

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

La flexibilité

Pallier l'absentéisme par le déplacement des soignants

Quels enjeux pour les cadres ?

Odatou ALETCHEREDJI

DCS@18-19

Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'ESM – Formation & Recherche en Soins.

REMERCIEMENTS

Tous mes remerciements à Mme Nadine CORENTHIN, ma directrice de mémoire.

Merci à toute ma petite famille qui a pu m'accompagner tout au long de cette formation.

Mes sincères remerciements aux différent/e/s directrices/teurs de soins qui m'ont accueillie et aux professionnelles qui ont acceptés et accordé du temps pour la réalisation de ce travail.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
I - APPROCHE THEORIQUE POUR LA COMPREHENSION	2
1-Définition de la problématique.....	2
1.1 Constat	2
1.2 Enquête exploratoire	3
1.3 Hypothèses de travail.....	4
2 Cadre conceptuel :.....	5
2.1 L'absentéisme en milieu hospitalier	5
2.2 Le concept de flexibilité.....	6
2.3 Le concept de mobilité.....	8
2-4 Les différentes sortes de mobilités.....	8
3 Organisation hospitalière	9
3.1 Définition :	9
3-2 Les missions du service public hospitalier	9
3-3-La tarification à l'acte.....	10
3-4 La HPST	11
3-5 La flexibilité à l'hôpital	12
3-6 Les enjeux /Les limites	13
3-7 La place du cadre de santé dans l'organisation.....	15
II -COMPREHENSION PAR L'ANALYSE DES ENTRETIENS.....	17
1-Méthodologie de l'enquête	17
1-1Le Choix des personnes enquêtées	17
1-2-Le choix du terrain d'étude	17
1-3-La construction de l'entretien	18
1-4 les modalités de réalisation des entretiens.....	18
1-5-Les limites	18
1-6 Dépouillement des entretiens	19
2-Les enseignements des entretiens réalisés	19
2-1 Les motifs de recours à la mobilité des soignants : 4 grandes catégories.....	19
2-2 Les modalités concrètes de mise en œuvre.....	21
2-3 La perception des coûts liés à la gestion de ces absences	23
2-4 Stratégies adoptées par les cadres	23
2-5 Croisement entretien 5 avec entretien 6	25
3- La validation de mes hypothèses.....	26
Conclusion.....	27
Bibliographie	
Annexes	

LISTE DES ABREVIATIONS

A.N.A.C.T : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

A.R.S : Agence Régionale de Santé

C.D.S : Cadre de Santé

C.H.S.C.T : Comité d'Hygiène, de Sécurité et Conditions de Travail

C.S.P : Code de Santé Public

G.H.S : Groupe Homogène de Séjour

H.A.S : Haute Autorité de Santé

H.P.S.T : Hôpital Patients Santé Territoires

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

I.F.C.S : Institut de Formation des Cadres de Santé

T2A : Tarification à l'acte

PMSI : Programme médicalisé de système information

C.S.I.R.M.T : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Techniques

INTRODUCTION

Ce travail s'inscrit dans le cadre du diplôme de cadre de santé (CDS) que j'ai entrepris afin de renforcer mes connaissances managériales sur l'institution où je travaille.

Actuellement faisant fonction de cadre de nuit, j'ai pu observer et ai eu à mettre en place des remplacements de personnel dus à l'absentéisme dans l'institution où je travaillais. J'ai pu me rendre compte de la place qu'occupe aujourd'hui l'exigence de la qualité et le besoin de rationalisation des dépenses de santé dans la gestion des ressources humaines sur un établissement de santé.

Pour ce faire, j'ai participé au déploiement de la flexibilité sur mon institution en déplaçant des agents d'un secteur à l'autre en remplacement si survenaient des absences. À chaque fois, j'ai constaté la difficulté que cela représentait pour moi, en tant que cadre, et j'ai dû également faire face au mécontentement des équipes soignantes.

Mon vécu et mes observations m'ont emmené à réfléchir sur mon positionnement lors des différentes situations rencontrées.

J'ai donc choisi d'aborder la flexibilité dans la gestion de l'absentéisme et d'aller chercher les différentes représentations qu'ont les cadres concernant le sujet, afin d'identifier les obstacles que rencontrent actuellement les cadres dans la gestion des ressources humaines. Cette option a été la mienne parce que je me suis rendue compte que, dans l'hôpital où j'exerce, d'autres personnes ont auparavant abordés les questionnements sur le travail du cadre auprès des équipes.

Ce travail va s'articuler en trois parties. La première comprendra tous les apports théoriques permettant la compréhension du phénomène. La deuxième partie est consacrée à l'organisation de la structure hospitalière. Et la dernière partie comprendra l'enquête de terrain et l'analyse.

I - APPROCHE THEORIQUE POUR LA COMPREHENSION

1-Définition de la problématique

1.1 Constat

Durant mes années d'exercice en tant que faisant fonction de cadre de santé, je me suis rendue compte que lors de l'absence nocturne d'un agent sur l'hôpital, son remplacement était assuré par le déplacement interne d'un soignant d'un autre service, car il n'existe pas de service de remplacement de nuit. Même si le système de remplacement (pool) existe de jour, celui-ci ne pallie pas à tous les arrêts dans l'institution. Pour assurer ce remplacement les cadres s'envoient des messages pour demander de l'aide auprès de leurs collègues. À ma prise de vacation la nuit, je découvre alors tous ces échanges de messages. J'évalue ensuite la charge de travail des différents secteurs et l'adéquation avec l'effectif requis pour fonctionner. Je fais également le point sur les compétences des membres de différentes équipes en place afin d'identifier le (ou les) soignant(s) à déplacer en fonction des besoins.

Chaque déplacement entraîne cependant des mécontentements et des réticences des agents. Ceux-ci mettent en avant leur manque de compétence face à des pathologies ou techniques de soins qu'ils ne maîtrisent pas, ou la non-connaissance des lieux. Cette angoisse est d'autant plus forte chez les jeunes diplômés qui disent tout simplement avoir peur de faire des erreurs et « risquer leur diplôme ». Certains évoquent le mauvais accueil qui leur est réservé dans les services, des vécus d'expériences antérieures négatives ou tout simplement la crainte de ne pas pouvoir travailler avec des collègues connues (question d'affinité).

Toutefois les agents pour lesquels le déplacement n'a pas posé de problème sont plus facilement mobilisables. Ce sont des agents qui travaillent depuis quelques années et qui ont accumulé des savoir-faire au fil des années. Ils disent souvent ne pas avoir le choix ou alors le faire « pour le cadre de proximité » afin d'éviter de longues discussions inutiles ou encore afin de garantir la poursuite de l'activité.

Cette dernière catégorie pointe du doigt l'absence de reconnaissance du travail des soignants, le fait de ne plus être considéré, de ressembler à des « pions ». Aux yeux des soignants leurs déplacements - vécus ainsi comme un coût – viseraient moins le développement de leurs compétences que la souplesse dans la gestion des ressources humaines pour pallier à l'insuffisance des effectifs.

On observe dès lors que la flexibilité demandée suscite des réticences, pose des problèmes évidents dans les services et est parfois source de vraies tensions ou encore cause d'absences de dernière minute auprès des équipes. Ainsi réticences des soignants, tensions dans les équipes et absentéisme, entre autres, constituent autant de facteurs qui vont nous aider à aborder la question de la flexibilité dans la suite de notre démarche.

Parallèlement j'ai découvert dans ma recherche que d'autres étudiants issus de mon établissement avaient déjà traité ce sujet de mobilité des soignants sans qu'une amélioration de la situation ne paraisse effective.

Au-delà des mots, quelle est la vraie réalité de la flexibilité, et pourquoi ne parvient-on pas à la rendre effective sans générer des problèmes supplémentaires ?

C'est donc à travers la gestion des absences que je choisis de traiter la question de la flexibilité dans mon hôpital. Ce qui m'intéresse dans ce travail c'est avant tout d'en comprendre les enjeux (finalités, coûts/bénéfices) pour les cadres qui ont à la mettre en œuvre : en quoi la flexibilité répond à leurs attentes, à quelles difficultés elle les expose, quelles stratégies développent-ils pour y parvenir et quels en sont les effets sur le reste de leur activité ? Comment est-elle mise en œuvre dans la diversité de leurs secteurs d'activité et en fonction de leur position hiérarchique (cadres de proximité et cadres supérieurs) ?

1.2 Enquête exploratoire

Afin de valider le thème de mon travail, j'ai décidé de réaliser une enquête exploratoire auprès de trois cadres de santé. Pour cela j'ai établi une grille d'entretien qui m'a servi de guide. L'entretien a duré à chaque fois un quart d'heure et les conditions ont été à chaque fois explicitées aux enquêtés.

Les matériaux recueillis lors de ces entretiens mettent en lumière les différents aspects ci-après :

- Le terme flexibilité n'est pas utilisé ou reste inconnu dans la pratique des 3 cadres de santé ;
- Il existe une différence de moyens mis en place dans la gestion des absences sur l'institution de jour ou de nuit ;
- Il n'existe pas de mobilité à l'intérieur des pôles sur l'hôpital alors même que la loi HPST qui a institué ces pôles en faisait un des objectifs ;
- Lorsque deux des Trois cadres interrogés évoquent la mobilité, ils la mettent en rapport avec les types de collaboration qu'elle exige : d'une part la collaboration verticale qui suppose une coordination avec les équipes soignantes et avec la hiérarchie. ; d'autre part la collaboration horizontale (entre cadres des différents services) pour assurer la continuité du service et la qualité requise. Ils estiment que ces coordinations représentent un coût considérable en temps et en énergie préjudiciable à la qualité de la gestion des équipes.
- Ils notent par ailleurs l'absence de processus formalisés et partagés par tous les cadres pour gérer cette question de mobilité des soignants et indiquent se retrouver souvent seuls face à ces difficultés.

1.3 Hypothèses de travail

Au-delà des avantages que la gestion des absences par la mobilité des soignants peut représenter pour l'organisation hospitalière, nous nous proposons de démontrer :

Hypothèses

- 1. Quoique très répandu au CHIC, le déplacement des soignants d'un service à un autre représente un coût considérable pour les cadres de santé.*
- 2. Ils mettent en place des stratégies diverses aussi bien de manière préventive que lors de la mise en œuvre de ces déplacements pour limiter la portée de ce coût sur leur activité.*

2 Cadre conceptuel :

2.1 L'absentéisme en milieu hospitalier

Selon l'ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail), l'absentéisme renvoie au lien avec l'organisation et le travail. Ainsi : « l'absentéisme caractérise toute absence qui aurait pu être évitée par une prévention suffisamment précoce des facteurs de dégradation des conditions de travail entendues au sens large (les ambiances physiques mais aussi l'organisation du travail, la qualité de la relation d'emploi, la conciliation des temps professionnel et privé, etc.)² ». Pour Marianne Binst, l'absentéisme est défini comme : « L'un des problèmes majeurs de la gestion des ressources humaines à l'hôpital. C'est un phénomène coûteux en terme de frais de remplacements, mais aussi humainement en faisant peser des contraintes supplémentaires sur ceux qui restent, en désorganisant les équipes ».³

Afin de réduire les difficultés que peuvent ressentir les équipes et de répondre à l'obligation de la continuité des soins plusieurs méthodes sont déployées par les établissements de santé comme le service de suppléance.

Si l'absentéisme pèse sur l'ensemble de l'hôpital, les soignants et les cadres de proximité sont les premiers touchés. L'absence d'un collègue peut entraîner une surcharge de travail importante, un déséquilibre du temps de travail, une désorganisation du service ou encore un éventuel rappel d'un collègue tiers alors en congé. Pour le cadre de santé, il est justement de sa responsabilité de trouver une solution au problème de manque d'effectif causé par l'absentéisme qui représente un des cœurs de la mission, le cadre de santé devant sans cesse articuler les demandes qui viennent de la base, de son équipe..

Il existe deux types d'absence :

Les absences prévisibles qui font l'objet d'actions : Congés annuels, congés bonifiés, jours de réduction du temps de travail, les congés maternités, les absences pour formation continue, les absences syndicales et les absences imprévisibles (maladie, accident de travail, autorisation d'absence pour enfant malade).

Certaines période de l'année sont plus marquées par des arrêts maladies que d'autres comme : la période hivernale (grippe) ou saisonnière (bronchiolites) sollicitent plus de monde pour renforcer l'activité et réduire l'augmentation de la charge de travail.

Qu'elles soient prévisibles ou imprévisibles, les absences entraînent des désorganisations au sein des entreprises qui peuvent parfois se traduire par des répercussions sur les clients. Aujourd'hui, les entreprises vivent dans un contexte caractérisé par la recherche d'efficacité et de performance qui demande aux structures la mise en adéquation des ressources disponibles et donc de trouver des solutions pour régler les problèmes d'absentéisme. La classification courante ci joint recense les différentes situations qui puissent exister.

² Rousseau T. Absentéisme outils et méthode pour agir. Thierry. Anact P. 3.

³ BINST M. Une arme contre l'absentéisme et le turn-over, l'analyse stratégique, gestions hospitalières 1987P.792 Dispo BDSP

D'après certains chercheurs et statisticiens : « l'absentéisme est vu comme le cumul des différentes catégories d'absences (maladie, maternité, accidents du travail, congés longue durée, etc.) »⁴.

1. Le Congé pour Maladie Ordinaire (CMO) : l'agent perçoit l'intégralité de son traitement pendant 3 mois, puis, si l'absence se prolonge, ne perçoit plus que la moitié pendant les 9 mois suivants. Il doit adresser un certificat médical à son employeur, sous 48h, pour justifier de son absence.
2. Le Congé Longue Maladie (CLM), qui concerne les absences pour maladie nécessitant un traitement et des soins prolongés, et présentant un caractère invalidant. Il peut s'étendre sur une durée de 3 ans, et est octroyé par périodes de 3 ou 6 mois.
3. Le Congé Longue Durée (CLD), ou Congé pour Grave Maladie (CGM) pour les non titulaires, concerne les cas « de tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite ou déficit immunitaire grave et acquis ». Le congé peut s'étendre sur une durée de 5 ans, et est accordé après avis d'un comité médical.
4. Le Congé pour Accident du Travail (AT), incluant les accidents de service et les accidents sur le trajet domicile-travail.
5. Le Congé pour Maladie Professionnelle (MP), qui concerne une maladie contractée ou aggravée dans l'exercice de ses fonctions, ou à l'occasion d'un acte de dévouement (ex : don du sang) ou de bravoure. Il doit être établi un lien de causalité entre la maladie et le service, la maladie devant apparaître comme la conséquence de l'exposition à un risque qui existe lors de l'exercice habituel de la profession (risque chimique, physique ou biologique).

Encadré 4 : Classification usuelle des motifs d'absence⁵

2.2 Le concept de flexibilité

- Définition

Pour Le dictionnaire Petit Robert, la flexibilité est le caractère de ce qui est flexible, il est synonyme de souplesse, élasticité. C'est l'aptitude à changer facilement pour pouvoir s'adapter aux circonstances.

P. ZARIFIAN et P. NELTZ définissent la flexibilité comme « l'aptitude de l'organisme à construire, développer dans la durée, une capacité collective d'adaptation et d'anticipation »⁶.

D'un point de vue économique : « la flexibilité serait la capacité d'adaptation à des changements non anticipés de l'environnement, qui devient de plus en plus incertain et concurrentiel. Il s'agit de l'aptitude de l'entreprise à se transformer pour améliorer son incertain dans l'environnement économique et accroître sa probabilité de survie. Face à ce monde incertain les « entreprises

⁴ L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital. Comprendre et agir, Paris : Presses des Mines, collection Économie et Gestion, 2014.

⁵ L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital. Comprendre et agir, Paris : Presses des Mines, collection Économie et Gestion, 2014.

⁶ La flexibilité du travail et de l'emploi dans la stratégie des entreprises. Page 75

dotées d'une grande flexibilité s'adapteront de manière à conserver des niveaux de performance satisfaisants tandis que les entreprises rigides seront menacées d'une rupture ».

Bernard Brunhes (1989)⁷ définit la flexibilité comme « une politique de gestion de la main-d'œuvre qui permet aux entreprises d'adapter rapidement la production et l'emploi aux fluctuations rapides des commandes des clients »

- Les différents types de flexibilité

Il peut y avoir plusieurs concepts de flexibilité. J'ai retenu cinq dimensions principales qui sont les suivantes : la flexibilité organisationnelle, fonctionnelle, quantitative, temporelle, les couts de main d'œuvre.

La flexibilité organisationnelle est la capacité de l'entreprise à mettre en place des stratégies nouvelles pour s'adapter aux problèmes auxquels elle est confrontée

La flexibilité fonctionnelle capacité que possède l'entreprise de redéfinir ou de changer les tâches. Dans ce cas, on assiste à la création de nouveau poste où l'on améliore ses compétences par le développement de la polyvalence.

La flexibilité quantitative, l'entreprise peut modifier soit le nombre de ses employés, soit le nombre d'heures de travail réalisé. Dans ce cas les travailleurs qui quittent l'entreprise pour cause de retraite ne sont pas remplacés et l'on a recours à des contrats de courtes durées, non renouvelables ou à du travail temporaire ou encore à des contrats avec des entreprises externes.

La flexibilité temporelle consiste à changer les horaires de travail en instaurant par exemple le travail de nuit ou weekend aux employés afin de répondre aux besoins des clients ou de favoriser la rentabilité

La flexibilité des couts de main d'œuvre a trait à la capacité de l'entreprise d'ajuster, moyennant un court préavis, son coût net par heure travaillée.

On rencontre souvent deux manières de mettre en place la flexibilité.

La flexibilité interne est définie par l'ensemble des mesures visant à instaurer la flexibilité au sein de l'entreprise avec des moyens qui lui sont propres. Les principaux instruments utilisés sont les heures supplémentaires, le temps partiel...

La flexibilité externe quant à elle regroupe les différentes mesures qui facilitent les entrées et sorties de l'entreprise telles que le recours à l'intérim, et aux contrats à durée déterminée, le travail à temps partiel, les stages, l'alternance, l'externalisation et la sous-traitance.

⁷ Revue Droit social N°3 Mars 1989

2.3 Le concept de mobilité

- Définition

Selon le dictionnaire Larousse, la mobilité est un mot venant du latin « Mobilitas ». Il est défini comme « la facilité à se mouvoir, à être mis en mouvement, à changer, à se déplacer ». Le mot mobile se traduit par ce qui se meut « movere », se mouvoir.

La mobilité représente donc ce qui est en «déplacement, qui répond à un changement de position d'un objet dans l'espace et ce par rapport à des repères fixes. »

Pour Roger A. et Ventolini S. (2004)⁸, dans le monde professionnel, la mobilité est généralement définie comme « un *changement* d'entreprise ou d'établissement, ou, dans un cadre plus restreint à un changement d'affectation dans une structure organisationnelle ». Il existe plusieurs types de mobilités.

Selon Amossé T (2003)⁹ la mobilité interne, qui s'effectue entre deux établissements d'un établissement ou d'une fonction publique.

Dans le cadre de la mobilité externe, on note l'existence d'un changement d'employeur. La mobilité externe est souvent perçue comme un ensemble de mouvements verticaux (par rapport à la hiérarchie) ou horizontaux (changement de postes sans évolution hiérarchique).

Avec les regroupements de secteurs d'activités on peut avoir la mobilité issue du même pôle clinique et celle située hors pôle. La mobilité peut donc recouvrir trois dimensions :

2-4 Les différentes sortes de mobilités

- La mobilité d'environnement

« Elle correspond à ce qui est le plus souvent dénommé mutation. 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 ». Selon Raoult N., cette mobilité est souvent utilisée dans le milieu hospitalier »

- La mobilité horizontale ou professionnelle

« Correspond à un changement de métier ou d'emploi. Ce changement demande à l'agent de faire appel à des compétences qu'il n'exerçait pas auparavant ou du moins pas de la même manière. »¹⁰ C'est l'exemple des infirmiers cliniciens ou hygiéniste quand ils se spécialisent pour changer de statut.

- La mobilité catégorielle ou verticale :

Correspond à la promotion professionnelle. Pour Raoult : « C'est la mobilité qui conduit un agent à quitter un emploi pour un autre, impliquant un accroissement de responsabilité. Elle est le plus souvent sanctionnée par un changement d'échelon, de grade, de qualification, mais aussi par une

⁸ La mobilité professionnelle au-delà des mesures classiques, communication présentée lors du 15 ème congrès de l'AGRH, Paris.

⁹ Interne ou externe, deux visages de la mobilité professionnelle. Insee première N° 921-sept 2003

¹⁰ Raoult Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et compétences en milieu hospitalier ED l'harmattan 1991 Page 242

augmentation de rémunération ». Elle concerne la plupart des infirmiers s'orientant en spécialisation : puéricultrice, anesthésiste.

- D'autres formes de mobilité interviennent dans les milieux publics de soin. Il s'agit : des changements de statut hiérarchique, des changements par mutation, des changements d'appartenance organisationnelle et des changements de métiers.

En résumé, en voulant mettre en place la flexibilité, on fait de la mobilité et celle-ci constitue un moyen de faire face à l'incertitude en recommandant une certaine polyvalence des soignants.

L'élément principal qui relie les deux définitions reste dans ce cas-ci l'aptitude et l'adaptation de l'être face à une situation donnée. Quelles sont les limites et dans quel cadre se déroule cette action ?

3 Organisation hospitalière

3.1 Définition :

D'après le DR MOLINIER «Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotés d'une autonomie administrative et financière, c'est-à-dire qu'ils sont gérés par un Conseil d'Administration et qu'ils disposent d'un budget propre»¹¹

3-2 Les missions du service public hospitalier

Les établissements hospitaliers ont pour vocation quel que soit leur taille, les moyens dont ils disposent, l'environnement, la situation en durée de travail et ses perspectives stratégiques d'accueillir et d'organiser la prise en charge des malades tout en respectant les prescriptions et recommandations émises par la haute autorité de santé. Cette mission se trouve précisée par la loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) du 21 Juillet 2009 dans son article premier.

Ils sont tenus d'assurer la continuité du service et donc d'être ouvert 24h/24.

Aujourd'hui, les établissements de santé Français sont constitués d'établissements privés ou public qui participent par leur gestion et organisation à la mission de santé public.

Avec l'ordonnance hospitalière 1996, les établissements publics et privées sont tenus de garantir l'accueil des patients, d'assurer la qualité et la sécurité des soins dispensés et concourir à l'évaluation de ces soins

Le plan santé 2007 a réformé les modes de financement des établissements avec la mise en place de la tarification à l'acte(T2A) et en donnant plus d'autonomie aux structures hospitalières.

Le code de la santé publique (CSP) a adjoint aux établissements de santé des missions dites de service public. Ces missions définies par l'article L 6112-1 du code de la santé publique sont les suivantes :

¹¹www :sys_hosp_francais.pdf Le Système hospitalier Français, P. 58

- La permanence des soins
- La prise en charge des soins palliatifs
- L'enseignement universitaire et postuniversitaire,
- La recherche,
- Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers
- La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et de la recherche dans leurs domaines de compétence,
- Les actions d'éducatons et de prévention pour la santé et leur coordination,
- L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés
- La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétences en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination,
- Les actions de la santé publique,
- La prise en charge des personnes faisant, l'objet de soins psychiatriques en application du code de la santé publique ou de la du code de procédure pénale,
- Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et si nécessaire, en milieu hospitalier,
- Les soins dispensés aux personnes retenues en application du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'Asile,
- Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sureté.¹²

Cette ouverture des missions de service public à un nombre plus conséquent de structures permet d'éviter des situations de carence ; de mieux réguler l'offre en lien avec ces missions ; de valider, notamment en matière de permanence des soins.

3-3-La tarification à l'acte

Il s'agit d'un système de facturation et de paiement des activités hospitalières privées ou publiques permettant l'évaluation des sommes perçus par rapport à l'activité réalisée. Ce travail est rendu possible grâce à la création du programme médicalisé du système d'informations(PMSI).

Chaque établissement constitue un système de classification des malades hospitalisés ; c'est ce que l'on appelle le groupement homogène de malade (GHM). Pour permettre les financements des activités, les séjours ayant la même homogénéité ont été regroupés (GHS)

En définitif un GHM peut contenir plusieurs GHS. Ainsi à chaque séjour, il est reversé à l'hôpital le montant attribué au GHS. Ce tarif fixé au niveau national peut subir des modulations en fonction des suppléments d'activités et donc modifier les montants perçus par certains établissements

L'objectif VISE

Garantir une égale répartition des ressources entre les établissements et inciter les structures à mieux connaître leurs coûts.

Favoriser le développement des outils de pilotage médico-économiques (contrôle de gestion) au sein des hôpitaux publics et privés

Faciliter et encourager l'utilisation partagée des dispositifs médicaux

Faciliter un meilleur pilotage par l'Agence Régionale de Santé(ARH)

La mise en place de ce système de classification permet de définir les modalités de financement des hôpitaux.

L'organisation des processus de production va dépendre de la répartition de différentes tâches, de la maîtrise des flux et surtout de la circulation et partage des informations. Elle s'articule autour d'un système de programmation des activités(les rendez-vous, interventions programmés...), et de régulation de la variabilité de ces activités tout en combinant la notion des urgences, pointes d'activité, absentéisme...). Cette capacité de l'organisation à articuler la programmation demande une souplesse d'adaptation qui est nécessaire pour le fonctionnement de l'institution.

3-4 La HPST

Nommée aussi loi portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires, la loi HPST promulguée en juillet 2009 a entraîné de réelles modifications dans le milieu hospitalier. Elle est axée autour de quatre points :

La modernisation des établissements de santé avec mise en place d'une nouvelle gouvernance qui se traduit par l'attribution du pouvoir au directeur et l'organisation des pôles d'activités dans les hôpitaux.

L'accès de tous à des soins de qualité en luttant contre l'inégale répartition des professionnels de santé et favoriser une meilleure coordination entre les différents acteurs de soin

Prévention et santé publique avec un accent sur le développement de la prévention

Organisation territoriale du système de santé. Et mise en place de l'ARS (Agence régionale de Santé) et mise en corrélation des territoires définis avec des notions d'accessibilité aux soins.

Elle a pour objectif de renforcer la direction administrative des établissements et les équipes médicales afin de donner à l'hôpital plus de souplesse, de réactivité et d'efficacité. Cette loi permet d'assouplir la gestion des établissements de santé par le principe de liberté d'organisation. Les hôpitaux sont structurés en pôles composés de structures internes (services, etc...), dirigé par un chef de pôle qui a délégation sur l'organisation et les moyens du pôle.

La commission médicale est maintenue, de même que le comité technique d'établissement, et la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico techniques(CSIRMT), la relation des usagers et le comité d'hygiène, de sécurité, des conditions de travail (CHSCT).

Quant à l'ARS, il assure la vigilance sur la situation financière de l'établissement de santé et peut si nécessaire lancer un plan de redressement ou une mise sous administration judiciaire en cas de difficulté.

3-5 La flexibilité à l'hôpital

Aujourd'hui, afin de réduire les dépenses de la sécurité sociale et rationaliser les coûts et moyens, les hôpitaux développent des dispositifs comme recourir à des vacations. Mais ces interventions sont très coûteuses pour les institutions. Afin de réduire le budget alloué pour ces remplacements, plusieurs systèmes sont mis en place dans les hôpitaux : la mise en place d'un service de suppléance, le développement de la polyvalence ou mobilité. Cette méthode permet d'affecter indistinctement les soignants dans les services en cas de variation de la charge de travail ou encore pour répondre aux absentéismes. Mais ces mesures ne suffisent pas pour pallier aux absences présentes sur l'institution.

En cas d'absence d'un agent dans un service, son remplacement est assuré en réajustant le planning au sein de l'équipe. Souvent cette recherche s'avère infructueuse et conduit à demander de l'aide à l'intérieur du pôle d'activité ou à sortir du pôle d'activité. Les agents sont informés à la dernière minute de leur déplacement sur l'institution. Lorsque le cadre de secteur n'a pas eu le temps d'informer personnellement l'agent, il appose les modifications sur le planning ou envoie un mail au cadre de nuit qui doit se charger d'informer l'agent concerné par le déplacement.

Cependant, nous savons que les secteurs d'activités ont tous une spécificité qui requièrent une compétence des soignants. Demander à un soignant de s'adapter à l'activité de l'unité X suppose la connaissance des pathologies les plus courantes et les mesures à mettre en place en cas d'urgence. La prise en charge de l'humain est tellement complexe qu'il est souvent difficile aux soignants de prévoir. La non maîtrise de nouveaux environnements de travail, augmente l'angoisse, la peur chez les soignants.

La demande de remplacement est effectuée, suite aux absences de longue durée, de courte durée ou de dernière minute pour lesquelles le cadre de santé n'a pas trouvé de solution ou encore afin de renforcer les secteurs en cas de variation d'activité (en chirurgie en fonction de l'activité ou en période hivernale sur les urgences). Le remplacement reste souvent utilisé suite à l'importance du nombre des absences relevées dans les équipes.

Dans certaines situations, lorsqu'il est impossible de trouver un soignant à l'intérieur du pôle ou à l'extérieur pour assurer le remplacement, on fait appel à l'équipe de suppléance (pool) ou encore aux intérimaires. Mais, il arrive qu'il n'y ait aucun agent disponible sur l'équipe de suppléance ; les agents de suppléance sont en effet tellement sollicités qu'ils sont parfois tous déjà positionnés..

Afin de garantir un effectif sur un secteur d'activité, il est demandé parfois aux équipes d'assurer des remplacements à l'extérieur du pôle d'appartenance. Ce qui mécontente l'équipe ou est source parfois d'autres absences. Il n'existe pas de procédure formalisée permettant la gestion de ces absences.

Ces remplacements fréquents entre une même fonction peuvent permettre l'acquisition de nouvelles compétences et contribuer à la politique interne de l'hôpital par le déploiement de la polyvalence intra pôle.

L'hôpital étant soumis à la continuité des soins, il est indispensable de disposer de personnel pour le fonctionnement d'une unité ou afin de ne pas complexifier la prise en charge infirmière.

Il permet aux soignants de se connaître, de découvrir la spécificité des autres secteurs de soin et surtout de réfléchir sur les pratiques professionnelles. Les remplacements incitent au décroisement des secteurs d'activités et favorisent les échanges de savoirs entre les professionnels.

Aujourd'hui l'hôpital est confronté à divers enjeux. Afin de garantir un retour à l'équilibre budgétaire on assiste à des regroupements d'institutions, la réduction des effectifs suivie de départs à la retraite non remplacés et à la mutualisation des ressources.

La loi hôpital Santé Patients Territoires de juillet 2009 vient renforcer ce dispositif par la création des pôles d'activités censés réduire les contraintes de fonctionnement et d'organisation des établissements.

La raréfaction des ressources publiques conduit à s'intéresser aux différents leviers qui potentiellement permettront d'agir sur les dépenses (les charges de personnel). Sachant que les charges de personnel représentent, en moyenne, près des deux tiers des charges d'exploitation d'un établissement¹³, la recherche d'une efficacité économique accrue, la réduction de l'absentéisme est devenue un enjeu majeur de gestion des ressources humaines.

Mettre en place la flexibilité permet par exemple à l'institution de régler les problèmes d'effectifs dus à l'absentéisme et d'anticiper son organisation en fonction des compétences des agents.

Si la flexibilité représente cette capacité d'adaptation des soignants à des situations nouvelles, elle contribue à pallier aux absences dans certains cas permettant à l'institution d'être productif. Elle peut favoriser le développement de la polyvalence et l'émergence de nouvelles compétences.

- Les limites

Demander aux équipes de devenir flexible semble être pour les structures hospitalières indispensables pour répondre aux problèmes d'absentéismes face à la multiplication des pathologies chroniques, le développement des mesures de bonnes pratiques et la réduction des effectifs. Les secteurs de soins se plaignent d'une surcharge d'activité, du non-respect de leur temps de repos.

Pour les équipes, ils ne disposent plus de temps favorisant l'apprentissage ce qui peut conduire à l'insatisfaction, la démotivation voire le désinvestissement. L'agent peut supposer ne plus être performant ou encore risquer de mettre la vie des patients en danger.

Pour Rousseau T. l'absentéisme comporte un coût pour l'entreprise et personnel¹⁴ :

¹³ Tiré de l'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital, page 12

¹⁴ Anact, Absentéisme outils et méthode page 27

- Coût lié directement aux absences,
- Coût indirect en termes de performance, de qualité, et maintien concurrentiel de l'entreprise,
- Le report des charges de travail,
- Une grande difficulté pour tous à prendre les congés,
- Le risque de désocialisation.

Culturellement, un agent stable dans son poste est signe de bon fonctionnement du secteur (bonne ambiance au sein de l'équipe). Mais cette stabilité n'est plus recherchée par les équipes. Les agents raffolent des postes qui peuvent leur garantir la maîtrise de savoir ou de ceux qui valorisent leur autonomie.

L'univers de travail dans les services est rempli d'émotions et de relations affectives que l'on retrouve dans les équipes de soin car elles permettent de minimiser et réduire les situations complexes et difficiles.

On peut retenir que les soignants recherchent la compétence et les connaissances à mettre en place pour la prise en charge des patients tandis que les structures proposent, elles, la possibilité de multiplier les changements de service pour y parvenir.

C'est dans ce cadre que s'inscrit la mission du cadre de sante qui accompagne les équipes, favorise leur adaptation et l'acquisition de nouvelles compétences.

- La compétence

La Compétence : selon Guy LE BOTERF est « une combinaison de capacités ou d'aptitudes pour résoudre un problème donné. Il s'agit d'un savoir agir qui est la combinaison et non l'addition de savoirs divers en situation de travail. Savoir mobiliser, savoir intégrer, savoir transférer.... ».

Effectuer la mobilité suppose avoir une certaine compétence que l'on possède et qu'on peut transférer lors d'une situation donnée. Aujourd'hui la compétence ne se limite pas à une accumulation de connaissance, mais selon le nouveau décret de compétence : il s'agit d'être autonome et réflexif.

Le soignant doit donc être capable de réagir en de contribuer à la prise en charge des patients en divers cas de figure. L'impossibilité de répondre au besoin de service peut être source d'angoisse chez le soignant.

Toutes ces incapacités peuvent être un frein à la mobilité.

- Communication

La mobilité favorise l'échange de savoir entre professionnels. Elle constitue un moyen pour les professionnels de développer leur connaissance, de découvrir les secteurs d'activité, de se connaître tout simplement.

Dans le monde hospitalier, afin de favoriser le retour budgétaire, on assiste à l'utilisation rationnelle des moyens humains et matériels. Ce qui demandent aux cadres de santé une réadaptation permanente des besoins des unités de soins.

Aujourd'hui, malgré les attitudes adoptées par les cadres pour garantir un bien-être au travail, on constate l'existence des réticences auprès des équipes.

3-7 La place du cadre de santé dans l'organisation

Le métier du cadre de santé se décline dans des organisations, des environnements et périmètres diversifiés et s'exerce à différents niveaux de responsabilité selon le référentiel d'activité et de compétences.¹⁵

Responsable de secteur d'activités de soin, son métier peut s'exercer en établissement de santé public ou privé, sanitaire ou médico-social ainsi qu'en réseau de soins, et en secteur extrahospitalier.

Le périmètre de son activité peut être variable, en fonction de la filière de prise en charge, de la discipline, du territoire géographique ou du champ de responsabilité. Le cadre de santé responsable de secteur d'activités de soin peut se situer à un niveau d'encadrement de proximité - encadrement direct des équipes soignantes ou être chargé d'un projet.

A l'hôpital, le cadre de santé a une place privilégiée entre la direction et les équipes. Il participe à la préparation, à la mise en place de la politique et du projet de l'institution en collaboration avec les différents partenaires. Dans les secteurs de soins, il anime, encadre les équipes et veille au déploiement d'un système de soin qui garantit la sécurité et à la qualité des soins dispensés aux patients.

« Les cadres jouent un rôle central mais souvent invisible dans l'organisation hospitalière parce que le temps consacré à la coordination des actions, à l'encadrement des équipes, à l'organisation du travail ne sera jamais aussi visible qu'un acte de soin, l'utilisation d'un appareil ou un geste technique.¹⁶ » M. Crozier et E. Friedberg situent la place occupée par le cadre : « au carrefour de toutes les logiques institutionnelles, même s'il doit conjuguer qualité /sécurité, activité/rentabilité/moyens, responsabilité/délégation de gestion, il n'en reste pas moins au cœur de cette communication qui véhicule les doubles contraintes¹⁷ ».

- Collaboration

L'organisation recommande une certaine collaboration entre les différents acteurs concourant au soin afin d'éviter des dysfonctionnements préjudiciables aux usagers ainsi qu'aux équipes.

Si le cadre de santé est garant de la qualité des soins et de la sécurité des patients hospitalisés sur l'institution, il représente le maillon indispensable dans la gestion des compétences et des ressources humaines.

¹⁵ Travaux du groupe de production CS-2012, réalisés par la Direction Générale de l'Offre de Soins.

¹⁶ Singly C D., Rapport de la mission cadres hospitaliers. Paris : Ministère de la santé et des sports ; 2011.

¹⁷ Crozier M., E. Friedberg, l'acteur et le système Paris : Seuil ; 1981.

Les cadres de santé jouent un rôle essentiel pour répondre aux enjeux auxquels sont confrontés les établissements de santé et les instituts de formations en santé. Dans un contexte de complexité croissante, caractérisé notamment par des exigences accrues de qualité et de sécurité des soins, d'évolution de la demande des patients, de recherche de l'efficacité et d'évolution des organisations internes, en dehors de coordonner les parcours des patients, les cadres analysent la charge du travail afin de déterminer la réalité du besoin en effectif.

II -COMPREHENSION PAR L'ANALYSE DES ENTRETIENS

1-Méthodologie de l'enquête

J'ai choisi de réaliser des entretiens pour mon travail d'étude. L'objectif de cette méthode consiste à recueillir des données concernant les ressentis des cadres, de les analyser afin d'infirmier ou confirmer mon hypothèse de départ.

L'entretien reste pour moi la seule méthode qui puisse me permettre d'obtenir les informations sur les représentations des enquêtés.

Par cette technique, je compte obtenir une certaine confiance des personnes et une liberté d'expression de personnes enquêtées.

L'entretien n'est pour moi que le seul moyen me permettant de recueillir des informations concernant les ressentis, les perceptions des cadres enquêtés.

1-1Le Choix des personnes enquêtées

Après formulation de mes hypothèses, j'ai décidé de réaliser l'enquête auprès des cadres de l'institution où j'ai expérimenté les déplacements.

Il m'a semblé pertinent d'interroger les cadres de plusieurs secteurs d'activités et surtout ceux qui ont sous leur responsabilité de grosses équipes.

J'ai donc réalisé 8 entretiens dont 2 exploratoires entre le 22 Avril et 27 Avril 2019. Tous les pôles d'activités étaient donc concernés sauf la maternité.

1-2-Le choix du terrain d'étude

Afin de pouvoir confronter les ressentis et découvrir ce qui se fait ailleurs, j'ai choisi avec mon directeur d'effectuer ma recherche sur deux sites différents. Mais les difficultés rencontrées pour obtenir les rendez-vous et les problèmes informatiques m'ont poussé à me rabattre sur un seul site.

1-3-La construction de l'entretien

J'ai pour ce faire, j'ai réalisé une grille d'enquête¹⁸ dont les questions étaient concentrées sur les résultats de mon enquête exploratoire. J'ai regroupé les questions concernant chaque thématique. Certaines questions ont été reformulées autrement en cas d'absence de réponse.

1-4 les modalités de réalisation des entretiens

Afin d'obtenir des RDV avec mes interlocuteurs, j'ai tout d'abord renvoyé une lettre de demande suivie du questionnaire d'autorisation à certains directeurs de soins de l'Ile de France tout en précisant dans ce courrier le thème de mon mémoire. J'ai été ensuite contactée par le secrétariat de direction des soins qui m'a reçue en entretien quelques jours plus tard.

Les différentes enquêtes ont été réalisées après obtention de l'autorisation des interviewers. Les entretiens ont été réalisés sur les lieux d'exercice des personnes. Bien qu'isolés pour effectuer les entretiens, nous avons été interrompus par moment soit par des appels téléphoniques ou simplement par des entrées dans la pièce.

1-5-Les limites

J'ai choisi, un entretien semi-directif pour mon enquête afin de recueillir du verbatim. Par cette technique, j'ai pu être en face à face avec mes interlocuteurs. Il fallait de ce fait réussir à mettre à l'aise la personne à interviewer en peu de temps et libérer la parole ce que je n'ai pas réussi à faire en début d'entretien.

Cela n'était cependant pas simple, surtout du fait que je demandais, au cours de l'entretien, aux cadres leur avis concernant une situation qu'ils subissent actuellement.

Les entretiens ayant eu lieu sur les structures, nous avons été interrompus plusieurs fois pendant les différents entretiens. Ce n'était donc pas évident à chaque fois de revenir sur le sujet abordé et de refaire démarrer la cassette.

L'inconfort de l'entretien et la difficulté d'émettre un jugement sur l'activité ont également pu rendre les interrogés mutiques ou peu expressifs, compliquant encore les entretiens.

Mon premier objectif celui de réaliser sur deux sites n'a pu se faire suite à quelques difficultés rencontrées cependant. L'enquête s'est donc déroulée sur un seul site.

¹⁸ Grille d'enquête jointe en annexe 1

Après avoir retranscrit intégralement tous les entretiens¹⁹, j'ai construit un tableau²⁰ dans lequel j'ai recensé à chaque question posée toutes les nouvelles réponses qui apparaissaient. Ceci m'a permis de mettre en lumière toutes les idées apportées par les personnes interviewées. J'ai fait figurer dans le tableau les questions posées lors de l'enquête et dans chaque case j'ai joint les expressions ou les thèmes qui se ressemblaient. Ensuite j'ai reformulé les propos pour en sortir des thèmes à analyser.

Pour garantir le respect de l'anonymat, j'ai numéroté les entretiens et remplacé le nom de service par d'autres des lettres de l'alphabet.

2-Les enseignements des entretiens réalisés

2-1 Les motifs de recours à la mobilité des soignants : 4 grandes catégories

L'analyse des entretiens réalisés permet d'établir que le déplacement des soignants est une pratique courante au sein de l'hôpital XXX ; tous les encadrants interrogés ont déjà, au moins une fois, accueilli un agent d'un autre service en soutien à leur propre équipe ou détaché un collaborateur pour aller porter main forte à une entité. Mais les raisons invoquées sont nombreuses et se répartissent en 4 grandes catégories. :

- Les déplacements pour remplacer des absences connues d'avance, planifiées et organisées : leur gestion offre plus de souplesse au cadre et le demandeur est généralement assuré d'obtenir une réponse positive à sa recherche. Ces déplacements sont également ceux qui permettent d'offrir les meilleures conditions d'accueil et d'intégration à l'agent détaché. Mais les cadres estiment qu'il est nécessaire d'être prévenu de l'absence au moins 5 jours à l'avance.
- Les absences inopinées et de dernière minute : ce sont celles qui induisent le plus de contraintes pour les cadres dans la mesure où elles les obligent à gérer la situation dans l'urgence ; c'est aussi celles qui génèrent habituellement le plus de mécontentement auprès des soignants déplacés.
- Les déplacements de soignants pour pallier à des absences structurelles liées à des postes vacants, généralement depuis une période conséquente pouvant aller à plusieurs mois. En principe l'institution a prévu des dispositifs tels que le pool ou le recours à de la ressource externe (intérim, vacations) pour y remédier. Mais la mise en œuvre de ces dispositifs n'est pas toujours aisée : pool très sollicité et qui ne parvient pas à satisfaire toutes les demandes, recours à l'externe soumis à des procédures longues de validation, etc. Du

¹⁹ Un entretien joint en annexe 2

²⁰ Ci-joint annexe 3

coup les cadres continuent de gérer ces déplacements sur le même mode que les deux catégories précédentes avec des recherches tous les jours et le sentiment de ne jamais sortir du tunnel.

- Une dernière catégorie de déplacements de soignants se distingue des trois précédentes en cela qu'elle relève de la politique managériale du cadre qui choisit d'envoyer ses agents pour des remplacements dans d'autres services ou d'en accueillir dans son unité afin de favoriser le développement de leurs compétences. Il peut aussi répondre au besoin que lui font remonter ses collaborateurs désireux de s'ouvrir à d'autres pathologies en vue d'une éventuelle mobilité professionnelle. On peut aussi mettre dans cette catégorie la pratique de ces cadres qui nous ont indiqué faire appel à des soignants en provenance d'autres secteurs afin de mieux assurer l'alternance activité/repos/formation ou tout simplement permettre à leurs propres collaborateurs de "souffler". Un autre signale que le but recherché est de faciliter une meilleure conciliation entre la vie professionnelle et la vie personnelle à ses agents afin qu'ils tiennent dans la durée dans un secteur en tension comme le sien du point de vue des effectifs.

2-2 Les modalités concrètes de mise en œuvre

Les entretiens révèlent un ordre dans la recherche des soignants pour pallier aux absences :

- le cadre du service demandeur fait tout d'abord le point sur le planning pour identifier les personnes en repos et susceptibles de revenir.
- Il les contacte ensuite par téléphone pour s'assurer de leur disponibilité. Dans certains services le cadre demande en parallèle aux équipes présentes d'activer leurs réseaux personnels afin d'accélérer la recherche.
- En cas d'insatisfaction il sollicite son binôme, s'il y en a, ou les autres cadres du pôle le cas échéant.
- Si la recherche est infructueuse un message électronique est adressé aux cadres de l'hôpital soit de manière globale ou de façon ciblée uniquement à certains services.
- Si à l'issue de toute cette démarche une solution satisfaisante n'est pas trouvée, le cadre de pôle est sollicité pour valider le passage en heures supplémentaires.
- Le cadre saisit alors sa demande sur le logiciel de gestion des remplacements (Whoog).
- Dans certains services le cadre adresse un mail complémentaire à l'ensemble de ses agents pour les informer de l'ouverture de la demande en heure supplémentaire.

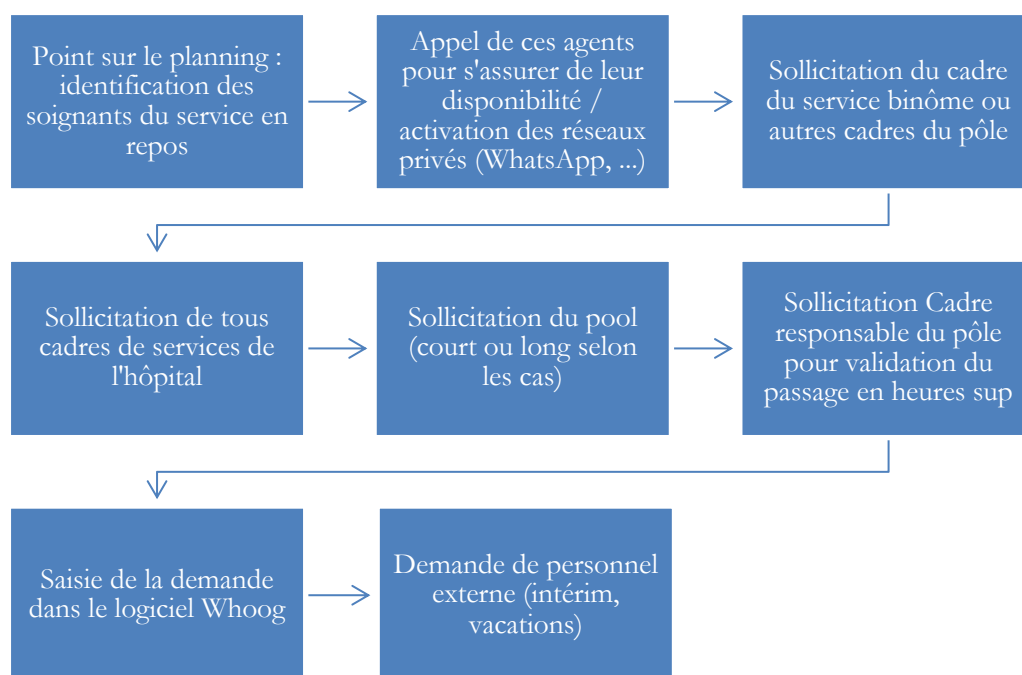


Schéma explicatif des étapes à réaliser pour la recherche d'un remplacement

Si tous les cadres interrogés recourent à ces différentes étapes, l'ordre peut quelquefois être différent en fonction de l'appréciation du demandeur sur la rapidité de la solution qui s'offre à lui.

Comme on le voit bien, ce processus mêle à la fois le recours à des dispositifs formels prévus par l'hôpital et des mécanismes informels tels que l'activation par les agents de leurs propres réseaux. Les dispositifs formels mis en œuvre dans le schéma ci-dessus concernent le pool, le logiciel Whoog et le recours à du personnel externe.

- **Le pool** : mis en place par l'institution, ce service de suppléance est composé d'infirmiers et d'aides-soignants formés pour pouvoir être déployés dans la majorité des services de l'hôpital. Il fonctionne suivant deux modalités : un service court et un service long. Le service court est en principe dédié au remplacement des arrêts inopinés (quelques jours) tandis que le service long est conçu pour répondre aux absences de durée plus conséquente (congés maternité, mi-temps thérapeutiques, etc.). Toutefois dans la configuration actuelle où le pool est lui-même concerné par des contraintes d'effectifs, certains cadres le considèrent comme étant réservé aux services à risque tels que la réanimation et les urgences. En conséquence ils n'y font appel en premier recours que très rarement.
- **Le logiciel Whoog** : c'est une plateforme de coordination des ressources en temps réel permettant de répondre aux besoins de remplacement des absences pour l'ensemble des services de l'hôpital. Le gestionnaire de la plateforme sur l'hôpital y recense en amont les souhaits des soignants désireux d'effectuer des remplacements en heures supplémentaires ainsi que les compétences détenues et validées par leurs responsables. Lorsque des besoins de remplacement sont formulés la plateforme met en concordance le descriptif de ces besoins avec les souhaits et caractéristiques des agents antérieurement enregistrés et adresse un avis sur le téléphone mobile des agents inscrits. De l'avis des personnes rencontrées cette plateforme permet incontestablement aux cadres de gagner du temps dans la gestion de l'absentéisme. Toutefois elle ne leur offre pas une vision globale de la répartition du temps de travail de leurs agents. Il arrive en effet que des soignants enchaînent des vacations en heures supplémentaires avec leur planning normal de travail au détriment des plages de repos réglementaires ; ce qui peut avoir pour conséquence d'entraîner des absences supplémentaires dans le service.
- **Le recours à l'intérim** : de l'avis des personnes interrogées cette possibilité offerte par l'hôpital en dernier recours représente une aide réelle pour la continuité du service. Cependant sa mise en œuvre peut s'avérer doublement coûteuse : tant pour l'institution au vu des tarifs des prestations pratiqués que pour le service receveur. En effet l'accueil d'un intérimaire exige en amont de s'assurer des compétences détenues et du temps accordé par le personnel en vue de favoriser une bonne intégration.

En ultime recours, lorsque les cadres ont épuisé ces dispositifs, ils procèdent, quand cela est possible, à une réorganisation de l'activité consistant dans la reprogrammation des soins ou actes jugés moins prioritaires. Ces réajustements peuvent aussi porter sur la recomposition de l'équipe et la répartition des tâches : *« en règle générale on trouve une solution. Quand on ne peut pas trouver une IDE on met une AS en renfort. Quand on a très peu d'AS on met une IDE »*. Mais certains réajustements opérés ont tendance à accroître les contraintes sur les équipes disponibles ; c'est le cas notamment lorsqu'il est demandé à l'équipe du matin d'effectuer quelques heures en plus ou à celle de l'après-midi d'arriver quelques heures plus tôt. Ces compléments de vacation sont habituellement comptabilisés soit en récupération ou en heures supplémentaires.

Certaines des personnes interviewées nous ont indiqué se retrouver à ce stade dans l'obligation de prêter main-forte à l'équipe pour la réalisation des soins. Mais les situations les plus durement vécues par les cadres concernent les cas de sous-effectifs chroniques où les postes vacants représentent une proportion conséquente de l'effectif normal. Dans ces situations ils se retrouvent pris en tenaille avec d'un côté des difficultés à embaucher (peu de candidats se présentent) et de l'autre l'épuisement de tous les dispositifs (formels ou informels) de remplacement. Les cadres disent redouter parfois que ces situations ne débouchent sur une fermeture de leur unité quand bien même la décision de celle-ci revient à la direction de l'hôpital.

2-3 La perception des coûts liés à la gestion de ces absences

Comment cette gestion des absences est-elle perçue par les cadres eux-mêmes ? Pour les personnes rencontrées, le coût de cette gestion s'évalue d'abord en temps : *« elle peut prendre une journée entière »* indique l'un d'eux. Ce ressenti est lié à deux phénomènes :

- l'élargissement du périmètre de recherche se fait de manière séquentielle : avant de solliciter l'ensemble de l'hôpital il faut d'abord avoir épuisé toutes les pistes à l'échelle du pôle et ainsi de suite.
- D'autre part le suivi des demandes formulées introduit des interruptions de tâches : *« on se retrouve à reporter à plus tard un travail ou à être freiné dans l'avancement d'un projet sur lequel on est engagé. Parfois on est obligé de quitter une réunion pour aller vérifier si on n'a pas reçu de réponses à nos demandes et le cas échéant relancer d'autres recherches »*.

Un cadre qualifie cette gestion de "frustrante", surtout lorsque la recherche engagée n'aboutit pas : *« je pense qu'on arrive au bout ; on n'est pas bien parce qu'on n'a pas pu trouver la solution. C'est frustrant car on se gêne, pour ne pas avoir de réponse à la fin »*.

Mais plus que ce coût en temps ce que les cadres déclarent comme encore plus difficile à gérer c'est l'impact de ces déplacements sur la qualité des relations avec leurs équipes, bien évidemment lorsqu'ils ne sont pas demandés par les agents. Dans ce cas les soignants les vivent mal : *« ils considèrent qu'ils sont des bouche-trous et qu'on ne les considère pas »*. Un autre cadre précise que *« cette gestion est décriée par les agents. Pour eux on ne prend pas en compte leurs difficultés. On déshabille d'un côté pour mettre ailleurs »*.

Les cadres vivent cette situation d'autant plus difficilement qu'ils estiment ne pas avoir de leviers pour récompenser les efforts des agents : *« Hormis la reconnaissance orale, rien ; pécuniairement, rien. Aujourd'hui même les heures supplémentaires sont refusées sur le secteur ; les agents te disent : j'ai fait mon temps recommandé, pourquoi revenir ? Les heures supplémentaires ne sont pas payées à la hauteur donc on a du mal à trouver du personnel pour revenir »*.

2-4 Stratégies adoptées par les cadres

L'analyse des entretiens fait apparaître que dans ce recours à la mobilité des agents pour pallier aux conséquences de l'absentéisme, les cadres dans leur majorité partagent un certain nombre de principes au rang desquels la nécessité de tout faire pour éviter que le déplacement de l'agent ne le mette en difficulté, ce qui pourrait avoir des conséquences sur la sécurité du patient. De même

ils disent tout faire pour éviter des déplacements imposés et n'y recourir que de manière exceptionnelle lorsqu'ils n'ont plus aucune autre solution.

Par ailleurs, les cadres mettent en place des stratégies pour limiter les désagréments liés à cette gestion des absences. Ces stratégies sont de natures différentes et vont de l'explication du bien-fondé de la mobilité demandée à l'agent jusqu'à la mise en place de solutions organisationnelles facilitant une meilleure acceptation des déplacements et une plus grande souplesse dans le fonctionnement de l'hôpital.

- **La recherche de l'adhésion au bien-fondé du déplacement de l'agent** : le cadre mettra en lumière par exemple l'intérêt pour l'agent (développement des compétences, importance de découvrir d'autres secteurs de l'hôpital et d'autres pathologies, développer son réseau, etc.) ; l'intérêt pour l'équipe (la réciprocité le jour où le service sera à son tour dans le besoin) ; le devoir de sauver la vie des patients ; parfois le rappel des engagements contractuels entre l'agent et l'institution ; l'importance de la polyvalence pour permettre au service ou au pôle de bien fonctionner ou encore la réputation de l'hôpital.
- **L'octroi de souplesse et d'autonomie à l'équipe dans la gestion du planning** avec un droit de regard du cadre pour veiller notamment au respect de la réglementation. Cette mesure peut parfois impliquer la désignation d'un référent planning au sein de l'équipe. L'objectif recherché est de faciliter l'élaboration de compromis entre les agents.
- **Un travail de préparation en amont de l'envoi de l'agent** dans le service demandeur : le cadre va passer en revue l'ensemble des compétences disponibles dans son service et les mettre en regard des exigences des tâches à réaliser dans le service demandeur. Cela lui permet d'identifier le meilleur profil. Il va aussi garantir la possibilité de connaître les lieux en amont pour permettre à l'agent de faire connaissance avec les lieux et l'équipe. Tous les cadres rencontrés insistent sur "l'angoisse de l'inconnu" qu'ils tiennent à épargner à leurs collaborateurs lorsqu'ils les envoient en renfort dans d'autres services.
- **La prise en compte du ressenti des soignants à l'issue de chaque déplacement ou lors des entretiens d'évaluation.** Afin de montrer tout l'intérêt qu'ils accordent à ce mouvement de personnel à l'occasion de ces remplacements, certains cadres indiquent organiser un retour d'expériences avec les soignants à leur retour de remplacement. L'objectif est double : savoir comment l'agent a vécu cette expérience afin d'améliorer l'organisation des futurs détachements d'une part, apprendre des pratiques professionnelles en cours dans d'autres unités d'autre part.
- **La mise en place en amont et de manière préventive par certains responsables, d'actions visant à favoriser une meilleure connaissance de leur service.** Plusieurs cadres indiquent ainsi avoir mis en place des journées d'observation ou des visites et des expériences de type "vis ma vie". *« je demande aux collègues de permettre aux agents de venir visiter mon secteur pour diminuer l'angoisse chez les agents en cas de déplacement »*. Dans certains secteurs des formations animées par des médecins ont même été développées pour favoriser la compréhension des pathologies prises en charge dans l'unité.
- **La mise en place d'actions visant une meilleure transversalité au sein de l'hôpital.** Les témoignages recueillis font ainsi état de binômes de services sur initiative des cadres ou de responsables de pôles et destinés à favoriser une plus grande fluidité d'échange de

personnel entre les deux services. Ces partenariats privilégiés entre services s'organisent le plus souvent entre unités appartenant à un même pôle mais ils se construisent également au-delà des pôles entre des entités ayant une grande proximité ou une continuité amont-aval entre les pathologies prises en charge. Alors qu'ils soulignent l'importance de ce type d'actions, ils rappellent l'existence de freins qui entravent le développement de la transversalité et au rang desquels figurent les outils informatiques spécifiques à chaque pôle, parfois pour traiter exactement les mêmes informations : *« le fait de ne pas disposer d'un même logiciel de travail démotive les soignants à se déplacer sur notre secteur ».*

La transversalité renvoie également aux coordinations qui ont lieu avec les cadres de nuit et qui se font essentiellement via la messagerie. Mais les cadres interrogés sont unanimes pour reconnaître que cette transversalité-là est loin d'être optimale actuellement. Car en général lorsque le cadre de nuit découvre les messages à sa prise de fonction, ses collègues de jour sont déjà partis et il n'a plus de réelles possibilités de coordination avec eux ni beaucoup de marges pour dégager les ressources et les bons profils : *« on laisse des messages aux cadres de nuit pour demander de l'aide. Avec les cadres de nuit se pose toujours la question des compétences à identifier pour aller dans un service ou dans un autre. On fait un max mais ça reste mal perçu par le cadre de nuit ou de garde qui pense qu'on n'a pas géré le problème ».*

2-5 Croisement entretien 5 avec entretien 6

J'ai pu déterminer au travers de mon analyse que les deux cadres procèdent au déplacement d'agent. Le cadre de santé N° 5 fait donc part qu'il n'a pas beaucoup d'absence dans son unité. Lorsqu'il a des absences, il nous explique que les agents se réorganisent entre eux pour garantir une présence dans le service.

Elle est le seul à avoir évoqué le mot flexibilité pendant l'entretien. A-t-elle une certaine maîtrise du sujet qui lui permette de ne point faire la même chose que ses collègues puis qu'il lui arrive de mettre en place la mobilité pour garantir un équilibre vie professionnel -vie familiale auprès des agents ?

Elle explique avoir utilisé le management participatif pour intégrer l'équipe dans les actions du service par la délégation de la réalisation du planning.

Elle n'intervient qu'à la fin d'une première partie assez rodée pour recueillir les plannings réalisés par l'ide référent et aller le confronter avec sa collègue.

Par contre l'entretien avec CDS 6 est celui où ressortent des termes comme, je rappelle les règles de fonctionnement, sinon j'impose. On peut donc supposer que si CDS a beaucoup d'absence cela soit peut être dû à l'absence de souplesse auprès des équipes ?

La flexibilité est-elle source de rigidité ou de souplesse ?

Beaucoup de cadres évoquent la souplesse dans la flexibilité mais la rigidité n'apparaît pas les autres entretiens. Ceci nous aurait permis de confronter le regard des autres face à la même situation.

CDS 6 dit arriver à imposer le déplacement aux agents. Peut-on supposer que cela soit dû à la fréquence des arrêts dans son unité ? Dans la gestion actuelle, la recrudescence d'absence ne peut-elle pas être source d'épuisement pour le cadre ?

3- La validation de mes hypothèses

Important au terme de cette recherche, il est important pour moi de conclure sur le degré de validation de mes hypothèses.

J'ai pu montrer de par le travail réalisé que le déplacement des soignants constitue un coût considérable pour les cadres de santé.

Les professionnels interviewés ont tous exprimé l'existence de demandes orales, et l'absence de projet porteur concernant la mise en place de la flexibilité sur l'institution.

Conclusion

Aujourd'hui, la recherche de rentabilité conduit les structures hospitalières à utiliser la flexibilité, la mobilité pour régler les problèmes d'absentéisme dans les hôpitaux.

Ces stratégies s'avèrent cependant avoir une efficacité toute relative, du fait des difficultés rencontrées dans leur mise en place, elles occasionnent en effet une dispersion d'énergie et du temps des cadres de santé pour lesquels la mise en place de la flexibilité représentent un coût car elle provoque une certaine précarité des conditions de travail des agents et se heurte à un manque de souplesse et d'accompagnement de l'institution (pas de protocoles communs.)

Ce travail m'a apporté un enrichissement personnel tant sur le plan théorique, par les différentes recherches entreprises pour la compréhension du phénomène et pratique par la mise en pratique de la méthodologie de recherche.

L'enquête réalisée m'a permis de confirmer dans ce cas les hypothèses posées en début de ce travail. Ce fut l'occasion pour moi de découvrir les différentes stratégies ou techniques managériales déployées par les cadres de santé dans l'exercice de leur fonction.

J'identifie à l'issue de ce travail un problème majeur, qui ne réside pas dans la flexibilité elle-même : c'est la façon dont elle est organisée et portée par l'institution qui pose problème. Si une telle stratégie demande en effet un travail de proximité, au plus près des équipes, et requiert donc la participation des cadres de santé, il est essentiel qu'un accompagnement plus étoffé se développe

En tant que garant de la qualité et de la sécurité des soins dans mon unité, j'ai finalement pu me rendre compte que, face aux exigences de rentabilité et d'efficacité, la flexibilité est une approche à laquelle il est impossible de se soustraire.

Bibliographie

- Bernoux P. Sociologie des organisations Paris : Ed Seuil, Oct. 1985
- Boterf G. de la compétence à la Navigation professionnelle Paris : Editions d'organisation ; 1997
- Brunhes B. Revue Droit social N°3 Mars 1989
- Singly C. Rapport de la mission cadres hospitaliers. Paris : Ministère de la santé et des sports ; 2011
- Crozier M, E. Friedberg. L'acteur et le système Paris : Seuil ; 1981
- Guy L. De la compétence à la navigation professionnelle Paris/ Editions d'Organisation ; 1998.
- Raoult N. Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier : Ed l'Harmattan-1991-Page 242
- Rousseau T. Absentéisme outils et méthode pour agir. Thierry. Anact P. 3.
- Mintzberg H. Le manager au quotidien : Les dix rôles du cadre. 2nd éd. Paris : Editions d'Organisation ; 2006
- Bourret P. Les cadres de santé à l'hôpital Éd Seli Arslan, Paris 2006
- Amosse T, division emploi, Insee n° 921-sept 2003
- Everaere Christophe, Polyvalence et RPS, le Seuil : P. 522 2014
- Van Schingen Edith : Thèse : Mobilité prof non choisie des infirmières hosp 13 juin 2017
- Roger A ; Ventolini S. La mobilité prof au-delà des mesures classiques. Communication présentée lors du 15 congrès de l'AGRH, Paris 2004
- Interne ou externe, deux visages de la mobilité professionnelle. Insee première N° 921-sept 2003

Webographie :

- [http://www.ile de France.ars.fr/rôle-et-missions](http://www.iledeFrance.ars.fr/rôle-et-missions), le 01 /02.
- [http://www.anact ,10questionssurabsenteisme_bd \(1\).pdf](http://www.anact.fr/10questionssurabsenteisme_bd(1).pdf), page 3, le 10/05
- [www : sys_hosp_francais.pdf](http://www.systhosp.fr) Le Système hospitalier Français, P. 58

Table des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien

Annexe 2 : Retranscription d'un entretien

Annexe 3 Grille de dépouillement

Annexe 1 :

GRILLE D'ENTRETIEN

Présentation, situation du cadre et des objectifs de l'étude(Enquêteur) : Travail sur la flexibilité des soignants : les enjeux.

Demander l'autorisation à enregistrer.

Durée entretien : 30 minutes

- Question concernant l'état civil : (Enquêtée)

-Nom et prénom

-Tranche d'âge : o -30 ans ; o 30 -39 ans o 40-49 ans o 50 ans et +

-Nombre d'année dans le poste de cadre :

-Nombre d'année sur l'hôpital : o - 5 ans ; o 5 – 9 ans ; o 10 – 14 ans o 15 ans et +

1– Dans l'exercice de votre fonction aviez-vous déjà été confronté au déplacement d'un agent de votre service vers un autre pour un remplacement ? Et inversement ?

- Pouvez-vous me dire dans quel cas ? ; A quel moment cela s'est t il produit ? ; Quels sont les personnes concernées ?
- Quel est l'objectif de ces déplacements ?
- Dans quelle optique effectuez-vous ces déplacements ?
- Que pensez-vous de ces déplacements ? Et les personnes concernées ? L'institution ?
- Est-ce que ces déplacements sont récurrents ? A Quelle fréquence ?
- Connaissez-vous les causes ou facteurs les plus courants ?

2- Quelles mesures mettez-vous en place pour valoriser les déplacements ?

- Comment vous y preniez-vous ? Et pourquoi ? Disposez-vous d'un outil pour vous aider dans la recherche de solution ?
- Est-ce une demande institutionnelle ?
- Aviez-vous d'autres possibilités pour solutionner ces problèmes ? Lesquels ?
- Comment êtes-vous informés par vos collègues ou comment informez-vous les agents ?
- Existe-t-il d'autres cas ?

Annexe 2 :

Entretien 4 avec XXXX-

Bonjour :

Je réalise un travail de mémoire et le titre est intitulé : la flexibilité dans la gestion des soignants. Vous avez accepté de répondre à mes questions mais puis j'enregistrer l'entretien ?

Réponse : Oui

Question : Je vous rappelle que cet entretien est anonyme, je ne suis pas là pour vous juger. Vous pouvez vous donc vous exprimer librement.

Question : Avez-vous été confronté dans l'exercice de vos fonctions à déplacer un agent d'un service à un autre et inversement ?

Réponse : Oui

Question : Dans quel cas ? À quel moment ça s'est produit ? Quelles sont les personnes concernées ?

Réponse : Est-ce que je parle de mon ancienne expérience aussi ou en tant que cadre actuellement ?

Question Ce sera plus riche si vous arrivez à m'en parler.

Réponse : Donc j'ai déjà réalisé des déplacements sur mon précédent service où on s'entraide entre tous les services de pédiatrie dans le cas d'absentéisme ou en renfort en fonction de l'activité. Et ici depuis que je suis revenu il nous arrive de prêter des agents dans le cas d'absentéisme pour des heures supplémentaires mais pas forcément pour du renfort car cela nous mettrait en difficulté si on envoie quelqu'un ailleurs.

Question : Qu'est-ce que vous voulez dire par difficultés ?

Réponse : Cela peut-être parce que nous sommes en effectif normal. On réduit déjà notre activité et cela ne nous permet pas d'aller aider ou de prêter un agent. Ou alors c'est très ponctuel par exemple pour les brancardiers.

Question : Dans le cas où vous recevez des agents chez toi ? Est-ce déjà arrivé?

Réponse : Alors oui mais c'était organisé par contre.

Question : Comment ?

Réponse : Par exemple quand on était en déficit et qu'on avait besoin d'aide. On a reçu de l'aide de certains services qui étaient fermés (par exemple les consultations). Les infirmières qui étaient sur place ont été redistribuées. On a en gardé une pour le service pour recevoir les patients comme il n'y avait plus de consultation les autres ont pu être déplacées. On a pu bénéficier d'un aide dans le service en renfort ou en remplacement de quelqu'un qui manquait.

Annexe 3

Grille de dépouillement

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@18-19

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

TITRE DU DOCUMENT

Flexibilité

AUTEUR

Odatou ALETCHERDJI

MOTS CLÉS

Mobilité – Flexibilité – Coordination – Restriction économique

KEY WORDS

Mobility – Flexibility – Coordination – Economical restriction

RÉSUMÉ

Les hôpitaux, depuis quelques années, sont confrontés à la recherche d'une certaine rentabilité et d'efficacité qui sont devenus un défi pour les cadres de santé.

En tant que faisant fonction de cadre de nuit, j'ai à plusieurs reprises remédié à l'absence d'un agent par le déplacement interne d'un autre soignant d'un secteur B vers le secteur A, entraînant le plus souvent des modifications d'affectation dans les missions des agents. La gestion des déplacements monopolise souvent l'activité des cadres de santé. Avant même de chercher des solutions pour valoriser le développement de la flexibilité, il s'avère important d'obtenir le regard de ceux qui mettent en place cette activité.

Ainsi, en quoi la flexibilité constitue-t-elle un coût en temps, énergie préjudiciable à la gestion des équipes ?

C'est la question à laquelle j'ai choisi de répondre en passant par la notion d'absentéisme. Afin de trouver les réponses à ma question, j'ai choisi d'interroger des cadres de santé exerçant dans l'hôpital où je travaille également.

Ces entretiens m'ont mené vers une conclusion : malgré le fait que les cadres parviennent à développer des stratégies diverses pour rendre possible la flexibilité, ils se heurtent à des difficultés tenant autant aux conditions de travail des agents qu'à la complexité des structures.

ABSTRACT

Hospitals have reached a turning point: for some years now, they have been under the constraint of pursuing sustainability and efficiency; those expectations have become a significant challenge for nurse managers.

As an acting nurse manager, facing the absence of a member of the medical staff pushes us to one reaction: displace an agent from another department. Managing those movements often constitutes most of the nurse managers' activity. Ahead of a research about the solution to capitalize on the development of this flexibility, it is however also important to collect opinions from those who implement this activity. In that respect, to what extent does flexibility cost time and energy, thus being detrimental to the management of the team?

This is the question I have chosen to answer, using the notion of absenteeism.

With this in mind, I interviewed 6 nurse managers working in the same hospital as I do to learn what perception they have of flexibility management in order to find solutions.

Those interviews enlightened one conclusion: even if nurse managers are able to find solutions to make flexibility possible, they are often confronted with difficulties coming either from the working conditions of the agents, or from the complexity of the structures.