nous appuyons sur un cadre contextuel qui nous permettra de situer notre étude dans son environnement socio-économique, politique et culturel.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

L'OMS définit également un système de santé comme étant « *la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'actions visant principalement à améliorer, maintenir ou restaurer la santé* ». En 2000, l'OMS avait établi un indice de performance pour comparer les systèmes de santé du monde. Le système de santé français est considéré comme l'un des meilleurs au monde, avec un accès universel aux soins de santé, une qualité de soins élevée et des coûts de soins de santé raisonnables pour les patients.

Néanmoins, l'importance économique et sociale du secteur de la santé devient un enjeu majeur du management public. En effet, les dépenses de santé ne cessent de croître. En 2021, la France consacre 12,3% de son Produit Intérieur Brut (PIB) à la Dépense Courante de santé

au Sens International (DCSi) contre 3 à 4 % en 1950. De plus, le secteur hospitalier emploie en France plus de 1,36 millions d'actifs.

Jusque dans les années 70, les pays connaissent un essor économique avec une forte croissance favorisant le développement, notamment des structures hospitalières. La crise financière des années 80 qui touchent de nombreux pays, les obligent à repenser le mode de fonctionnement du secteur public. En effet, l'administration publique fonctionne selon les principes de la bureaucratie wébérienne centralisée, focalisée sur son propre développement. Elle est considérée comme étant rigide et inefficace. C'est ainsi que le *New Public Management* (NMP), ou le nouveau management public en français, voit le jour. Il « *introduit de nouvelles notions et méthodes de management comme l'efficacité socio-économique, l'efficacité de gestion ou l'efficience, la qualité de services, la gouvernance et la flexibilité.* » (Van Schingen, 2015, p.27-28). Ce modèle s'inspirant des pratiques du secteur privé est basé sur une logique gestionnaire, de performance et d'efficience.

Le New Public Management est apparu pour la première fois au Royaume-Uni, puis s'est étendu à d'autres pays occidentaux, où il a contribué de nombreuses réformes du secteur public (Van Schingen, 2015, p.28). En France, l'intégration du New Public Management s'est produite plus tardivement et plus particulièrement dans les années 90 pour le secteur hospitalier avec une accélération marquée dans les années 2000. Cette intégration a conduit à l'apparition de nombreuses réformes hospitalières visant à contrôler et maîtriser les coûts, à améliorer l'efficience et la performance de l'hôpital, et à inscrire celui-ci dans une logique budgétaire. Le monde hospitalier adopte alors un système qui tend à se rapprocher du modèle entrepreneurial. Certains qualifient cette transformation d'« hôpital-entreprise » (Grimaldi, Perriu, Weber, 2013). L'efficience dans le système de santé « *désigne l'optimalité de la production de soins aussi bien au sens de l'obtention maximale de résultats pour un montant donné de ressources, qu'au sens de la minimisation des moyens engagés pour un niveau donné de soins. Par extension, le terme efficience désigne le degré avec lequel le système s'approche de l'optimalité* » (Cunéo, 2000, p.30). Pour l'OMS, la performance dans les soins vise à assurer des soins de haute qualité, sécurisés et efficaces, tout en répondant aux besoins et aux attentes des patients.

Ainsi, le secteur hospitalier est soumis par les autorités publiques à une double injonction, l'une visant à favoriser l'accès et la qualité des soins pour tous et l'autre la maîtrise de la dépense.

Depuis 2004, dans cet esprit de maîtrise des dépenses, le Plan Hôpital 2007, vise à moderniser et simplifier la gestion hospitalière. Deux réformes clés ont été mises en œuvre dans ce cadre.

Tout d'abord, l'instauration de la tarification à l'activité (T2A) par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2003, ce nouveau mode financement privilégie les recettes sur les dépenses, les résultats sur les moyens. On passe donc d'une logique de moyens mise en place par la dotation globale à une logique de résultats inspirée d'une gestion financière du secteur privé. Ce système de financement oblige les établissements à repenser leur pilotage économique.

Ensuite, la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 met en place une nouvelle gouvernance avec la création des pôles d'activité avec. Les unités de soins sont regroupées en fonction de leurs spécialités dans ces pôles.

Puis d'autres réformes tout aussi importantes et dans la même lignée ont suivi, comme la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, le plan Hôpital 2012 et Ma santé 2022. Ces réformes ont eu un impact fort sur l'organisation du système de santé et leur management mais aussi sur les professionnels de santé.

Dans ce contexte, pour répondre aux exigences de performance, d'efficience et d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients, la mutualisation des ressources, tant matérielles qu'humaines, semble être une solution pour maîtriser les coûts. Cette réorganisation favorise la mobilité des soignants inter-service, permettant ainsi d'ajuster les ressources humaines en fonction de l'activité et de garantir l'efficience du système (Van Schingen, 2015, p.28).

À cette gestion financière optimale s'ajoute une situation difficile en termes de ressources humaines dans les établissements de santé.

Ces derniers sont confrontés à un absentéisme croissant et à des difficultés de recrutement des professionnels de santé. Selon une enquête menée en 2022 par la Fédération Hospitalière de France (FHF) sur les ressources humaines dans les hôpitaux et les établissements médico-sociaux publics, l'absentéisme a augmenté de 7,4% en 2012 à 8,9% en 2019 (avant la pandémie COVID-19) pour atteindre 9,9% en 2021. Les agents suspendus pour non-vaccination ne représentent que 0,3% du personnel manquant, cela ne peut être considéré comme une justification suffisante pour cet absentéisme important. Ainsi, cet absentéisme

peut entraîner des coûts importants pour les hôpitaux, tels qu'une augmentation de la charge de travail pour le personnel restant, une diminution de la qualité et continuité des soins, une prolongation des temps d'attente pour les patients, ainsi qu'une augmentation des coûts de remplacement du personnel.

Néanmoins, depuis trois ans, les établissements publics ont augmenté leurs effectifs de personnels soignants non médicaux de 3%, notamment pour renforcer les équipes soignantes afin de pallier la crise sanitaire COVID-19.

Malgré cela, 99% des établissements connaissent des difficultés de recrutement, de manière permanente ou ponctuelle. En effet, la FHF constate une augmentation de la part des postes vacants dans les établissements de santé, en dehors des CHU, tant chez les aides-soignants (3% en 2022 contre 2% en 2019) que dans la population infirmière, avec une multiplication par deux des postes vacants (6% en 2022 contre 3% en 2019). Dans une société où l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, la reconnaissance individuelle et les conditions de travail sont de plus en plus valorisés, le milieu hospitalier éprouve des difficultés à recruter.

Les difficultés de recrutement, combinées à un taux d'absentéisme élevé, ont des conséquences importantes sur le fonctionnement des établissements de santé. En effet, cette situation entraîne une augmentation de la fatigue des soignants, observée dans 90% des établissements, une hausse du recours aux heures supplémentaires (notamment dans le secteur sanitaire avec 97% des établissements de santé et 90% des CHU), ainsi que l'utilisation plus fréquente de l'intérim (67% des établissements) et jusqu'à des fermetures temporaires de lits pour certains. Face à de telles situations difficiles, la mobilité interne est souvent considérée comme une solution d'ajustement.

Le taux de rotation du personnel, également appelée turnover, peut, elle aussi, fragiliser les établissements de santé comme par exemple en entraînant la perte de compétences expertes et en ayant un impact négatif sur la motivation du personnel restant. Selon le bilan social 2020 de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), le taux de turnover est considéré comme moyen et a diminué de 12,2% en 2012 à 10,2% en 2019, pour atteindre 9,7% en 2020 pour le personnel non médical. Il est à noter que le nombre de départs est supérieur de 0,3% à celui des arrivées dans les établissements de santé.

Face à ces difficultés de recrutement et ce turnover, les établissements de santé se doivent d'innover en développant des politiques et des pratiques d'attractivité et de fidélisation des

soignants. De nombreux établissements mettent en place certains principes des *Magnet Hospitals*. Les hôpitaux magnétiques sont caractérisés par une culture de travail collaboratif et d'innovation, une gestion participative, une formation continue et un environnement de travail attractif pour les professionnels de santé. Ils s'intéressent à l'amélioration de la qualité de vie au travail et des conditions de travail, au développement professionnel, à la satisfaction des personnels soignants, L'attractivité et la fidélisation à l'hôpital est importante car elle peut influencer le recrutement et la rétention des professionnels de santé, et donc l'efficacité et la qualité des soins offerts aux patients

Grâce à cette analyse contextuelle, nous avons constaté que les établissements de santé ont dû évoluer pour s'adapter aux changements de la société, tant dans leur gestion budgétaire que dans la gestion de leurs ressources humaines. La mobilité interne du personnel soignant est une solution possible pour répondre aux différents enjeux auxquels ils sont confrontés. Nous examinerons de plus près les tenants et les aboutissants de cette mobilité interne dans l'étude conceptuelle qui suit.

3. CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel est un élément important d'un mémoire de recherche. Il désigne l'ensemble des concepts, théories et modèles qui sont mobilisés pour comprendre et analyser un problème ou une situation de recherche. Le cadre conceptuel permet donc de poser les bases théoriques de la recherche en identifiant les notions clés qui vont être explorées dans l'étude.

À travers une revue de la littérature, notre cadre conceptuel commencera par une définition de la mobilité, en particulier la mobilité professionnelle. Ensuite, nous examinerons le concept de l'implication organisationnelle en traduisant les différents modèles théoriques autour. Puis, nous identifierons ces avantages et ses inconvénients pour l'institution mais aussi les soignants. Ainsi nous ferons un lien entre la mobilité professionnelle et l'implication organisationnelle. Et pour finir, nous traiterons du concept de la reconnaissance au travail en la caractérisant.

3.1. La mobilité professionnelle

Dans une première partie, nous définirons la mobilité professionnelle, puis nous exposerons les différents types de mobilité professionnelles existantes, les raisons de leur mise en œuvre et les méthodes utilisées. Ensuite, nous examinerons les avantages et les limites de la mobilité professionnelle ainsi que son impact sur de l'organisation et les professionnels de santé. Enfin, nous établirons le lien supposé entre la mise en œuvre de la mobilité et l'implication organisationnelle.

3.1.1. Définition

Selon le dictionnaire Le Robert, la mobilité est définie comme le « *caractère de ce qui peut se mouvoir, changer de place, de position (s'oppose à immobilité)* ».

Dans un contexte professionnel, la mobilité renvoie à un changement de situation dans le cadre du travail. Pengam et Sliwka, (2006, p.2) précise que la mobilité professionnelle « *consiste à passer d'un point A vers un point B : changement de lieu, changement de fonction, changement de statut ou encore changement de métier* ». En d'autres termes, la mobilité professionnelle fait référence à la capacité et à la volonté d'un individu de changer d'emploi ou de secteur professionnel tout au long de sa carrière. Cela peut inclure des changements de région, de poste ou de niveau hiérarchique au sein de la même entreprise, ou encore des transitions vers d'autres entreprises ou secteurs d'activité.

3.1.2. Les différents types de mobilité

La mobilité professionnelle est polymorphe, de ce fait il existe différents types de mobilité professionnelle. Il nous paraît donc nécessaire pour aborder ce travail de recherche de faire l'état de ces différentes mobilités.

La mobilité externe correspond à des changements d'emplois avec des changements d'employeurs, les mutations ou les démissions. Raoult (1991, p.241) la qualifie de « *mobilité d'environnement* » : « *le même type d'activité, dans la même qualification avec le même grade hiérarchique, est exercé dans un autre lieu de travail, dans une autre équipe avec un autre responsable* ». Souvent, il s'agit d'une démarche volontaire du salarié.

La mobilité interne désigne tout mouvement d'un salarié au sein de la même entreprise, sans changement d'employeur. Pour notre recherche au sein des établissements de santé, nous

allons plus nous intéresser à ce type de mobilité qui se décline sous différentes formes. En effet, il est possible de différencier la mobilité interne verticale et la mobilité interne horizontale. Dans la fonction publique hospitalière, le soignant est titulaire de sa fonction mais pas de son poste, de ce fait il n'est pas rattaché à un service en particularité (Colmont, p.22)

La mobilité interne verticale est un changement de poste qui modifie le statut hiérarchique. Il s'agit d'une prise de poste avec plus de responsabilités et de pouvoir de décision. Certains auteurs parlent de mobilité catégorielle ou professionnelle (Raoult, 1991, p.242 ; Pengam et Sliwka, 2006, p.4). « *Elle est souvent sanctionnée par un changement d'échelon, de grade, de qualification, mais aussi d'augmentation de la rémunération* » (Raoult, 1991, p.242). Cette mobilité est un signe de promotion professionnelle.

La mobilité interne horizontale, également appelée fonctionnelle, se réfère quant à elle, à un changement de poste sans évolution hiérarchique et avec un niveau de responsabilité similaire. Selon Pengam et Sliwka (2006, p.5), ce type de changement implique que la personne doit « *faire appel à des compétences qu'elle n'exerçait pas auparavant ou pas de la même manière* ». Notre sujet de recherche s'inscrit dans ce cadre.

Il existe également une mobilité géographique qui implique « *un changement de travail dans la même région, une autre région (à minima de département) ou dans un autre pays, et qui entraîne un déménagement pour le salarié* » (Pengam et Sliwka, 2006, p.4).

Elle peut aussi être définie par sa durée. En effet, on distingue la mobilité à court terme de la mobilité à long terme.

La mobilité à court terme, également appelée mobilité ponctuelle, correspond à des changements de poste à l'intérieur de l'organisation. Elle est « *caractérisée par son imprévisibilité* » (Van Schingen, 2015, p.25), et est généralement une réponse à une situation d'urgence.

La mobilité à long terme consiste en une succession d'emplois au cours d'une carrière, permettant à l'individu de cumuler des expériences et de développer ses connaissances et compétences dans des domaines diversifiés Ce type de mobilité évoque la notion de parcours professionnel.

L'environnement est également un facteur influençant le caractère de la mobilité. En effet, nous pouvons distinguer deux types de mobilité liés à l'environnement ; la mobilité choisie et la mobilité subie, ou imposée.

Dans le cas de la mobilité choisie, le salarié est à l'origine du changement, ce qui implique une motivation personnelle. Elle se traduit souvent par un désir de développement de nouvelles compétences, d'enrichissement personnel et professionnel ainsi que d'ouverture vers de nouveaux horizons ou de relever de nouveaux défis. À l'inverse, la mobilité subie correspond à un changement imposé par l'entreprise, sans que le salarié en soit à l'initiative. Elle met en avant la notion de contrainte, d'obligation.

Enfin ces différents types de mobilité peuvent se combiner et souvent un type de mobilité professionnelle en implique une autre (Van Schingen, 2015, p.26).

Après avoir défini les différents types de mobilité professionnelle qui existent, nous pouvons constater que la mobilité est un terme générique qui prend tout son sens en fonction du qualificatif qui l'accompagne.

Ainsi, dans le cadre de cette recherche, nous orienterons notre réflexion vers la mobilité interne horizontale ponctuelle subie par les soignants. En effet, ce personnel est sollicité pour palier à un besoin en ressources humaines à fonction équivalente au sein d'un autre service de l'institution que le sien d'origine.

Ce type de mobilité peut être mis en place dans diverses circonstances telles que le remplacement en cas d'absentéisme, le redéploiement de personnel en cas de baisse d'activité dans un secteur ou encore pour répondre à un besoin de renfort de personnel lors d'une charge de travail importante dans un autre service. Cette pratique de mobilité n'est pas un phénomène rare. Selon Van Schingen (2017), « 40% des infirmières étaient amenées à changer d'unité à la demande de l'institution » et ce « en moyenne déplacées 24.7 fois/an ». Ainsi, il permet de faire face aux problèmes d'effectifs et d'ajuster ces derniers en conséquence.

Après avoir établi les différents types de mobilité qui peuvent être mis en œuvre, nous allons nous intéresser aux différents intervenants impliqués dans ces processus de mobilité.

3.1.3. Les acteurs de la mobilité

La Direction

Au sein de l'établissement de santé, le rôle de la Direction en tant que "*sponsor*" de la politique de mobilité revêt une importance cruciale. Elle est chargée de donner du sens au projet de mobilité en l'inscrivant dans le contexte global de l'établissement, de clarifier les enjeux et les priorités, et de les partager avec les professionnels de l'établissement. La Direction a pour responsabilité de soutenir la mobilité interne au sein de l'organisation. Cela peut se traduire par la promotion des opportunités de mobilité, la gestion des demandes de mobilité, l'évaluation des compétences et des qualifications des soignants, ainsi que la coordination avec les différents services pour faciliter les mouvements internes.

Le cadre de santé

Le cadre de santé a un rôle clé dans la gestion de la mobilité interne. Il est responsable de la planification, de l'organisation et de la mise en œuvre des politiques de mobilité interne. Il facilite la communication et la collaboration entre les différents services et veillent à ce que les besoins des soignants et les besoins organisationnels soient pris en compte.

Les professionnels concernés par la mobilité

Ceux sont les « *acteurs* » de leur mobilité. Ils peuvent exprimer leurs besoins et leurs préférences en matière de mobilité, rechercher des opportunités de développement professionnel et faire des choix concernant leur carrière et leurs déplacements à l'intérieur de l'organisation.

Les collègues et les équipes de travail

Les collègues et les équipes de travail jouent un rôle important dans l'intégration des soignants lorsqu'ils changent de service. Ils peuvent accueillir les nouveaux membres de l'équipe, partager leurs connaissances et leur expérience, et favoriser un environnement de travail collaboratif et inclusif qui favorise le sentiment d'appartenance et l'adaptation aux nouveaux postes.

Les partenaires sociaux

Les partenaires sociaux jouent un rôle essentiel dans la mobilité interne en défendant les intérêts des soignants et en veillant à l'équité et à la transparence des procédures de mobilité. Leur rôle consiste également à fournir un soutien et des conseils aux soignants lorsqu'ils envisagent des changements de service ou de poste. Il est crucial de les impliquer dans les discussions et l'élaboration d'outils et de dispositifs afin de créer et de mettre en œuvre une politique de mobilité partagée et équitable

3.1.4. Avantages

Les avantages offerts par la mobilité interne se concentrent à la fois sur l'établissement de santé et sur le soignant lui-même. Il peut s'agir d'une polyvalence, d'une acquisition et d'un développement des compétences et d'expérience, d'un enrichissement professionnel. Ainsi, nous déclinons ces différents avantages.

Polyvalence

Le sujet de la mobilité est souvent étroitement lié à celui de la polyvalence. Le Larousse définit la polyvalence comme étant la « *qualité de quelqu'un qui a plusieurs spécialités, plusieurs compétences* ». La polyvalence est un critère primordial pour opérer des opérations de mobilité interne. Les politiques de mobilité interne reposent ainsi principalement sur le caractère polyvalent du personnel. En effet, la polyvalence se réfère à la capacité à effectuer différentes tâches comparables au sein d'une même activité. Par exemple, cela implique la capacité à occuper différents postes infirmiers au sein d'un même hôpital.

Cette notion s'applique tout particulièrement aux personnels soignants qui appartiennent à un pool de remplacement (Colmont, 2012, p.23).

Aussi, au travers de sa formation, l'infirmier se doit d'être polyvalent, il fait d'ailleurs partie des objectifs de la formation depuis 1992. Ainsi, l'infirmier développe également cette polyvalence en effectuant des stages au cours de sa formation dans différents services de différentes spécialités. Cette polyvalence favorise le développement des capacités d'adaptation tant aux lieux, qu'aux personnes et qu'aux pratiques.

La polyvalence contribue à une meilleure employabilité par le développement et la diversification des compétences qu'elle favorise (Colmont, 2021, p.24).

Elle contribue également au développement de la capacités d'adaptation chez les soignants.

Ainsi, la mobilité favorise le développement de la polyvalence et a un impact positif sur la motivation et l'implication des soignants. En effet, lorsque les soignants sont capables d'assumer différents postes, cela les valorise et évite l'installation de la routine et de la lassitude.

Acquisition et développement de nouvelles compétences

En effectuant des missions de mobilité interne, les professionnels peuvent acquérir et développer de nouvelles compétences et élargir leur champ de connaissances.

Cette mobilité offre la possibilité aux professionnels de santé de changer de poste au sein de l'organisation. Ce changement de poste leur permet d'acquérir de nouvelles compétences et d'enrichir leur expérience professionnelle. En effet, en occupant différents postes, les professionnels peuvent apprendre de nouvelles méthodes de travail, découvrir de nouveaux aspects du métier et s'adapter à différents contextes organisationnels. La mobilité interne favorise ainsi le développement des compétences des professionnels de santé et leur permet de diversifier leur parcours professionnel.

Il nous semble important de définir ici la *compétence*. Selon Le Boterf (1997, p.95), « *La compétence est la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs, dans une situation et un contexte donné* », ces savoirs étant : savoir-agir, vouloir agir et pouvoir-agir. De plus, selon lui, « *La compétence n'est pas un état ou une connaissance possédée. Elle ne se réduit ni à un savoir ni à un savoir-faire. Elle n'est pas assimilable à un acquis de formation. Posséder des connaissances ou des capacités ne signifie pas être compétent* ». Pour Pengam et Sliwka (2006, p.41), la performance constitue l'atteinte du résultat ainsi la « *compétence et la performance sont indissociables* ». De ce fait, le développement des compétences des professionnels de santé constituent un enjeu majeur pour les établissements de santé afin de garantir leur performance.

Enrichissement professionnel

La mobilité interne permet un décloisonnement des services et favorise par-là les échanges interpersonnels (Colmont, 2021, p.24). Elle permet de découvrir d'autres professionnels, d'autre manière de travailler et en cela elle permet de transposer certaines choses à son environnement de travail habituelles. Cette mobilité permettrait d'améliorer les pratiques soignantes et également la qualité des soins (Van Schingen, 2015, p.29) en favorisant la réflexivité.

Lorsqu'elle est choisie tel que pour les soignants d'une équipe de pool de remplacement), la mobilité est décrite comme apportant un enrichissement personnel et professionnel en mettant en avant une reconnaissance, une entraide et la notion d'interdépendance (Van Schingen, 2015, p.29)

Elle permet d'avoir une vision systémique de l'organisation, comprendre les difficultés de chacun. On parle de socialisation. Ce phénomène favorise la communication inter-service. En cela, la mobilité peut créer une certaine cohésion.

Attractivité et la fidélisation

La mobilité interne peut être un atout dans à mettre en avant dans les politiques d'attractivité et de fidélisation. En effet, cette mobilité interne génère des opportunités de carrière qui valorise le parcours professionnel des soignants. (Colmont, 2021, p.25)

Gestion optimale des ressources humaines

En effet, la mobilité interne permet d'assurer la continuité des soins et d'adapter les ressources humaines en fonction de l'activité. Elle permet de garantir une certaine flexibilité et une réactivité face à des situations imprévues. Elle est considérée par Van Schingen (2015, p. 29) comme étant « *une ressource contributive à l'efficacité organisationnelle hospitalière* ».

Par ces avantages, la mobilité offre aux individus un contexte propice à un apprentissage permanent, favorisant ainsi leur développement personnel. De plus, elle peut conduire à un épanouissement professionnel en renforçant la confiance en soi et l'affirmation de soi. Par

conséquent, la mobilité agit comme un vecteur de bien-être et contribue à une bonne santé mentale.

3.1.5. Inconvénients

La mobilité présente de nombreux intérêts tant pour l'organisation que pour l'individu. Cependant, elle peut également comporter des risques psycho-sociaux mais aussi organisationnels qui peuvent avoir un impact sur le bon fonctionnement d'un établissement de santé.

La peur

La mobilité peut engendrer différents types de peur, notamment la peur l'inconnu. Le fait de devoir changer de service ou de poste peut engendrer de l'appréhension car cela implique de s'adapter à un nouvel environnement de travail, de nouvelles responsabilités et de nouveaux collègues.

La mobilité interne subie peut amener les individus à remettre en question leur identité professionnelle et leur expertise. Ils peuvent craindre de ne pas être à la hauteur des attentes dans leur nouveau rôle, ce qui peut générer de l'anxiété et de la peur de l'échec.

La résistance au changement

Nous pouvons faire un parallèle entre la résistance à la mobilité et la résistance au changement, la mobilité étant le changement. En effet, la mobilité génère de l'appréhension, de la remise en question. Ainsi nous comprenons que la peur conduise un salarié « *lorsqu'il a acquis une certaine habitude et un rudiment de contrôle à son poste, à mettre un certain acharnement à ne pas perdre l'avantage par un changement de poste. C'est ce que certains psychologues appellent la « résistance au changement ».* (Dejours, 2008, p.116-117).

La mobilité oblige l'individu à se confronter au changement, à l'inconnu et de ce fait à perdre ses repères ce qui crée une certaine déstabilisation. Il résiste à l'idée de devoir faire des efforts pour se créer de nouvelles habitudes, sortir de sa zone confort. (Bareil, 2009, p.32)

Celle-ci est perçue comme quelque chose de négative mais au contraire il s'agit d'un phénomène normal de défense de l'individu qui se sent attaquer par la mise en œuvre d'un changement qui va le plonger dans l'insécurité, l'incertitude.

Manque de reconnaissance et de considération

Dans le cadre des missions de mobilité interne subie, les soignants évoquent être considérés comme « *un pion* », d'avoir l'impression d'être des « *bouche-trou* » (Van Schingen, 2015, p.29), un simple exécutant condamné à l'obéissance et à la passivité. Ce qui implique une démobilisation, un désengagement au sein de l'organisation comme l'évoque Dejours (2008, p.233).

La perspective éthique de la reconnaissance au travail qu'évoque Brun et Dugas (2005, p.81) précise que l'« *on ne peut désigner le travailleur uniquement comme un numéro, un cas ou un dossier* » pour garantir sa dignité humaine.

Ce manque de considération qu'induit la mobilité interne subie altère la relation de confiance avec l'institution et l'implication des soignants dans l'organisation. Cela peut entraîner une démotivation, un manque d'investissement, un désengagement voire même des intentions de retrait.

Perte de compétences

En effet, dans le cadre de la mobilité interne, les soignants font référence à la perte de compétences (Van Schingen, 2015, p.29). Lorsqu'ils changent de service, les soignants se retrouvent dans une situation où ils ne maîtrisent pas totalement leur nouvel environnement, ce qui peut les amener à se sentir incompetents. Cette perte de compétences est également mentionnée par l'encadrement. En effet, le processus d'apprentissage d'un infirmier à son poste est souvent long, afin qu'il puisse acquérir une certaine autonomie. Ainsi, la mobilité interne peut affaiblir le système en entraînant l'intégration de personnel moins expérimenté.

Perte du sentiment d'appartenance

L'appartenance est définie par le fait pour un individu d'appartenir à un groupe. Le sentiment d'appartenance est lié à la relation avec l'autre et témoigne d'une certaine reconnaissance. Il s'agit d'une identification et d'une affiliation affective qui engendre un sentiment d'unité, de cohésion et d'engagement envers le groupe auquel on se sent appartenir. L'appartenance et le sentiment qui le lie impliquent souvent le partage de valeurs communes, d'objectifs, de normes et d'identité collective, ce qui renforce le sentiment d'identité personnelle et de soutien social au sein du groupe. Le sentiment d'appartenance fait référence à un état émotionnel ou psychologique. Il joue un rôle important dans la construction de l'identité personnelle, le bien-être psychologique et le développement social. La mobilité de par le changement d'équipe qu'elle implique, favorise la perte de cette identité. Elle peut ainsi engendrer une perte de la motivation et de l'investissement avec et pour le groupe.

A travers la mobilité interne notamment subie, le soignant perd ses repères, l'équipe à laquelle il s'identifie. Ce changement peut créer un sentiment de rupture et d'isolement.

Insécurité

L'insécurité peut être ressentie par la non-expertise dans le métier qui pourrait être requis dans certaine prise en charge. Selon Colmont (2021, p.25), la mobilité interne subie « *crée des situations de non-maitrise professionnelle* ».

La mobilité peut créer un environnement non sécurisé par l'instabilité pour l'organisation qu'elle procure. En effet, en réponse à ces missions de mobilité subies les soignants crée une forme d'absentéisme dit réactionnel dû à une incompréhension.

Cela peut également avoir des conséquences négatives sur les patients, car les soignants peuvent être moins motivés et moins engagés dans leur travail s'ils sont contraints de travailler dans des conditions difficiles ou dans des endroits qui ne correspondent pas à leurs préférences ou à leur expertise.

Les avantages à la mobilité renvoient plutôt à des éléments factuels et pragmatiques tandis que les inconvénients sont fortement axés sur l'émotion, la subjectivité, la perception de l'individu.

3.1.6. Vers une organisation de la mobilité interne

Tout d'abord, nous avons pu constater les avantages mais aussi les inconvénients importants qu'impliquent la mise en œuvre de la mobilité dans un établissement de santé. Ensuite, nous avons également vu que les inconvénients à la mobilité avaient un fort impact sur l'état psychologique du soignant. L'ensemble des définitions de la mobilité font référence à la notion de changement. Pour réussir tout changement il faut l'organiser et l'accompagner. Ainsi, il nous semble pertinent de réfléchir sur des modalités d'organisation de la mobilité afin de diminuer son impact négatif tant sur l'organisation que sur le soignant. L'organisation de la mobilité doit tenir des aspects relationnels afin de garantir son succès. Il est important de reconnaître et de comprendre les craintes liées à la mobilité afin de mettre en place des mesures d'accompagnement et de soutien adéquates pour atténuer les effets négatifs de la mobilité interne subie et favoriser une transition plus sereine pour les individus concernés.

L'accompagnement et la communication seraient des éléments clés (Sulpice, 2014, p.29) dans la conduite de ce changement.

Ainsi, Sulpice (2014, pS29) fait quelques propositions pour une mobilité « *plus organisée et plus systématisée* » telles que l'anticipation de la mobilité, la mise en place d'une réflexion autour de celle-ci, « *rendre la mobilité moins ponctuelle et plus habituelle* ».

Aussi, nous avons pu voir que la mobilité pouvait générer de l'instabilité dans l'organisation par des phénomènes de démotivation, de non-investissement ou de retrait. Il semble intéressant de nous intéresser au concept de l'implication organisationnelle.

3.2. Implication organisationnelle

Tout d'abord, nous allons définir les concepts d'implication et d'implication organisationnelle, puis procéder à une revue des modèles théoriques existants, en mettant en avant leurs principales caractéristiques.

3.2.2. Définition

3.2.1.1. L'implication

Le dictionnaire Larousse, propose plusieurs définitions de l'implication. Nous choisissons d'utiliser celle-ci dans ce cadre conceptuel. Ainsi, l'implication est définie comme étant l'« *état de quelqu'un qui est impliqué dans une affaire* ». Cette définition renvoie au verbe *impliquer* qui signifie « *attribuer à quelqu'un une part de responsabilité* » mais aussi à *s'impliquer* qui mise sur le fait de « *mettre beaucoup de soi-même dans ce qu'on fait* ». Le verbe *impliquer* a pour synonyme *engager, s'engager*.

3.2.1.2. L'implication organisationnelle

L'implication organisationnelle (IO) selon Belghiti-Mahut et Briole (2004, p.145) désigne « *la relation qui unit un individu à son organisation* ». On peut ainsi dire qu'il existe un lien de dépendance entre ces deux entités.

Ce concept d'implication organisationnelle est apparu dans les années 1960 grâce aux travaux de Becker. Il se réfère aux investissements personnels que les employés réalisent pour appartenir à leur organisation, en considérant les coûts et les gains associés. Cette notion est basée sur l'intention de rester au sein de l'organisation pour continuer à bénéficier des éléments tels que le salaire, les primes, les avantages, etc., qui peuvent freiner l'intention de quitter l'organisation. (Pesqueux, 2020, p.4). Ainsi, l'implication est le résultat d'une série de transactions et d'attentes réciproques entre l'individu et l'organisation. Plus l'échange est favorable à l'individu, plus celui-ci sera impliqué dans l'organisation.

Depuis son origine, l'implication organisationnelle a fait l'objet de nombreuses études dans la littérature, menées notamment par Mowday et *al.*, Schaufeli, Meyer et Allen. Les organisations accordent une grande importance à l'implication organisationnelle, étant donné les avantages (que nous les décrirons plus tard) qu'elle peut leur apporter.

Ce concept a évolué dans le temps il est passé d'un concept unidimensionnel basé uniquement sur la dimension affective en faisant référence à l'attachement et à l'identification d'un individu envers son organisation (Mowday & *al.*, 1982) vers un concept multidimensionnel (O'Reilly & Chatman, 1986 ; Meyer et Allen, 1991).

Avant d'aller plus loin, nous tenions à faire la distinction entre implication organisationnelle et engagement au travail et également à préciser quelques notions pour clarifier le concept d'implication organisationnelle.

Implication organisationnelle vs Engagement au travail

Il est courant de confondre les termes « *engagement au travail* » et « *implication organisationnelle* » (Pesqueux, 2020, p.46). Cette confusion vient principalement de la traduction française du terme anglais "*commitment*", qui est traduit au Canada par "*engagement*" et en France par "*implication*". Afin de différencier ces concepts, Thévenet (1992) a proposé de traduire le concept de "*job involvement*" par "*engagement au travail*", en le réservant aux relations liées au travail, tandis que le concept de "*organizational commitment*" serait traduit par "*implication organisationnelle*", en le réservant aux relations avec l'organisation. Ainsi, l'engagement se réfère à une relation établie sur un investissement physique et est associé aux relations liées au travail, tandis que l'implication repose sur l'identification de l'individu à l'organisation et concerne les relations avec l'organisation

Intention de rester et intention de quitter

Comme nous l'avons vu, dans les travaux originels de Becker, l'implication se traduit par l'intention de rester. Il nous semble opportun de définir cette notion. Il s'agit de la volonté de volonté d'un employé de rester au sein de son organisation actuelle. Les intentions de rester sont importantes pour les employeurs car elles permettent de garantir la stabilité de l'organisation. A l'inverse, l'intention de quitter fait référence à la probabilité qu'un employé envisage de quitter son emploi actuel dans un avenir proche. Les intentions de quitter sont souvent considérées comme un indicateur clé de la satisfaction des employés et de leur attachement à leur employeur actuel. Des intentions de quitter élevées peuvent indiquer que les employés sont mécontents de leur travail ou de leur environnement de travail et qu'ils cherchent activement d'autres opportunités d'emploi. Les intentions de quitter peuvent également être utilisées pour prédire le taux de rotation future d'une entreprise.

Ainsi, cela nous conduit à définir également la notion de taux de rotation du personnel, ou encore appelée *turnover*.

Taux de rotation du personnel

Le taux de rotation du personnel, désigne le taux auquel les employés quittent une entreprise ou une organisation et sont remplacés par de nouveaux employés. Il s'agit d'un indicateur important de la santé organisationnelle, de la satisfaction et de l'implication des employés, ainsi que de l'efficacité du recrutement et de la rétention du personnel.

Intentions de retrait

Les intentions de retrait sont décrites par Paillé (2006, p.140) comme étant les intentions de quitter et les intentions de s'absenter du personnel. Les intentions de s'absenter peut se traduire pour un salarié par la volonté de prendre de la distance sur le très court terme sans pour autant s'exprimer à l'égard de l'organisation (Paillé, 2006, p142)

Précise que le stress professionnel, les émotions négatives liées au travail ou encore les pratiques de rotation du personnel telles que la mobilité interne constituent autant de facteurs qui favorisent l'absentéisme (Paillé, 2006, p.142) L'absentéisme permet de faire face aux désagréments d'un environnement de travail tels que le stress réfèrent aux pensées, sentiments et intentions qu'un employé peut avoir en ce qui concerne la possibilité de quitter son emploi actuel. Ces intentions peuvent être motivées par divers facteurs, tels que le manque de satisfaction au travail, le manque d'opportunités de développement de carrière, les conflits avec les collègues ou les supérieurs hiérarchiques, le stress, la surcharge de travail, ou d'autres facteurs personnels. Les intentions de retrait peuvent avoir des conséquences négatives pour l'organisation, telles que la perte de talents, la diminution de la productivité, des coûts liés au recrutement et à la formation de nouveaux employés, ainsi que des impacts négatifs sur la réputation de l'entreprise.

3.2.2. Les différents modèles théoriques de l'implication organisationnelle

L'implication organisationnelle est un concept très étudié en sciences de gestion de par son importance pour l'organisation. Belghiti-Mahut et Briole (2004, p.148) cite la première définition de l'implication organisationnelle de Mowday et *al.* comme étant le « degré d'attachement d'un individu à son organisation ». Dans cette partie, nous allons nous

appuyer sur des modèles théoriques décrits dans la littérature pour définir l'implication organisationnelle.

3.2.2.1. Le modèle de Mowday et al.

Pour établir leur modèle, ils se basent sur la dimension affective de la relation d'un individu avec son travail. Ils définissent l'implication comme la force relative de l'identification d'un individu à une organisation donnée, et son engagement dans cette organisation. Selon eux, l'implication organisationnelle comprend trois caractéristiques :

- un fort degré de croyance et d'adhésion aux valeurs et objectifs de l'organisation,
- la volonté d'exercer de considérables efforts au nom de l'organisation
- un désir déterminé de rester membre de l'organisation

Ils envisagent l'implication comme étant essentiellement d'ordre attitudinal mais ils y incluent une approche comportementale. (Belghiti-Mahut et Briole, 2004, p.148)

Mowday et *al.* considèrent l'implication comme un processus dynamique. Selon eux, elle se manifeste avant même l'entrée dans l'organisation, sous la forme d'une "propension à" s'impliquer. Ils mettent en évidence l'importance du développement de l'implication au fil du temps, notamment pendant les premiers mois de présence dans l'organisation, une phase qu'ils considèrent comme cruciale. Chatman et O'Reilly (1990) que l'implication affective favorisait la stabilité du personnel. Sur un plan pratique, Pesqueux cite Steers et Porter « cela signifie que si un employé manifeste une baisse de l'intensité de son implication affective, un départ volontaire risque de survenir dans un avenir proche ». (2020, p.10)

Ils proposent l'une des échelles la plus populaire dans les années 90 pour mesurer l'implication organisationnelle, celle de l'OCQ (*Organizational Commitment Questionnaire*) en 1979. Elle permet mesurer l'implication affective des salariés dans l'organisation. Elle existe sous deux formes : une forme complète (15 items) et une forme réduite de 9 items. La forme complète a été traduite en français par Thévenet (1992).

3.2.2.2. Le modèle de Schaufeli

Schaufeli et *al.*, (2002) développent alors le concept d'engagement en opposition au concept d'épuisement professionnel ainsi ils intègrent la notion de bien-être. Il est constitué de trois dimensions :

- la vigueur, qui se caractérise par un niveau d'énergie élevé, une résistance mentale importante au travail, la volonté d'investir des efforts dans son travail et la ténacité face aux situations difficiles.
- le dévouement qui se caractérise par une recherche de sens, d'enthousiasme, d'inspiration, de fierté et de compétition
- l'absorption qui se caractérise par le fait d'être pleinement concentré dans son travail et d'être profondément absorbé par les tâches, de sorte que le temps passe vite et que l'individu a du mal à se détacher de son contexte professionnel.

En conséquence l'engagement est défini comme « *un état émotionnel positif et épanouissant, caractérisé par la vigueur, le dévouement et l'absorption* » (Schaufeli et *al.*, 2002)

Ainsi, Schaufeli développe une échelle de mesure du concept d'Engagement au Travail : Utrecht Work Engagement Scale (UWES). Elle existe également sous deux formes : une forme complète (17 items) et une forme réduite de 9 items.

3.2.2.3. Le modèle de Meyer et Allen (1991)

Ce modèle s'intègre dans une conception humaniste et comportementaliste de l'implication organisationnelle.

Il est le modèle de référence pour traiter de l'implication organisationnelle. Ils identifient trois dimensions de ce concept : affective, normative, et calculée.

L'implication affective correspond au désir qu'a un salarié de rester membre de son organisation. Elle représente l'identification et l'attachement émotionnel d'un salarié à son organisation. L'implication organisationnelle normative

L'implication normative correspond à l'obligation morale, le devoir que ressent un salarié de rester membre de son organisation. Elle fait référence à la loyauté.

Ces deux dimensions reflètent l'attachement aux valeurs de l'organisation. Selon Lebrument et *al.* (2020, p.12-13), « lorsque les employés perçoivent que l'organisation a des valeurs

d'humanité telle que la bienveillance, l'universalisme (protection du bien-être de tous, égalité, justice sociale, ...), [...] contribuent à promouvoir l'engagement affectif et normatif car les valeurs humaines sont universelles ». Elles constituent un facteur clé du niveau d'implication organisationnelle des salariés.

L'implication calculée correspond à la nécessité de rester membre d'une organisation. Elle est issue du calcul et de l'arbitrage entre les coûts et avantages pour l'individu lorsque ses opportunités d'emploi sont limitées (Meyer et al., 2002). Pesqueux qualifie l'implication calculée comme « *un calcul opportuniste en vue d'obtenir un gain.* » (2020, p.32). Ainsi, l'implication calculée est considérée comme étant une dimension négative de l'implication organisationnelle.

De nos jours, l'échelle multi-dimensionnelle de Meyer et Allen développée pour ce concept est la plus utilisée : « *Affective, Continuance and Normative Commitment* ». L'échelle définitive est composée de dix-huit items. Elle a été traduite en français par Durrieu et Roussel en 1998. De nombreuses versions de cette échelle existent, Belghiti-Mahut et Briole en proposent une version en 2004.

3.2.3. Les causes de l'implication organisationnelles

Après avoir précisé ces modèles théoriques, il nous convient de nous interroger sur les éléments qui favorisent l'implication d'un individu dans une organisation. Ces causes de l'implication peuvent être multiples tant liées à la valeur-travail, à l'entreprise et à ses valeurs, à l'environnement immédiat du travail (relations, conditions), ou au métier.

L'implication organisationnelle peut être influencée par plusieurs facteurs qui contribuent à son émergence. Nous allons en identifier certains :

- Le *sens du travail* fait référence à la perception individuelle de la signification et de la valeur de son travail. Chaque individu a conscience de l'importance de ses contributions, de la satisfaction que qu'il en retire et de l'alignement entre ses valeurs personnelles et les objectifs de l'organisation. Cela renforce la motivation et l'engagement de l'individu envers leur travail et leur organisation, ce qui favorise l'implication organisationnelle. Ils se sentent investis et attachés à leur travail, sont

plus disposés à s'investir davantage et à fournir des efforts supplémentaires pour atteindre les objectifs de l'organisation.

- *La satisfaction au travail* : Lorsque les individus sont satisfaits de leur travail, de leur environnement de travail et des relations avec leurs collègues, ils sont plus enclins à développer une forte implication envers leur organisation
- *La reconnaissance et la valorisation* : Lorsque les employés se sentent valorisés et reconnus pour leurs contributions et leurs réalisations, cela renforce leur attachement à l'organisation.
- *Les conditions de travail* notamment avec par la présence d'un leadership efficace, qui inspire, motive et soutient les employés. Elles permettent favorise créer un environnement de confiance et de collaboration.
- *La culture positive de l'organisation* : Une culture organisationnelle qui encourage la participation, la communication ouverte, la transparence et l'engagement des employés contribue à renforcer leur implication
- *L'Attachement aux valeurs* correspond à l'adéquation entre les valeurs personnelles des individus avec celles de l'organisation, cet attachement renforce leur sentiment d'appartenance et d'implication (Paillé, 2005 ; Brillet et al., 2013)
- *Les opportunités de développement* tels que des opportunités d'apprentissage, de développement de leurs compétences par le biais de formation par exemple, au sein de l'organisation,

3.2.4. Les conséquences de l'implication organisationnelle

L'implication organisationnelle, lorsqu'elle est présente, entraîne principalement des avantages tant pour l'individu que pour l'organisation, mais elle peut également présenter quelques inconvénients.

3.2.4.1. Les avantages

L'implication organisationnelle présentent plusieurs avantages tant pour l'organisation que pour l'individu lui-même dans sa relation avec le travail. Nous avons pu voir que l'implication affective et l'implication normative sont deux dimensions positives de l'implication organisationnelle, elles favorisent le maintien de l'individu dans l'organisation. Les avantages que nous allons décrire découlent essentiellement de ces deux dimensions.

Motivation

La motivation au travail est une source d'implication dans l'organisation. Elle permet un investissement accru afin de contribuer à la réussite de l'organisation.

Fidélisation

Lorsque les employés sont fortement impliqués dans leur organisation, ils sont plus susceptibles de rester à long terme. Une forte implication organisationnelle réduit le taux de rotation du personnel, ce qui permet à l'organisation de conserver ses talents clés et d'éviter les coûts liés au recrutement et à la formation de nouveaux employés. Elle permet également de maintenir l'expertise et les compétences au sein de l'organisation afin de garantir sa stabilité.

Performance accrue

Les employés fortement impliqués sont plus enclins à fournir des efforts supplémentaires pour atteindre les objectifs organisationnels. Ils sont généralement plus productifs, plus créatifs et plus disposés à prendre des initiatives pour améliorer les performances de l'entreprise.

Satisfaction au travail

L'implication organisationnelle est souvent liée à une plus grande satisfaction au travail. Les employés qui se sentent connectés à leur organisation, qui perçoivent leur travail comme significatif et qui sont soutenus dans leur développement professionnel ont tendance à éprouver un plus grand sentiment de satisfaction et de bien-être dans leur environnement de travail. Cette satisfaction fait écho aux pratiques de reconnaissance.

Collaboration et esprit d'équipe

Une forte implication organisationnelle favorise la collaboration et l'esprit d'équipe au sein de l'organisation. Les employés impliqués sont plus enclins à partager leurs connaissances,

à travailler en étroite collaboration avec leurs collègues et à contribuer positivement à la culture de l'entreprise. (Pesqueux, 2020, p.12)

En somme, l'implication organisationnelle contribue à la performance, à la fidélisation du personnel, à la satisfaction au travail et à la collaboration, ce qui en fait un élément clé pour les individus et les organisations.

3.2.4.2. Les risques

L'implication organisationnelle peut comporter des risques car elle peut conduire à une surcharge de travail, un déséquilibre entre vie professionnelle et vie privée, un épuisement professionnel ou burnout, une loyauté excessive envers l'organisation au détriment des intérêts personnels, ou encore une résistance au changement. Nous présenterons ci-dessous les divers risques auxquels peut être exposée l'organisation face à l'implication.

Risque de surinvestissement

Le surinvestissement professionnel traduit une implication excessive dans le travail, où une personne investit de manière disproportionnée son temps, son énergie et ses émotions dans son travail, au détriment d'autres aspects de sa vie personnelle. Cela peut conduire à l'épuisement professionnel voire au burnout et à d'autres problèmes de santé mentale.

Risque de conflit entre vie professionnelle et vie personnelle

Une demande d'implication exacerbée par l'organisation peut entraîner un conflit travail-famille. En effet, il se produit lorsque les exigences professionnelles ne permettent pas aux individus de répondre aux obligations familiales. Les individus ont des difficultés à concilier les deux sphères. Les conflits travail-famille peuvent créer un sentiment de stress, d'épuisement et de frustration. Ainsi, il a des répercussions négatives sur la santé mentale et physique, la qualité de vie et la satisfaction au travail des professionnels.

Risques de la dépendance organisationnelle

La dépendance organisationnelle intervient lorsque les professionnels sont fortement impliqués dans leur organisation, ils peuvent avoir des difficultés à envisager de quitter leur entreprise, même si cela serait bénéfique pour leur carrière ou leur développement personnel. Elle peut être un signe de l'immobilisme entraînant une perte de créativité et d'innovation (Barbier, 2002), et de la baisse de la motivation.

Coût de l'implication pour l'organisation

Afin de garantir le maintien d'une implication organisationnelle, les organisations doivent investir dans des politiques et programmes de développement de l'attractivité et de la fidélisation des professionnels tels que des avantages sociaux, la mise en place de dispositifs de formations, l'accès à la promotion professionnelle.

3.2.5. Synthèse du concept de l'implication organisationnelle

Dans le cadre de notre recherche, nous avons choisi de nous appuyer sur le modèle de l'implication organisationnelle développé par Meyer et Allen (1991). En effet, ce modèle a l'avantage d'étudier les différents aspects de l'implication organisationnelle au travers ces trois dimensions (affective, normative et calculée). Ainsi, cette approche offre une vision plus nuancée et complète de la relation entre les employés et leur organisation. De plus, ce modèle a été éprouvé dans différentes études et dans différents domaines. Elle constitue une base solide de travail. Nous allons nous référer à l'échelle initiale de Meyer et Allen traduite par Durrieu et Roussel (1998) et à la version de l'échelle proposée par Belghiti-Mahut et Briole (2004).

3.2.6. L'organisation de la mobilité et l'implication organisationnelle

Comme nous l'avons présenté plus dans la partie 3.1 « Mobilité professionnelle », il existe différents types de mobilité. La mobilité peut avoir des effets différents sur l'implication organisationnelle selon le type de mobilité mais aussi et en particulier si elle est perçue comme étant imposée ou subie.

Certains auteurs ont montré que la mobilité professionnelle interne, c'est-à-dire le fait de changer de poste ou de service au sein de la même organisation, pouvait avoir un effet positif sur l'implication organisationnelle en offrant de nouvelles opportunités de développement et de progression de carrière (Dumas, 2000). La mobilité interne peut offrir aux employés des opportunités de développement et de progression de carrière, tout en renforçant leur attachement et leur adhésion à l'organisation. Ces notions se rapprochent de celles retrouvées dans le concept de l'implication organisationnelle. Ce qui nous laisse supposé un éventuel lien entre les deux concepts. Cependant, il est important de noter que ces effets positifs peuvent varier selon les circonstances et les contextes organisationnels, et que d'autres facteurs peuvent également influencer l'implication organisationnelle.

Le lien entre l'organisation de la mobilité et l'implication organisationnelle et plus particulièrement celle des soignants n'a à notre connaissance pas été étudié. Celui-ci mérite d'être exploré comme un facteur favorisant l'implication organisationnelle.

3.3. Reconnaissance

Dans les parties précédentes, nous avons évoqué que la mobilité subie des soignants pourrait être considérée comme un manque de reconnaissance. Mais *qu'entend-on par le terme "reconnaissance" dans le monde du travail ?* Il nous semble donc pertinent d'explorer ce concept afin de comprendre le lien qu'il peut y avoir avec le phénomène de mobilité interne, ainsi que son impact sur l'implication organisationnelle.

Dans un premier temps, nous allons définir la reconnaissance, examiner ses impacts et identifier les différentes formes qu'elle peut prendre à travers une revue de la littérature de différents modèles théoriques.

3.3.1. Définition

3.3.1.1. La reconnaissance

Le dictionnaire Larousse propose cinq définitions générales de la reconnaissance. Nous en retenons deux qui nous semblent pertinentes pour notre travail de recherche :

1. « *Action de reconnaître quelque chose comme vrai ou réel* ».

Dans cette première définition, il y a ici la notion de jugement, il s'agit d'évaluer la valeur de quelqu'un, de quelque chose selon certains critères afin de les classer.

2. « *Sentiment qui incite à se considérer comme redevable envers la personne de qui on a reçu un bienfait* ».

Dans cette deuxième définition la reconnaissance peut s'apparenter à de la gratitude « *sentiment affectueux envers un bienfaiteur* » (Larousse). Elle est liée à l'affect, à l'émotion que cela provoque. Cette définition met également en avant l'effet perçu de la reconnaissance, la notion de bien-être.

Ces deux définitions montrent que la reconnaissance relève toujours au minimum de deux individus : un émetteur et un récepteur. Par conséquent, la reconnaissance relève de la relation qu'un individu entretient avec autrui. La perception du jugement d'autrui par un individu peut avoir un impact sur son bien-être, créant ainsi un lien de cause à effet. De plus, ces définitions permettent de statuer que la reconnaissance est un jugement positif qui contribue donc au bien-être de l'individu. Nous pouvons ainsi dire que la reconnaissance est un élément primordial dans la pyramide des besoins fondamentaux définies par Maslow (1943). En effet, elle fait partie des besoins psychologiques et affectifs situé au niveau de l'estime de soi dans la hiérarchie des besoins de Maslow. Ainsi, elle contribue au besoin suprême d'accomplissement de soi. Une fois que les besoins physiologiques et de sécurité sont satisfaits, l'individu aspire à être reconnu, apprécié et valorisé par les autres, ce qui contribue à son estime de soi et à sa réalisation personnelle. Selon Maslow, l'assouvissement de ces besoins créent la motivation des individus.

3.3.1.2. La reconnaissance au travail

En règle générale, le travail est défini comme toute « *activité de l'homme appliquée à la production, à la création, à l'entretien de quelque chose* » alors que dans le monde professionnel, il est défini comme une « *activité rémunérée* » (Larousse). Par conséquent, on peut considérer que pour toute contribution l'individu attend une rétribution en retour. Dans le monde du travail, où le travailleur contribue à l'organisation, la reconnaissance peut constituer une rétribution attendue par le travailleur (Dejours, 2008, p.233). Mais *comment se formalise cette reconnaissance* ? La reconnaissance au travail ne se limite pas à une simple rétribution pécuniaire, comme le suggère l'expression "*tout travail mérite salaire*". Au fil du temps, la reconnaissance au travail a évolué pour devenir un concept

multidimensionnel symbolisé également par une rétribution d'une valeur affective. Pour de nombreux auteurs, cette forme de reconnaissance affective est parfois plus valorisée que la reconnaissance financière (St-Onge et al., 2005; Fall, 2015). Dejours décrit la reconnaissance comme une rétribution symbolique vis-à-vis du travail fourni. (2008, p.233).

En somme, la reconnaissance au travail peut être définie comme le sentiment d'être apprécié et valorisé pour le travail accompli dans un environnement professionnel.

« La reconnaissance constitue d'abord une réaction constructive ; il s'agit aussi d'un jugement posé sur la contribution de la personne, tant en matière de pratique de travail qu'en matière d'investissement personnel et de mobilisation. » (Brun et Dugas, 2005, p.85)

Ce concept inclut également les notions de "réciprocité", "proximité" et "confiance" au sein d'un échange interpersonnel.

Après avoir défini la reconnaissance au travail, nous allons l'explorer plus amplement par les biais diverses approches et différents modèles théoriques.

3.3.2. Les différentes approches de la reconnaissance

En 2005, Brun et Dugas ont caractérisés quatre approches de la reconnaissance au travail (p.81-84) :

- « *La perspective éthique* » considère la reconnaissance au travail comme une question de dignité humaine, de souci de l'autre et de justice sociale, et non uniquement un enjeu de performance organisationnelle ou de santé mentale au travail
- « *La conception humaniste et existentielle* » qui met l'accent sur la reconnaissance de l'individu en tant que personne, de son caractère unique et de son potentiel. Selon cette approche, en offrant aux individus les conditions de travail adéquates sur les plans financier, matériel et relationnel, ces derniers seront plus enclins à s'engager positivement et de manière solidaire dans leur travail. Elle englobe ainsi la notion de « *prise en considération* » du personnel quant à leurs avis, leur collaboration aux activités organisationnelles et à leur participation à la prise de décisions. Elle permet de « *donner du sens à leur action* ».
- « *La psychodynamique du travail* » qui consiste à appréhender la reconnaissance comme une rétribution du travail réel attendu par le salarié. Elle se concentre sur l'expérience subjective des individus en milieu professionnel et sur les stratégies

individuelles et collectives de défense qu'ils développent pour maintenir leur équilibre psychique dans des conditions de travail perturbantes. Elle s'intéresse au décalage entre le « *travail réel* » fourni par le personnel et le « *travail prescrit* » par l'organisation (Dejours, 2008, p.225);

- « *L'approche comportementaliste* » se concentre sur la reconnaissance des résultats en tant que renforcement positif des actions des travailleurs. Elle met l'accent sur la notion d'utilité et d'efficacité du travailleur ainsi qu'à l'importance de l'individu pour l'organisation ;

Ces approches sont reprises dans le tableau ci-dessous :

L'éthique	La conception humaniste	La psychodynamique du travail	L'approche comportementaliste
La reconnaissance comme enjeu de dignité humaine, de souci de l'autre et de justice sociale.	La reconnaissance de la personne, de son caractère distinctif, de son potentiel.	La reconnaissance comme rétribution du travail réel attendue par l'individu.	La reconnaissance des résultats comme renforcement positif des actions.
	Reconnaissance existentielle	Reconnaissance de la pratique de travail et de l'investissement dans le travail	Reconnaissance des résultats
Exemples : – proposition de services d'accompagnement pour les salariés licenciés, – développement d'une culture organisationnelle respectueuse des valeurs individuelles.	Exemples : – informer le personnel sur les objectifs et les stratégies de l'organisation, – autoriser des horaires flexibles de travail, – encourager l'accès à la formation.	Exemples : – la reconnaissance par les pairs de la qualité du travail accompli, – les remerciements d'un client, – la reconnaissance de l'investissement dans le travail.	Exemples : – des cérémonies mettant en valeur une réussite particulière, – des primes suite à l'atteinte d'objectifs, – des félicitations spontanées par les pairs.

Source : Brun et Dugas (2005)

En utilisant ces approches, nous allons explorer plusieurs modèles théoriques qui permettent de délimiter le concept de la reconnaissance au travail, tant dans ses différentes formes que dans ses sources.

3.3.3. Les différents modèles théoriques de la reconnaissance au travail

La littérature montre que la complexité et la diversité de la reconnaissance au travail sont du fait du caractère polysémique de ce concept comme le souligne Fall (2015, p.190). Dans

cette partie, nous allons nous appuyer sur des modèles théoriques décrits dans la littérature pour définir la reconnaissance au travail.

3.3.3.1. Le modèle de Honneth (2008)

Dans son approche éthique de la reconnaissance, Honneth (2008) s'appuie sur les travaux de Hegel et met en avant la notion de réciprocité et de relation intersubjective avec autrui (p.50). Selon lui, la reconnaissance permet à l'individu de se construire à travers l'autre. Honneth considère également que la reconnaissance est une lutte contre la domination et l'injustice, intégrant ainsi les notions de dignité humaine et de justice sociale.

3.3.3.2. Le modèle de Brillet et al. (2013)

Dans leur étude qualitative exploratoire (Brillet et al. 2013) évoque différents moyens de reconnaissances, ils en décrivent trois dimensions :

- «*La reconnaissance matérielle vs immatérielle* » qui est une dimension englobant à la fois des éléments matériels (salaires, primes, avantages en nature, etc.) et immatérielles (réunions, remerciements, discussions informelles, tutorat). Bien que la reconnaissance matérielle soit importante, la reconnaissance immatérielle est souvent plus valorisée par les employés,

- «*La reconnaissance individuelle vs collective*» qui est une dimension comprenant la reconnaissance à l'égard du travail collectif (travail d'équipe, projet de groupe, etc.), mais aussi de l'individu (fonctions, compétences, autonomie, etc.). La reconnaissance de l'individu permet de donner du sens au travail et de considérer chaque employé comme un individu unique, ce qui peut contribuer à la fidélisation des salariés ;

- «*La reconnaissance formalisée vs non formalisée* » qui est une dimension constituée d'éléments procéduraux tels que les entretiens professionnels et les évaluations, la mise en place de dispositifs de formations, ainsi que d'éléments informels tels que l'entraide et le soutien interpersonnel, la considération des pairs,...

Leur étude quantitative (Brillet et al.2013), permet de préciser quatre modes de reconnaissances :

- *La reconnaissance distributive financière*, elle comprend des compensations matérielles telles que salaires, primes, avantages sociaux)
- *La reconnaissance distributive non financière*, comprend quant à elle, des éléments immatériels tels que les remerciements, les moyens de valorisation, le sentiment d'être utile
- *La reconnaissance procédurale* intègre des possibilités de promotion, opportunités de développement de carrière, des formations.
- *La reconnaissance interactionnelle*. Elle se focalise sur la qualité des relations interpersonnelles par l'intermédiaire de la communication, la transparence, le respect, l'entraide et le soutien.

3.3.3.3. Le modèle de Dejours (2008)

Dans son modèle de la reconnaissance suivant l'approche de la psychodynamique du travail, Dejours (2008) présente la reconnaissance comme une rétribution symbolique attendue par le sujet. Selon lui (p.234), il existe deux types de reconnaissance :

- La reconnaissance au sens « de *constat* », c'est-à-dire la contribution de l'individu au travail à l'organisation, (Dejours, 2008, p. 234)
- La reconnaissance au sens de « *gratitude* » visant à souligner la contribution des travailleurs à la réalisation du travail.

Selon Dejours (2008, p.235), la reconnaissance au travail est un jugement qui porte sur « *le travail accompli, sur le faire et non sur la personne* ». Elle peut avoir un « *effet sur l'accomplissement de soi* ». Elle résulte de deux types de jugements :

- Le « *jugement d'utilité* », est surtout émis par le personnel d'encadrement, les clients ou les subordonnés et porte sur l'utilité sociale, économique et technique du travail de l'employé.
- Le « *jugement de « beauté* », est porté principalement par les pairs qui sont capables d'évaluer la qualité du travail accompli et les efforts fournis par la personne.

Cette reconnaissance est un rapport entre différents éléments, le réel (travail), l'ego (l'accomplissement de soi) et le porteur de jugement (autrui). Ainsi, Dejours nous évoque le

triangle de la dynamique de l'identité de Sigaut qu'il fait évoluer vers celui du triangle de la psychodynamique du travail (Travail, Souffrance, Reconnaissance). (*Ibid.*)

3.3.3.4. Le modèle de St Onge et al. (2005)

Pour St-Onge et *al.* (2005), la reconnaissance, synonyme de récompense, vise à encourager certains comportements. Ceci fait un écho aux théories de la motivation tels que celles décrites par Hull avec la loi du renforcement et Deci et Ryan avec le continuum d'auto-détermination. St Onge et *al.* (2005, p.92-94) proposent, sept catégories de reconnaissance :

- *La communication*, permet d'exprimer une appréciation ou une gratitude à l'égard de ses pairs, de ses subordonnés ou de ses supérieurs. Elle contribue à favoriser la motivation au travail.
- *Les comportements*, qui se manifestent par des attitudes et gestes de soutien, d'empathie et d'encouragement. Ils permettent de valoriser les efforts personnels et de renforcer la confiance en soi.
- *Les symboles honorifiques*, qui se manifestent par des gestes symboliques tels que des plaques murales, remise de prix, des voyages, etc. Ils permettent de souligner l'engagement et des efforts exceptionnels du personnel.
- *La visibilité*, témoigne de la gratitude au travailleur devant ses pairs en raison de sa performance exceptionnelle, de son rendement supérieur ou de sa prestation de services de qualité. Cette reconnaissance se manifeste par des gestes de communication "visibles", tels que des lettres de reconnaissance, des tableaux d'affichage ou des certificats honorifiques.
- *Les biens, les services et les primes ponctuelles*, se pratiquent sous formes d'actions matérielles et immatérielles tels que des services offerts (abonnements, tickets culturels), des frais exceptionnels (pour les formations, écoles), des tickets-repas, des cadeaux symboliques,...
- *Les conditions de travail* visent l'ensemble du personnel de manière régulière ou exceptionnelle. Elles consistent en l'attribution d'une responsabilité spéciale ou supplémentaire, la mise en œuvre de conditions de travail privilégiées (horaire flexible, télétravail,...

- *La rémunération variable* est une récompense variable suite à une performance individuelle (prime d'ancienneté, de présentisme) ou collective (participation aux bénéfices, l'actionnariat)

Cette conception de la reconnaissance montre que ce concept va bien au-delà de la simple rémunération. Selon ces mêmes auteurs, la reconnaissance peut être de nature intrinsèque ou extrinsèque, individuelle ou collective, et inclure des éléments matériels ou immatériels.

Ainsi, « *les pratiques de reconnaissance peuvent être utilisées pour motiver les employés, pour les attirer et les retenir, pour appuyer un changement organisationnel, pour communiquer des valeurs et renforcer une culture* », en autres. (St Onge et al., 2005, p.96)

Ils amorcent (p.99) également une ébauche des sources de reconnaissances par les « *dirigeants des entreprises* » et « *les cadres* » comme décrites ci-dessous dans le modèle de Brun et Dugas (2005)

5.4.3. Le modèle de Brun et Dugas (2005)

Leur modèle théorique allie l'approche humaniste et comportementaliste de la reconnaissance au travail. Il est basé sur quatre pratiques de reconnaissance au travail (p.82-83) :

- *La reconnaissance existentielle*, a trait à la conception humaniste décrite plus haut. Elle suppose la reconnaissance de la dignité humaine (respect des valeurs individuelles) et celle de la justice sociale (respect des valeurs organisationnelles) sur le lieu du travail. Cette forme de reconnaissance est surtout de nature informelle et non pécuniaire.
- *La reconnaissance de la pratique de travail*, consiste en la reconnaissance du travailleur en tant que professionnel compétent. Elle porte sur son savoir-faire et son savoir-être. Elle favorise sa créativité, son innovation au travail et son amélioration continue de ses pratiques de travail.
- *La reconnaissance de l'investissement dans le travail*, reconnaît la participation et la contribution du personnel quant aux efforts fournis
- *La reconnaissance des résultats* porte principalement sur les résultats du travail fourni et la contribution du personnel à la réalisation des objectifs de l'entreprise. Il s'agit donc d'une reconnaissance qui s'exprime surtout a posteriori. Elle souligne l'«

efficacité, l'utilité et valeur du travail accompli» et « le rendement, la productivité et la performance» (p.83) du personnel pour l'organisation.

Ils se focalisent également sur les sources et les porteurs de la reconnaissance, qui permettent d'identifier les dimensions et les acteurs impliqués :

- La *reconnaissance au niveau institutionnelle ou organisationnelle*, renvoie à la reconnaissance provenant de l'entreprise elle-même, qui se manifeste à travers les moyens matériels mis à disposition des salariés. Elle englobe les politiques et les programmes organisationnels destinés à soutenir les travailleurs, tels que les possibilités d'avancement et de développement professionnel, la récompense financière pour des réalisations de qualité, ainsi que tous les outils et équipements nécessaires pour travailler efficacement.
- La *reconnaissance au niveau verticale ou hiérarchique*, renvoie à la reconnaissance émanant des supérieurs hiérarchiques. Elle englobe toute forme d'appréciation venant des supérieurs et visant à valoriser les réalisations et les efforts du salarié. Elle peut prendre la forme de considération à l'égard des salariés, d'appréciations spontanées sur la qualité du travail ou de simples mots d'encouragement lors de situations difficiles rencontrées par le salarié.
- La *reconnaissance au niveau horizontale*, se réfère à la reconnaissance des collègues et des pairs. Elle inclut toutes les appréciations et approbations spontanées provenant directement des collègues, portant sur la qualité et le niveau des réalisations au travail. Cela comprend, entre autres, l'ensemble des compliments et des remerciements permettant de souligner un travail de qualité ou de reconnaître la contribution d'un collègue au bon fonctionnement d'un service
- La *reconnaissance au niveau externe* renvoie à la reconnaissance de la part des clients, des fournisseurs, des consultants et autres partenaires externes. Elle correspond à la satisfaction clients.
- La *reconnaissance au niveau social* renvoie à la valorisation sociale par la communauté d'une organisation et de son utilité sociale

3.3.4. Les effets de la reconnaissance au travail

La reconnaissance au travail est de plus en plus reconnue comme une pratique de gestion importante ayant de multiples incidences sur les individus et l'organisation (Brun et Dugas,

2005, p.85). Souvent, le besoin de reconnaissance émerge en réaction à une absence de reconnaissance. Nous allons examiner ici les nombreux effets associés à ce besoin, tels que décrits par de plusieurs auteurs.

Construction identitaire

La construction de l'identité professionnelle résulte d'une série d'interactions entre l'individu et son environnement professionnel. Tout au long de sa carrière, le travailleur façonne ainsi son identité en se basant sur différents types de reconnaissance, notamment en ce qui concerne le développement de ses compétences. Cette idée est partagée par plusieurs auteurs, tels que Brun et Dugas (2005) et St Onge et al. (2005). La reconnaissance joue un rôle clé dans cette construction en permettant à l'individu de se percevoir à travers le regard d'autrui, comme l'explique Honneth (2008, p.50). La reconnaissance de son savoir-faire et de son savoir-être contribue ainsi à façonner son identité professionnelle.

Source de satisfaction, motivation, d'engagement

La reconnaissance notamment non pécuniaire est plus valorisante, elle joue sur un principe fort du *continuum* de l'auto-détermination de Deci et Ryan, la motivation intrinsèque. Elle permet d'aller au-delà de la récompense.

Le personnel qui bénéficie souvent de la reconnaissance se sent plus satisfait que celui qui en bénéficie rarement. La reconnaissance peut aider à améliorer la satisfaction au travail et à réduire le stress et l'épuisement professionnel.

La reconnaissance engendre de la motivation et la motivation de la reconnaissance. Ainsi la reconnaissance est un catalyseur de la motivation du personnel au travail.

La reconnaissance favorise l'attachement du personnel à l'organisation suite à un sentiment d'utilité (Brillet et al., 2013).

Elle permet de valoriser les équipes notamment sur leur implication, favorise une augmentation de l'estime de soi et crée une certaine envie d'engagement et de motivation (sentiment d'efficacité personnelle). Aussi, St Onge et al., (2005, p.92) souligne que « *en exprimant simplement de la gratitude et du respect, nous augmentons l'estime de soi des personnes visées, un déterminant important de leur motivation au travail.* ».

En cela, la reconnaissance permet également de donner un sens au travail (Brun et Dugas, 2005, p.85 ; Dejours, 2008, p.236).

Dans son étude Brillet et *al.* (2013, p. 4) montrent que le décalage entre les modes de reconnaissance mis en œuvre dans l'entreprise et la reconnaissance réellement perçue par les salariés peut, à l'extrême, conduire le salarié à être démotivé ou non satisfait et même à quitter l'entreprise.

Dejours caractérise le travail comme étant le centre de relations intersubjectives qui engendrent divers comportements de « *mobilisation, de démobilitation ou de défense* » dénommés la rationalité subjective (2008, p.239) faisant ainsi écho à la motivation et démotivation du personnel. Selon ce même auteur « *dans toute situation de travail, il est plus sage de tenir compte de la rationalité subjective que de l'écart* » (*Ibid.*) au profit de l'efficacité et de la performance.

Source de bien-être et de plaisir (réduction stress, épuisement pro

La littérature dévoile également l'impact favorable de la reconnaissance sur l'état de santé du personnel et sur son bien-être (Brun et Dugas, 2005, p.85)

Cette reconnaissance permet de « *la transformation de la souffrance en plaisir* » (Dejours, 2008, p.236) et de ce fait elle contribue à améliorer les conditions de travail du travailleur. Dufau et Lagabrielle (2010, p.49) précise que la non-reconnaissance professionnelle, est un problème majeur et est une forme d'« *explication de la souffrance au travail* ». Si la reconnaissance fait défaut, les sujets s'engagent dans des stratégies défensives » (Dejours, 2008, p.238) telles que la résistance au changement.

Selon Siegrist (1996), pour favoriser un bien-être optimal, les efforts de l'individu doivent être reconnus par des récompenses. Il explique donc que l'apparition d'un « déséquilibre efforts et récompenses » peut être générateur de stress au travail ou d'insatisfaction. Afin de maintenir cet équilibre la reconnaissance comme récompense est primordiale. Ce modèle fait écho aux théories de la motivation extrinsèque tels que décrites par Hull avec la loi du renforcement et Deci et Ryan avec le continuum d'auto-détermination.

Impact sur la performance des organisations

Plusieurs auteurs, tels que Brun et Dugas (2005), St Onge et *al.* (2005) et Ilama et Tremblay (2020), ont souligné l'impact de la reconnaissance sur la performance organisationnelle. En effet, la mise en place de stratégies de reconnaissance à l'égard du personnel contribue à améliorer la performance socio-économique en stimulant la créativité et l'innovation des salariés (Brun et Dugas, 2005, p. 85). De plus, la reconnaissance favorise la performance collective de l'organisation. En améliorant les conditions de travail et le climat organisationnel, la reconnaissance aide à fidéliser les employés en réduisant le taux de rotation du personnel et à réduire le taux d'absentéisme (Ilama et Tremblay, 2020, p. 245 ; St Onge et *al.*, 2005, p. 89). Enfin, la reconnaissance contribue à créer un environnement de travail sain, positif et collaboratif.

Les effets négatifs de la reconnaissance au travail

Après avoir constaté les effets positifs de la reconnaissance sur l'organisation, certains auteurs soulignent qu'il convient d'utiliser diverses formes de reconnaissance avec précaution et de les compléter par d'autres types de reconnaissance. En effet, la reconnaissance des résultats, telle que présentée précédemment, peut engendrer des effets indésirables tels que la jalousie, le sentiment d'injustice, une compétitivité exacerbée entre les employés ou encore une perte de crédibilité, comme le mentionnent Brun et Dugas (2005, p.84)

Afin de pallier ces éventuels effets négatifs, il est important de diversifier les formes de reconnaissance utilisées dans l'organisation. En accordant de l'importance à ces différents aspects, l'organisation favorise un climat de reconnaissance plus équilibré et harmonieux.

De plus, il est essentiel de veiller à la transparence et à l'équité dans la reconnaissance afin d'éviter les sentiments d'injustice. Les critères de reconnaissance doivent être clairs, objectifs et compréhensibles pour tous les employés. Une communication transparente sur les décisions de reconnaissance et les raisons qui les motivent peut contribuer à minimiser les perceptions d'iniquité. En complément des formes de reconnaissance individuelle, il est également important de promouvoir la reconnaissance collective. Cela permet de valoriser les contributions de l'ensemble de l'équipe et de renforcer la collaboration et la cohésion.

En somme, il est crucial d'utiliser la reconnaissance de manière réfléchie en prenant en compte ses différentes formes et en les complétant les unes par les autres. Une approche équilibrée et diversifiée de la reconnaissance favorise un environnement de travail positif et productif tout en minimisant les effets négatifs potentiels.

3.3.5. Synthèse du concept de reconnaissance au travail

Dans le cadre de notre recherche, nous avons choisi de nous appuyer sur le modèle de la reconnaissance au travail développé par Brun et Dugas (2005). Ce modèle présente l'avantage de prendre en compte les aspects éthique, comportementaliste et humaniste de la reconnaissance au travail. De plus, il est le seul à se concentrer sur les sources de reconnaissance au sein de l'organisation. Dans le contexte des relations de travail, la reconnaissance peut être observée à différents niveaux. Nous allons nous référer à l'échelle de Fall (2015), en nous concentrant sur les sources de reconnaissance qui sont les plus proches du personnel soignant et avec lesquelles il interagit quotidiennement : l'institution, les supérieurs hiérarchiques et les collègues.

Ce cadre conceptuel ainsi établi, permet de donner une base solide à notre recherche en reliant les concepts clés : l'organisation de la mobilité, l'implication organisationnelle et la reconnaissance au travail et leurs principaux modèles théoriques à l'objet d'étude. Il nous permet de structurer une problématique. Il permet de fournir une structure pour l'analyse des données et de mettre en place des méthodes cohérentes pour collecter et analyser les informations nécessaires.

4. PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

4.1. Problématique

L'approche de notre problématique par cette analyse contextuelle et conceptuelle, nous a permis de mettre plusieurs points en évidence.

Déjà en 1991, Raoult (p.242) considérait que la mobilité comme était « *peu analysée et peu objectivée* ».

Nous avons observé que la littérature se concentre principalement sur les bénéfices et les contraintes liés à la mobilité professionnelle interne. Cependant, peu d'études abordent les mesures mises en place pour améliorer la perception et l'expérience des soignants dans le but de promouvoir leur adhésion à la mobilité ponctuelle. Nous avons également vu que la mobilité subie peut avoir des impacts négatifs tant pour l'établissement, que pour les patients ou encore les soignants eux-mêmes. Nous sommes conscients qu'aujourd'hui, compte tenu du contexte, il est difficile de se passer de la mobilité des soignants pour assurer la continuité des soins. L'un des principaux impacts de cette mobilité est la réduction de l'implication organisationnelle, en particulier de l'implication affective, c'est-à-dire que les soignants éprouvent moins l'envie de rester pour eux-mêmes et de se sentir appartenir à l'établissement. Nous savons qu'aujourd'hui vu le contexte qu'il est difficile de faire sans la mobilité des soignants pour garantir une continuité des soins. L'un des impacts majeurs est la diminution de l'implication organisationnelle notamment de l'implication affective c'est-à-dire que les soignants ont envie de rester pour eux-mêmes et par souci d'appartenance à l'établissement.

Nous avons également pu constater que certaines notions de la reconnaissance au travail pouvaient apparaître dans les concepts de 'organisation de la mobilité et de l'implication organisationnelle tels que la considération, le sentiment d'appartenance, la fidélisation.

Ainsi, l'organisation de la mobilité non choisie par les soignants et l'implication organisationnelle constituera l'objet de notre recherche. Nous chercherons à déterminer s'il existe un lien entre les deux concepts en particulier si l'organisation de la mobilité peut renforcer ou diminuer l'implication organisationnelle des professionnels de santé salariés. Notre recherche cherchera donc à répondre à la question principale suivante :

<p style="text-align: center;">Est-ce que l'organisation de la mobilité non choisie peut avoir un effet sur l'implication organisationnelle des soignants.</p>

Pour aller plus loin, nous nous interrogeons sur un effet potentiel de la reconnaissance au travail dans ce phénomène.

4.2. Hypothèses

Cette question de recherche ainsi que notre cadre conceptuel, nous amènent à émettre les trois hypothèses suivantes :

Hypothèse 1

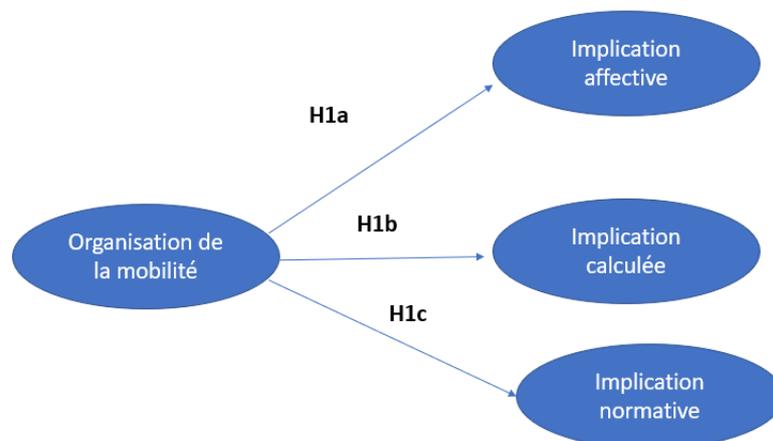
Plus l'institution organise la mobilité des soignants plus l'implication des soignants sera élevée.

Comme évoqué dans notre cadre conceptuel, plusieurs types d'implication organisationnelle existent. En nous appuyant sur la classification proposée par Meyer et Allen (1991), nous considérons pertinent d'examiner comment ces différents types d'implication des soignants sont associés à l'organisation de la mobilité professionnelle au sein de l'organisation. Ainsi, nous pouvons émettre les sous-hypothèses suivantes :

- **H1a** : *Plus l'institution organise la mobilité des soignants plus l'implication affective des soignants dans l'organisation sera élevée.*
- **H1b** : *Plus l'institution organise la mobilité des soignants plus l'implication normative des soignants dans l'organisation sera élevée.*
- **H1c** : *Plus l'institution organise la mobilité des soignants plus l'implication calculée des soignants dans l'organisation sera faible.*

Nous avons dans le cadre conceptuel que l'implication affective et l'implication normative sont généralement considérées comme positives, tandis que l'implication calculée est considérée comme plus contrainte. Cela permet d'expliquer la formulation inversée pour l'implication calculée.

**Figure 1 : Modélisation de l'hypothèse 1
Organisation de la mobilité et Implication organisationnelle**



Hypothèse 2

Plus les soignants se sentent reconnus dans leur travail plus ils seront impliqués dans l'organisation.

Dans le modèle théorique de la reconnaissance de Brun et Dugas (2005) que nous avons choisi à l'issue de la revue de la littérature, la reconnaissance peut être faite à différents niveaux : par l'institution, par les supérieurs hiérarchiques et par les collègues. Il nous semble donc intéressants de regarder l'impact des différents types de reconnaissance sur les différents types d'implication organisationnelle. Ce qui nous amène à proposer les sous-hypothèses suivantes :

Effet de la reconnaissance faite par l'institution sur les différents types d'implication

- **H2a** : *Plus les soignants ressentent de la reconnaissance de la part de l'institution plus leur implication affective dans l'organisation sera élevée.*
- **H2b** : *Plus les soignants ressentent de la reconnaissance de la part de l'institution plus leur implication normative dans l'organisation sera élevée.*
- **H2c** : *Plus les soignants ressentent de la reconnaissance de la part de l'institution plus leur implication calculée dans l'organisation sera faible.*

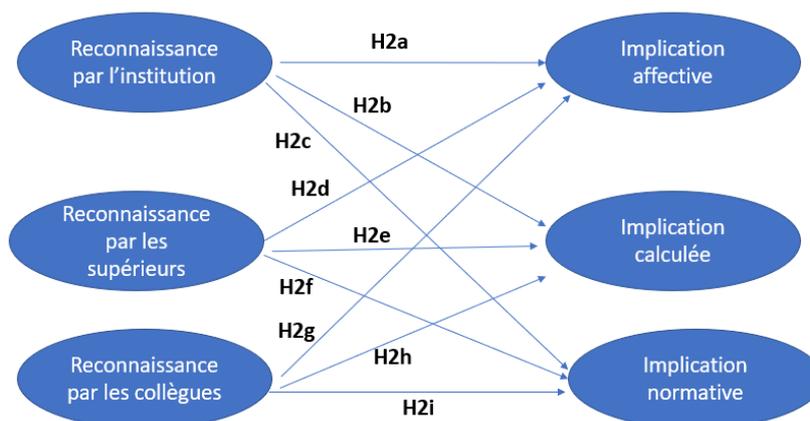
Effet de la reconnaissance faite par les supérieurs hiérarchiques sur les différents types d'implication

- **H2d** : *Plus les soignants ressentent de la reconnaissance de la part des supérieurs hiérarchiques plus leur implication affective dans l'organisation sera élevée.*
- **H2e** : *Plus les soignants ressentent de la reconnaissance de la part des supérieurs hiérarchiques plus leur implication normative dans l'organisation sera élevée.*
- **H2f** : *Plus les soignants ressentent de la reconnaissance de la part des supérieurs hiérarchiques plus leur implication calculée dans l'organisation sera faible.*

Effet de la reconnaissance faite par les collègues sur les différents types d'implication

- **H2g** : Plus les soignants ressentent de la reconnaissance de la part des collègues plus leur implication affective dans l'organisation sera élevée.
- **H2h** : Plus les soignants ressentent de la reconnaissance de la part des collègues plus leur implication normative dans l'organisation sera élevée.
- **H2i** : Plus les soignants ressentent de la reconnaissance de la part des collègues plus leur implication calculée dans l'organisation sera faible.

**Figure 2 : Modélisation de l'hypothèse 2
Reconnaissance et Implication organisationnelle**



Hypothèse 3

Nous avons supposé dans l'hypothèse 1 que l'organisation mis en œuvre pour assurer la mobilité des soignants peut avoir un effet sur leur implication organisationnelle dans leur établissement de santé actuel. Cependant, nous voulons émettre l'hypothèse que la reconnaissance professionnelle perçue par les soignants de la part de leur institution, de leurs supérieurs hiérarchiques et de leurs collègues, peut modérer l'impact de l'organisation de la mobilité sur implication organisationnelle. Dans cette 3^e hypothèse, nous faisons donc intervenir une variable modératrice : la reconnaissance au travail. Ainsi, la reconnaissance professionnelle peut jouer un rôle modérateur dans la relation entre la mobilité professionnelle subie et l'implication organisationnelle. Nous supposons que la reconnaissance augmente l'effet de l'organisation de la mobilité sur l'implication des professionnels au sein de l'organisation. En effet, une variable modératrice (la

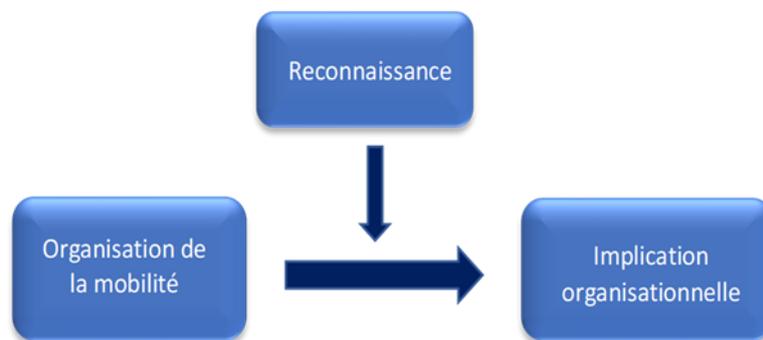
reconnaissance) modifie l'effet de la variable indépendante (l'organisation de la mobilité) sur la variable dépendante (l'implication organisationnelle). Tandis qu'une variable médiatrice explique la relation entre la variable indépendante et la variable dépendante. Ce qui nous amène à formuler l'hypothèse 3 suivante :

La reconnaissance au travail vient modérer le lien entre l'organisation de la mobilité et l'implication organisationnelle.

Afin de ne pas alourdir la lecture de ce travail avec neuf nouvelles hypothèses qui seraient formulées pour les différents types d'implication organisationnelle et de reconnaissance existants et l'organisation de la mobilité, nous avons choisi de formuler une seule hypothèse générale pour cette variable modératrice. Cette hypothèse sera testée avec toutes les formes de reconnaissance et toutes les formes d'implication organisationnelle.

Cette hypothèse est représentée par la figure 3 ci-dessous :

Figure 3 : Modélisation de l'hypothèse 3 Effet modérateur de la reconnaissance au travail



5. METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Fortin et Gagnon (2016), définissent la recherche scientifique comme étant « *une démarche systématique d'acquisition de connaissances fondée sur la collecte et l'analyse systématiques de données empiriques en vue de décrire, d'expliquer, de prédire et de contrôler des phénomènes* ». Ainsi, l'objectif de la recherche scientifique est de permettre une meilleure compréhension d'un phénomène étudié. Elle peut être menée dans de

nombreux domaines, tels que les sciences naturelles, les sciences sociales, les sciences humaines et bien d'autres disciplines.

Nous amorçons cette partie de la méthodologie de recherche par la phase empirique de collecte et d'analyses des données.

5.1. Choix de la méthode et de l'outil de recherche

5.1.1. La méthode

Selon Fortin et Gagnon (2016, p.5), il existe deux approches traditionnelles de la recherche : la recherche qualitative et la recherche quantitative.

La recherche qualitative a pour objectif de comprendre et à décrire un phénomène. Elle permet d'avoir accès au ressenti, au vécu des individus. Cette méthode est plutôt subjective. (*Ibid.*, p.20)

Selon Fortin et Gagnon (2016), la recherche quantitative « *met l'accent sur la description, l'explication, la prédiction et le contrôle et repose sur la mesure de phénomènes et l'analyse de données numériques* ». L'étude quantitative cherche à établir des liens de cause à effet en testant des hypothèses. Elle est souvent utilisée pour étudier les comportements ou les attitudes mesurables. Elle utilise des outils de mesures normés permettant un recueil de données numériques et donc quantifiables et analysables statistiquement. L'objectif de l'étude quantitative est de réussir à généraliser un phénomène. Cette méthode est plus objective.

D'après la revue de la littérature faite précédemment, de nombreuses études qualitatives traitent de la mobilité et de la perception qu'en ont les soignants, *a contrario*, peu d'études quantitatives mesurent ce phénomène. De plus, il n'existe pas d'échelle de mesure validée scientifique. Les autres concepts mobilisés dans le cadre de ce travail de recherche, l'implication organisationnelle et la reconnaissance, sont des phénomènes largement étudiés (Meyer et Allen, 1991 ; Belghiti-Mahut et Briole, 2004 ; St Onge et *al.*, 2005 ; Dejours, 2008 ; Brillet et *al.*, 2013) et il existe divers instruments de mesure qui permettent de les évaluer. Et pour finir, au vu des hypothèses émises dans la partie 4. 2 « Hypothèses », dans le cadre de ce travail de recherche, nous cherchons bien à établir des liens de cause à effet entre l'organisation de la mobilité et l'implication des soignants dans leur établissement. Dans ce contexte, il nous semble donc pertinent d'orienter notre travail vers une recherche

quantitative afin d'étudier le phénomène de l'organisation de la mobilité et d'établir des liens de cause à effet avec l'implication organisationnelle et le rôle que peut avoir la reconnaissance dans ce phénomène.

Dans la partie suivante, nous examinerons quel est l'outil de recherche le plus approprié pour notre étude.

5.1.2. L'outil de recherche

Dans le cadre d'une recherche quantitative, il existe différents outils permettant la collecte des données. Parmi les plus couramment utilisés, Fortin et Gagnon (2016, p.324-327) proposent :

- **l'observation structurée** : elle consiste à observer et à enregistrer les comportements des participants. Elle permet ainsi une classification des phénomènes observés dans des catégories prédéfinies.
- **l'entrevue dirigée** ou l'entretien directif : elle consiste à interviewer des répondants en utilisant des questions fermées. L'intervieweur « *exerce un contrôle sur le contenu, sur le déroulement des échanges ainsi que sur l'analyse et l'interprétation des mesures* » (Ibid.). Elle permet d'étudier un thème encore peu abordé par d'autres chercheurs.
- **le questionnaire** : il consiste en un ensemble de questions posées dans un ordre bien précis aux participants auquel ils doivent répondre de manière rédigée. Le but du questionnaire est de recueillir de l'information factuelle sur un phénomène. Les questions peuvent être de différentes formes : ouvertes ou fermées. Le questionnaire « *est la méthode de collecte des données la plus utilisée* » (Ibid.). Il est possible d'utiliser un questionnaire existant proposé dans la littérature ou d'en créer un.

Dans le cadre de notre étude, nous cherchons à mesurer à l'aide d'analyses statistiques les liens de causalité entre l'organisation de la mobilité mise en place dans les établissements de santé et l'implication organisationnelle des soignants au sein de leur institution. Le questionnaire, nous paraît donc être l'outil de collecte de données le plus adapté. De plus, pour les autres concepts clés de notre étude, à savoir l'implication organisationnelle et la reconnaissance, qui sont des phénomènes plus anciens et bien documentés dans la littérature,

des échelles validées scientifiquement existent déjà. Ces échelles de mesure évaluent ce qui est interrogé dans notre problématique. Cela permet donc un recueil de données homogènes.

Selon Fenneteau (2015, p.47-64), il existe différents types d'administration d'un questionnaire :

- l'administration avec un enquêteur en face à face ou par téléphone
- l'auto-administration par la Poste ou par Internet

Toujours selon les mêmes auteurs, le choix du type d'administration dépend de plusieurs facteurs : « *les différents modes de collectes, les informations recherchées, les caractéristiques de la population étudiée, les délais impartis et les financements* ».

Au vu de ces éléments, nous faisons le choix de réaliser une auto-administration en ligne de notre questionnaire par l'intermédiaire des réseaux sociaux. En effet, il existe des groupes Facebook de soignants, qui nous permettront ainsi de bien cibler notre population d'étude. Notre questionnaire pourra également toucher des soignants de diverses régions et nous pourrons ainsi connaître les pratiques dans d'autres régions. Selon Fenneteau (2015), ce mode d'administration « *fournit un moyen efficace pour interroger un grand nombre d'individus à moindre coût.* ».

Nous avons choisi de créer nos questionnaires (études 1 et 2) avec l'outil Google Forms®, logiciel de Google®, qui permet de mettre en forme et de diffuser des questionnaires en ligne. L'accès au questionnaire en ligne permet une collecte des données rapide en temps réel et également une extraction des données dans un fichier Excel.

Le questionnaire permet une collecte de données objective. Son auto-administration en ligne permet un recueil informatisé rapide des données, ainsi qu'une diffusion à un plus grand nombre de répondants grâce à l'utilisation de réseaux sociaux tels que Facebook et LinkedIn. L'auto-administration en ligne offre également l'avantage de préserver l'anonymat et la confidentialité des réponses des participants.

Concernant l'organisation de la mobilité dans le milieu de la santé, il ne semble pas avoir de questionnaire et *a fortiori* d'échelle de mesure établie. Il nous paraît donc nécessaire de concevoir un questionnaire pour mesurer ce concept.

Notre travail de recherche se décompose donc en deux études :

- L'étude 1 permettra de cadrer notre sujet d'étude en utilisant un questionnaire exploratoire composé d'une question ouverte « *Qu'est-ce qui est mis en place pour organiser la mobilité non choisie des soignants au sein de votre établissement ?* ». Cette étude constituera une banque d'informations et viendra compléter la revue de la littérature pour la création des items du questionnaire de recherche sur l'organisation de la mobilité.
- L'étude 2 aura pour objectif d'établir le lien entre l'organisation de la mobilité, l'implication organisationnelle et la reconnaissance au travail. Cette approche nous permettra d'établir des corrélations entre ces différents concepts et d'enrichir notre compréhension des enjeux liés à la mobilité des soignants dans le contexte de la santé.

5.2. Choix de la population

Fortin et Gagnon (2016), définissent une population comme étant « *l'ensemble des éléments (personnes, objets, spécimens) qui présentent des caractéristiques communes* » sur lequel nous souhaitons porter notre étude.

Ainsi la population étudiée dans notre recherche est constituée de l'ensemble des personnels soignants non médicaux travaillant au sein d'un établissement de santé ou d'une structure médico-sociale. Étant donné que nous ne pouvons pas interroger tous les professionnels de santé, nous limiterons notre population à un échantillon représentatif. Afin de bien cibler notre population, nous avons établi des critères de sélection (critères d'inclusion et d'exclusion).

5.3. Etude 1 : Questionnaire exploratoire

Dans le cadre de notre recherche, nous nous intéressons à l'organisation de la mobilité mise en place dans les établissements de santé et son effet sur l'implication des soignants dans l'institution. Afin de bien cadrer notre sujet, nous avons décidé de réaliser une étude exploratoire à l'aide d'un questionnaire. Elle constituera une banque d'informations et viendra compléter la revue de la littérature pour la création des items du questionnaire de recherche sur l'organisation de la mobilité.

5.3.1. Population

Comme énoncé, dans la partie 5.2 « *Choix de la population* », nous avons choisis de diriger ce questionnaire aux personnels soignants non médicaux salariés des établissements de santé et des structures médico-sociales.

Nous établissons des critères d'exclusion pour l'étude 1, qui seront les suivants :

- Le personnel médical tels que les médecins et les sage-femmes,
- Tout répondant ne travaillant pas en établissements de santé ou en structures médico-sociales, par exemple, le personnel libéral car dans notre étude nous voulons mesurer l'effet de ce qui est mis en place par l'institution
- Les étudiants en profession paramédicale seront également exclus car nous ne les considérons pas comme des salariés de l'institution et ne sont pas soumis à la mobilité telle que l'on entend dans ce travail de recherche.

Nous avons recueilli 34 questionnaires auprès de divers soignants ayant accepté de répondre à notre étude exploratoire sur ce qui est mis en place dans leur établissement pour organiser la mobilité non choisie des soignants. L'ensemble des répondants a été inclus dans notre échantillon.

L'échantillon interrogé comprenait donc 34 soignants, 2 hommes (5,9%) et 32 femmes (94,1%). Nous pouvons dire que l'échantillon est représentatif de la population soignante qui est composée, selon la DREES (2020), de 87% de femmes. L'âge moyen est de 46,6 ans ($\sigma = 9,07$). Le plus jeune a 27 ans et le plus âgé 60 ans. Nous avons donc une bonne répartition de l'âge parmi les répondants.

Les soignants interrogés occupent les fonctions d'AS (52,9%), d'IDE (32,4%), de cadres de santé (5,9%), de Faisant Fonction de cadre de santé (2,9%), d'infirmier coordonnateur (2,9%) et d'un infirmier anesthésiste (2,9%). Ils sont diplômés en moyenne en 2006 ($\sigma = 9,37$), la répartition allant de 1984 à 2022. La description de notre échantillon est présentée dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : Description de l'échantillon

Sexe	N=34	%
Hommes	2	5.9 %
Femmes	32	94.1 %
<hr/>		
Age (m, σ)	46.6 (9,07)	
<hr/>		
Fonction	N=34	%
AS	18	52.9 %
Cadre de santé	2	5.9 %
Faisant fonction	1	2.9 %
Faisant fonction IDEC	1	2.9 %
IDE	11	32.4 %
IADE	1	2.9 %
<hr/>		
Année de diplôme (m, σ)	2006 (9.37)	
<hr/>		
Ancienneté dans établissement actuel (m, σ)	15.2 (9.79)	
<hr/>		

La majorité de notre échantillon 82,4% travaille dans un établissement du secteur public. Cette répartition est représentative de la répartition en France. En effet, selon la DREES, en 2020, 77% des salariés du secteur hospitalier sont employés par le secteur public. Sur les 14 régions proposées dans la fiche signalétique seules 3 ne sont pas représentées : la Nouvelle Aquitaine, la Provence-Alpes-Côte d'Azur et les DOM-TOM. Nous avons également une bonne représentativité des types d'établissements (absence de répondants pour les établissements de psychiatrie et les Centres de Lutte Contre le Cancer), des services dans lesquels travaillent les répondants (absence de répondants pour l'Obstétrique). Ces informations concernant les établissements sont illustrées dans le tableau 2.

Tableau 2 : Répartition des établissements employeurs

Région	N= 34	%
Auvergne-Rhône-Alpes	2	5.9 %
Bourgogne-Franche-Comté	4	11.8 %
Bretagne	4	11.8 %
Centre-Val-de-Loire	3	8.8 %
Corse	1	2.9 %
Grand-Est	6	17.6 %
Hauts-de-France	4	11.8 %
Ile-de-France	2	5.9 %
Normandie	2	5.9 %
Occitanie	4	11.8 %
Pays de la Loire	2	5.9 %

Secteur établissement	N= 34	%
Privé	6	17.6 %
Public	28	82.4 %

Type établissement	N= 34	%
CH	10	29.4 %
CHU	3	8.8 %
Clinique MCO	1	2.9 %
EHPAD	12	35.3 %
Hôpital local / de proximité	5	14.7 %
SSR / SLD	1	2.9 %
UGECAM	1	2.9 %
clinique chirurgicale	1	2.9 %

Service	N= 34	%
Chirurgie	6	17.6 %
EHPAD	15	44.1 %
Médecine	7	20.6 %
Pédiatrie	1	2.9 %
Réanimation / Soins intensifs	2	5.9 %
SSR / SLD	3	8.8 %

À ce stade, nous pouvons dire que notre échantillon présente les caractéristiques essentielles similaires à la population cible de notre étude à savoir une représentativité du sexe, de l'âge,

des fonctions, des régions, des secteurs d'activités, des types d'établissements et des services dans lesquels travaillent les répondants.

5.3.2. Matériels et méthodes

Création du questionnaire exploratoire

Pour nous permettre de collecter nos données, nous avons donc créé un questionnaire avec l'outil en ligne Google Forms, comme indiqué dans la partie 5.1.2 « l'outil de recherche » (cf. annexe I). Il est composé de quatre parties :

- un message d'introduction invitant les participants à répondre. Il présente l'étude, le cadre de réalisation de celle-ci, la durée estimée du remplissage. Il est également précisé que ce questionnaire est anonyme et confidentiel et que les données récoltées ne seront utilisées que dans le cadre de ce travail de recherche,
- une question ouverte « *Qu'est-ce qui est mis en place pour organiser la mobilité non choisie des soignants au sein de votre établissement ? (Vous pouvez expliciter)* ». Ce choix a été motivé par le fait que la question ouverte permet d'obtenir un maximum d'informations et une expression libre du répondant,
- une fiche signalétique qui nous permet de décrire notre échantillon et ainsi voir sa représentativité. Celle-ci a été volontairement placée à la fin car des recherches en psychologie sociale ont montré que commencer par demander aux sujets dans quelles catégories ils se situent (genre, âge, statut familial) active la catégorie d'appartenance et active donc le comportement ou l'opinion associé à cette catégorie.
- et des remerciements.

Test du questionnaire

Un test du questionnaire est réalisé sur notre directrice de mémoire (personne considérée comme experte) afin de s'assurer qu'il soit adapté et compréhensible. À la suite de ce test, certaines modifications ont été apportées. En effet, le message d'introduction est complété par les notions d'anonymat et de confidentialité.

L'administration du questionnaire

L'administration du questionnaire a été faite du 02/01/23 au 13/01/23 sur le groupe Facebook « Nous, les blouses blanches, aide-soignant, infirmier, amp, cadre de santé » (141 400 membres). Une publication a été diffusée, incluant un message qui indique le but de la recherche, et qui invite les personnes à répondre à l'enquête via un lien vers le questionnaire Google Forms.

Les personnes interrogées constituent un échantillon aléatoire car ils sont considérés comme étant volontaires à répondre à ce questionnaire.

L'un des inconvénients évoqués par Fenneteau (2015), est le faible taux de réponse dû à l'absence d'un enquêteur. Afin de limiter cet inconvénient, nous avons effectué des relances régulières du questionnaire en republiant notre enquête sur le groupe Facebook tous les 3 à 4 jours (soit 3 relances au total).

5.3.3. Résultats

Entre le 02/01/23 et le 13/01/23, nous avons obtenus 34 réponses à la question suivante : *"Quelles mesures sont mises en place pour organiser la mobilité non choisie des soignants au sein de votre établissement ?"*.

La majorité des répondants ont indiqué qu'il n'y avait rien d'organisé à ce sujet (57,6%), tandis que d'autres ont cité des solutions telles que l'utilisation de l'application HUBLO (application de gestion des remplacements), l'appel à volontariat et à l'intérim, l'utilisation d'un pool de remplacement, le paiement en heures supplémentaires, la mise en place de primes, la mise en place de période d'immersion des agents au préalable, l'utilisation du passage en 12 heures. Certains ont également évoqués les contraintes telles que le changement de leur planning (modification de leurs horaires, annulation ou report de leurs congés ou de leur jour de repos) ainsi que les menaces subies pour effectuer les missions de mobilité. Le classement des réponses par catégorie vous est présenté dans le tableau 3, le détail des réponses est disponible en annexe II.

Tableau 3 : Description des réponses au questionnaire exploratoire par catégorie

Catégorie	N=34	%
CHANGEMENT PLANNING	4	12.1 %
COMPENSATION FINANCIERE	1	3.0 %
IMMERSION	1	3.0 %
MODIFICATION TEMPS DE TRAVAIL	2	6.1 %
PAS DE REMPLACEMENT	1	3.0 %
RIEN	19	57.6 %
VOLONTARIAT	1	3.0 %
VOLONTARIAT + COMPENSATION FINANCIERE	2	6.1 %
VOLONTARIAT + INTERIM	1	3.0 %
ANNULATION CONGES	1	3.0 %

Il convient de noter que les répondants semblent avoir interprété la question comme étant « *Quelles mesures sont mises en place pour faire face à l'absentéisme au sein de votre établissement ?* ». Néanmoins, cette interprétation nous permet d'utiliser les réponses pour créer les items pour le questionnaire de l'étude 2.

Après avoir mené l'étude 1 dont l'objectif était d'obtenir des informations sur l'organisation de la mobilité subie des soignants au sein des établissements de santé et de compléter les éléments de la littérature, nous poursuivons avec l'étude 2. Cette dernière consiste en l'élaboration d'un questionnaire portant sur l'organisation de la mobilité lorsqu'elle est non choisie, suivi d'une analyse statistique visant à mettre en évidence le lien entre l'organisation de la mobilité et l'implication organisationnelle des soignants, ainsi que le rôle de la reconnaissance dans ce phénomène.

5.4. Etude 2 : Questionnaire de recherche

Dans cette partie, nous présentons l'étude 2, qui s'articule autour de deux objectifs majeurs. Tout d'abord, nous avons élaboré un questionnaire portant sur l'organisation de la mobilité subie par les soignants au sein des établissements de santé. Ensuite, nous avons procédé à une analyse statistique afin de mettre en évidence le lien entre l'organisation de la

mobilité et l'implication organisationnelle des soignants, ainsi que le rôle de la reconnaissance dans ce phénomène. Les résultats de l'étude 2 seront présentés dans la partie RESULTATS. Cette recherche s'inscrit dans la continuité de notre étude exploratoire précédente.

5.4.1. Population

Comme dans l'étude 1, un questionnaire est dirigé aux personnels soignants non médicaux salariés des établissements de santé et des structures médico-sociales.

Nous choisissons pour l'étude 2 de fixer des critères d'exclusion plus précis afin d'avoir un échantillon plus ciblé de notre population d'enquête. Ainsi seront exclus de l'étude 2 :

- Le personnel médical tels que les médecins et les sage-femmes
- Le personnel assurant des missions d'encadrement tels que les cadres de santé, les faisant fonction de cadres de santé et les infirmiers coordonnateurs car nous considérons qu'ils font partie de la hiérarchie du personnel paramédical et sont donc susceptibles de proposer des missions de mobilité aux soignants sous leur responsabilité. Par ailleurs, ils peuvent également jouer un rôle important dans la mise en œuvre de formes de reconnaissance auprès du personnel.
- Les personnels paramédicaux médico-techniques tels que les techniciens de laboratoire, les manipulateurs en radiologie, les préparateurs en pharmacie, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes car nous considérons que, du fait de leur spécialité, ils sont moins soumis à la mobilité inter-service que nous étudions dans le cadre de notre recherche.
- Tout répondant ne travaillant pas en établissements de santé ou en structures médico-sociales, par exemple, le personnel libéral car dans notre étude nous voulons mesurer l'effet de ce qui est mis en place par l'institution
- Les étudiants en profession paramédicale car nous ne les considérons pas comme des salariés de l'institution et ne sont pas soumis à la mobilité telle que l'on entend dans ce travail de recherche.

Nous avons recueilli 65 questionnaires auprès de divers soignants ayant accepté de répondre à notre étude. Après avoir retiré des soignants faisant partie des critères d'exclusion

(deux manipulateurs en radiologie, un cadre de santé et infirmier coordonnateur), notre échantillon comprend 61 répondants.

L'échantillon interrogé comprenait donc 61 soignants, 13 hommes (21,3%) et 48 femmes (78,7%). Nous pouvons dire que l'échantillon est représentatif de la population soignante qui est composée, selon la DREES (2020), de 87% de femmes. La moyenne d'âge est de 38,8 ans ($\sigma = 9,95$). Le plus jeune a 20 ans et le plus âgé 58 ans. Nous avons donc une bonne répartition de l'âge parmi les répondants.

Les soignants interrogés occupent les fonctions d'IDE (60,7%), d'AS (31,1%), d'IDE spécialisé (6,6%) tels que puéricultrice, infirmier anesthésiste, infirmier de bloc opératoire et d'un auxiliaire de puériculture, AP (1,6%). Ils sont diplômés en moyenne en 2008 ($\sigma = 9,04$), la répartition allant de 1988 à 2022. Ils ont une ancienneté dans leur établissement actuel en moyenne de 11 ans ($\sigma = 8,65$). Le tableau 4 ci-dessous présente les caractéristiques des répondants.

Tableau 4 : Description de l'échantillon de l'étude 2

Sexe	N=61	%
Hommes	13	21.3 %
Femmes	48	78.7 %
<hr/>		
Age (m, σ)	38.8 (9.95)	
<hr/>		
Fonction	N=61	%
AS	19	31.1 %
IDE	37	60.7 %
IDE spécialisé	4	6.6 %
AP	1	1.6 %
<hr/>		
Année de diplôme (m, σ)	2008 (9.04)	
<hr/>		
Ancienneté dans établissement actuel (m, σ)	11.0 (8.65)	

Parmi les soignants interrogés, 80,3% travaillent dans le secteur public et 18,0% dans le secteur privé à but non lucratif. La majorité de notre échantillon, soit 82,4%, travaille dans un établissement du secteur public. Selon la DREES, en 2020, 77% des salariés du secteur hospitalier sont employés par le secteur public. Nous pouvons donc affirmer que notre échantillon est représentatif du secteur hospitalier français. De plus, notre échantillon couvre l'ensemble du territoire français métropolitain ainsi que la Suisse, à l'exception de la Corse, des Pays de la Loire et des DOM-TOM. Nous avons également une bonne représentativité et une grande diversité des types d'établissements et des services dans lesquels travaillent les répondants. Les informations détaillées sur les établissements sont présentées dans le tableau 5, et les résultats complets sont disponibles en annexe III.

Tableau 5 : Description des établissements de

Région	N= 61	%
Auvergne-Rhône-Alpes	2	3.3 %
Bourgogne-Franche-Comté	1	1.6 %
Bretagne	3	4.9 %
Centre-Val-de-Loire	2	3.3 %
Grand-Est	2	3.3 %
Hauts-de-France	40	65.6 %
Ile-de-France	3	4.9 %
Normandie	1	1.6 %
Nouvelle-Aquitaine	2	3.3 %
Occitanie	3	4.9 %
PACA	1	1.6 %
Suisse	1	1.6 %

Secteur établissement	N= 61	%
Privé à but lucratif	1	1.6 %
Privé à but non lucratif	11	18.0 %
Public	49	80.3 %

Type établissement	N= 61	%
CH	24	37.7 %

CHU	10	16.4 %
CHU, CH	1	1.6 %
EHPAD	5	8.2 %
FAM	2	3.3 %
HAD	1	1.6 %
Hôpital local / de proximité	7	11.5 %
MAS	2	3.3 %
Médico-social	1	1.6 %
Psychiatrie	6	9.8 %
SSIAD	1	1.6 %
SSR / SLD, EHPAD	1	1.6 %
CLCC	1	1.6 %
<hr/>		
Principaux services	N= 61	%
Réanimation	11	18.0 %
Psychiatrie	7	11.5 %
EHPAD	5	8.2 %
Médecine	3	4.9 %
Neurologie	3	4.9 %

À ce stade, nous pouvons affirmer que notre échantillon est représentatif car il partage des caractéristiques essentielles avec la population cible de notre étude.

Concernant les missions de mobilité, les soignants déclarent effectuer généralement des missions de mobilité au sein de leur établissement, de leur pôle ou dans un service d'une même spécialité. Ils estiment que 75.9% des mobilités qu'ils ont effectués sont mises en place pour faire face à l'absentéisme.

Au cours des douze derniers mois, les soignants ont déclaré avoir effectué en moyenne 8,39 missions de mobilité ($\sigma = 16,9$) et avoir été prévenus en moyenne 3,78 jours avant leur mobilité ($\sigma = 7,18$).

La question "*Quelle a été la durée moyenne (en jours) de votre mobilité sur les 12 derniers mois ?*" semble avoir été mal interprétée par les répondants, car ils ont donné une durée moyenne de 18,4 jours ($\sigma = 45,1$). En réalité, la question visait à déterminer le nombre de jours en moyenne que les répondants effectuaient par mission de mobilité.

L'ensemble de ces résultats est repris en annexe III.

5.4.2. Matériels et méthodes

Afin de répondre à nos hypothèses émises précédemment, nous vous présentons les différentes étapes que nous avons suivies pour élaborer notre questionnaire. Nous aborderons la génération des items sur l'organisation de la mobilité subie par les soignants et le choix des échelles de mesure pour l'implication organisationnelle et la reconnaissance. Ensuite, nous décrirons la collecte et le traitement des données auprès de la population cible. Enfin, nous présenterons la structure finale du questionnaire.

5.4.2.1. Génération des items sur l'organisation de la mobilité

Selon Roussel (2005, p 251), le principe de génération des items « *consiste à générer le plus grand nombre possible d'énoncés aptes à saisir les différentes caractéristiques du concept* ».

N'ayant pas trouvé dans la littérature d'échelle spécifique, nous avons décidé de construire un questionnaire sur l'organisation mise en place pour la mobilité dans le cadre de missions de mobilité non choisies par le soignant.

La création des items de l'échelle sur l'organisation de la mobilité subie par les soignants fait suite aux réponses obtenues lors de l'étude 1 avec notre questionnaire exploratoire. Cette étude préliminaire avait pour objectif d'identifier ce qui était mis en place au sein des établissements pour faciliter la mobilité. Ce questionnaire exploratoire nous a permis de construire ces items. Ces items ont également été complétés par des éléments issus de la revue de littérature qui nous ont paru pertinents à interroger dans le cadre de notre recherche.

Nous avons fait le choix d'utiliser des questions fermées avec la possibilité de répondre avec une échelle de Likert à cinq points allant de « *Pas du tout d'accord* » à « *Tout à fait d'accord* » et de formuler uniquement des énoncés positifs.

Nous avons réalisé un pré-test des items que nous avons soumis à deux IDE afin de s'assurer de la compréhension et de la pertinence des items avec la problématique. Certains énoncés ont été reformulés afin de les simplifier et de les préciser.

A l'issue de ce travail préliminaire, notre échelle de mesure est constituée de 29 items, aucune dimension n'a été identifiée. Nous préciserons ces dimensions grâce à l'analyse statistique que nous réaliserons dans la partie "Structuration du questionnaire". Le questionnaire final est disponible en annexe IV.

5.4.2.2. Choix des échelles de mesure

Dans notre cadre conceptuel, nous avons présenté les différents modèles théoriques existants pour les concepts de l'implication organisationnelle et de la reconnaissance, tous deux largement étudiés dans la littérature. Ainsi, pour ces deux concepts, nous avons fait le choix de nous orienter vers des échelles de mesure existantes et validées scientifiquement.

Les échelles ont été sélectionnées en se basant sur leur fréquence d'utilisation et leur validation dans des travaux antérieurs.

Pour l'implication organisationnelle, nous avons choisi d'appliquer le modèle de Meyer et Allen (1991) comprenant trois dimensions : affective, normative et calculée. Ils proposent une échelle de mesure à 18 items avec 6 items par type d'implication organisationnelle. Cette échelle a été validée scientifiquement et est utilisée dans de nombreux travaux (Belghiti-Mahut et Briole, 2004)

Pour la reconnaissance au travail, nous avons privilégié le modèle de Brun et Dugas (2005). Fall (2015) en propose une échelle de mesure en 12 items répartis sur 3 dimensions (4 items par dimension) : la reconnaissance par l'entreprise, la reconnaissance par les supérieurs hiérarchiques, et la reconnaissance par les collègues.

Les échelles de mesure utilisées dans notre questionnaire permettent aux participants de répondre sur une échelle de Likert à cinq points allant de 1 (Pas du tout d'accord) à 5 (Tout à fait d'accord). Cette échelle permet de mesurer les attitudes des répondants en se plaçant sur un continuum par rapport à une série d'affirmations et pour lesquelles ils doivent exprimer leur degré d'accord ou de désaccord (Fortin, MF et Gagnon, J. 2016). L'échelle de Likert permet de réaliser des analyses statistiques descriptives.

Le tableau 6 récapitule les échelles de mesure retenues pour l'étude 2. Le questionnaire final est disponible en annexe V.

Tableau 6 : Echelles de mesures mobilisées

Concept	Modèle Théorique	Instrument de mesure	Dimensions de l'échelle
Implication organisationnelle	Meyer et Allen (1991)	Echelle de Meyer et al. (1993) reprise par Belghiti-Mahut, S et Briole, A (2004) 18 items mesurés sur une échelle de Likert 5 points	Tridimensionnelle : - Implication affective - Implication normative - Implication calculée
Reconnaissance	Brun et Dugas (2005)	Echelle de Fall (2015) 12 items mesurés sur une échelle de Likert 5 points	Tridimensionnelle : - Reconnaissance par l'entreprise - Reconnaissance par les supérieurs hiérarchiques - Reconnaissance par les collègues

5.4.2.3. Mise en forme du questionnaire

Maintenant que le corps de notre questionnaire est finalisé, nous allons mettre en forme notre questionnaire afin qu'il soit agréable à la lecture et la compréhension pour les répondants pour nous garantir un taux de réponses satisfaisant.

Le questionnaire a été créé et mis en forme, comme pour l'étude 1, avec l'outil en ligne Google Forms, comme indiqué dans la partie 5.1.2 « l'outil de recherche » (cf. annexe V).

Il est composé de plusieurs parties :

- Un message d'introduction invitant les participants à répondre. Nous y présentons l'étude et son cadre de réalisation, ainsi que la durée estimée du remplissage. Nous avons également précisé que ce questionnaire est anonyme et confidentiel et que les données récoltées ne seront utilisées que dans le cadre de ce travail de recherche. Nous avons volontairement choisi de ne pas mentionner tous les concepts pour éviter d'influencer les réponses. Seul le concept de la mobilité non choisie des soignants est expliqué, afin de fournir un point de départ et d'encourager les répondants à s'exprimer.
- Le corps du questionnaire est composé de 59 items fermés, détaillés précédemment, avec une réponse selon une échelle de Likert à cinq points. Il comprend 18 items

pour l'implication organisationnelle, 12 pour la reconnaissance au travail et 29 pour l'organisation de la mobilité. Nous avons commencé par l'échelle de mesure sur l'implication organisationnelle, suivi de celle sur la reconnaissance au travail et finalement les questions sur l'organisation de la mobilité. Nous avons choisi de présenter les items dans cet ordre pour garantir la fiabilité des résultats. En effet, comme de nombreux auteurs l'ont indiqué (De Singly, 1992 ; Fenneteau, 2015 et Fortin et Gagnon, 2016), l'ordre des questions peut avoir un effet sur les réponses des personnes interrogées et ainsi influencer sur leurs attitudes.

- Une fiche signalétique composée de 18 items, qui permet de décrire notre échantillon et d'en évaluer sa représentativité. Celle-ci a été délibérément placée à la fin de l'enquête car des recherches en psychologie sociale ont montré que commencer par demander aux sujets dans quelles catégories ils se situent (genre, âge, statut familial, etc) active la catégorie d'appartenance et active donc le comportement ou l'opinion associé à cette catégorie.
- Et des remerciements.

Nous avons pris quelques précautions dans la mise en forme de notre questionnaire avant sa passation. Nous avons utilisé la technique du *paging*, décrite par Fenneteau (2015, p.55) qui permet « *de répartir le questionnaire sur plusieurs pages d'écran* » et « *de maîtriser l'ordre dans lequel les questions sont découvertes par les personnes interrogées* » afin « *d'éviter les interactions gênantes entre certaines questions* ».

Pour améliorer notre taux de réponse, nous avons suivi les recommandations de Fenneteau (2015, p.56-57) en rendant l'ensemble des questions obligatoires et en intégrant une barre de progression pour limiter les abandons. Nous avons également limité à une seule réponse par questionnaire.

Test du questionnaire

Notre questionnaire ainsi conçu a été testé notre directrice de mémoire (personne considérée comme experte) et auprès de deux IDE afin de s'assurer qu'il soit adapté, compréhensible et fluide dans sa conception. À la suite de ce test, certains énoncés ont été reformulés notamment de la partie fiche signalétique pour une meilleure compréhension. Ce test a également permis d'avoir une évaluation du temps imparti pour le remplissage du questionnaire.

5.4.2.4. Collecte des données

La passation du questionnaire a été faite sur une durée de trois semaines du 28 mars au 17 avril 2023 par l'intermédiaire de :

- quatre groupes Facebook :
 - o « [REDACTED] » (141,3 K membres)
 - o « [REDACTED] » (233,4 K membres)
 - o « [REDACTED] » (4,3 K membres)
 - o « [REDACTED] » (4,8 K membres)
 - o « [REDACTED] » (26,3 K membres)
- le réseau social LinkedIn
- et trois établissements de santé des Hauts-de-France :
 - o CH [REDACTED]
 - o CH [REDACTED]
 - o CH [REDACTED]

Pour les réseaux sociaux (Facebook et LinkedIn), une publication a été diffusée, incluant un message qui indique le but de la recherche, et qui invite les personnes à répondre à l'enquête via un lien vers le questionnaire Google Forms. De plus, afin de garantir un taux de réponse satisfaisant et significatif, nous avons effectué des relances régulières du questionnaire en republiant notre enquête sur les réseaux sociaux tous les 2 à 3 jours.

Pour les établissements de santé, les directions des soins ont été sollicitées par e-mail pour la diffusion de l'enquête auprès des soignants. Un document explicatif contenant un QR code a été transmis pour faciliter la participation des soignants (annexe VI).

Les répondants sont considérés comme faisant partie d'un échantillon aléatoire car leur participation à l'enquête est faite sur la base du volontariat.

5.4.2.5. Traitement des données

Par la suite, nous avons utilisé deux logiciels pour le traitement des données : EXCEL pour le recueil des données et JAMOVI pour la réalisation des analyses statistiques des données. Le traitement des données a été réalisé en plusieurs étapes :

- l'épuration des données qui consiste à nettoyer et à vérifier les données collectées pour s'assurer qu'elles sont cohérentes et sans données aberrantes. Cela implique de vérifier chaque réponse notamment pour vérifier qu'un participant n'a pas répondu la même réponse à l'ensemble des questions ce qui fausserait les résultats. Cette étape est essentielle dans le traitement des données car elle garantit leur qualité et permet de produire des résultats fiables et significatifs.
- le test de la structure du questionnaire sur l'organisation de la mobilité au sein des établissements de santé grâce au logiciel JAMOVI. Ce test permet de définir les dimensions de l'échelle en réalisant une analyse en composantes principales et de vérifier sa fiabilité par le calcul de l' α de Cronbach.
- La réalisation de statistiques descriptives qui nous a permis de décrire la population soumise à notre étude (partie 5.4.1).
- La réalisation des statistiques inférentielles qui permettent de tester les hypothèses émises en vérifiant les corrélations entre les variables et de tester la modération. Pour cela, nous utiliserons les tests statistiques suivants : la matrice de corrélation ainsi que des régressions linéaires simples et multiples (partie 6. Résultats).

5.4.3. Structuration du questionnaire : analyse factorielle exploratoire

Avant de tester nos hypothèses statistiquement, nous devons garantir la structure de notre questionnaire. Pour cela, nous avons réalisé une analyse en composantes principales pour l'échelle sur l'organisation de la mobilité et une analyse de fiabilité pour chacune des échelles de notre questionnaire : organisation de la mobilité, implication organisationnelle et reconnaissance au travail.

L'analyse en composantes principales (ACP) réalisée sur l'ensemble des items d'une échelle permet de réduire le nombre de variables et de créer des dimensions. Elle permet d'obtenir des résultats plus visuels et compréhensibles. La démarche suivie consiste à retenir le

nombre de facteurs permettant d'expliquer une partie importante de la variance à l'aide d'une analyse en composantes principales en restituant un minimum de 50 % de variance.

L' α de Cronbach est une mesure de la fiabilité d'une échelle de mesure ou d'un questionnaire. Il permet d'« *estimer la cohérence interne des énoncés d'une échelle de mesure* » (Fortin et Gagnon, 2016, p.296) (Belghiti-Mahut et Briole, 2004). L' α de Cronbach est compris entre 0 et 1 et plus il est proche de 1, plus l'ensemble de questions est considéré comme cohérent et fiable. On considère qu'à partir de 0.60 la cohérence est acceptable et qu'au-delà de 0.70 la cohérence est bonne.

Nous allons vous présenter les résultats obtenus pour chaque échelle et ainsi définir la structure de chacune d'elles utilisée pour l'analyse statistique de l'étude 2.

5.4.3.1. Structure de l'échelle de l'organisation de la mobilité

Afin de déceler les dimensions de l'organisation de la mobilité, nous avons réalisé une analyse en composantes principales (ACP) avec une rotation Varimax sur l'ensemble des items générés et tester la cohérence interne des différentes dimensions identifiées par le calcul de l' α de Cronbach.

Nous réalisons une première ACP, ACP 1, qui nous restitue une variance expliquée à 50,1% avec 5 dimensions. Nous n'irons pas au-delà car 5 dimensions nous semblent correct afin de ne pas complexifier l'analyse statistique. Nous intégrons dans chaque dimensions les questions qui ont une valeur supérieure à 0.500 et nous décidons d'y inclure celle supérieur à 0.400 qui seront certainement éliminer avec l'analyse de fiabilité. Les items ayant des valeurs inférieures à 0.400 telles que l'item MOB 16 seront supprimés ainsi que ceux se trouvant dans plusieurs dimensions tels que MOB 3. Le détail des ACP sont disponibles en annexe VII.

Ensuite pour chaque dimension proposée, nous avons testé leur fiabilité en calculant l' α de Cronbach ainsi que « *l' α de Cronbach (si élément est enlevé)* » qui permet d'optimiser plus rapidement l' α de Cronbach en retirant l'item qui affaiblit la dimension. Nous décelons une instabilité de la dimension 3 (α de Cronbach = -0.0351). Afin d'identifier les items qui affaiblissent vraiment la dimension, nous réalisons une matrice de corrélation avec

l'ensemble des items de cette dimension (MOB 15, MOB 12, MOB 13, MOB 11, MOB 1, MOB 17 et MOB 14). Ce test révèle une opposition entre deux groupes :

- Groupe 1 comprenant les items MOB 15, MOB 13, MOB 1 et MOB 14 avec un α de Cronbach à 0.678
- Groupe 2 ne comprenant que trois items : MOB 12, MOB 11 et MOB 17 avec un α de Cronbach à 0.505

Les items du groupe 2 déstabilisent l'ACP mais si nous nous intéressons aux énoncés de ceux-ci (cf. annexe IV), nous les jugeons comme étant intéressant dans notre problématique. Ainsi, nous faisons le choix de les conserver comme indicateurs et de les traiter à part, hors dimension, telle une variable indépendante.

Nous réalisons une seconde ACP dite ACP 2 en retirant les trois items MOB 12, MOB 11 et MOB 17. Elle nous restitue une variance expliquée à 52, 5% pour cinq dimensions. Elle est plus intéressante que celle obtenue dans l'ACP 1 L'analyse en composantes principales indiquent un pourcentage de variance expliquée. Nous noterons que les items MOB 16 et MOB 3 sont toujours supprimés pour les mêmes raisons que dans l'ACP 1.

L'analyse de fiabilité de l'ACP 2 montrent une meilleure stabilité et fiabilité de notre questionnaire notamment pour les dimensions 3 et 5. En effet, les α de Cronbach vont de 0.611 à 0.741. Nous décidons donc de garder cette structure pour les analyses suivantes. Le tableau 7 ci-dessous reprend la comparaison des α de Cronbach des deux ACP.

Tableau 7 : Comparatif α de Cronbach
ACP 1 et ACP 2

Dimension	α de Cronbach	
	ACP 1	ACP 2
1	0.767	0.728
2	0.741	0.741
3	-0.0351	0.678
4	0.729	0.729
5	0.532	0.611

Ainsi à ce stade, nous avons vérifié la structure de notre questionnaire sur l'organisation de la mobilité en cinq dimensions à l'aide de l'ACP 2 que l'on a confirmé par une analyse de

fiabilité. Notre questionnaire a été épuré de cinq items (MOB 3, MOB 11, MOB 12, MOB 16 et MOB 17).

En résumé, ces analyses statistiques révèlent pour l'échantillon considéré, le caractère multidimensionnel de l'échelle de mesure de l'organisation de la mobilité : cinq dimensions ont été identifiées. Les dimensions sont renommées en fonction des items qu'elles contiennent, nous proposons les intitulés suivants :

- Dimension 1 : anticipation de la mobilité
- Dimension 2 : accompagnement par le cadre de santé
- Dimension 3 : facilitation de la mobilité
- Dimension 4 : contraintes organisationnelles liées à la mobilité
- Dimension 5 : autres sources d'accompagnement

Les scores globaux de chaque dimension sont calculés pour permettre de réaliser les statistiques inférentielles.

5.4.3.2. Structure de l'échelle de l'implication organisationnelle

Cette échelle étant déjà validée scientifiquement, nous réalisons uniquement une analyse de fiabilité sur les 18 items de l'échelle d'implication organisationnelle de Meyer et Allen proposée par Belghiti-Mahut et Briole (2004).

Les α de Cronbach pour chacune des dimensions proposées initialement par Meyer et Allen ne donnent pas de résultats cohérents pour l'implication affective (α de Cronbach = -0.251) et l'implication normative (α de Cronbach = 0.00203).

Nous choisissons donc de reprendre la répartition des dimensions proposée (cf. annexe VIII) par Belghiti-Mahut et Briole (2004) avec la migration de deux items de l'implication normative (items 16 et 18) vers l'implication affective et l'épuration de l'item 15. Ainsi avec notre échantillon, nous obtenons une meilleure cohérence interne pour l'implication affective après la suppression des items 3 et 4 (α de Cronbach = 0.765). Cependant, la dimension de l'implication normative, composée de trois items, ne donne aucun résultat cohérent (α de Cronbach = 0.0866). Nous décidons donc de ne pas tenir compte de cette dimension dans les analyses inférentielles qui vont suivre. La dimension calculée avec un α de Cronbach à 0.604 est quant à elle maintenue. La répartition des items finalement utilisés pour notre étude est disponible en annexe VIII.

Cette difficulté d'obtention d'une cohérence interne pour la dimension de l'implication normative a déjà été soulignée par d'autres auteurs tels que Belghiti-Mahut et Briole (2004) et Commeiras, Fournier et Loubès (2005)

5.4.3.3. Structure de l'échelle de la reconnaissance au travail

Nous reprenons les 12 items de la reconnaissance au travail proposés par Fall, (2015) regroupés en trois dimensions. Cette échelle étant déjà validée scientifiquement nous réalisons uniquement une analyse de fiabilité. Les α de Cronbach obtenus pour chacune des dimensions permettent de valider la fiabilité de l'échelle utilisée dans notre recherche (α de Cronbach allant de 0.744 à 0.888). Cette échelle n'a fait l'objet d'aucun retrait d'items. (annexe XI)

Ainsi pour conclure cette partie sur la structuration du questionnaire, cinq items de mesure de l'organisation de la mobilité, deux items de mesure de l'implication affective et l'ensemble des items de mesure de l'implication normative ont été retirés, l'échelle de mesure de reconnaissance au travail n'a fait l'objet d'aucun retrait.

Les résultats présentés dans le tableau 8 permettent de valider la fiabilité des échelles de mesure mobilisées dans notre recherche.

Tableau 8 : Fiabilité des échelles de mesures

Echelles de mesure	Dimensions	α de Cronbach
Organisation de la mobilité (5 dimensions)	Anticipation	0.728
	Accompagnement du cadre de santé	0.741
	Facilitation	0.678
	Contraintes organisationnelles	0.729
	Autres sources d'accompagnement	0.611
Implication organisationnelle (2 dimensions)	Implication affective	0.765
	Implication calculée	0.604
Reconnaissance au travail (3 dimensions)	Reconnaissance par l'institution	0.744
	Reconnaissance par les supérieurs hiérarchiques	0.886
	Reconnaissance par les collègues	0.888

6. RÉSULTATS

Nous rappelons que nous souhaitons mesurer lien entre l'organisation de la mobilité et l'implication organisationnelle et quel rôle peut jouer la reconnaissance au travail dans ce phénomène.

Nous rappelons également que nous avons choisi de traiter trois items de l'organisation de la mobilité (MOB 11, MOB 12 et MOB 17).

Dans un premier temps, nous présenterons les matrices de corrélations entre les différentes variables. Dans un second temps, nous procéderons à des calculs de régression linéaire simple afin de repérer l'existence de relations significatives entre les variables de l'organisation de la mobilité, de la reconnaissance et les variables d'implication organisationnelle. Dans un troisième temps, nous réaliserons des tests de modération à l'aide de régressions afin de constater si la reconnaissance a un impact sur l'effet de l'organisation de la mobilité sur l'implication organisationnelle.

6.1. Analyse des corrélations entre variables

Les corrélations sont représentées par le coefficient de corrélation, appelé r de Pearson, allant de -1 à 1. Une corrélation positive indique que les variables évoluent dans le même sens tandis qu'une corrélation négative indique les variables évoluent dans le sens opposé. Une corrélation à 0 indique l'absence de corrélation entre les variables. Le seuil de significativité des corrélations est donné par p , il doit être inférieur à 0.05 pour être significatif ($p < 0.05$) et ainsi permettre la généralisation des résultats à la population étudiée. Nous traiterons que des corrélations significatives en lien avec notre problématique.

Liens entre les différentes dimensions de l'organisation de la mobilité et l'implication affective

- Les résultats de l'étude 2 montrent que l'anticipation de la mobilité est corrélée positivement avec l'implication affective ($r = 0.296$, $p = 0.02$). Elles sont corrélées par un lien faible mais significatif. Cela suggère que plus la mobilité est anticipée par l'institution, plus les soignants ont tendance à exprimer une implication affective envers leur institution. Cela indique que d'autres facteurs doivent être pris en compte dans l'organisation de la mobilité pour justifier l'implication affective.
- Nous constatons une corrélation positive et significative entre la facilitation de la mobilité et l'implication affective des soignants ($r = 0.355$, $p = 0.05$). Bien que l'effet soit modéré, cela suggère que plus des mesures pour faciliter les missions de mobilité sont mises en place telles que la standardisation du rangement ou des horaires, plus les soignants ressentent de l'implication affective.
- Il existe un lien faible positif entre l'accompagnement du cadre de santé qui est mis en place dans le cadre de mobilité et l'implication affective des soignants ($r = 0.208$, $p = 0.108$). En d'autres termes, plus le cadre de santé met en œuvre des mesures d'accompagnement, plus les soignants ont tendance à être impliqués affectivement dans leur établissement. Cependant, du fait de sa non-significativité ce résultat ne peut être généralisé à l'ensemble de la population étudiée.
- Nous observons également une absence de corrélation entre les contraintes organisationnelles liées à la mobilité ($r = -0.079$, $p = 0.544$) et les autres sources d'accompagnement à la mobilité ($r = 0.079$, $p = 0.545$) avec l'implication affective. Le coefficient de corrélation r est proche de zéro et le résultat est non significatif.

Ces résultats suggèrent qu'il n'existe pas de lien entre ces variables dans notre échantillon.

Liens entre les différentes dimensions de l'organisation de la mobilité et l'implication calculée

- Les résultats montrent une corrélation positive et significative entre la mise en œuvre de contraintes organisationnelles liées à la mobilité et l'implication calculée ($r = 0.262$, $p = 0.042$). Néanmoins, cette corrélation présente un lien faible, ce qui suggère que plus il y a de contraintes liées à l'organisation de la mobilité plus cela a tendance à susciter de l'implication calculée des soignants.
- Nous observons un lien faible et négatif entre l'anticipation de la mobilité ($r = -0.156$, $p = 0.230$), l'accompagnement du cadre de santé au cours des missions de mobilité ($r = -0.207$, $p = 0.110$) et l'implication calculée. Cela indique que plus la mobilité est anticipée et accompagnée par le cadre de santé, moins les soignants ont tendance à être impliqués de manière calculée. Ces résultats n'étant pas significatifs, leur interprétation doit être faite avec précaution et concernent uniquement notre échantillon.
- L'absence de lien est constatée entre la facilitation de la mobilité ($r = 0.060$, $p = 0.646$), les autres sources d'accompagnement à la mobilité ($r = -0.076$, $p = 0.563$) et l'implication calculée. Ces résultats ne sont pas significatifs. Ils suggèrent qu'il n'existe pas de lien entre ces variables dans notre échantillon.

Liens entre trois variables indépendantes de l'organisation de la mobilité et l'implication organisationnelle

Nous voulions également voir le lien de trois autres variables de l'organisation de la mobilité prises indépendamment avec l'implication affective et l'implication calculée. Ces trois variables sont les suivantes :

- La mise en place d'une application de gestion de remplacement
- Le recours au passage en 12h pour limiter la mobilité des soignants en cas d'absentéisme
- Le recours au remplacement au pied levé

Ainsi, les résultats nous montrent que la présence d'une application de gestion de remplacement tel qu'HUBLO ($r = -0.190$, $p = 0.142$) et le remplacement au pied levé ($r = -0.159$, $p = 0.221$) sont corrélés négativement et faiblement avec l'implication affective. Cela signifie que plus il y a de recours à ces méthodes de remplacement, moins les soignants ont tendance à être impliqués affectivement au sein de leur établissement. Cependant, ces résultats ne sont pas significatifs et donc doivent être pris avec précaution.

De plus, notre échantillon n'a pas permis de mettre en évidence un lien significatif entre la mise en place d'un passage en 12h pour limiter la mobilité en cas d'absentéisme et l'implication affective des soignants envers leur établissement ($r = -0.035$, $p = 0.792$).

Le remplacement au pied levé est corrélé positivement et faiblement avec l'implication calculée ($r = 0.165$, $p = 0.203$). Ce résultat suggère que l'utilisation accrue du remplacement au pied levé pourrait conduire à une augmentation de l'implication calculée chez les soignants mais ce résultat ne peut être généralisé car non significatif.

Notre échantillon n'a pas permis de mettre en évidence un lien significatif entre la présence d'une application de gestion de remplacement ($r = -0.059$, $p = 0.649$), la mise en place d'un passage en 12h pour limiter la mobilité ($r = 0.039$, $p = 0.767$) et l'implication calculée.

Liens entre la reconnaissance au travail et l'implication organisationnelle

- Les résultats de l'étude mettent en évidence des corrélations positives et significatives entre la reconnaissance perçue par les soignants, que ce soit de la part de l'institution ($r = 0,480$, $p < 0,01$), de leurs supérieurs hiérarchiques ($r = 0,323$, $p = 0,011$) ou de leurs collègues ($r = 0,258$, $p = 0,045$), et leur implication affective. En effet, plus les soignants perçoivent de la reconnaissance quel qu'en soit la source, plus ils sont impliqués affectivement. En d'autres termes, ces résultats suggèrent que la reconnaissance perçue par les soignants semble avoir un impact positif sur leur implication affective.
- Nous constatons que la reconnaissance de la part de l'institution et l'implication calculée sont corrélés négativement et significativement ($r = -0.313$, $p = 0.014$). Il existe un lien modéré entre ces deux variables. Ce qui laisse penser que plus les soignants perçoivent de la reconnaissance de la part de l'institution, moins ils ont tendance à s'impliquer de manière calculée au sein de l'établissement.

- Nous observons un lien faible et négatif entre la reconnaissance de la part des supérieurs et l'implication calculée ($r = -0.164$, $p = 0.207$). Cette observation indique que plus les soignants perçoivent de la reconnaissance provenant de leurs supérieurs, moins ils ont tendance à s'impliquer de manière calculée au sein de l'établissement. Cependant, ces résultats n'étant pas statistiquement significatifs, ils ne sont pas généralisables à la population étudiée.
- Aucune corrélation significative n'a été mise en évidence entre la reconnaissance de la part des collègues et l'implication calculée ($r = 0.077$, $p = 0.567$). Ces résultats indiquent l'absence de lien entre ces deux variables dans notre échantillon.

Le tableau 8 ci-dessous présente les différentes corrélations entre les variables.

6.2. Analyse des régressions linéaires

« L'analyse de régression consiste à déterminer quel(s) facteur(s) prédisent ou expliquent la valeur d'une variable dépendante en se fondant sur celle d'une variable indépendante » (Fortin et Gagnon, 2016, p.425). Les régressions linéaires sont utilisées dans le but d'établir des liens de causalité entre une ou plusieurs variables.

Nous rappelons que dans l'étude 2, nous considérons les différentes dimensions de l'organisation de la mobilité comme étant des variables indépendantes et celles de l'implication affective et calculée comme des variables dépendantes.

Nous avons réalisé des régressions linéaires sur les corrélations significatives présentées précédemment. Ces analyses nous donnent plusieurs indicateurs :

- le R^2 , le coefficient de corrélation multiple. Il « correspond à la part de variance de la variable dépendante expliquée par un groupe de variables dépendantes » (Fortin et Gagnon, 2016, p.427). Il est compris entre 0 (0%) et 1 (100%).
- le β , l'estimation standard qui « indique à quel point une variable indépendante contribue aux variations de la variable dépendante » (Schoënenberger, 2023).
- Le p, le seuil de significativité, comme vu dans la partie 6.1 « Analyse des corrélations » ci-dessus

Nous avons constaté précédemment que l'anticipation et la facilitation de la mobilité étaient toutes deux positivement et significativement corrélées à l'implication affective. Les résultats de la régression linéaire nous montrent que l'anticipation de la mobilité explique 8,8% de la variance de l'implication affective des soignants ($R^2 = 0.0879$, $p = 0.020$ et $\beta = 0.296$) et que la facilitation de la mobilité explique 12,6% de la variance de l'implication affective ($R^2 = 0.126$, $p = 0.05$ et $\beta = 0.355$). Ainsi, il semble que plus l'anticipation de la mobilité et les mesures facilitant la mobilité augmentent, plus l'implication affective augmente.

Nous souhaitons déterminer laquelle des deux variables contribuent le plus à l'implication affective. Pour cela, nous avons réalisé une régression linéaire multiple comprenant ces deux variables indépendantes. La valeur de l'estimation standard, le β , nous indique cette contribution.

Nous constatons que l'anticipation et la facilitation de la mobilité expliquent à elles deux 17,6% de la variance de l'implication affective ($R^2 = 0.176$).

Seule la facilitation de la mobilité présente un résultat significatif et le β le plus élevé ($\beta = 0.305$). Ce qui suggère que la mise en place de mesures facilitant la mobilité contribue plus à l'implication affective des soignants.

Puis, nous avons également constaté que les contraintes organisationnelles liées à la mobilité étaient corrélées de manière positive et significative avec l'implication calculée. La régression indique que ces contraintes expliquent 6,8% de la variance de l'implication calculée ($R^2 = 0.0685$, $p = 0.042$ et $\beta = 0.262$). Nous pouvons dire que plus les contraintes organisationnelles liées à la mobilité augmentent, plus l'implication calculée augmente chez les soignants. En d'autres termes, les contraintes d'organisation de la mobilité ont tendance à favoriser l'implication calculée des soignants.

Ensuite, nous avons observé que les trois dimensions de la reconnaissance au travail étaient toutes corrélées positivement et significativement à l'implication affective. Les analyses de la régression linéaire nous montrent que la reconnaissance par l'institution explique 23,1% de la variance de l'implication affective des soignants ($R^2 = 0.231$, $p < 0.001$ et $\beta = 0.480$), que celle par les supérieurs explique 10,4% de la variance de l'implication affective ($R^2 = 0.104$, $p = 0.011$ et $\beta = 0.323$) et que celle par les collègues explique 6,6% de la variance de l'implication affective ($R^2 = 0.0666$, $p = 0.045$ et $\beta = 0.258$). Ainsi, il semble que plus la reconnaissance quel qu'en soit la source augmente, plus l'implication affective augmente.

Après la réalisation d'une régression linéaire multiple, nous constatons les trois dimensions de la reconnaissance expliquent à elles deux 24,9% de la variance de l'implication affective ($R^2 = 0.249$). De plus, seule la reconnaissance par l'établissement présente un résultat significatif et le β le plus élevé ($\beta = 0.4169$, $p = 0.003$). Ce qui suggère que la reconnaissance par l'établissement contribue plus à l'implication affective des soignants.

Pour finir, nous avons constaté précédemment que la reconnaissance par l'institution et l'implication calculée étaient corrélées négativement et significativement. Les résultats de la régression linéaire nous montrent que la reconnaissance par l'institution explique 9,8% de la variance de l'implication calculée des soignants ($R^2 = 0.0982$, $p = 0.014$ et $\beta = -0.313$). Ainsi, il semble bien que plus la reconnaissance par l'institution augmente, plus l'implication calculée diminue.

Les tableaux présentant les régressions linéaires sont disponibles en annexe IX.

6.3. Test de la modération de la reconnaissance au travail

Ainsi, nous souhaitons désormais étudier si la reconnaissance au travail modère la relation de l'organisation de la mobilité et l'implication organisationnelle. La reconnaissance au travail est considérée comme une variable modératrice du phénomène.

6.3.1 Test de modération des différentes sources de reconnaissance sur la relation entre l'anticipation de la mobilité et l'implication affective

Concernant l'implication affective, nous constatons que l'ajout de la variable « reconnaissance par l'institution » augmente la valeur du R^2 tout en réduisant l'effet de l'anticipation (de $\beta = 0.296$, $p = 0.02$ dans le modèle 1 à $\beta = 0.120$, $p = 0.340$ dans le modèle 2) même si le résultat n'est pas significatif. Nous constatons que la variable « reconnaissance par l'institution », insérée dans le modèle 2, contribue plus à l'implication affective ($\beta = 0.431$, $p = 0.001$) que celle de l'anticipation de la mobilité ($\beta = 0.120$, $p = 0.340$). Enfin, les résultats du modèle 3, le test de modération, ne sont pas significatifs. Ainsi, la variable « reconnaissance par l'institution » n'a pas de modération significative sur le lien entre l'anticipation de la mobilité et l'implication affective. Nous pouvons donc conclure de ces résultats que la reconnaissance faite par l'institution est un indicateur important de l'implication affective mais quelle n'a pas d'effet supplémentaire quand elle est associée à l'anticipation de la mobilité.

Pour les deux autres sources de reconnaissance (supérieurs et collègues), l'ajout de ces variables augmentent légèrement le R^2 tout en réduisant l'effet de l'anticipation ($\beta = 0.296$ dans le modèle 1, à $\beta = 0.205$ pour la reconnaissance par les supérieurs et $\beta = 0.246$ pour la reconnaissance des collègues). Ces résultats ne sont pas significatifs. En observant le modèle 3, la modération avec la reconnaissance faite par les supérieurs est significative mais la valeur de la contribution est supérieure à 1 ($\beta = 1.269$, $p = 0.021$). Nous ne pouvons donc pas considérer cette modération. De plus, nous constatons que la reconnaissance faite par les collègues ne semble pas être un modérateur du lien entre l'anticipation de la mobilité et l'implication affective ($\beta = -0.182$, $p = 0.805$), les résultats sont non significatifs.

Tableau : Test de modération sur l'anticipation de la mobilité

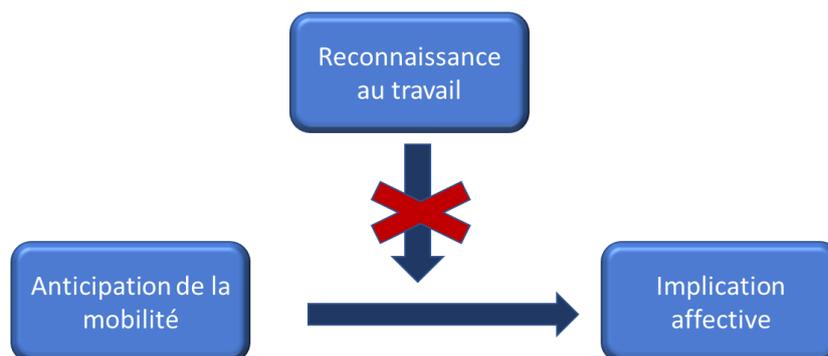
IMPLICATION AFFECTIVE (VD)

Modèle 1	R²	t	p	Estimation standard
Anticipation de la mobilité	0.0879	2.38	0.020	0.296
Modèle 2				
Anticipation de la mobilité	0.243	0.962	0.340	0.120
Reconnaissance par l'institution		3.444	0.001	0.431
Modèle 3				
Anticipation de la mobilité	0.274	-1.0953	0.278	-0.3602
Reconnaissance par l'institution		-0.0941	0.925	-0.0299
Anticipation de la mobilité x Reconnaissance par l'institution		1.5770	0.120	0.8100
Modèle 2				
Anticipation de la mobilité	0.141	1.57	0.122	0.205
Reconnaissance par les supérieurs		1.89	0.064	0.247
Modèle 3				
Anticipation de la mobilité	0.218	-1.62	0.111	-0.563
Reconnaissance par les supérieurs		-1.45	0.153	-0.481
Anticipation de la mobilité x Reconnaissance par les supérieurs		2.37	0.021	1.269

IMPLICATION AFFECTIVE (VD)

	R ²	t	p	Estimation standard
Modèle 2				
Anticipation de la mobilité	0.123	1.93	0.058	0.246
Reconnaissance par les collègues		1.52	0.133	0.194
Modèle 3				
Anticipation de la mobilité	0.124	0.670	0.505	0.384
Reconnaissance par les collègues		0.768	0.446	0.278
Anticipation de la mobilité x Reconnaissance par les collègues		-0.248	0.805	-0.182

Nous pouvons ainsi conclure que dans notre échantillon, la reconnaissance au travail ne semble pas être un modérateur du lien entre l'anticipation de la mobilité sur l'implication affective. En d'autres termes, la reconnaissance au travail n'augmente pas l'effet de l'anticipation de mobilité sur l'implication affective.



6.3.2 Test de modération des différentes sources de reconnaissance sur la relation entre la facilitation de la mobilité et l'implication affective

Concernant l'implication affective, nous constatons que l'ajout de la variable « reconnaissance par l'institution » augmente la valeur du R^2 tout en réduisant augmentant l'effet de la facilitation de la mobilité (de $\beta = 0.355$, $p = 0.005$ dans le modèle 1 à $\beta = 0.174$, $p = 0.174$ dans le modèle 2). Dans le modèle 2, seule la contribution de la variable « reconnaissance par l'institution » est significative et augmente l'implication affective ($\beta = 0.402$, $p = 0.002$). Enfin, le test de modération (modèle 3) ne montre pas de modération significative de la variable « reconnaissance par l'institution » sur le lien entre la facilitation de la mobilité et l'implication affective. Nous pouvons donc conclure de ces résultats que la reconnaissance faite par l'institution est un indicateur de l'implication affective mais qu'elle n'a pas d'effet supplémentaire quand elle est associée à la facilitation de la mobilité.

De plus, les résultats ne montrent pas de modérations significatives des autres sources de reconnaissance (supérieurs et collègues) sur le lien entre la facilitation de la mobilité et l'implication affective. Les tests de modérations sont repris dans le tableau ci-dessous et en annexe X.

Tableau : Test de modération sur la facilitation de la mobilité
 IMPLICATION AFFECTIVE (VD)

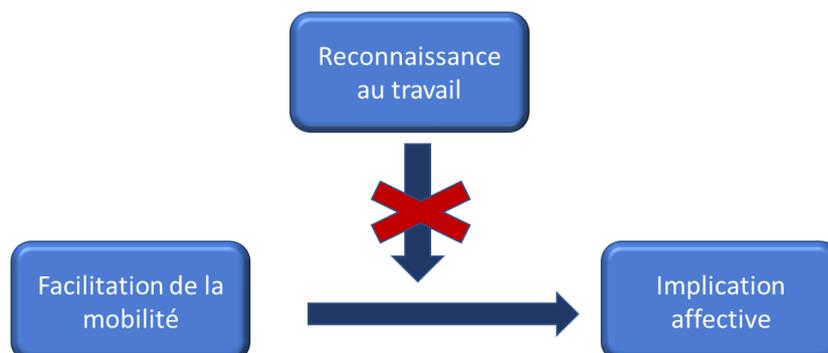
Modèle 1	R ²	t	p	Estimation standard
Facilitation de la mobilité	0.126	2.91	0.005	0.355
Modèle 2				
Facilitation de la mobilité	0.255	1.38	0.174	0.174
Reconnaissance par l'institution		3.17	0.002	0.402
Modèle 3				
Facilitation de la mobilité	0.287	2.02	0.048	0.650
Reconnaissance par l'institution		2.92	0.005	0.783
Facilitation de la mobilité x Reconnaissance par l'institution		-1.60	0.114	-0.752

IMPLICATION AFFECTIVE (VD)

	R ²	t	p	Estimation standard
Modèle 2				
Facilitation de la mobilité	0.197	2.59	0.012	0.309
Reconnaissance par les supérieurs		2.27	0.027	0.271
Modèle 3				
Facilitation de la mobilité	0.222	2.21	0.031	0.714
Reconnaissance par les supérieurs		2.16	0.035	0.632

Facilitation de la mobilité x Reconnaissance par les supérieurs		-1.35	0.183	-0.607
Modèle 2				
Facilitation de la mobilité		2.76	0.008	0.331
	0.175			
Reconnaissance par les collègues		1.86	0.068	0.223
Modèle 3				
Facilitation de la mobilité		1.111	0.271	0.450
Reconnaissance par les collègues		1.131	0.263	0.293
	0.176			
Facilitation de la mobilité x Reconnaissance par les collègues		-0.308	0.759	-0.149

Nous pouvons ainsi conclure que dans notre échantillon, La reconnaissance au travail ne modère pas le lien de la facilitation de la mobilité et l'implication affective. Autrement dit, la reconnaissance au travail n'augmente pas l'effet de la facilitation de mobilité sur l'implication affective.



6.3.3. Test de modération des différentes sources de reconnaissance sur la relation entre les contraintes organisationnelles liées à la mobilité et l'implication calculée

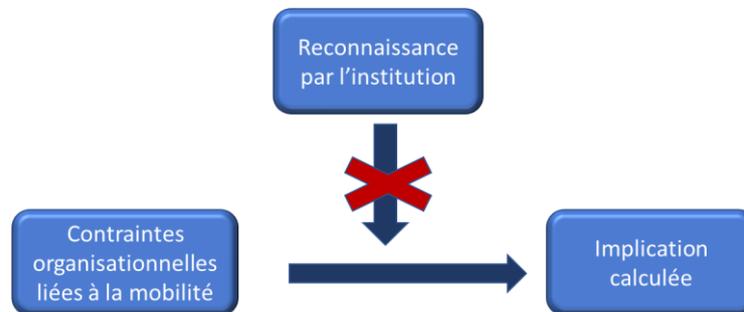
Nous avons trouvé un lien positif et significatif entre les contraintes organisationnelles et l'implication calculée et un lien négatif et significatif entre la reconnaissance faite par l'institution et l'implication calculée. Nous avons réalisé un test de modération uniquement pour la reconnaissance faite par l'institution.

Concernant l'implication calculée, nous constatons également que l'ajout de la variable « reconnaissance faite par l'institution » augmente le R². La contribution des contraintes organisationnelles liées à la mobilité diminue lorsque la reconnaissance par l'institution est incluse dans l'analyse de régression (de 0.262, p = 0.042 dans le modèle 1 à $\beta = -0.2693$, p = 0.472 dans le modèle 2) même si dans le modèle 2 la contribution n'est pas significative. Dans le modèle 3, nous constatons que la reconnaissance par l'institution n'est pas un modérateur du lien entre les contraintes organisationnelles liées à la mobilité et l'implication calculée ($\beta = -0.0447$, p = 0.922). Les résultats ne sont pas significatifs. Le test de modération est repris dans le tableau ci-dessous et en annexe X.

Tableau : Test de modération sur les contraintes organisationnelles liées à la mobilité

IMPLICATION CALCULEE (VD)				
Modèle 1	R ²	t	p	Estimation standard
Contraintes organisationnelles	0.0685	2.08	0.042	0.262
Modèle 2				
Contraintes organisationnelles	0.161	-0.7248	0.472	-0.2693
Reconnaissance par l'institution		-0.0985	0.922	-0.0447
Modèle 3				
Contraintes organisationnelles	0.161	0.9225	0.360	0.2772
Reconnaissance par l'institution		-0.7248	0.472	-0.2693

Contraintes organisationnelles x Reconnaissance par l'institution	-0.0985	0.922	-0.0447
---	---------	-------	---------



Pour conclure cette partie, les tests de modération ont révélé que l'organisation de la mobilité et la reconnaissance au travail n'agissent pas en synergie pour influencer l'implication organisationnelle. En effet, l'organisation de la mobilité a un impact sur l'implication, tandis que la reconnaissance au travail en a un autre. En d'autres termes, les deux variables, à savoir l'organisation de la mobilité et la reconnaissance au travail, sont totalement indépendantes en ce qui concerne leur effet sur l'implication organisationnelle.

7. DISCUSSION

Cette recherche avait pour objectifs d'examiner les liens entre l'organisation de la mobilité, l'implication organisationnelle et la reconnaissance au travail.

La présente recherche souhaite apporter trois contributions principales. Tout d'abord, elle vise à développer une échelle de mesure de l'organisation de la mobilité. Ensuite, elle cherche à obtenir des données empiriques permettant d'analyser la relation entre l'organisation de la mobilité et l'implication organisationnelle. Comme nous l'avons souligné dans notre cadre conceptuel aucune étude n'a exploré le lien entre l'organisation de la mobilité et l'implication organisationnelle. Nous tenterons de transposer nos résultats en nous appuyant sur certaines notions identifiées dans d'autres études. Enfin, elle cherche à apprécier l'effet modérateur de la reconnaissance au travail sur le lien entre l'organisation de la mobilité et l'implication organisationnelle. Les résultats seront discutés en mettant en

évidence leur contribution à la littérature existante, ainsi qu'en identifiant les principales limites et en proposant des perspectives futures de travail.

7.1. Interprétation des résultats

7.1.1. Echelle de mesure de l'organisation de la mobilité

Nous avons créé une échelle de mesure de l'organisation de la mobilité qui comprend cinq dimensions distinctes. Les items ont été regroupés selon les dimensions suivantes :

- Anticipation de la mobilité
- Accompagnement du cadre de santé
- Facilitation de la mobilité
- Contraintes organisationnelles liées à la mobilité
- Autres sources d'accompagnement.

L'analyse de fiabilité a révélé que cette échelle pouvait être considéré comme fiable et reste dans le cadre de cette recherche à sa phase exploratoire.

7.1.2. Implication organisationnelle

L'implication organisationnelle dans notre étude a été limitée à deux des trois dimensions préconisées par Meyer et Allen (1991) : l'implication affective et l'implication calculée en excluant l'implication normative. Cette configuration a été également reprise dans d'autres études (Belghiti-Mahut et Briole, 2004). Dans les items de l'implication normative, quatre items sur six évoquent clairement le terme « *quitter* » contrairement aux deux autres où il est sous-entendu. De plus, l'interprétation française de certains termes peuvent susciter une ambiguïté chez le répondant « *Cet établissement mérite ma loyauté* » et « *Je dois beaucoup à mon établissement* » (Belghiti-Mahut et Briole, 2004). En effet, les notions de devoir et de loyauté peuvent relever de l'affect, du sentimental. Ce qui pourrait expliquer la migration de certains items de l'implication normative vers l'implication affective comme le constate Belghiti-Mahut et Briole (2004). L'échelle a été rapportée comme étant peu stable (Tremblay, 2010).

Nous avons également vu dans le cadre conceptuel, que l'implication calculée se réfère à l'évaluation des coûts-bénéfices perçu par les soignants dans leur relation avec l'établissement de santé. Cette dimension s'oppose à la dimension de l'implication affective

qui se réfère aux valeurs d'attachements (valeurs, sentiment d'appartenance) qu'éprouvent les soignants envers leur établissement. Nous pouvons ainsi dire que l'implication calculée est plus d'ordre instrumental comme la qualifie Pesqueux, (2020, p.31) et que l'implication affective est plutôt liée au relationnel et à la sphère émotionnelle (*Ibid.*, p.31)

7.1.3. Organisation de la mobilité et implication organisationnelle

Comme le précise Pesqueux (2020) en citant Meyer & Herscovitch (2001), c'est implication affective qui permet de mieux mesurer l'implication dans l'organisation, c'est la dimension la plus favorable pour elle. Ainsi, nos résultats vont dans ce sens en associant les dimensions positives de l'organisation de la mobilité avec l'implication affective et plutôt les dimensions plus contraignantes de cette organisation avec l'implication calculée.

Dans la partie 4. 2 « Hypothèses », nous avons émis des hypothèses qui au vu des ACP et des analyses de fiabilité réalisées ci-dessus ne peuvent pas être vérifiées totalement car la structure du questionnaire a évolué d'un modèle unidimensionnel à un modèle multidimensionnel. Nous tenterons tout de même d'émettre des liens entre les différentes dimensions de l'organisation de la mobilité et les dimensions de l'implication organisationnelle retenues.

7.1.3.1. Organisation de la mobilité et implication affective

Parmi les cinq dimensions de l'organisation de la mobilité identifiées, trois d'entre elles présentent un lien positif avec l'implication affective. Seules l'anticipation et la facilitation de la mobilité présentent un lien significatif avec l'implication affective c'est-à-dire avec le désir de rester membre de l'organisation. Le fait que la facilitation est une contribution plus importante dans l'implication affective est une convergence notable avec les écrits de Sulpice (2014).

Dans une approche plus pragmatique, ces résultats nous suggèrent de prendre en compte l'organisation de la mobilité pour favoriser l'implication organisationnelle. Il est particulièrement important de constater que cette organisation tant sur des mesures à mettre en place de manière institutionnelle que sur le terrain.

En effet, les mesures à mettre en place de manière institutionnelle relève de l'anticipation de la mobilité. Selon Bareil (2009) et Sulpice (2014, p. S29), il est recommandé de réfléchir à long terme et de faciliter les mobilités en impliquant les soignants, l'encadrement et la direction à travers des groupes de travail. Cela favoriserait l'adhésion des équipes. De plus, la mise en œuvre de périodes d'immersion permettrait une meilleure compréhension des organisations des autres services (Sulpice, 2014), l'établissement des listes de volontaires (Van Schingen, 2015) et proposer des roulements dans d'autres services (Sulpice, 2104) avec un service principal et un service secondaire. Ces mesures d'anticipation peuvent être mises en œuvre à l'échelle de l'institution ou du pôle, cette dernière option nous semble la plus pertinente et réalisable pour commencer dans un premier temps.

La mise en place de mesures d'anticipation fait appel au volontariat. Cette notion fait écho à la coopération des agents comme la décrit Dejours, (2008, p.230) comme étant « *la volonté des personnes de travailler ensemble et de surmonter collectivement* ». Ce travail sur l'anticipation permet d'instaurer une relation de confiance est un élément majeur de réussite dans les organisations de travail que la perte de confiance peut freiner. La coopération passe par l'implication et l'engagement dans l'espace de discussion. « *En d'autres termes, la coopération passe par une mobilisation qu'on doit considérer comme une contribution spécifique et irremplaçable des travailleurs à la conception, l'ajustement et la gestion de l'organisation du travail* » (Dejours, 2008, p.230), c'est-à-dire à l'implication. Ce même auteur précise qu'il faut faire appel « *à la mobilisation, susciter des engagements singuliers à l'aide de culture d'entreprise* ».

La facilitation, ou les mesures facilitant la mobilité relèvent sont plus centrées sur des actions sur le terrain et fait état d'une réflexion collective d'où leur contribution plus forte sur l'implication affective dans nos résultats car certainement plus faciles à mettre en œuvre. Ces mesures concernent essentiellement des mesures de standardisation qui font écho aux travaux de Taylor mais aussi aux propositions de Sulpice (2014). Elles passent par la standardisation des modes de fonctionnement qui ont déjà été amorcés par la mise en place d'un dossier informatisé commun, et de certains logiciels métiers tel que la plateforme de résultats biologiques. La standardisation du rangement ou a minima son identification font écho au *Lean Management* et notamment la méthode des 5S qui a été identifiée comme permettant une amélioration des conditions de travail, une sécurisation des travailleurs, un gain de temps (efficience) tout en favorisant une cohésion d'équipe. Cette mesure de standardisation nécessite une rigueur, une adhésion de l'équipe et une implication dans la

démarche afin de correspondre au plus près aux besoins et attentes de l'équipe. La standardisation des horaires de travail vient également comme une mesure facilitant la mobilité afin de permettre une mobilité sans contraintes de changement d'horaires et de ce fait sans impact sur la vie privée du personnel en limitant le risque du conflit travail-famille. (Sulpice, 2014) et en favorisant la flexibilité.

Nos résultats révèlent un lien positif entre l'accompagnement du cadre de santé et l'implication affective, bien que celui-ci ne soit pas statistiquement significatif. Toutefois, nous souhaitons interpréter ce résultat avec prudence en tenant compte de la taille de notre échantillon. Par ailleurs, ce résultat rejoint les propos de Sulpice (2014, p.S29), qui considère le cadre de santé comme « *un guide, protecteur et directif* », jouant un rôle essentiel dans l'accompagnement des infirmières lors de la mobilité ponctuelle en permettant d'« *actionner les leviers qui vont faciliter leur tâche sur le terrain* ». Ces propos font également écho à l'étude Tanit de Van Schingen, dans laquelle est mis en évidence le rôle « *facilitateur* » du cadre de santé dans la mobilité. Ainsi, l'accompagnement du cadre de santé relève des pratiques de gestion de proximité, axées sur les relations avec les professionnels de santé. Il englobe des aspects tels que la communication, l'écoute, l'empathie et le soutien que le cadre de santé peut apporter aux soignants dans leur mobilité. Ces résultats corroborent également les travaux de Sulpice et les recherches de Bareil (2009) sur les sept phases de préoccupations et les activités de soutien à mettre en œuvre. Ainsi, l'accompagnement du cadre de santé relève donc des pratiques managériales de proximité basées sur le relationnel avec les soignants. En effet, les composantes de cet accompagnement relèvent de la communication, de l'écoute, de l'empathie mais également du soutien que le cadre de santé peut apporter aux soignants dans cette mobilité. Ces résultats corroborent également les propos de Sulpice et les travaux de Bareil (2009) sur les sept phases de préoccupations et les activités de soutien à mettre en œuvre.

Les propositions d'accompagnement du cadre, avant, pendant et après la mission de mobilité du professionnel de notre étude font écho aux trois stades du processus de développement de l'implication de Mowday, Porter et Steers cité par Thévenet (1992). En effet, ceux-ci décrivent ce processus comme un processus en boucle : « *l'attitude d'implication entraîne des comportements qui renforcent l'attitude initiale, avec trois stades* » :

- « *Avant l'entrée dans l'entreprise : il est important de cerner les dispositions et les attentes de la personne et voir si elles sont en correspondance avec ce qu'offre*

- l'entreprise.* » Dans notre étude, il s'agira d'écouter les préoccupations des professionnels face à la mobilité mais aussi de présenter le service d'intervention.
- « *Les premiers mois de la carrière à suivre très sérieusement pour la socialisation de la personne.* » Cette étape pourrait correspondre à notre étape d'accompagnement pendant de la mission, elle serait effectuée par le cadre de santé qui accueille le soignant. Elle permettrait de créer du lien, d'établir une relation de confiance en se montrant à la disposition du professionnel si besoin.
 - « *En période de croisière où il est nécessaire de mettre en place des systèmes périodiques de bilans ou de socialisation pour assurer la " maintenance ".* » Cette étape correspondra au retour du professionnel dans son service après sa mission de mobilité. Le cadre de santé réalisera des *feedbacks* permettant de faire un point sur le ressenti de la mission, les actions à mettre en œuvre en vue d'une amélioration et également de prodiguer des remerciements.

Les mesures positives de l'organisation de la mobilité, telles que l'anticipation, la facilitation et l'accompagnement du cadre de santé, favorisent l'implication affective des soignants. Cette constatation étaye les propos de Pesqueux (2020, p.4) selon lesquels « *Plus l'échange est favorable à l'individu, plus celui-ci sera impliqué dans l'organisation* ». La volonté de mettre en place une organisation adaptée et concertée de la mobilité contribue à la reconnaissance de l'individu et de son travail.

7.1.3.2. Organisation de la mobilité et implication calculée

Les résultats montrent un lien positif et significatif entre la mise en œuvre de contraintes organisationnelles liées à la mobilité et l'implication calculée.

Sur le plan des pratiques à mettre en œuvre, il est essentiel de réduire autant que possible les contraintes organisationnelles tels que les rappels sur les repos, l'annulation des congés, le changement d'horaires ainsi que les pressions exercées sur les soignants pour qu'ils acceptent les missions de mobilité. Pour ce faire, il est recommandé d'anticiper au maximum la mobilité en établissant des listes de volontaires, en mettant en place des périodes d'immersion et en facilitant l'organisation de la mobilité, notamment en identifiant les emplacements de rangement appropriés comme le propose Sulpice (2014). Malheureusement, la mobilité sera toujours une variable d'ajustement pour faire face aux imprévus de dernière minute. Cependant, en ayant anticipé la mobilité grâce à des mesures

telles que les listes de volontaires et l'identification des rangements, nous pourrions réduire l'impact négatif de ces contraintes sur l'implication calculée des soignants, c'est-à-dire leur implication instrumentale et contrainte à rester dans l'organisation. Cette approche vise à créer un déséquilibre en faveur des aspects positifs, diminuant ainsi le ressenti négatif des soignants liés aux contraintes organisationnelles de la mobilité.

7.1.3.3. Implication organisationnelle et d'autres facteurs d'organisation de la mobilité

En ce qui concerne la mise en place d'une application de gestion des remplacements, les résultats de notre étude ne montrent pas de lien significatif entre la présence d'une telle application et l'implication organisationnelle. Cependant, selon Riban (2018, p.39), l'utilisation de ce type d'outil peut avoir des effets bénéfiques sur la gestion de l'absentéisme, en favorisant un système de remplacement basé sur le volontariat.

Le remplacement au pied levé a un impact positif sur l'implication calculée. En effet, il est perçu comme quelque chose de négatif et contraignant, générateur de stress et d'inconfort, contribuant à des conditions de travail défavorables (Van Schingen, 2015). Les résultats de notre étude principale vont dans ce sens car ils établissent un lien positif entre le remplacement au pied levé et la dimension de l'implication organisationnelle qui reflète un aspect plus contraignant.

Le passage en 12h n'a montré aucun lien avec les deux dimensions de l'implication organisationnelles explorées. En effet, ce rythme de travail est perçu différemment par les soignants : pour certains un avantage et pour d'autres une contrainte, cela rejoint l'étude menée par Schöenenberger sur l'impact de cet horaire sur l'épuisement professionnel.

7.1.4. Vérification partielle des hypothèses

Un autre apport de notre recherche concerne la relation entre la reconnaissance au travail et l'implication organisationnelle.

Les résultats montrent un lien positif des différentes sources de la reconnaissance au travail avec à la dimension affective de l'implication et que celle réalisée par l'institution y contribue plus fortement. Ces résultats permettent de valider les hypothèses suivantes :

- H2a : *Plus les soignants ressentent de la reconnaissance de la part de l'institution plus leur implication affective dans l'organisation sera élevée.*
- H2d : *Plus les soignants ressentent de la reconnaissance de la part des supérieurs hiérarchiques plus leur implication affective dans l'organisation sera élevée*
- H2g : *Plus les soignants ressentent de la reconnaissance de la part des collègues plus leur implication affective dans l'organisation sera élevée*

Ces résultats vont dans le sens des résultats de l'étude de Brillet et *al.* (2013). La « *reconnaissance interactionnelle* » (salut, entraide, échange) a un effet sur le comportement des travailleurs notamment en termes de fidélité. La reconnaissance a un lien avec la fidélisation et donc l'implication affective (Brillet et *al.* 2013, p.14). Nous avons vu dans notre cadre conceptuel, que la reconnaissance dans le sens de gratitude comme celle observée ici est soumise à la subjectivité, au jugement d'autrui. Donc elle rentre tout à fait dans une dimension affective. Cette reconnaissance permet comme l'évoque Dejours de donner du sens au travail et de « *transformer la souffrance en plaisir* » (Dejours, 2008, p.236) et par extrapolation permettre à l'individu une plus grande implication affective.

D'autre part, les résultats montrent un lien négatif et significatif entre la reconnaissance au travail effectuée par l'institution et la dimension calculée de l'implication. Ces résultats permettent de valider l'hypothèse suivante :

H2c : *Plus les soignants ressentent de la reconnaissance de la part de l'institution plus leur implication calculée dans l'organisation sera faible.*

D'un point de vue pratique, il serait avantageux pour l'organisation, à tous les niveaux, à favoriser les pratiques de reconnaissance formelles et informelles, matérielles et immatérielles, afin de promouvoir l'implication affective. Ces pratiques pourraient inclure la mise en œuvre de politiques de formation, de compensation financière, de groupes de travail ainsi que la considération. Ainsi, nous rejoignons les propos de St Onge et *al.* qui soulignent que disent que (2005, p.96) « *les pratiques de reconnaissance peuvent être utilisées pour motiver les employés, pour les attirer et les retenir, pour appuyer un changement organisationnel, pour communiquer des valeurs et renforcer une culture* », en autres. Ces pratiques permettent de « *créer un environnement de travail positif, créer une culture de la reconnaissance, motiver à une meilleure performance et renforcer les comportements désirés* » (St Onge et *al.*, 2005, p.96)

Enfin, les résultats montrent une absence de modération de la reconnaissance au travail sur l'organisation de la mobilité et l'implication organisationnelle. Ces résultats viennent infirmer l'hypothèse 3 émise :

La reconnaissance au travail vient modérer le lien entre l'organisation de la mobilité et l'implication organisationnelle.

L'ajout de la reconnaissance à l'organisation de la mobilité n'augmente pas l'implication organisationnelle. Ainsi, ces résultats permettent de dire, dans le cadre restreint de notre échantillon, que la reconnaissance au travail n'intervient pas dans le phénomène de l'organisation de la mobilité et l'implication organisationnelle.

Pour conclure cette discussion des résultats, cette étude a permis d'établir le lien entre l'organisation de la mobilité et l'implication organisationnelle. De plus, elle montre que la reconnaissance au travail ne joue pas un rôle modérateur dans ce phénomène. Ces approches de l'organisation de la mobilité et de la reconnaissance au travail favorisent l'implication dans l'organisation. En effet, elles peuvent donner « *envie de rester, ce qui est un avantage au regard des populations difficiles à garder ou à remplacer* » en limitant les attitudes de retrait (absentéisme, turnover) Pesqueux, 2020, p.10)

7.2. Avantages

L'utilisation d'un questionnaire a permis de limiter le nombre de biais méthodologiques en les anticipant dès la conception du questionnaire, par exemple, en rendant les réponses obligatoires lors du paramétrage.

De plus, ce type d'outil permet de limiter considérablement le nombre de biais cognitifs qui pourraient survenir lors de la présence d'un enquêteur, tels que l'effet de désirabilité sociale ou l'effet de halo, ...

L'administration en ligne du questionnaire a permis de recueillir des informations de manière rapide, facile, gratuite tout en garantissant l'anonymat et la confidentialité des répondants.

L'utilisation des réseaux sociaux a permis d'avoir une représentativité du phénomène dans toute la France, ce que n'aurait pas permis une administration en face à face.

7.3. Limites

L'étude présente un certain nombre de limites aussi bien sur la méthodologie que sur l'interprétation des résultats

7.3.1. Limites méthodologiques

La première limite méthodologique que nous avons identifiée est le recueil de données qui a été fastidieux. Il a nécessité une vigilance accrue et de nombreuses relances pouvant être caractérisées comme oppressantes. Cependant, il est important de souligner que ce recueil d'informations peut être considéré comme insuffisant.

Une deuxième limitation en termes de méthodes était la nécessité d'avoir un compte Google pour accéder au questionnaire via Google Forms.

La troisième limite méthodologique identifiée réside dans la formulation des questions. Certaines questions particulièrement dans la fiche signalétique auraient pu être formulées différemment afin de faciliter leur compréhension et garantir la qualité des réponses. Par exemple la question "*Quelle a été la durée moyenne (en jours) de votre mobilité sur les 12 derniers mois ?*" semble avoir été mal interprétée par les répondants. En réalité, la question visait à déterminer le nombre de jours en moyenne que les répondants effectuaient par mission de mobilité.

7.3.2. Limites liées à l'interprétation des résultats

La taille de l'échantillon

La faible taille de l'échantillon (61 répondants) nous expose à différents risques tels qu'un manque de représentativité empêchant la généralisation des résultats à la population cible, une faible puissance statistique avec des résultats pouvant être considérés comme moins fiables et remettre en question la véracité des conclusions, ainsi que des difficultés à confirmer ou infirmer les hypothèses formulées.

L'instabilité des échelles de mesures

Les échelles de mesures de l'organisation de la mobilité et de l'implication organisationnelle présentent un α de Cronbach.

En conséquence, les résultats obtenus dans cette étude empirique doivent être retenus avec précaution.

7.4. Perspectives de l'étude

Notre étude nous a permis de développer un outil de mesure de l'organisation de la mobilité dans sa phase exploratoire. Cependant, en raison de la taille limitée de l'échantillon étudié, cette étude n'est pas exhaustive. Par conséquent, il serait bénéfique de la reproduire sur un échantillon plus vaste afin de confirmer ou d'infirmer les résultats obtenus. De plus, il serait opportun d'envisager une phase confirmatoire ultérieure afin de valider scientifiquement cet outil.

Notre étude repose sur une approche quantitative, mais elle pourrait bénéficier d'une approche qualitative complémentaire afin de mieux comprendre la perception des soignants à l'égard de la mobilité et des mesures mises en place. Des entretiens individuels semi-directifs, combinés aux questionnaires, pourraient fournir des données supplémentaires et enrichir les réflexions, notamment en ce qui concerne les attentes spécifiques des soignants et la mise en œuvre d'actions en accord avec leurs besoins. Cependant, il convient de noter que chaque établissement étant singulier avec un contexte social propre, ce travail complémentaire sera spécifique à chaque établissement.

Une étude comparative pourrait être mise en œuvre sur une période de plusieurs mois voire années afin de mesurer l'effet de la mise en place de mesures d'organisation de la mobilité sur l'implication organisationnelle au sein d'une population. Cette étude pourrait être réalisée en comparant les résultats avant et après la mise en place de ces mesures afin d'évaluer si elles ont effectivement entraîné une amélioration.

8. PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES

La formation de cadre de santé touche à sa fin et je vais bientôt intégrer un nouveau service avec une nouvelle équipe. Cette année de formation m'a offert l'opportunité de prendre du recul par rapport à mon expérience professionnelle et de l'analyser de manière critique et enrichissante.

Ce travail de recherche a suscité chez moi une motivation, et un désir d'améliorer les choses en partageant les enseignements de cette étude. J'ai pris conscience que peu de mesures sont mises en place dans les établissements de santé afin de promouvoir la mobilité ponctuelle. Or, comme nous l'avons constaté des pistes de travail sont évoqués par quelques auteurs depuis plusieurs années mais leur mise en œuvre sur le terrain est plutôt hétérogène. La mobilité est un défi quotidien pour les cadres de santé et les soignants, il est donc essentiel de travailler sur ce phénomène afin de réduire les intentions de retrait des professionnels et d'améliorer la qualité de vie au travail.

Cette recherche a également révélé que la mobilité ne se limite pas à la simple demande faite à l'agent, mais qu'elle nécessite une organisation appropriée pour la rendre plus acceptable. En effet, il faut travailler sur tous les aspects de cette organisation en mettant en place des mesures concrètes visibles mais aussi en effectuant un travail invisible centré sur le rôle de soutien social du cadre de santé. Cette réflexion ne pourra se faire seul, elle devra également intégrer les soignants afin de tenir compte de leurs préoccupations, leurs besoins et attentes favorisant ainsi le développement de l'intelligence collective et d'un environnement participatif.

En impliquant les agents au cœur de cette réflexion, nous pourrions créer un levier vers une meilleure acceptation de la mobilité. Ainsi, je souhaite mettre en œuvre différentes actions liées à ce sujet, à l'échelle de l'institution, du pôle et même au sein des services. Dans un premier temps, je souhaite initier une réflexion au sein de mon pôle en collaborant avec l'encadrement et les équipes pour améliorer et optimiser les missions de mobilité. Cela pourrait inclure la mise en place de mesures décrites dans notre étude, telles que la standardisation du rangement des services en utilisant la méthode des 5S que j'ai pu observer lors de mon stage d'encadrement du module 5, l'organisation de périodes d'immersion lorsque les effectifs le permettent, et un recensement des volontaires pour la mobilité ponctuelle et leurs préférences de services. Je suis consciente qu'il peut être difficile de

respecter strictement ces mesures dans des situations d'urgence, mais elles peuvent déjà contribuer à atténuer certains effets néfastes des missions de mobilité.

De plus, de cette réflexion, pourrait émerger une campagne institutionnelle de valorisation de la mobilité en mettant en avant les avantages qu'elle offre, tels que l'ouverture à d'autres services, le développement des compétences et la participation à l'effort collectif. Je vise également à favoriser le développement d'une culture de la mobilité au sein de l'établissement.

Enfin, ce travail m'a également fait prendre conscience de l'importance de développer des compétences relationnelles fortes et de les appliquer au quotidien dans mon équipe et dans mon établissement.

Ainsi, l'accompagnement, la communication, l'écoute, l'empathie mais également le soutien sont des éléments clés que le cadre de santé se doit d'apporter aux soignants au-delà de ce contexte de mobilité mais également dans le travail et la relation avec l'équipe. Cela contribue à instaurer une relation saine, de confiance entre collaborateurs, essentielle selon moi, pour développer une cohésion d'équipe.

CONCLUSION

Ce parcours initiatique de recherche touche bientôt à sa fin. Il s'agit d'un exercice qui m'a fait faire face à de nombreuses interrogations, doutes et remises en question. Aujourd'hui, je prends pleinement conscience du chemin parcouru. J'ai entamé ce travail avec une certaine appréhension, à la fois quant au choix du sujet, à la méthodologie utilisée et face à la page blanche. Ce fût un long processus riche et valorisant.

Ce travail de recherche repose sur la méthode hypothético-déductive et se déroule en deux grandes étapes. La première étape consiste à explorer la littérature existante afin de comprendre la nature de la mobilité interne et subie par les soignants, d'appréhender le concept d'implication organisationnelle et d'approfondir notre compréhension de la reconnaissance au travail.

Une seconde étape m'a permis de confronter ce cadre théorique à la réalité de terrain en réalisant des questionnaires auprès du personnel infirmier et aide-soignant à travers toute la France. Cette étape m'a également initié à la création d'une échelle de mesure. Ces démarches m'ont permis de répondre à ma question de recherche et de valider mes hypothèses.

Ce parcours réflexif guidé par ma directrice et mon tuteur de mémoire m'a permis de prendre de la hauteur, de construire mon identité professionnelle et une identité d'apprenti chercheur, d'enrichir mes connaissances et de développer mes compétences et un esprit critique.

L'objectif de cette recherche était d'établir le lien entre l'organisation de la mobilité et l'implication organisationnelle des soignants. Nos résultats mettent en évidence ce lien et montrent que la reconnaissance au travail ne joue pas un rôle modérateur dans ce phénomène.

Cette étude propose des pistes de travail visant à améliorer l'organisation de la mobilité, notamment en encourageant une réflexion collective et en impliquant les agents. Cette approche plus collaborative et participative impliquerait davantage les acteurs de terrain dans la prise de décision et favoriserait une meilleure acceptation du changement que représente la mobilité.

Ce travail arrive à son terme, mais n'est qu'une étape de ma démarche, qui se poursuivra sur le terrain par la concrétisation des propositions visant à améliorer les pratiques managériales. Cela m'amène à conclure de la manière suivante :

La réflexion institutionnelle et partagée sur l'organisation de la mobilité au sein des établissements peut jouer un rôle majeur dans l'engagement d'un changement culturel et dans la modification de la perception des soignants vis-à-vis de la mobilité. Cela permettrait de passer d'une mobilité subie à une mobilité réfléchie et structurée, s'apparentant à un projet. Finalement, ce processus contribuerait à l'amélioration des conditions de travail et, par conséquent, à la qualité de vie au travail. Cette démarche pourrait prendre tout son sens dans une politique de prévention des risques psycho-sociaux et ainsi faire de la mobilité une culture d'établissement.

BIBLIOGRAPHIE

adsp n° 33—Organisation, décision et financement du système de soins. (s. d.). Consulté 12 mai 2023, à l'adresse <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=62>

Article 107—LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1)—Légifrance. (s. d.). Consulté 12 mai 2023, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913559

Bareil, C. (2009). Décoder les préoccupations et les résistances à l'égard des changements. *Gestion, 34*(4), 32-38.

Belghiti-Mahut, S., & Briole, A. (2004). L'implication organisationnelle et les femmes cadres : Une interrogation autour de la validation de l'échelle de Allen et Meyer (1996). *Psychologie du Travail et des Organisations, 10*(2), 145-164.

Bilan Social 2020 / Publication ATIH. (s. d.). Consulté 13 mai 2023, à l'adresse <https://www.atih.sante.fr/bilan-social-2020>

Brillet, F., Coutelle, P., & Hulin, A. (2013). Proposition d'une mesure de la reconnaissance : Une approche par la justice perçue. *Revue de gestion des ressources humaines, 89*(3), 3-18.

Brun, J.-P., & Dugas, N. (2005). La reconnaissance au travail : Analyse d'un concept riche de sens. *Gestion, 30*(2), 79-88.

Chapelle, F. (2018). Chapitre 17. Modèle de Siegrist. Dans : Frédéric Chapelle éd., *Risques psychosociaux et Qualité de Vie au Travail: en 36 notions* (p. 113-117). Paris: Dunod.

Colmont, D. 2021. *Polyvalence et maintien des compétences dans l'hôpital de demain.* Revue OXYMAG. n°181. (p21-25)

Décret n°92-264 du 23 mars 1992 modifiant le décret n° 81-306 du 2 avril 1981 modifié relatif aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière, 92-264 (1992).

Dufau, A., & Lagabriele, C. (2010). La reconnaissance au travail des cadres de santé, éléments de compréhension. *Revue Soins cadres*. N°74. (p.49-74)

Enquête de la FHF sur la situation RH dans les établissements en 2022 | Fédération

Hospitalière de France. (s. d.). Consulté 2 mai 2023, à l'adresse

<https://www.fhf.fr/expertises/ressources-humaines/enquete/enquete-de-la-fhf-sur-la-situation-rh-dans-les-etablissements-en-2022>

Fall, A. (2014). Justice organisationnelle, reconnaissance au travail et motivation intrinsèque :

Résultats d'une étude empirique: organizational justice, recognition and intrinsic motivation at work: empirical study results. *Justicia organizacional, reconocimiento en el trabajo y motivación intrínseca: resultados de un estudio empírico.*, 69(4), 709-731.

Fall, A. (2015). Reconnaissance au travail : Validation d'une échelle de mesure dans le contexte

des entreprises: Recognition at work: Validation of a measuring scale in the context of companies (English). *Revue europeenne de psychologie appliquee*, 65(4), 189-203.

Fortin, M. F., Gagnon, J., Fournier, H., & Lauzier, M. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives / (3e édition.)*. Chenelière éducation;

Frédéric Pierru et Louis Weber. *L'hôpital entreprise n'est pas une solution*. Grand entretien avec André Grimaldi ; *Savoir/Agir* n°25. 2013 p 63-73

Hervé Fenneteau & Christian Pinson. (2015). *Enquête : Entretien et questionnaire—3e édition:*

Vol. Troisième édition. Dunod;

HOLLET, S. 2005. *Une validation de l'échelle d'engagement au travail (UWES - Utrecht Work Engagement Scale) auprès d'une population de commerciaux : l'antithèse positive de l'épuisement professionnel*. 16ème Conférence de l'AGRH – Paris Dauphine – 15 et 16 septembre 2005

Ilama, I. I., & Tremblay, D.-G. (2020). Chapitre 18. Des pratiques de reconnaissance au travail dans le secteur de l'aide à domicile : Le cas du Québec. In *Approches critiques des organisations* (p. 244-253). EMS Editions.

Le Boterf, G. 1997. *De la compétence à la navigation professionnelle*. Les Éditions d'organisation.

Les dépenses de santé en 2021 – édition 2022—Résultats des comptes de la santé / Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (s. d.). Consulté 12 mai 2023, à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/CNS2022>

Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 (1).

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1), 2009-879 (2009).

Marc Demery-Lebrun. *LA MESURE DE L'IMPLICATION PROFESSIONNELLE : UN EXEMPLE DE CORPUS EN EVOLUTION*. 2007

Maslow, A. H., Nicolaïeff, L., & Cox, R. (2013). *Devenir le meilleur de soi-même : Besoins fondamentaux, motivation et personnalité* / (BU Vauban - Accès libre VIRTUAITEM). Eyrolles;

Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1), 61-89.

Meyer, J. P., Allen, N. J., & Smith, C. A. (1993). Commitment to Organizations and Occupations : Extension and Test of a Three-Component Conceptualization. *Journal of Applied Psychology*, 78(4), 538-551. Business Source Complete.

mobilité—Définitions, synonymes, conjugaison, exemples / Dico en ligne Le Robert. (s. d.). Consulté 10 mai 2023, à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/mobilite>

Paillé, P. (2005). Engagement organisationnel et modes d'identification. Dimensions conceptuelle et empirique. *Bulletin de psychologie*, Numéro 480(6), 705-711.

Paillé, P. (s. d.). Les relations entre l'implication au travail, les comportements de citoyenneté organisationnelle et l'intention de retrait.

Pengam, M., Sliwka, C., & Dechamps, C. (2006). *Changement de poste, changement de fonction : Les compétences des cadres de santé à l'épreuve de la mobilité*. Lamarre. *Personnels et équipements de santé – Tableaux de l'économie française | Insee*. (s. d.).

Consulté 23 avril 2023, à l'adresse

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277748?sommaire=4318291>

Pesqueux, Y. (2006). *Le « nouveau management public » (ou New Public Management)*.

Pesqueux, Y. (2020). *De l'implication*.

Riban, S., & Meyer, C. D. (2018). Absentéisme inopiné, vie professionnelle et personnelle des soignants. *Revue Soins cadres ; n°107*. (p.38-39)

Roussel, P. (2005). Chapitre 9. Méthodes de développement d'échelles pour questionnaires d'enquête. In *Management des ressources humaines* (p. 245-276). De Boeck Supérieur.

Schönenberger, S (2023). Cours de statistiques. IFCS FMMS

Sibe, M. Le Magnet Hospital. Un concept exportable dans le service public hospitalier français ? Colloque ANFH-Bretagne, Lorient 2016 [consulté le 1^{er} mai 2023].

Singly, F. de. (1992). *L'enquête et ses méthodes : Le questionnaire* / Nathan

St-Onge, S., Y. Haines III, V., Aubin, I., Rousseau, C., & Lagassé, G. (2005). Pour une meilleure reconnaissance des contributions au travail. *Gestion*, 30(2), 89-101.

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE I : Questionnaire exploratoire

ANNEXE II : Analyses statistiques Etude 1 (enquête exploratoire)

ANNEXE III : Statistiques descriptives Etude 2

ANNEXE IV : Items Organisation de la Mobilité

ANNEXE V : Questionnaire de recherche

ANNEXE VI : Courrier établissement avec QR Code

ANNEXE VII : Organisation Mobilité (ACP et α de Cronbach)

ANNEXE VIII : Répartition items Implication organisationnelle et α de Cronbach

ANNEXE IX : Régressions linéaires

ANNEXE X : Tests de modération

ANNEXE XI : Reconnaissance (α de Cronbach)

ANNEXE I

Questionnaire "Mobilité des soignants"

Bonjour,

Actuellement, étudiante cadre de santé à la FMMS dans le Nord, je me permets de vous solliciter dans le cadre de mon mémoire de Master afin de répondre à un questionnaire exploratoire. Mon mémoire a pour sujet "la mobilité non choisie par les soignants".

Ce questionnaire d'une seule question ouverte me permettra de cadrer mon champ d'étude. Il ne vous prendra que 5 à 10 min.

Je vous remercie d'avance pour votre collaboration.

Sandrine AUGUSTE

** Indique une question obligatoire*

1. Qu'est-ce qui est mis en place pour organiser la mobilité interservice des soignants au sein de votre établissement? *(Vous pouvez expliciter)* *

Qui êtes-vous?

2. Vous êtes? *

Une seule réponse possible.

- un homme
 une femme

3. Quel âge avez-vous? *

4. Quelle est votre fonction? *

Une seule réponse possible.

- IDE
- AS
- ASH
- Cadre de santé
- Autre : _____

5. Quelle est votre année de diplôme? *

6. Quelle est votre ancienneté dans votre établissement actuel? (en années) *

7. Dans quelle région travaillez-vous? *

Une seule réponse possible.

- Auvergne-Rhône-Alpes
- Bourgogne-Franche-Comté
- Bretagne
- Centre-Val-de-Loire
- Corse
- Grand-Est
- Hauts-de-France
- Ile-de-France
- Normandie
- Nouvelle-Aquitaine
- Occitanie
- Pays de la Loire
- Provence-Alpes-Côte d'Azur
- DOM-TOM

8. Vous travaillez dans un établissement? *

Une seule réponse possible.

Public

Privé

9. De quel type? *

Une seule réponse possible.

CHU

CH

Hôpital local / de proximité

Clinique MCO

SSR / SLD

EHPAD

Psychiatrie

CLCC (Centre de Lutte Contre le Cancer)

Autre : _____

10. Dans quel service exercez-vous? *

Une seule réponse possible.

- Médecine
- Chirurgie
- Obstétrique
- Pédiatrie
- Réanimation / Soins intensifs
- SSR / SLD
- EHPAD

Section sans titre

Merci pour votre collaboration

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

ANNEXE II : Analyses statistiques Etude 1 (enquête exploratoire)

Statistiques descriptives

Statistiques descriptives	
	Sexe 1=H 2=F
N	34
Manquants	0

Fréquences

Répartition par sexe			
Sexe	N=34	%	% cumulés
Hommes	2	5.9 %	5.9 %
Femmes	32	94.1 %	100.0 %

Répartition de l'âge

	Age
N	34
Manquants	0
Moyenne	46.6
Médiane	48.0
Ecart-type	9.07
Minimum	27.0
Maximum	60.0

Statistiques descriptives

	Fonction
N	34
Manquants	0

Fréquences

Répartition par Fonction

Fonction	N = 34	%	% cumulés
AS	18	52.9 %	52.9 %
Cadre de santé	2	5.9 %	58.8 %
Faisant fonction	1	2.9 %	61.8 %
Faisant fonction IDEC	1	2.9 %	64.7 %
IDE	11	32.4 %	97.1 %
lade	1	2.9 %	100.0 %

Statistiques descriptives

	Année de diplôme
N	34
Manquants	0
Moyenne	2006
Médiane	2007
Ecart-type	9.37
Minimum	1984
Maximum	2022

Statistiques descriptives

	Ancienneté dans établissement actuel
N	34
Manquants	0
Moyenne	15.2
Médiane	13.0
Ecart-type	9.79
Minimum	0.250
Maximum	38.0

Statistiques descriptives

	Région
N	34
Manquants	0

Fréquences de Région

Région	Quantités	% du Total	% cumulés
Auvergne-Rhône-Alpes	2	5.9 %	5.9 %
Bourgogne-Franche-Comté	4	11.8 %	17.6 %
Bretagne	4	11.8 %	29.4 %
Centre-Val-de-Loire	3	8.8 %	38.2 %
Corse	1	2.9 %	41.2 %
Grand-Est	6	17.6 %	58.8 %
Hauts-de-France	4	11.8 %	70.6 %
Ile-de-France	2	5.9 %	76.5 %
Normandie	2	5.9 %	82.4 %
Occitanie	4	11.8 %	94.1 %
Pays de la Loire	2	5.9 %	100.0 %

Statistiques descriptives

	Secteur établissement
N	34
Manquants	0

Statistiques descriptives

	Secteur établissement
N	34
Manquants	0

Fréquences de Secteur établissement

Secteur établissement	Quantités	% du Total	% cumulés
Privé	6	17.6 %	17.6 %
Public	28	82.4 %	100.0 %

Statistiques descriptives

	Type établissement
N	34
Manquants	0

Fréquences de Type établissement

Type établissement	Quantités	% du Total	% cumulés
CH	10	29.4 %	29.4 %
CHU	3	8.8 %	38.2 %
Clinique MCO	1	2.9 %	41.2 %
EHPAD	12	35.3 %	76.5 %
Hôpital local / de proximité	5	14.7 %	91.2 %
SSR / SLD	1	2.9 %	94.1 %
UGECAM	1	2.9 %	97.1 %
clinique chirurgical	1	2.9 %	100.0 %

Statistiques descriptives

	Service
N	34
Manquants	0

Fréquences de Service

Service	Quantités	% du Total	% cumulés
Chirurgie	6	17.6 %	17.6 %
EHPAD	15	44.1 %	61.8 %
Médecine	7	20.6 %	82.4 %
Pédiatrie	1	2.9 %	85.3 %
Réanimation / Soins intensifs	2	5.9 %	91.2 %
SSR / SLD	3	8.8 %	100.0 %

Statistiques descriptives

	Qu'est-ce qui est mis en place pour organiser la mobilité non choisie des soignants au sein de votre établissement? (Vous pouvez expliciter)
N	34
Manquants	0

Fréquences de Qu'est-ce qui est mis en place pour organiser la mobilité non choisie des soignants au sein de votre établissement? (Vous pouvez expliciter)

Qu'est-ce qui est mis en place pour organiser la mobilité non choisie des soignants au sein de votre établissement? (Vous pouvez expliciter)	Quantités	% du Total	% cumulés
Application hublot	1	2.9 %	2.9 %
Auto remplacement avec dates des refus	1	2.9 %	5.9 %
C'est imposé rien a dire et prevenue chaque année la semaine avant Noël pour une mutation en février.... Elle n'est pas belle la vie ? 😊	1	2.9 %	8.8 %
Des changements de planning	1	2.9 %	11.8 %
Des volontaires pour être payées en heures supplémentaires sur notamment les week end où elles vient remplacer	1	2.9 %	14.7 %
Informations sur le planning et message de la cadre ,vous allez dans tel service dépanner	1	2.9 %	17.6 %
La contrainte. On nous dit que notre service ne nous appartient pas, point barre.	1	2.9 %	20.6 %
Le planning	1	2.9 %	23.5 %
Le volontariat payer en heures supplémentaires	1	2.9 %	26.5 %
Les agents vont en immersion dans un premier temps dans certains services plus spécifiques pour qu'il y ait moins d'appréhension lors du remplacement	1	2.9 %	29.4 %
Leur demander directement	1	2.9 %	32.4 %
Nous n'avons pas le choix de bouger sinon nous avons un rapport	1	2.9 %	35.3 %
Pas de mise a place, mais prise au dépourvu	1	2.9 %	38.2 %
Pas grand chose. Les absents ne sont pas où peu remplacés.	1	2.9 %	41.2 %
Planning avec des T ou on est le pool de remplacement de l'hôpital	1	2.9 %	44.1 %
Pour le moment pas de mobilité non choisie appel au volontariat et intérim..mais cela devient compliqué	1	2.9 %	47.1 %
Procédures adaptées (un agent passe en 12h au lieu de 7,5)	1	2.9 %	50.0 %
Rien	4	11.8 %	61.8 %
Rien	3	8.8 %	70.6 %
Rien de spécial. Les cadres regardent sur les planning qui est en RH et nous rappel à la maison. Pas de « hublot » comme dans d'autres hôpitaux	1	2.9 %	73.5 %
Rien de spécifique mis à part un mode dégradé et si gros manque de personnel, c'est un passage de travail en 12 heures	1	2.9 %	76.5 %
Rien on est mobilisé sans pouvoir donner notre avis	1	2.9 %	79.4 %
Sous entendu de non renouvellement de contrat, menace de changement de service directement, acceptation de certains comportements vis à vis des collègues, choix des horaires ,	1	2.9 %	82.4 %
Une prime	1	2.9 %	85.3 %
annulation des congés	1	2.9 %	88.2 %
rien	2	5.9 %	94.1 %
rien , on vous dit que vous devez aller travailler dans tel service, tel jour a telle heure	1	2.9 %	97.1 %
Être appelé par le DSSI une semaine avant Noël pour nous annoncer qu'on est muté ! Pas belle la vie ? De quoi passer de belles fêtes ! Surtout que la mutation est effective au 1 er Février 😊 si ça n'est pas du sadisme je n'y connais rien...	1	2.9 %	100.0 %

ANNEXE III : Statistiques descriptives Etude 2

Statistiques descriptives

Sexe 1=H 2=F	
N	61
Manquants	0

Fréquences de Sexe 1=H 2=F

Sexe 1=H 2=F	Quantités	% du Total	% cumulés
Hommes	13	21.3 %	21.3 %
Femmes	48	78.7 %	100.0 %

Statistiques descriptives

Quel âge avez-vous?	
N	61
Manquants	0
Moyenne	38.8
Médiane	39
Ecart-type	9.95
Minimum	20
Maximum	58

Statistiques descriptives

Quelle est votre fonction?	
N	61
Manquants	0

Fréquences de Quelle est votre fonction?

Quelle est votre fonction?	N=61	%
AS	19	31.1 %
IDE	37	60.7 %
IDE spécialisé	4	6.6 %
AP	1	1.6 %

Statistiques descriptives

Quelle est votre année de diplôme?	
N	61
Manquants	0
Moyenne	2008
Médiane	2009
Ecart-type	9.04
Minimum	1988
Maximum	2022

Statistiques descriptives

Quelle est votre ancienneté dans votre établissement actuel? (en années)	
N	61
Manquants	0
Moyenne	11.0
Médiane	8.00
Ecart-type	8.65
Minimum	0.00
Maximum	34.0

Statistiques descriptives

Dans quelle région travaillez-vous?	
N	61
Manquants	0

Fréquences de Dans quelle région travaillez-vous?

Dans quelle région travaillez-vous?	Quantités	% du Total	% cumulés
Auvergne-Rhône-Alpes	2	3.3 %	3.3 %
Bourgogne - Franche Comté	1	1.6 %	4.9 %
Bretagne	3	4.9 %	9.8 %
Centre - Val de Loire	2	3.3 %	13.1 %
Grand Est	2	3.3 %	16.4 %
Hauts de France	40	65.6 %	82.0 %
Ile-de-France	3	4.9 %	86.9 %
Normandie	1	1.6 %	88.5 %
Nouvelle-Aquitaine	2	3.3 %	91.8 %
Occitanie	3	4.9 %	96.7 %
PACA	1	1.6 %	98.4 %
Suisse	1	1.6 %	100.0 %

Statistiques descriptives

Vous travaillez dans un établissement?	
N	61
Manquants	0

Fréquences de Vous travaillez dans un établissement?

Vous travaillez dans un établissement?	Quantités	% du Total	% cumulés
Privé à but lucratif	1	1.6 %	1.6 %
Privé à but non lucratif	11	18.0 %	19.7 %
Public	49	80.3 %	100.0 %

Statistiques descriptives

De quel type?	
N	61
Manquants	0

Fréquences de De quel type?

De quel type?	Quantités	% du Total	% cumulés
CH	24	37.7 %	37.7 %
CHU	10	16.4 %	54.1 %
CHU, CH	1	1.6 %	55.7 %
EHPAD	5	8.2 %	63.9 %
FAM	2	3.3 %	67.2 %
HAD	1	1.6 %	68.9 %
Hôpital local / de proximité	7	11.5 %	80.3 %
MAS	2	3.3 %	83.6 %
Médico-social	1	1.6 %	85.2 %
Psychiatrie	6	9.8 %	95.1 %
SSIAD	1	1.6 %	96.7 %
SSR / SLD, EHPAD	1	1.6 %	98.4 %
CLCC	1	1.6 %	100.0 %

Statistiques descriptives

Dans quel service exercez-vous? (ne pas mettre de sigles)	
N	61
Manquants	0

Fréquences de Dans quel service exercez-vous? (ne pas mettre de sigles)

Dans quel service exercez-vous? (ne pas mettre de sigles)		Quantités	% du Total	% cumulés
Addictologie	Médecine	1	1.6 %	1.6 %
Bloc opératoire	Chirurgie	1	1.6 %	3.3 %
Cardiologie.	Médecine	1	1.6 %	4.9 %
Chirurgie	Chirurgie	1	1.6 %	6.6 %
Diabetologie	Médecine	1	1.6 %	8.2 %
EHPAD	Gériatrie	5	8.2 %	16.4 %
EXPERTISE	Autres	1	1.6 %	18.0 %
Endocrinologie	Médecine	2	3.3 %	21.3 %
FAM	Médico-social	2	3.3 %	24.6 %
Gynéco Obs	Obstétrique	1	1.6 %	26.2 %
Gériatrie	Gériatrie	1	1.6 %	27.9 %
Hospitalisation à domicile	HAD	2	3.3 %	31.1 %
Hygiène	Autres	1	1.6 %	32.8 %
Imagerie médicale	Autres	1	1.6 %	34.4 %
MAS	Médico-social	2	3.3 %	37.7 %
Médecine	Médecine	3	4.9 %	42.6 %
Neurologie	Médecine	3	4.9 %	47.5 %
Néonatalogie	Obstétrique	1	1.6 %	49.2 %
Oncologie	Médecine	2	3.3 %	52.5 %
-				
Pneumologie	Médecine	1	1.6 %	54.1 %
Psychiatrie	Psychiatrie	7	11.5 %	65.6 %
Réanimation	Médecine	11	18.0 %	83.6 %
SSIAD	Médico-social	1	1.6 %	85.2 %
SSR	Médecine	2	3.3 %	88.5 %
Service soins continu adulte	Médecine	1	1.6 %	90.2 %
Standard	Autres	1	1.6 %	91.8 %
Unité post urgence	Médecine	1	1.6 %	93.4 %
Urgences	Médecine	2	3.3 %	96.7 %
Maladie infectieuse	Médecine	2	3.3 %	100.0 %

Statistiques descriptives

Quel a été le nombre de mobilité effectué en moyenne sur les 12	
N	59
Manquants	2
Moyenne	8.39
Médiane	4
Ecart-type	16.9
Minimum	0
Maximum	120

Statistiques descriptives

Quelle a été la durée moyenne (en jours) de votre mobilité sur les 12 derniers	
N	59
Manquants	2
Moyenne	18.4
Médiane	2.00
Ecart-type	45.1
Minimum	0.00
Maximum	180

Statistiques descriptives

Combien de jour avant votre mobilité avez-vous été prévenu ?	
N	54
Manquants	7
Moyenne	3.78
Médiane	1.00
Ecart-type	7.18
Minimum	0.00
Maximum	30.0

Statistiques descriptives

	Sur l'ensemble des mobilités réalisées ces 12 derniers mois, quelle proportion d'entre elles était effectuée dans le cadre d'un remplacement de l'absentéisme	Sur l'ensemble des mobilités réalisées ces 12 derniers mois, quelle proportion d'entre elles était effectuée dans le cadre d'un redéploiement de personnel suite à une baisse d'activité dans votre service	Sur l'ensemble des mobilités réalisées ces 12 derniers mois, quelle proportion d'entre elles était effectuée dans le cadre d'un renfort lors d'une charge de travail importante dans un autre service
N	61	61	61
Manquants	0	0	0
Moyenne	7.59	2.41	2.67
Médiane	9	1	1
Ecart-type	3.18	2.58	2.94
Minimum	1	1	1
Maximum	10	10	10

Statistiques descriptives

J'ai effectué des mobilités à l'échelle de l'établissement	
N	61
Manquants	0
Moyenne	3.02
Médiane	3
Ecart-type	1.32
Minimum	1
Maximum	5

Fréquences de J'ai effectué des mobilités à l'échelle de l'établissement

J'ai effectué des mobilités à l'échelle de l'établissement	Quantités	% du Total	% cumulés
1	8	13.1 %	13.1 %
2	17	27.9 %	41.0 %
3	13	21.3 %	62.3 %
4	12	19.7 %	82.0 %
5	11	18.0 %	100.0 %

Statistiques descriptives

	J'ai effectué des mobilités à l'échelle de l'établissement	J'ai effectué des mobilités à l'échelle du pôle	J'ai effectuée des mobilités au sein d'une même spécialité (médecin)	J'ai effectuée des mobilités à l'échelle du groupement hospitalier
N	61	61	61	61
Manquants	0	0	0	0
Moyenne	3.02	3.11	3.28	1.49
Médiane	3	3	4	1
Ecart-type	1.32	1.55	1.42	1.03
Minimum	1	1	1	1
Maximum	5	5	5	5

ANNEXE IV : Items Organisation de la mobilité

Mon établissement accorde une prime en cas de mobilité subie	MOB1
Mon établissement accorde un paiement en heures supplémentaires en cas de mobilité subie	MOB2
Les missions de mobilité me permettent de bénéficier de repos compensateur	MOB3
Mes congés peuvent être annuler ou reporter pour pouvoir effectuer une mission de mobilité	MOB4
Mes horaires peuvent être modifier pour pouvoir effectuer une mission de mobilité	MOB5
Mon jour de repos peut être annuler pour pouvoir effectuer une mission de mobilité	MOB6
Mon cadre procède à des pressions et/ou menaces pour que les professionnels acceptent les missions de mobilité	MOB7
Pour effectuer les missions de mobilité, il existe une liste d'agents volontaires dans mon service	MOB8
Pour effectuer les missions de mobilité, il existe un roulement obligatoire hebdomadaire / mensuel / trimestriel dans un autre service	MOB9
Des immersions dans d'autres services sont organisées pour réduire les appréhensions lors des missions de mobilité	MOB10
Une application de gestion des remplacements est disponible au sein de mon établissement (ex. Hublo, Whoog,...)	MOB11

Mon établissement met en place un passage de travail en 12h pour limiter la mobilité en cas d'absentéisme	MOB12
Le fonctionnement des services est standardisée dans mon établissement (horaires de visites, tours, transmissions, staffs...)	MOB13
Le rangement du matériel est identifié dans tous les services pour faciliter le poste de travail	MOB14
Les horaires de travail sont similaires dans l'ensemble des services de mon établissement afin de faciliter les missions de mobilité	MOB15
Les missions de mobilité mis en place par l'établissement permettent de développer des compétences	MOB16
Le remplacement au pied levé est une pratique courante au sein de mon établissement	MOB17
Mon établissement fait appel à une équipe de remplacement (pool, intérim) avant de solliciter la mobilité des agents	MOB18
J'ai bénéficié d'un accompagnement avant la mobilité par mon cadre	MOB19
Je pense que mes compétences / connaissances ont été prises en compte avant de me proposer la mobilité	MOB20
Mon cadre m'a expliqué les motifs de cette mobilité	MOB21
Mon cadre a écouté mes préoccupations / appréhensions avant la mobilité	MOB22
J'ai bénéficié d'un accompagnement le jour de la mobilité	MOB23
Mon cadre a réalisé un temps d'échange après la mobilité	MOB24
J'ai participé à des groupes de réflexion sur la mobilité	MOB25
J'ai bénéficié d'un soutien par le cadre du service d'accueil	MOB26
J'ai bénéficié d'un soutien par les collègues du service d'accueil	MOB27
L'accompagnement dont j'ai disposé m'a paru suffisant pour une prise de poste en sécurité	MOB28
J'ai reçu des informations au préalable pour me projeter dans cette mobilité (nombre de patients, pathologies, organisation de travail,...)	MOB29

ANNEXE V : Questionnaire de recherche

Bonjour,

Actuellement, étudiante cadre de santé à la Faculté de Médecine, Maïeutique et Sciences de la santé (FMMS) de l'Université Catholique de Lille, je me permets de vous solliciter dans le cadre de mon mémoire de Master 2 en Management afin de répondre à un questionnaire. Ce questionnaire est à destination des soignants paramédicaux tout filière confondue.

Mon mémoire a pour sujet "la mobilité non choisie par les soignants".

Ici on entend par le terme mobilité : un changement de service effectué lors de remplacement ponctuel, en cas d'absentéisme ou encore lors du redéploiement de personnel après la baisse momentanée d'activité d'un service, ou lors d'un renfort en lien avec une charge de travail importante.

Ce questionnaire vous prendra 15 à 20 min.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, nous cherchons à comprendre comment les choses se déroulent dans la réalité.

Vous allez avoir le sentiment que certaines questions sont similaires mais il est important de répondre à toutes les questions, elles sont issues d'échelles validées scientifiquement.

Les réponses sont anonymes et confidentielles et ne seront traitées que dans le cadre de cette recherche.

Je vous remercie d'avance pour votre collaboration.

Sandrine AUGUSTE

Contact : sandrine.auguste@lacatholille.fr

Dimension	Question	Codage
Implication affective	Je serai très heureux de finir ma carrière dans cette entreprise	IMP1
	Je ressens les problèmes de cette entreprise comme les miens	IMP2
	Je ne ressens pas un fort sentiment d'appartenance à cette entreprise (a)	IMP3
	Je ne me sens pas attaché affectivement à cette entreprise (a)	IMP4
	Je me sens membre à part entière de cette entreprise	IMP5
	Cette entreprise a une grande signification pour moi	IMP6
Implication calculée	Rester dans cette entreprise est autant affaire de nécessité que de désir	IMP7
	Ce serait très difficile pour moi de quitter l'entreprise, même si je le voulais	IMP8
	Trop de choses dans ma vie pourraient être perturbées si je décidais de quitter cette entreprise actuellement	IMP9
	Je pense que je n'ai pas assez d'opportunités de rechange pour quitter cette entreprise	IMP10

	Si je n'avais pas tant donné à cette entreprise, je pourrais penser à travailler ailleurs	IMP11
	Une des rares préoccupations avec mon départ serait le peu d'alternatives possibles	IMP12
Implication normative	Je ne ressens pas une obligation de rester chez mon employeur actuel (a)	IMP13
	Je ne ressens pas le droit de quitter cette entreprise actuellement, même si cela était à mon avantage	IMP14
	Si je quittais cette entreprise maintenant, je n'aurais aucun remords (a)	IMP15
	Cette entreprise mérite ma loyauté	IMP16
	Je ne quitterais pas cette entreprise, car je me sens redevable envers les personnes qui y travaillent	IMP17
	Je dois beaucoup à cette entreprise	IMP18
Reconnaissance de l'institution	Mon entreprise propose des formations assurant le développement de mes compétences,	REC1
	Mon entreprise me donne les moyens qu'il faut pour travailler efficacement (budget, équipement, moyens humains),	REC2
	Mon entreprise me donne des possibilités d'avancement,	REC3
	Mon entreprise m'apporte une reconnaissance financière pour la qualité de mon travail (par des augmentations, des primes, des avantages monétaires ou en nature),	REC4
<i>Reconnaissance des Supérieurs hiérarchiques</i>	Mes supérieurs font preuve de considération à mon égard (salutations, sympathie et attentions agréables),	REC5
	Mes supérieurs donnent des mots d'encouragement lorsque je fais face à une situation difficile	REC6
	Mes supérieurs font preuve d'écoute quand j'ai besoin de leur parler de mon travail	REC7
	Mes supérieurs reconnaissent ma valeur en me laissant suffisamment d'autonomie dans mes fonctions,	REC8
<i>Reconnaissance des collègues</i>	Mes collègues me donnent une appréciation spontanée sur la qualité de mon travail,	REC9
	Mes collègues font preuve de considération à mon égard (salutations, sympathie et attentions agréables)	REC10
	Mes collègues me félicitent ou me remercient pour souligner un bon travail,	REC11
	Mes collègues reconnaissent ma contribution au bon fonctionnement de l'équipe ou du service	REC12
Organisation de la mobilité	Mon établissement accorde une prime en cas de mobilité subie	MOB1
	Mon établissement accorde un paiement en heures supplémentaires en cas de mobilité subie	MOB2
	Les missions de mobilité me permettent de bénéficier de repos compensateur	MOB3

	Mes congés peuvent être annuler ou reporter pour pouvoir effectuer une mission de mobilité	MOB4
	Mon Planning (<i>modifié par Mes horaires peuvent</i>) peut être modifier pour pouvoir effectuer une mission de mobilité	MOB5
	Mon jour de repos peut être annuler pour pouvoir effectuer une mission de mobilité	MOB6
	Mon cadre (ou supérieur hiérarchique) procède à des pressions et/ou menaces pour que les professionnels acceptent les missions de mobilité	MOB7
	Pour effectuer les missions de mobilité, il existe une liste d'agents volontaires dans mon service	MOB8
	Pour effectuer les missions de mobilité, il existe un roulement obligatoire hebdomadaire / mensuel / trimestriel dans un autre service	MOB9
	Des immersions dans d'autres services sont organisées pour réduire les appréhensions lors des missions de mobilité	MOB10
	Une application de gestion des remplacements est disponible au sein de mon établissement (ex. Hublo, Whoog,...)	MOB11
	Mon établissement met en place un passage de travail en 12h pour limiter la mobilité en cas d'absentéisme	MOB12
	Le fonctionnement des services est standardisée dans mon établissement (horaires de visites, tours, transmissions, staffs...)	MOB13
	Le rangement du matériel est identifié dans tous les services pour faciliter le poste de travail	MOB14
	Les horaires de travail sont similaires dans l'ensemble des services de mon établissement afin de faciliter les missions de mobilité	MOB15
	Les missions de mobilité mis en place par l'établissement permettent de développer des compétences	MOB16
	Le remplacement au pied levé est une pratique courante au sein de mon établissement	MOB17
	Mon établissement fait appel à une équipe de remplacement (pool, intérim) avant de solliciter la mobilité des agents	MOB18
	J'ai bénéficié d'un accompagnement avant la mobilité par mon cadre	MOB19
	Je pense que mes compétences / connaissances ont été prises en compte avant de me proposer la mobilité	MOB20
	Mon cadre m'a expliqué les motifs de cette mobilité	MOB21
	Mon cadre a écouté mes préoccupations / appréhensions avant la mobilité	MOB22
	J'ai bénéficié d'un accompagnement le jour de la mobilité	MOB23

	Mon cadre a réalisé un temps d'échange après la mobilité	MOB24
	J'ai participé à des groupes de réflexion sur la mobilité	MOB25
	J'ai bénéficié d'un soutien par le cadre du service d'accueil	MOB26
	J'ai bénéficié d'un soutien par les collègues du service d'accueil	MOB27
	L'accompagnement dont j'ai disposé m'a paru suffisant pour une prise de poste en sécurité	MOB28
	J'ai reçu des informations au préalable pour me projeter dans cette mobilité (nombre de patients, pathologies, organisation de travail,...)	MOB29
Fiche signalétique	1. Vous êtes ?	
	- Homme	
	- Femme	
	2. Quel âge avez-vous ?	
	3. Quelle est votre fonction ?	
	- IDE	
	- AS	
	- ASH	
	- Autres (précisez)	
	4. Quelle est votre année de diplôme ?	
	5. Quelle est votre ancienneté dans votre établissement actuel ? (en années)	
	6. Dans quelle région travaillez-vous ?	
	7. Vous travaillez dans un établissement ?	
	- Public	
	- Privé	
	8. De quel type ? (Proposition de toutes les possibilités : CHU, CH, EHPAD, SSR,...)	
	9. Dans quel service exercez-vous ?	
	Quel a été le nombre de mobilité effectué en moyenne sur les 12 derniers mois ?	
	10. Quelle a été la durée moyenne (en jours) de votre mobilité sur les 12 derniers mois ?	
	11. Combien de jour avant votre mobilité avez-vous été prévenu ?	
	12. Sur l'ensemble des mobilités réalisées ces 12 derniers mois, quelle proportion d'entre elles était effectuée dans le cadre d'un remplacement de l'absentéisme	
	13. Sur l'ensemble des mobilités réalisées ces 12 derniers mois, quelle proportion d'entre elles était effectuée dans le cadre d'un redéploiement de personnel suite à une baisse d'activité dans votre service	

	14. Sur l'ensemble des mobilités réalisées ces 12 derniers mois, quelle proportion d'entre elles était effectuée dans le cadre d'un renfort lors d'une charge de travail importante dans un autre service	
	15. J'ai effectué des mobilités à l'échelle de l'établissement	
	16. J'ai effectué des mobilités à l'échelle du pôle	
	17. J'ai effectué des mobilités au sein d'une même spécialité (médecine, gériatrie, chirurgie par exemple)	
	18. J'ai effectué des mobilités à l'échelle du groupement hospitalier (regroupements de plusieurs établissements)	

Questionnaire sur la mobilité des soignants

Madame, Monsieur,

Actuellement, étudiante cadre de santé à la Faculté de Médecine, Maïeutique et Sciences de la santé (FMMS) de l'Université Catholique de Lille, je me permets de vous solliciter dans le cadre de mon mémoire de Master 2 en Management afin de répondre à un questionnaire.

Mon mémoire traite de "la mobilité non choisie par les soignants".

A travers ce questionnaire, je souhaite recueillir le vécu des soignants paramédicaux tout filière confondue sur cette thématique.

Ici on entend par le terme mobilité : un changement de service effectué lors de remplacement ponctuel, en cas d'absentéisme ou encore lors du redéploiement de personnel après la baisse momentanée d'activité d'un service, ou lors d'un renfort en lien avec une charge de travail importante.

Vous trouverez ci-dessous

- le lien vers le questionnaire :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeKYx76x836n12sBZ22b2hJGuui0Y6hqlrWslfQ0n5pQBvmyA/viewform?usp=sf_link

- ou le QR Code



Ce questionnaire vous prendra 15 à 20 min.

Les réponses sont anonymes et confidentielles et ne seront traitées que dans le cadre de cette recherche.

Je vous remercie d'avance pour votre collaboration.

Sandrine AUGUSTE

Contact : sandrine.auguste@lacatholille.fr

ANNEXE VII : Organisation Mobilité (ACP et α de Cronbach)

Analyses des composantes principales

ACP 1

	Composante					Unité
	1	2	3	4	5	
MOB10	0.797					0.338
MOB20	0.643					0.548
MOB9	0.518			0.311		0.559
MOB19	0.518	0.311			0.343	0.430
MOB8	0.503					0.599
MOB28	0.470				0.459	0.520
MOB25	0.423					0.700
MOB16	0.391					0.608
MOB24		0.761				0.362
MOB22		0.705		-0.353		0.314
MOB21		0.649				0.558
MOB23	0.343	0.520				0.542
MOB26	0.301	0.475				0.633
MOB15			0.821			0.321
MOB12			-0.655			0.529
MOB13		-0.352	0.563			0.468
MOB11			-0.560			0.563
MOB1		0.304	0.549		0.325	0.481
MOB17			-0.482	0.321		0.615
MOB14	0.399		0.475			0.571
MOB5				0.722		0.449
MOB7				0.704		0.420
MOB4				0.699		0.397
MOB6				0.615		0.495
MOB2					0.720	0.291
MOB29					0.614	0.521
MOB18					0.571	0.479
MOB27					0.505	0.660
MOB3		0.306	0.353	0.347	0.402	0.488

Note: la rotation 'varimax' a été utilisée

Résumé

Composante	Somme des carrés des contributions	% de la variance	% cumulés
1	3.30	11.38	11.4
2	2.99	10.32	21.7
3	2.90	10.00	31.7
4	2.83	9.77	41.5
5	2.51	8.67	50.1

Analyse de fiabilité

Statistiques de fidélité de l'objet

α de Cronbach	
échelle	0.767

Statistiques de fidélité de l'objet

If item dropped	
α de Cronbach	
MOB10	0.705
MOB20	0.733
MOB9	0.753
MOB19	0.732
MOB8	0.736
MOB28	0.748
MOB25	0.770
MOB16	0.755

Statistiques de fidélité de l'objet

α de Cronbach	
échelle	0.741

Statistiques de fidélité de l'objet

If item dropped	
α de Cronbach	
MOB24	0.694
MOB22	0.655
MOB21	0.705
MOB23	0.691
MOB26	0.734

Statistiques de fidélité de l'objet

α de Cronbach	
échelle	-0.0351

Note: les éléments ... corrélient négativement avec l'échelle totale et devraient probablement être inversés

Statistiques de fidélité de l'objet

If item dropped	
α de Cronbach	
MOB15	0.04872
MOB12	0.16082
MOB13	-0.41549
MOB11	0.11070
MOB1	-0.14650
MOB17	-0.00811
MOB14	-0.09337

Statistiques de fidélité de l'objet

α de Cronbach	
échelle	0.729

Statistiques de fidélité de l'objet

If item dropped	
α de Cronbach	
MOB5	0.672
MOB7	0.659
MOB4	0.661
MOB6	0.683

Statistiques de fidélité de l'objet

α de Cronbach	
échelle	0.532

Statistiques de fidélité de l'objet

If item dropped	
α de Cronbach	
MOB2	0.464
MOB29	0.415
MOB18	0.477
MOB27	0.481

Matrice de
corrélation

		MOB15	MOB12	MOB13	MOB11	MOB1	MOB17	MOB14
MOB15	r de Pearson	—						
	valeur p	—						
MOB12	r de Pearson	-0.505	—					
	valeur p	< .001	—					
MOB13	r de Pearson	0.493	-0.266	—				
	valeur p	< .001	0.038	—				
MOB11	r de Pearson	-0.331	0.268	-0.113	—			
	valeur p	0.009	0.037	0.386	—			
MOB1	r de Pearson	0.382	-0.228	0.313	-0.084	—		
	valeur p	0.002	0.077	0.014	0.519	—		
MOB17	r de Pearson	-0.253	0.334	-0.008	0.181	-0.296	—	
	valeur p	0.049	0.008	0.951	0.163	0.020	—	
MOB14	r de Pearson	0.259	-0.200	0.366	-0.258	0.330	-0.220	—
	valeur p	0.043	0.121	0.004	0.045	0.009	0.089	—

ACP 2

	Composante					Unité
	1	2	3	4	5	
MOB24		0.749				0.384
MOB22		0.721		-0.378		0.285
MOB21		0.655				0.552
MOB23	0.306	0.533				0.539
MOB26		0.510				0.615
MOB16	0.333	0.348				0.606
MOB10	0.779					0.338
MOB20	0.639					0.520
MOB19	0.480	0.345			0.380	0.424
MOB9	0.477			0.304		0.555
MOB25	0.452					0.660
MOB8	0.441					0.615
MOB7				0.737		0.384
MOB5				0.714		0.459
MOB4				0.714		0.384
MOB6				0.618		0.491
MOB29					0.642	0.500
MOB2	-0.387	0.327			0.628	0.301
MOB27					0.603	0.540
MOB18					0.594	0.539
MOB28	0.409				0.486	0.507
MOB3		0.327	0.353	0.334	0.370	0.518
MOB15			0.816			0.325
MOB13		-0.301	0.703			0.354
MOB1		0.365	0.669			0.379
MOB14	0.360		0.509			0.563

Note: la rotation 'varimax' a été utilisée

ACP 2

Composante	Somme des carrés des contributions	% de la variance	% cumulés
1	3.15	12.13	12.1
2	2.88	11.08	23.2
3	2.71	10.41	33.6
4	2.46	9.47	43.1
5	2.46	9.45	52.5

Analyse de fiabilité

Dimension 1

α de Cronbach	
échelle	0.728

Statistiques de fidélité de l'objet

If item dropped	
α de Cronbach	
MOB10	0.638
MOB20	0.669
MOB9	0.709
MOB19	0.675
MOB8	0.699
MOB25	0.732

Dimension 2

α de Cronbach	
échelle	0.741

Statistiques de fidélité de l'objet

If item dropped	
α de Cronbach	
MOB24	0.694
MOB22	0.655
MOB21	0.705
MOB23	0.691
MOB26	0.734

Dimension 3

α de Cronbach	
échelle	0.678

Statistiques de fidélité de l'objet

If item dropped	
α de Cronbach	
MOB15	0.585
MOB13	0.551
MOB1	0.643
MOB14	0.650

Dimension 4

α de Cronbach	
échelle	0.729

Statistiques de fidélité de l'objet

If item dropped	
α de Cronbach	
MOB5	0.672
MOB7	0.659
MOB4	0.661
MOB6	0.683

Dimension 5

α de Cronbach	
échelle	0.611

Statistiques de fidélité de l'objet

If item dropped	
α de Cronbach	
MOB2	0.580
MOB29	0.510
MOB18	0.619
MOB27	0.535
MOB28	0.532

ANNEXE VIII : Répartition items Implication organisationnelle et α de Cronbach

Répartition des dimensions selon Allen et Meyer

Dimension	Question	Codage
Implication affective	Je serai très heureux de finir ma carrière dans cette entreprise	IMP1
	Je ressens les problèmes de cette entreprise comme les miens	IMP2
	Je ne ressens pas un fort sentiment d'appartenance à cette entreprise (a)	IMP3
	Je ne me sens pas attaché affectivement à cette entreprise (a)	IMP4
	Je me sens membre à part entière de cette entreprise	IMP5
	Cette entreprise a une grande signification pour moi	IMP6
	Rester dans cette entreprise est autant affaire de nécessité que de désir	IMP7
	Ce serait très difficile pour moi de quitter l'entreprise, même si je le voulais	IMP8
Implication calculée	Trop de choses dans ma vie pourraient être perturbées si je décidais de quitter cette entreprise actuellement	IMP9
	Je pense que je n'ai pas assez d'opportunités de rechange pour quitter cette entreprise	IMP10
	Si je n'avais pas tant donné à cette entreprise, je pourrais penser à travailler ailleurs	IMP11
	Une des rares préoccupations avec mon départ serait le peu d'alternatives possibles	IMP12
Implication normative	Je ne ressens pas une obligation de rester chez mon employeur actuel (a)	IMP13
	Je ne ressens pas le droit de quitter cette entreprise actuellement, même si cela était à mon avantage	IMP14
	Si je quittais cette entreprise maintenant, je n'aurais aucun remords (a)	IMP15
	Cette entreprise mérite ma loyauté	IMP16
	Je ne quitterais pas cette entreprise, car je me sens redevable envers les personnes qui y travaillent	IMP17
	Je dois beaucoup à cette entreprise	IMP18

Répartition des dimensions selon Belghiti et Briole (2004)

Implication affective	IMP1
	IMP2
	IMP3
	IMP4
	IMP5
	IMP6
	IMP16
	IMP18
Implication calculée	IMP7
	IMP8
	IMP9
	IMP10
	IMP11
	IMP12
Implication normative	IMP13
	IMP14
	IMP17

Répartition des items de notre étude

Implication affective	IMP1
	IMP2
	IMP5
	IMP6
	IMP16
	IMP18
Implication calculée	IMP7
	IMP8
	IMP9
	IMP10
	IMP11
	IMP12
Implication normative	

Analyse de fiabilité

Dimension AFFECTIVE de l'étude

	α de Cronbach
échelle	0.765

Statistiques de fidélité de l'objet

	If item dropped
	α de Cronbach
IMP1	0.762
IMP2	0.767
IMP5	0.707
IMP6	0.691
IMP16	0.705
IMP18	0.741

Analyse de fiabilité

Dimension CALCULEE de l'étude

	α de Cronbach
échelle	0.604

Statistiques de fidélité de l'objet

	If item dropped
	α de Cronbach
IMP7	0.570
IMP8	0.574
IMP9	0.525
IMP10	0.485
IMP11	0.608
IMP12	0.576

Dimension NORMATIVE de l'étude

	α de Cronbach
échelle	0.00203

Note. les éléments ... corrélent négativement avec l'échelle totale et devraient probablement être inversés

Statistiques de
fidélité de l'objet

	If item dropped
	α de Cronbach
IMP13	0.02408
IMP14	-0.00847
IMP15	0.39119
IMP16	-0.27495
IMP17	-0.03541
IMP18	-0.38174

ANNEXE IX : Régressions linéaires

Régression linéaire de l'implication affective					
<i>Mesures de l'ajustement du modèle</i>					
Modèle	R	R ²			
1	0.296	0.0879			
<i>Coefficients du modèle - IMPLICATION AFFECTIVE</i>					
Prédicteur	Estimation	Erreur standard	t	p	Estimation standard
Ordonnée à l'origine	2.225	0.273	8.16	<.001	
Anticipation de la mobilité	0.330	0.139	2.38	0.020	0.296

Régression linéaire de l'implication affective					
<i>Mesures de l'ajustement du modèle</i>					
Modèle	R	R ²			
1	0.355	0.126			
<i>Coefficients du modèle - IMPLICATION AFFECTIVE</i>					
Prédicteur	Estimation	Erreur standard	t	p	Estimation standard
Ordonnée à l'origine	2.163	0.249	8.68	<.001	
Facilitation de la mobilité	0.298	0.102	2.91	0.005	0.355

Régression linéaire de l'implication affective avec anticipation et facilitation de la mobilité					
<i>Mesures de l'ajustement du modèle</i>					
Modèle	R	R ²			
1	0.420	0.176			
<i>Coefficients du modèle -IMPLICATION AFFECTIVE</i>					
Prédicteur	Estimation	Erreur standard	t	p	Estimation standard
Ordonnée à l'origine	1.790	0.314	5.70	<.001	
Anticipation de la mobilité	0.257	0.136	1.89	0.064	0.230
Facilitation de la mobilité	0.256	0.103	2.50	0.015	0.305

Régression linéaire de l'implication calculée					
Mesures de l'ajustement du modèle					
Modèle	R	R ²			
1	0.262	0.0685			
<i>Coefficients du modèle - IMPLICATION CALCULEE</i>					
Prédicteur	Estimation	Erreur standard	t	p	Estimation standard
Ordonnée à l'origine	2.202	0.2899	7.59	< .001	
Contraintes organisationnelles liées à la mobilité	0.185	0.0887	2.08	0.042	0.262

Régression linéaire de l'implication affective avec la reconnaissance de l'institution					
Mesures de l'ajustement du modèle					
Modèle	R	R ²			
1	0.480	0.231			
<i>Coefficients du modèle - IMPLICATION AFFECTIVE</i>					
Prédicteur	Estimation	Erreur standard	t	p	Estimation standard
Ordonnée à l'origine	1.847	0.252	7.34	< .001	
Reconnaissance par l'institution	0.426	0.101	4.21	< .001	0.480

Régression linéaire de l'implication affective avec la reconnaissance des supérieurs					
Mesures de l'ajustement du modèle					
Modèle	R	R ²			
1	0.323	0.104			
<i>Coefficients du modèle - IMPLICATION AFFECTIVE</i>					
Prédicteur	Estimation	Erreur standard	t	p	Estimation standard
Ordonnée à l'origine	2.162	0.2735	7.90	< .001	
Reconnaissance par les supérieurs hiérarchiques	0.225	0.0858	2.62	0.011	0.323

Régression linéaire de l'implication affective avec la reconnaissance des collègues					
Mesures de l'ajustement du modèle					
Modèle	R	R ²			
1	0.258	0.0666			
<i>Coefficients du modèle - IMPLICATION AFFECTIVE</i>					
Prédicteur	Estimation	Erreur standard	t	p	Estimation standard
Ordonnée à l'origine	2.145	0.3479	6.17	< .001	
Reconnaissance par les collègues	0.202	0.0986	2.05	0.045	0.258

Régression linéaire de l'implication affective avec les différentes sources de reconnaissance					
Mesures de l'ajustement du modèle					
Modèle	R	R ²			
1	0.499	0.249			
<i>Coefficients du modèle -IMPLICATION AFFECTIVE</i>					
Prédicteur	Estimation	Erreur standard	t	p	Estimation standard
Ordonnée à l'origine	1.5495	0.3574	4.335	< .001	
Reconnaissance par l'institution	0.3700	0.1192	3.103	0.003	0.4169
Reconnaissance par les supérieurs	0.0418	0.0988	0.423	0.674	0.0600
Reconnaissance par les collègues	0.0902	0.0995	0.907	0.368	0.1150

Régression linéaire de l'implication calculée avec la reconnaissance de l'institution					
Mesures de l'ajustement du modèle					
Modèle	R	R ²			
1	0.313	0.0982			
<i>Coefficients du modèle - IMPLICATION CALCULEE</i>					
Prédicteur	Estimation	Erreur standard	t	p	Estimation standard
Ordonnée à l'origine	3.360	0.251	13.37	< .001	
Reconnaissance par l'institution	-0.257	0.101	-2.53	0.014	-0.313

ANNEXE X : Tests de modération

VI = Anticipation de la mobilité VD = Implication affective
 Variable modératrice (Vm) = Reconnaissance Variable d'interaction = VI x Vm

Test de modération de la reconnaissance par l'institution				
IMPLICATION AFFECTIVE (VD)				
Modèle 1	R ²	t	p	Estimation standard
Anticipation de la mobilité	0.0879	2.38	0.020*	0.296
Modèle 2				
Anticipation de la mobilité		0.962	0.340	0.120
	0.243			
Reconnaissance par l'institution		3.444	0.001*	0.431
Modèle 3				
Anticipation de la mobilité		-1.0953	0.278	-0.3602
Reconnaissance par l'institution	0.274	-0.0941	0.925	-0.0299
Anticipation de la mobilité x Reconnaissance par l'institution		1.5770	0.120	0.8100

Test de modération de la reconnaissance par les supérieurs				
IMPLICATION AFFECTIVE (VD)				
Modèle 1	R²	t	p	Estimation standard
Anticipation de la mobilité	0.0879	2.38	0.020*	0.296
Modèle 2				
Anticipation de la mobilité		1.57	0.122	0.205
	0.141			
Reconnaissance par les supérieurs		1.89	0.064	0.247
Modèle 3				
Anticipation de la mobilité		-1.62	0.111	-0.563
Reconnaissance par les supérieurs		-1.45	0.153	-0.481
	0.218			
Anticipation de la mobilité x Reconnaissance par les supérieurs		2.37	0.021*	1.269

Test de modération de la reconnaissance par les collègues				
IMPLICATION AFFECTIVE (VD)				
Modèle 1	R²	t	p	Estimation standard
Anticipation de la mobilité	0.0879	2.38	0.020*	0.296
Modèle 2				
Anticipation de la mobilité		1.93	0.058*	0.246
	0.123			
Reconnaissance par les collègues		1.52	0.133	0.194
Modèle 3				
Anticipation de la mobilité		0.670	0.505	0.384
Reconnaissance par les collègues		0.768	0.446	0.278
	0.124			
Anticipation de la mobilité x Reconnaissance par les collègues		-0.248	0.805	-0.182

Test de modération de la reconnaissance par l'institution				
IMPLICATION AFFECTIVE (VD)				
Modèle 1	R²	t	p	Estimation standard
Facilitation de la mobilité	0.126	2.91	0.005*	0.355
Modèle 2				
Facilitation de la mobilité		1.38	0.174	0.174
Reconnaissance par l'institution	0.255	3.17	0.002*	0.402
Modèle 3				
Facilitation de la mobilité		2.02	0.048*	0.650
Reconnaissance par l'institution		2.92	0.005*	0.783
Facilitation de la mobilité x Reconnaissance par l'institution	0.287	-1.60	0.114	-0.752

Test de modération de la reconnaissance par les supérieurs				
IMPLICATION AFFECTIVE (VD)				
Modèle 1	R²	t	p	Estimation standard
Facilitation de la mobilité	0.126	2.91	0.005*	0.355
Modèle 2				
Facilitation de la mobilité		2.59	0.012	0.309
Reconnaissance par les supérieurs	0.197	2.27	0.027*	0.271
Modèle 3				
Facilitation de la mobilité		2.21	0.031*	0.714
Reconnaissance par les supérieurs		2.16	0.035*	0.632
Facilitation de la mobilité x Reconnaissance par les supérieurs	0.222	-1.35	0.183	-0.607

Test de modération de la reconnaissance par les collègues				
IMPLICATION AFFECTIVE (VD)				
Modèle 1	R²	t	p	Estimation standard
Facilitation de la mobilité	0.126	2.91	0.005*	0.355
Modèle 2				
Facilitation de la mobilité		2.76	0.008*	0.331
Reconnaissance par les collègues	0.175	1.86	0.068	0.223
Modèle 3				
Facilitation de la mobilité		1.111	0.271	0.450
Reconnaissance par les collègues		1.131	0.263	0.293
	0.176			
Facilitation de la mobilité x Reconnaissance par les collègues		-0.308	0.759	-0.149

Test de modération de la reconnaissance par l'institution				
IMPLICATION CALCULEE (VD)				
Modèle 1	R²	t	p	Estimation standard
Contraintes organisationnelles	0.0685	2.08	0.042*	0.262
Modèle 2				
Contraintes organisationnelles		-0.7248	0.472	-0.2693
Reconnaissance par l'institution	0.161	-0.0985	0.922	-0.0447
Modèle 3				
Contraintes organisationnelles		0.9225	0.360	0.2772
Reconnaissance par l'institution		-0.7248	0.472	-0.2693
Contraintes organisationnelles x Reconnaissance par l'institution	0.161	-0.0985	0.922	-0.0447

ANNEXE XI : Reconnaissance (α de Cronbach)

Analyse de fiabilité

Reconnaissance Institution

	α de Cronbach
échelle	0.744

Statistiques de fidélité de l'objet

	If item dropped
	α de Cronbach
REC1	0.644
REC2	0.739
REC3	0.646
REC4	0.704

Reconnaissance Supérieurs

	α de Cronbach
échelle	0.886

Statistiques de fidélité de l'objet

	If item dropped
	α de Cronbach
REC5	0.839
REC6	0.842
REC7	0.827
REC8	0.900

Reconnaissance Collègues

	α de Cronbach
échelle	0.888

Statistiques de fidélité de l'objet

	If item dropped
	α de Cronbach
REC9	0.862
REC10	0.867
REC11	0.846
REC12	0.849

<p>TITRE Organisation de la mobilité subie, reconnaissance au travail et implication organisationnelle chez les soignants vers une amélioration des pratiques managériales : une étude quantitative.</p>	<p>TITLE Organization of imposed mobility, job recognition and organizational commitment among nursing staff towards an improvement of managerial practices: a quantitative study</p>
<p>RÉSUMÉ Depuis plusieurs années, l'hôpital est confronté à un absentéisme exponentiel qui perturbe la continuité des soins. Pour pallier ce problème majeur, la mutualisation des ressources humaines s'avère être une solution en utilisant la mobilité inter-service des soignants. Cette mobilité subie est souvent mal vécue par les soignants et elle peut avoir un impact négatif sur leur implication dans l'organisation. Dans ce contexte, ce travail de recherche propose d'examiner les effets potentiels de la mise en place d'une organisation de la mobilité au sein des établissements de santé sur l'implication organisationnelle des soignants et quel rôle la reconnaissance au travail peut-elle jouer dans ce phénomène. Les données ont été collectées auprès de 61 soignants de toute la France à l'aide d'un questionnaire en ligne. Un questionnaire sur l'organisation de la mobilité a été élaboré à partir d'une étude exploratoire, et les échelles de mesure validées scientifiquement de l'implication organisationnelle et de la reconnaissance au travail ont été ajoutées pour mesurer le lien entre les différents concepts. Les données ont été traitées à l'aide d'analyses statistiques. Les résultats montrent la multidimensionnalité du concept de l'organisation de la mobilité et que deux dimensions de celle-ci : l'anticipation de la mobilité et les mesures la facilitant favorisent l'implication affective des soignants. En revanche, les contraintes liées à l'organisation de la mobilité encouragent le développement de leur implication calculée. De plus, l'étude montre que la reconnaissance ne joue pas un rôle modérateur dans ce phénomène. Ce travail a montré le lien entre l'organisation de la mobilité des soignants et leur implication organisationnelle et que la reconnaissance influence de manière indépendante ce phénomène. Ainsi, un des enjeux serait de faire de la mobilité une culture d'établissement en développant des mesures organisationnelles réfléchies en concertation avec les soignants et leur encadrement.</p>	<p>ABSTRACT Introduction : For some years, hospitals have been confronted with exponential absenteeism that disrupts the continuity of care. To address this major problem, the pooling of human resources through the inter-department mobility of nursing staff is used as a solution. This imposed mobility is often badly experienced by the nursing staff and it can have a negative impact on their commitment in the organization. In this context, this research work proposes to examine the potential effects of implementing a mobility organization system within healthcare facilities on the organizational commitment of nursing staff and what role recognition at work can play in this phenomenon. Methods : Data were collected from 61 nursing staff from all over France using an online questionnaire. A questionnaire on the organization of mobility was developed from an exploratory study, and scientifically validated measurement scales of organizational commitment and recognition at work were added to measure the link between the different concepts. The data were processed by using statistical analysis. Results : The results show the multidimensionality of the concept of mobility organization and that two dimensions of mobility: anticipation of mobility and measures facilitating it promote the affective commitment of nursing staff. In contrast, the constraints related to mobility organization encourage the development of their calculated commitment. Moreover, the study shows that recognition does not play a moderating role in this phenomenon. Discussion : This work has shown the relationship between the organization of mobility and organizational commitment and that recognition influences this phenomenon independently. Thus, one of the challenges would be to make nursing staff mobility an institutional culture by developing well-considered organizational measures in consultation with the nursing staff and their healthcare managers.</p>
<p>MOTS CLÉS Mobilité subie, implication organisationnelle, reconnaissance au travail, soignants</p>	<p>KEY WORDS Mobility, organizational commitment, job recognition, nursing staff</p>
<p>BIBLIOGRAPHIE Belghiti-Mahut, S., & Briole, A. (2004) ; Brun, J.-P., & Dugas, N. (2005) ; Fall, A. (2015) ; Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1991); Roussel, P. (2005) ; Schingen, É. <i>et al.</i> (2015) ; Sulpice, E. (2014).</p>	