



HAL
open science

L'absentéisme paramédical : une gestion humaine des ressources par le cadre de proximité

Gaëlle Simon

► **To cite this version:**

Gaëlle Simon. L'absentéisme paramédical : une gestion humaine des ressources par le cadre de proximité. Sciences de l'Homme et Société. 2023. dumas-04295349

HAL Id: dumas-04295349

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04295349>

Submitted on 20 Nov 2023

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé

&

Master Mention administration Economique et sociale

Parcours Management et Formation en Santé

L'absentéisme paramédical

Une gestion humaine des ressources par le cadre de proximité

Sous la direction de Madame Sandrine Biagini-Girard

& la guidance de Monsieur François Jamet

Juin 2023

Remerciements

Je tiens à remercier

Madame Sandrine Biagini Girard, directrice de mémoire, ainsi que Monsieur François Jamet pour leurs conseils, leur accompagnement et leur soutien dans le cheminement de ce travail de recherche.

La direction du Centre Hospitalier intercommunal de Cornouaille qui m'a permis de contribuer à la réalisation de mon projet professionnel.

L'équipe pédagogique de l'Institut de Formation des Cadres de santé ainsi que les enseignants-chercheurs de l'Université de Bretagne Occidentale pour la qualité de leurs enseignements.

Les professionnels de santé que j'ai rencontrés lors de mes entretiens exploratoires pour leur disponibilité et leur contribution à ce travail de mémoire, ainsi que ceux rencontrés lors de mes stages pour le partage d'expériences.

Mes collègues de promotion pour la richesse de nos échanges et la cohésion de notre groupe qui nous a permis d'avancer ensemble.

Mes parents pour leur accompagnement et leur amour constant à chaque étape de ma vie.

Enfin, je remercie particulièrement mon époux pour son soutien sans faille et mes 3 enfants Emma, Clément et Louis pour leur compréhension et leurs encouragements.

Glossaire :

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ANI : Accord National Interprofessionnel

AS : Aide-Soignant

CDS : Cadre De Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CH : Centre Hospitalier

DARES : Direction de l'Animation de la Recherche des Etudes et des Statistiques

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DUERP : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels

EHPAD : Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes

FHF : Fédération Hospitalière de France

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IDEC : Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé

NPM : New Public Management

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QVT : Qualité de Vie au Travail

QVCT : Qualité de Vie et Conditions de Travail

RGPP : Révision Générale des Politiques Publiques

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SMUR : Service Mobile d'Urgences et de Réanimation.

TMS : Troubles Musculosquelettiques

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Introduction | 1 |
| 1 Mon expérience professionnelle ancrée dans un contexte | 2 |
| 1.1 Mon parcours professionnel : infirmière, une expérience plurielle :..... | 2 |
| 1.2 Faisant fonction cadre de santé : un nouveau métier..... | 6 |
| 1.3 Le contexte à l'origine de mes questionnements :..... | 8 |
| 1.4 L'absentéisme : définition et causes | 10 |
| 1.4.1 De l'absentéisme au présentéisme soignant | 12 |
| 1.4.2 Le rôle du cadre de santé hospitalier dans la gestion de l'absentéisme : | 14 |
| 1.5 Politiques de santé et enjeux économiques : | 15 |
| 1.6 Impacts des politiques de santé dans l'organisation des soins : | 17 |
| 2 Le cadre conceptuel..... | 19 |
| 2.1 La Qualité de Vie et les Conditions de Travail (QVCT)..... | 19 |
| 2.1.1 Les enjeux de la QVCT | 20 |
| 2.1.2 Quels sont les leviers de la QVCT ? | 21 |
| 2.2 Le sens du travail, de quoi parle-t-on ? | 24 |
| 2.2.1 Quelques définitions..... | 24 |
| 2.2.2 Une approche singulière | 25 |
| 2.2.3 Le sens et les valeurs | 26 |
| 2.2.4 Une recherche d'équilibre et d'épanouissement, d'accomplissement | 27 |
| 2.2.5 Un rôle social | 28 |
| 2.2.6 Quels leviers managériaux pour le CDS afin de donner du sens au travail ?..... | 29 |
| 2.3 De l'équipe à l'équipe soignante | 31 |
| 2.3.1 L'équipe : une notion polysémique | 31 |
| 2.3.2 L'équipe soignante | 32 |
| 2.3.3 La dynamique d'équipe de soins | 33 |
| 2.3.4 Le CDS : y a-t-il un pilote dans la dynamique d'équipe ? | 36 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 2.3.5 | De l'autorité à la légitimité..... | 37 |
| 2.3.6 | L'agilité managériale à l'hôpital | 38 |
| 2.3.7 | Implication des équipes : une gestion participative par le cadre de proximité... | 39 |
| 3 | Problématique et hypothèses..... | 40 |
| 4 | Méthodologie..... | 41 |
| 4.1 | Le choix de l'outil et son élaboration | 41 |
| 4.2 | Le choix de l'échantillon des professionnels interrogés..... | 42 |
| 4.3 | Le déroulement des entretiens | 43 |
| 4.4 | Les avantages et les limites de la méthode | 43 |
| 5 | Analyse des entretiens..... | 44 |
| 5.1 | Les impacts de l'absentéisme | 44 |
| 5.1.1 | La qualité des soins et le risque d'erreurs | 44 |
| 5.1.2 | Des conséquences pour la santé des soignants..... | 45 |
| 5.1.3 | Une perte de sens..... | 47 |
| 5.1.4 | Un retentissement économique | 47 |
| 5.2 | Des ressources mobilisées pour traiter le phénomène | 48 |
| 5.2.1 | La mobilisation des équipes | 48 |
| 5.2.2 | Les recours au collectif institutionnel | 49 |
| 5.2.3 | Les ressources supplétives | 50 |
| 5.2.4 | Des limites à des ressources pourtant diverses..... | 51 |
| 5.3 | La dimension humaine du management | 52 |
| 5.3.1 | Le partenariat équipe-cadre, un management participatif..... | 52 |
| 5.3.2 | L'implication managériale face aux difficultés, un facteur de légitimité..... | 54 |
| 5.3.3 | La gestion des affects par le manager, une mission inhérente à la proximité ? . | 55 |
| 5.3.4 | La communication et l'écoute active : une marque de confiance mutuelle | 56 |
| 5.3.5 | La reconnaissance comme facteur de sens pour les soignants | 58 |
| 5.3.6 | Le management empêché : retour sur les représentations du métier..... | 59 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 5.4 | L'absentéisme en fonction des secteurs..... | 61 |
| 5.4.1 | Des secteurs d'activité fortement impactés : l'image du métier mise à mal ? ... | 61 |
| 5.4.2 | Avoir le choix : une source de motivation | 62 |
| 5.5 | L'évolution du rapport au travail, un changement de paradigme..... | 63 |
| 5.6 | Quels leviers d'attractivité pour les hôpitaux ? | 64 |
| 5.7 | La perception du phénomène d'absentéisme par une direction des soins d'un centre hospitalier | 66 |
| 6 | Synthèse de l'analyse et confrontation des hypothèses | 67 |
| 6.1 | Synthèse de l'analyse et confrontation des hypothèses | 67 |
| 6.2 | Hypothèse 1 : Une bonne dynamique d'équipe favorise la coopération et une gestion interne à l'équipe de l'absentéisme. | 70 |
| 6.3 | Hypothèse 2 : Une approche managériale par la QVT limite l'absentéisme..... | 70 |
| 6.4 | Hypothèse 3 : Le travail de proximité du CDS permet une connaissance des équipiers et une pratique managériale tournée vers l'humain..... | 71 |
| 7 | Ma projection professionnelle | 72 |
| 7.1 | Une prise de distance nécessaire | 72 |
| 7.2 | Manager avec..... | 73 |
| 7.2.1 | Manager avec les équipes..... | 74 |
| 7.2.2 | Manager avec les pairs et la direction | 75 |
| 7.3 | Un style singulier en accord avec mes valeurs : une gestion humaine des ressources.. | 77 |
| 7.4 | Gérer le quotidien s'organiser, anticiper, prioriser | 78 |
| | Conclusion..... | 79 |
| | Références | 81 |
| | Liste des figures | 90 |
| | Annexes | 91 |

Introduction

Dans le cadre de la formation Cadre de Santé (CDS) et du master 2 Administration Economique et Sociale (AES) parcours management et Formation en Santé, j'ai l'opportunité de réaliser ce travail de recherche. Cet exercice est pour moi une initiation à la méthode de recherche et me permet de réaliser une démarche réflexive sur mes pratiques.

Depuis 2020, j'occupe le poste de faisant fonction CDS au sein d'un Service d'Accueil des Urgences (SAU). Ma prise de poste s'est faite au début de la crise sanitaire du COVID-19, il m'a fallu adapter les organisations afin de répondre aux contraintes inhérentes au contexte. J'encadrais une équipe de plus de 50 infirmiers et j'ai dû faire face à un absentéisme important. Garant de la qualité et de la continuité des soins, le cadre de santé doit mettre en œuvre les moyens nécessaires pour assurer le bon fonctionnement d'une unité de soin afin d'apporter la meilleure des prises en charge pour le patient. C'est dans ce contexte que s'inscrit mon étude.

Ce travail de recherche est l'occasion de réfléchir sur le phénomène majeur d'absentéisme au sein des structures hospitalières et d'appréhender les outils managériaux pour le cadre de santé dans cette gestion de ressources humaines.

Dans un premier temps, je poserai le contexte à l'origine de mon questionnement de départ. Ensuite, une revue de littérature me permettra de conceptualiser mon sujet et de proposer des hypothèses en lien avec une problématique.

De là aider par une méthodologie d'enquête de terrain, des données empiriques viendront étayer mes recherches. L'analyse que j'en ferai viendra confronter les hypothèses posées.

Pour terminer, j'exposerai la projection professionnelle que j'envisage à mon retour en poste dans une unité de soins et notamment la gestion des ressources humaines et les concepts investigués lors de ce travail réflexif.

1 Mon expérience professionnelle ancrée dans un contexte

1.1 Mon parcours professionnel : infirmière, une expérience plurielle :

Ayant grandi dans un environnement familial de soignants c'est naturellement que je me suis tournée vers la profession d'infirmière Diplômée d'Etat (IDE). Les représentations que j'ai de ce métier répondent aux valeurs qui m'ont été transmises : empathie, bienveillance, rigueur. A l'obtention de mon diplôme d'état en 2004, je fais le choix d'exercer près de ma famille, dans un hôpital de proximité pendant huit ans. J'y ai trouvé un équilibre de vie en alliant vie familiale et acquisitions d'expériences professionnelles. Au sein de ce Centre Hospitalier (CH) j'ai l'occasion d'exercer dans différents services, de la chirurgie à la médecine en passant par les soins intensifs. Mes capacités d'adaptation sont repérées par la cadre de santé de soins intensifs et des urgences qui me propose une formation interne afin d'exercer en SMUR, Service Mobile d'Urgences et de Réanimation.

En tant que jeune professionnelle, la bienveillance et l'accompagnement de cette cadre de santé me font prendre confiance en moi, je me sens valorisée et motivée par cette manager-coach. Suite à cette formation, j'intègre l'équipe de nuit des urgences et du SMUR, alternant les postes sur ces deux secteurs. Enthousiasmée par cette nouvelle expérience professionnelle, je m'investis dans l'organisation du service des Urgences et du SMUR et deviens référente de la gestion des ressources matérielles. Dans cette unité de soins, j'apprécie l'entraide, la dynamique, l'esprit d'équipe, impulsés par l'encadrement. La cadre de santé se montre à l'écoute et permet à chacun d'évoluer selon ses besoins professionnels mais aussi familiaux, tout en laissant aux membres de l'équipe une certaine autonomie. Ainsi, lorsque l'un de nous souhaite participer à une formation où quand un autre à besoin d'être de repos tel week-end, nous avons la possibilité de nous arranger entre nous, du moment que la continuité des soins est assurée, selon le principe du donnant-donnant. Cette souplesse crée une solidarité entre soignants et lorsque l'un de nous est arrêté pour maladie, les autres s'organisent pour assurer le remplacement.

En 2009, le CH, fusionne avec le CHU, Centre Hospitalier Universitaire, distant de 85 Km, dans un contexte d'application de la loi HPST¹, Hôpital, Patients, Santé et Territoires.

Cette loi découle de la révision générale des politiques publiques (RGPP) et s'articule autour de quatre grands axes, qui sont : la modernisation des établissements de santé, l'amélioration de l'accès à des soins de qualité, la prévention et la santé publique, et l'organisation territoriale du système de santé.

Depuis mon regard de professionnelle de terrain, je repère les évolutions, les nouvelles organisations mises en place, avec des offres de soins élargies et la possibilité pour la population locale d'accéder à des spécialités médicales et chirurgicales à proximité de leur lieu de vie. Cette nouvelle coopération engendre aussi, des changements structurels, avec l'arrivée de nouveaux professionnels venant du CHU dans les équipes du CH. La mobilité des agents était fortement incitée comme le prévoit la loi n° 2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique.

L'intégration de ces nouveaux professionnels n'a pas été chose aisée, d'une part parce que cette affectation leur était imposée et d'autre part parce qu'ils arrivaient dans des équipes déjà très soudées et dont les collaborateurs se connaissaient bien. Ces changements ont ébranlé l'équilibre de ces équipes et les dynamiques s'en sont vus impactées.

Plus tard dans mon parcours professionnel au sein d'un autre CH, j'ai pu observer des dynamiques d'équipes différentes. Ayant été IDE de nuit dans un service de médecine, j'ai constaté un clivage entre équipe de nuit et équipe de jour. Les agents de nuit avec qui je travaillais, se sentaient moins intégrés à la vie de l'unité. En effet, pour participer aux réunions de service ou aux groupes de travail, bien souvent les équipes de nuit empiètent sur leur temps de sommeil ou de repos, ce qui donne un sentiment de disparité avec les équipes de jour. Aussi, la représentativité des agents de nuit durant les réunions était moins importante et le sentiment d'être moins entendu, moins écouté que les collègues de jour, dominait. Avec le temps, la cohésion d'équipe s'en ressentait et on ne parlait plus d'une équipe de médecine mais de l'équipe de jour et de l'équipe de nuit. Afin de recréer du lien entre les équipes, la cadre de santé avait fait le choix de solliciter les agents de jour pour réaliser les remplacements de congés des

¹¹LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009

agents de nuit. Ce qui permettait également de partager les expériences jour/nuit, et de faire circuler les informations. Ainsi, chacun identifiait les difficultés de l'autre et la cohésion en était renforcé.

En 2016, J'intègre un poste de jour en addictologie, au sein d'une équipe de soignants aguerris aux prises en soins dans cette spécialité. L'accueil que j'ai reçu de la Cadre de Santé (CDS) et la bienveillance de mes collègues dans l'accompagnement de ma prise de fonction m'ont été d'une grande aide. Il s'agit d'une petite équipe autonome dans l'organisation des soins et la gestion du matériel. Elle est constituée d'IDE et d'Aides-Soignants (AS) aux personnalités que je qualifierais d'affirmées, qui travaillent ensemble depuis de nombreuses années et qui ont construit ensemble les activités de soins du service. La cadre de santé est arrivée dans l'unité il y a 18 mois, et ne partage pas les points de vue de l'équipe en ce qui concerne la conduite des projets de soins des patients. Elle est dans une volonté de changement de pratiques et impose des décisions sans concertation avec l'équipe. Ce qui génère un climat de tension. Le sens du travail est remis en question, l'équipe voit cela comme une critique des pratiques réalisées jusqu'ici. Ces divergences et ce manque d'adhésion d'un côté comme de l'autre entraînent des difficultés de communication et une perte de confiance mutuelle. Aussi, lorsque l'encadrement sollicite les soignants pour participer à des projets institutionnels ou pour s'investir dans une mise à jour de procédure, les réticences sont nombreuses. Cette atmosphère de travail est pesante, le travail se fait dans un climat de tensions qui est difficilement acceptable pour certains soignants. Alors que les arrêts maladies étaient quasi inexistantes jusque-là, l'absentéisme commence à impacter l'organisation de service.

A travers ces expériences professionnelles, je mesure le caractère primordial du travail d'équipe et l'efficacité de la collaboration pluridisciplinaire. J'identifie l'importance de travailler dans une atmosphère sereine avec des relations de confiance entre les différents acteurs de l'équipe afin que chacun puisse s'investir à sa mesure et trouver de la satisfaction au travail. Au fil des situations de soins, auprès des usagers, des familles, des différents professionnels, j'ai développé des compétences et je me suis investie dans la vie et les organisations des différentes unités où j'ai exercé. En observant les différents styles managériaux des cadres auprès de qui j'ai travaillé, j'ai repéré des modèles, des façons d'être et de faire qui correspondaient à ce que j'attendais de mon encadrement.

Lorsqu'en 2018, la cadre de santé d'addictologie quitte le service, la direction de l'établissement fait le choix de ne pas la remplacer mais d'ouvrir un poste d'IDEC, infirmière diplômée d'état coordinatrice, avec des missions d'encadrement (gestion des plannings, des absences, planification des congés, évaluation des besoins en formation, gestion des ressources matérielles). Encouragée par plusieurs cadres et motivée par l'envie d'impulser une nouvelle direction à mon parcours professionnel, je décide de me positionner sur ce poste.

Il s'agissait pour moi d'un nouveau challenge qui me permettrait d'évaluer mes capacités d'encadrement. C'est une première étape dans le processus de devenir cadre de santé, projet que je mûrissais progressivement.

Ce nouveau statut m'a permis d'appréhender la notion de management, j'ai développé des aptitudes organisationnelles dans la gestion des ressources humaines et matérielles et j'ai pris la mesure des responsabilités inhérentes à la fonction d'encadrement. Cette fonction m'amène à animer des réunions, des activités de soins auprès des patients et des familles. Mon rôle de coordination entre la direction, les soignants, les différents acteurs de la filière sur le territoire, nécessite prises d'initiatives et exigences. Dans un souci de réflexion sur la pratique soignante je participe au comité éthique, bientraitance et soins palliatifs. C'est pour moi une source d'épanouissement et de satisfaction professionnelle.

En 2019, les missions du service changent d'orientation. Le service de médecine d'addictologie qui propose des programmes de soins de quatre semaines, évolue vers des missions de soins de suite et de réadaptation addictologique avec des propositions de soins allant jusqu'à trois mois.

Ce changement génère inquiétude et stress au sein de l'équipe. J'apprends l'accompagnement dans la conduite de changement et mesure le rôle de leader que je dois incarner. Ma hiérarchie me demande d'impulser une dynamique en lien avec de nouveaux objectifs de soins mais aussi financiers. En tant qu'encadrante apprenante je m'appuie sur les compétences et connaissances collectives de l'équipe dans une volonté de favoriser l'autonomie tout en donnant les objectifs à atteindre et les axes d'amélioration. A mon tour, j'essaie d'incarner une posture de manager-coach. Mais face au changement et aux enjeux qu'ils représentent, certains soignants manifestent leur résistance voire leur opposition. Cela est générateur de perte de sens dans l'activité de soins, maîtrisée jusqu'ici, et conduit même un membre de l'équipe à s'arrêter. Je mesure la difficulté de transmettre une dynamique positive de changement face à des réticences et l'importance du leadership en tant que manager.

Ce poste d'IDEC m'a permis de développer des capacités d'adaptation, de négociation et d'animation ; l'observation, l'écoute et le travail en collaboration m'ont aidée à assurer les missions qui m'étaient confiées. Cette expérience m'a fait cheminer et mûrir mon projet professionnel. Me sentant en capacité de me positionner sur un poste de faisant fonction cadre de santé, j'ai posé ma candidature auprès de la direction des soins.

1.2 Faisant fonction cadre de santé : un nouveau métier

Je suis retenue sur un poste d'encadrement et intègre le poste de faisant fonction cadre de santé aux urgences. Je suis accompagnée, guidée par deux collègues cadres, chacune ayant des missions définies que nous partageons lorsque l'une ou l'autre est absente. Je suis en charge de la gestion de l'équipe infirmière de jour et de nuit, du pilotage de l'encadrement des étudiants et stagiaires, de la gestion du matériel et suis référente de la communication interne et du développement des liens avec les partenaires extérieurs.

Le service des urgences est un univers que je connais, pour avoir travaillé en tant qu'IDE dans une unité de plus petite dimension. Cela m'a aidé dans ma prise de fonction car l'activité, le matériel, l'organisation m'étaient familiers. Je dois reconnaître que ces connaissances de terrain m'ont donné une légitimité auprès de l'équipe. En effet, lorsqu'un agent aborde une problématique, je cerne rapidement la situation, aidée de mon expérience et par le travail d'encadrant de proximité. Pour autant, mes missions étaient à présent différentes et il me fallait prendre le temps d'observer, de repérer les organisations, d'identifier et me faire connaître des différents collaborateurs dans l'équipe mais aussi des partenaires extérieurs à l'hôpital. Pour cela, je prends le temps d'être au quotidien dans le service, d'échanger de manière informelle avec chacun, ce qui me permet d'apprendre à connaître les membres de l'équipes, de repérer les interactions, les ressources mais aussi les difficultés des uns et des autres. Cette proximité créée progressivement un lien de confiance et permet quelquefois de désamorcer des situations complexes, de répondre aux questionnements, de confronter les points de vue avec authenticité.

Au contact de mes deux collègues cadres, j'apprends à me positionner face à une équipe de personnel non médical de 85 personnes et de 30 médecins. Au quotidien, nous sommes confrontés au manque de lits d'hospitalisation, ce qui entraîne des hospitalisations au sein même du service. L'ensemble des soignants doit s'organiser pour assurer les missions relevant du

service et répondre aux besoins des patients qui, faute de lit d'hospitalisation, passent plusieurs heures-jours aux urgences. Le service n'est pas prévu pour cette activité. Ces situations de soins posent question à l'ensemble des soignants. Comment prendre en soins des patients au milieu de couloirs, sans le matériel ni la logistique adéquats ? Le manque de temps est une caractéristique que l'équipe évoque au quotidien : les conditions d'exercice ne permettent pas de prendre le temps de parler, de reconforter, de rassurer à la hauteur de ce que souhaitent les soignants et ce dont ont besoin les patients. Les valeurs soignantes sont mises à l'épreuve, certains nomment une perte de sens de leur travail, ce qui amène de la colère, de la démotivation, de la frustration voire un désengagement pour d'autres.

Je comprends la nécessité de développer mon réseau professionnel, de travailler en collaboration avec les autres unités, de faire des compromis en gardant toujours comme objectifs la qualité et la sécurité des soins pour le patient.

Lors de ma première année en poste, le turn-over des IDE est très important, du fait de départ à la retraite et de mobilité institutionnelle à la demande des agents. Ceci impacte les organisations du service. En effet, le service est divisé en secteurs de soins qui requièrent des compétences spécifiques. Et l'acquisition des compétences demande un temps d'adaptation à l'emploi, il s'agit de mettre en binôme un nouvel arrivant avec un agent qui maîtrise les compétences et l'organisation des soins propre au service.

Ces changements dans l'équipe entraînent des modifications de planning, les plus anciens se retrouvent plus fréquemment sur certains secteurs comme l'accueil ou la salle d'urgences vitales qui nécessitent une maîtrise de certaines pratiques de soins. Ce sont des postes qui demandent une vigilance et une grande autonomie de la part des IDE, mais ce sont également des postes de travail fatigants. Certains me font part de leur lassitude, d'autres de leur mécontentement face à cette mobilité qui se répercute sur leur charge de travail.

Dans ce contexte, la communication a été primordiale. Face à cette grande équipe, il me fallait trouver des outils de communication qui permettent à chacun de trouver les informations dont il avait besoin. C'est dans cet objectif et avec la collaboration d'un médecin urgentiste, que nous avons mis en place une « newsletter » en format papier, disposée dans la salle de soins, le bureau des transmissions et la salle de pause. Sur une feuille, on retrouvait l'actualité du service, les projets à venir et les invitations à se faire connaître pour y participer, les nouvelles procédures dans l'unité et/ou l'établissement, une rubrique avec les départs et arrivées dans l'équipe, les formations à venir... Ce modèle permettait de transmettre les informations au plus

grand nombre, dans un contexte sanitaire de COVID-19, où les rassemblements pour des réunions n'étaient pas autorisés.

Mon expérience en tant que faisant fonction CDS s'est faite dans un contexte sanitaire de crise. Il m'a été essentiel de pratiquer un management de proximité afin de connaître mes collaborateurs, d'identifier leurs besoins, les ressources mais aussi de saisir le climat social, l'atmosphère de travail, qui peut s'avérer très utile pour anticiper des situations de mal être. Pour autant, ce contexte de crise permanente a été source de changements et d'adaptation continue qui a généré de la fatigue dans les équipes. J'ai appris à accompagner les équipes dans la conduite de changement et à adapter les organisations en fonction des contraintes.

1.3 Le contexte à l'origine de mes questionnements

Depuis février 2020, le SAU, porte d'entrée de l'hôpital a dû faire face à la crise sanitaire du Covid-19 et a vu ses organisations changées quasi quotidiennement, au fil des recommandations et dans un contexte d'incertitudes. A ma prise de poste en septembre 2020, je suis accueillie par deux collègues cadres qui ont vécu et piloté ses changements organisationnels et qui m'informent des événements vécus par l'ensemble de l'équipe. A travers leurs discours j'entends les difficultés auxquelles le service a dû faire face et perçoit la fatigue qui s'est installée.

Les vagues successives n'épargnent pas les soignants et les arrêts pour maladie augmentent en fréquence et en nombre. En tant qu'encadrante de l'équipe IDE, je sollicite quotidiennement les agents pour assurer les remplacements afin de garantir, la continuité des soins. L'exercice n'est pas simple, partagée entre devoir de service public et respect de la vie personnelle des soignants, mes valeurs sont mises à rudes épreuves.

Malgré un plan de retour à l'équilibre financier, le CH où j'exerce, continue à recruter mais se trouve confronté à un faible taux de postulants révélateur d'une pénurie nationale de soignants.

Consécutivement aux accords Aubry sur la réduction du temps de travail et à la création des pôles au sein des CH, la répartition des ressources soignantes a été modifiée. Dans certains CH, des mensualités IDE et AS ont été concentrées afin de créer des pools internes à chaque pôle,

permettant les remplacements d'absences. Ces pools de remplacements existent dans mon CH, mais ils ne suffisent plus à absorber l'ensemble de l'absentéisme de l'établissement. Les agents en poste sont soumis à des contraintes d'auto-remplacement.

Il s'agit pour moi de solliciter, de convaincre et de négocier quotidiennement avec eux pour garantir un effectif qui permette de répondre aux besoins en soins. Pour garantir cette priorité, je consacre une grande partie de mes journées à cette mission, l'absentéisme étant important. Laissant de côté le reste de mes activités.

Au printemps 2021, le médecin chef des urgences décide de faire un conseil de service. Il s'agit d'une réunion réunissant l'ensemble des collaborateurs paramédicaux-médicaux, secrétaires et encadrants, afin de donner les lignes directrices du projet de service, de faire le point sur les actions menées et de transmettre les informations spécifiques à l'activité de l'unité. A la fin de cette réunion une majorité de l'équipe IDE de jour, représentée par 90% des infirmiers titulaires, annonce qu'ils se sont mis d'accord pour refuser d'assurer les remplacements à venir. Ils nomment leur lassitude à revenir sur leur repos hebdomadaire ou leur jour de récupération de temps de travail pour combler les absences des collègues en arrêt de travail. Ils me remettent une lettre signée, expliquant leur décision et leur fatigue consécutives au contexte sanitaire et aux nombreuses réorganisations de service. Mais aussi leur « ras-le bol » face aux sollicitations de remplacements qui ont des répercussions dans leur vie personnelle, ainsi que les conditions d'exercice qui ne correspondent plus à ce pourquoi ils ont choisi ce métier. Tout en m'exprimant leurs revendications, ils m'expliquent que ça n'est pas contre moi, qu'ils ont bien conscience que c'est mon rôle de les solliciter mais que cette situation n'est plus tenable pour eux.

Face à cette situation de « crise » je vis cette problématique comme un enjeu en tant que jeune encadrante, partagée entre bienveillance envers l'équipe et obligation de service, comment puis-je répondre à mes missions de manager tout en respectant mes valeurs ?

Les arrêts maladie pour COVID étaient nombreux mais pas exclusifs, l'absentéisme n'était pas uniquement en lien avec ce virus, j'identifie le besoin de comprendre les causes de cet absentéisme, que vient dire cette problématique au sein d'une équipe et plus largement au sein d'un établissement ?

Ce cheminement et la prise de recul de ce vécu m'amène à un questionnement de départ : Quels sont les effets de l'absentéisme pour les soignants ? Pour les patients ?

De quelles ressources disposent le CDS pour gérer l'absentéisme des personnels non médicaux ?

1.4 L'absentéisme : définition et causes

L'absentéisme est un problème qu'il faut résoudre et qui n'est pas nouveau, déjà lors de la révolution industrielle, les grands patrons mettaient en place des mesures d'hygiène dans les usines pour éviter que les forces ouvrières ne soient malades et donc absentes, freinant ainsi la productivité.

Par définition dans le domaine professionnel, l'absentéisme est l'absence d'un salarié sur son lieu de travail. Il est la conséquence d'une incapacité temporaire, d'une durée variable, de travailler. D'après un sondage de l'IFOP datant de mars 2022, le taux d'absentéisme en France s'élève à 4.94%, l'étude porte sur 4 années de 2018 à 2021, sur un périmètre constant de 750 entreprises avec en moyenne 470 000 individus par an. Ce taux d'absentéisme est calculé selon la formule suivante :

Mode de calcul du taux d'absentéisme

$$\frac{\text{Nombre de jours calendaires de l'absence} \times \text{pourcentage temps de travail}}{\text{Nombre de jours calendaires du contrat} \times \text{pourcentage temps de travail}}$$

D'après Pascal Gallois, consultant en management social, il existe un absentéisme dit « structurel » qui est « incompressible entre 4 à 6% », il correspond aux jours de congés pour convenance personnelle : naissance, mariage, congés maternité, enfant malade... Ce type d'absentéisme est, du fait de ces raisons, anticipable par les institutions.

L'ensemble des secteurs d'activité s'intéresse à ce phénomène qui a un coût pour les entreprises comme pour la société, véritable indicateur ou baromètre de la santé des entreprises et des collaborateurs, qu'il apparaît nécessaire d'éradiquer pour atteindre les objectifs fixés.



Figure 1 : baromètre de l'absentéisme au travail et de l'engagement (Ayming,2020)

L'ANACT, Agence Nationale pour l'Amélioration des conditions de Travail, considère que « *L'absentéisme caractérise toute absence qui aurait pu être évitée par une prévention suffisamment précoce des facteurs de dégradations des conditions de travail entendus 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.* ». Cette définition identifie la seule responsabilité de l'entreprise tant dans l'organisation logistique qu'humaine comme facteur d'absentéisme. L'absentéisme apparaît donc comme un indicateur des conditions d'exercice, révélant des manques, des dysfonctionnements, des problèmes organisationnels. Il est aussi le marqueur du climat social, en réponse aux qualités relationnelles d'une structure avec ses collaborateurs, d'un style de management.

Il est également un témoin de démotivation des agents envers leurs activités professionnelles, voire de « *profondes remises en question du sens du travail* » (Devigne et al., 2016, p.63). Tandis que pour Cohen et Golan, le résultat de leur étude montre que l'absence est considérée « *comme un moyen individuel d'évitement d'une situation de travail désagréable* » (2007).

Ce phénomène est donc représentatif de la qualité de vie au travail, révélant quantitativement le bien être des agents au sein de leur structure. L'absentéisme a des causes personnelles telles l'environnement familial de l'agent, son état de santé sans lien avec son travail et des causes professionnelles : accidents de travail, maladies professionnelles, mauvaise atmosphère de travail, conditions défavorables, stress et mauvaises relations avec son supérieur. L'absentéisme est donc multifactoriel et multiforme.

1.4.1 De l'absentéisme au présentéisme soignant

Si l'on considère l'absentéisme total, l'hôpital ne fait pas exception, bien au contraire. Selon la Fédération Hospitalière de France (FHF), l'absentéisme moyen s'élève à 9.9%² pour l'année 2021, bien au-delà de la fourchette de l'absentéisme structurel.

Afin de pallier à ce phénomène, le CDS a plusieurs leviers. Selon les organisations institutionnelles, l'auto-remplacement au sein des équipes est un de ces leviers. Dans ce cas le CDS sollicite les soignants pour remplacer un collègue absent. Ce remplacement a pour conséquence la suppression d'un jour de repos ou de congé, générant de la fatigue. Ces « *pratiques visant à résoudre l'absentéisme peuvent ainsi favoriser le comportement de présentéisme* » (Berthe et Dumas, 2020, p.25). Aussi, la sur sollicitation des agents, pour assurer les remplacements, peut être source de présentéisme avec le risque de voir l'état de santé physique et/ou psychologique des agents sollicités s'aggraver, en supprimant des jours de repos et/ou de congés. D'autant que, la volonté des organisations de travail de réduire le taux d'absentéisme a conduit à des pratiques encourageant la présence au travail. En effet, dans certains services du secteur public hospitalier, une prime de service, régit par l'arrêté du 24 mars 1967 est attribuée au personnel non médical. Du montant de cette prime dépend l'assiduité au travail des agents. Ainsi, un employé qui aura été absent de son poste durant l'année, verra sa prime décotée d'autant. Cette incitation financière permet de récompenser

² Enquête FHF avril-mai 2022 situation RH

l'engagement et la présence des soignants mais la question d'un effet pernicieux se pose. Certains auteurs dont Virginie Labrousse, directrice de projet du groupe Deutsche Telekom et Marie-Anne Saule, directrice de projets de développement de la performance socio-économique, parlent de production d'un « *effet de bascule, des comportements négatifs tel que le présentéisme* » (2017, p.88). Les auteurs Brami, Damart et Kletz, parlent d'un « *lien d'interdépendance entre les individus d'un même collectif* » faisant de l'absentéisme un facteur de risque de dégradation de la santé au travail (2013, p.171).

Le phénomène de présentéisme est défini sous plusieurs acceptions :

- Il peut s'agir du fait de venir travailler tout en étant malade décrit par Gosselin et Lauzier, universitaires au Québec, (2011). Rainbow et Steege, parlent eux de « *la présence physique au travail alors qu'on ne devrait pas y être en raison de sa santé et de son état de bien-être, de l'environnement de travail stressant, du manque d'équilibre travail-vie privée ou d'identité ou de culture professionnelle* » (2017, p.620). Ainsi, pour ne pas laisser les collègues en sous-effectif, par solidarité, certains soignants viennent travailler alors que leur état de santé n'est pas compatible avec leur activité.
- Le présentéisme se définit également lorsque « *le salarié réalise des dépassements de ses horaires de travail, quand il travaille au-delà des heures légales, parfois sans être indemnisé, ou qu'il ne profite pas des congés auxquels il peut prétendre* » (Berthe et al. 2021, p.215). Cela peut se produire lorsque la charge en soins est importante, le temps des transmissions à l'équipe suivante où quand il y a une urgence à gérer.

Il apparaît que l'absentéisme, comme le présentéisme, n'est pas sans conséquence sur la qualité des soins.

L'absentéisme représente un coût dans plusieurs domaines :

- économique : remplacement du salarié absent.
- Organisationnel : impactant les fonctionnements des unités de soins.
- Humain : pour les équipes, car il génère une désorganisation et une dégradation des conditions de travail. Pour les usagers, avec un temps de soins plus court et une qualité des prises en charges moins bonne et une qualité de soins qui est dégradée. Mais aussi pour les cadres de proximité, le temps passer à gérer l'absentéisme, à refaire les plannings, est chronophage et se fait au détriment d'autres choses.

Face à ce phénomène qui impacte les organisations, quels sont les outils de gestion mobilisés par le CDS ?

1.4.2 Le rôle du cadre de santé hospitalier dans la gestion de l'absentéisme

La professionnalisation du métier de cadre de santé a entraîné une évolution de ses missions. Depuis 1995 et la création du diplôme de CDS, les fonctions de cadre se rapprochent du management et s'ouvrent aux sciences de gestion : humaine, économique et de la qualité. Le CDS est un pivot des organisations, alliant des fonctions de gestion et d'encadrement. Il est le garant de la qualité, de la sécurité et de la continuité des soins.

Face à l'absentéisme qui impacte les organisations de soins, le CDS peut mobiliser plusieurs outils de gestion qui peuvent différer selon les organisations et les établissements. Il lui appartient en premier lieu d'évaluer la charge en soins et la nécessité ou non d'assurer le remplacement.

Certaines équipes, services et/ou établissements font le choix de ne pas remplacer de manière systématique. Des modes d'organisation dits dégradés sont mis en place lorsque les absences sont inopinées avec des délais de prévenance trop courts pour organiser le remplacement.

Quand l'activité le nécessite, le remplacement doit être assuré et le CDS fait appel aux ressources internes du service en

- Sollicitant un professionnel en repos
- Demandant à un agent en poste d'allonger son horaire initial.

Il peut également faire appel à un agent du pool de remplacement, ou travailler en collaboration avec ses pairs cadres, le collectif cadres, pour un transfert d'un personnel d'une autre unité de soins. Ce qui n'est pas sans conséquences sur la qualité. En effet, le remplacement d'un agent absent par un remplaçant qui n'est pas formé aux pratiques du service peut générer du stress, de l'inconfort, un sentiment d'insécurité pour celui-ci mais aussi pour celui qui doit le former.

Dans certaines structures le recours à l'intérim est aussi possible tout comme l'accès à des plateformes de remplacement.

Face à l'absentéisme le cadre de proximité met en place des mesures d'ordre organisationnel, le plus souvent par le changement des plannings et le rappel des agents pour

assurer les remplacements, imposant une polyvalence et une adaptabilité des salariés. Il doit veiller au respect du code de travail et suivre le décret n°2002-9 du 4 Janvier 2002, relatif au temps de travail effectif. Aussi, l'organisation du travail doit se faire selon les règles suivantes :

- ne pas dépasser 48h (heures supplémentaires comprises) de travail hebdomadaire par agent
- respecter 12h de repos entre deux postes,
- maintenir quatre jours de repos par quinzaine, dont deux consécutifs avec un dimanche.

Outre le respect de l'aspect réglementaire, le CDS exerce également avec un code déontologique et le respect de ses valeurs. Lorsqu'il sollicite voir sur-sollicite les soignants, selon le taux d'absentéisme, il sait que ce n'est pas sans conséquence sur la qualité de vie des soignants et sur leur vie hors travail. Partagé entre continuité de service et bienveillance envers son équipe, le cadre de proximité doit composer avec ses émotions et celle de l'équipe. Il n'est pas rare qu'un soignant accepte de venir remplacer un absent pour ne pas laisser les collègues en difficulté, révélant une solidarité vis-à-vis du collectif. Même si cela est au détriment de l'état physique et/ou psychique et de la vie privée.

La gestion de l'absentéisme développe la coopération entre plusieurs interlocuteurs : cadres d'un même pôle, cadres supérieurs, direction des soins et direction des ressources humaines. Les exigences des politiques de santé ont contraint les acteurs soignants et gestionnaires à trouver des solutions ensemble pour pallier à un contexte de travail aux conditions dégradées. Voyons dans quelles mesures les réformes successives du système de santé ont impacté en profondeur les organisations hospitalières.

1.5 Politiques de santé et enjeux économiques

Dans un souci de lutte contre les épidémies, les Etats ont mis en place des stratégies de santé au fil des siècles. Ils ont dû faire évoluer les mesures, adapter leurs fonctionnements et organisations pour répondre aux besoins des populations et aux évolutions sociétales. Au fur et à mesure des épidémies et des siècles, les Etats s'organisent et c'est avec la constitution de 1948 que l'Organisation Mondiale de la Santé, OMS³, voit le jour, avec pour objectif

³ La Constitution a été adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, signée par les représentants de 61 Etats le 22 juillet 1946 (Actes off. Org. mond. Santé, 2, 100) et est entrée en vigueur le 7 avril 1948. Les amendements adoptés par la Vingt-Sixième, la Vingt-Neuvième, la Trente-Neuvième et la Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé (résolutions WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 et WHA51.23) sont entrés en vigueur le 3 février 1977, le 20 janvier 1984, le 11 juillet 1994 et le 15 septembre 2005 respectivement.

d'amener tous les peuples du monde au niveau de santé le plus élevé possible « *La santé étant un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Pour atteindre cet objectif, la constitution précise que « *les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées* ». Par ses observations, l'OMS oriente et guide les Etats qui, selon Didier Tabuteau (2010), tentent « *de structurer leur action sanitaire* » vers des politiques de santé publique. C'est au travers de ces politiques de santé que la France organise son système de santé et donne le cap aux organisations hospitalières.

Au cours des vingt dernières années, les politiques de santé françaises ont été inspirées par une notion élaborée par Osborne et Gaebler dans leur ouvrage « *Reinventing Government* », paru en 1992, nommée New Public Management, NPM, avec une volonté de calquer les modèles économiques, financiers et organisationnels du secteur privé sur ceux du secteur public. Ce modèle de gestion s'introduit à l'hôpital qui « *se doit de devenir une organisation performante où l'ensemble des acteurs sont responsabilisés.* » (Routelous, 2013, p.9)

Depuis la tarification à l'activité, T2A, jusqu'à la loi Hôpital Patient Santé et Territoires, HPST, en passant par la loi de financement de la Sécurité Sociale en 2018, les hôpitaux et leurs collaborateurs se sont adaptés afin de répondre aux objectifs d'activité, de budget, de qualité et de sécurité des soins associés à des indicateurs de résultats financiers.

Cette évolution des politiques de santé a modifié en profondeur les organisations hospitalières soumises à la performance économique et à l'efficacité, dans une volonté de maîtrise des dépenses de santé. Corine Grenier, professeure de management, et Sandra Guitton-Philippe, responsable du centre d'activité encadrement PACA-Corse, parlent d'une logique de « *rationalisation de l'offre et de la performance des activités* » (2011, p.98).

Mais ces orientations vers le NPM ont également eu un impact sur les conditions de travail, Achmet et Commeiras nomment une « *détérioration de l'environnement de travail : santé au travail fragilisée (stress accru, fatigue physique intense, épuisement professionnel...), perte de sens au travail, démotivation et désengagement au travail, perte de confiance envers le manager (Demmke, 2016), fort absentéisme* » (2018, p.119)

1.6 Impacts des politiques de santé dans l'organisation des soins

Le travail du soignant présente des caractéristiques éprouvantes comme la forte charge émotionnelle à laquelle il est confronté face à la douleur, la maladie, la mort. Les contraintes d'horaires et le devoir de continuité de service sont des aspects inhérents à la profession.

Pour autant, les politiques de santé des vingt dernières années et l'objectif de réductions des dépenses ont généré des changements structuraux et organisationnels à l'hôpital. La valeur économique des actes de soins doit permettre de financer leur réalisation (moyens matériels et humains). Les soignants se voient allouer une tâche supplémentaire de traçabilité des actes.

La loi de modernisation de notre système de santé et le virage ambulatoire, prévoit des durées de séjour courte pour les patients. Le turn-over des usagers est important, générateur d'actes, et entraîne une augmentation de la gestion logistique, plusieurs patients pour un « même lit » sur des intervalles courts et sur une même journée. Les pratiques de soins sont répétées à flux tendu, en évitant les temps morts, avec une optimisation des temps d'utilisation des infrastructures, laissant peu de place aux aléas.

L'évolution sociétale participe aussi aux modifications organisationnelles. Pour être acteur de sa santé, le patient doit être informé, il exige de comprendre avant de consentir et doit pouvoir solliciter les soignants.

Les différentes réformes hospitalières axées sur la maîtrise des dépenses et sur la qualité et sécurité des soins ont généré « *une course à la productivité dégradant le bien-être au travail des professionnels* » (Haliday et Naudin, 2019, p.51). La crise sanitaire de ces trois dernières années a mis en lumière les problématiques générées par la politique à flux tendus des ressources logistiques, matérielles et humaines. Le manque de lits et de soignants ont contraint les professionnels de santé à faire des choix en contradiction avec leurs valeurs, ce qui a soulevé des questions éthiques et morales. Dans ce contexte, de nouvelles perspectives en matière de politique de santé sont en discussion. Une proposition de loi relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé a été déposé par le Sénat le 8 novembre 2022 et demande d'« *Établir, pour chaque spécialité et type d'activité de soin hospitalier et en tenant compte de la charge de soins associée, un ratio minimal de soignants par lit ouvert ou par nombre de passages pour les activités ambulatoires dans les établissements de santé assurant le service public hospitalier au sens du chapitre II du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique* ». Cette proposition

marque une volonté politique d'adopter des mesures permettant de concilier qualité et sécurité des soins pour les patients et cadre de travail bien traitant pour les soignants.

Dans un souci d'efficience, il s'avère que les réformes de politiques de santé menées ces dernières décennies ont « *soit modifié directement les organisations (autonomisation, décentralisation, intensification du travail...), soit orienté certains choix organisationnels (pression sur les effectifs, évaluation sur des indicateurs à couleur financière...)* » (Brami et al., 2012, p.547). Les fondements de l'hôpital public sont remis en question et les usagers comme les professionnels changent leur regard sur ce service public. En parallèle, les chiffres révèlent un taux d'absentéisme plus important chez les soignants par rapport aux actifs des autres secteurs d'activité. L'absentéisme qui est multifactoriel a donc des répercussions sur la qualité et sécurité des soins. Pour réduire au minimum ces impacts, le CDS mobilise plusieurs outils de gestion afin de préserver la continuité des soins. Les conséquences de l'absentéisme sont ainsi traitées, bien souvent dans des situations d'urgence de remplacement. Pour autant, une fois l'urgence réglée, qu'en est-il du traitement des causes d'absence du personnel ?

Avec l'instauration des 35 heures, puis l'arrivée sur le marché de l'emploi des générations Y et Z, le rapport au travail évolue. Les organisations de travail doivent s'adapter et répondre aux besoins de dialogue social, de qualité de vie au travail, de démarche participative tout en respectant le rapport vie professionnelle et vie privée.

Suite à mes investigations sur la notion d'absentéisme et l'étude du contexte des politiques sanitaires dans lequel il s'inscrit, plusieurs concepts se détachent. Cette première partie contextuelle m'a permis d'affiner mes interrogations initiales. Il se dégage alors deux questionnements :

Comment le CDS peut-il accompagner les équipes face à ce phénomène ?

L'approche par la qualité de vie et des conditions de travail est-elle un levier managérial de prévention des situations d'absentéisme ?

Dans une seconde partie, je vous propose donc de développer les concepts de Qualité de Vie au Travail. Puis je traiterai du sens du travail et je m'intéresserai à la notion d'équipe. Par cette approche conceptuelle je ferai émerger une problématique :

En quoi le travail de proximité du Cadre De Santé permet-il d'appréhender les facteurs inhérents à l'absentéisme ?

2 Le cadre conceptuel

2.1 La Qualité de Vie et les Conditions de Travail (QVCT)

La notion de Qualité de vie au Travail, QVT, a émergé dans les années 70 aux Etats Unis. En France, les politiques de santé initiées par la Direction Générale de l'Offre de Soins, DGOS, la Haute Autorité de Santé, HAS, et l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail, ANACT, tendent à améliorer les conditions de travail, la prévention des risques professionnels et le bien-être au travail. La dynamique de QVT est également inscrite dans la démarche de certification ainsi que dans les projets d'établissements depuis 2010.

L'Accord National Interprofessionnel, ANI, de 2013 définit la QVT comme « *un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué* ». Ainsi, permettre aux salariés de travailler dans de bonnes conditions favorise le travail bien fait, la performance économique, organisationnelle mais aussi sociale des entreprises. Ce sont autant de sources de motivations qui poussent les entreprises à développer une dynamique QVT. La définition donnée par l'ANI, évoque que la QVT émane d'un « sentiment » on parle donc d'une perception propre à chaque individu.

L'ANACT, a identifié six facteurs d'amélioration de la QVT qui tiennent compte de la perception individuelle comme collective.

Depuis mars 2022, la QVT a été remplacé par la QVCT dans le code du travail. Ce changement de terminologie insiste sur l'importance d'exercer dans un environnement de travail qui assure la sécurité des équipes ainsi que leur santé mentale comme physique.

L'approche par la QVCT permet une démarche vertueuse d'amélioration des conditions de travail qui contribue à la performance et à la qualité des soins, enjeux primordiaux des organisations hospitalières.

2.1.1 Les enjeux de la QVCT

- **Le respect de la réglementation :**

Cette démarche répond à une obligation de l'employeur de s'assurer de la santé physique et mentale de ses employés, elle est régie par l'Art. L4121-1 du Code du travail. Selon l'Assurance Maladie « *95 % des maladies professionnelles reconnues dans le secteur de l'aide et soins à la personne sont liés à des TMS* » avec un impact financier et économique de 160 millions d'euros. Ainsi, la prévention des Troubles Musculosquelettiques (TMS) et la diminution du stress au travail ont un intérêt fort pour les organisations et permet de réduire l'absentéisme.

- **L'Amélioration des performances :**

Une dynamique basée sur le bien-être des employés entraîne une meilleure productivité, une meilleure qualité et un engagement des salariés. Les conséquences sur l'absentéisme et le turn-over, l'adaptabilité aux changements sont réels et l'ensemble de ces facteurs participe à l'accroissement des compétences et des performances. D'après Olivier Bachelard, directeur de l'Emlyon Business School, « *Les dirigeants peuvent attendre un retour en matière de performance (plus de productivité, de qualité...), un retour humain (plus d'investissement de la part des salariés), un retour en matière d'image (meilleure réputation* » (2017). Ainsi, l'amélioration des conditions de travail des soignants à un impact sur la qualité des soins et le bien-être des patients. L'approche par la démarche QVCT est vecteur de performances.

- **Attractivité et engagement :**

La prise en considération de la QVCT révèle l'intérêt que porte l'employeur envers ses collaborateurs. Il s'agit de faire véhiculer une image positive de l'entreprise ou de l'établissement en créant un climat de confiance et de sécurité qui favorise le développement des compétences et améliore l'estime de soi. Ainsi, l'engagement est renforcé ce qui contribue à une fidélisation des collaborateurs mais également une capacité d'attractivité pour de nouveaux recrutements.

2.1.2 Quels sont les leviers de la QVCT ?

L'ANACT a identifié 6 facteurs d'amélioration de la QVCT, aussi appelés « champs d'action » qui décrivent les domaines sur lesquels agir pour abonner la qualité de vie et les conditions de travail.

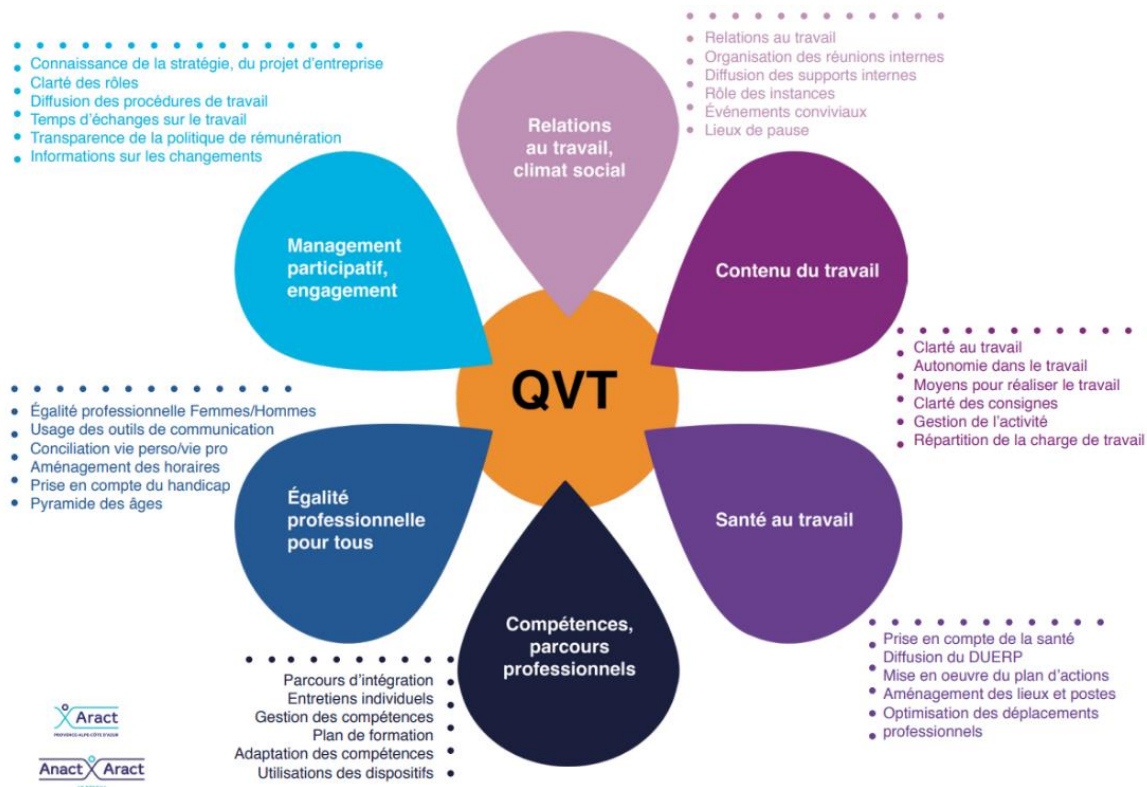


Fig.2 Marguerite QVT, ARACT PACA

2.1.2.1 La santé au travail

Cet axe concerne les actions mises en œuvre par l'employeur pour améliorer les conditions de travail. L'attention est portée sur les équipements, l'aménagement des postes de travail, tous les moyens ergonomiques permettant de prévenir et réduire les TMS et les accidents de travail. Le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels, DUERP, est revalorisé et renforcé par le passeport de prévention, inscrit depuis le 2 août 2021 dans le code du travail (article L.4141-5), qui a vocation à accompagner les formations des employés en matière de sécurité et de santé au travail. Outre les aménagements matériels des postes de

travail, de plus en plus d'entreprises privées comme publiques plébiscitent le développement de l'activité physique, sur le lieu de travail. Et l'on comprend pourquoi, si l'on se réfère au rapport d'avril 2022 de l'Académie Nationale de Médecine qui mentionne que « *des interventions en entreprise ont été proposées, afin de réduire les risques de burn-out et d'absentéisme, comportant le plus souvent une activité physique de loisir, le plus souvent sportive* ». Ainsi, l'employé sensibilisé devient acteur et responsable de sa santé. Ce qui incite les professionnels à prendre autant soin d'eux que des patients, sur le principe « *d'écologie de soi* » (Andrieu, 2012, p.64).

2.1.2.2 Les relations sociales

L'objectif est de renforcer les relations sociales, notamment depuis la crise COVID qui a mis à mal les dynamiques relationnelles. Il peut s'agir de réfléchir à des diffusions innovantes d'informations, de réunions participatives, de porter une attention à la qualité des temps et lieux de pause pour favoriser les relations sociales. L'importance est donnée à une qualité de dialogue social afin de partager collectivement les objectifs, les attendus, les projets et les résultats et d'impliquer l'employé à la vie de l'entreprise. Les interactions et les relations avec les collègues de travail et la hiérarchie sont des facteurs motivationnels et « *constituent l'un des fondamentaux du bien-être au travail* » (Labrousse et Saule, 2017, p.101).

2.1.2.3 L'évolution professionnelles et les compétences

Ce champ aborde les perspectives de développement, le parcours d'intégration, l'accès au dispositif de formations pour adapter les compétences. Mais également l'évolution des responsabilités et de l'autonomie du salarié. D'après le modèle de Karaseck, sociologue et psychologue, qui cherche à expliquer le stress professionnel, tout est question d'équilibre entre contraintes ou exigences du poste et mise en œuvre des compétences permettant une autonomie de travail. Ainsi, selon ce modèle « *la situation la plus délétère pour l'individu en termes de risque pour la santé est celle qui associe une demande psychologique élevée à une faible latitude décisionnelle* » (Montreuil, 2020, p.32).

2.1.2.4 *Le management comme outil d'amélioration de la QVCT*

Selon Haliday, les pratiques managériales « *peuvent s'avérer particulièrement pertinentes en santé pour garantir la qualité de vie au travail des équipes et des cadres* » (2018, p.5).

Cet axe aborde le rôle du manager en tant que soutien, moteur, facilitateur, autant de facteurs d'amélioration de la QVCT. Le cadre de proximité doit donner accès aux informations sur les projets de la structure, expliquer les finalités des tâches demandées, travailler sur le sens des actions. Le manager doit, à travers des feed-back, permettre de mobiliser la motivation et reconnaître les compétences pour favoriser l'engagement des salariés. Le soutien hiérarchique est un levier d'action managérial, « *En valorisant tout ce qui va dans le sens de la coopération, en reconnaissant ce que chacun donne à tous les niveaux, le cadre nourrit les dynamiques de don et la coopération* » (Grevin, 2018, p.30).

2.1.2.5 *L'égalité professionnelle :*

A travers les aménagements d'horaires, le bon usage des outils de communication, la promotion de la diversité et de l'inclusion et l'égalité professionnelle hommes/femmes, la QVCT identifie le besoin d'équité pour l'ensemble des employés. Au-delà de préconisations, l'articulation vie professionnelle et vie hors travail, est un aspect réglementaire de la QVCT, édicté dans l'article L.2242-17 du code du travail numérique.

Les transformations des modes de vie et l'évolution des priorités individuelles ont poussé les politiques publiques à s'orienter vers une conciliation vie professionnelle-vie hors travail. Ainsi, dans un souci d'égalité, l'insertion et la protection du travail des femmes est soutenu tout comme l'allongement récent du congé paternité (Code du travail Articles L1225-35 à L1225-36). Cette volonté politique souligne le fait que conciliation vie professionnelle-vie privée est un enjeu majeur que les organisations de travail doivent considérer.

2.1.2.6 *Le contenu du travail*

Cette thématique renvoie à la question de l'autonomie, de variétés des tâches, de répartition de la charge de travail, éléments essentiels pour évoluer et faire évoluer son travail.

Il est question du sens que chacun donne à ses actions professionnelles. Mais aussi de la manière dont le travail est perçu. En effet, le salarié peut vivre un décalage entre ce qui lui est demandé, ce qu'il fait réellement et comment il perçoit son action. L'analyse de cette perception entre travail prescrit, travail réel et travail perçu est source d'information sur le ressenti des employés et donne des « *renseignements sur les représentations individuelles et collectives liées au travail et le sens qui est donné* » (Montreuil, 2020, p.40). En extrapolant, l'analyse du vécu des encadrants eux-mêmes permet de renseigner la manière dont ils vont prescrire le travail aux équipes.

La stratégie nationale de 2016 « prendre soin de ceux qui nous soignent » montre la volonté gouvernementale de faire de la QVCT des soignants une priorité. L'évolution de la démarche qualité des établissements de santé ne peut se faire qu'en garantissant le bien-être des employés. Même si les acteurs de la santé aspirent à investir d'autres sphères que celle du travail, comme la famille et les loisirs, les aspects intrinsèques du travail sont également à prendre en compte. Une étude de la DARES révèle que « *Le nombre de jours d'absence augmente beaucoup plus fortement pour 20 % de salariés qui ont connu la plus forte perte de sens du travail, et diminue au contraire pour les 20 % dont le sens du travail s'est le plus amélioré* » (2021). En juin 2022, l'ANACT a organisé une semaine pour la QVT dont le thème était « en quête de sens au travail ». Après plus de deux années de crise sanitaire, nous vivons un changement de paradigme. Un nouveau questionnement se pose ici : qu'est-ce qui motive, donne envie d'aller travailler ? Donner du sens au travail est-il un levier pour le manager de proximité ?

2.2 Le sens du travail, de quoi parle-t-on ?

Dans une vie, le travail représenterait environ 100 000 heures, soit environ douze années cumulées. De fait, on comprend la nécessité de trouver un ou des sens à nos actions dans notre travail.

2.2.1 Quelques définitions

Dans un souci de comprendre ce que signifie les mots sens et travail, voyons ce qu'en dit l'étymologie.

Le terme sens, du latin *sensus*, renvoie à trois significations :

- C'est la faculté de juger, de connaître, notion de signification
- Faculté de percevoir ou d'éprouver une sensation, une impression
- Et l'orientation, la direction.

Le mot travail, du latin *tripalium*, qui signifie instrument à trois pieux (instrument de torture). En considérant cette définition du côté purement étymologie du terme, on conçoit la nécessité de lui trouver du sens.

Pour le sociologue et psychanalyste Frömm, il faut distinguer travail et emploi. L'emploi permet d'assurer des conditions de vie décente, une subsistance à l'individu. Il permet d'avoir un revenu, et recouvre donc une dimension hédonique.

Tandis que le travail est une activité par laquelle l'individu exerce ses talents, créer de la valeur avec un sentiment d'accomplissement (Hentic M., 2022).

Dans une étude de 1997, la psychologue Wrzesniewski A., met en évidence que le travail peut être une vocation, indispensable à l'individu et socialement désirable. La mesure du bien-être et de la satisfaction au travail est prise en compte et révèle une composante eudémonique, un sentiment d'accomplissement, d'épanouissement et de reconnaissance de notre travail.

Pour Rosso, Dekas et Wrzesniewski, chercheurs en sciences sociales « *Le sens du travail est une expérience subjective qui a une signification personnelle pour l'individu* » (Etude, *meaning of work international research team*, 2010).

2.2.2 Une approche singulière

Pour faire sens chacun se réfère à son expérience individuelle et/ou collective, ses représentations, ses valeurs, ses émotions. La quête de sens est, de fait, singulière et est le reflet de ce que nous sommes en tant qu'Homme, « *La perception du sens repose sur les interprétations subjectives individuelles des expériences de travail et des interactions avec l'environnement* » (Wrzesniewski et al., 2003). En partant de ce postulat, les organisations de travail qui cherchent à donner un sens général aux actions risquent de se retrouver en difficulté de fidélisation des employés, voire de recrutement. Créer des conditions qui permettent aux collaborateurs de trouver le sens qui leur convient, demande d'exercer dans un climat

d'authenticité et de confiance. Par cette approche, les dirigeants, les encadrants peuvent impulser une dynamique fédérative autour de valeurs, voir un sens commun aux actions.

2.2.3 Le sens et les valeurs

La notion de valeur peut être défini par ce que l'on souhaite, ce qui vaut la peine ou encore « *ce que l'on considère comme étant important* » comme l'écrit Benedetto lorsqu'il reprend Gordon (2008, p.125).

Notre histoire de vie, nos expériences, notre environnement, notre culture nous permettent d'identifier ce à quoi l'on tient, ce qui est important. Ces valeurs qui nous accompagnent dans notre vie de tous les jours font partie de nous et sont propres à chacun. Si elles nous guident dans notre quotidien hors travail elles sont aussi importantes dans notre travail. Accomplir un travail en accord avec ses valeurs participe à donner du sens à notre labeur.

Il peut s'agir d'une valeur non quantifiable, comme la satisfaction d'un travail bien réalisé. Dans la théorie motivationnelle de Vroom (1964), cette valeur subjective attachée au travail porte le nom de valence.

Pour la population soignante, la capacité de s'occuper d'autrui, de lui porter de l'attention, les interactions et le relationnel, sont des valeurs relatives au *care*. Cette notion se définit par deux composantes, reprises par Jean Manuel Morvillier, cadre supérieur de santé et Docteur en Sciences de l'Education, qui sont pour la première « *le souci ou l'inquiétude, et pour la seconde, une notion de soins ou d'attention* » (2015, p.78). Cette attention tournée vers l'autre, fait partie du prendre soin et est au cœur du métier de soignant. Pourtant cette valeur est mise à mal selon une enquête de juin 2018, « *70 % des personnels hospitaliers [...] estiment ainsi qu'ils n'ont « jamais », « rarement », ou en tout cas seulement « parfois » du temps pour parler au patient* » (Le carnet de santé des Français et personnels hospitaliers, 2018, p.13, ODOXA). Ce manque de temps accordé à la relation humaine est une source d'insatisfaction pour les métiers du *care*, voire une perte de sens si l'on considère qu'il s'agit ici de répondre à un besoin fondamental identifié par Alderfer en 1972, dans sa théorie motivationnelle qui doit répondre aux besoins d'Existence, de Relationnel et de Croissance (ERC).

Ainsi, la cohérence entre le travail et soi-même permet d'éviter une émotion négative d'un travail perçu comme mal fait ou en contradiction avec celui que l'on voudrait réaliser. Ce qui fait écho à la morale et aux valeurs relatives à l'individu. Le respect des valeurs morales, c'est-

à-dire ce qui nous semble juste, et le fait de pouvoir bien faire son travail, en d'autres mots les valeurs professionnelles, sont sources de satisfaction et font sens dans la réalisation de nos actions. Ce que confirme le maître de conférences en psychologie, Caroline Arnoux, « *Accomplir un travail en accord avec ses valeurs contribue à donner du sens au travail* » (2018, p.3).

Ces valeurs intrinsèques sont à mettre en perspective avec les conditions dans lesquelles le travail est réalisé. L'environnement, les moyens, l'organisation de travail, le climat social, les relations avec ses collègues et sa hiérarchie, sont autant de caractéristiques qui font qu'un travail a du sens. Pour autant cela n'est pas suffisant. En effet, toutes ces caractéristiques doivent être en cohérence et intégrées dans notre équilibre de vie, partagé entre temps de travail et temps hors travail.

2.2.4 Une recherche d'équilibre et d'épanouissement, d'accomplissement

La perception du travail change au fil des siècles et des évolutions de la société. Les métiers du soin, longtemps pratiqués par des religieuses étaient perçus comme une vocation. Les modes de vie contemporains, les représentations de la famille, l'évolution du marché économique et de l'emploi ont fait évoluer les perceptions et la place du travail dans la vie.

L'approche du travail par la QVCT, illustre l'intérêt que porte les organisations et les politiques sur ce que doit apporter le travail. Plus qu'un revenu permettant de subvenir aux besoins primaires : se nourrir, se loger, l'individu cherche à faire coïncider efficacité et estime de soi. Cette correspondance participe à créer un sentiment de satisfaction et d'épanouissement, « *Travailler, ce n'est pas seulement produire ou fabriquer, ce n'est pas seulement transformer le monde, c'est se transformer soi-même et, dans le meilleur des cas, s'accroître soi-même, construire sa santé et son identité* » (Dejours, 1998, cité par Molinier, 2002, p.135). Ainsi, pour Frankl (1959), professeur de neurologie et de psychiatrie, au-delà d'une perception, la quête de sens est pour certains, un besoin profond qui pousse l'Homme à agir. Par le prisme du travail, l'individu cherche des occasions de développer ses connaissances et ses compétences qu'il pourra mettre à profit pour lui mais également pour la société, renforçant le sentiment d'efficacité et d'utilité, « *Par le travail, l'individu acquiert des compétences et le sentiment de s'accomplir, ce qui produit des effets stimulants sur sa santé et son moral* » (Morin, 2010, p.38). La valorisation de l'estime de soi permet une certaine assurance, qui facilite des prises de

décisions et contribue à développer l'autonomie, à condition que l'environnement de travail soit propice au développement personnel.

Pourtant, un environnement de travail offrant autonomie, développement de compétences, bonnes relations de travail ne suffit pas à répondre aux besoins des employés. En effet, l'équilibre des sphères vie au travail et vie hors travail est une caractéristique qu'il faut considérer. L'articulation de ces sphères renvoie à la question de l'égalité homme-femme mais aussi à la place qu'occupe le travail dans la vie. Plus qu'un équilibre emploi-famille, c'est un changement de paradigme impulsé par une recherche d'équilibre vie au travail et vie hors travail. Le temps accordé à la famille, aux amis, aux loisirs doit pouvoir coïncider avec celui de l'activité professionnelle. Avec le risque d'entraîner un désengagement du travailleur si cette conciliation n'est pas respectée, ce qui représente un coût humain et économique pour les entreprises car pouvant « *se traduire par une baisse de motivation au travail, du stress et des problèmes psychosociaux pouvant aller jusqu'à l'épuisement professionnel* » (Tremblay et Mathieu, 2020, p.77). Pour autant, l'employeur n'a pas à tout accepter, les contraintes des uns et des autres doivent être considérés.

Si l'on regarde le mot sens sous la définition de direction, cela correspond à l'orientation que l'on donne à notre métier où à notre carrière. Ainsi, l'évolution des compétences acquises par l'expérience, la formation, les interactions avec les collègues, ou le potentiel de développement possible mais aussi la reconnaissance et l'appréciation par la hiérarchie, permettent de donner des perspectives à sa carrière. La notion d'engagement, d'investissement personnel fait écho au moyen d'avancer dans le plan de carrière et d'atteindre ses objectifs professionnels. La carrière comme déterminant du sens au travail a été mis en évidence par Wrzesniewski et al., dans une étude en 1997 (Hentic, 2022).

2.2.5 Un rôle social

Au-delà d'être un moyen de gagner sa vie, le travail est aussi un lieu de relations, d'interactions sociales, voir pour certains « *la voie principale de l'insertion sociale* » (Royer, 2002, p.18). Savoir pourquoi, pour qui, l'on fait les choses est important. Outre le fait que ça donne du sens à nos actions, cela participe à renforcer notre sentiment d'utilité, de contribution à la société, « *un travail prend un sens quand l'individu qui le fait, a le sentiment qu'il apporte sa contribution à sa communauté* » (Morin, 2010, p.37). Si l'on considère le point de vue d'Albert Camus, qui écrit « *Il n'est pas de punition plus terrible que le travail inutile et sans*

espoir » (le mythe de Sisyphe, 1942), plus qu'une source de motivation ou de satisfaction, le sentiment d'utilité relèverait d'une nécessité. Mais le travail comme la recherche de travail, permet aussi un statut social avec des droits et une protection sociale.

Si le travail est un facteur, parmi d'autres, d'intégration à la société, du fait des relations, des interactions et du sentiment d'utilité, il est aussi un lieu d'individualisation où chacun se construit. Pour Méda, « *le travail est l'activité qui définit l'identité individuelle et collective au plus haut point* » (2011)

A travers le travail, les compétences, les expériences de chacun sont mises à l'épreuve mais leur mise en commun permet une coopération entre les acteurs et est facteur de construction d'esprit d'équipe, voire de sens commun. C'est dans la construction de ce sens commun que le manager a un rôle de facilitateur à jouer. Le *sensemaking*, développé par le psychosociologue Weick (1995), et repris par Perrin et Fabri, Docteurs en sciences de gestion, consiste à « *créer une vision coconstruite par toutes les parties en présence à partir de leurs propres représentations* » (2016, p.33). Le travail en équipe répond au partage d'une vision vers un sens commun et un sentiment d'appartenance à un groupe social, facilité par l'implication et les attitudes des managers.

2.2.6 Quels leviers managériaux pour le CDS afin de donner du sens au travail ?

L'évolution des organisations hospitalières et l'introduction d'outils de gestion et de pilotage des performances ont placé le soignant dans une dynamique professionnelle éloignée de son cœur de métier. Les métiers du soin sont encadrés par un travail prescrit, régit par des protocoles et des procédures qui apparaissent bien loin de la dimension humaine du *care*. Au sein de ces organisations, le CDS se retrouve en première ligne face aux soignants et doit par son exemplarité faire coïncider exigences institutionnelles et quête de sens des professionnels « *un cadre de santé perçu comme donnant du sens à ses actes est susceptible de transmettre informellement ce sens aux personnels soignants* » (Moisson et Gardody, 2021, p.64). Mais si le manager-cadre doit faire preuve d'exemplarité il ne doit pas pour autant perdre de vue sa propre quête de sens en s'épanouissant professionnellement tout en contribuant à la performance des organisations.

La construction d'espace de dialogue ainsi qu'une atmosphère de travail propice aux échanges instaurés par la hiérarchie, inspirent la confiance des collaborateurs. Ils sont l'occasion de faire des retours sur les bons fonctionnements et de valoriser le travail et/ou de

favoriser une démarche d'amélioration de la qualité des soins. C'est aussi un moyen d'informer et de permettre l'implication des agents, tout comme un espace d'écoute et d'échanges des difficultés rencontrées, « *Ces espaces de travail appropriés permettraient de déceler les tensions résultant des décalages entre le travail réel et le travail prescrit* » (Moisson et Gardody, 2021, p.65).

De par ses actions et missions, le manager de proximité est un « *pivot de l'organisation hospitalière* » (Feroni, 2018, p.65) qui accompagne des individualités, avec des objectifs et des besoins singuliers, au sein d'une équipe, et d'une institution qui doit répondre à des objectifs de performances chiffrées. Pour Ambre Parmantier, contrôleur de gestion et adjointe de direction en EHPAD, cela se caractérise par la capacité des managers « *de savoir satisfaire les besoins individuels tout en créant une prise de conscience du besoin collectif* » (2022, p.180).

Aussi, l'esprit d'équipe doit pouvoir se construire autour de connaissances et compétences communes et/ou complémentaires que le manager doit valoriser. La gestion des emplois et des parcours professionnels, GEPP, est un outil managérial mobilisé par le CDS pour valoriser les professionnels et les accompagner dans l'atteinte des objectifs. Par un travail de proximité et sa connaissance des activités de soin, le CDS peut mettre en lumière les ressources et accompagner les agents à évoluer professionnellement en fonction de leurs attentes et envies. Et ainsi, reconnaître la valeur travail de chacun. Cela ne peut se faire que dans le respect d'une équité qui favorise un climat de confiance au sein du collectif.

Au-delà du rôle managérial, trouver un sens à notre travail et plus largement à nos actions, suppose une introspection, une prise de recul et une conscience réflexive de nos valeurs et de nos choix. Il s'agit d'une démarche personnelle, qui évolue avec le temps et dans un environnement lui-même en perpétuel mouvement.

Selon le document d'étude n°249 de la DARES, datant du 25 août 2021 « *l'évolution du sens du travail a également un impact sur la variation du nombre de jours d'absence pour maladie* ». Lorsque le CDS doit faire face à de l'absentéisme, il doit mobiliser plusieurs ressources. Il s'agit pour lui de travailler au sein d'un réseau, collectif cadres, cadres supérieurs, direction des soins, équipes médicales, médecine du travail afin d'accompagner les équipes. Ainsi, le travail du cadre comme celui des équipes ne peut se faire qu'en considérant le système dans lequel ils exercent pour permettre à chacun de mesurer les enjeux et les objectifs et de trouver ensemble des solutions aux situations problématiques. Il apparaît alors important de

comprendre comment fonctionne le système « équipe » et la place que le cadre de proximité occupe dans ce système.

2.3 De l'équipe à l'équipe soignante

2.3.1 L'équipe : une notion polysémique

Avant de parler de l'équipe soignante voyons en premier lieu, qu'est-ce qui définit une équipe. Etymologiquement le terme équipe vient du domaine maritime et désignait l'équipage d'un bateau.

Pour Monique Formarier, directrice des soins, qui cite l'auteur Abrami PC., l'équipe est définie « *comme étant un groupe de personnes interagissant afin de se donner ou d'accomplir une cible commune, laquelle implique une répartition des tâches et la convergence des efforts des membres de l'équipe* » (2012, p.180). Il est question ici, d'atteindre un objectif commun grâce aux efforts et compétences de chacun.

Selon Pierre Cauvin : « *Une équipe est le lieu où se développent les solidarités, où se renforcent les actions de chacun par le jeu des échanges, où s'unifie l'activité, où se crée un esprit commun* » (auteur cité par Formarier, 2012, p.180). Nous retrouvons ici, la question des relations entre membres de l'équipe, des interactions qui amènent à une coopération et même un esprit d'équipe caractérisé par la solidarité.

L'équipe est donc constituée d'un groupe d'individus ayant des compétences complémentaires où chacun a un rôle, une fonction et cet ensemble est structuré de façon à unir un effort collectif pour atteindre un objectif commun. Le psychologue clinicien spécialiste des organisations et de la qualité de vie au travail Claude VIANDE, inclut la notion de hiérarchie des compétences au sein de l'équipe en nommant le rôle, la fonction de chacun des membres qui la compose : « *L'équipe est une structure où les interactions entre membres sont basées sur une fonction, avec des rapports de compétence parfois hiérarchisés (place du cadre, relations entre professionnels ayant des tâches spécifiques, relations entre professionnels effectuant les mêmes tâches...)* » (ANFH, 2015).

Le mot équipe est aussi utilisé dans des expressions telles que : faire équipe, fine équipe, esprit d'équipe. Autant d'expressions qui illustrent une notion de communauté, d'être avec, d'être ensemble, de partager une cause commune. Il existe donc plusieurs acceptions du terme

équipe et il est utilisé dans de nombreux domaines : équipe de travail, équipe sportive, équipe dirigeante, équipe soignante.

2.3.2 L'équipe soignante

D'après la Haute Autorité de Santé, HAS, l'équipe soignante est « *composée de plusieurs professionnels de santé qui collaborent, s'entraident et se coordonnent pour atteindre des objectifs partagés, centrés sur la prise en charge du patient, et dont ils se sentent collectivement responsables* ». Cette capacité à faire ensemble est un facteur clé de réussite et gage de qualité. C'est d'ailleurs dans une perspective de qualité et de sécurité de prises en soins, que l'HAS, propose des « objectifs partagés » dans le Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe, PACTE. Ce programme permet de mettre en exergue le travail en équipe comme barrière de sécurité et donc de diminution de survenue d'évènements indésirables. Ainsi, par la compétence et la responsabilité collective de l'équipe, le travail est valorisé.

Une équipe est fondée sur un historique, avec des arrivées et des départs de ses membres. D'après le professeur de psychologie, Denis Mellier, ce vécu est constitué de « *tous les progrès, tous les moyens qu'une équipe a réalisés pour faire face à sa tâche* » (2012, p.138)

Suite à ma revue de littérature j'identifie les caractéristiques suivantes sur la notion d'équipe soignante :

- Elle est constituée d'un nombre de personnes définis : professionnels médicaux et paramédicaux, Muchielli cite Lafon et précise que « *l'équipe est un nombre plutôt réduit et cette limitation est nécessaire : elle est imposée par l'exigence d'efficacité* » (1975).
- Elle se caractérise par des interactions et des relations entre les personnes.
- Il y a une collaboration des individus pour atteindre un objectif commun : projet de service, qualité et sécurité des soins. Muchielli va plus loin et parle d'une « *coopération qui est ici une coresponsabilité* » (2011, p.13) dans l'atteinte de l'objectif.
- L'équipe exerce dans un environnement défini : le service de soins, un établissement sanitaire ou médico-social.
- Chacun connaît et répond à un rôle au sein de l'organisation et « *des positions se répartissent au sein de l'équipe en situation et la structure ajoute [...] son potentiel d'unification* » (2011, p.14).

- Les professionnels sont interdépendants, chacun apporte ses compétences, son expérience, ses connaissances au profit de l'équipe et du patient.
- L'équipe est coordonnée par un responsable : le CDS.

La définition donnée par l'HAS est l'illustration de ce que doit être une équipe mais c'est une notion qui se vit par les membres qui la composent. Les équipiers sont des individualités qui eux aussi ont une histoire, des compétences, des expériences. Dans l'idéal, cela constitue une force avec une addition voire une potentialisation de ressources. Mais le manager d'équipe doit garder à l'esprit que cette entité complexe peut également être contre-productive si les compétences ne sont pas employées à leur juste valeur ou s'il n'y a pas d'intérêt pour le travail.

Cette notion ne se décrète pas, l'équipe se construit, se nourrit de ses membres qui s'appriivoisent, s'apprécient ou non. Le sentiment d'appartenance vécu par les individualités permet de constituer une identité collective ou les individus perçoivent les réalisations du groupe « *ses succès et ses échecs comme siens* » (Mucchielli, 2011, p.53). Les membres de l'équipe se sentant appartenir au groupe, l'identifient comme une entité avec des valeurs, des codes, un langage commun. Pour autant, chacun connaît sa place, son rôle au sein de l'équipe, ce que Mucchielli nomme comme étant « *une certaine structure du groupe* ».

L'équipe soignante est donc une structure complexe, un équipage dont le cadre de santé serait le capitaine. C'est une structure qui vit, évolue dans un contexte mouvant, où les membres où les places de chacun peuvent changer au gré des événements. Cette dynamique est le propre de l'équipe qu'il s'agit d'appréhender pour mieux la piloter.

2.3.3 La dynamique d'équipe de soins

La dynamique de groupes restreints, comme l'est une équipe de soins, a été mise en évidence et étudiée par le psychologue Kurt Lewin dans les années 1940. Elle désigne à la fois : L'ensemble des phénomènes psychosociaux qui se produisent dans des petits groupes, ainsi que les lois naturelles qui régissent ces phénomènes.

Et, l'ensemble des méthodes qui permettent de la gérer.

La construction de ce processus se fait par des étapes qui caractérisent le niveau de maturité du groupe. Mucchielli en distingue quatre, sur lesquelles je m'appuie pour appréhender cette notion.

- Un groupe d'individus peut être constitué de personnes qui ne se sont pas choisies qui ne se connaissent pas ou qui se connaissent par leurs fonctions respectives. Il s'agit alors d'un agglomérat d'individus ayant l'obligation de travailler ou de réaliser une tâche ensemble. Cette situation, laisse place à la perception, aux représentations d'un équipier sur un autre, ce qui, au niveau relations humaines, est assez peu confortable. Ces « *groupes nominaux* » travaillent les uns à côté des autres pour réaliser une tâche prescrite.
- La confrontation à des situations de mise à l'épreuve amène les individus du groupe à apprendre à se connaître. Face à l'adversité, le groupe trouve des consensus, une manière de faire ensemble. A ce stade, chacun donne « *la bonne image* » de soi et se conforme au groupe, ce qui participe à créer un sentiment d'unité et de collectif. Ce sont « *les groupes fusionnels* » dans lesquels règne une dimension affective forte et où l'atmosphère de travail devient prioritaire par rapport à la tâche ou l'objectif à atteindre.
- La focalisation sur la tâche nécessite une mise en place de l'organisation et des ressources. Ce qui demande une implication des membres du groupe. C'est à ce niveau de développement que s'expriment les personnalités, ce qui peut créer des prises de positions en faveur des uns ou des autres et un esprit de compétition. Des tensions, des désaccords, voire des conflits peuvent apparaître. Il s'agit ici d'un troisième niveau d'existence de l'équipe que Muchielli nomme « *groupe conflictuel* ».
- Le quatrième stade de développement est celui du « *groupe unitaire* » qui est l'état de maturité du groupe qui devient alors une équipe. Il y a une acceptation des différentes personnalités et un sentiment d'appartenance naît, favorisant une coresponsabilité dans le travail, réalisé en coopération. A ce stade, la solidarité est une règle. Les relations entre les membres de l'équipe sont des interactions. L'esprit d'équipe favorise une productivité voire de l'innovation. Toutefois, cette dynamique peut conduire le groupe à s'auto-centrer et s'enfermer dans ses pratiques et son fonctionnement, empêchant tout renouvellement et apport extérieur. Cette autosatisfaction et auto-suffisance peut conduire à un immobilisme des pratiques et entraîner à terme un désengagement des membres, générant une atteinte sur l'esprit d'équipe.

Une fois ces quatre niveaux de maturité atteints, l'équipe peut vivre une cinquième étape relevant de l'accomplissement que le psycho-sociologue Olivier Devillard appelle « *stade*

d'intelligence collective » (2005, p.80). A ce stade, chacun puise des ressources dans le talent des autres pour continuer à évoluer. Ce type de dynamique permet à l'équipe d'anticiper avec habileté en profitant des compétences de tous et en agissant comme un seul homme.

Le travail en équipe met en jeu des interactions sociales avec des échanges et des influences mutuelles. Les membres de l'équipe de soins ont chacun une place mais ils sont aussi interdépendants, notamment parce que « *l'interdépendance des tâches induit la dépendance des membres* » (Dumas et al. 2016, p.49). Ils partagent des codes, des normes qui leur sont propres. Selon les évènements, le contexte et l'environnement, l'équipe s'adapte pour survivre aux changements et maintenir une certaine homéostasie. Nous l'avons vu lors de la crise sanitaire, les équipes de soins se sont adaptées face à un contexte instable et insécure. Le vécu commun d'évènements positifs comme négatifs, participe de l'histoire de vie du groupe qui se crée un inconscient collectif.

Le travail en équipe réclame des concessions, des compromis entre attentes individuelles et objectif commun. C'est un fonctionnement qui se construit, qui évolue et doit tendre vers un équilibre pour être satisfaisant. Le climat de travail, la confiance et la cohésion d'une équipe soignante participent au maintien de cet équilibre au bénéfice du patient.

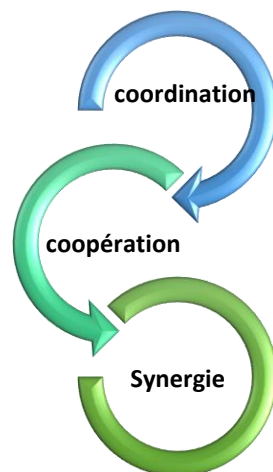
Les niveaux d'évolution de l'équipe passent par différentes étapes : de la coopération, à la cooptation jusqu'à la solidarité. Solidarité que l'on retrouve bien souvent dans les équipes de soins, où pour atteindre un objectif commun, les équipiers font « corps ». Il n'est pas rare d'entendre les soignants répondre favorablement au CDS qui les sollicite pour remplacer un collègue absent, pour ne pas laisser l'équipe en difficulté. Nous pouvons alors dire que le sentiment d'appartenance permet une solidarité voire une coresponsabilité dans la réalisation des objectifs et d'un code moral au sein de l'équipe. Mais ceci implique également que si un membre ne suit pas les règles implicites du groupe, il peut en être exclu ou devenir le « bouc-émissaire ». Il est du rôle du cadre de créer un climat propice aux échanges, voire aux désaccords afin que chacun soit suffisamment serein pour donner son opinion. Pour Odessa Dariel, professeure à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, EHESP, il s'agit même de laisser place au conflit dans les équipes pour libérer la parole et créer un climat favorable à la résolution de problèmes voire « *d'innovation* » (2018).

Pour reprendre la métaphore, le CDS en tant que capitaine doit piloter la dynamique d'équipe. Il doit pouvoir faire converger plusieurs logiques : économique, administrative, soignante et médicale, dans l'intérêt du patient. Ce que confirme Paule Bourret, qui écrit « *L'activité des cadres est par nature un travail d'articulation..., de mise en relation des logiques, des groupes et des personnes* » (2012, p.83). Tout en sachant que « *ces logiques s'opposent et s'affrontent* » (Boyer, 2010, p.66). C'est dire si le CDS doit faire preuve de diplomatie pour permettre aux parties prenantes de s'accorder. Pour cela il dispose de plusieurs leviers et styles managériaux.

2.3.4 Le CDS : y a-t-il un pilote dans la dynamique d'équipe ?

Une dynamique d'équipe harmonieuse est le fruit de trois mécanismes. Je m'appuie sur les cours de Mme Stephan, intervenante à l'IFPS, pour préciser ces trois mécanismes respectivement inspirés par les travaux de Mintzberg (1982), Capul (1998) et Laferty (1971).

- La coordination : définit l'agencement des tâches qui est mis en place par un ensemble de règles, de conventions, de protocoles qui permettent le bon fonctionnement d'un service.
- La coopération : décrit un mode relationnel qui désigne l'ensemble des liens volontaires entre les professionnels, afin de s'accorder vers un but commun. Les contraintes de l'autre sont prises en compte.
- La synergie : conduit à une transcendance dans laquelle chacun progresse grâce à l'équipe et la performance de l'équipe est supérieure à la somme des performances individuelles.



Bien actionnés, ces trois mécanismes enclenchent la mobilisation et la performance de tous les équipiers. Le tout permet une cohérence des actions et une cohésion entre les individus, y compris dans les dynamiques de changement, d'innovation ou en réponse aux imprévus. Mais la position hiérarchique du CDS vis-à-vis de l'équipe paramédicale ou médico-technique ne suffit pas à actionner ces rouages. En effet, l'autorité du chef n'est pas suffisante pour faire adhérer les équipes. Cela passe par une reconnaissance de légitimité.

2.3.5 De l'autorité à la légitimité

Le CDS hospitalier est nommé responsable hiérarchique d'une équipe par la direction des soins. Ce qui lui confère de fait, un pouvoir décisionnel au sein de l'équipe. Mais pour que cette autorité soit acceptée par l'équipe de terrain, la fonction de CDS doit être reconnue. En considérant que « *la reconnaissance est un besoin fondamental pour chacun d'entre nous. Un fondement de notre identité et un facteur de motivation* » (Müller, 2004, p.128), le CDS, s'il veut pouvoir être reconnu, doit lui aussi reconnaître et valoriser le travail de son équipe. Ce qui implique qu'il soit présent auprès de l'équipe et exerce un management de proximité.

Il existe plusieurs définitions de l'autorité, développées par différents auteurs.

L'économiste et sociologue Max Weber, a identifié en 1922, trois formes d'autorité :

- L'autorité Traditionnelle : repose sur les traditions et les coutumes et ne peut être remise en question.
- L'autorité Rationnelle ou légale : s'acquiert via des lois, des règles.
- L'autorité Charismatique : revêt un caractère sacré, héroïque à la personne qui la détient. Seule autorité liée à un individu, une personnalité.

Ces trois formes d'autorité relèvent d'un devoir d'obéissance.

Vingt ans plus tard, en 1942, le philosophe Alexandre Kojève, décrit l'autorité comme étant « *la possibilité qu'a un agent d'agir sur les autres, sans que ces autres réagissent sur lui, tout en étant capable de le faire* » (2004). Il n'est pas question ici, de contraindre l'autre. L'autorité et son acceptation se font consciemment et de manière volontaire.

Dans la deuxième moitié du 20^{-ème} siècle, Hannah Arendt, politologue et philosophe, propose une approche plus relationnelle et identifie l'autorité comme une capacité à s'imposer. Elle n'est pas contrainte et est perçue comme un rapport d'influence. Ce que soutient Chantal

Delsol, philosophe et historienne qui écrit « *L'autorité est une disposition personnelle permettant de se faire obéir sans employer la force* » (1994, p.10). Ce qui suppose le consentement et la confiance de ceux sur qui elle s'exerce. Il apparaît alors une autre composante à l'acceptation de l'autorité, celle de la légitimité dans le sens de ce qui est juste. L'équipe encadrée s'interroge alors : outre son diplôme, le CDS a-t-il les qualités requises ou les compétences pour exercer son autorité ?

Le défi pour l'encadrant est de parvenir à trouver un équilibre entre autorité et confiance tout en faisant ses preuves, afin d'acquérir une légitimité professionnelle. Mais dans un environnement contraint comme celui de l'hôpital qui fonctionne à flux tendus, il lui faut également composer avec un contexte économique et des ressources humaines et matérielles tendues. De plus, la crise sanitaire a mis en lumière la nécessité de répondre rapidement à des situations complexes. Dans l'objectif de répondre à l'ensemble de ces demandes, le cadre de santé doit compter sur une certaine agilité.

2.3.6 L'agilité managériale à l'hôpital

La crise sanitaire du COVID-19 a mis en évidence la nécessité pour le système de santé de mettre en place des stratégies organisationnelles. Celles-ci ont mises à l'épreuve la réactivité des établissements de santé et la coordination des parties prenantes. Le CDS, en tant que pivot des organisations, n'a pas attendu la crise sanitaire pour développer des ressources managériales ad hoc. En effet, afin d'adapter les pratiques et les organisations de soins, le manager hospitalier peut s'appuyer sur la méthode agile. Cette méthode empruntée au secteur privé a pour but de s'adapter rapidement à l'environnement en mouvement. Selon Lisette Cazellet, cofondatrice de l'association FORMATICSante, l'agilité « *accompagne les changements qui caractérisent aujourd'hui l'évolution des organisations* » (ManagerSante.com, 29 février 2016). Aussi, le manager de proximité en s'appuyant sur les principes et pratiques de l'agilité se concentre sur la flexibilité et l'adaptabilité face aux changements. Ainsi que sur la communication et la participation active des membres de l'équipe, dans l'objectif de satisfaire aux besoins des patients tout en améliorant la performance des équipes. Ce qui implique que ce style managérial n'est pleinement efficace que si l'équipe adopte elle aussi les principes de l'agilité.

Prenons le cas d'une absence imprévue d'un membre de l'équipe. Une équipe agile sera en mesure de s'adapter rapidement en planifiant et en priorisant les tâches de manière efficace. Ce

qui requiert une certaine autonomie et une responsabilisation des membres de cette équipe. Si l'on considère le taux d'absentéisme soignant, qui rappelons-le est supérieur par rapport aux autres secteurs d'activités, il semble judicieux que le cadre de santé impulse cette dynamique dans son équipe. Par ailleurs il doit pouvoir compter sur l'implication des équipiers afin de répondre aux évolutions rapides et aux contraintes de l'environnement de travail.

2.3.7 Implication des équipes : une gestion participative par le cadre de proximité

Le modèle organisationnel de la démarche participative a été mis en place dans les services de soins dans les années 90, dans une volonté « *d'impliquer les soignants comme acteurs/partenaires et non simples exécutants en préservant la dimension humaine* » selon Bauchetet et al. (2014). Ce modèle repose sur différents types d'échanges au sein de l'équipe et sur l'élaboration de projets. Les échanges peuvent prendre la forme de staffs pluriprofessionnels (réunion regroupant l'ensemble des professionnels qui s'occupent des patients dans l'unité), de formations, de staffs de débriefing ou espace de parole suite à une situation de prise en soins difficile, ou encore de temps d'échanges et de concertation. La démarche participative est également utilisée dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins lors, par exemple de Retours d'Expérience (REX).

Le manager participatif prend des décisions en concertation avec son équipe, ce qui sous-entend un niveau de maturité de l'équipe et une implication collective. Plusieurs auteurs s'accordent sur les bénéfices qu'apporte ce style de management, tels que l'amélioration des prises en soins mais également de la QVT des soignants qui se sentent responsabilisés et autonomes. Philippe Colombat, professeur en hématologie, se réfère à l'étude de Pronost et al de 2012 qui démontre « *une relation entre la QVT, la reconnaissance au travail, la formation, la collaboration au sein de l'équipe et la tenue de réunions pluriprofessionnelles* » (2016, p.72)

Pour le journaliste Simon Lord, ce modèle « *améliore les soins et la vie au travail* » il va jusqu'à dire qu'il « *attire du nouveau personnel* » (Vol. 43, 2018, pp 66-71). L'intention managériale de se soucier de l'avis de chacun pour le bien-être de tous permet de « *remettre l'humain au centre du soin, humain soignant en agissant sur sa souffrance au travail, humain patient ou proche avec sa souffrance physique, psychologique, sociale de personne malade ou accompagnante* » (Colombat et al., 2016, p.70)

En appliquant ce style managérial, le CDS implique les collaborateurs dans les décisions qui concernent la vie du service, le parcours de soins des patients mais également les décisions qui les concernent. Ce qui peut aider à insuffler la motivation et la satisfaction des équipiers et par incidence, à réduire l'absentéisme. Si le participatif a de nombreux atouts, il faut toutefois être vigilant à ne pas dériver vers un ralentissement des décisions, puisque chacun est consulté. De plus, le degré d'engagement de toutes les parties prenantes est un facteur clé de réussite. Il apparaît alors nécessaire que le cadre accompagne les agents et repère les compétences et talents potentiels.

En tant que garant de la qualité et de la sécurité des soins, le CDS doit répondre à plusieurs enjeux dont la continuité des soins et la qualité de vie et des conditions de travail pour les agents.

Pourtant face au fort taux d'absentéisme, la conciliation de ses enjeux peut apparaître difficile pour le manager de proximité. Il peut compter sur plusieurs ressources comme la collaboration avec ses pairs et la hiérarchie. Mais il lui faut également déployer des compétences managériales afin de mobiliser une dynamique d'équipe et permettre à chacun de trouver du sens, source de satisfaction au travail.

3 Problématique et hypothèses

Pour répondre à mes questionnements de départ, j'ai réalisé une revue de littérature. Au fil de mes lectures, j'ai acquis des connaissances sur le phénomène d'absentéisme et son corollaire le présentéisme. Puis mes recherches m'ont permis de construire une phase conceptuelle qui nourrit ma réflexion. La prise de recul sur mon expérience professionnelle en tant qu'infirmière puis en tant que faisant fonction CDS ainsi que les échanges avec mes collègues de formation ont participé à enrichir ma pensée. Ainsi guidée par cette méthodologie de recherches mes questionnements de départ se sont précisés et ce cheminement me conduit à la problématique suivante :

Comment le travail de proximité du Cadre De Santé permet-il d'appréhender les facteurs inhérents à l'absentéisme ?

Dans l'objectif d'y répondre, je formule les hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : Une bonne dynamique d'équipe favorise la coopération et une gestion interne à l'équipe de l'absentéisme.

Hypothèse 2 : Une approche managériale par la QVCT limite l'absentéisme.

Hypothèse 3 : Le travail de proximité du CDS permet une connaissance des équipiers et une pratique managériale tournée vers l'humain.

Afin de vérifier ces hypothèses et de confronter mes recherches théoriques de mon cadre conceptuel, j'ai réalisé des entretiens auprès de CDS de terrain.

4 Méthodologie

Ce travail de recherche part d'une situation managériale, empreinte d'émotions, vécue lors de mon expérience en tant que faisant fonction CDS. Dans un premier temps, il m'a fallu comprendre le phénomène d'absentéisme et le contexte dans lequel il se manifeste à l'hôpital. Ensuite j'ai développé les notions de Qualité De Vie et Conditions de Travail, de sens du travail et d'équipe. Ce travail réflexif est venu préciser mes questionnements de départ et m'a permis de poser une problématique et des hypothèses pour tenter d'y répondre. La phase théorique à présent déterminée, il me faut rechercher des correspondances dans le réel, c'est-à-dire auprès de professionnels CDS. Je m'appuie sur une méthode qualitative afin de me permettre « *d'étudier le phénomène en profondeur et dans son contexte* » (Kalika M. & al, 2021, p.82). Pour cela j'ai choisi d'appliquer la démarche suivante : établir un guide d'entretien puis choisir un échantillon des professionnels à interroger et décrire le déroulement des entretiens. Enfin, j'exposerai les avantages et les limites de cette méthode.

4.1 Le choix de l'outil et son élaboration

Afin de tester mes hypothèses de travail, je choisis de réaliser des entretiens semi-directifs auprès de CDS de terrain. Cette méthode de recueil d'informations permet, comme l'explique Raymond Quivy et Luc Van Campenhout (2002, p.194) « *un véritable échange au cours duquel l'interlocuteur du chercheur exprime ses perceptions d'un évènement ou d'une situation, ses interprétations ou ses expériences* ». En effet, il m'est important d'avoir une expression libre et authentique des personnes interviewées afin de recueillir des données

empiriques riches et d'identifier des hypothèses nouvelles qui pourraient enrichir mon travail réflexif. Pour m'y aider j'ai réalisé une grille d'entretien (Annexe II) qui va me guider lors de mes interviews. Afin d'affiner cette grille, j'ai réalisé un entretien exploratoire auprès d'une collègue étudiante de la promotion CDS et l'ai faite valider auprès de mes référents de mémoire. Leurs retours m'ont permis de réajuster la chronologie des questions et d'affiner le contenu.

Dans un premier temps, je questionne le talon sociologique. Ainsi, je prends connaissance du contexte d'exercice du professionnel ce qui me permet d'avoir des éléments nécessaires pour mon analyse.

Pour pouvoir exploiter ces entretiens, je les ai retranscrits par écrit et ai ainsi pu extraire les verbatim sans déformer les propos. Un de ces entretiens se trouve en annexe IV de ce document. J'ai choisi de réaliser l'analyse des données empiriques en relevant les thèmes abordés lors des interviews. Ainsi, j'ai répertorié les idées et les pratiques de chacun et les fonctionnements des organisations, que j'ai pu comparer en fonction des secteurs d'activité et des différents établissements. Pour pouvoir interpréter ces éléments, j'ai établi des tableaux avec les thématiques abordées en m'appuyant sur les verbatim recueillis (Annexe V).

4.2 Le choix de l'échantillon des professionnels interrogés

J'ai fait le choix d'interroger 9 CDS issus d'établissements de santé publics et privés dans le but de comparer les fonctionnements et d'identifier les différences et/ou similitudes d'organisations entre ces structures. Ensuite, au sein de ces établissements, j'ai sollicité des CDS responsables de services de soins différents afin de repérer si ma problématique en lien avec l'absentéisme concernait tous les secteurs d'activités.

Le talon sociologique des personnes interrogées ainsi que les conditions d'entretiens sont détaillés dans le tableau situé en annexe III. L'analyse de ce tableau révèle que pour 100% d'entre elles, elles ont plus de deux années d'ancienneté dans la profession CDS et ont repéré les évolutions du phénomène d'absentéisme. Et qu'elles sont toutes issues de la filière infirmière, avec plus de 10 ans d'exercice et ont donc un regard sur l'évolution de la profession et du rapport au travail.

4.3 Le déroulement des entretiens

Avant de solliciter les professionnels, j'ai obtenu l'accord des directeurs de soins de chaque établissement où je souhaitais réaliser mes entretiens.

Suite à cette validation, j'ai pris rendez-vous avec les CDS afin qu'ils m'accordent un temps dédié. Tous m'ont reçu dans leur bureau en veillant à m'accorder leur disponibilité. En effet, ils avaient informé leurs équipes qu'ils étaient en entretien. Ce dont je les ai remercié car cela a participé à une fluidité dans le discours.

En accord avec les personnes interrogées et en préservant l'anonymat, j'ai pu enregistrer les échanges ce qui m'a permis une écoute attentive et de pouvoir rebondir sur certains propos. Cette posture a permis d'instaurer un climat de confiance avec mes interlocuteurs qui se sont exprimés en toute liberté sur leurs pratiques et le contexte dans lequel elles s'inscrivent. Dans une volonté d'ouverture sur la thématique et potentiellement voir émerger des notions que je n'aurai pas recherché durant la phase conceptuelle, j'ai posé la question en fin d'entretien aux interviewés, s'ils souhaitaient ajouter ou préciser une information sur la thématique abordée.

Les entretiens ont eu lieu entre les mois de février et mars 2023.

4.4 Les avantages et les limites de la méthode

J'ai trouvé beaucoup d'intérêt à rencontrer des personnes aux profils divers et avec des parcours professionnels singuliers. Le fait d'interroger des jeunes professionnels et des professionnels proches de la retraite m'a permis de mettre en évidence l'évolution du phénomène d'absentéisme. Pour autant, cela m'a également permis de constater qu'il s'agit d'une problématique rencontrée par tous. Ainsi, ces expériences diverses et les retours riches m'ont apporté une vision d'ensemble sur les pratiques de gestion des absences. De plus, j'ai pu mesurer les impacts de cette problématique à différents niveaux. J'ai vécu ces échanges comme des partages d'expériences et de vécus avec authenticité et spontanéité. Avis partagés par mes interlocuteurs qui pour certains m'ont remercié de ce temps d'écoute où ils ont pu verbaliser leurs ressentis sans crainte de jugement. Grâce à ces rencontres j'ai pu élargir mon réseau professionnel et trouver de nouvelles ressources sur lesquelles m'appuyer dans ma future fonction.

Parallèlement aux entretiens programmés, j'ai eu l'opportunité d'échanger de manière informelle avec une Coordinatrice des soins et une directrice de ressources humaines sur la

thématique d'absentéisme. J'ai pris des notes de cet échange car cela m'a paru intéressant d'avoir une vision plus macro du phénomène et ainsi croiser les regards entre directions et CDS de terrain. Ma prise de note se trouve en annexe VI.

La première limite que j'identifie est celle du nombre d'entretiens réalisés qui malgré leur richesse de contenu ne permet pas d'en tirer des généralités.

Ensuite, j'avais estimé un temps d'entrevue de 45 minutes que je n'ai pu respecter que pour un quart des entretiens. En effet, il m'a semblé que le sujet faisant écho à des situations de stress pour mes interlocuteurs, ils avaient beaucoup de choses à verbaliser et m'étant positionnée dans une écoute active j'ai privilégié l'expression libre en me laissant « déborder » par le temps.

J'ai fait le choix de n'interroger que des CDS bretons pour pouvoir les rencontrer facilement, mais cela ne représente, de fait, qu'un retour d'expérience localisé à une région.

Enfin, mon inexpérience à la conduite d'entretien a impacté la qualité des relances, me laissant emporter par les récits des interviewés, j'ai eu des difficultés à suivre mon guide. Cependant au fil des rencontres, j'ai pris confiance et ai réajusté ma position d'interviewer, quitte à quelquefois prendre un peu de distance avec mon guide lorsque cela me paraissait intéressant pour mes recherches.

Dans la poursuite des étapes de la méthodologie, je vais à présent proposer une analyse des résultats recueillis, à partir des termes retrouvés dans les propos des cadres interviewés. La retranscription écrite des entretiens m'a permis de mettre en exergue les thématiques abordées par les interviewés. Je me suis ensuite aidée d'un tableau regroupant les grandes thématiques et les verbatim en lien avec celles-ci. Grâce à cette classification j'ai pu repérer si les propos recueillis corroboraient ou non mes hypothèses.

5 Analyse des entretiens

5.1 Les impacts de l'absentéisme

5.1.1 La qualité des soins et le risque d'erreurs

Les CDS interrogés sont unanimes en ce qui concerne l'impact de l'absentéisme sur les prises en soins des patients. Et ce malgré la mise en place de « *procédures dégradées* » pour permettre une réorganisation du travail. Mais lorsque les absences sont multiples, les équipes

en arrivent à travailler avec « *la procédure dégradée de la procédure dégradée* » (CDS 1). Et les soins étant répartis sur les soignants présents, ils voient leur charge de travail augmentée avec des conséquences directes pour les patients, ce que décrit la CDS 1 car « *tous les résidents ne sont pas forcément levés* ». Certains vont plus loin en disant « *on ne peut plus faire que le strict minimum* » (CDS 2). Outre l'impact sur la qualité des soins, le temps de prise en charge s'accroît avec une « *durée d'attente pour les patients. Et le temps de prise en charge est allongé* » (CDS 9). Il apparaît alors que les prises en soins sont moins efficaces et que « *l'on peut perdre en qualité* » (CDS 3 et 5). Les conséquences directes dans les actes de soins sont indéniables et visibles mais en parallèle le risque d'erreurs est aussi potentialisé avec par exemple des « *erreurs de dossiers* » (CDS 5). Il s'agit alors d'un phénomène en cascade avec des manquements, un risque d'erreur augmenté qui génèrent frustration des soignants et insatisfaction des usagers « *une IDE du service qui m'a fait un retour d'une famille mécontente* » (CDS 5). L'organisation des soins est également impactée. En effet, lorsque l'absentéisme n'est pas remplacé, les CDS peuvent demander à leurs équipes de changer le fonctionnement, voir même de modifier le parcours du patient. C'est ce qu'explique la CDS 2 : « *Du fait du manque d'infirmier, et bien ça m'est arrivée de demander à mon équipe de déménager, le soir, les patients* » vers une autre unité où le personnel était en nombre suffisant pour assurer la surveillance de ces patients. Une étude de 2004 analysée par le Dr Unruh identifie effectivement un lien entre absentéisme et baisse de la qualité des soins. Mais l'absentéisme n'est pas seul facteur de la baisse de qualité mais c'est plutôt la combinaison d'un fort taux d'absentéisme et d'une charge de travail importante qui contribue à une baisse de qualité de soins. Ce que confirment également Brami et ses co-auteurs, à travers les résultats de leur recherche en 2009, révélant « *une relation entre absentéisme et dégradation des pratiques de soins uniquement lorsque la charge de travail est importante* » (2013, p.177)

5.1.2 Des conséquences pour la santé des soignants

Par ailleurs, les CDS de terrain ont également identifié des répercussions de ces conditions de travail dégradées, sur les soignants eux-mêmes. Et les termes employés sont forts de sens « *Y a un épuisement du professionnel qui est fatigué physiquement mais fatigué moralement aussi et il n'y a plus l'énergie* » (CDS 3) ou encore « *Une fatigue accrue pour l'agent qui se retrouve tout seul* » (CDS 4). Pour reprendre les mots de Dubois, « *La*

permanence des soins est une des grandes fiertés de l'hôpital public, mais elle se paie parfois au prix fort pour les professionnels de santé » (2018, p.309).

Plus encore, il en découle une perte d'élan : *« Ça perd de son dynamisme. » (CDS 3).* Pour pallier aux absences, le CDS peut solliciter les soignants de l'équipe. Mais cette démarche n'est pas sans conséquence sur ceux qui acceptent de venir remplacer leur collègue absent : *« quand je les rappelle sans cesse sur leur repos, ça veut dire qu'ils n'ont pas le temps de se poser. Et ils sont au travail, mais ça peut aussi être source d'erreur parce qu'ils ne sont pas assez reposés. » (CDS 9).* Les conséquences de cette gestion de l'absentéisme sont décrites par quatre CDS, mettant en relief le corolaire de l'absentéisme qu'est le présentéisme :

« Vous faites revenir des filles sur les repos, sur les RTT, vous mangez des récup' ou un férié. Après on reporte, on reporte. Les personnes n'ont pas le temps de se reposer, de couper. » (CDS 3).

« Une IDE a accepté une mission de nuit. La semaine suivante elle était tellement crevée qu'elle s'est mise en arrêt. » (CDS 2).

Dans leur analyse de l'enquête française Conditions de Travail de 2016, les auteurs Hamon-Cholet et Lanfranchi proposent une explication : le taux important de présentéisme dans les hôpitaux serait lié au sentiment d'utilité ressenti par le salarié. (2021, p.4)

Mais les répercussions de ce phénomène ne sont pas réservées qu'aux soignants, elles touchent également l'encadrement. En effet, pour la CDS 3, il s'agit *« d'un vrai casse-tête quotidien pour le cadre »*. Tandis que pour la CDS 9, cette gestion peut parasiter toute une journée *« je me suis vue passer des journées entières pour essayer de trouver du monde »*. D'autres parlent même de *« stress énorme » (CDS 4)* qui fait que *« tu ne peux pas être sereine quand il manque six lignes »* c'est-à-dire que les plannings sont réalisés alors qu'il manque six personnes pour assurer tous les horaires nécessaires au bon fonctionnement de l'unité. Il est à noter qu'il s'agit de surcroît d'une contrainte récurrente voire habituelle *« j'aimerais compter le nombre de jours où il n'y a pas eu d'arrêt. C'est devenu quotidien quoi. » (CDS 4).* De plus, près de la moitié des témoignages révèlent une véritable souffrance des cadres de proximité qui doivent gérer au quotidien *« toute l'année, toute l'année » (CDS 1)* l'absentéisme, *« c'est très dur, j'étais seule, je ne voulais plus vivre ça » « j'avais l'impression d'avoir passé, mais la journée, j'étais presque en larmes à téléphoner à la DRH » (CDS 3).* Pour une des CDS, la gestion de cette problématique et le stress de ne pouvoir garantir une continuité des soins est invalidant *« Je deviens complètement obsessionnelle mais c'est presque pathologique. Je suis toute la journée à veiller, à regarder si mon planning correspond. » (CDS 6).*

5.1.3 Une perte de sens

Au quotidien, les équipes confrontées à l'absentéisme, doivent composer avec des changements organisationnels qui impactent de manière délétère leur travail jusqu'à possiblement une « *perte de sens pour les soignants, c'est moins motivant. On fait le minimum comme dans une routine pénible et ça n'est pas valorisant pour les soignants.* » (CDS 3). La fréquence de l'absentéisme a entraîné des dysfonctionnements conduisant les soignants à être dans le faire sans avoir le temps ni la réflexion nécessaire à une prise en soins de qualité. La CDS 6 dit qu'en conséquence « *plein de gens n'ont plus trouvé de sens dans ce qu'ils faisaient* ».

5.1.4 Un retentissement économique

Afin de pouvoir établir une comparaison, j'ai fait le choix d'interviewés des professionnels travaillant dans le secteur public et d'autres dans le secteur privé. Il en ressort que, quel que soit le terrain d'exercice, les impacts économiques dus à l'absentéisme sont présents. En effet, les CDS 2, 4 et 5 ont nommé avoir eu recours à une diminution de capacité avec des fermetures de lits. Ce qui signifie une perte financière en plus d'une diminution de prises en charges possibles. Ainsi, des stratégies de « *fermeture d'hôpital de semaine pour récupérer des professionnels* » ou « *fermeture de lits du fait d'un problème d'absentéisme* » (CDS 2), apparaissent pour pallier au phénomène. Mais il ne s'agit pas de décisions prises par le CDS. En effet, cela passe par un arbitrage de la direction ou de l'équipe médicale, comme l'indique la CDS 5 « *L'équipe médicale se positionne en bloquant des lits pour réduire la charge de travail* ». Nous percevons ici, une double prise en compte de la problématique par les médecins. D'une part continuer à assurer des soins de qualité pour les patients déjà présents et d'autre part soutenir l'équipe paramédicale en n'augmentant pas la charge de travail. Mais pour éviter cette configuration, les structures publiques comme privées font appel à « *beaucoup d'intérim* » (CDS 4 et 6), ce qui représente des coûts financiers importants. La CDS 6 décrit même une rémunération plus importante pour un horaire réduit, dans le secteur privé « *la direction en est arrivée à payer une journée complète pour une ½ journée travaillée pour tenter d'assurer une sécurité des soins* ».

Le recueil de vécus de l'encadrement de terrain révèle donc que les conséquences de l'absentéisme sont bien réelles et que celui-ci impacte les organisations et la qualité des soins, la santé des soignants et de l'encadrement ainsi que les ressources financières des établissements. Décryptons à présent comment les équipes et les cadres de proximité gèrent l'absentéisme au quotidien.

5.2 Des ressources mobilisées pour traiter le phénomène

Suivant les établissements les solutions mises en œuvre pour pallier à l'absentéisme sont diverses. Mais à la vue de la prégnance de celui-ci, tous les secteurs interrogés ont mis en place des procédures dites dégradées ou adaptées pour y faire face. Aidé de ces modes opératoires, il revient au CDS d'évaluer la charge de travail afin d'adapter les organisations ou de remplacer le professionnel absent, ou non. Il lui faut alors prendre en considération plusieurs facteurs et assurer son rôle en trouvant « *le bon équilibre entre l'empathie qui permet de comprendre, et l'analyse qui permet de décider* » comme l'écrit Dubois, directeur d'établissement de santé (2018, p. 294)

5.2.1 La mobilisation des équipes

Un des leviers du cadre de santé pour remédier à l'absentéisme est la sollicitation des soignants en interne, soit pour adapter l'organisation, soit pour solliciter les remplacements entre collègues d'unité. Et d'ailleurs la CDS 3 n'hésite pas à se tourner vers les soignants car « *ils sont forces de proposition. Et ça c'est une aide* ». Il est à noter que la composition du cycle de travail et l'amplitude horaire semble être un atout pour solliciter plus facilement les agents. En effet, pour la CDS 3 le fait que les professionnels travaillent en journée de 12h, lui permet « *beaucoup plus de souplesse et de leviers pour remplacer* ». Mais quelle que soit l'amplitude horaire des agents, il s'avère, que « *l'entraide* » au sein même des équipes est une force, c'est ce qu'explique la CDS 6, lorsqu'un soignant manque dans un secteur de soins, les collègues des autres secteurs viennent à la rescousse. Toutefois, cela est à nuancer car selon la CDS 9 « *Il arrive aussi que chacun travaille dans son secteur. Mais ça reste personne dépendante* ». Ce que confirme la CDS 1 et qu'elle met en relation avec le rapport à l'équipe et la satisfaction qu'apporte le travail « *certaines ont du mal à avoir la notion d'équipe...pour celles qui aiment ce qu'elles font, ça se ressent dans la dynamique d'équipe* ». Il faut souligner pourtant qu'à 4

reprises durant les entretiens j'ai relevé que les CDS repéraient une certaine solidarité d'équipe. En effet, outre le fait que les agents soient « *force de propositions, et ça c'est une aide* » il y a également « *une solidarité de service qui est très forte aux Urgences* » selon la CDS 3. Et la CDS 8 va plus loin, car selon elle cette solidarité est plus forte en secteur personnes âgées par rapport à un service de chirurgie, où elle exerçait il y a 6 mois « *J'ai une solidarité d'équipe que j'ai peu vue* ». Mais il apparaît aussi que la gestion des absences par le cadre soit facilitée lorsque les équipes sont autonomes « *C'est vrai que c'est des choses que j'avais souvent constatées quand j'étais de garde, quand il y avait des arrêts, on appelait les EHPAD. Des professionnels avaient déjà anticipé les choses et on avait plus qu'à appeler les personnes désignées* ». (CDS 8)

Cette dynamique et mobilisation d'équipe pour faire face à l'absentéisme sont-elles alors à mettre en lien avec le sentiment d'appartenir à une équipe ? C'est ce que dit la CDS 4 « *on est très dans l'appartenance à un groupe* ». Il apparaît également qu'outre le besoin d'appartenance, la coopération dans l'équipe permette également de faire face aux absences. Ainsi, la CDS 4 a repéré que ceux sont « *ceux qui ont une image forte de leur métier qui est assez forte quand même, mine de rien et qui ne veulent pas laisser leurs collègues dans la panade* ». Nous voyons ici apparaître la notion de rapport au métier et l'esprit de solidarité au sein de la corporation pour atteindre un objectif commun d'un travail qualitatif. Ce qui fait la force du collectif.

5.2.2 Les recours au collectif institutionnel

Lorsque les ressources et/ou les possibilités de l'équipe sont épuisées pour pallier à l'absentéisme, d'autres solutions sont mises en œuvre. Pour trois des cadres interrogés, le soutien des autres équipes de soins est un recours. Une solidarité inter-service est alors mobilisée par la venue « *des agents de l'autre équipe qui vont donner un coup de main de l'autre côté quand il manque trop de personnel* ». Il en est de même entre collègues cadres, la CDS 1 nomme d'ailleurs « *apprécier le travail au sein du groupe cadres [...] entre nous on peut aussi être personne ressource, il y a une très bonne entente et on s'enrichit chacune et je trouve ça très bien* ». Cette pratique est confirmée par la CDS 9 qui « *fait appel aux collègues du pôle* », ainsi que par la CDS 3 qui décrit une « *entraide avec d'autres cadres* ». Par ailleurs, l'aide de l'encadrement supérieur est également mise à contribution notamment pour solliciter les agents du pool de remplacement quand il existe. En effet, pour la CDS 9, qui travaille en

secteur public, la gestion du pool est sous la responsabilité du cadre supérieur de santé, qui répartit les ressources avec une vision globale des besoins sur l'ensemble du pôle. Ainsi, « *Tous les jeudis, on se retrouve avec le cadre sup' pour faire le point sur les disponibilités du pool de remplacement* ». Mais cette pratique a ses limites, du fait du taux important d'absentéisme et la CDS 9 constate que « *souvent le pool est déjà positionné ailleurs* ».

5.2.3 Les ressources supplétives

Selon les structures, elles peuvent également faire appel à d'autres solutions pour couvrir les absences.

Le recours à une plate-forme de remplacement est utilisé autant dans le public que le privé, et 6 des 9 cadres ont dit avoir eu besoin de cette solution. Les soignants de tout établissement peuvent s'inscrire sur la plateforme et se porter volontaires pour répondre à un besoin de remplacement. Les établissements payent un abonnement donnant accès à une application sur laquelle se sont inscrits les professionnels. Certaines structures font le choix de n'accepter que des remplaçants issus de leur établissement. C'est le cas d'un CH où j'ai réalisé plusieurs entretiens. Ainsi, l'encadrement supérieur responsable de la gestion des demandes, a un regard sur le respect des temps de repos des agents, sachant que dans le secteur public, le temps de travail hebdomadaire ne doit pas excéder 48h⁴. Par ce biais de remplacement, les établissements gèrent leur réseau de remplaçants et assurent une contrepartie financière valorisée pour les soignants, ce qui est considéré par la CDS 3 comme « *un très bon moyen pour évidemment inciter les professionnels à venir (remplacer) sur leur jour de repos* ».

L'intérim est aussi sollicité pour remédier aux absences. Et lorsque le taux d'absentéisme est important la combinaison de toutes les solutions est mise en œuvre sur l'ensemble des CH où j'ai pu rencontrer les cadres de proximité. Cette configuration est très marquée dans un service de soins d'un établissement privé où l'absentéisme et le nombre de postes vacants sont importants avec un manque de « *6 lignes de postes aides-soignants* » rien que pour cette unité. Il faut souligner que malgré le coût plus important que représente l'intérim, certaines directions font ce choix par défaut pour tenter d'assurer une continuité de service, ce que la CDS 6 décrit « *la direction des soins ne veut pas faire de l'intérim avant de faire HUBLO⁵ parce que ça*

⁴ Article 6 du Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

⁵ Nom d'une plateforme de remplacement

coûte plus cher, donc elle voit que je suis tellement en galère qu'elle accepte soit sur une mission comme ça de dire on choisit notre intérimaire et puis voilà, on lui demande de choisir ses horaires ». Faut-il y voir ici un parallèle avec l'intérim médical, qui est autant une solution pour pallier au manque de médecins qu'un problème en tant que dépenses économiques ?

5.2.4 Des limites à des ressources pourtant diverses

Le recueil des propos des cadres met en évidence une pluralité de solutions pour compenser les absences paramédicales. Nous pourrions alors supposer que le CDS a le choix parmi ces solutions et que cela peut être considéré comme confortable dans la gestion des ressources humaines. Pourtant, plusieurs cadres rapportent des limites pour chacune des ressources mobilisées.

Le fait que la « *marge de manœuvre soit courte* » (CDS 1) dans la gestion des effectifs, la sollicitation de l'équipe peut conduire à des manquements dans les prises en soins. La CDS 1 donne l'exemple du recours à une solution de secours pour couvrir un absentéisme inopiné, en supprimant une activité d'animation « *le jeudi était destiné à l'animation donc s'il y a un arrêt ce jour-là, on aura une porte de sortie, ça sera d'utiliser cet horaire-là* ». Ce que confirme la CDS 8 qui elle aussi, réorganise les postes de travail pour pallier l'absentéisme inopiné « *j'ai un 2^e poste hôtelier qui commence à 11h30, c'est-à-dire normalement, la personne arrive, elle fait 2 douches le matin et c'est ce poste-là qui est supprimé. C'est une procédure dégradée en cas vraiment d'absentéisme important et les agents le savent* ». Pour autant le fait qu'elle ait un effectif qu'elle qualifie comme étant « *du plus* » lui permet de moduler plus aisément.

De plus, du fait d'une solidarité d'équipe certains soignants peuvent se sentir coupables de refuser d'assurer un remplacement, c'est ce que décrit la CDS 4 lorsqu'elle rapporte les propos d'une de ses infirmières « *je vais revenir moi parce qu'on ne peut pas laisser la collègue seule avec la charge de travail qu'il y a* » ce que la cadre considère alors comme « *un peu de la contrainte quand même et une culpabilité* ». Cette culpabilité se retrouve également chez les cadres et est majorée par des pratiques discutables sur le plan légal puisqu' « *on en arrive à des dérives aussi sur les règles de base* » (CDS 8), avec des dépassements d'horaire ou le non-respect des 12h de repos entre deux prises de poste.

Même si le recours à l'intérim peut permettre d'assurer une continuité des soins, cela impacte l'équilibre des équipes, mis en avant par la CDS 5 qui fait appel à des intérimaires pour

combler un poste vacant de nuit « *là je n'ai pas du tout de stabilité au niveau de l'équipe de nuit* ». Se pose alors la question de la reconnaissance et de la valeur du soignant avec un sentiment « *de remplir des lignes sur le planning* » (CDS 5) au détriment de la qualité de prise en charge. De surcroît, le fait de venues ponctuelles, les intérimaires ne connaissent pas les fonctionnements et organisations de service ce qui demande aux agents de l'unité de transmettre et d'expliquer à plusieurs reprises « *elles sont là en train de regarder leurs papiers pour savoir ce qu'il faut faire pour le patient d'aller questionner la fixe qui n'en peut plus, elle est épuisée* » (CDS 6). Et malgré l'accompagnement des agents titulaires, ces venues itératives et la méconnaissance des patients entraînent des erreurs de prise en charge « *certaines bah voilà, tu donnes du liquide à un patient qui a des troubles de la déglutition. Le patient il se fait une pneumopathie derrière c'est extrêmement compliqué* » (CDS 6). D'autant que cette méconnaissance des fonctionnements par les intérimaires « *rajoute une lourdeur au niveau des soignants fixes parce qu'elles vont faire leurs soins, mais elles vont pas faire plus, les commandes ne seront pas faites, elles vont pas coordonner les descentes à la radio* » (CDS 6), la logistique du service repose alors uniquement sur les titulaires qui voient leur charge de travail augmentée.

Le CDS peut également réaliser de l'auto-ajustement, en demandant à une infirmière d'assurer un poste d'aide-soignante, ce que décrit la CDS 6 « *ils (la direction) m'ont mis une infirmière supplémentaire qui comble une des lignes aide-soignante* », ce qui s'apparente à un glissement de tâches.

5.3 La dimension humaine du management

Face à un contexte contraint de ressources humaines, le CDS met en œuvre des compétences managériales au service de l'équipe. Voyons à présent quelles postures managériales sont mises en lumière par les CDS que j'ai rencontré.

5.3.1 Le partenariat équipe-cadre, un management participatif

Dans une volonté d'entretenir une dynamique d'équipe et de travail, il apparaît nécessaire d'impliquer les agents. Parmi les cadres rencontrés, 6 sur 9 ont nommé l'importance d'avoir recours au savoir-faire de l'équipe et la sollicitent pour des questions organisationnelles ou pour des résolutions de problèmes. Ainsi, la CDS 1 « *va voir l'équipe et leur demande*

comment on peut faire aujourd'hui » lorsqu'un arrêt inopiné vient remettre en question l'organisation habituelle. Il en est de même pour la CDS 2 qui, en sollicitant son équipe identifie le potentiel du collectif, car « *on s'y met tous. On essaie de trouver des solutions et on va être vraiment surpris de l'investissement dans l'équipe* ». Pour la CDS 3, nouvellement arrivée en poste, les soignants ont été un appui pour appréhender l'organisation de l'unité et elle estime qu'il est « *important de prendre leur expertise et leurs conseils parce qu'ils savent très bien le fonctionnement* ». Nous pouvons donc dire que l'expertise des soignants de terrain est une aide pour le CDS dans la résolution de problèmes, qu'ils soient de l'ordre de l'activité du service ou de la gestion des ressources, car pour la CDS 2 « *les propositions qui viennent des professionnels, c'est les meilleures en général* ».

Mais cette coopération n'est pas à sens unique. Effectivement, le CDS peut initier la participation de l'équipe car « *C'est en les mettant dans l'action et pas que leur imposer les choses, faire en sorte que les idées viennent d'eux, ça c'est assez intéressant* » (CDS 8). C'est ce qu'a fait la CDS 7 afin de maintenir une dynamique et une mobilisation des équipes dans la perspective d'amélioration de la démarche qualité et la visite de certification, « *j'ai commencé à faire des réunions, toutes les semaines* ». Et cela semble être payant et apprécié de tous puisqu'elle ajoute « *quand je vois le résultat, ben je trouve ça super quoi, et j'ai l'impression que voilà, on est dans quelque chose, que tout le monde s'y met et il y a un bon retour, une dynamique que j'ai impulsé et ça a pris en fait et ça malgré les conditions. Il y a vraiment l'effort qui est là et ça je pense que c'est vraiment lié à ma manière d'accompagner* ». La CDS 5 a un management participatif et elle utilise différents outils, tel que le « Stand-up meeting » qui est un type de réunion issue de Lean management⁶ avec pour objectif d'améliorer la collaboration, la communication et l'efficacité de l'équipe. Cette réunion flash où les participants restent debout, permet d'encourager la participation, tout en minimisant les pertes de temps. Pour elle ce style managérial permet plus qu'une coopération « *le management participatif et avec le management visuel, l'équipe s'en est quand même saisie pour faire remonter les problèmes et essayer de faire avancer les choses en équipe. Donc on est quand même encore dans l'amélioration, du partage d'expériences* ». Ainsi, l'association des ressources de l'équipe permettrait une synergie, facteur d'apprentissage pour l'ensemble de l'équipe. Cette approche participative est identifiée par la CDS 1 comme « *une politique de*

⁶ Le Lean management est un modèle de gestion axé sur l'optimisation des ressources et a été développé au Japon dans les années 1950 et 1960, par Toyota. Dans les années 1990, cette méthode s'est popularisée et a été adaptée dans de nombreux domaines dont celui de la santé ou de l'informatique.

petits pas » où le manager de proximité est un accompagnateur « *comme une personne ressource* » qui permet à l'équipe d'acquérir une indépendance et « *d'organiser l'équipe pour qu'elle soit autonome* ».

Selon la CDS 2, le management participatif lui a permis de « *remettre une dynamique* » dans son équipe qui avait fonctionné sans cadre pendant plusieurs mois. Elle souligne ici, l'importance pour l'équipe d'avoir un interlocuteur de proximité qui donne le cap à suivre. Ainsi, elle constate qu'à présent « *le fait qu'il y ait un cadre, ben maintenant j'ai plus besoin d'aller les chercher* » pour participer aux réunions hebdomadaires.

5.3.2 L'implication managériale face aux difficultés, un facteur de légitimité

Face aux difficultés du quotidien, les CDS interviewés mettent en œuvre diverses stratégies. Pour certains, la proximité avec l'équipe permet de fédérer le groupe pour faire face ensemble « *je pense que si on est proche de nos équipes, si on est proche dans le sens, quand c'est compliqué, on s'y met tous* » (CDS 2). Pour d'autres le fait de prendre le relais dans des situations complexes permet de soulager les équipes, le CDS est alors facilitateur, ce que décrit la CDS 8 « *Je suis là pour faire le relais. Si les soignants sont en difficultés. Enfin je suis là, ça, ils le savent* ».

Cette proximité dans les moments difficiles donne même l'occasion pour la CDS 2 de « *beaucoup resserrer les liens que j'avais avec l'équipe* ». Il s'agit pour elle d'une valeur managériale à laquelle elle tient puisqu'elle ajoute « *parce que je considère que quand on a des moments difficiles, ben c'est là que le cadre doit être sur le terrain* ». Elle y voit également un devoir d'exemplarité envers son équipe « *il (le CDS) ne doit pas se dire je me noie, j'en peux plus, là non, c'est là qu'au contraire, on doit accompagner les équipes, c'est ça qui fait partie de notre métier* ». Mais le rôle du cadre de proximité va plus loin pour trois autres cadres. En effet, leur implication va jusqu'à réaliser eux-mêmes les soins pour compenser les absences de paramédicaux : « *je suis resté les aider pour accompagner les patients* » (CDS 2), « *une après-midi, j'ai tout annulé et leur ai donné un coup de main* » (CDS 4), « *je me pose la question, de retourner dans les soins. Et ça m'arrive régulièrement.* » (CDS 6). Et lorsque l'absentéisme est important, la CDS 6 a même pris sur son temps personnel pour assurer un remplacement d'aide-soignante « *ben je suis venu le week-end et j'ai fait les toilettes, donné les repas, les compléments alimentaires, tout ça* ». Il semble que pour ces cadres une forme de légitimité passe par leur implication dans l'opérationnalité afin de protéger leur équipe, et la CDS 4

précise qu'elle fait passer le message à son équipe que sa « *priorité c'est aussi vous (les soignants) et les patients* ». Ainsi, l'attitude du CDS et son implication face aux difficultés seraient source de légitimité. Par ailleurs, pour la CDS 2, le fait que les « *professionnels voient comment on gère les moments difficiles, qu'on gère les situations compliquées, c'est aussi à partir de ça justement que le climat de confiance se crée* ». De plus, selon la CDS 3, l'instauration d'un climat de confiance facilite le développement des missions du cadre de proximité et notamment « *quand vous êtes proches, pour le cadre qui est dans un rôle de contrôle, c'est plus facile* ».

La légitimité du cadre peut également passer par la loyauté qu'il accorde à sa hiérarchie, que l'équipe reconnaît comme une ligne de conduite. C'est ce qui guide la CDS 7, « *les moments difficiles m'ont permis de travailler sur moi [...] tout en restant en adéquation avec la direction. Mais on doit porter les valeurs de la direction et la loyauté c'est important* ». Cela demande au manager d'apprendre à se connaître et de développer une certaine posture vis-à-vis de l'équipe quitte à, toujours selon la CDS 6, avoir un « *positionnement des fois, où il faut taper du poing sur la table* ». Ainsi, pour cette cadre, elle se « *sent en adéquation avec ce qui m'est demandé* ». Mais cela ne l'empêche pas une prise de distance et une capacité à réajuster son positionnement, ce qu'elle décrit « *je suis capable de réfléchir [...] d'entendre ce qui m'est dit* ».

Pour une partie des cadres rencontrés, le travail de proximité entretenue avec l'équipe facilite la gestion du quotidien et la résolution de problèmes. Mais il faut également noter que cette proximité n'empêche pas la loyauté du cadre envers lui-même, son équipe et sa hiérarchie.

5.3.3 La gestion des affects par le manager, une mission inhérente à la proximité ?

Lors de tous les entretiens que j'ai menés auprès des cadres de santé j'ai pu mesurer combien la problématique de l'absentéisme mobilisait un état émotionnel chez les cadres. J'ai eu l'impression qu'ils avaient vécu ces échanges comme des espaces de parole libre face à la problématique contraignante de gestion des ressources humaines. Et les verbatim recueillis confortent mon impression. Il apparaît que les cadres de proximité mobilisent des dimensions affectives lorsqu'il s'agit de gérer des situations difficiles. La CDS 6 décrit « *on est dans de l'affect tellement on partage des choses dures ensemble* ». Et la prise en compte de l'état

émotionnel par le cadre de proximité permet « *des fois de temporiser certaines choses* » (CDS 1).

Nous notons également qu'une cadre nomme son attention particulière à protéger son équipe. Elle a par exemple pris le relais auprès des patients pour expliquer un changement organisationnel « *parce que je ne voulais pas en plus que les patients en veulent à l'équipe qui n'y était pour rien* ». Elle donne un autre exemple, où elle a préféré taire des éventualités organisationnelles à l'équipe car elle « *ne voulait pas les inquiéter* » tant que cela était hypothétique.

Les CDS 3 et 8 vont plus loin et parlent d'un besoin des agents d'avoir une relation privilégiée avec le cadre « *ils ont besoin de cette image maternelle un peu. Quelqu'un sur qui se reposer et qui va résoudre tous les problèmes* » « *j'ai beaucoup d'enfants !* ». Cette fonction du cadre maternel, réclamé par les équipes, fait écho à la définition donnée par Boyer qui s'appuie sur Winnicott, qui demande de « *s'adapter aux besoins, apporter de la sécurité psychique et physique, aider à se structurer, protéger contre les angoisses d'annihilation, assurer un sentiment de sécurité dans une continuité d'existence* » (2010, p.62).

Au contraire, la CDS 1 refuse ce type de relation et « *ne veux pas être dans le maternage à non, je ne veux pas* », et préfère mettre à profit un management favorisant l'autonomie, même si elle « *a besoin d'être présente sur le terrain* ».

Par contre, deux des cadres ont verbalisé l'importance qu'elles accordent au climat de travail, en managant de manière à instaurer un état d'esprit positif à la dynamique de travail pour contrer les difficultés du quotidien : « *j'ai dû réussir, malgré le contexte, à maintenir un état d'esprit positif. Je pense que c'est lié aussi au mode de management* » (CDS 7). En ce qui concerne la CDS 5, elle « *essaye de rebondir avec elles (les soignantes), sur leurs difficultés, d'essayer de leur apporter des réponses dans la mesure de ce que je peux, pour essayer aussi de maintenir et de ne pas les laisser que dans du négatif* ».

Le travail de proximité permettrait ainsi d'appréhender la dimension émotionnelle de l'équipe.

5.3.4 La communication et l'écoute active : une marque de confiance mutuelle

Pour 7 cadres sur les 9 interrogés, la communication est essentielle dans leur quotidien de manager. Outre la transmission d'informations, elle permet d'identifier les besoins des agents et est le reflet des relations au sein de l'équipe.

Pour instaurer un climat propice à la communication, il apparaît nécessaire que le cadre comme l'équipe soient disponibles. Ainsi, pour la CDS 2, l'instauration de temps d'échanges dédiés est facilitante *« j'ai vraiment besoin d'avoir ces temps-là avec eux. Un temps de tous les rassembler et leurs passer les informations »*. En réciprocité, la CDS 1, fait en sorte de se rendre disponible, ce qui lui permet d'anticiper certaines situations qui pourraient poser problème *« la disponibilité...certains agents qui me disent j'ai besoin de vous voir très vite, c'est qu'il y a un problème. Et il faut le résoudre sinon ça va faire l'effet papillon »*. Ce besoin de disponibilité pour les équipes, la CDS 2 l'a identifié également et pense avoir *« réussi à créer un lien avec l'équipe, je me suis montrée la plus présente, parce qu'ils avaient besoin d'un interlocuteur »*. Nous pouvons noter ici que la communication est possible lorsqu'il y a la combinaison confiance et disponibilité. Et cela quels que soient les interlocuteurs, c'est ce que confirme la CDS 3 qui dit que dans son unité *« la communication est relativement simple avec les praticiens et l'équipe, ça marche bien et la confiance est là »*. Pourtant il semble que la communication soit favorisée par le cadre de proximité qui *« met en lien les gens »* est *« facilitateur »*, selon la CDS 3. La disponibilité accordée par le cadre peut être celle du temps accordé mais surtout par la qualité de l'écoute dont il fait preuve. Ainsi, pour la CDS 5 qui *« fait pas mal d'écoute »* et *« a souvent sa porte ouverte »*, elle a pu entendre les inquiétudes de l'équipe lors de situations complexes et *« les rassurer »*. Cette accessibilité du cadre invite les agents à exposer leurs questionnements. Nous pouvons y voir alors le signe que chacun travaille en confiance. Ce qu'atteste la CDS 7 *« je crois que c'est de la confiance ça c'est sûr et du coup les équipes n'hésiteront pas à venir dire les choses. Et après on est dans une relation de confiance qui va emmener à faire passer plus de choses »*. Cette confiance mutuelle est le fruit d'interactions, le cadre se faisant porte-parole tantôt de la direction, tantôt de l'équipe, ce qu'explique la CDS 9 *« c'est un rôle de communicant auprès des équipes. De leur faire part des informations descendantes mais aussi de faire remonter les informations des équipes à la direction »*. Et cela en toute transparence *« et ne pas cacher les problématiques »* (CDS 5) pour entretenir la confiance. Face aux situations du quotidien le cadre de proximité doit être présent et *« être conciliant à droite à gauche, il faut prendre du recul »* (CDS4) pour accompagner avec objectivité et cela nécessite *« beaucoup de diplomatie et tout le temps en arrondissant les angles pour tout le monde »*.

5.3.5 La reconnaissance comme facteur de sens pour les soignants

Selon la pyramide des besoins, la reconnaissance répond au besoin d'estime de soi, qui est fondamentale dans la théorie décrite par Maslow⁷. Et cette notion a été nommée par 7 cadres sur 9, soit pour décrire un besoin de reconnaissance des agents soit pour l'engagement des cadres de proximité. Pour deux des cadres cette notion est évoquée pour exprimer un manque de reconnaissance.

Plusieurs CDS ont parlé des marques d'attention apportées à l'équipe au quotidien et notamment pour la CDS 1 qui est vigilante à ce que chacun ait une place au sein de l'équipe et elle insiste auprès des agents en leurs disant que « *chacun est un maillon ou il n'y a pas de plus important, moins important* ». Chaque compétence est identifiée et participe à une prise en soins optimale et globale du patient. Pour la CDS 3, l'important est de « *redonner des petites missions à chacun* » ce qui permet en plus une autonomisation des équipes. Ainsi, par la reconnaissance des compétences le soignant se sent valorisé dans son travail. Plus encore, il est valorisé au sein de l'équipe puisqu'il occupe une place déterminante et peut se « *sentir reconnu, connu dans le service, vous êtes identifiés en tant que référent, ça vous donne une mission. Parce que tout ça c'est de la qualité de vie au travail* » (CDS 3). Il semble alors que cela donne du sens aux engagements et aux actions. Et nous pouvons supposer que la conséquence soit une amélioration de la qualité du travail. Il s'agit alors d'une illustration de ce que l'on nomme l'effet Hawthorne qui désigne « *l'amélioration de la productivité des salariés du seul fait de l'intérêt accordé par la direction à leur travail* » (Geoffroy, 2019, p.45).

Pour satisfaire ce besoin, les cadres de santé utilisent également le levier de la formation. Certes, elle contribue au maintien ou à l'acquisition des connaissances mais elle permet également aux agents de s'approprier des techniques qu'ils peuvent mettre à profit dans leur quotidien. Ainsi, en EHPAD, la CDS 1 a repéré que pour la population aide-soignante « *la formation Montessori a aidé parce que c'est reconnaître ce qu'elles font* » et plus encore « *ça valorise un petit peu quand même, ça donne du sens* ». L'intérêt porté par le CDS aux individus semble également participer à une reconnaissance. Ce qui sous-entend que le cadre connaisse bien les membres de son équipe et s'adapte à leurs besoins « *les agents s'ils voient qu'on fait des efforts pour eux, qu'on essaye de faire des petits gestes, qu'on tient compte de leurs*

⁷ Abraham Maslow a exposé en 1954, sa théorie de la motivation en la représentant sous forme d'une pyramide des besoins avec dans l'ordre de la base au sommet : les besoins physiologiques, besoins de sécurité, besoins d'appartenance, besoins d'estime de soi et besoin d'accomplissement.

difficultés et de l'impact sur leur vie privée aussi des fois sur leur travail ou vice-versa et bien, en général, ils sont reconnaissants ».

D'autres, parlent alors d'une relation de « *donnant-donnant* » (CDS 5-8 et CDS 9).

Trois cadres de santé ont notifié l'importance que la hiérarchie face preuve de reconnaissance. Tout d'abord, la CDS 1 a noté que le fait que « *la directrice soit très présente, elle vient les voir (les soignants) le jour, la nuit et leurs donne des informations* » révèle une attention particulière une gratitude du travail de chacun. Pour la CDS 7, c'est une source de satisfaction « *c'est important pour moi que le travail soit reconnu, quand on me le dit, je suis contente* ». Elle ajoute que c'est une source de motivation et « *qu'on a donné du sens à ce qu'on a fait en tant que cadre, on a contribué à faire avancer. Ben voilà, c'est ça qui me porte* ». A contrario, l'absence de reconnaissance peut-être mal vécue, voir « *cela peut-être assez décourageant* » en particulier lorsque le travail réalisé n'est pas quantifiable. Ainsi, la CDS 9 donne l'exemple du « *travail invisible* » du cadre qui est peu reconnu, ce que confirme la CDS 3. De plus, certains cadres nomment un paradoxe. En effet, la direction demande aux cadres de terrain de valoriser les équipes alors que parallèlement les CDS disent ne pas recevoir cette attention de leur direction « *On ne nous dit pas quand c'est bien. C'est difficile de continuer à travailler si on ne l'accepte pas. Motiver les cadres, je ne le vois pas et les valoriser, je ne le vois pas non plus* » (CDS 4).

Il apparaît donc que le besoin de reconnaissance est nécessaire pour donner du sens aux actions et qu'il s'agit d'un point de vigilance que le cadre de proximité doit avoir pour mobiliser les équipes dans une dynamique positive. Mais il doit également en recevoir pour continuer à assurer son rôle d'accompagnant.

5.3.6 Le management empêché : retour sur les représentations du métier

Le système sanitaire doit répondre à certaines contraintes et le cadre de proximité est un des acteurs qui doit rendre compte des activités de soins. Afin de me détacher de mes représentations et de mon regard en tant que soignante puis d'encadrante d'équipe de soins, je souhaitais connaître l'avis de mes pairs sur les représentations des missions du CDS et repérer s'il y avait des évolutions du métier.

Quelle que soit l'ancienneté dans la fonction, les cadres ont répondu à l'unanimité qu'il y avait une différence entre l'image du métier et la réalité de terrain. Certaines repèrent des

écarts entre les services supports de l'hôpital et les besoins des services de soins, ce que décrit par exemple la CDS 5 « *la temporalité, on voit bien avec le service éco, c'est long. Des choses qui paraissent simples ça prend des proportions* », et la CDS 1 pense « *qu'on pourrait améliorer la réactivité* ». Par ailleurs, certaines tâches attribuées au CDS pourraient être déléguées « *avec l'administration, il y a des modes d'organisation qui sont un peu obsolètes. Par exemple, si une infirmière a besoin de chiffonnettes pour désinfecter, il faut que ce soit le cadre qui les commande. Si vous voulez, il y a encore beaucoup de choses qu'on doit gérer* » (CDS 1). Ainsi, la CDS 5 déclare qu'elle « *ne se rendait pas compte de tout ce que l'on demandait à un cadre de proximité* ». Tout comme la CDS 6 qui a l'impression de « *sans arrêt être en train de jongler* » entre gestion du matériel, gestion des ressources humaines et reporting. Cette notion de rendre compte est nommée par trois CDS et elles font un parallèle avec une perte d'autonomie « *L'argumentation est pesante de devoir expliquer ce qu'on fait. L'autonomie, on n'en n'a plus c'est clair* » (CDS1). Il en est de même pour la CDS 4 qui estime avoir « *beaucoup moins de liberté, beaucoup de compte à rendre, tout le temps, à tous les niveaux : direction, cadre sup', médecin, équipe, famille. Et à un moment donné, ben on ne peut pas tout faire et c'est toute la difficulté* ». Ce que confirme la CDS 9 qui trouve « *qu'au niveau autonomie, on n'en a plus beaucoup. Qu'il faut beaucoup rendre de compte à tous les niveaux* ». Les auteurs Detchessahar et Grevin parlent de « *gestionnisme* » qui décrit l'alimentation de contrôle de gestion ressenti par les cadres de proximité, révélant alors que « *les activités de gestion prennent le pas sur les activités de management* » (2009, p.35).

Il semble donc que parmi les missions du CDS, la place occupée par le reporting soit importante et ressenti comme un manque voire une perte d'autonomie et ça quel que soit le lieu d'exercice. Il ressort également que cet aspect du métier a évolué, car la CDS 7 qui exerce en tant que cadre depuis 23 ans précise « *ça a évolué au fil des années. Ouais, je pense que quand j'ai commencé on avait plus d'autonomie* ». Ce qu'elle met en lien également avec le fait que les organisations ont changé et notamment au niveau administratif « *maintenant on fait remonter, il y a plus de strates* » et la CDS 1 qui a également 23 ans d'ancienneté constate « *qu'il y a beaucoup de monde au-dessus de nous* ». Cette demande de traçabilité semble occuper une grande partie du travail du cadre au même titre que la gestion de l'absentéisme « *qui fait partie du quotidien du cadre et pendant qu'il gère l'absentéisme, ne fait rien d'autre* » (CDS 4). Il apparaît que ces obligations quotidiennes de tâches gestionnaires soient un frein à la mise en place de projets qui pourtant selon la CDS 1 est essentiel « *j'ai fait des choix stratégiques (dans le parcours professionnel), pour conserver cette motivation. C'est ça qui est moteur dans ma vie professionnelle* » mais aujourd'hui elle dit avoir « *du mal à suivre les*

projets. Projets qui pourraient contribuer à améliorer certaines choses, on a du mal à les travailler. Donc c'est un cercle vicieux ». La CDS 6 aimerait elle aussi relancer une dynamique de travail à travers des projets « *je voudrais redémarrer le projet aromathérapie parce que l'équipe a tellement changé qu'il faudrait remettre du monde en formation* » mais elle doit faire face à de grandes difficultés de recrutement avec 6 postes vacants dans son équipe, et « *le problème c'est comment tu vas les former, il me reste 5 soignants (titulaires)* ». Elle nomme alors que ce temps passer à gérer le manque de personnel empêche toutes ses autres missions de CDS de proximité « *tu n'as plus ce rôle d'encadrement, de projet, de formation* » ce qu'elle regrette.

Une solution possible est identifiée par la CDS 7 qui pour pouvoir gérer les urgences du quotidien, anticipe l'organisation de travail avec l'outil des plannings « *le fait d'anticiper un peu tout ça, ça te permet de pas être submergé par un absentéisme. C'est des mois à bosser comme une malade mais pour qu'après cela te libère du temps sur le reste de l'année pour les projets et puis les urgences* ».

5.4 L'absentéisme en fonction des secteurs

5.4.1 Des secteurs d'activité fortement impactés : l'image du métier mise à mal ?

La CDS 3 a identifié que le secteur personnes âgées est plus impacté par l'absentéisme « *sur les EHPAD et le long séjour l'absentéisme est un sujet plus récurrent et préoccupant que sur le court séjour* ». Ce que confirme la CDS 8 qui vient de quitter un service de chirurgie pour un encadrement en EHPAD et qui trouve que l'absentéisme est « *beaucoup plus en EHPAD qu'en médecine gériatrique* ». Est-ce à mettre en lien avec « *une image très négative de l'EHPAD* » comme le disent les cadres 1 et 8 « *les Ehpads, la gériatrie, on vend pas du rêve* » ? Il s'agit d'une hypothèse qu'il faudrait investiguer en interrogeant plus de cadres travaillant en filière gériatrique. La CDS 8 pense que ce taux d'absentéisme inopiné plus important vient du fait que la population d'Agent de Service Hospitalier (ASH) est plus présente en EHPAD qu'en courts séjours et pour elle « *dans cette population là c'est plus des arrêts inopinés et ils ne préviennent pas forcément* ». Ce constat est partagé par Chimy P. psychologue du travail, qui lors de son étude au sein d'un CH a repéré « *Un absentéisme massif et bref caractérise les jeunes ASH et AS* » ce qu'il met en lien avec « *une faiblesse de l'identité professionnelle, et une dévalorisation de leurs fonctions comme facteurs explicatifs* » (2012, p.5).

Mais si l'on s'en tient aux avis recueillis, il semble que donner l'opportunité aux agents de choisir le secteur d'activité ou d'accompagner les agents dans des projets professionnels permettent de limiter les absences des soignants en favorisant l'intérêt porté et apporté par le travail. C'est ce qu'explique la CDS 1 « *les stages d'observation, c'est ça qu'il faudrait développer. C'est l'accompagnement dans leur projet professionnel. Permettre d'aller voir dans les autres services. Oui, parce que c'est important de ne pas les perdre complètement* ». C'est d'ailleurs se dont a eu besoin la CDS 3 qui a « *changé d'exercice passer du médico-social au sanitaire, l'absentéisme très lourd en EHPAD, c'est une des raisons qui me motivait pour changer* ».

Dans son rapport d'enquête d'avril-mai 2022, La Fédération Hospitalière de France relève un taux d'absentéisme de 11.8% dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, soit deux points de plus par rapport au taux d'absentéisme soignant.

5.4.2 Avoir le choix : une source de motivation

Être acteur de son parcours professionnel permet de réaliser des objectifs qui font sens pour nous et donne le sentiment de contrôle de notre vie professionnelle. Ainsi, le cadre de santé, du fait de sa proximité avec les agents, peut accompagner les parcours afin de continuer à mobiliser la motivation de son équipe. C'est ce qu'a constaté la CDS 1 vis-à-vis de ses agents « *des stages d'observation, c'est ça qu'il faut développer. C'est l'accompagnement dans leur projet professionnel...qu'on voit ce qui les intéresse et pourquoi* ». Avis partagé par la CDS 5 qui pense que « *permettre au professionnel, avant de s'engager, de voir le service si ça lui convient vraiment. Ça évite d'avoir des professionnels qui arrivent et finalement une fois dans le service dise ben non en fait je ne m'attendais pas à ça* ». Elle ajoute que l'information et le fait de laisser le choix du lieu d'exercice favoriseraient l'engagement des professionnels « *Mettre en lumière ce que propose le service, ça permettrait d'être totalement transparent et de laisser les gens se positionner réellement sur un secteur qui est vraiment sûr de plaire quoi* ». Ce qui sous-entend une certaine flexibilité dans la gestion des ressources humaines permettant une mobilité des personnels selon leurs envies et besoins.

Mais pourtant, une certaine stabilité semble tout de même nécessaire pour installer une dynamique de projet au sein d'une unité de soins, « *Y'a jamais un moment pour faire des choses bien. Voilà avec du confort, enfin de la stabilité, ne serait-ce que ça quoi* » (CDS2). Le contexte sanitaire en perpétuel mouvement demande aux organisations des adaptations fréquentes et

rapides y compris dans les modes de management. Ainsi, certains CDS se retrouvent à devoir encadrer plusieurs équipes, ce que décrit la CDS 2 « *ce qui m'inquiète un peu c'est qu'on va me proposer de prendre cette aile à TM (EHPAD). Mais j'ai relancé une dynamique ici (en soins de suite et réadaptation), c'est à nouveau que je doive m'occuper d'un autre service, ça va faire flop ici* », avec la crainte de ne pouvoir tout mener de front. Inquiétude que partage la CDS 3 « *J'appréhende le printemps parce que je vais avoir l'encadrement d'un autre service, ça m'inquiète* ». Ainsi, il semble que lorsque la mobilité de poste est un choix cela peut être source de motivation alors que lorsque cela est imposé ça génère stress et crainte de ne pas atteindre les objectifs.

5.5 L'évolution du rapport au travail, un changement de paradigme

D'après un sondage de l'IFOP⁸ datant de septembre 2022, 59% des personnes interrogées ont répondu que le travail occupe une place moins importante ou secondaire et 46% ont répondu que le travail était important mais moins que la vie de famille, les amis et les loisirs. Il semble que le travail n'occupe plus une place prioritaire dans la vie des français. C'est un avis que partagent 6 des 9 cadres interrogés, dont la CDS 4 qui décrit « *le monde du travail a évolué, la relation au monde du travail a énormément évolué* ». Et elle poursuit en précisant qu'il s'agit d'un changement dans les priorités des soignants « *leur vie personnelle prime sur leur vie professionnelle [...] c'est notre famille d'abord. Oui, les esprits par rapport au travail ont complètement changé* ». D'après la CDS 7, ces changements sont visibles depuis « *une dizaine d'années* ». Mais elle précise que la crise sanitaire a mis en relief ces changements notamment parce que « *le COVID a eu un impact sur la RH avec des moments difficiles* », ce que confirme la CDS 6 qui est en grande difficulté de recrutement et note une « *grosse dégradation après le COVID* ». Peut-on alors faire un lien entre les difficultés et la pénibilité du travail soignant pendant la crise et leurs besoins actuels de se recentrer sur leur famille, leurs loisirs ? Pour la CDS 7, il faut prendre plusieurs facteurs en considération et notamment l'arrivée des générations Y et Z sur le marché du travail « *je pense que c'est la conjonction du COVID et des nouvelles générations, qui n'ont plus les mêmes valeurs* ». Il semble en effet que les nouvelles générations abordent le monde du travail avec d'autres besoins que leurs aînés, la CDS 3 a

⁸ Sondage IFOP *le rapport des français au travail*, pour l'Association des territoires pour des solutions solidaires, mené en septembre 2022 sur un échantillon de 1011 personnes, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus.

également constaté que « *les jeunes générations qui arrivent, il y a des valeurs qui ne sont plus les mêmes et qu'il faut entendre. Les jeunes ne veulent plus aujourd'hui de contrat de longue durée. Ils veulent voyager, ils veulent leurs week-ends* ». Un tiers des cadres que j'ai rencontré ont repéré que ces jeunes professionnels étaient en capacité à s'affirmer et faire des choix selon leurs valeurs. Parallèlement, le marché de l'emploi et la pénurie de paramédicaux occasionnent des pratiques déviantes « *une fille du sud de la France qui voulait bien postuler mais qu'il fallait qu'on lui trouve un logement et qu'on organise son déménagement. Et une qui voulait travailler que du matin, que à C (ville) et pas le week-end* » (CDS 6).

Face à ce changement de paradigme, les organisations du système sanitaire vont devoir s'adapter. Mais alors comment l'hôpital peut-il concilier les nouvelles attentes des soignants et le devoir de continuité des soins ? « *Il va falloir qu'on s'y adapte. Mais c'est compliqué de s'y adapter parce que la machine hospitalière est tellement lourde à bouger* » (CDS 4).

Outre l'évolution du rapport au métier de soignant, la CDS 8 m'a également nommé une évolution sociétale. En effet, le recours à l'EHPAD est perçu comme un service qui doit répondre à des prestations payantes et si en cas d'absentéisme le service rendu n'est pas en adéquation avec ce qui est attendu, cela entraîne des incompréhensions que le cadre de proximité doit gérer « *ils payent pour avoir, entre guillemets, un service et au niveau de l'absentéisme, les familles nous font bien ressentir que si jamais il manque, si jamais y a pas eu de douche, si jamais... Ben voilà, ils comprennent pas et du coup ils auraient bien des ristournes. Ouais, j'ai une famille comme ça qui ne comprenait pas* ».

5.6 Quels leviers d'attractivité pour les hôpitaux ?

Avec un taux d'absentéisme soignant de 10 % en 2022 ⁹, les hôpitaux sont en première position sur le marché de l'emploi. Il faut ajouter à cela un manque d'environ 20 000 paramédicaux IDE et AS. Face à cette pénurie et aux changements sociétaux, l'hôpital public va devoir s'adapter. Les cadres de proximité que j'ai rencontrés ont déjà identifié certains besoins de soignants qu'il est important de considérer pour les maintenir en poste.

⁹ Chiffre issu de l'enquête réalisée en avril/mai 2022 par la FHF (Fédération Hospitalière de France) au sujet de la situation RH de 400 établissements employant 380 000 professionnels non médicaux.

L'ensemble des cadres interviewés a identifié l'importance d'un équilibre entre vie professionnelle et vie privée, tant pour les agents que pour eux-mêmes. Le planning apparaît comme un outil managérial pour tenter de préserver cet équilibre. Ainsi, la CDS 1 déclare que les agents « *sont très accrochés à leur trame pour s'organiser dans leur vie perso* ». Et lorsqu'il y a une nécessité de changement de planning pour pallier à l'absentéisme, la CDS 2 est vigilante car « *quand on change les horaires au pied levé, ce n'est pas sans conséquence quoi. Et du coup, je faisais en sorte que la vie perso soit pas trop impactée. Oui parce qu'on a tout à gagner de toute façon* ». Afin de faciliter l'organisation de ses agents, la CDS 5 essaye d'anticiper au maximum l'édition des plannings et « *quand ils sont faits, je les sors, j'attends pas le 15 du mois comme ça les filles peuvent s'organiser dans leurs vies* ». Tandis que la CDS 8 met à disposition l'ensemble des plannings prévisionnels de l'année pour permettre aux agents de s'organiser. Pour d'autres, même s'il existe des roulements préétablis qui sont respectés, cela n'empêche pas des aménagements pour « *amener un bol d'air* » (CDS 6) et « *d'être attentive à la personne, si elle est à 80% c'est parce que voilà elle a des enfants en bas âge et je fais en sorte de pouvoir mettre un repos le mercredi. Je crois que vraiment dans la mesure du possible, moi j'essaie d'y faire attention parce que c'est ce qui permet, je pense aussi d'avoir des retours quand tu as besoin* » (CDS 7). Mais si le cadre de proximité est vigilant au bien être de son équipe, il doit également être attentif à ses propres besoins car selon la CDS 7 « *c'est important l'équilibre entre le professionnel et le personnel et la vie sociale. Parce que sinon on se laisse envahir. Et on s'épuise, il faut montrer l'exemple dans ce sens-là aussi. C'est prendre soin de soi* ».

Il semble également que l'accueil des nouveaux professionnels soit une étape à ne pas négliger pour une bonne intégration dans l'établissement et dans l'équipe, point d'attention pour la CDS 5.

Autre élément à prendre en compte pour deux cadres c'est le coût de la vie qui a également fait évoluer les besoins des soignants et cela a un impact avec « *des difficultés de recrutement et une problématique de venir sur C (ville où se situe une annexe de l'hôpital de référence), parce qu'il y a le coût de l'essence.* » (CDS 7), ce qui motive les agents à « *rester dans leur bassin de vie* » (CDS 3). De plus, il semble que les jeunes professionnels souhaitent choisir leur lieu d'exercice mais sans pour autant bénéficier de contrat longue durée afin d'être libres de changer selon leurs envies et /ou besoins « *Et les jeunes candidats demandent à être posté sur tel ou tel service, ce qui est nouveau* » (CDS 9).

Par ailleurs, l'accompagnement des projets professionnels des agents par le CDS permet également de fidéliser au sein de l'hôpital, ce qu'a constaté la CDS 8 « *si on veut pas les perdre,*

faut être là pour eux, hein, pour leur projet, parce que c'est ça, ils ont tous aussi des projets individuels. Donc faut aussi les accompagner ».

Le secteur sanitaire public va donc devoir s'adapter aux exigences des professionnels et proposer des conditions de travail qui permettent une conciliation avec la vie personnelle des agents. Tout comme faciliter les mobilités ou une flexibilité dans la durée des contrats de travail afin de répondre aux évolutions du rapport au travail.

5.7 La perception du phénomène d'absentéisme par une direction d'un centre hospitalier

Outre les entretiens menés auprès des cadres de proximité, j'ai pu échanger de manière informelle avec une coordonnatrice générale des soins ainsi qu'avec une Directrice des Ressources Humaines (DRH) sur l'absentéisme dans leur établissement. Des notes que j'ai retranscrites, il ressort que depuis deux ans, l'absentéisme a augmenté de deux points dans ce CHU, ce que la coordonnatrice met en lien avec la crise sanitaire. Elle explique que parallèlement à des départs de soignants en disponibilité, l'installation de la crise dans le temps a épuisé les soignants. La DRH nomme également de grandes difficultés de recrutement qui les ont poussés à innover rapidement en matière d'organisation de travail, notamment en allongeant les amplitudes horaires. Mais elle note également que ces modifications ne répondent pas nécessairement aux besoins de tous les soignants qui, quel que soit leur âge revendiquent un équilibre vie privée vie professionnelle. J'ai demandé à la coordinatrice générale des soins sa perception sur le positionnement des jeunes générations et leur rapport au travail. Selon elle, les générations Y et Z sont plus autonomes et demandent à l'être rapidement. Ils ont également une grande capacité d'adaptation et sont forces de propositions dans les équipes.

Ainsi, ce regard plus global de la situation des ressources humaines semble confirmer que la gestion de l'absentéisme doit se faire en considérant un rapport au travail qui évolue. Et que cette direction a bien conscience qu'il devient nécessaire de proposer plusieurs offres voire une personnalisation de l'offre pour attirer ou maintenir la population soignante à l'hôpital.

6 Synthèse de l'analyse et confrontation des hypothèses

L'analyse des données empiriques m'a permis de mettre en évidence des thématiques nommées par les cadres de terrain. Au cours de la synthèse de cette analyse je vais à présent confronter ces thématiques à mon cadre conceptuel qui m'a conduit à une problématique.

6.1 Synthèse de l'analyse

Le recueil des vécus de terrain confirme d'une part que le phénomène d'absentéisme est fréquent au sein des services et d'autre part qu'il impacte les prises en soins des patients. Si nous retenons la définition de Leteurte, l'absentéisme se caractérise « *dès lors qu'une personne inscrite à l'effectif et au planning n'est physiquement pas présente à son travail* » (1991, p.7). Mais sous l'effet du NPM introduit dans le secteur public de la santé, les effectifs ont été réduits en même temps que les coûts. Ainsi, les équipes de soins fonctionnent à flux tendus, avec le devoir de continuité et de qualité de service. Aussi, dès lors qu'il y a une absence, le CDS, responsable des organisations de soins mobilise plusieurs ressources pour garantir une continuité de service. Parmi les modalités de gestion de l'absentéisme, il y a le non remplacement, qui alourdi la charge de travail des soignants en poste. La réorganisation interne avec par exemple des allongements d'horaires. L'auto-remplacement par rappel d'agents sur leur temps de repos hebdomadaire, générant un phénomène difficilement quantifiable qu'est le présentéisme. Et puis il y a la sollicitation de ressources extérieures : au service, au pôle voire à l'établissement. Ces modes de gestion ont été fortement mobilisés par les CDS durant la période COVID, où la réactivité et l'adaptation devaient être rapides. Le professeur d'université Laurent Mériade a décrit ces modalités de gestion de l'absentéisme comme étant fondées sur des pratiques de « *bricolage* » en gestion des ressources humaines, qu'il répertorie selon trois caractéristiques : individuel, collectif familial et collectif conventionnel (2022, pp.89-114). Alors que pour Anasse et al, il s'agit de faire preuve d'agilité (2020, p.78). Le CDS fixe alors des objectifs avec des moyens plus ou moins limités.

Par ailleurs le manager de proximité subit lui aussi les contraintes budgétaires, le devoir de rendre compte aux différents acteurs (patients, famille, paramédicaux, médecins, hiérarchie, services économiques...) qui ont parfois des intérêts différents et incompatibles entre eux. Ces

activités compliquent le travail de proximité, la conduite de projets, l'accompagnement des professionnels sur le terrain, ce que Yves Clot décrit comme l'activité empêchée pour le CDS.

Ainsi, le panel d'activités du cadre de santé s'est élargi au fil du temps et comporte des activités de gestion de ressources humaines, matérielles, économiques, de la gestion de projets, de l'organisation des activités et du parcours de soins. Mais selon la fréquence et le nombre des absences, le CDS peut passer beaucoup de temps à la gestion des ressources humaines au détriment de ses autres missions d'encadrement. Générant stress et culpabilité. Pourtant, l'enquête de terrain révèle l'importance du rôle de soutien, de facilitateur du cadre dont les équipes ont besoin dans les moments à fortes tensions dans le travail et à forte charge émotionnelle. Mais le fait que le cadre de proximité partage et s'implique dans ses situations le rend légitime aux yeux des professionnels.

Une alternative à ces situations de crise et en particulier la gestion de situations d'absentéisme serait un modèle managérial participatif : la considération que chacun à sa place dans les organisations de soins et est une ressource pour permettre une dynamique collective et donner du sens à un objectif commun de qualité des soins pour le patient. Cela sous-entend que le CDS travaille au plus près de son équipe ce qui lui permet d'identifier les difficultés et de s'appuyer sur les ressources individuelles et collectives pour trouver ensemble des solutions. De plus, ce management empathique qui s'intéresse aux individualités peut permettre de repérer les besoins de chacun et d'accompagner les professionnels à atteindre leurs objectifs et donner du sens à leurs pratiques. Ce type de manager peut alors s'apparenter à ce que Parmantier décrit comme étant un manager coach qui est « *à la fois bienveillant et cadrant, le manager-coach comprend les dimensions émotionnelles de ses collaborateurs tout en leur donnant le sens du collectif* » (2022, p.201). Et d'ailleurs, ce sens du collectif revient fréquemment dans le discours des cadres interviewés qui disent pouvoir compter sur la solidarité des équipes pour faire face aux difficultés qu'engendre l'absentéisme.

Par ailleurs, tous s'accordent à dire que le rapport au travail a évolué. Est-ce un changement de paradigme ? Ce constat n'est pas nouveau. Déjà dans les années 60, Georges Friedmann, apportait un regard critique sur l'évolution du rapport au travail. Mais pour le cadre d'aujourd'hui il apparaît nécessaire de considérer cette évolution. La quête de sens, le sentiment d'utilité, le besoin d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée sont des aspects essentiels qu'il doit prendre en compte pour accompagner ses équipes. L'ensemble des cadres que j'ai rencontrés identifient l'importance d'une approche managériale par la QVT, dans toutes ses dimensions. Cette attention portée à l'autre permet d'instaurer un climat de confiance, une

relation de donnant-donnant qui favorise une collaboration dans le travail. Le cadre de santé a un rôle essentiel dans l'application de la QVT et nous pouvons le supposer dans la prévention des situations d'absentéisme. Ainsi, le manager a un rôle central dans la réussite de la démarche QVT que ça soit dans la gestion des organisations, l'implication des agents dans la vie des unités, le sens commun du travail, la reconnaissance des ressources de chacun.

Malgré l'application de cette approche par les cadres interrogés, une majorité d'entre eux a identifié des problèmes de recrutement, ce que confirme la coordinatrice générale des soins et la DRH que j'ai rencontrée. En abordant la problématique de l'absentéisme avec les cadres de terrain, la notion d'attractivité est apparue. En plus de faire face à un absentéisme important qui rappelons-le est de 9.9%, les cadres ont également nommé leurs difficultés à réaliser des plannings avec des postes vacants. En effet, selon la Fédération Hospitalière de France il y a 25 000 postes vacants de professionnels paramédicaux, dont 4 à 5% de postes infirmiers et 2.5 % de postes AS. L'encadrement fait donc le constat que l'hôpital employeur doit repenser son offre auprès des soignants. Pour certains, la possibilité de se former, de faire évoluer sa carrière, de permettre de travailler à temps partiel, où en 12h pour bénéficier de plus de jours de repos, sont des pistes que les directions de structures sanitaires et médico-sociales doivent explorer pour attirer les professionnels. Et cela en particulier dans le secteur d'activités des personnes âgées mais aussi pour capter les nouvelles générations de professionnels. Les revalorisations salariales apportées par les accords du Ségur de la santé n'ont à priori pas suffi pour attirer les soignants à l'hôpital. Certains pays avant la France, se sont retrouvés à devoir repenser leur attractivité face à une pénurie de soignants. C'est dans ce contexte que le concept d'hôpital magnétique a vu le jour aux Etats Unis dans les années 1980. Il s'agit de centres où l'accès aux directions par les employés, est aisée ce qui donne le sentiment d'être écouté et créer un sentiment de confiance envers l'administration. Dans son article « *Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner* », Y. Brunelle répertorie les critères qui caractérisent un bon établissement, dont :

- l'action y est privilégiée, ce qui s'est produit durant la crise sanitaire où les soignants ont pris la main en réponse aux besoins d'agir et de prendre des décisions rapides.

- Une attention particulière est portée à la qualité du service rendu. Il y a « *beaucoup de rétroaction donnée aux professionnels. Ils peuvent se comparer, se situer puis chercher puis chercher à comprendre et corriger* » (2009, p.43).

-L'autonomie et le dynamisme sont favorisés, avec des « *paliers hiérarchiques* » faibles (2009, p.44).

- Les rapports sont facilités afin de s'appuyer sur les employés et ainsi améliorer la productivité.

Grâce à cette enquête de terrain, j'ai recueilli des expériences et des vécus de cadres de proximité qui m'ont apporté des éléments de réponses. Je vais à présent pouvoir confronter mes hypothèses à cette réalité de terrain et répondre à ma problématique :

Comment le travail de proximité du Cadre De Santé permet-il d'appréhender les facteurs inhérents à l'absentéisme ?

6.2 Hypothèse 1 : Une bonne dynamique d'équipe favorise la coopération et une gestion interne à l'équipe de l'absentéisme.

Il ressort des entretiens qu'une dynamique positive d'équipe permet un travail collectif et que face aux absences, les agents se mobilisent pour assurer les remplacements. Cela est possible grâce à une solidarité au sein des équipes. Pour autant il ne s'agit pas d'une règle. En effet, les propos recueillis montrent des différences selon les secteurs d'activités mais aussi la représentation que l'on a de son métier. De plus, la dynamique ne s'arrête pas nécessairement à l'équipe, car la solidarité entre services permet également de gérer l'absentéisme.

Cette hypothèse est donc partiellement validée, car la volonté des professionnels à coopérer et la prise en compte des contraintes des collègues permettent de pallier aux absences. Mais la conception que l'on a du métier influe également sur la disposition ou non à venir remplacer un collègue absent.

6.3 Hypothèse 2 : Une approche managériale par la QVT limite l'absentéisme

L'ensemble des cadres interrogés a nommé l'attention qu'ils portent à la QVT des agents. Cela passe par une prise en compte des besoins de chacun, l'accès à des formations en vue d'une évolution professionnelle ou de donner du sens aux pratiques. Plusieurs cadres disent

s'appuyer sur les ressources et compétences des équipes pour résoudre des problématiques, ce qui participe à une reconnaissance du travail réalisé. De plus, ils identifient la nécessité de maintenir un équilibre de vie pour les agents et plusieurs ont nommé un rapport de donnant-donnant notamment dans l'établissement des plannings. D'autant qu'ils ont repéré qu'avec l'évolution du rapport au travail le respect de cet équilibre est primordial. Cette vigilance au quotidien permet une connaissance affinée des individualités par le cadre de proximité et même une anticipation d'éventuelles difficultés. Par ailleurs, pour plusieurs des cadres, il s'agit d'incarner un rôle de facilitateur pour permettre aux équipes de travailler dans les conditions favorables.

Ces données empiriques me permettent donc de valider cette hypothèse.

6.4 Hypothèse 3 : Le travail de proximité du CDS permet une connaissance des équipiers et une pratique managériale tournée vers l'humain.

Plusieurs CDS ont nommé une charge de travail et une amplitude de tâches importantes. Mais tous s'accordent à dire que la proximité avec les professionnels est essentielle. Cela passe par une communication et une écoute active des équipiers, ce qui favorise un climat de confiance et est facteur d'une atmosphère de travail agréable, participant à une QVT. L'implication managériale bienveillante favorise une coopération d'équipe. Les entretiens révèlent qu'un travail au contact direct des professionnels permet de mieux comprendre les besoins, les attentes et les difficultés et d'adapter le management en conséquence. Par ailleurs, à travers cette proximité, les CDS peuvent identifier les points forts et les valoriser, mais ils peuvent également solliciter les équipiers pour des résolutions de problèmes et favoriser l'implication des professionnels. Cela participe à donner du sens au travail de chacun. Plusieurs d'entre eux ont repéré les bénéfices d'un management participatif et s'appuie sur les compétences individuelles et collectives, en vue d'améliorer les conditions de travail. D'ailleurs, les cadres responsables de plusieurs unités, souvent parce qu'ils compensent un manque de CDS, disent devoir se concentrer sur le travail administratif : établissement de planning, recherche de remplaçants, *reporting*, qui monopolise une grande partie de leur temps au détriment de cette proximité. Ils savent pourtant que le fait d'être au plus près des équipes leur permet d'entretenir une dynamique d'équipe pour répondre à une QVT pour les agents et

de favoriser une qualité de soins. De plus, grâce à cette proximité le cadre observe et repère des comportements, recueille des paroles qui lui permettent quelque fois de prévenir une dégradation de situation de travail et/ou relationnelle.

Je peux donc confirmer qu'un travail de proximité du cadre permet une connaissance des professionnels et une pratique managériale tournée vers l'humain.

7 Ma projection professionnelle

Forte de ce travail de recherche qui m'a permis d'aller à la rencontre de cadres exerçant dans des services et des structures différents, j'ai identifié des pratiques diverses. Voyons à présent comment je pourrai réinvestir ces expériences en tant que cadre de santé.

7.1 Une prise de distance nécessaire

Je suis arrivée en formation CDS avec mon vécu d'infirmière et de faisant fonction cadre. Mon expérience d'apprentissage de l'encadrement a été empreinte d'étonnements, de défis, de rencontres. J'ai appris à me connaître dans cette nouvelle posture et à accompagner les équipes durant cette période de crise sanitaire qui a duré. Il m'a fallu prendre des décisions rapides pour répondre aux exigences qu'imposait le contexte. Et même si j'ai été accompagné par mes supérieurs et par mes collègues cadres j'ai dû composer avec mon inexpérience et mes doutes. Après ces mois de formation, à distance de mon contexte professionnel, je relis ma situation de départ de ce travail de recherche, avec un autre regard. Je réalise à quel point il est important voire nécessaire de prendre du recul sur certaines situations, en prenant le temps d'analyser les éléments dans leur globalité pour en connaître les tenants et les aboutissants. Le CDS est garant de la qualité et de la continuité des soins. Pour répondre à cette exigence j'ai très souvent sollicité les agents sur leurs jours de repos pour assurer le remplacement d'absences, mais lorsqu'ils acceptaient c'était parfois au détriment de leur qualité de vie. La fréquence de mes sollicitations engendrait chez moi un sentiment de culpabilité et un épuisement chez les soignants. Comme certaines cadres rencontrées, je suis allée en renfort dans les soins pour tenter de limiter l'impact auprès des patients. Pourtant, je sais qu'un bon équilibre entre le travail et la vie privée participe au bien être des agents et c'est un engagement que je souhaite prendre lorsque je serai cadre de proximité. Il me faudra être attentive à ménager cet équilibre tout en

respectant le principe d'équité, dans l'élaboration des plannings notamment. Afin de favoriser la conciliation vie privée-vie professionnelle, je veillerai à donner de la stabilité et de la visibilité en matière de planning comme recommandé dans la stratégie nationale d'amélioration de la QVT au travail « prendre soins de ceux qui nous soignent » (décembre 2016). Grâce aux retours d'expériences des cadres interviewés, j'ai pu identifier plusieurs outils tel que le cycle de travail qui permet d'organiser l'aménagement des journées de travail pour chaque soignant. Ainsi, le déroulé d'un planning prévisionnel annuel permet aux agents de prévoir leur organisation. Parallèlement, cela permet au cadre d'anticiper et de réaliser des ajustements lorsqu'il édite le planning mensuel. Cette modalité d'organisation n'empêche pas des changements ponctuels. Aussi, confortée par les propos de mes collègues, une gestion par le « donnant-donnant » me semble être nécessaire. D'autant que dans mon établissement, le rappel des agents sur les repos pour pallier l'absentéisme est utilisé en priorité. Donc en contrepartie, accepter une modification de planning participe à une pratique managériale bienveillante, à laquelle je suis attachée. Il ne s'agit pas ici de tout accepter mais bien de considérer les demandes ponctuelles tout en veillant à garantir une équité vis-à-vis de l'ensemble de l'équipe, dans le respect de la réglementation du temps de travail. Mon rôle sera de rendre les règles explicites.

Il m'appartiendra de poser des limites et de rappeler au besoin les droits mais aussi les devoirs qui incombent aux professionnels de la fonction publique hospitalière au regard de la continuité de service. Selon moi, c'est une ligne de conduite managériale qui participe à une légitimité du CDS. L'enjeu sera de permettre aux soignants d'avoir une qualité de vie et de bonnes conditions de travail pour garantir des prises en soins de qualité pour le patient.

7.2 Manager avec...

Lors de la partie conceptuelle de ce travail, nous avons vu les différentes actions qui permettent une approche par la QVCT, facteur d'une amélioration de la qualité et de la performance du travail. En cela, c'est évidemment un modèle managérial sur lequel je m'appuierai. Mais c'est aussi parce que je souhaite manager avec les équipes, me servir de leurs ressources, de leurs idées, de leurs compétences. Plutôt que de subir des situations à fortes tensions en ressources humaines, je choisirai de travailler avec l'équipe. L'établissement d'une charte de planning et des procédures d'organisation de travail aménagée en cas d'absence inopinée, discutées en équipe seront pour moi des ressources et me permettront d'impliquer les

agents à ces adaptations contraintes. Ainsi, le regard croisé des soignants et du cadre sur les activités de soins participe à prendre des décisions coconstruites au profit d'une qualité des soins.

A ce jour, je ne connais pas mon lieu d'affectation pour mon premier poste en tant que CDS, mais je sais qu'il me faudra prendre un temps pour observer, pour questionner et comprendre les enjeux organisationnels et humains de l'équipe. Je sais aussi que cette observation sera réciproque, l'équipe aura elle aussi besoin d'apprendre à me connaître, d'identifier mes fonctionnements et mes exigences. Mon acceptation par l'équipe pourra se faire si une relation de confiance s'installe. C'est ce que R. Muchielli identifie comme étant l'efficacité du chef reconnu en tant que tel par l'équipe et facteur de coopération « *la confiance envers les partenaires est le premier ciment direct de la coopération voulue et entretenue* » (2011, p. 42).

Je pourrai m'aider de temps formels et informels, comme les réunions de service, les entretiens de Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC), les discussions en salle de pauses, afin d'identifier les ressources et les besoins individuels comme collectifs. De même, la prise de connaissance d'indicateurs tel que le taux d'absentéisme, le turn-over où le taux de postulants dans l'unité, me donneront une indication sur la QVCT au sein du service. Cette vue d'ensemble me renseignera sur la pertinence des organisations et des éventuels cycles travail.

A travers le projet de service je pourrai également repérer les modalités de fonctionnements et d'organisations qui ont été décidé pour répondre à des objectifs définis en équipe. Cet outil est un guide qui fixe le cap commun, dans une recherche d'efficacité et de pertinence de l'offre de soins proposée. Dans cette volonté, j'aspire à travailler en collaboration avec l'équipe médicale et en partenariat avec le chef de service pour « *créer des conditions d'une implication de l'ensemble des équipes médicale et soignante* » (rapport Claris, juin 2020-Recommandation N°17).

7.2.1 Manager avec les équipes

Au quotidien, le CDS a des choix à faire, des décisions à prendre. Mais pour mettre en œuvre ces décisions, il doit pouvoir compter sur l'implication et la validation des équipes. Je partage l'avis de la CDS 2 qui estime que « *les propositions qui viennent des professionnels sont les meilleurs en général* » et j'y vois une ressource en tant que manager. J'avais déjà

remarqué que les professionnels référents dans un domaine où un secteur d'activité (douleur, pharmacie, matériel...) se sentaient investis d'une mission qui avait du sens pour eux et qu'ils étaient soucieux de transmettre à leurs collègues. Cela participe à l'autonomie des équipes qui travaillent avec les apports et compétences de chacun vers un objectif commun de bonne prise en soins du patient. Ajouté au regard plus global du CDS, cela permet une complémentarité qui me sera sans aucun doute utile. Par ailleurs, en impulsant cette participation à la vie du service, j'aurai la volonté de reconnaître le travail entrepris pour l'amélioration continue de la qualité des soins et valoriserai cette implication.

La communication est un outil essentiel dans la conduite d'équipe. L'information et la communication descendante permettent de transmettre les points d'actualité, les conduites à tenir, d'expliquer les orientations prises, de rappeler les règles. Lors de mes différents stages j'ai repéré des méthodes qui m'ont interpellées par leur efficacité tant en termes de communication que pour la résolution de problèmes. Ainsi, les flash infos ou le *stand-up meeting*, méthodes empruntées au *Lean management* facilitent la communication en équipe et favorisent la participation des soignants dans l'organisation du service. Les échanges entretenus au sein de l'équipe sont aussi l'occasion de discuter les organisations, de partager les manières de faire, de parler des difficultés rencontrées et permet une posture réflexive des pratiques, gage de l'amélioration de la qualité. En cela, je partage l'avis de Routelous qui écrit que « *Les espaces de discussion sont déterminants pour le bien-être et le bien-faire* » (2018, p.212).

Mais le CDS est aussi le porte-parole de l'équipe auprès de la direction, notamment lorsqu'elle est confrontée à des difficultés.

7.2.2 Manager avec les pairs et la direction

Au quotidien, le CDS n'est pas seul, il peut s'appuyer sur son supérieur hiérarchique direct qu'est le cadre supérieur de santé. Dans les situations d'absentéisme important, il est l'interlocuteur privilégié du cadre de proximité. De par sa vision globale, de ses connaissances sur la répartition des ressources dans le pôle, il accompagne le cadre de proximité afin de prendre les décisions les plus adaptées lors de situations complexes. Plusieurs cadres rencontrés ont également fait référence au collectif cadres qui est une aide dans la résolution de problèmes. C'est aussi ce que j'ai constaté lors de mon exercice de faisant fonction CDS tout comme durant la formation. Le partage d'expériences, d'expertises, sont sources d'enrichissement mais aussi

de remise en question de nos pratiques managériales. Au regard du taux élevé et constant d'absentéisme dans les métiers du soin, il me semble essentiel de discuter cette problématique avec la Direction des Ressources Humaines (DRH) et la direction des soins (DS). D'autant que le recueil de témoignages du terrain a mis en évidence que l'impact de l'absentéisme est majoré par des difficultés de recrutement. Aussi, il semble nécessaire d'interroger ensemble les organisations de travail, les offres d'emplois et les conditions d'exercice afin de fidéliser les professionnels et d'attirer des nouveaux soignants. Il va falloir réfléchir ensemble pour faire face à une vague conjoncturelle de pénurie des professionnels du soin.

En tant que CDS, j'aurai une attention particulière à l'accueil des stagiaires et des nouveaux professionnels. En effet, outre le fait que la formation et l'encadrement soient une règle de l'exercice des professions de santé, il me paraît essentiel d'accueillir nos futurs collègues dans des conditions d'apprentissages optimales. Il me semble important de prévoir en équipe, la manière d'accompagner les élèves et étudiants pour leurs permettre de questionner et de pratiquer au sein d'une équipe disponible. D'autant que selon moi, grâce à leurs regards extérieurs les pratiques peuvent être questionnées ce qui favorise une réflexivité. L'accueil et l'accompagnement réservés aux stagiaires peut être un levier d'attractivité. Un étudiant qui aura pu exprimer ses questionnements en confiance et aura été encadré par les soignants du service sera certainement plus enclin à vouloir venir y travailler en tant que jeune professionnel. Et si je me réfère aux discours portés par les cadres d'EHPAD que j'ai rencontrés, ce secteur d'activité accueille de jeunes agents dont ce n'est pas le choix. C'est donc un secteur où il y a un fort enjeu à développer « *un vrai partenariat (avec les instituts de formation) pour que les peurs et appréhensions puissent s'exprimer, être levées, pour que les professionnels de terrain puissent expliquer le plaisir qu'ils ont à partager avec des personnes âgées au travers de leur expérience quotidienne* » (Daïeff et Badadjian, 2008, p.105). C'est donc un dispositif gagnant-gagnant à ne pas négliger. Le temps d'accueil d'un nouveau membre ou d'un stagiaire dans l'équipe est essentiel. Nous l'avons vu la dynamique d'équipe se construit et s'entretient et il est de mon rôle d'être vigilante à l'inclusion de chacun dans cette dynamique.

7.3 Un style singulier en accord avec mes valeurs : une gestion humaine des ressources

Si j'ai choisi le métier d'infirmière c'est parce qu'il correspondait à mes valeurs. Au cours de mon parcours professionnel j'ai été confronté à des difficultés de plusieurs ordres et qui ont parfois entraîné des conflits de valeurs. Cela m'a poussé à faire des choix, à me positionner à construire mon identité professionnelle. Ce que j'apprécie le plus dans ce métier c'est la relation humaine, un métier tourné vers l'autre. Mais c'est aussi, à mon sens l'aspect le plus difficile du soin. Il me faudra poursuivre une écoute active auprès de mes collaborateurs, afin d'identifier les besoins, les problèmes, les idées et mettre en œuvre des conditions de travail en adéquation. En tant que cadre de proximité j'aurai à cœur de prendre soins de l'équipe en étant attentive à valoriser le travail et l'implication ce qui est pour moi une marque de reconnaissance. Créer des conditions de bien-être au travail participe à prévenir les risques psycho-sociaux et l'absentéisme. Plus encore, cela permet de fidéliser les professionnels.

Je m'apprête à endosser un nouveau rôle avec des responsabilités autres mais toujours avec ce leitmotiv qui guide ma pratique. Cela passe par un management bienveillant en étant attentive à la QVCT des soignants dont j'assurerai l'encadrement et l'accompagnement. Mais il me faudra également être attentive à ma propre qualité de vie. Préserver une « écologie de soi » participera à préserver celle des membres de l'équipe.

Au fil du temps, j'apprends, je développe des ressources et des compétences que je souhaite mettre à profit dans la conduite d'équipe. Je sais pouvoir m'appuyer sur mes compétences relationnelles, mes « soft skills ». Et si ces valeurs humanistes sont essentielles dans ma pratique c'est aussi une exigence que j'aurai vis-à-vis de mes équipes envers les patients et entre collègues. Avec la volonté d'instaurer des relations de qualité au sein de l'équipe. D'autant que je suis conforté par les écrits de Vandenberghe et al., qui mettent en lumière les travaux de 2003 de Mason et Griffin révélant que « *la présence d'une tonalité affective positive au sein des équipes de travail est négativement associée au niveau moyen d'absence au travail dans les équipes* » (2009, p.210). Dans bon nombre de situations, l'humour m'a également beaucoup aidé. C'est un trait de ma personnalité qui m'a été utile dans ce travail exigeant et que j'ai appris à utiliser à bon escient.

Proposer un environnement de travail capacitant en permettant le développement des ressources et des compétences est à mon sens un levier managérial pour fidéliser les

professionnels. La crise sanitaire a révélé le pouvoir d'agir des soignants qui ont fait preuve de savoir-faire et de savoir être dans une dynamique collective. Accompagnés par leur encadrement de proximité ils se sont appropriés les organisations, les changements incessants et ont développé autonomie et innovation. Si cette période par sa durée, mis à mal les ressources humaines, je retiens le potentiel participatif des agents à leurs organisations de travail. Ce biais sera une piste incontournable dans ma manière d'accompagner les équipes et de participer à donner du sens aux actions.

L'environnement hospitalier est complexe. Ces acteurs sont soumis à des changements, des évolutions, des contraintes. En tant que CDS, je vais être amenée à adapter mon style en fonction des situations et de mes collaborateurs. Si je me vois comme un facilitateur, tant dans l'opérationnalité que dans les relations, je sais aussi que de par ma fonction, je devrais être tantôt directive où persuasive selon les évènements et/ou les comportements.

7.4 Gérer le quotidien s'organiser, anticiper, prioriser

Lorsque j'échangeais avec mon cadre supérieur sur certaines problématiques, il me disait parfois « *il est urgent de ne pas se précipiter* ». Je comprends aujourd'hui ô combien il faut savoir prendre le temps d'analyser des situations pour prendre les décisions les plus adaptées. C'est un fonctionnement dont je me saisirai dans mes futures fonctions afin d'objectiver mes priorités et prendre le recul suffisant à mes prises de décisions. Cela me semble être également une manière de trouver de nouvelles perspectives à des pratiques ancrées dans l'habitude. Comme une majorité des cadres que j'ai rencontrés, la gestion des plannings, occupait une grande partie de mon activité quotidienne, pour ne pas dire la totalité lorsque l'absentéisme était important. Cela se faisait au détriment du reste de mes attributions et engendrait un sentiment de ne pas avoir bien fait mon travail, ce que le psychologue Y. Clot décrit comme de « *la qualité empêchée* » (2015, p.39)

Les expériences recueillies lors de mes entretiens m'ont permis d'identifier des moyens pour anticiper certaines situations pour ne pas avoir le sentiment de toujours être dans l'urgence. Lors de mon premier stage hors secteur sanitaire, j'ai échangé avec un manager responsable qui m'a interpellé sur ce qu'était l'urgence en management. Ces échanges m'ont aidé à réfléchir sur mes besoins et comment gérer les priorités au quotidien. La gestion de mon agenda sera un espace de liberté tant que je serai en capacité à dire non quand cela sera nécessaire ou à déléguer

en m'appuyant sur mes collaborateurs. J'aurai le souci de préserver un juste équilibre entre anticipation et gestion d'urgences afin de prioriser mon rôle de proximité.

8 Conclusion

Ce travail de recherche vient clore cette année de formation riche d'enseignements. L'articulation des apports entre l'UBO et l'IFCS ainsi que les rencontres et les partages avec les professionnels de terrain et les collègues de promotion sont autant d'outils sur lesquels je pourrai m'appuyer en tant que CDS et qu'il me faudra nourrir tout au long de ma pratique professionnelle. Le mémoire a été l'occasion de prendre du recul, de regarder ma situation à l'origine de mon questionnement sous un autre angle. Cet exercice exigeant, fil rouge durant cette année, s'inscrit comme un processus d'évolution. Si j'ai douté parfois, mes recherches ont nourri ma curiosité et ma réflexion. Aidée par la méthodologie de recherche, j'ai fait des allers-retours entre les concepts étudiés et les données de terrain. Cela sous-entend qu'il m'a fallu faire et défaire pour structurer mon travail. Cette remise en question participe à la critique et à l'analyse de ma pratique, ce qui alimente la réflexion. Et n'est-ce pas là le positionnement du cadre de proximité ? Une posture réflexive est nécessaire pour accompagner au mieux les équipes et les patients.

D'une situation de départ vécue, il m'a fallu étudier le contexte dans lequel elle s'inscrit et identifier les questionnements qui en découlent. Puis aidée par la méthodologie de recherche et guidée par mes lectures, j'ai exploré les concepts de qualité de vie et des conditions de travail, du sens du travail ainsi que la notion d'équipe. De cette analyse conceptuelle a émergé une problématique :

Comment le travail de proximité du cadre de santé permet-il d'appréhender les facteurs inhérents à l'absentéisme ? En allant à la rencontre de cadres de santé d'unités de soins, j'ai pu m'appuyer sur des données de terrain pour répondre aux hypothèses posées. Tout au long de ma démarche je me suis interrogée, j'ai recherché, j'ai écouté, j'ai fait des choix. Ce processus m'a aidé à prendre du recul et à construire une analyse critique et réflexive face à une situation à fort enjeu. Le CDS doit répondre à des missions de gestion de plusieurs ordres. Mais au vu du contexte tendu des ressources humaines, l'accompagnement des professionnels est une priorité. Le travail de proximité du cadre requiert écoute, communication, reconnaissance à l'égard des soignants. C'est par une approche humaniste que la qualité de vie peut s'inscrire au

travail. Mes expériences de stages hors secteur sanitaire, en milieu hospitalier mais aussi en institut de formation confirment la nécessité d'apporter une attention continue à l'individu pour qu'il puisse s'épanouir et trouver du sens à son travail. Il appartient au manager de proximité d'identifier les besoins et de réajuster avec agilité en fonction du contexte, de l'équipe, de l'institution.

Cette recherche-action m'apporte aujourd'hui des biais non seulement dans la gestion de l'absentéisme mais également dans l'accompagnement des individus au sein d'un collectif.

9 Références

Ouvrages

- Andrieu, B. (2012). 2 - L'écologie de soi. Dans : B. Andrieu, *L'auto santé : Vers une médecine réflexive* (pp. 59-78). Paris : Armand Colin.
- Aytaç, B., Mandou, C. (2018). *Un management heureux... et performant : Le management 3.0 en pratique*. De Boeck Supérieur.
- Benedetto, P. (2008). Chapitre 11. Les valeurs. Dans : P. Benedetto, *Psychologie de la personnalité* (pp. 125-132). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Dubois, P. (1977, Juillet-septembre). Le Sabotage dans l'industrie, 1976. *Sociologie du travail*, pp. pp. 331-332.
- Dubois, Y. (2018). Chapitre 1. Le management des ressources humaines. Dans : Michel Louazel éd., *Le management en santé : Gestion et conduite des organisations de santé* (pp. 291-314). Rennes : Presses de l'EHESP.
- Formarier, M. (2012). Équipe, travail en équipe. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières : 2ème édition* (pp. 180-182). Toulouse : Association de Recherche en Soins Infirmiers.
- Gallois, P. (s.d.) (2009). *L'absentéisme : comprendre et agir, une démarche de diagnostic et des outils d'intervention*. Liaisons.
- Kalika, M., Mouricou, P. & Garreau, L. (2021). 7. La méthodologie. Dans : M. Kalika, P. Mouricou & L. Garreau (Dir), *Le mémoire de master : • Piloter un mémoire • Rédiger un rapport • Préparer une soutenance* (pp. 81-112). Paris : Dunod.
- Kojève A. (2004). *La notion de l'autorité*, Paris, Gallimard.
- Labrousse V. & Saule, M. (2017). Chapitre 4. Présentéismes d'aujourd'hui, absentéisme de demain ? Dans : Frédérique Rigaud éd., *Travail et management à l'épreuve des sciences sociales : Un éclairage pour allier qualité de vie au travail et performance* (pp. 87-118). Caen : EMS Editions.
- Leteurtre, H. (1991). *L'audit de l'absentéisme du personnel hospitalier*, Paris, France : Berger-Levrault, p.7.
- Méda D. (2011). *Le travail*, PUF, coll. « Que sais-je ? », p. 122.

- Méda D. & Vendramin, P. (2013). *Introduction*. Dans : D. Méda & P. Vendramin (Dir), *Réinventer le travail* (pp. 1-6). Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France.
- Montreuil, É. (2020). Chapitre 1. Comprendre les enjeux d'une démarche QVT et de prévention des RPS. Dans : É. Montreuil, *Prévenir les risques psychosociaux et améliorer la qualité de vie au travail : Des outils pour agir efficacement* (pp. 7-49). Paris : Dunod.
- Mucchielli R. (2011) *Le travail en équipe, clés pour une meilleure efficacité collective*, ESF EDITEUR, collection formation permanente.
- Osborne, D. G. (February 1, 1993). *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*. (Plume) Paperback.
- Quilliou-Rioual, M. & Quilliou-Rioual, M. (2020). 6. L'équipe. Dans : M. Quilliou-Rioual & M. Quilliou-Rioual (Dir), *Communication professionnelle et travail en équipe pluridisciplinaire en ESSMS : En 29 notions* (pp. 67-76). Paris : Dunod.
- Routelous, C. (2018). Chapitre 4. Les conditions de l'engagement au travail : leviers d'un management du bien-être au travail. Dans : Michel Louazel éd., *Le management en santé : Gestion et conduite des organisations de santé* (pp. 203-218). Rennes : Presses de l'EHESP.
- Van Campenhoudt, L., Marquet, J., Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod.

Articles de revues

- Achmet, V. & Commeiras, N. (2018). Restrictions budgétaires et gestion de l'absentéisme des infirmiers par les cadres de santé du secteur hospitalier public : quelles conséquences ? *Gestion 2000*, 35, 119-148.
- Anasse, A. et al. (2020). Alternatives africaines en management : Entre frugalité et agilité. *Revue française de gestion*, 289, 77-100.
- Arnoux Caroline, « Le sens du travail, une question de valeurs et d'éthique ? » *Ethique et sens du travail*, La revue cadres, Revue n°493, juillet 2022.
- Arbouche, M. (2014). Le management peut-il se passer de l'autorité ? *Vie & sciences de l'entreprise*, 198, pp. 137-149.
- Barber, H. F. (1992). *Developing Strategic Leadership : The US Army War College Experience, Strategic Leadership Primer*. Journal of Management Development.

- Bachelard, O. (2017). Optimiser le bien-être au travail et la performance globale : enjeux et perspectives. *Regards*, 51, pp. 169-179.
- Berthe, B., Dedessus-Le-Moustier, N. & Dumas, M. (2021). Le présentéisme du personnel soignant et son traitement par le droit. *Revue française des affaires sociales*, pp. 215-236.
- Berthe, B. & Dumas, M. (2020). Le présentéisme et ses leviers émotionnels comme problématique managériale : une étude par entretiens semi-directifs auprès du personnel soignant. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 38,9, pp. 25-48.
- Boyer, H. (2010). La fonction de cadre de santé. *VST - Vie sociale et traitements*, 107, pp. 62-69.
- Bami, L., Damart, S., & Kletz, F. (2012). Réformes de l'hôpital, crise à l'hôpital : une étude des liens entre réformes hospitalières et absentéisme des personnels soignants. *Politiques et management public*, 29(3), pp. 541-561.
- Bami, L., Damart, S. & Kletz, F. (2013). Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants. *Management & Avenir*, 61, pp. 168-189.
- Brunelle, Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et Organisation des Soins*, 40, 39-48.
- Brignon, B., Gapin, M. & Pantaléon, N. (2022). La mobilité soignante non choisie discutée depuis l'activité managériale du cadre de santé débutant. *Recherche en soins infirmiers*, 149, 19-30.
- Chimy, P. (2012). Absentéisme : Les enjeux d'une bataille. *Psychologues et Psychologies*, 221, VI-XI.
- Cohen A. & Golan R. (2007). Prédire l'absentéisme et les intentions de roulement en fonction de l'absentéisme passé et des attitudes au travail : examen empirique des employées dans les établissements de soins infirmiers de longue durée. *Career Development International*, 2 (5), pp. 416-432.
- Colombat, P., Altmeyer, A. & Bauchetet, C. (2020). Après la crise du Covid : vers la démarche participative d'équipe : Approche éthique d'un modèle organisationnel. *Laennec*, 68, pp. 15-28.
- Dahan, N. (2012). Un aspect de la dynamique des groupes. *Enfances & Psy*, 54, pp. 137-146.

- Daïeff, S. & Babadjian, P. (2008). Fidéliser le personnel soignant dans la filière gériatrique. *Gérontologie et société*, 31(126), 105-111.
- Dariel, O. (2018). Comment développer une culture sécurité ? Repenser le rôle du cadre dans la dynamique du travail d'équipe. *Revue Objectif soins et management*, pp.11-14
- Detchessahar, M. & Grevin, A. (2009). Un organisme de santé... malade de « gestionnisme ». *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 98, 27-37.
- Devigne, M., Habib, J., Krohmer, C. & Laurent, B. (2014). Reconnaître les régulations autonomes pour organiser le travail : l'exemple de la gestion de l'absentéisme en EHPAD. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 32, 63-80.
- Divay, S. (2018). La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : entre réglementation et cooptation. *Sciences sociales et santé*, 36, pp. 39-64.
- Dumas, M. & Berthe, B. (2021). État de santé et présentéisme des soignants. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 2, pp. 87-108.
- Dumas, M., Douguet, F. & Fahmi, Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 20,5, 45-67.
- Dumond, J. (2009). L'absentéisme pour raison de santé : comparaison méthodologique. *Santé Publique*, 21, 25-35.
- *Interdisciplinaire Management Homme & Entreprise*, n°20, vol.5. pp. 68-88.
- Feroni, I. (2018). Le recrutement des cadres de santé : entre profession et intégration institutionnelle : Commentaire. *Sciences sociales et santé*, 36, pp. 65-70.
- Geoffroy, F. (2019). Existe-t-il un effet Hawthorne ? *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 135, 42-52.
- Grenier, C. & Guitton-Philippe, S. (2011). La question des regroupements / mutualisations dans le champ sanitaire et social : l'institutionnalisation d'un mouvement stratégique ? *Management & Avenir*, 47, pp. 98-113.
- Gosselin, E. & Lauzier, M. (2011). Le présentéisme : Lorsque la présence n'est pas garante de la performance. *Revue française de gestion*, 211, pp. 15-27.
- Grevin A. (2018). Agir sur la qualité de vie au travail. *Soins Cadres*, 106, pp. 28-30.
- Haliday H. (2018). « Le management en santé au service de la qualité de vie au travail des professionnels ». *Ethique et santé*, 15, pp. 118-124.
- Haliday, H., & Naudin, D. (2019). Comment qualifier l'impact des réformes de santé sur la qualité de vie au travail des soignants ? Leçons de l'implémentation de la

tarification à l'activité et de l'informatisation des services de soins dans les hôpitaux français. *Éthique & Santé*, 16(2), pp. 51-58.

- Hamon-Cholet S., Lanfranchi J. Présentéisme pour maladie : une conséquence de l'organisation du travail ? *Connaissance de l'emploi*, 2021, 170.
- Lord, S. (2018). La démarche participative : soigner la gestion. *Gestion*, 43, pp. 66-71.
- Martin, L. (2013). La présence du cadre de proximité dans les unités de soins, *Soins cadres*, Vol 22- N° 86S, pp. 86-90
- Mejri, S. & Brasseur, M. (2020). Les réactions des salariés face aux conflits de valeurs dans les métiers du soin. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 3, pp. 154-169.
- Mellier, D. (2012). Ce qui fait équipe, exigence d'un travail pulsionnel et appareillage psychique groupal d'équipe. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 14, pp. 131-144.
- Mériade, L. (2022). Le bricolage en gestion des ressources humaines et ses évolutions : L'exemple de la gestion de l'absentéisme de courte durée à l'hôpital face à la Covid-19. *@GRH*, 45, pp. 89-114.
- Moisson, V. & Gardody, J. (2021). Le rôle du cadre de santé dans la perte et la (re)construction de sens au travail à l'hôpital. Une étude exploratoire par entretiens semi-directifs auprès du personnel soignant. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 42,10, pp. 49-68.
- Molinier P. (2002), « Souffrance et théorie de l'action », *Travailler*, vol. 1, n° 7, pp.131-146.
- Morin, E. (2010). La santé mentale au travail : une question de gros bon sens. *Gestion*, 35, pp. 34-40.
- Morvillers, J. (2015). Le care, le caring, le cure et le soignant. *Recherche en soins infirmiers*, 122, pp. 77-81.
- Parmantier, A. (2022). Le manager-coach au service de la coopération des équipes en EHPAD. *Projectics / Proyéctica / Projectique*, S, pp. 179-203.
- Perrin, C. & Fabbri, R. (2016). Rôle et posture d'un manager dans la co-construction de sens commun autour du déploiement d'une démarche qualité dans une organisation de solidarité internationale. *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 124, pp. 29-40.
- Pételot, B. B. (2020, juin-juillet). Extrait du 376 : Gardons notre sens critique face aux "informations" en temps de crise. *La revue du citoyen*.
- Rainbow J.G., Steege L.M. (2017), Presenteeism in Nursing : An Evolutionary Concept Analysis, *Nursing Outlook*, vol.65, n°5, p.615-623.

- Routelous, C. (2013). L'hôpital à l'épreuve de la performance économique : doctrines, instruments et hybridations des valeurs. *Quaderni*, 82, pp. 5-16.
- Royer, D. (2002). Qu'en est-il de la « valeur travail » dans notre société contemporaine ? *Empan*, 46, pp. 18-25.
- Tabuteau, D. (2010). Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) : des interrogations pour demain ! *Santé Publique*, 22, pp. 78-90.
- Tremblay, D. & Mathieu, S. (2020). Concilier emploi et famille en temps de pandémie : les résultats d'une recherche au Québec. *Les Politiques Sociales*, 3-4, pp. 75-93.
- Vandenberghe, C., Stordeur, S. & d'Hoore, W. (2009). Une analyse des effets de la latitude de décision, de l'épuisement émotionnel et de la satisfaction au travail sur l'absentéisme au sein des unités de soins infirmiers. *Le travail humain*, 72, 209-228.
- Vandroy-Fraigneau, M. (2004). Les résistances à l'autorité. *Hypothèses*, 7, pp. 201-213.
- Wrzesniewski, A., Dutton, J. E., & Debebe, G. (2003). Sens interpersonnel et sens du travail Recherche sur le comportement organisationnel, 25, pp. 93–135.

Arrêtés et textes législatifs

- « Arrêté relatif aux conditions d'attribution de la prime de service aux personnels de certains établissements énumérés par l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 ». Légifrance le service public de la diffusion des droits. Disponible à l'adresse URL : [Arrêté du 24 mars 1967 relatif aux conditions d'attribution de primes de service aux personnels de certains établissements énumérés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986. - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#).
- « Art. L4121-1 du Code du travail ». Disponible à l'adresse URL : [L4121-1 - Code du travail numérique](#). Mis à jour le 01 octobre 2017. Consulté le 06 décembre 2022.
- « Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 ». Légifrance le service public de la diffusion des droits. Disponible à l'adresse URL : [JORF n° 0297 du 23 décembre 2018 - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#).
- « Loi HPST ». Ministère des solidarités et de la santé. Disponible à l'adresse URL : [LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires \(1\) - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#). Consulté le 08 novembre 2022.
- « Loi relative à la réduction négociée du temps de travail ». Légifrance le service public de la diffusion des droits. Disponible à l'adresse URL : [Loi n° 2000-37 du 19 janvier](#)

2000 relative à la réduction négociée du temps de travail (1) - Légifrance (legifrance.gouv.fr)

- Sénat, travaux parlementaires, proposition de loi relative à l'instauration s'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé., session ordinaire 2022-2023, en la présidence du Sénat le 8 novembre 2022. Disponible à l'adresse URL :proposition de loi relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé (senat.fr). Consulté le 26 décembre 2022.

Accords nationaux

- « Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle ». Ministère de l'économie des finances et de la souveraineté industrielle et numérique. Disponible à l'adresse URL : Ani du 19 juin 2013 sur la qualité de vie au travail (entreprises.gouv.fr). Consulté le 04 décembre 2022.
- « Ségur de la santé accord du Ségur de la santé carrières, métiers et rémunérations, juillet 2020 ». Ministère des solidarités et de la santé. Disponible à l'adresse URL : dossier de presse - signature des accords du segur de la sante - 13.07.2020.pdf (gouvernement.fr). Consulté le 25 septembre 2022

Rapports et enquêtes

- ANFH. « Le travail en équipe : définition, problématique et enjeux Par Claude VIANDE, Psychologue clinicien spécialiste des organisations et de la qualité de vie au travail » 4eme Rencontre régionale des AMP-AP-AS - Blois, 3 nov.2015. Disponible à l'adresse URL : Responsabilités dans le secteur médico-social (anhf.fr). Consulté le 04 janvier 2023
- Bigard X., au nom d'un groupe de travail, Rapport 22-05. Activités physiques et sportives au travail, une opportunité pour améliorer l'état de santé des employés « *activités physiques en prévention primaire et secondaire* » Académie Nationale de Médecine, disponible sur internet le 22 avril 2022. Disponible à l'adresse URL : Rapport 22-05. Activités physiques et sportives au travail, une opportunité pour améliorer l'état de santé des employés (academie-medecine.fr). Consulté le 26 décembre 2022.

- Rapport Claris, juin 2020. Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières confiée au Pr Claris. Disponible à l'adresse URL : [rapport_claris_version_finale.pdf \(sante.gouv.fr\)](#). Consulté le 9 avril 2023.
- DARES, document d'étude « Quand le travail perd son sens L'influence du sens du travail sur la mobilité professionnelle, la prise de parole et l'absentéisme pour maladie. Une analyse longitudinale avec l'enquête Conditions de travail 2013-2016 » AOUT 2021, N°249. Disponible à l'adresse URL : [Dares_DE_Quand-le-travail-perd-son-sens_249.pdf \(travail-emploi.gouv.fr\)](#). Consulté le 11 novembre 2022.
- « Enquête de la FHF sur la situation RH dans les établissements en 2022 ». Fédération Hospitalière de France. Disponible à l'adresse URL : [Enquete RH 2022 synthèse 2006.pdf \(fhf.fr\)](#). Consulté le 20 septembre 2022.
- « Hôpital 2007, La lettre d'information de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, n°1 juin 2003 ». Ministère des solidarités et de la santé. Disponible à l'adresse URL : [16543 - SANTE H2007 Lettre 1 \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#). Consulté le 8 novembre 2022
- Haute Autorité de santé. « Qualité de vie au travail (QVT) dans les établissements de santé, une condition pour la qualité des soins. Communiqué de presse » Mis en ligne le 26 mai 2016. Disponible à l'adresse URL : [Haute Autorité de Santé - Qualité de vie au travail \(QVT\) dans les établissements de santé, une condition pour la qualité des soins \(has-sante.fr\)](#). Consulté le 5 décembre 2022.
- Le carnet de santé des Français et des personnels hospitaliers, un baromètre Odoxa pour la Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH), 18 juin 2018. Disponible à l'adresse URL : [L'importance du temps dans la relation patients-soignants - Odoxa : Odoxa](#). Consulté le 22 décembre 2022
- Sécurité sociale Assurance Maladie. « Les TMS dans votre secteur d'activité et témoignages de chefs d'entreprise ». Mis en ligne le 23 septembre 2022. Disponible à l'adresse URL : [Troubles musculosquelettiques : Les secteurs d'activité concernés | ameli.fr | Entreprise](#). Consulté le 06 décembre 2022.
- Unruh et al. (2007), Absentéisme et charge de travail du personnel infirmier : effets négatifs sur l'utilisation de la contention, les rapports d'incident et la mortalité. *Journal of advanced Nursing* 60 (6), pp. 673-681.

Webographie :

- Cazellet L. Le manager « agile » acteur clé de l'hôpital numérique connecté !!!, ManagerSante.com, 29 février 2016. Disponible à l'adresse URL : [Le manager « agile » acteur clé de l'hôpital numérique connecté !!! – ManagerSante.com®](#). Consulté le 21 janvier 2023.
- IFOP. « Observatoire de l'absentéisme ». IFOP. Disponible à l'adresse URL : [syntheseobservatoireabsenteisme_2022.pdf \(ifop.com\)](#). Consulté le 20 septembre 2022

Liste des figures

Figure 1 : baromètre de l'absentéisme au travail et de l'engagement (Ayming,2020)

Figure 2 : Marguerite QVT, ARACT PACA

Annexes

| | |
|--|----------|
| Annexe I : Accord de la demande d'enquête auprès d'une direction des soins..... | I |
| Annexe II : Grille d'entretien CDS..... | II à III |
| Annexe III : Talon sociologique..... | IV à V |
| Annexe IV : Retranscription d'un entretien..... | VI à XII |
| Annexe V : Thèmes majeurs recueillis | XIII |
| Annexe VI : Prise de note, échanges avec une coordinatrice générale des soins et DRH.... | XIV |

Annexe I



INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTÉ

DEMANDE D'ENQUÊTE DES ÉTUDIANTS DE L'I.F.C.S. DE BREST DANS LE CADRE DE LEUR MÉMOIRE

Document à adresser aux Directeurs de Soins pour les Centres Hospitaliers, aux Directeurs d'IFSI ou aux Directeurs d'Établissements pour les autres secteurs sanitaires et sociaux

Date : 23 janvier 2023

NOM : ...Simon

Prénom : Gaëlle

Adresse :150 route de Lanvintin 29910 Tregunc

Téléphone : 06.25.86.88.04 Adresse e-mail : ollivringaelle1709@gmail.com

Date de la demande : 31 janvier 2023

Thème de mémoire : La gestion de l'absentéisme paramédical

Population ciblée : CDS

Services concernés : MCO, Gériatrie.

La méthodologie de l'enquête (outils utilisés) a été validée par le directeur de mémoire

TYPE D'ENQUÊTE (entretiens, questionnaires.....) : entretiens

NOMBRE :

Observations particulières :

Avis du Directeur de Soins :

Favorable

Défavorable (*)

(*) Si l'avis est défavorable, préciser les motifs :

Document à retourner à l'étudiant

NOM Prénom du Directeur de soins

Nathalie FRENIN



Annexe II

Je suis actuellement en formation cadre de santé à l'Institut de Formation des Cadres de Santé de Brest. Dans le cadre de ma formation, je réalise un travail de recherche sur l'absentéisme à l'hôpital. Il m'a semblé important de vous rencontrer pour comprendre quelle est votre perception face à ce phénomène. Acceptez-vous l'enregistrement de cet entretien afin que cela m'aide dans la retranscription des éléments ? Cet entretien est anonyme.

1. Pouvez-vous vous présenter ? quel est votre parcours professionnel ?
 - *Depuis combien de temps êtes-vous cadre ?*
 - *Avez-vous choisi votre affectation ? (Choix/sens du travail)*
 - *Combien de soignants encadrez-vous ?*
2. Comment qualifieriez-vous l'ambiance de travail au sein de l'équipe ? (Dynamique d'équipe- coopération- solidarité)
 - *Comment cela se traduit dans l'équipe ? (Atmosphère de travail)*
 - *Comment vous considérez-vous par rapport à l'équipe ? (Place-relation-leadership)*
3. Considérez-vous être satisfaits de vos conditions de travail ? (Relationnel-équilibre vies pro/perso)
4. Comment décrieriez-vous votre rôle de cadre de santé ?
 - *Vis-à-vis de l'équipe ? (Leadership-style managérial)*
 - *Du patient ? de son entourage ? (Qualité-sécurité des soins)*
 - *De la direction ? (Valeurs-politique managériale)*
 - *Est-il à l'image de vos représentations de la fonction cadre ? (Adéquation avec les valeurs)*
5. Etes-vous confrontés à des difficultés de recrutement ? (Ce qui est recherché : politique RH, fidélisation)
 - *Postes vacants*
 - *Attractivité*
6. Avez-vous des situations d'absentéisme dans votre unité ? (Gestion des RH-procédures/mode dégradé- - réseau d'aide)
 - *Si oui, est-ce fréquent ?*
 - *Est-ce vous qui gérez l'absentéisme ?*

- *En connaissez-vous les causes ?*
 - *Outils de gestion de l'absentéisme ? procédures ?*
 - *Selon-vous le planning est-il un outil de gestion de l'absentéisme ? (QVT-négociation- donnant/donnant)*
 - *Pouvez-vous faire appel à des ressources extérieures au service ? (Collectif cadre- cadre supérieur- DRH)*
7. Selon vous, ces situations d'absentéisme ont-elles un impact sur les organisations du service ? (Répercussions : sur l'équipe/stress-présentéisme..., sur le CDS, sur les soins/les patients)
- *Si oui, avez-vous des moyens, des procédures de réorganisations (mode dégradé-priorisation)*

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.

Annexe II

Talon sociologique

| Lieu d'exercice | Nom | Service | Conditions d'entretien | Durée de l'entretien | Sexe | Parcours professionnel | Année du diplôme | Ancienneté dans l'établissement | Nombre d'agents à encadrer |
|------------------------|--------------------------|--|--|----------------------|------|-------------------------------------|----------------------|---------------------------------|----------------------------|
| CH de proximité Public | Sylvie CDS 1 | EHPAD | Bureau du CDS, temps réservé à l'entretien | 57' | F | CDS (dans l'Aisne) Puis Bretagne | 2000 | 17 ans | 52 |
| | Laurence CDS 2 | SSR | Bureau du CDS, temps réservé à l'entretien | 1h10 | F | IDE IDE hygiéniste CDS | 1986 2008 2012 | 3 mois 1/2 | 16 |
| | Nadine CDS 3 | SAU | Bureau du CDS, temps dédié à l'entretien | 54' | F | CDS | 2022 | 3 ans | 22 |
| | Marie-Christine CDS 4 | Médecine post-urgences et Médecine polyvalente | Bureau du CDS, temps dédié à l'entretien | 46' | F | IDE CDS | 1983 2005 | 33 ans | 21 |
| | Séverine CDS 5 | Médecine gériatrique | Bureau du CDS, temps dédié à l'entretien | 40' | F | IDE FFCDS | 2007 2021 | 11 ans | 14 |

| | | | | | | | | | |
|---------------------------|--------------------|---|--|-----|---|-----|------|--------|----------|
| SSR privé | Magali CDS 6 | SSR gériatrique | Bureau du CDS, temps dédié à l'entretien | 32' | F | CDS | 2004 | 17 ans | 25 |
| CH public de référence | Véronique CDS 7 | Médecine polyvalente et soins palliatifs | Bureau du CDS, temps dédié à l'entretien | 51' | F | CDS | 2000 | 12 ans | 30 |
| | Julie CDS8 | Médecine Et EHPAD | Bureau du CDS Temps dédié à l'entretien | 40' | F | CDS | 2015 | 21 ans | + de 100 |
| | Marie CDS 9 | SAU | Par téléphone | 30' | F | CDS | 2020 | 24 ans | 55 |

Annexe IV

Bonjour,

Je suis actuellement en formation cadre de santé à l'Institut de Formation des Cadres de Santé de Brest. Dans le cadre de ma formation, je réalise un travail de recherche sur l'absentéisme à l'hôpital. Il m'a semblé important de vous rencontrer pour comprendre quelle est votre perception face à ce phénomène.

Acceptez-vous l'enregistrement de cet entretien afin que cela m'aide dans la retranscription des éléments ? L'enregistrement sera effacé ensuite et anonymisé.

Oui, pas de problème.

Pouvez-vous me dire depuis quand êtes-vous Cadre ?

Depuis 2015.

Et depuis quand exercez-vous dans cet hôpital ?

Depuis 2002

Avez-vous choisi vos affectations ?

Pas du tout quand je suis revenue de l'école, on savait qu'il y avait des postes qui n'avaient pas été attribués et j'ai été positionnée au SSR polyvalent.

Combien de soignants encadrez-vous ?

J'ai 56,89ETP à peu près 85 agents, IDE, AS et ASH pour l'EHPAD et en médecine gériatrique parce que j'ai aussi la médecine gériatrique 28,30 ETP plus 1 ASH.

Comment qualifiez-vous l'ambiance de travail au sein de l'EHPAD ?

J'ai une solidarité d'équipe que j'ai peu vue. Des équipes assez autonomes. C'est vrai que c'est des choses que j'avais souvent constaté quand j'étais de garde, quand il y avait des arrêts, on appelait les EHPAD. Des professionnels avaient déjà anticipé les choses et on avait plus qu'à appeler les personnes désignées. Et c'est toujours le cas au jour d'aujourd'hui, j'ai des arrêts, les gens vont assez facilement venir se proposer, me donner des solutions.

Est-ce que ça a un lien avec la solidarité ?

Alors non ça dépend. Là, on était en plan blanc, donc on a jusqu'au 28 février où quand elles revenaient elles pouvaient être rémunérées en heures supplémentaires. Donc là c'est vrai que j'avais encore plus de personnes qui pouvaient revenir, même le week-end où j'avais pas de souci. Elles se portaient volontaire si jamais il y avait des problématiques. Là, au jour d'aujourd'hui, elles reviennent souvent sur des repos. Et c'est vrai que moi, sur mes plannings, ça m'arrive régulièrement parce que j'ai du plus en effectif, des bulles, du coup, je leur rends, je leur fais des propositions et elles choisissent le jour qui les intéresse le plus. Elles se proposent de revenir. Mais après je suis assez à leur écoute aussi, c'est-à-dire qu'elles me le disent elles-mêmes, c'est du donnant donnant. Y a pas de secret, hein. C'est vrai que quand elles vont me demandez un mercredi, un week-end, je vais faire en sorte de leur donner sans demander de pool. Je m'auto-gère toute seule. Et ça c'est possible parce qu'il y a du volume d'effectif et il y a un cycle, déjà, ça c'est clair. Plus les équipes sont grandes, plus c'est malléable.

Et puis il y a beaucoup de temps partiels. Et c'est vrai que je fais une culture dans les EHPAD pour que les professionnels changent, enfin des aides-soignantes normalement sont attribués à un étage et les infirmières, elles, elles bougent sur tous les étages. Et s'il y a des arrêts pendant les congés afin de satisfaire tout le monde, je les bouge. Donc le deal c'est qu'elles aient leurs vacances mais qu'elles changent d'étage. Et ça c'est un accord, une règle de planning écrite, une procédure parce qu'il faut écrire. Et par contre faut être réglo.

Comment vous décrivez votre rapport à l'équipe ?

Alors je pense que je suis heuu , j'ai beaucoup d'enfants ! (Sourire)

C'est vraiment variable en fonction de, je veux dire de leur diplôme, tout simplement. Une infirmière va pas venir se plaindre, les choses vont être faites. Les aides-soignants vont venir se plaindre un peu plus. Et les agents encore plus. Ils vont pas chercher une information, ils vont d'abord m'appeler moi. Ils vont m'appeler moi la cadre et c'est assez impressionnant.

Et vous pensez que ça tient à quoi ?

Je pense que c'est propre à leur statut. Après il y a des très jeunes, les ASH, souvent ils ont 18-20 ans. Donc voilà, ils ont besoin entre guillemets d'une maman.

Avec les plus âgés c'est différent. Ils ont pour beaucoup, ils ont leur expérience, ça fait 10 ans, 15 ans que voire 20 ans qu'ils sont là. Ils sont aussi compétents, voire plus compétents que certains aides-soignants et ils connaissent les démarches. Et tout ça, ils connaissent les limites

de leur travail. Mais les petits jeunes, ouais, elles ont besoin de cette relation, ouais. En Comparaison les jeunes infirmiers et les jeunes agents, c'est pas du tout les mêmes relations, ils ont pas les mêmes besoins. Donc effectivement c'est probablement lié à la formation. Ils auraient besoin d'être briefés, rassurés pour plein de choses. Je leur demande beaucoup de choses et c'est vrai qu'ils sont arrivés il y a un mois, 2 mois, 3 mois sans aucune formation, en ayant été doublé aller un jour voire 2. Bah c'est pas évident pour eux donc c'est le stress de pas tout savoir. Mais ils sont plutôt réactifs quand je leur fais des remarques et ça, je trouve ça plutôt intéressant.

Ils sont pas bornés parce qu'ils font ça depuis 20 ans à pas vouloir faire évoluer les choses, c'est plutôt intéressant. Je trouve que par rapport à un service de chir comme j'étais il y a pas longtemps, les professionnels sont beaucoup plus réticents à changer.

Et moi, je suis assez dans le dialogue aussi. Et c'est vrai que ça. Ils apprécient aussi que je leur demande leur avis aussi parce que je trouve que c'est important. Il y a que comme ça qu'on peut faire bouger un peu les choses. C'est en les mettant dans l'action et que pas que leur imposer les choses, faire en sorte que les idées viennent d'eux, ça c'est assez intéressant.

Est-ce que vous considérez que vos conditions de travail sont satisfaisantes ?

Non. Non pas du tout (rires). Alors moi, je suis arrivée sur le pôle de gériatrie où j'ai été bien doublée, ça a été un super accueil. Sauf que peu de temps après mon arrivée, j'ai une collègue cadre qui est partie à la retraite, qui a pas été remplacé tout de suite donc du coup on a dû suppléer à son absence et du coup je gère les 2 donc c'est très complexe d'être sur 2 sites en même temps. De se dire que je devais prendre ma journée aujourd'hui, mais je peux pas parce que j'ai trop de travail, c'est pas possible et à qui je donne mes services quand je suis pas là. Pour mon Ehpad, je pars jamais en vacances en même temps que mon infirmière coordinatrice. Comme ça, c'est mon infirmière coordinatrice qui alerte un des collègues cadres. Après du coup BAH je suis beaucoup dans l'anticipation donc j'anticipe beaucoup mes congés donc je prépare beaucoup les choses mais c'est un travail de fou quoi. Y a plein de projets qu'on pourrait faire plein de petits audits, parce que c'est vrai qu'en EHPAD, les gens sont pas vraiment formés en plus, mais ils ont plein de projets. Enfin, il y a beaucoup de vie en EHPAD qu'on ne voit pas. C'est vrai qu'on travaille avec le club de basket, on travaille avec les écoles, on travaille avec le théâtre. Enfin là, on va avoir une dame qui va venir avec son poney. Enfin voilà, il y a des choses qu'on arrive à mettre en place, mais c'est des projets qu'il faut écrire et c'est ça prend du temps aussi.

Et vous pouvez mettre en place les projets ?

Non je peux pas, là je suis sur le quotidien, je suis sur mes plannings quoi. Ben j'ai quand même quelques agents à gérer quoi. Hé tout mon temps de travail est concentré sur la gestion RH. Avec bien sûr tous les audits que je dois faire aussi avant la certification. Donc y'a pas trop de projet là.

Comment vous considérez votre rôle auprès des résidents et de leurs familles ?

Je suis là pour faire le relais. Si les soignants sont en difficulté. Enfin je suis là, ça, ils le savent. Et j'ai une infirmière coordinatrice où quand on fait des entrées, on fait le projet de vie avec le soignant référent que je veux mettre dans la boucle.

En médecine gériatrique, je suis beaucoup sollicitée pour les situations bloquantes parce qu'il y a beaucoup de situations bloquantes. C'est compliqué d'être surtout et partout en même temps, parce que, à un moment donné bah j'oublie des choses quoi.

Est-ce que ce sont les représentations que vous aviez de votre métier ?

Non, enfin pas du tout. Après, j'ai l'impression de vivre ça depuis un moment, d'être sur plusieurs unités. Après je le fais pour les agents. C'est des professionnels qui méritent qu'on soit auprès d'eux. Et puis si on veut pas les perdre, faut être là pour eux, hein, pour leur projet, parce que c'est ça, ils ont tous aussi des projets individuels. Donc faut aussi les accompagner. Là, il y avait eu les parutions pour ceux qui voulaient rentrer en école d'Aide-Soignant, pour ceux qui voulaient rentrer en école infirmière, donc nous en tant que cadre, on a des argumentaires à faire pour les accompagner. Donc voilà, j'ai fait ça. Ils ont besoin de reconnaissance enfin je trouve. Ils ont besoin de reconnaissance et c'est vrai que certains, quand je l'aurai fait l'argumentaire et qu'ils l'ont lu parce que je leur donne et ça leur fait du bien, ça le rebooste vraiment. Et bah moi j'étais contente parce que j'en ai quand même 2 qui ont été retenus pour aller sur l'école d'Aides- soignantes. Donc enfin ouais, je suis contente, je suis contente pour eux. Et j'ai apprécié parce que la première personne qu'ils ont appelé quand ils ont eu leur courrier, ça a été moi. Ils m'ont dit au téléphone, ça m'a fait super plaisir. Ça m'a fait super plaisir, vraiment.

Etes-vous confrontez à des difficultés de recrutement ?

Ah oui et on a aussi des démissions.

Et selon vous les difficultés sont dues à quoi ?

Alors après y a 2 aspects. Certains vont pas vouloir bouger en tant qu'aide-soignant, elles vont pas vouloir bouger des EHPAD parce que financièrement elles ont une prime, on appelle ça la prime grand âge. On a presque 120€ je crois en plus par mois, ce qui n'est pas rien quand même financièrement sur des petits salaires. C'est peut-être pour ça que j'ai plus de temps partiels parce qu'avec la prime ça compense et c'est ce qu'elles disent. Elles s'autorisent à temps partiel du coup. Après ce qui est impressionnant, j'ai vécu Noël à l'Ehpad, je vois l'investissement de mes soignants sur leur repos, elles allaient faire les courses pour des cadeaux qui sont faits et personnalisent les cadeaux pour tous les résidents. Moi, je trouve ça extraordinaire.

Elles ont une implication.

Moi je pense que la difficulté de recrutement elle se voit en EHPAD parce qu'il y a besoin de volume de soignants. Le volume est énorme. En chirurgie t'as 20 AS pour faire tourner ton service. Moi, j'en ai 60. Donc c'est pas une question d'attractivité de secteur. Mais c'est aussi une question que s'il manque une aide-soignante en chirurgie, la direction fera le choix de mettre quelqu'un en chirurgie.

Pour quelle raison selon Vous ?

C'est pas la même image. Au jour d'aujourd'hui euh les Ehpad, la gériatrie, on vend pas du rêve. Au niveau recrutement faut être clair que les gens qui sont venus de mutation, j'en ai eu plusieurs qui sont venus en mutation. On leur a dit, Ben voilà, on accepte votre mutation, mais vous faites soit un an d'EHPAD, soit un an de nuit. Et alors, moi je perçois ça déjà très mal parce que j'ai l'impression qu'on les punit et que du coup on se dit ben voilà, il y a personne qui veut venir donc voilà on les met là, c'est pas très attractif quoi. Et puis pour ceux qui travaillent c'est très frustrant aussi de se dire qu'ils travaillent avec une collègue pendant un an. Et puis eux qui essaient de bouger depuis des années et Ben ils vont rester là alors qu'elle elle vient juste d'arriver et elle va se retrouver dans un service dans un an. Donc c'est un peu dur pour certains, d'autres finalement restent parce qu'ils sont étonnés et contents qu'il y a de la vie en EHPAD et une cohésion d'équipe.

Il y a des postes vacants actuellement ?

Ouais, plein je dois avoir 4 ETP AS et IDE j'en n'ai plus tous mes postes ont été pourvus. Après on a une collègue qui fait le recrutement et qui a une vision sur tous les pôles. Du coup elle a une vision plutôt globale. Et du coup, elle privilégie les services qui sont plus en difficulté en fonction des manques. Donc elle, elle va faire des recrutements, elle va donner après son

avis à la cadre sup RH. Après il faut être clair que là je pense qu'elle fait des recrutements mais on sait qu'on va être très en difficulté au niveau IDE avant la sortie des diplômés. Et on leurs demande où ils veulent aller et c'est vrai que les jeunes diplômés c'est eux qui choisissent l'orientation. Et là au jour d'aujourd'hui, je crois qu'elle en n'a pas fait un seul recrutement de gens qui veulent travailler en EHPAD.

Avez-vous des situations d'absentéisme dans votre unité ?

Ouais, j'en ai plein et beaucoup plus en EHPAD qu'en médecine G. J'ai des situations atypiques genre j'ai un ASH là justement qui s'était trompé dans son planning, voilà donc, il n'est pas venu. Ça, c'est les ASH. Et dans cette population là c'est plus des arrêts inopinés et ils préviennent pas forcément. Alors j'ai des arrêts AS aussi mais elles en général elles appellent.

Et quelle est la fréquence ?

Il y a pas mal d'arrêts burnout quand même. C'est des gens qui sont arrivés il y a pas longtemps, justement en EHPAD, qui étaient dans des services actifs avant et qui ont voulu venir se protéger un peu en Ehpapad comme ils disent mais qui sont arrivés trop tard. Ils arrivent du court séjour et ils sont mal, ils sont déjà épuisés.

La gestion de l'absentéisme, ben c'est beaucoup des équipes qui sont autonomes, qui font entre elles en Ehpapad en tout cas. En médecine les gens sont beaucoup moins autonomes. C'est ce que j'ai observé, hein. Ils appellent le cadre et tout le monde regarde ses chaussures, tout le monde fait l'autruche. En Ehpapad, ben non, il y a le planning et tout le monde autour de moi, et voilà on regarde ensemble.

Est-ce que vous pensez que le planning est un outil de gestion de l'absentéisme ?

Oui, ça m'aide, parce qu'en fait ils ont leur planning prévisionnel déroulé sur l'année, elles ont leur ligne. Tout ça avec bien sûr des bulles, qui représente un horaire de remplacement. Quand j'ai du plus, si j'ai des arrêts, j'ai pas rappelé mes agents ce qui est un sacré plus parce qu'ils sont moins épuisés par mes appels. Et si j'ai vraiment du plus, Ben je regarde leurs heures et je leur rends. Et j'ai un agent de remplacement qui fait tous les étages, donc il connaît ses horaires mais il ne sait pas dans quel étage il est. Donc c'est ma marge de manœuvre.

Et puis c'est ce que je dis, on a beaucoup de monde, donc c'est plus facile que là en médecine gériatrique. Et c'est vrai qu'elles réclament d'avoir leur trame à l'année. C'est quelque chose sur lequel bah elles aiment bien parce qu'elles ont une vision de leur week-end. Ben pour leur vie personnelle c'est quand même sympa, pour prendre des rendez-vous tout ça. Après voilà,

tout dépend des périodes. Y a des périodes où on va avoir énormément d'arrêts et du coup bah là on va partager le pool. Et puis en Ehpad, on a ce qu'on appelle des postes transversaux. C'est-à-dire que j'ai un poste qui commence à 8h, On appelle ça un poste hôtelier, donc celui-là, j'essaie de le maintenir. Mais j'ai un 2^e poste hôtelier qui commence à 11h30, c'est-à-dire normalement, la personne arrive, il fait 2 douches le matin et c'est ce poste-là qui est supprimé. C'est une procédure dégradée en cas vraiment d'absentéisme important et les agents le savent.

Selon vous l'absentéisme a-t-il un impact sur les organisations de service ?

Ah oui, ça a un impact parce que c'est lié à ce poste. Justement ce fameux poste. 11h30 c'est lui qui va faire les goûter. Souvent qui va aider au coucher et tout ça, donc il faut savoir que les résidents sont souvent impactés. Donc, souvent les résidences sont habillées beaucoup plus tôt, mais en tenue de nuit plus tôt et coucher beaucoup plus tôt. Donc voilà donc on a des répercussions sur les résidents qui sont pas contents et les familles qui sont pas contentes non plus parce que quand ils viennent à 17h et qui voient que leur père, leur mère, conjoint sont déjà au lit et en chemise de nuit. Hé ouais, parce qu'en EHPAD ils nous disent mais je comprends pas, je paye. C'est aussi la différence.

En chirurgie, j'avais beaucoup moins d'arrêt AS. En infirmier, c'était la bérézina. La pression, la charge mentale, je pense trop de spécialités. Trop de responsabilités aussi, pas toujours évident de travailler avec des chirurgiens. Aujourd'hui au niveau infirmier, les infirmières veulent bien travailler tous en chir orthopédique. Je crois qu'il y a beaucoup moins de postulants pour la chirurgie spécialisée. Ha le mot est passé comme quoi, ouais, beaucoup spécialités, de responsabilités. Et puis des chirurgiens pas toujours agréables.

Voulez-vous ajouter quelque chose à notre entretien

C'est vrai que ce que je disais à tout à l'heure pour terminer, je pense que ce qui est important et la différence entre la chirurgie, médecine et l'EHPAD, c'est qu'en EHPAD les gens payent. Et c'est vrai qu'ils payent pour avoir, entre guillemets, un service et au niveau de l'absentéisme, les familles nous font bien ressentir que si jamais ils manquent, si jamais y a pas eu de douche, si jamais Ben voilà, ils comprennent pas et du coup ils auraient bien des ristournes. Ouais, j'ai une famille comme ça qui comprenait pas du coup. Ils attendent une qualité de prestation, ouais c'est exactement ça. Ouais il paye pour un service, ils veulent le service et c'est pour ça qu'ils veulent des animations. C'est pour ça que de répondre aux familles ça n'est pas toujours évident, ils sont pas toujours compréhensifs.

Ok merci.

Recueil des verbatims et thématiques abordées

| | Gestion de l'absentéisme | Impacts de l'absentéisme | Motivation (projet, | Dynami que d'équipe (ambiance, solidarité) | Mode de management (rapport à l'équipe, proximité) | Sens au travail | Reconnaissance | Evolution professionnelle | Conditions de travail (autonomie, management empêché) | Recrutement/attractivité Equilibre vies privée/pro | Rapport au Travail |
|----------------|--|--|---|--|--|---|--|---|---|--|--------------------|
| CDS 1 EHPAD | <p>la place que prend la gestion RH, hein, c'est énorme. C'est énorme. C'est énorme, chaque jour ou Une fois par semaine, vous avez des micros Arrêts. <u>toutes</u> l'année, toute l'année.</p> <p><u>des</u> arrêts, des petits arrêts 2- 3 jours. Fréquents.</p> <p><u>procédure</u> dégradée. Hé, même la procédure de la procédure dégradée.</p> <p><u>je</u> vais voir l'équipe et leur demande comment on peut faire aujourd'hui.</p> <p><u>il</u> faut qu'elles s'organisent ET c'est de plus en plus souvent non. De plus en plus.</p> <p><u>la</u> marge de manoeuvre est courte.</p> <p><u>c'est</u> de la négociation</p> <p><u>demandes</u> d'intérim ou des <u>Holo</u>.</p> | <p><u>impacte</u> forcément les soins. Ben parce que tous les résidents ne sont pas forcément levés.</p> <p>Le jeudi était destiné à l'animation donc s'il y a un arrêt ce jour-là, on aura une porte de sortie, ça sera de l'utiliser cet horaire-là.</p> <p><u>j'ai</u> eu du mal à suivre mes projets</p> <p><u>les</u> projets qui pourraient contribuer à améliorer certaines choses on a du mal à les travailler. Donc c'est un cercle vicieux</p> | <p>Ce choix de dynamique de projet qui me motivait. Cette motivation, a fait que j'ai fait des choix stratégiques pour conserver cette motivation projet. C'est ça qui est moteur dans ma vie professionnelle.</p> <p><u>la</u> formation Montessori, ça créer un projet commun</p> | <p><u>beaucoup</u> de turnover donc il y a un gros accompagnement à faire. Une découverte des agents entre eux.</p> <p><u>ce</u> que j'apprécie, c'est le travail au sein du groupe cadre, avec le cadre supérieur parce que c'est comme une personne ressource, entre nous, on peut être aussi personne ressource, il y a une très bonne entente et on s'enrichit chacune et je trouve ça très bien.</p> <p>Certaines ont du mal à avoir la notion d'équipe. Et puis le <u>turnover</u> et il y a une fatigabilité au niveau des équipes. Pour celles qui aiment ce qu'elles font et aussi et du coup ça se ressent dans la dynamique d'équipe.</p> | <p><u>c'est</u> une politique de petits pas.</p> <p>Moi je ne veux pas être dans le maternage à Non, je ne veux pas.</p> <p>Comme une personne ressource, avec un management participatif.</p> <p><u>d'organiser</u> l'équipe pour qu'elle soit autonome.</p> <p><u>j'ai</u> besoin d'être présente sur le terrain. La proximité avec l'équipe et les résidents.</p> <p>Et la disponibilité... Et certains agents qui me disent j'ai besoin de vous voir très vite, c'est qu'il y a un problème. ET il faut le résoudre sinon ça va faire l'effet papillon.</p> <p><u>ce</u> travail de proximité fait que ça fonctionne bien. Des fois ça temporeise certaines choses.</p> <p><u>je</u> suis dans l'accompagnement</p> <p><u>donner</u> un cadre de travail... donner du sens dans ce qu'elles font</p> | <p>Elles se sont intégrées dans le projet des personnes âgées et ça c'est porteur.</p> <p><u>donné</u> aussi à chacun sa responsabilité. Et ça permet de redonner du sens au travail de chacun aussi.</p> | <p><u>le</u> fait que la directrice, soit très présente. Elle vient les voir le jour, la nuit et qui leur fait des informations.</p> <p><u>la</u> formation Montessori à aider aussi parce que c'est reconnaître ce qu'elles font.</p> <p><u>chacun</u> est un maillon ou il n'y a pas de plus importante, moins importante... Et ça passe par de la revalorisation de <u>l'autonomie</u>.</p> | <p><u>d'avoir</u> un RH qui permet la promotion pro. Moi je trouve ça très positif là-dessus. Ce sont elles qui s'en sont saisis en fait.</p> <p><u>s'approprier</u> une formation, ça valorise un petit peu quand même, ça donne du sens.</p> <p><u>voir</u> leurs besoins</p> | <p>Je pense qu'on pourrait améliorer la réactivité... Y a beaucoup de monde au-dessus de nous.</p> <p>L'argumentation est pesante de devoir expliquer ce qu'on fait, l'autonomie, on n'en a plus. C'est clair.</p> <p>L'administration, il y a des modes d'organisation qui sont un peu obsolète. Par exemple, si une infirmière a besoin de chiffonnettes pour désinfecter, il faut que ce soit le cadre qui les commande. Si vous voulez, il y a encore beaucoup de choses qu'on doit gérer et on n'a pas beaucoup d'autonomie là-dessus.</p> <p><u>e</u> n'est pas le cadre qui en claquant des doigts peut ben tout gérer</p> | <p><u>ce</u> qui les valorise, c'est faire un peu de technique.</p> <p>En EHPAD ce qui peut les valoriser maintenant c'est la mise en place de la méthode Montessori, les PAP ça leur appartient, que c'est elles qui vont pouvoir le nourrir.</p> <p>L'EHPAD... on a une image très négative.</p> <p><u>garder</u> la motivation pour avoir une image un peu plus positive aux yeux des autres unites aux yeux de la médecine, la chirurgie.</p> <p><u>qu'on</u> voit ce qui les intéresse et pourquoi.</p> <p>Le système des coupures elles n'aiment pas en même temps, quand elles habitent loin.</p> <p><u>elles</u> sont très accrochées à leur trame pour s'organiser dans leur vie perso.</p> <p><u>stage</u> d'observation... c'est ça qu'il faudrait développer. C'est l'accompagnement dans leur questionnement.</p> <p><u>les</u> aider à progresser dans leur projet professionnel.</p> <p><u>permettre</u> d'aller voir dans les autres services. Oui, parce que c'est important de ne pas les perdre complètement.</p> | |

Annexe VI

Echanges avec DRH et Coordonnatrice générale des soins CHU.

Y a-t-il moins d'absentéisme à ce jour ?

Oui, moins depuis le début de l'année.

Mais depuis 2 ans on a pris 2 points sur l'absentéisme, comme dans tous les CHU.

En 2019, on n'avait pas un taux important d'absentéisme, qui a explosé depuis le COVID.

Vous pensez que le phénomène c'est accentué depuis le COVID ?

Oui, clairement et puis, les soignants sont partis en dispo ou on fait tout à fait autre chose. En fait c'est le fait que la crise sanitaire a duré dans le temps, les soignants sont épuisés. Là, on a quelques soignants qui reviennent de dispo, du libéral, où qui sont allés ailleurs et qui trouvent qu'au final ce n'est pas si mal à l'hôpital.

Vous avez des difficultés de recrutement ?

Oui, on aurait besoin de 400 personnes à recruter pour avoir des mensualités d'été, avec des contrats de 11 semaines, c'est ce que l'on propose. Donc en gros 4000 semaines. L'année dernière on a recruté pas tout à fait 400 personnes mais pas sur 11 semaines, ils voulaient des contrats plus courts. Donc pour éviter ça cette année, on revoie toutes les organisations. Et ça pour permettre aux agents d'avoir 3 semaines l'été. Donc il faut voir comment s'organiser avec des allongements d'horaire, un travail en 12 h qui peut convenir aux jeunes générations mais pas aux plus anciens. Mais il faut réfléchir à l'attractivité aussi et prendre en compte le rapport à la vie privée.

Pensez-vous que c'est un phénomène générationnel ?

Non, les plus anciens aussi nous disent vouloir travailler moins le we et revendiquent aussi l'équilibre avec la vie personnelle. Après on parle des attentes des générations Y et Z mais ils sont aussi plus autonomes et beaucoup trouvent que les périodes de doublures sont trop longues par exemple, ils ont besoin d'autonomie, ils apprennent et s'adaptent vite et sont forces de propositions dans les équipes.

Abstract

Institut de Formation des Cadres de Santé de Brest & Université de Bretagne Occidentale

Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé et du master 2

Mention Administration Economique et sociale, parcours Management et Formation en santé

Juin 2023

Titre du mémoire : L'absentéisme paramédical : une gestion humaine des ressources par le cadre de proximité

Auteur : Gaëlle Simon

Directeur de mémoire : Madame Biagini-Girard

Référent de mémoire : Monsieur François Jamet

Nombre de pages : 80

Résumé :

Avec un taux d'absentéisme paramédical moyen proche des 10%, les établissements de santé sont face à une situation de ressource humaine dégradée. Ce niveau élevé fragilise le fonctionnement quotidien des équipes de soins et impacte les organisations. La gestion de ce phénomène est un enjeu important pour le cadre de santé, garant de la qualité et de la sécurité des soins. Mais de quelles ressources dispose-t-il pour gérer l'absentéisme des personnels non médicaux ? Comment le cadre de santé peut-il accompagner les équipes face à ce phénomène ? L'approche par la qualité de vie et des conditions de travail est-elle un levier managérial de prévention des situations d'absentéisme ? Pour répondre à la problématique : comment le travail de proximité du cadre de santé permet-il d'appréhender les facteurs inhérents à l'absentéisme ? cette recherche s'appuie sur une analyse conceptuelle confrontée à des données empiriques, collectées auprès de 9 cadres de santé. Une gestion humaine des ressources, implique une attention constante portée à l'équipe en favorisant l'implication et la dynamique de groupe. Une telle approche contribue à améliorer la qualité de vie et les conditions de travail et est propice à donner du sens aux pratiques.

Mots clés :

Absentéisme, présentéisme, cadre de santé, proximité, QVCT, sens du travail, équipe, attractivité.